



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÇOCUKLUK VE ERGENLİK DÖNEMİNDE
DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ BİREYLERİN
AİLELERİNDE UMUTSUZLUK VE İYİMSERLİK
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Betül KARAHAN KURT

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

Ankara, 2023

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÇOCUKLUK VE ERGENLİK DÖNEMİNDE
DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ BİREYLERİN
AİLELERİNDE UMUTSUZLUK VE
İYİMSERLİK DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Betül KARAHAN KURT

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

Ankara, 2023

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Çocukluk ve Ergenlik Döneminde
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
Tanısı Almış Bireylerin Ailelerinde
Umutsuzluk ve İyimsizlik Düzeylerinin Belirlenmesi

Betül KARAHAN KURT

Yüksek Lisans Tezi

21.06.2023

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Birgül ÖZKAN

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Birgül ÖZKAN

Dr. Öğr. Üyesi Reyhan ESKİYURT

Dr. Öğr. Üyesi Arzu AYDOĞAN

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için
gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Sena KAPLAN

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.



Ankara, 2023

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

21/06/2023

Betül KARAHAN KURT

Tuna'ya,

Canım yavrum, küçük dünyanda yaşadığın ruhsal gelişimini anlamak ve ruh sağlığını korumak için çıktığım bu yolda umudum oldun. Tüm zorluklara rağmen iyimser bakmamı sağladın. Şimdi tek bir dileğim var ruh sağlığı bütünlüğü içinde kendini gerçekleştirebildiğini görmek. Seni her zaman, yeniden çok seveceğim. İçimdeki çocuğu da hep yaşattığın için ben sana çok teşekkür ediyorum...

TEŞEKKÜR

Bu teze başlarken beni her anlamda özgür bırakan, bilimsel düşüncüyü yaşam biçimi olarak algılamamı sağlayan, lisanstan bu yana her zaman beni destekleyen, takdir ve taltif eden, bir öğrencisi olarak değil meslektaş olarak gören bana hep güvenen sayın hocam Doç. Dr. Birgül ÖZKAN'a,

Değerli katkılarıyla tez jürimde yer alan Dr. Öğr. Üyesi Reyhan ESKİYURT ve Dr. Öğr. Üyesi Arzu AYDOĞAN'a

Bilgeliği ve mantığıyla yanımda olan babama, pozitifliği ve yaşam enerjisi ile yolumu aydınlatan anneme, hayatta her şeyin insanlar için olduğunu ve dolu birçok yaşam dersini öğreten ablama, kimi zaman ağabeylik kimi zaman kardeşlik çoğu zaman da dostluk yapan, tüm çılgınlığını benden almış olan kardeşime,

Ayrıca tez çalışmalarım süresince yanımda olan eşim Deniz KURT ve tüm dostlarıma; Ümran ERDEN, Adile YAĞMUROĞLU, Musa TURHAN, Başak YALÇIN BURHAN, Bengi DÜLEK, Nuray ÇETİNTAŞ destekleri için sonsuz teşekkür ederim.

Tez sürecimde bana yoldaş olan yüksek lisans dönem arkadaşım Ayşe GÜLEN LOKURLU'ya teşekkür gönül borcumdur.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırma Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	5
2.1.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tanımı	5
2.1.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tarihçesi	5
2.1.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun Epidemiyolojisi	6
2.1.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun Belirtileri	8
2.1.5. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tedavisi	9
2.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun Alt Tipleri.....	10
2.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun Etiyolojisi	12
2.3.1. Genetik Etkenler	12
2.3.2. Yapısal, Nörofizyolojik ve Nörokimyasal Etkenler	13
2.3.3. Biyolojik ve Psiko-Sosyal Çevresel Etkiler	14
2.4. Çocukluk ve Okul Öncesi Dönemi Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	15
2.4.1. Çocukluk ve Okul Öncesi Dönemde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda Epidemiyoloji	16
2.4.2. Çocukluk ve Okul Öncesi Dönemde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda Klinik Görünüm ve Değerlendirme.....	17
2.4.3. Çocukluk ve Okul Öncesi Dönemde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda Ayırıcı Tanı ve Eş Tanı	18
2.4.4. Çocukluk ve Okul Öncesi Dönemde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda Tedavi	19
2.5. Ergenlik Dönemi Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	21

2.6. Umutsuzluk Kavramı	23
2.7. İyimserlik Kavramı	24
2.8. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Bireylerin Ailelerine Yaklaşımında Psikiyatri Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları	25
3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Tipi	27
3.2. Araştırmanın Etik Boyutu	27
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	27
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	28
3.5. Veri Toplama Araçları	28
3.5.1. Aydınlatılmış Onam Formu (EK-1)	28
3.5.2. Demografik Bilgi Toplama Formu (EK-2).....	29
3.5.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği (EK-3)	29
3.5.4. Yaşam Yönelimi Testi (EK-4).....	29
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması	30
3.7. Araştırma Verilerinin Analizi.....	30
3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	30
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	42
6.1. Sonuçlar	42
6.2. Öneriler	42
7. KAYNAKLAR	44
8. EKLER.....	60
EK-1. Aydınlatılmış Onam Formu	60
EK-2. Demografik Bilgi Toplama Formu	62
EK-3. Beck Umutsuzluk Ölçeği	63
EK-4. Yaşam Yönelimi Testi	65
EK-5. Yaşam Yönelimi Testi Onam Maili.....	66
EK-6. Etik Kurul İzni	67
EK-7. Kurum İzni	68
EK-8. Özgeçmiş	69

ÖZET

Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Bireylerin Ailelerinde Umutsuzluk ve İyimserlik Düzeylerinin Belirlenmesi

Çocukluk ve ergenlik dönemi ruhsal problemler kaynaklı klinik başvurularda insidansı en yüksek olan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)' dur. DEHB'nin bakım ve tedavisinde, ailelerin biyopsikososyal durumlarını bütüncül yaklaşımla ele almak bakımın kalitesini ve tedavinin etkinliğini arttırmaktadır. Bu çalışmada çocukluk ve ergenlik döneminde DEHB tanısı almış bireylerin ailelerinde umutsuzluk ve iyimserlik düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışma 2022-2023 yıllarında, Ankara Şehir Hastanesi Çocuk Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran 400 DEHB tanılı bireylerin aileleri ile yürütülmüştür. Çalışma kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte bir tasarıma sahiptir. Veriler 'Demografik Bilgi Toplama Formu', 'Beck Umutsuzluk Ölçeği' ve 'Yaşam Yönelimi Testi' kullanılarak toplanmıştır. İstatistiksel analizler yapılırken IBM SPSS Statistics 24 adlı program paketi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında ve anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, ailelerin umutsuzluk ve iyimserlik düzeylerinin belirlenmesinde ailelerin demografik özelliklerine ilişkin farklı değişkenlerin umutsuzluk ve iyimserlik üzerindeki etkisi ortaya konulmuştur. Araştırmaya katılanların Beck Umutsuzluk Puan ortalaması 6.46 ± 4.56 ve Yaşam Yönelimi Testi yani İyimserlik Puan ortalaması 20.67 ± 4.22 bulunmuştur. Çalışmanın sonucunda, ailelerin iyimserlik ve umutsuzluk puan ortalamaları arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=-0,519$, $p<0,001$) bulunmuştur. DEHB tanılı bireylerin ailelerinin eğitim seviyesi yüksekliği, herhangi bir işte çalışma ve gelir düzeylerinin artması gibi faktörlerin iyimserlik düzeyini arttırdığı, umutsuzluk düzeyini azalttığı saptanmıştır. DEHB'nin bakım ve tedavisinde, ailelerin sosyal ve psikolojik açıdan eğitim programları ve geliştirilecek sağlık politikalarıyla desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), İyimserlik, Psikiyatri Hemşireliği, Umutsuzluk

ABSTRACT

Families of Individuals with a Diagnosis of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder in Childhood and Adolescence in the Determination of the Level of Hopelessness and Optimism

Clinical applications of induced mental problems in childhood and adolescence, which is the highest incidence of attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD). In the care and treatment of ADHD, biopsychosocial families of the states to take a holistic approach increases the effectiveness of treatment and the quality of care. In this study, childhood and adolescence in families of individuals with a diagnosis of ADHD was to determine the level of hopelessness and optimism.

Work in the years 2022-2023, Ankara City Hospital, Children's Hospital, Child and Adolescent Mental Health and diseases in the outpatient clinic was conducted with 400 families of individuals with ADHD. The study was cross-sectional, descriptive and relationship seeker has a design of nature. Data 'Aggregate demographic information Form', 'Beck Hopelessness Scale' and 'the Life Orientation Test' use were collected using. Management and analysis in IBM SPSS Statistics 24 used the program package named. The findings 95% confidence interval and a significance level of $p < 0.05$ rated.

Findings from the study, according to the despair of parents and optimism levels of determining of families in the hopelessness and optimism in relation to the effect of different variables on the demographic characteristics have been demonstrated. Beck hopelessness points respondents an average of 6.46 ± 4.56 and Optimism, Life Orientation Test points, an average of 20.67 ± 4.22 were found. As a result of the study, the mean scores between optimism and despair of families moderate negative significant correlation ($r = -0.519$, $p < 0.001$) were found. The height of the educational level of parents of individuals with ADHD, factors such as the increase of the level of income and work at any job, to increase the level of optimism, was found to reduce the level of hopelessness. ADHD in the care and treatment of families and social and psychological health policy must be supported by training programs to be developed.

Keywords: Family, attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), optimism, psychiatric nursing, hopelessness

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADHD	: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu)
ADHD-HD	: Dürtüsellik Tipi Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
ANA	: American Psychiatric Nurses Association (Amerikan Psikiyatri Hemşireleri Birliği)
APA	: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri)
DA	: Dopamin
DAT	: Dopamin Transporter (Taşıyıcı) Gen
DBH	: Dopamin Beta Hidroksilaz
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DEHB-B	: Bileşik Tip Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DEHB-DE	: Ağırlıklı Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-IV/V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistiği El Kitabı)
EEG	: Elektroensefalogram
FDA	: Food and Drug Administration (Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi)
HTR1B	: Serotonin 1B Reseptörü
KGB	: Karşıt Gelme Bozukluğu
NA	: Norepinefrin
NICE	: National Institute of Health and Care Excellence (Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmellik Enstitüsü)
ODD/CD	: Oppositional Defiant Disorder/Conduct Disorder (Karşıt Olma Karşı Gelme Davranış Bozukluğu)
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
SAB	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
SNAB- 25	: Synaptosomal-Associated Protein, 25kDa
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Araştırmaya katılanların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı	31
Tablo 4.2. Eğitim durumunun iyimserlik ve umutsuzluk puan ortalamalarına göre dağılımı.....	32
Tablo 4.3. Cinsiyetin umutsuzluk ve iyimserlik puan ortalamalarına etkisi	33
Tablo 4.4. Çalışma durumunun umutsuzluk ve iyimserlik puan ortalamalarına etkisi	33
Tablo 4.5. Gelir düzeyinin umutsuzluk ve iyimserlik puan ortalamalarına etkisi.....	34
Tablo 4.6. Medeni durumun umutsuzluk ve iyimserlik puan ortalamalarına etkisi..	34
Tablo 4.7. Ailelerinin umutsuzluk ve iyimserlik puan ortalamalarının dağılımı.....	35
Tablo 4.8. Ölçekler arasındaki ilişkilerin incelenmesi.	35

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Çocuk ve ergen ruh sağlığı, gelişim dönemlerinin her birinde biyopsikososyal yönden sağlıklı gelişim ve uyum sağlama yeteneği geliştirebilmek olarak ifade edilmektedir (1). Çocukluk ve ergenlik dönemi diğer gelişim dönemlerine göre daha dinamik olup bu dönemde sürekli değişim, gelişim ve yeniden organize olma söz konusudur (2). Bu nedenle de çocuk ve ergenlerin normal büyüme ve gelişme aşamaları bilinmeli ve bireysel ile davranışsal yanıtları değerlendirilmelidir. Ruhsal olarak sağlıklı çocuk ve ergenlerin genellikle evde, okulda ve toplum içinde sağlam ilişkiler ve yararlı işlevselliklerle mutlu bir yaşam sürdürdükleri ifade edilmektedir. (3, 4).

Ruhsal sorunlar, herhangi bir yaşta meydana gelebilmektedir ancak çocukluk ve ergenlik döneminde bireylerin duygularındaki hızlı değişkenlik, somut düşünme yetisine sahip olmaları, korku ve kaygılarını abartma eğiliminde olmaları ve iç gözlem yeteneklerinin sınırlı olması gibi özellikler nedeniyle kolayca teşhis edilememektedir (5). Çocuklar sürekli deneme ve öğrenme içinde olup dil ve zihin gelişimleri de hızlıdır. Mantıklı düşünme yetisi tam olarak gelişmemiştir, düşünce ve duygularını ifade etmekte zorlanır, çevresindeki olayları gerçeğe uygun olarak algılamayabilir, hayal gücünü çok kullanırlar. Bunun yanı sıra dürtü ve isteklerini ertelemeyi bilmez, benmerkezcidirler. Bu özelliklere sahip olmaları da çocuk ve ergenleri ruhsal problemlere karşı daha savunmasız bıraktığı düşünülmektedir (6, 7, 8).

Çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanan ruhsal problemler nedeniyle klinik başvuruları geçmişe oranla daha sık görülmektedir. DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı kriterleri paralelinde yürütülen, epidemiyolojik araştırma sonuçlarında çocukluk ve ergenlik dönemi psikiyatrik bozukluklarında %12.0 gibi bir oran bulunmuştur (9). Çocuk ve ergen ruh sağlığı, pediatrik ve birinci basamak sağlık hizmetlerine en sık başvuran, DSM-V' te çocuk ve ergenlerde görülen ruhsal bozuklukların alt grubu, nörogelişimsel bozukluklar olarak tanımlanmaktadır (10). Duygusal, sosyal ve entelektüel alanlardaki gelişimsel anormallikler genellikle gelişimin erken dönemlerinde, sıklıkla çocuk ilkokula başlamadan önce ortaya çıkmaktadır (3, 11). Çocuklarda nörogelişimsel bozukluklar arasında en yaygın

görülen sorunlardan biri de Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)'dur (9). ABD'de yapılan bir çalışmada, nörogelişimsel bozukluklar için 2-17 yaş aralığında %15 gibi bir orana ulaşılmış ve bunlar arasında en çok DEHB görüldüğü saptanmıştır (12). Ercan ve arkadaşlarının (2019), Türkiye'de 30'dan fazla ilde, 5830 katılımcı ile yürüttüğü çalışmada; ilkokul iki, üç ve dördüncü sınıfa giden öğrencilerde psikiyatrik bozukluk görülme insidansı %37.6 olarak saptanmıştır. Çalışmanın bir diğer sonucu DEHB'nin Türkiye genelinde en çok rastlanan bozukluk olduğudur (13).

DEHB, gelişim evresi ile uyumsuz dikkatte azalma, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik semptomları ile kendini gösteren bir bozukluktur (11, 14). DEHB'nin en yaygın belirtileri arasında dikkatsizce hatalar yapma, ayrıntıları düşünememe, çalışırken veya oynarken odaklanmakta güçlük çekme, konuşurken dinlemiyor görünümü, sorumluluklarını tamamlayamama, işleri ya da etkinlikleri düzenlemede güçlük, bilişsel çaba gerektiren işlerden kaçma ve günlük etkinliklerde unutkanlık yer almaktadır (15, 16). Yaşla birlikte hiperaktivitede azalma, dikkat eksikliği ve dürtüsellikle ilgili kalıcı sorunlar görülmektedir. Gerileyen ilk bulgu hareketlilikte azalma olurken sonradan azalan ya da tamamen ortadan kalkan belirti ise dikkat eksikliği olmaktadır (3). Psikiyatrik bozukluğun erken başlaması ve kronik prognozlu seyretmesinden dolayı sosyal, duygusal, gelişimsel ve akademik açıdan birçok soruna neden olduğu düşünülmektedir. Bu sorunların bireyler ve ailelerle olan iletişimde bozulma ve ruhsal sağlığın olumsuz etkilenmesi gibi sonuçlarının bulunduğu belirtilmektedir (9, 14). DEHB tanısının değerlendirilmesi, tedavi planının oluşturulması ve uygulanmasında bütüncül bir yaklaşım geliştirmenin ve çocuğu aile bağlamında değerlendirmenin çocukların tedavi ve bakımlarını destekleyeceği düşünülmektedir (3, 17).

Çocuk, aileyi tamamlayıcı bir unsur olarak kabul edilmektedir. Anne ve babalar eşlerinin ve diğer sevdiklerinin birlikteliğini tamamlayan ve toplum tarafından kabul gören eksiksiz bir çocuk beklentisi içerisinde. Psikiyatrik bozukluğu bulunan bir çocuğa sahip olmak, tüm olumlu beklentilerin ve hayallerin yok edilmesiyle birlikte yoğun duygular ve endişeleri de beraberinde getirebilmektedir (18, 19). Bu sorunu yaşayan aileler, bazen toplum tarafından aşağılanarak suçlanabilmektedir. Bazı kültürlerde çocuklar annelerin kişisel bir başarısı veya başarısızlığı olarak da kabul edilmektedir. Babaların verdikleri tepkiler de annelerin duygularını doğrudan etkileyerek annelerin kaygı ve umutsuzluk duygularıyla karşı karşıya kalmasına neden

olabilmektedir (20, 21).

DEHB tanılı bireylerin aileleri ile yapılan çalışmalarda, çocuğun tanısının ailede büyük bir sorun olduğu, ailenin şok, öfke, inkar, keder, endişe ve benzeri duygular yaşadığı, birçok ailenin de çocuğunun hastalığı nedeniyle sosyal hayattan kendini izole ettiği belirtilmektedir (22, 23). Aileler, hayatlarını ve düzenlerini DEHB olan çocuklarına uyum sağlayacak biçimde tekrar şekillendirmek durumunda kalmaktadır. Büyüyen krizle birlikte yaşam gereksinimlerini yerine getirmede zorlanmakta ve ilişkilerde gerginlik yaşayabilmektedirler (23, 24). Sonuç olarak, aileler ruhsal bozukluğu olan bir çocuğa ebeveynlik yapmanın zorluğu ve belirsizliği ile yüzleşmek zorunda kalabilmektedirler (18). Çalışmalar, anksiyete bozuklukları, depresyon ve damgalama gibi problemlerin DEHB olan çocukların ailelerinde daha yaygın olduğunu bildirmiştir (25, 26, 27). DEHB tanısı almış bireylerin ailelerinin çoğu zaman umutsuzluk duyguları yaşayarak problemle etkili baş edemezken bazı ailelerin ise tam tersine bu sorunu iyimserlikle karşılamakta, bu durumu kabullenmekte ve çocuklarına faydalı olacak hizmetlere yönelebilmektedirler (21, 27).

DEHB tanısı konulduğu andan itibaren ailelere yaşayacakları sorunlarla başa çıkmaları için sistematik ve profesyonel olarak destek planlaması yapılmalıdır (23, 28). Öncelikle ailelerin hastalık ile ilgili bilgi sahibi olması, gelişim ve eğitimlerine destek olacak çeşitli çözüm yolları planlaması gerekmektedir. Aileler, DEHB tanısı almış bir çocuklarının olmasından dolayı başaramama ve suçluluk duyguları yaşarken, çözemedikleri bu problemi çaresizlik olarak yorumlamakta ve psikolojik desteğe de gereksinimleri olabilmektedir. Bu süreçte disiplinler arası iş birliği ile iletişim becerileri ve psikososyal müdahaleler problem çözümü için gerekli ve yararlı olabildiği bilinmektedir (28, 29). DEHB' nin bakım, tedavi ve sürecin sağlıklı sürdürülmesinde hemşirelerin çok önemli sorumlulukları vardır (30). Psikiyatri hemşirelerinin bireyin gelişim dönemlerini bilerek, bakımı planlamak, çevresine ve kendisine zarar vermesini önlemek, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yönetmek, etkili baş etme teknikleriyle bireyi ve aileyi problem çözme noktasında desteklemek gibi görevleri bulunmaktadır (3, 30). Bu bağlamda DEHB tanılı çocuğa sahip ailelerin umutsuzluk ya da iyimserlik düzeyleri belirlenerek planlanacak olan tedavi ve bakımın daha etkin ve destekleyici olacağı varsayılmaktadır. Bu çalışmada temel amaç ailelerin sürece daha etkin dahil edilmesi için umutsuzluk ve iyimserlik düzeylerinin aracılık rolünün açığa çıkarılması hedeflenmiştir. DEHB tanılı çocukların

ailelerinin aile işlevleri, sosyal destek, kaygı ve depresyon düzeylerini ve danışmanlık programlarının etkilerini inceleyen araştırmalar olmasına rağmen (15, 31, 32, 33, 34) DEHB tanılı bireylerin ailelerinin umutsuzluk ve iyimserlik düzeylerini inceleyen bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışma ile ailelerin umutsuzluk ve iyimserlik düzeylerinin belirlenmesinin hemşirelik bakım ve uygulamalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışmada çocukluk ve ergenlik döneminde DEHB tanılı bireylerin ailelerinde umutsuzluk ve iyimserlik düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma çocukluk ve ergenlik döneminde DEHB tanısı almış bireylerin ailelerinde umutsuzluk ve iyimserlik düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

- DEHB tanılı bireylerin ailelerinin umutsuzluk düzeyi nedir?
- DEHB tanılı bireylerin ailelerinin iyimserlik düzeyi nedir?
- DEHB tanılı bireylerin ailelerinin sosyo-demografik özellikleri ile umutsuzluk ve iyimserlik düzeyleri arasındaki ilişki nedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu’nun Tanımı

DEHB, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında son yüzyılda etkili olan bir hastalıktır. XVIII. yüzyıl İngiltere’inde tıp biliminde “kötü çocuklar” tanımıyla ortaya çıkan bu hastalık, tarihsel süreç içerisinde “çılgın aptallık”, “yetersiz ketleme”, “dürtüsel delilik” ve “yaramaz çocuk sendromu” olarak adlandırılmıştır (35).

DEHB, genetik ve çevresel unsurların etkili olduğu karmaşık etiyolojiye sahip bir hastalık olup çocuklukta fark edilmediği zaman eğitim, mesleki ve kişiler arası ilişkilerde işlevselliği bozan, ergenliğe kadar devam eden veya ergenlikte de etkisi süren nörogelişimsel bozukluktur (36). Çocukluk döneminde başlayan dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik, genellikle yetişkinliğe kadar devam eden nörogelişimsel bir durum olan DEHB’ nin ayırt edici özellikleridir. Bozukluğun erken başlangıçlı ve kalıcı doğası nedeniyle, sosyal, duygusal, gelişimsel ve akademik açıdan birçok soruna neden olduğu düşünülmektedir. Bu sorunların kişiler arasında ve aile içindeki ilişkilerde bozulma ve ruhsal sağlığın olumsuz etkilenmesi gibi sonuçlarının bulunduğu belirtilmektedir (14, 37).

2.1.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu’nun Tarihçesi

DEHB ilk olarak 1902 yılında İngiliz hekim George Still’in açıklamalarıyla alan yazınında yerini almıştır (38). Still’e göre, sosyal alan içerisinde ahlaki kurallara uymadaki zorluklar DEHB için başlangıç olarak görülmektedir. Araştırmacılara göre bu görüş çağdaş DEHB’ nin içeriklerine benzer şekildedir. Still’ in DEHB’ yi açıklamasının üzerinden uzun yıllar geçmesine rağmen, bozukluğun etiyolojisi henüz tam olarak anlaşılamamaktadır(39).

Still’den sonra Hartocollis (1968), ergen, genç ve yetişkin hastaların nörofizyolojik ve psikolojik değerlendirmesini tartıştığı çalışmasında DEHB'nin yetişkinliğe kadar sürdüğünü belirtmektedir. Bu hastaların nörofizyolojik sonuçlarının

beyin işlevinde sadece hafif bir bozulma gösterdiğini, saldırganlık, dürtüsellik ve davranışta hiperaktivitenin Still'in pediatrik hastalarınınkilerle karşılaştırılabilir olduğunu kaydetmektedir. Bu davranışlardan bazılarının, ilerleyen dönemlerde de devam ettiğini vurgulamaktadır. Psikanalitik teoriye göre Hartocollis, bu durumun benlik gelişiminin ilk aşamalarındaki bir kusur ile aşırı meşgul, başarıya ve işe odaklanmış bir ebeveyn modeli arasındaki etkileşimin bir sonucu olarak ortaya çıktığını öne sürmektedir (40). Mendelson vd. (1971) ve Barkley vd. (2010) çalışmalarında, hafif beyin fonksiyon bozukluğu ve/veya hiperaktif semptomları olan birçok vakanın yetişkinliğe kadar sürdüğünü belirtmektedirler. Ayrıca hiperaktif çocukların ebeveynlerinin genellikle benzer semptomlar sergilediğini, bu çocukların sıklıkla sosyopati, histeri ve alkolizm gibi yetişkin sorunları geliştirdiklerini ileri sürmektedirler (41, 42). Literatür araştırması, yetişkin DEHB'sinin 1990'lara kadar bir bozukluk olarak tanınmadığını göstermektedir. Edward Hallowell ve John Ratey, 1994'te yazdıkları Driven to Distraction adlı kitapta yetişkin DEHB'sini ve araştırmadaki rolünü tartışmaktadırlar. Bu yazarlar yetişkin DEHB'si üzerine yaptıkları çalışmalarda tanı ölçütlerini de belirlemişlerdir. 1990'larda yetişkin DEHB'si üzerine çok sayıda akademik çalışma yapılmıştır. Bu zaman dilimi, klinik araştırmacıların hastalığın ayırıcı tanısına, tedavilerine ve seyrine ilk kez bakmaya başladıkları yıllar olarak anılmaktadır (43).

2.1.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun Epidemiyolojisi

Abalı (2021), DEHB'nin çocuklarda en yaygın davranışsal sorun olduğunu, şizofreniden 4 kat ve bipolar bozukluktan 3 kat daha fazla görüldüğünü iddia etmektedir. Ek olarak, çocukluk veya ergenlikte DEHB'si olan yetişkinlerin %50'sinin artık herhangi bir belirgin semptomu olmadığı kaydedilmiştir (44).

DEHB ile ilgili yüzyılı aşkın süredir yapılan araştırmaların sebebi, bozukluğun yaygın olması ve yaşam boyunca süren bir bozukluk olarak kalması durumu olarak göze çarpmaktadır (45). Bozukluğun toplumdaki yaygınlık oranı %3 ile %5 arasındadır. Nitekim okul çağındaki çocukların %5 ile 7'sinde belirlenen bu bozuklukta erkek/kız oranı 5/1'dir (38). Türkiye'de yapılan uzun süreli takip araştırmalarına göre hiperaktivite, dürtüsellik ve bunlara bağlı belirtiler zamanla düzelse de dikkat eksikliği düzelmemektedir (46). Toplumda erkek çocukların DEHB oranı daha yüksektir ve bu okul öncesi çocukların %5-10' unu etkilemektedir. Türkiye'

de yapılan başka bir çalışma, okul çağındaki çocukların %5' inde DEHB olduğunu ortaya koymuştur. Genel popülasyon göz önünde bulundurulduğunda her sınıfta 3-5 hiperaktif çocuk olduğu bilinmektedir, bu nedenle sorunu tespit etmek ve psikiyatrik bakım sunmak çok önemlidir (44). Genel örneklemede, genç ve erkeklerde DEHB oranı daha yüksektir ancak yetişkinlerde cinsiyetler arasında eşitsizlik kapanmaktadır (46).

Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada toplumda DEHB oranının sıklığı %8.6 olduğu, polikliniklere başvuru sebepleri arasında DEHB’nin anksiyete ve depresyondan sonra üçüncü sırada yer aldığı saptanmıştır. Cinsiyete göre dağılım ise erkek çocuklarda daha sık görülmek üzere 6/1 olarak belirlenmiştir (47). DEHB genellikle okul çağında teşhis edilmesine rağmen, semptomları ve ilişkili bozuklukları (zayıf sosyal ve akademik işlevsellik) okul öncesi dönemde de ortaya çıkmaktadır. Bu durum DEHB’li çocukların ebeveynleri üzerinde erken baskı oluşturmaktadır. DEHB’ye sıklıkla farklı ruhsal bozukluklar da eşlik etmektedir (48). Karşıt olma karşı gelme davranış bozukluğu (ODD / CD), pediatrik DEHB hastalarının yaklaşık yarısını etkileyen en yaygın komorbid durumlar arasında yer almaktadır. Ayrıca DEHB’li çocuklarda ODD/CD semptomlarının ebeveynlerin stresini arttırdığı gözlemlenmektedir (49).

ABD’de nörogelişimsel bozukluklar üzerine yapılan bir çalışmada, 2 ila 17 yaş arası çocuklarda görülme sıklığı %15’tir ve bunlar arasında en yaygın olanı DEHB’ dir. Dünyada en yaygın ruhsal bozukluklardan biri olan DEHB’nin yaygınlığı altı yaş altı çocuklar için kliniklerde %2’nin altında iken, psikiyatrik bozukluğu olan çocukların toplumda %59’un üzerinde olduğu tespit edilmiştir (50). DEHB olan çocuk ve ergenlerin yaşam kaliteleri daha düşük olabilmektedir (14). Bastiaansen ve arkadaşları (2004) tarafından DEHB ve yıkıcı davranım bozukluğu olan çocuklarda okul ve sosyal işlevsellik üzerine yapılan araştırmada, anksiyete ve duygudurum bozukluğu olan çocukların duygusal işlevsellikte daha ciddi bozulmalarının olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya göre, dikkat eksikliği ve hiperaktivite-dürtüsellik semptomlarının şiddeti, çeşitli yaşam kalitesi alt ölçekleri ile ilişkilendirilmektedir (51). Ayrıca, Klassen ve arkadaşları (2006), DEHB’ye eşlik eden hastalıkların varlığı ve sayısının yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini belirtmektedir (52).

Hastane tabanlı yapılan çalışmada aile yapısının ve doğum sırasının çocukların DEHB kapsamındaki saldırgan davranışları üzerinde etkisinin olduğu bildirilmektedir (53). DEHB bağlamında ebeveyn özelliklerinin çocuk gelişimi üzerindeki etkisi de

vurgulanmaktadır (54). Yapılan çalışmalarda DEHB'si olan erkek çocuklarda davranış bozuklukları çeşitli ölçeklerle değerlendirilerek test edilmektedir (55, 56). Çalışma sonuçları, çocukların hem ciddi içselleştirme hem de dışsallaştırma olarak iki tür davranış bozukluğu sergilediklerini göstermektedir. Bu sınıflandırma da DEHB'si olan erkek çocuklarda davranış bozukluklarının çeşitliliğini göstermektedir. Ayrıca Hsu ve arkadaşları (2022), çalışmalarında çocukların sosyo-çevresel faktörlerden etkilenmesi sebebiyle DEHB tanısı konulabildiğini tespit etmişlerdir (57). Sonuç olarak popülasyon için daha yüksek gerçek oranlar tahmin edilmektedir. Ceylan ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan bir çalışmada, daha önce hiç tanı almamış üniversite öğrencilerinde DEHB belirtilerinin ne kadar yaygın olduğuna dikkat çekilmektedir (68). Başka bir çalışmada, çocuklarda bazı DEHB vakalarının yaşlandıkça düzeldiği ve iş, okul ve kişilerarası etkileşimlerle ilgili sorunların devam ettiği, ancak yine de hastalığın tanı kriterlerini karşılayamadıkları gösterilmektedir. DEHB'nin etiyojisi karmaşıktır ve çeşitli genetik ve çevresel değişkenlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (36).

Sosyal yaygınlık açısından DEHB'nin üç alt tipi dikkate alındığında dikkat eksikliğinin baskın alt tipi (%20-30), hiperaktivite/dürtüsellik baskın alt tipi (%15'ten az) ve bileşik alt tipi (%50-75) farklı oranlarda bulunmaktadır. Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (CDC)'nin bir araştırmasına göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde 4 ila 7 yaşları arasındaki 6.4 milyon çocuğa (%11) DEHB teşhisi konmuştur (69). Erkekler kızlardan üç kat daha sık DEHB teşhisi konulmaktadır. Bu hastalığın gelişiminde psikososyal, çevresel ve kültürel faktörlerin yanı sıra genetik faktörlerin de önemli bir etkisi olmaktadır (36). Sobanski ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre DEHB prevalansı toplumlar arasında farklılık göstermektedir. Bu farklılıklara bağlı olarak davranış sorunları ve hiperaktivitenin daha az görüldüğü bildirilmektedir (70).

2.1.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun Belirtileri

Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM V)'e göre, DEHB gelişimi; dürtüsellik, hiperaktivite ve dikkat eksikliği belirtileri ile karakterize edilen nörofizyolojik bir hastalıktır. Dürtüsellik, hiperaktivite ve dikkat eksikliği özellikleri, tarih boyunca hastalığı tanımlamak için tutarlı bir şekilde kullanılmıştır. DEHB'si olan yetişkinler, günlük yaşamlarında duygularını kontrol etme, dikkatlerini toplama,

dürtülerini kontrol etme, durumlara uygun tepki verme ve becerilerini kullanma gibi çeşitli sorunlar bildirmişlerdir (11). DEHB belirtileri; düşüncesizce hatalar yapma, ayrıntılara dikkat etmeme, çalışırken veya oynarken odaklanmakta güçlük çekme, konuşurken dinlemiyor görünümü, sorumluluklarını tamamlayamama, işleri ya da etkinlikleri düzenlemede güçlük çekme, bilişsel çaba gerektiren işlerden kaçma ve günlük etkinliklerde unutkanlıktır. Hiperaktivitedeki yaşa bağlı düşüşler, dikkat eksikliği ve dürtüsellikle ilgili kalıcı sorunlar görülmektedir. Hiperaktivite ilk kaybolan belirtidir, bunu dikkat eksikliği izlemektedir (3, 36).

DEHB'nin belirtileri üç ana bileşende özetlenebilir, bunlar; dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüselliktir. Bu bileşenler nedeniyle başlanan bir görevi sonlandıramama, birden fazla işle aynı anda ilgilenme, doyumsuzluk, düşük engellenme eşiği, tutarsız davranışlar, karar verememe, analitik düşünme eksikliği, kaba motor beceriler düzeyinde aşırı aktivite, yaşına göre ince motor becerilerde eksiklik, bir duruma konsantre olamama ve odaklanamama gibi bozukluk belirtileri ortaya çıkmaktadır (39). DEHB, bireyin yaşam kalitesi ve günlük işlevselliğinde büyük sorunlara neden olmakta bu nedenle aile ve toplum düzeyinde önemli bir etkiye sahip olabilmektedir. Eğitim eksikliği, yaralanma, kazalar, genç gebelikler, aile çatışması, suç davranışı ve hapsedilme gibi sebeplerden kaynaklı sonuçlar DEHB hastaları açısından yüksek risk taşımaktadır (58). DEHB ayrıca yaygın olarak diğer psikiyatrik, nöro gelişimsel ve bilişsel bozukluklar ile bir dizi fiziksel sağlık sorunu ile ilişkili olabilmektedir (10).

DEHB belirtileri zamanla değişebilmekte ve kötüleşebilmektedir. Bu nedenle de yetişkinlerde görülen belirtiler çocuklarda görülenlerden farklı olabilmektedir. Tanı sürecini ve etiyoloji araştırmasını zorlaştıran önemli konulardan biri DEHB'ye özgü laboratuvar bulgularının ve tanı tekniklerinin azlığıdır. Klinik teşhis; aile ve çocuk görüşmeleri, gözlemler, nöropsikolojik testler, davranış analizi ve farklı bilişsel testlerin sonuçları ile ortaya konulmaktadır (59). DEHB tanısı konulabilmesi için ön görülen belirtilerden en az birinin 7 yaşından önce olması ve her iki belirti grubundan (hiperaktivite/dürtüsellik ve dikkat eksikliği) belirli sayıda belirtinin saptanması gerekmektedir. Buradaki tanı ölçütlerinden kaçının saptandığına bağlı olarak tedavinin bozukluğun alt gruplarını netleştirmesi önemlidir. Bazı yaş gruplarında her iki problem grubu birlikte, bazılarında sadece dikkat problemi, bazılarında ise sadece hiperaktivite ve dürtüsellik bulunmaktadır (60). DEHB belirtilerinin sosyal, mesleki ve/veya

akademik işlevleri engellememesi, semptomların en az altı aydır mevcut olması ve başka bir akıl hastalığından kaynaklanmaması gerekmektedir (61).

2.1.5. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tedavisi

DEHB hem tanı hem de tedavi sürecinde disiplinler arası yöntemleri gerektiren bir durumdur (62, 63). DEHB tanısı almış çocukların ilaç tedavisi yanı sıra çok yönlü yaklaşımla tedavi edilmesi gerekliliği yapılan çalışmalarla da desteklenmektedir (15, 64). DEHB'nin çocuk kadar aileyi de etkilediği gözlemlenmektedir. Akademik zorluklar, okulu bırakma, suç işleme, alkol ve uyuşturucu kullanımı, intihar, kendine ve çevreye zarar verici riskli davranışlar, diğer psikiyatrik bozukluklar, işsizlik, başarısız kişilerarası ilişkiler ve aile ilişkileri, düşük benlik saygısı gibi tedavi edilmeyen ve desteklenmeyen DEHB'nin uzun vadeli etkileri arasında göze çarpmaktadır (16). Bu nedenle ailelerin iletişim becerileri çocukların yaşam kalitesi üzerinde etkili olmaktadır (65). DEHB' de en çok etkilenen işlevler bilişsel etkinliklerdir (66). Günümüzde DEHB' yi ilaç, psikoterapi ve özel eğitim desteği ile tedavi etme girişimleri yapılmaktadır. Bu bozuklukla ilgili yapısal ve fonksiyonel görüntüleme araştırmaları beynin hangi bölümünün bu durumdan sorumlu olduğunu göstermesi bakımından sorunlu görülmektedir (47, 67).

2.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun Alt Tipleri

Zhang ve arkadaşlarına (2022) göre, DEHB heterojenite ve fenotipik örtüşme sergileyen yüksek derecede komorbid nörogelişimsel bozukluktur. Yapılan çalışmada, DEHB' nin; semptom, nörobiliş ve beyin yapısal bağlantısı arasında anlamlı ilişkiler gösteren üç alt tipe sahip olduğu ifade edilmektedir. Corpus callosumun ince motor işlevi ve yapısal bağlantısı, sosyal beceri belirtileri olan nörogelişimsel bozukluklar için biyobelirteçler olarak kullanılabileceğini gösterilmektedir. Bu bağlamda kesin fenotiplemenin önemi ve ince motor müdahalenin DEHB üzerindeki etkisi ortaya konulmaktadır (71). DSM-V'te DEHB'nin üç alt tipi tanımlanmaktadır, bunlar; dikkat eksikliği, hiperaktivite-dürtüsellik ve karma tiptir. DEHB alt tiplerini yaş grubuna göre tanımlamak daha doğru olacaktır çünkü çocuklardaki hareketlilik belirtileri daha baskın olduğunda bu durum zamanla azalarak yerini dikkat eksikliğine bırakabilmektedir (39). Çocuklarda en sık görülen alt tip DEHB-B (%43-79), ardından

DEHB-AD (%8-37) ve DEHB-H/D (%5-29) gelmektedir. Ergen araştırmaları, DEHB-AD prevalansının %64-78, DEHB-H/D'nin %5-11 ve DEHB-B alt tipinin %17-28 olduğunu göstermektedir (72). Ancak bunun aksini gösteren çalışmalarda en yaygın bileşik alt tip çocuklar ve ergenlerde bulunmaktadır. Dikkat eksikliği alt tipi en çok kızlarda görülürken, her üç alt tip de erkeklerde kızlara göre daha sık görülmektedir. Son araştırmalar, DEHB alt tiplerini kategorize etmek yerine boyutsal değerlendirme kullanılması gerektiğini önermektedir (73).

DEHB türleri için beş kategori oluşturulmuştur. Bunlar; kısmi remisyonda DEHB, başka türlü adlandırılmayan DEHB, ağırlıklı olarak dikkat eksikliği tipi (DEHB-DE), baskın hiperaktivite ve dürtüsellik tipi (ADHD-HD) ve bileşik tiptir (DEHB-B). DEHB belirtilerinin teşhis edilebilmesi için en az iki ayrı ortamda (aile veya okul gibi) ortaya çıkması gerekmektedir (74). Araştırma sonuçları çelişkili olmakla birlikte, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde karşılaşılan sorunların DEHB gelişimine katkı sağlayabileceği belirtilmektedir (75). Zapitelli ve arkadaşları (2001), DEHB'si olan çocukların sağlıklı akranlarına göre daha fazla stres yaşadıklarını bulmuşlardır (76). Bondopadhyay ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada, DEHB'de uyku bozukluklarının yaygın olduğu ve davranışsal sonuçları kötüleştirebileceği, ayrıca uyku müdahalelerinin DEHB semptomlarını iyileştirebileceği ve DEHB için farmakoterapinin uykuyu etkileyebileceği tespit edilmiştir. Bu bağlamda, uyku bozukluğunun ocuklarda DEHB'nin klinik olarak önemli bir özelliğini temsil edebileceği ve yararlı bir terapötik olarak hedeflenebileceği gösterilmektedir (77).

DEHB fenotipindeki farklılıklar, iki sürekli değerşen grubunun, dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik semptomlarının farklı şiddette bir araya gelmesinden kaynaklanabildiği gibi DEHB alt tiplerinin daha homojen gruplar oluşturmadığı da vurgulanmaktadır (78). Bu sebeple, yeni DSM-V sınıflamasında DEHB alt tipleri ele alınmaktadır. Dikkat eksikliği dışında alt tiplerin ailesel aktarımının olmaması, alt tipler arasında metilfenidata yanıtta farklılık olmaması ve gelişim sürecinde alt tiplerin devamlılığının %50 olması bu görüşü desteklemektedir (79). Ayrıca, yavaş hafıza ve bilgi işleme kapasitesine sahip bireyler, hiperaktivite ile ilişkili olmayan dikkat ve yönelim sorunları, dikkat eksikliği belirtileri ve “ağır bilişsel ritim” olarak tanımlanan bu durumun farklı bir alt tipi belirttiği vurgulanmaktadır (80). Türkiye'de DEHB alt tiplerinin yaygınlığını belirlemek için yapılan bir araştırmaya göre, %69,8 ile bileşik

tip en yaygın tip olurken, bunu sırasıyla %28,3 ve %1,9 ile dikkat eksikliği tipi ve hiperaktivite/dürtüsellik tipi izlemektedir (81).

DEHB' nin nörolojik temellerini, oluşum mekanizmalarını anlamak ve bu hastalığın neden olduğu beyin gelişimsel gecikmenin tanımlanması, nörogörüntüleme araştırmaları ile mümkün olmaktadır. 2000'li yıllarda, DEHB' yi alt tiplere ayırmaya yönelik araştırmalar artmaktadır. Bu çalışmalar, DEHB' li çocuklar ve ergenlerde durumun klinik seyrini, tedaviye yanıt verebilirliği ve eşlik eden hastalıkları incelemektedir. Prosedürel bellek sürecinin, DEHB' nin beyin işlevine müdahalesinden zarar gördüğüne ve bu müdahalenin okuduğunu anlama ve performansta (hikaye okumak ve video izlemek dahil) sorunlara neden olabileceğine inanılmaktadır (36, 43).

DEHB tanısı olanlar için dikkat eksikliği, ergenlik döneminde daha belirginleşmektedir. Ayrıca antisosyal kişilik özelliklerinin ortaya çıkması yaşamlarını daha fazla etkilemeye başlamaktadır. Pek çok DEHB hastası ergenliğe ve yetişkinliğe girerken motor hiperaktivite semptomlarında azalma yaşarken, dürtüsellik, ajitasyon, odaklanamama ve huzursuzluk belirtileri devam etmektedir (36). DEHB tanısı koymak için klinik değerlendirme önem taşımaktadır. Bununla birlikte, klinik gözleme, ileri testlere, araştırmalara ve nörobiyolojik göstergelerin araştırılmasına güvenmek de önem teşkil etmektedir (36, 82).

2.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun Etiyolojisi

2.3.1. Genetik Etkenler

Bugüne kadar yapılan araştırmalara göre DEHB kalıtsal bileşeni en fazla olan psikiyatrik durum olarak bilinmektedir (83). Yapılan çalışmalarda DEHB' nin poligenetik yapısına dair geniş bilgiler bulunmakla birlikte, sonuçların değerlendirilmesinde ve yorumlanmasında birçok genin DEHB ile etkileştiğinden bahsedilmekte ve DEHB'nin ailesel geçişler gösterdiği belirtilmektedir (78). Aile araştırmaları, DEHB olan kişilerde aile bireylerinde DEHB yaygınlığının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu araştırmalarda DEHB olan çocukların anne ve babasında 2-8 kat, kardeşlerde 3-5 kat artmış DEHB riski bulunmaktadır. Tek yumurta ikizlerinde ve çift yumurta ikizlerinde DEHB uyumunu inceleyen bir araştırmada

uyum oranları %58 ve %31 bulunmaktadır (73). Başka araştırmada ise DEHB' nin genetik geçiş oranı yaklaşık %76 olarak bildirilmektedir (84). Araştırmalara göre, kalıtsal ve çevresel değişkenlerin etkileşimi DEHB ile sonuçlanmaktadır. Buna göre, DAT1 ve DAT4 genlerindeki genetik polimorfizmler ile perinatal gelişim sırasında tütün kullanımı arasındaki gen-çevre etkileşimleri belgelendirilmektedir (85).

DEHB tanısı olan çocukların evlat edinen ebeveynleri, DEHB' si olan çocukların biyolojik ebeveynlerine göre bozukluğu daha az yaşarlar. Hastalığın oluşumunda birçok genin etkili olduğu düşünülmektedir (80). Dopamin beta hidroksilaz (DBH), serotonin 1B reseptörü (HTR1B) ve SNAP-25 ve DEHB genleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantı da keşfedilmiştir. DEHB ile en güçlü şekilde ilişkili genin DAT1 geni olduğu belirtilmektedir (79). Annenin gebelikteki demir durumunun çocukluktaki dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB) semptomlarıyla bağlantılı olabileceğine yönelik bazı ciddi şüpheler bulunmakta ancak gebelikte demir durumu ile DEHB gelişme riski arasındaki ilişki hakkında kesin kanıt bulunamamaktadır (86).

DEHB' li çocukların ebeveynlerinin DEHB tanısına sahip olma olasılığının genel popülasyon karşısında 2-8 kat daha fazla görüldüğü gözlemlenmektedir (87). Çalışmanın bulguları, hastalığı olan çocukların ailelerinde DEHB' nin yüksek sıklığının yanı sıra depresyon, anksiyete bozuklukları, davranış bozuklukları ve alkol ve uyuşturucu bağımlılığını içermektedir. Araştırmalara göre, DEHB olan çocukların anneleri, DEHB tanısı olmayan çocukların annelerine göre duygularını kontrol etmekte daha çok mücadele etmektedir ve DEHB' den etkilenen çocukların olduğu ailelerde problem çözme, iletişim kurma ve dikkat verme gibi aile faaliyetleri etkilenmektedir (87, 88). Ek olarak, araştırmalar, çevrimiçi ve oyun oynama bozukluklarının belirtilerinin, DEHB' si olan çocukların bulunduğu evlerde, bu tür çocukların olmadığı evlere göre daha yaygın olabileceğini ortaya koymaktadır (87).

2.3.2. Yapısal, Nörofizyolojik ve Nörokimyasal Etkenler

Prefrontal kortekste sorun olan hastalarda DEHB benzeri semptomlar gözlemlenmektedir ve nöropsikolojik testler prefrontal korteks ile ilgili yürütücü işlevlerde bozulma olduğunu göstermektedir bu da prefrontal kortekste yapısal anormallikler ile DEHB arasında ilişkiler bulunduğunu düşündürmektedir (89).

Fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmalarında elde edilen bulgular da bu bulguları desteklemektedir. DEHB tanısı yeni konulan ve metilfenidat tedavisi gören çocuklarda dorsolateralprefrontal korteks, kaudat ve talamusta bölgesel kan akımının arttığı saptanmaktadır (90).

Elektroensefalogram (EEG) çalışmaları, DEHB' li bireylerin tetato beta dalgalarının oranı açısından kontrollerden farklı olduğunu, ancak EEG çalışmalarından ortaya çıkan modellerin DEHB' nin karmaşık klinik tablosunu açıklamakta yetersiz kaldığını açıklamaktadır (91). Mevsimsel doğum zamanı ile psikiyatrik bozukluk riski arasındaki bağlantı üzerine yapılan bir meta-analiz çalışmasına göre, okula başladıklarında daha küçük olan çocuklara zihinsel engellilik ve DEHB teşhisi konma riskinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Ek olarak, bu çalışmada kış aylarında doğan insanların majör depresif bozukluk geliştirme riskinin de yüksek olduğu görülmektedir (92).

DEHB' nin nörobiyolojisinde beynin frontal bölgesindeki dopaminerjik ve noradrenerjik sistemlerdeki anormalliklerin DEHB bulgularının gelişimine katkıda bulunduğunu gösteren veriler olmasına rağmen, bunların DEHB' ye neden olup olmadığı hakkında kesin sonuçlar ortaya çıkmamaktadır. DEHB hastalarında norepinefrin (NA) ve dopamin (DA) semptomlarının azalması ve başta dopamin olmak üzere katekolamin içeren gen polimorfizmlerinin DEHB ile ilişkisini destekleyen bulgulardır ancak, beyindeki nörotransmitter sistemlerinin çeşitliliği ve aralarındaki karmaşık etkileşimler nedeniyle kesin bir bağlantı henüz kurulamamaktadır (93).

2.3.3. Biyolojik ve Psiko-Sosyal Çevresel Etkiler

DEHB'de genetik ve çevresel faktörlerin arasındaki ilişkiler birbirlerini etkileyebilmektedir. Bununla birlikte, sosyo-çevresel faktörlerin DEHB' nin heterojen davranışsal fenotipleri üzerindeki etkisi nadiren araştırılmıştır (57). DEHB' li monozygotik hastalarla yapılan araştırmalarda uyum oranları, çevresel faktörlerin de etiyolojide rol oynayabileceğini ortaya koymaktadır. DEHB' nin doğum öncesi sigara dumanına maruz kalma ve annenin stres seviyesi, düşük doğum ağırlığı, kurşun ve ilgili nörotoksinlere maruz kalma ve kısa süreli emzirme ile ilişkili olduğu bulunmuştur (91). Hsu ve arkadaşları (2022) çalışmalarında aile yapısı, doğum sırası,

ailede ruhsal hastalık öyküsü, doğum öncesi komplikasyonlar, perinatal komplikasyonlar, eşlik eden durum, babanın eğitim düzeyi ve doğum sırasındaki anne yaşının DEHB' li erkek çocuklarda şiddetli ve heterojen davranış bozuklukları ile ilişkili olduğunu bildirmektedir (57).

Kendilerini etkileyen kötü aile davranışlarıyla büyüyen insanlar, diğerlerine göre daha doyumsuz, sürekli acı çeken, problem çözme yeteneğinden yoksun, öz saygısı zayıf, endişeli ve yıpranmış kişiler olarak görülmektedir. Çocuklarını özerk yetişkinler olarak kabul eden aileler, çocuklarının kendilerine özgü bir kişilik geliştirmelerine de izin vermektedir. Böyle bir aile ortamında büyüüp gelişen insanlar sonunda kendi kendine yetebilir hale gelebilmektedir (94). Bu bağlamda aile gibi çevresel faktörlerin DEHB üzerinde ciddi etkileri bulunmaktadır. Çevresel faktörler ile DEHB arasındaki bağlantıyı inceleyen araştırmalara göre, etkileri %10.0 ile %40.0 arasında değişmektedir. DEHB için çok sayıda pre/peri ve postnatal risk faktörü de keşfedilmektedir (95, 96).

Bağlılık, DEHB olan çocuklara bakanlarda olumsuz ebeveynlik, psikolojik ve depresif sorunlar riskini artırabilmektedir. Chang ve arkadaşlarına (2021) göre, aşırı ilgi ve sevgi ebeveynliği olan bakıcıların, düşük bakım ve sevgi ebeveynliği olanlara göre yüksek bağlılığa sahip olma olasılığı daha düşükken, yüksek aşırı korumacı ebeveynliği olan bakıcıların, aşırı korumacı ebeveynlikleri düşük olanlara göre yüksek bağlılığa sahip olma olasılığı daha yüksek görülebilmektedir (97). Düşük anne eğitimi ve sosyal sınıf, daha genç yaşlarda doğum, gebelik öncesi yüksek VKİ, sigara içme ve emzirme süresi gibi gebelik sırasında oluşan semptomlar DEHB ile bağlantılı olarak bebeklikten itibaren DEHB' nin sosyo-çevresel faktörlerden etkilendiğini göstermektedir (98, 99, 100, 101). Chang ve arkadaşlarının (2021) araştırmasına göre, önemli fiziksel, bilişsel ve sosyal yoksunlukları olan 0 ila 2 yaş arasındaki bebekler, hiperaktivite ve dikkat eksikliği belirtileri sergilemektedir. Ayrıca, ebeveynleri okul öncesi eğitimle büyümüş olan çocuklarda DEHB belirtilerine daha az rastlanmaktadır. Bu bulgular göz önüne alındığında, DEHB' nin çoklu genetik ve çevresel faktörlerin etkileşiminden kaynaklanmış olabileceği söylenebilmektedir (97).

2.4. Çocukluk ve Okul Öncesi Dönemi Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB' nin çocukluk döneminde özellikle de okul öncesi dönemlerde ortaya çıktığı bilinmektedir (102). DEHB, çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında yaygın olarak teşhis edilen ve tedavi edilebilen bir bozukluk olmasına rağmen maalesef özellikle çocukluk ve daha da özeldir okul öncesi dönemle ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır (103). Çocuklukta bilhassa da okul öncesi dönemde DEHB olan çocuklar dikkate alındığında, ileride oluşabilecek davranış problemlerini önlemeye yönelik önleyici müdahaleler için en uygun yaş grubu olmaktadır (104).

2.4.1. Çocukluk ve Okul Öncesi Dönemde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda Epidemiyoloji

Literatürde 6-18 yaş grubundaki DEHB epidemiyolojisi ile ilgili araştırmalar oldukça yaygın olmakla birlikte okul öncesi çocuklarda DEHB yaygınlığı ile ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır. Farklı yöntem ve ölçütler kullanan 19 toplum tabanlı çalışmanın 20 yıllık bir derlemesinde, okul öncesi çocuklarda DEHB yaygınlığının %2-17 olduğu bildirilmektedir. Öğretmenler için DSM-IV tarama anketi kullanılarak 3-18 yaş arası 3006 çocukla yapılan bir çalışmada yaygınlık %15.8 olarak bulunmaktadır (105). Ölçeğe dayalı çalışmalarda yaygınlık oranı %18 olarak bildirilmekte; yarı yapılandırılmış görüşmeler sonucunda bu oran %7'ye düşmektedir (106). Araştırmalar değerlendirildiğinde, DEHB' nin etiyolojisinin kalıtsal özellikler taşıdığı; çevresel ve psikososyal unsurların da bu konuda etkili olduğuna inanılmaktadır (107).

2.4.2. Çocukluk ve Okul Öncesi Dönemde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda Klinik Görünüm ve Değerlendirme

Nörogelişimsel bozukluklar arasında yer alan DEHB' nin başlangıcının 3-4 yaşlarında zirve yaptığı düşünülmektedir (108). Okul öncesi dönemde DEHB belirtileri olan çocukların dikkat çeken özellikleri: Aşırı hareketli olmaları, çok konuşmaları, sabırsız olmaları ve istediklerini hemen elde etmek istemeleridir. Çocuklar sürekli oyun değiştirmekte ve oyuncaklarından çok çabuk sıkılabilmektedir. Akranlarıyla oynarken uyum sorunu gösterebilmekte ve oyunları istedikleri gibi

oynamaktadır (105). Oyuna konsantre olamama, oyun sırasında agresif bir tavır sergileme, bazen oyuncakları kırma, oyunun kurallarına uymak istememe, oyun sırasında sırada bekleyememe, sırayı bozma gibi belirtiler gösterebilmektedir (106). Ayrıca oyun seçimi cinsiyete bakılmaksızın koşma, tırmanma, gürültülü oyun şeklinde olabilmektedir. Ayrıca DEHB olan çocuklarda huysuzluk, gerginlik, engellenme toleransı, kontrol edilmesi zor yıkıcı davranışlar, hiperaktivite-dürtüselliğe bağlı kaza riski, uyku bozuklukları, öfke nöbetleri gibi belirtiler de sık görülmektedir (109).

Özellikle 3-5 yaş arası çocuklarda zarar verme potansiyeli en yaygın belirtiler dürtüsellik ve hiperaktivite olmaktadır. Dolayısıyla bu yaş grubundaki en büyük risk kazalara maruz kalmaktır. Bu noktadan sonra dikkat sorunları ve hiperaktivite semptomları, kişinin okulda ve sosyal ortamlarda performans gösterme becerisi üzerinde etkili olarak açıkça görülmektedir (108). Aslında semptomlar genellikle üç yaşından önce ortaya çıkmakta ancak çocuklar öğretmenler tarafından gözlemlenene ve kreş veya anaokulu gibi ev dışı ortamlarda akranlarıyla karşılaştırılana kadar teşhis genellikle konulamamaktadır. DEHB tanısı psikiyatrik bir değerlendirme, çeşitli yapılandırılmış ortamlardaki gözlemler ve ölçek kullanan bireylerden alınan bilgiler sonucunda klinik bir tanı olarak ortaya çıkmaktadır (109).

Kısa dikkat süresi, odaklanma güçlüğü, dikkat dağınıklığı veya ilgili faaliyetlere aşırı dikkat, DEHB' si olan kişilerin ailelerinin tipik olarak yaşadığı belirtiler arasında sayılmaktadır (95). Dikkat sorunu olan kişiler ayrıntılı değerlendirildiğinde, DEHB' si olan kişilerin çok fazla dikkat hatası yaptıkları; ayrıntılara ve gerekli etkinliklere (ders, çalışma vb.) dikkat etmekte zorlandıkları; özellikle yaptıkları iş ciddi dikkat gerektiriyorsa başladıkları etkinlikleri bitirmekte zorlandıkları; ayrıca kaçınma sergiledikleri görülmektedir. DEHB' si olan kişiler kendilerini unutkan, dinlemekte güçlük çeken, düzenli olarak eşyalarını kaybeden ve kolayca dikkati dağılan kişiler olarak bildirmektedir. Hiperaktivite, sürekli kıpırdanma, aşırı konuşma, hareketsiz oturamama, elleri ve ayakları kıpırdatma, özellikle çocukken her yere koşup tırmanma şeklinde kendini göstermektedir (107). Farklı yaş gruplarına göre bu belirtilerin insanların yaşamına farklı etkileri olduğuna inanılmaktadır (37, 95).

2.4.3. Çocukluk ve Okul Öncesi Dönemde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda Ayırıcı Tanı ve Eş Tanı

Okul öncesi DEHB' nin ayırıcı tanısında özellikle bilişsel gelişim geriliği, Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), bağlanma bozuklukları, görsel ve işitsel algı bozukluklarına dikkat edilmelidir. Aynı zamanda dil gelişim sorunları, motor sorunlar (gelişimsel koordinasyon bozukluğu), öfke nöbetleri, karşıt davranışlar, anne-babalarla etkileşim sorunları, okula hazır bulunuşlukta gecikme gibi belirtiler bu dönemde gözlenebilmektedir (110). Okul öncesi çağıdaki ayırıcı tanı söz konusu olduğunda, en büyük zorluk çocukların normal hareketliliğini DEHB olan çocuklardan ayırt etmektir. Çoğu ebeveyn bu dönemde çocuklarını hiperaktif ve dikkatsiz şeklinde tanımlamaktadır. DEHB olan çocuklar bu belirtileri her zaman ve birçok ortamda sergilemektedir (111).

Okul öncesi dönemlerde DEHB belirtisi olan çocuklarda daha fazla dil ve bilişsel bozukluk, psikiyatrik komorbiditeler, daha belirgin akademik ve psikososyal problemler olabileceği ve okul yıllarında daha ciddi davranış problemlerinin ortaya çıkabileceği düşünülmektedir (112). Okul çağındaki çocuklara benzer şekilde, SAB-DEHB olan çocuklarda da benzer psikopatoloji oranları bulunmaktadır (113). DEHB tanısı konulan olguların %55-87' sinde ek tanı olduğu bildirilmiş olup, bunlardan en sık KGB görülmektedir. Bu dönemde KGB'nin DEHB-C hastalarında dört kat, DEHB-AD ve DEHB-HI' da ise iki kat daha fazla olduğu bilinmektedir (110).

DEHB olan çocuklar genellikle sabırsızdır, bekleyemez ve kuralları çiğnerler; bu durum akranlarıyla etkileşimlerini engelleyebilmektedir. Düşünmeden konuşmak, konuşurken sık sık araya girmek ve sorulara düşünmeden cevap vermek sözel dürtüselliğin yaygın belirtileri olarak görülmektedir. Bu çocuklar, sıklıkla madde kullanımı gibi tehlikeli eylemlerde bulunabilmektedir. Madde kullanımı ile dopamin D4 reseptör geni-7 tekrarlayıcı aleli arasında genetik bir bağlantı keşfedilmektedir (95, 107).

Erken çocukluk döneminde DEHB tanısı alan çocuklarda dikkat eksikliği yanında okuma, yazma ve aritmetik yetersizliklerine bağlı öğrenim bozuklukları da DEHB'den ayırt edilmesi gerekmektedir. Bu durumda çocuklar, beklenen zeka düzeyinin altında kalan bazı alanlarda başarı göstermektedir (112). Buna karşılık, DEHB olan çocuklarda öğrenme başarıları belirli bir alanla sınırlı olmayıp genel bir

etkiye sahip olabilmektedir. Anksiyete bozuklukları ve depresyon, ajitasyona ve dikkat dağınıklığına neden olabilmekte, ancak kendilerine özgü semptomları bulunmaktadır. Olmayan epileptik nöbetler, DEHB ile ilişkili veya dikkat sorunları gibi DEHB benzeri semptomlara sahip olabilmektedir. Ayrıca uyum bozukluğu DEHB ile karıştırılabilmekte ancak uyum bozukluğunun süresi genellikle altı aydan kısadır ve daha sonra ortaya çıkmaktadır (111). DSM-5, DEHB'yi teşhis etmek için semptomların en az iki farklı ortamda (okul, ev ve sosyal ortamlar gibi) görülmesi, 12 yaşından önce başlaması, doğası gereği kronik olması ve dikkat sorunları ve hiperaktiviteyi içermesi gerektiğini belirtmektedir. Ayrıca en az altı semptomu karşılamalı ve bu semptomların fonksiyonel bozulma ile sonuçlanması gerekmektedir (114).

2.4.4. Çocukluk ve Okul Öncesi Dönemde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda Tedavi

Erken DEHB belirtileri olan çocuklarda, DEHB'ye daha fazla bilişsel bozukluk ve psikiyatrik komorbiditeler eşlik edebilmektedir. DEHB' nin gelecekte neden olabileceği olası sorunları önlemek için bu dönemde çocuğun gelişimsel özellikleri dikkate alınarak bozukluğun tanımlanması ve tedavi edilmesi önem arz etmektedir (115). SAB-DEHB tedavisinde, okul çağındaki çocuklara benzer şekilde psikososyal müdahaleler ve psikofarmakolojik tedavileri içeren çok yönlü bir tedavi yaklaşımı tavsiye edilmektedir (116). Tedavi kılavuzlarına göre DEHB olan çocuklara ilk adım olarak psikososyal yaklaşımlar uygulanmaktadır. American Academy of Pediatrics (AAP) ve NICE kılavuzları tarafından ebeveynlik programları önerilmekte olup, davranışsal yaklaşımlardan fayda sağlayamayan ve şiddetli semptomlar gösteren çocuklarda uyarıcılarla tedaviye başlanabileceği bildirilmektedir. Ancak psikofarmakolojik tedavinin kullanıldığında psikososyal müdahalelerle desteklenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Ayrıca ailelerin psikososyal müdahalelere uyum sağlayamadığı ve DEHB belirtilerinin hızla tedavi edilmesi gerektiği durumlarda psikofarmakolojik müdahalenin ilk seçenek olabileceği düşünülmektedir (115).

DEHB tedavileri hem farmasötik hem de farmakolojik olmayan yaklaşımları içermektedir (117). Alternatif ilaçlar arasında bupropion, modafinil, reboksetin, trisiklik antidepresanlar (özellikle desipramin ve imipramin), venlafaksin, selegilin ve atipik antipsikotikler bulunmaktadır ancak FDA bunların DEHB' nin farmakolojik

tedavisinde kullanımlarını henüz onaylamamaktadır. DEHB için farmakolojik olmayan tedavilerin etkili olduğu gösterilmekte ve bunlar; psikoegitim, spor, beslenme desteği, planlama, organize etme, kendini motive etme ve sosyal becerilerini geliştirme yöntemleri gibi bilişsel ve davranışsal teknikleri içermektedir (118).

DEHB olan çocukların bakıcıları arasında depresyon yaygındır ve bu durumun DEHB olan çocuklar üzerindeki olumsuz etkileri iyi bilinmektedir (119, 120). Takip çalışmaları, bakıcı depresyonunun, DEHB' si olan çocuklarda DEHB semptomlarının, davranım bozukluğu semptomlarının ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu semptomlarının şiddetlenmesine veya devam etmesine sebep olduğunu ortaya koymaktadır. Ek olarak araştırmalar, bakıcı depresyonu ile işlevsiz ebeveynlik becerileri ve yanlış etkileşimlerin çocukların muhalif ve uyumsuz davranışları üzerindeki etkilerini artırabileceğini göstermektedir (119, 121). Bu nedenle DEHB tanılı çocukların bakım verenlerinde depresif belirtilerin taranması ve depresyonu hedef alan müdahalelerin klinik ortamda uygulanması gerekmektedir (119).

Psikostimülanlar ve atomoksetin DEHB tedavisinde sıklıkla tercih edilen ilaç tedavileridir. Yapılan çalışmalarda atomoksetinin DEHB bulgularında gerilmeye sebep olduğu, ancak bulantı, kusma, iştah kaybı, uykulu olma ya da uykusuzluk, karın ağrısı, sinirlilik ve duygu durumunda dalgalanmalar gibi yan etkilerinin olabileceği bildirilmektedir (122). Pek çok öneri psikostimülan ilaçların (metilfenidat, dekstroamfetamin, dekstroamfetamin/amfetamin tuzları, amfetamin, deksmetilfenidat, metamfetamin, transdermal metilfenidat, lisdeksamfetamin ve atomoksetin) tedavi seçenekleri arasında ilk tercih olduğunu ve buna ek olarak psikoterapi ve psikososyal yaklaşımların olumlu etkilerinin olduğunu belirtmektedir. Okul çağındaki çocuklarda DEHB' nin hafif klinik seyri olan vakalarda, 2008 Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmellik Enstitüsü (NICE) tavsiyesinde ilk tedavi seçeneği olarak ilaçsız tedavi önerilmektedir (123).

DEHB' li çocukları inceleyen araştırmalara göre, bu hastalar daha genç yaşta obsesif-kompulsif belirtiler göstermekte, daha şiddetli belirtilere sahip olmakta ve olası takip dönemlerinde daha fazla kalıntı sorunu yaşamaktadır (124). DEHB tanısı tipik olarak ilkokul yıllarında konulsa da, DEHB' nin öncül belirtilerinin okul öncesi yıllarda başladığı bilinmektedir. Ebeveyn tutumları, ister olumlu ister olumsuz olsun, DEHB okul öncesi çocuklarının sergilediği öz düzenleme davranışlarından etkilenmektedir (96). Bu bakımdan DEHB tedavisinin erken yaşlarda başlaması önem

taşımaktadır.

2.5. Ergenlik Dönemi Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Bülbül ve arkadaşlarına (2013) göre ergenlik, çocukluk ile yetişkinlik arasında geçen ancak başlangıç ve bitiş noktalarının net olarak belirlenemediği bir dönem olarak tanımlanmaktadır. Genellikle 10 ila 19 yaşları arasında sürmektedir. Bu dönem hızlı bir dönem olarak devam etmekte; biyolojik, psikolojik, sosyal gelişim, ruhsal olgunlaşma ve hayata hazırlık aşamalarını içermektedir. Ergenlik, ergenler arasında uyumsuz, dengesiz, huzursuz veya endişe verici olabilen psikolojik farklılıklara yol açabilen hızlı bir fiziksel ve psikolojik değişim zamanı olarak bilinmektedir (125). Çalışmalara göre ergenlerin %10-25'i ciddi ruhsal sorunlar sergilemektedir ve bu hastalıkların ergenlik döneminde gelişmeye başladığı düşünülmektedir (126, 127). Ergenler, bu yaşta DEHB tanısı alırlarsa, normal bilişsel gelişimde ve işlev kısıtlılıklarında gecikmeler yaşayabilmektedirler (128).

DEHB olan çocukların %80'inde ve yetişkinlerin %65'inde semptomlar ergenlik döneminde de bulunmaktadır. Ailede DEHB öyküsü, psiko-sosyal zorluklar ve gençte davranışsal ruh hali ve kaygı bozuklukları varsa, DEHB belirtilerinin ömür boyu sürme olasılığı artmaktadır. DEHB teşhisi konulan erken davranış sorunları olan erkek çocuklar izlendiğinde, ergenlikte ve yetişkinlikte, bu çocukların %25-40'ının antisosyal kişilik özellikleri veya coşkulu davranışlar sergiledikleri kaydedilmektedir. Ek olarak, şiddet içeren ve antisosyal davranışlarda bulunma olasılığı daha yüksektir. Hiperaktivite yerine ergenliğin klinik tablosu aşırı halsizlik ve bitkinlikten oluşabilmektedir (129). Akran ilişkileri, zayıf okul performansından ve düşük benlik saygısından muzdarip olabilmektedirler. Başkalarının kendisi hakkında ne düşündüğüne aşırı önem veren bir gence DEHB teşhisi konduğunda, gelişim süreçlerindeki hızlı ve ani değişiklikler, başkalarının eleştirilerine karşı duyarlılıklarında belirgin bir artışa neden olabilmektedir. Aslında, DEHB belirtileri mevcut olduğunda, vücut oranlarında ani bir kayma ile ilişkili sakarlık ve aşırı kendine odaklanma sonucu artan unutkanlık olasılığı artmaktadır.

Ergen genç bireyler, bir girişimde veya etkinlikte başarısız olduktan sonra öfke veya başka dışsal duygular gösterirse endişelenmeyin; bunun yerine fiziksel üzüntü ve içe dönüklük belirtileri göstermeleri de mümkün olabilmektedir. Gençlerin sosyal

ilişkileri bu tepkilerden zarar görebilmektedir. Teşhis konulan gençlerin daha yoğun ve şiddetli tepkiler yaşamaları beklenebilmektedir. Bunda ergenlerin bilgi, eğitim düzeyi, kişilik özellikleri, yakın çevresi ve durumu kabul edip etmemesinin önemli etkisi bulunmaktadır. Bir ergen gelecek için örgün eğitim ve istihdam hedefleri geliştirmek için araştırma yapmaya başladığında, örgütsel ve bilişsel stil sorunlarının bir sonucu olarak duyarlılıkları kötüleşebilmektedir (130). DEHB, ergenlikte erkekleri kadınlara göre iki kat daha fazla etkilemektedir ve uzun vadeli sonuçları olan sayısız zorlukla ilişkilendirilmektedir (131).

DEHB' si olan gençler akademik anlamda ve hem akran hem de aile ilişkilerinde zorluklar yaşamaktadır (83, 124, 132). Ergenlik döneminde DEHB tedavisinde, psikolojik tedavilerle birlikte metilfenidat en yaygın kullanılan farmakolojik tedavi yöntemidir (83, 124). DEHB tanısı olan gençler akranlarına oranla motor beceriler alanında önemli ölçüde farklı olabilmektedirler. DEHB tanılı ergenler grup oyunlarına veya yarışmalara katılmakta ancak kaybetmekte veya seçilememektedir. Grup üyesi veya arkadaş olarak seçilememek, dil, dikkat, hafıza ve motor becerilerle ilgili sorunlarla özgüvenleri azalmaktadır. Temel dil becerileri bozulduğunda bireyler ya düşünce ve duygularını düzensiz bir şekilde aktarmakta ya da içlerine kapanarak tamamen engellemeyi tercih edebilmektedirler. DEHB teşhisi konan ve dil sorunları olan ergenlerin en az %90' ı, öğrenme konusunda zorluk yaşayabilmektedir (129). Gençler, sosyal ortamlarda ortak zorluklarını paylaşabilecekleri grup veya bireysel terapi ortamlarına katılabilmekte ve gereken düzeyde konuşmak için konuşma terapisi desteği alabilmektedir. Bu nedenle dil, hafıza ve dikkat sorunlarının ergenlik döneminden önce tespit edilmesi ve gerekli eğitim ve terapinin genç yaşta verilmesi çok önemli hale gelmektedir.

Ergül (2022) çalışmasında, DEHB' si olan gençlerin %33.7' sinin kendine zarar verme davranışı gösterdiğini ifade etmektedir. Çalışmaya göre bu davranışları sergileyen ergenlerin, depresyon, kaygı, DEHB semptomları yaşama, duygularını kontrol etmekte güçlük çekme, düşük benlik saygısına sahip olma, problem odaklı başa çıkma mekanizmalarını daha sık benimseme ve ben merkezli olma olasılıkları da artmaktadır. Zararlı faaliyetlerde bulunan ergenlerin daha sık yalnız hissettiklerini bildirdikleri gösterilmektedir. Yavaş bilişsel aktivite ile kaygı belirtileri arasındaki ilişki, DEHB dikkatsizlik belirtileri kontrol edilemediğinde, duygu düzenleme becerileri daha kötü olduğunda, benlik saygısı düşük olduğunda ve stresli olaylarla

başı çıkma konusunda çaresiz bir yaklaşımla devam etmektedir. Depresyon ve anksiyete belirtileri, daha yavaş bilişsel aktivite belirtileri olan ergenlerde daha yaygın gözükmeştir (37).

2.6. Umutsuzluk Kavramı

Umutsuzluk, bireylerin sahip olduğu içsel kaynakları tüketmesi, gerçekçi olmayan beklentiler içerisine girerek bunlara sahip olamamanın verdiği genel bir bitkinlik hali olarak tanımlanmaktadır (133). Karamsar ve gelecekte ümidi olmayan insan, hiçbir şeyin değışmeyeceğini, yapmaya çalıştığı hiçbir işte başarılı olamayacağını, gelecek hedeflerine ulaşamayacağını, sorunlarının asla çözülemeyeceğini ve en kötüsü de kendini kaybedeceğini düşünmektedir (134). Özel ihtiyaçları olan bir çocuğa ebeveynlik yapmak zor, zaman alıcı bir süreç olmakla beraber bu zor durumları yönetmek iyi bir beceri ve umutlu olma hali gerektirmektedir (135, 136). Belirli davranışları tekrarlayan, sosyal becerilerinde eksiklikler gösteren ve acı çeken çocukların ebeveynleri bu durumdan olumsuz etkilenerek umutsuzluğa düşebilmektedir. Bu çocukların etrafındaki kişiler davranışları yanlış anladıkça ebeveynler kendi davranışlarını anlamlandıramamakta, sosyal çevrelerinden uzaklaşma eğilimi göstermekte ve genellikle etkisiz problem çözme ve başa çıkma stratejileri geliştirerek umutsuzluğa kapılmaktadırlar (137).

DEHB olan çocukların ebeveynlerinin büyük bir ölçüde ebeveynlik stresi yaşadıklarına dair çalışmalar bulunmaktadır (138, 139). Gül ve Gür (2022) çalışmalarında, stres düzeylerinin fonksiyonel başa çıkma stratejileri ve problem çözme ile negatif ilişkili olduğunu ve DEHB’li bireylerin ebeveynlerinin diğer ebeveynlere göre daha yüksek strese sahip olduklarını ifade etmektedir (139). Kavor ve Mitra (2021) yaptıkları meta-analiz çalışmasında DEHB’ si olan çocukların ebeveynlerinin pandemi sırasında ebeveynlikle ilgili stresi daha fazla yaşadıklarını bildirmektedir (140). Bununla birlikte Szép ve arkadaşları (2021) çalışmalarında DEHB tanılı bireylerin ebeveynlerinde kronik strese nadiren rastladıklarını vurgulamaktadır (141).

Ailelerin, gelişimsel olarak sağlıklı beklenen çocuklarına DEHB tanısı koyulduktan sonra yeni duruma uyum sağlamak ve gerçeği kabul etmek için zamana ve desteğe ihtiyacı olmaktadır. Özel gereksinimli ve rahatsız bir çocuğun doğumuyla

birlikte şok, üzüntü ve umutsuzluk aileler için doğal duygusal tepkiler olabilmektedir. Bu gelişimleri takiben geleceğe yönelik umutsuzluk, suçluluk duyguları ve reddedilme yaşamaları da mümkün olabilmektedir. Kabul; ebeveynler ve çocuklar arasındaki duygusal ilişkiyi yansıtan bir ebeveyn davranışı olmaktadır. Olumlu davranışların çocuklarına yansması, ebeveynlerin çocuklarını kabullenmeleri ile desteklenmektedir. Bu eylemler, çocukları kucaklamayı, onlarla sevgi dolu göz teması kurmayı ve onların istek ve ihtiyaçlarını karşılamayı içermektedir. Çocukları reddetme eylemi ise, kabullenmedeki iyi davranışın tam tersi olmaktadır. Reddetme davranışı, çocukların ilgi ve ihtiyaçlarını dikkate almama, onları dışlama, acımasızca eleştirme, karşılaştırma, onlara sevgiyle yaklaşmama gibi olumsuz davranışlarla ilişkilendirilmektedir (142). Ailelerin çocuklarını kabul veya reddi, motivasyon kaybı ve umut düzeyleri ile paralellik göstermektedir (29).

2.7. İyimserlik Kavramı

İnsanlar içinde bulunduğu durumu analiz ederek sıklıkla gelecekte içinde olacağı durum veya koşullar hakkında tahminlerde bulunmaktadır. Bu süreçte tahminlerde bulunurken iyimserlik fikri önem kazanmaktadır. İyimserlik; insanların karşılaştıkları zorluklarla veya kendilerini içinde buldukları koşullarla başa çıkmak için kullandıkları stratejilerden biri olarak tanımlanmaktadır. Geleceğe dair iyi bir beklenti ve umut sahibi olmak edebiyat, felsefe, psikoloji ve sosyoloji gibi disiplinlerde sıklıkla kullanılan iyimserlik tanımı olarak kabul edilmektedir (143). İyimserlik, gelecek perspektiflerini benimseme, anlamlı hedefler koyma ve bu hedeflere ulaşabilmek için belirli yollar planlama yeteneği, refahı ve uyumu öngörmektedir (144).

İyimser olan bir kişi, yaşamın tüm yönlerine evrenselleştirilmiş ve tutarlı bir şekilde sürdürülen olumlu bir bakış açısı ile yaklaşarak gelecek hakkında iyimser fikirlere sahip olmaktadır. En karanlık koşullar altında bile iyimserlik, olumlu bir zihniyet ve olumlu özlemler geliştirmeyi mümkün kılmaktadır. Her durumda mutlu bir bakış açısı geliştirmenin temelinde koruyucu bir güce olan inanç ve sosyal destek sistemlerini kullanma yer almaktadır. İyimserlik, kişilik gelişimi açısından koruyucu bir unsur olarak görülmektedir. Bunun yanı sıra iyimserlik özellikle psikolojik refahı arttırmada yardımcı olabilmekte ve bir kişinin niyetlerini eyleme dönüştürerek kendisini iyi hissetmesine yardımcı olabilmektedir. Böylece olumlu bir görünüm kazanmada ve harekete geçmede çok önemli bir rol oynamaktadır. İyimser insanlar

tatsız durumlardan, umutsuzluktan ve suçluluk duygusundan kaçınmaktadırlar. Araştırmalara göre, iyimserler karamsarlara oranla daha güçlü sosyal etkileşimlere, daha uzun bir yaşam süresine ve daha etkili başa çıkma yöntemlerine sahip olmaktadır. Ayrıca bu bireylerin üstün fiziksel ve bilişsel sağlıkları bulunmaktadır. Bu durumun sonucu, bilişsel sağlığın iyileştirilmesi olmaktadır (145).

Çelebi ve arkadaşlarının (2021) yaptığı araştırmaya göre, iyimserlik sağlık endişesini azaltmaktadır (146). Steptoe ve arkadaşları (2015), iyimserliğin sağlıklı yaşlanma üzerinde nasıl iyi bir etkiye sahip olduğunu vurgulamaktadır (147). Çok sayıda araştırma bulgusu, iyimserliğin iyi bir ruh hali ile olumlu, ruh sağlığı sorunları ile olumsuz bir ilişkisi olduğunu göstermektedir. Hayata olumlu bir bakış açısı ve olumlu atıflar, mutluluklarını ve yaşam doyumlarını yükselterek insanların daha anlamlı yaşamlar sürmelerine yardımcı olmaktadır (143).

İyimserlik perspektifini kullanan araştırmalar, DEHB' si olan çocukların yetiştirilmesinde, gelişimsel zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olan kaynaklar olarak aile, toplum ve kültürün oynadığı kritik rolü kabul etmektedir (148). Ebeveynlerin ve çocukların umutlu inançları, sıkıntıyla yüzleşmelerine yardımcı olan önemli bir koruyucu faktör olarak kabul edilmektedir. Bu, hedeflerine ulaşmak için yollar geliştirmelerine, ayrıca karşılaştıkları zorluklara bakış açılarını değiştirmelerine yardımcı olabilmektedir. Ergenlik dönemindeki en önemli görev, tutarlı bir kimlik duygusunun geliştirilmesi olmaktadır (149). Koruyucu ve arabulucu bir faktör olarak umut ve iyimserlik, daha yüksek düzeyde genel ve akademik öz-yeterliği yordadığı gibi, çaba yatırımını ve akademik başarıları da artırmaktadır. Araştırmalar, DEHB olan ergenlerin tipik akranlarına göre daha düşük umut ve iyimserlik seviyelerine sahip olduğunu göstermektedir. Bu durum dolaylı olarak DEHB bireylerinin ebeveynlerini de aynı ölçüde etkilemektedir (144, 148, 150).

2.8. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Bireylerin Ailelerine Yaklaşımda Psikiyatri Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Psikiyatri hemşireleri, tüm terapötik ortamlarda duygusal, fiziksel, bilişsel ve ruhsal sıkıntı dahil olmak üzere krizler yaşayan bireylere yardımcı olmaktadır. Bireyler eş zamanlı olarak şaşkınlık, çaresizlik, endişe, öfke, düşük benlik saygısı ve umutsuzluk duyguları yaşayabilmektedir (151). Ruh sağlığını koruma, geliştirme ve

sürdürmek için ruh sağlığı sorunlarına ve psikiyatrik hastalığa karşı insan tepkilerinin incelenmesi, tanı ve tedavisine odaklanılmaktadır. ANA (2007), psikiyatri hemşireliği kapsamı ve uygulama standartlarını ve psikiyatri hemşirelerinin özel görevlerini belirlemiştir (152). Bakım bağlamında psikiyatri hemşireleri bireyler, çiftler, aileler ve gruplar halinde çocuklar, ergenler, yetişkinler ve yaşlılar ile çalışmaktadır. Caddeler, huzurevleri, hastaneler ve özel evler dahil olmak üzere hemen hemen her yer istihdam yeri olabilir. Psikiyatri hemşireleri uzun süreli akıl hastalığı olanların yanı sıra krizde olan veya ciddi davranış sorunlarıyla uğraşan sağlıklı insanlara fayda sağlarlar (151, 153). Psikiyatri hemşiresinin bireyin gelişim dönemlerini bilerek, bakımı planlamak, çevresine ve kendisine zarar vermesini önlemek, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yönetmek, etkili baş etme teknikleriyle bireyi ve aileyi problem çözme noktasında desteklemek gibi görevleri de bulunmaktadır (3, 30).

DEHB' nin tedavi, bakım ve sürecin sağlıklı sürdürülmesinde de hemşirelerin çok önemli sorumlulukları vardır (30). DEHB tanılı çocuğa sahip ailelerin umutsuzluk ya da iyimserlik düzeyleri belirlenerek planlanan bakımın daha etkin olmasını sağlayarak tedaviyi destekleyeceği düşünülmektedir Bu bağlamda hemşireler DEHB tanılı bireylere ve ailelerine de tedavi sürecinde destek olabilmektedir. Bazı araştırmalar, çocuk ve ergen ruh sağlığı birimlerinde psikiyatrist eksikliğinin çoğu zaman DEHB' li çocukların hem tanı hem de tedavi için sorunların gelişmesine neden olduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte hemşirelerin DEHB yönetiminde yadsınamaz bir kaynak olduğu da bilinmektedir (154, 155). DEHB tedavisinde hemşirelerin rolünün daha fazla değerlendirilmesine ve geliştirilmesine ihtiyaç olmasına rağmen halihazırda DEHB' li çocuklar ve ergenler için ekiplere başarılı bir şekilde entegre olduklarına, iyimserlik ve umut perspektifi sağlayabileceklerine dair iyi göstergeler de bulunmaktadır (156).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma çocukluk ve ergenlik döneminde DEHB tanısı almış bireylerin ailelerinde umutsuzluk ve iyimserlik düzeylerinin belirlenmesi amacı ile kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Etik Boyutu

Eylül 2022 tarihinde Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi (AYBÜ) Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne tez önerisi sunulmuştur. Tez önerisi kabul edildikten sonra araştırmanın uygulanabilmesi için 06.10.2022- 14 numaralı karar ile AYBÜ Etik Kurul İzni alınmıştır (EK-6). Araştırmanın planlanma aşamasında verilerin toplanması için Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Hastanesi planlanmıştır. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Hastanesi Etik Kurulundan çalışma izni alınmıştır (207813345/ 25.01.2023), (EK-7). Araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyen ailelere çalışmaya başlamadan önce Aydınlatılmış Onam Formu (EK-1) imzalatılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin iyimserlik düzeylerini ölçmede kullanılacak, 'Yaşam Yönelimi Testi' için çalışmanın revize edilmiş Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği çalışmasını yapan araştırmacıdan onam maili alınmıştır (EK-5).

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerinde yürütülmüştür. Polikliniklerde 18 muayene odası ile ayaktan hastalara hizmet sunulmaktadır. Poliklinik alanlarında toplamda 67 psikiyatrist ve 29 psikolog görev yapmaktadır. 01 Ocak- 31 Aralık 2022 yılında DEHB tanı grubundan 5094 hasta başvurusu olmuştur. Araştırma Psikiyatri 16 numaralı poliklinik odasında yürütülmüştür. Psikiyatri 16 numaralı poliklinik odasında bireylere ilaç yazımı ve psikiyatrik test uygulama hizmeti sunulmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ocak-Nisan 2023 tarihlerinde, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran bireylerin aileleri oluşturmuştur (n=400). Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerin aileleri,
- Gönüllü olmak,
- Okur yazar olmaktır.

Araştırma kesitsel tipte bir tasarıma sahip olup evren üzerinden, çalışmaya katılan ailelerin seçiminde zaman ve maliyet kısıtları göz önünde tutularak kolayda örnekleme hesabı kullanılmıştır. Yazıcıoğlu ve Erdoğan'ın (2004), belirttiği gibi % 95 güven aralığında 384 katılımcıya ulaşılması evren için yeterli örneklem büyüklüğünü sağlamaktadır (157). Çalışmaya katılacak ailelerin seçiminde zaman ve maliyet kısıtları göz önünde tutularak kolayda örnekleme yöntemine (yakın ve erişilmesi kolay olan örneklemi çalışmaya dahil etme) karar verilmiş ve çalışma sırasında oluşabilecek olumsuz durumlar göz önüne alınarak (ölçeklerin eksik doldurulması v.b.) hesaplanan minimum örneğin üzerinde bir rakam olan 400 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. 400 örnekleme tamamlanan çalışmanın G Power 3.1 programı kullanılarak yapılan post- hoc güç analizinde umutsuzluk ve iyimserlik puanları arasındaki ilişki analizinin gücü %100 ($\alpha = 0.05$) olarak hesaplanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak, Aydınlatılmış Onam Formu (EK-1), Demografik Bilgi Toplama Formu (EK-2) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (EK-3), Yaşam Yönelimi Testi (EK-4) kullanılmıştır.

3.5.1. Aydınlatılmış Onam Formu (Ek 1)

Araştırmacılar tarafından hazırlanan aydınlatılmış onam formunda katılımcılar için ön bilgilendirme metni ve çalışmaya katılmaya gönüllü olduklarını beyan eden onay kısmı bulunmaktadır. Onam formu araştırma öncesi çalışmaya katılmak isteyen bireylere imzalatılmıştır.

3.5.2. Demografik Bilgi Toplama Formu (Ek 2)

Literatür taraması sonrası araştırmacılar tarafından hazırlanan demografik bilgi toplama formu katılımcıların cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, gelir düzeyi, çalışma durumu, medeni durum, hastalık/ sağlık durumu gibi sosyodemografik verilerini içeren, on bir sorudan oluşmaktadır. Demografik bilgiler ve genel bilgiler olmak üzere iki bölümü içermektedir.

3.5.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği (Ek 3)

Beck Umutsuzluk Ölçeği (Beck Hopelessness Scale): Beck ve arkadaşları (1974) tarafından geliştirilmiş (158) , Türkçe çevirisi ise Seber (1991) tarafından yapılmış olup bu çalışmanın Cronbach alpha değeri 0.86 bulunmuştur. Kişinin geleceğe yönelik karamsarlık düzeyini ölçmeye çalışan bu ölçek 20 bileşenden oluşmaktadır. Ölçek uygulandığında kişilerden ölçekteki ifadelerin karşısında yer alan “evet” veya “hayır” seçeneklerinden birini seçmeleri istenmektedir. Ölkekten alınabilecek en düşük puan 0, alınabilecek en yüksek değer 20’dir. Puanın yüksek olması kişinin aşırı umutsuzluğunu yansıttığı şeklinde yorumlanmaktadır. Ölkekte 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19 numaralı maddelere verilen ‘Hayır’ cevabı için 1 puan, 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20 numaralı ifadelere verilen ‘Evet’ cevabı için de her bir madde 1 puan olacak şekilde hesaplama yapılmaktadır. Bu ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır (159). Bu çalışmanın Cronbach alpha değeri 0.85 bulunmuştur.

3.5.4. Yaşam Yönelimi Testi (Ek 4)

Yaşam Yönelimi Testi, 1987 yılında Scheir ve Carver tarafından oluşturulmuş, Aydın ve Tezer tarafından 1991 yılında Türkçeye çevrilmiş olup 2017 yılında revize Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Kahleoğulları tarafından yapılmıştır. Cronbach alpha değeri 0.68 bulunmuştur. Yaşam Yönelimi Testinin Revize edilmiş hali Carver, Scheier, Bridges (1994) tarafından geliştirilmiştir. 10 maddelik, 5’li likert tipi bir ölçektir. Yaşam yönelimi testinin puanlamasında, ölkekte bulunan madde 3, madde 7 ve madde 9 ters puanlanan maddelerdir. Aynı zamanda madde 2, madde 5, madde 6 ve madde 8 dolgu maddeleri olup puanlanmamaktadır. Ölçeğin toplam puanı kişilerin maddelere verdiği cevapların birbirlerine eklenmesi ile oluşturulur. Ölkekten alınan düşük puanlar karamsarlığı belirtirken, yüksek puanlar

kişilerin iyimser olduklarını göstermektedir. İyimserlik veya kötümserlik için kesme puanı bulunmamaktadır (160). Bu çalışmanın Cronbach alpha değeri 0.66 bulunmuştur.

3.6. Araştırma Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Ocak-Nisan 2023 tarihlerinde, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran, DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerin ailelerine anket ve ölçekler dağıtılarak toplanmıştır. Bir anketin uygulanış süresi, bireysel farklılıklara göre ortalama 5-10 dakika aralığında gerçekleşmiştir. Psikiyatri 16 nolu poliklinik odası

3.7. Araştırmanın Verilerinin Analizi

Verilerin analizinde SPSS 24 (Statistical Package For Social Science) istatistik programı kullanılmıştır. Bayes-tipi çıkarımsal analizle toplanan veriler üzerinden varsayımlarda bulunulmuş ve örneklemin sonuçları evreni ifade etmektedir. Verilerin değerlendirilmesinde; dağılım ölçütlerine göre; iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test, bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “ANOVA” testi uygulanmıştır. “Pearson Korelasyon Analizi” ile de değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve gücü değerlendirilmiştir. Korelasyon analizinin, G Power Post-hoc güç analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında ve anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak değerlendirilmiştir

3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni ailelerin sosyodemografik özellikleridir. Bağımlı değişkenler arasında yer alan umutsuzluk düzeyi, Beck Umutsuzluk Ölçeği ile iyimserlik düzeyi ise; Yaşam Yönelimi Testi ile belirlenmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın temel sınırlılığı nitel araştırmaların sadece yapıldığı örneklemini açıklamasıdır. Ayrıca yalnızca bir hastanede yapılmış olması ve katılımcıların benzer sosyodemografik özelliklere sahip olması diğer sınırlılıklardır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Araştırmaya katılanların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı.

(n=400)

Tanımlayıcı Özellikler		n (%)
Cinsiyet	Kadın n(%)	294 (73.5)
	Erkek n(%)	106 (26.5)
Eğitim Durumu	İlkokul / Ortaokul n(%)	138 (34.6)
	Lise n(%)	155 (38.8)
	Üniversite/Yüksek Lisans /Doktora n(%)	107 (26.8)
Çalışma Durumu	Çalışıyor n(%)	185 (46.3)
	Çalışmıyor n(%)	215 (53.8)
Gelir Düzeyi	Düşük n(%)	64 (16.0)
	Orta / Yüksek n(%)	336 (84.0)
Medeni Durumu	Evli n(%)	355 (88.8)
	Bekâr/ Boşanmış/ Dul n(%)	45 (11.2)
Kronik Hastalık Durumu	Evet n(%)	100 (25)
	Hayır n(%)	300 (75)
İlaç Kullanım Durumu	Evet n(%)	124 (31)
	Hayır n(%)	276 (69)
Psikolojik Hastalık Durumu	Evet n(%)	31 (7.8)
	Hayır n(%)	369 (92.8)
Yaş (Ortalama $\pm$ Standart Sapma)		39.29 $\pm$ 7.01
Çocuk Sayısı Median (Minimum-Maksimum)		2 (1-17)

Araştırmaya katılan ebeveynlerin demografik özellikleri (Tablo 4.1)'de verilmiştir. Kişilerin %73.5 kadındır. Gelir düzeyi incelendiğinde ailelerin %84'ünün orta ve yüksek gelir düzeyine sahip olduğu gözlenmiştir. Çalışmaya katılan kişilerin %53.8'i ise herhangi bir işte çalışmamaktadır. Katılımcıların medeni durumu incelendiğinde %88.8'i evlidir. Kişilerin eğitim durumlarına bakıldığında %38,8'i lise düzeyinde eğitim aldığı görülmektedir. Katılımcıların %75'inin herhangi bir kronik rahatsızlığı bulunmamaktadır, %69'unun ilaç kullanım öyküsü yoktur ve %92.8'inin psikolojik bir rahatsızlığı bulunmamaktadır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin yaş ortalaması 39.29 ± 7.01 , sahip oldukları çocuk sayısı en fazla olanı 17'dir.

Tablo 4.2. Eğitim durumunun iyimserlik ve umutsuzluk puan ortalamalarına göre dağılımı. (n=400)

ÖLÇEKLER	EĞİTİM DURUMU	n	($\bar{x}$) $\pm$ ss	Gruplar arası farkın sonucu
İYİMSERLİK PUANI	İlkokul/Ortaokul**	138	19.99 $\pm$ 4.21	P=0.001** F=-1.95$\pm$0.53**
	Lise	155	20.34 $\pm$ 4.02	
	Üniversite/Yüksek Lisans/Doktora**	107	21.94 $\pm$ 4.26	
Test sonucu	P=0.001*			
UMUTSUZLUK PUANI	İlkokul/Ortaokul	138	6.84 $\pm$ 4.48	p>0.05
	Lise	155	6.71 $\pm$ 4.63	
	Üniversite/Yüksek Lisans/Doktora	107	5.61 $\pm$ 4.48	
Test sonucu	P=0.07			

*3 bağımsız değişken karşılaştırmasında, verilerin normal dağılımında ANOVA testi uygulanmıştır.

p<0,05

* *2 bağımsız değişken karşılaştırmasında, verilerin normal dağılımında ANOVA Post-hoc Tukey testi uygulanmıştır. p<0,05

Çalışmaya katılanların eğitim durumunun iyimserlik ve umutsuzluk puan ortalamalarına etkisi incelendiğinde (Tablo 4.2); iyimserlik puanının en yüksek üniversite/yüksek lisans/doktora (21.94 $\pm$ 4.26) mezunu olanlarda, en düşük ise ilkokul/ortaokul mezunu (19.99 $\pm$ 4.21) olanlarda olduğu gözlenmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001). İyimserlik puanının aksine umutsuzluk puanı ise en yüksek ilkokul/ortaokul mezunu (6.84 $\pm$ 4.48) olanlarda, en düşük üniversite/yüksek lisans/doktora (5.61 $\pm$ 4.48) mezunu olanlarda olduğu bulunmuştur. Fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05). Çalışmada eğitim durumu üç ayrı kategoride incelenmiştir. Bunlar; ilkokul / ortaokul, lise ve üniversite / yüksek lisans / doktora'dır. Eğitim durumunun iyimserlik puan ortalamalarına etkisinin hangi mezuniyet durumlarından kaynaklandığı ayrıntılı olarak

incelendiğinde İlkokul/Ortaokul ve Lise mezunu olanların iyimserlik puanı arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Bunun aksine Üniversite/Yüksek Lisans/Doktora mezunlarının iyimserlik puanının diğer iki mezuniyet durumuna göre daha yüksek oluşu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$ ve $p<0.05$).

Tablo 4.3. Cinsiyetin umutsuzluk ve iyimserlik puan ortalamalarına etkisi. (n=400)

ÖLÇEKLER	CİNSİYET	n	($\bar{x}$) $\pm$ ss	p değeri
Umutsuzluk	Kadın	294	6.51 $\pm$ 4.47	0.73
	Erkek	106	6.33 $\pm$ 4.82	
İyimserlik	Kadın	294	20.67 $\pm$ 4.30	0.83
	Erkek	106	20.58 $\pm$ 4.00	

*Bağımsız değişkenlerde, normal dağılımda t testi uygulanmıştır. $P> 0.05$

Çalışmaya katılanların cinsiyetlerinin iyimserlik ve umutsuzluk puan ortalamalarına etkisi incelendiğinde (Tablo 4.3); iyimserlik puanın kadınlarda (20.67 $\pm$ 4.30) ile daha yüksek olduğu, (20.58 $\pm$ 4.00) ile de erkeklerin nispeten daha düşük olduğu gözlenmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.838$). İyimserlik puanına paralel şekilde umutsuzluk puanı kadınlarda (6.51 $\pm$ 4.47), erkeklerde (6.33 $\pm$ 4.82) ölçülmüştür. Fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.4. Çalışma durumunun umutsuzluk ve iyimserlik puan ortalamalarına etkisi. (n=400)

ÖLÇEKLER	ÇALIŞMA DURUMU	n	($\bar{x}$) $\pm$ ss	p değeri
Umutsuzluk	Çalışıyor	185	6.11 $\pm$ 4.43	0.15
	Çalışmıyor	215	6.76 $\pm$ 4.65	
İyimserlik	Çalışıyor	185	21.16 $\pm$ 3.87	0.02*
	Çalışmıyor	215	20.20 $\pm$ 4.46	

*Bağımsız değişkenlerde, normal dağılımda t testi uygulanmıştır. $P< 0.05$

Çalışmada katılımcıların çalışma durumunun iyimserlik ve umutsuzluk puan ortalamalarına etkisi incelendiğinde (Tablo 4.4); iyimserlik çalışanlarda (21.16 $\pm$ 3.87), çalışmayanlarda ise (20.20 $\pm$ 4.46) gözlenmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.02$). Yine benzer şekilde gözlemlenen umutsuzluk puanı çalışanlarda (6.11 $\pm$ 4.43), çalışmayanlar da ise (6.76 $\pm$ 4.65) ölçülmüştür. Fakat bu fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.15$).

Tablo 4.5. Gelir düzeyinin umutsuzluk ve iyimserlik puan ortalamalarına etkisi.
(n=400)

ÖLÇEKLER	GELİR DÜZEYİ	n	($\bar{x}$) $\pm$ ss	p değeri
Umutsuzluk	Düşük	64	7.69 $\pm$ 4.93	0.019*
	Orta ve Yüksek	336	6.23 $\pm$ 4.45	
İyimserlik	Düşük	64	19.17 $\pm$ 4.28	0.002*
	Orta ve Yüksek	336	20.93 $\pm$ 4.16	

*Bağımsız değişkenlerde, t testi uygulanmıştır. P< 0.05

Çalışmaya katılanların gelir düzeyinin iyimserlik ve umutsuzluk puan ortalamalarına etkisi incelendiğinde (Tablo 4.5); iyimserlik puanının gelir düzeyi düşük olanlarda (19.17 $\pm$ 4.28), gelir düzeyi orta ve yüksek olanlara göre daha düşük olduğu (20.93 $\pm$ 4.16) gözlenmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.002). İyimserlik puanının aksine umutsuzluk puanı gelir düzeyi düşük olanlarda (7.69 $\pm$ 4.93), gelir düzeyi orta ve yüksek (6.23 $\pm$ 4.45) olanlara göre daha anlamlı derecede yüksek olarak ölçülmüştür (p=0.01).

Tablo 4.6. Medeni durumun umutsuzluk ve iyimserlik puan ortalamalarına etkisi.
(n=400)

ÖLÇEKLER	MEDENİ DURUM	n	($\bar{x}$) $\pm$ ss	p değeri
Umutsuzluk	Evli	355	6.37 $\pm$ 4.56	0.26
	Bekâr / Boşanmış / Dul	45	7.18 $\pm$ 4.53	
İyimserlik	Evli	355	20.78 $\pm$ 4.08	0.08
	Bekâr / Boşanmış / Dul	45	19.62 $\pm$ 5.15	

*Bağımsız değişkenlerde, t testi uygulanmıştır. P>0.05

Çalışmaya katılanların medeni durumlarının iyimserlik ve umutsuzluk puan ortalamalarına etkisi incelendiğinde (Tablo 4.6); iyimserlik puanının evlilerde (20.78 $\pm$ 4.08), Bekâr / Boşanmış / Dul (19.62 $\pm$ 5.15) olanlara göre yüksek ölçülmüştür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.08). Umutsuzluk puanının ise katılımcılardan evli olanlarda (6.37 $\pm$ 4.56), Bekâr / Boşanmış / Dul olanlara göre (7.18 $\pm$ 4.53) düşük olduğu gözlemlenmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.26).

Tablo 4.7. Ailelerinin umutsuzluk ve iyimserlik puan ortalamalarının dağılımı.

ÖLÇEKLER			($\bar{x}$) $\pm$ ss
Yaşam Yönelim Testi/İyimserlik puanı	($\bar{x}$)		20.65* $\pm$ 0.21
	95% Güven aralığında	En düşük	20.23
		En yüksek	21.06
	Skewness-çarpıklık		0.25 $\pm$ 0.12
	Kurtosis-basıklık		0.46 $\pm$ 0.24
Umutsuzluk puanı	($\bar{x}$)		6.46* $\pm$ 0.22
	95% Güven aralığında	En düşük	6.01
		En yüksek	6.91
	Skewness-çarpıklık		0.9 $\pm$ 0.12
	Kurtosis-basıklık		0.34 $\pm$ 0.24

Çalışmaya DEBH tanılı çocuğu olan toplam 400 kişi katılmıştır. Araştırmaya katılanların Beck Umutsuzluk Puan ortalaması 6.46 ± 4.56 'dır. Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek değer 20'dir. Puan arttıkça umutsuzluk düzeyi artmaktadır. Yaşam Yönelim Testi/İyimserlik Puan ortalaması 20.67 ± 4.22 bulunmuştur. Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek değer 30'dur. Puan arttıkça iyimserlik düzeyi artmaktadır.

Tablo 4.8. Ölçekler arasındaki ilişkilerin incelenmesi.

Korelasyon* (n=400)	Umutsuzluk	
İyimserlik	r = 0.51	p<0.001*

*Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır, p< 0.05

Çalışmaya katılanların iyimserlik ve umutsuzluk puan ortalamaları arasında orta düzeyde negatif yönde korelasyon olduğu gözlenmiştir (r = - 0.51, p<0.001). Korelasyon katsayıları şu şekildedir:

r< 0.2; çok zayıf ilişki/ korelasyon yok,

0.2-0.4; zayıf ilişki,

0.4-0.6; orta düzeyde ilişki,

0.6-0.8; yüksek düzeyde ilişki,

0.8> ; çok yüksek düzeyde ilişki.

5. TARTIŞMA

Çalışmaya katılanların iyimserlik ve umutsuzluk puan ortalamaları arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. DEHB olan çocukların ebeveynlerinin önemli miktarda ebeveynlik stresi ve umutsuzluk yaşadıklarına dair çalışmalar mevcuttur (138, 139).

Çalışmaya katılanların eğitim durumunun iyimserlik ve umutsuzluk puanına etkisi incelendiğinde; iyimserlik puanın en yüksek üniversite/yüksek lisans/doktora mezunu olanlarda, en düşük ise ilkokul/ortaokul mezunu olanlarda olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. İyimserlik puanının aksine umutsuzluk puanı ise en yüksek ilkokul/ortaokul mezunu olanlarda, en düşük üniversite/yüksek lisans/doktora mezunu olanlarda olduğu bulunmuştur. Coghill ve Hodgkins (2016) çalışmasında, ebeveynin yetersiz eğitiminden kaynaklı sonuçların DEHB hastaları açısından yüksek risk taşıdığını belirtmektedir (161). Gül ve Gür (2022) çalışmasında, stres düzeylerinin fonksiyonel başa çıkma stratejileri ve problem çözme ile negatif ilişkili olduğunu ve DEHB bireylerinin ebeveynlerinin normal ebeveynlere göre daha yüksek strese sahip olduğunu tespit etmiştir (139). Konukbay (2005) tarafından engelli çocuğa sahip ebeveynler üzerinde yapılan bir çalışmada, ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça problem çözme becerilerinin de arttığı saptanmıştır (162). Özer ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyi düşük olan bireylerin diğer bireylere göre daha fazla umutsuzluk yaşadıkları sonucuna varılmıştır (163). Bu bulgular çalışmanın bulgularını desteklemektedir. Bayramova ve Karadakovan (2004), araştırma bulgularının aksine, eğitim düzeyi arttıkça umutsuzluk düzeyinin arttığını bulmuştur (164). Çalışmaya katılanların çocuğunun hastalık derecesi, kendi aile öyküsü, duygusal durumu, stres seviyesi, madde kullanımı, yaşam kalitesi, çevresel faktörleri, refah düzeyi ve gelir durumu gibi faktörlerinin anlamlı farklılıklar göstermesi muhtemeldir. Eğitim seviyesi düşüklüğünün gelir durumu ve sorunları çözmedeki farkındalık seviyesi ile paralel bir ilişki içerisinde olduğu söylenebilir. Gelir durumunun düşüklüğüne bağlı olarak ailelerin, hastalığın masraflarını, yaşam giderlerini vb. karşılamakta zorlanabileceği, hastalığın tedavisinde sergileyebileceği farkındalık durumunun fazla olamayacağı da göz önüne alınarak stres yaşayabileceklerini ve umutsuzluğa düşebileceklerini söylemek mümkündür. Bu değişkenlerin eğitim seviyesi aynı olsa dahi umutsuzluk ve iyimserlik

üzerinde farklı sonuçlar vermesi muhtemeldir (162, 164).

Çalışmada ilkokul/ortaokul ve lise mezunu olanların iyimserlik puanı arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Bunun aksine üniversite/yüksek lisans/doktora mezunlarının iyimserlik puanının diğer iki mezuniyet durumuna göre daha yüksek oluşu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Özel gereksinimli ve hasta bir çocuğun doğumuyla birlikte şok, üzüntü ve umutsuzluk aileler için doğal duygusal tepkilerdendir. Bu gelişimleri takiben, geleceğe yönelik umutsuzluk, suçluluk duyguları veya arayışı ve reddedilme yaşamak mümkündür. İyimser olan bir kişi, yaşamın tüm yönlerine evrenselleştirilmiş ve tutarlı bir şekilde sürdürülen olumlu bir bakış açısı olarak gelecek hakkında iyimser fikirlere sahiptir (146, 147, 150). Hsu ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında, babanın eğitim düzeyinin DEHB' li erkek çocuklarda şiddetli ve heterojen davranış bozuklukları ile ilişkili olduğunu bildirmektedir (57). Düşük anne eğitimi ve sosyal sınıf sebebiyle oluşan semptomların DEHB ile bağlantılı olarak bebeklikten itibaren belirti gösterdiğine ilişkin çok sayıda çalışma bulunmaktadır (98, 99, 100, 101). Bu kapsamda ailelerin eğitim seviyesinin, hastalığa karşı farkındalığı geliştirerek tedavide önemli bir etkisi olduğunu söylemek mümkündür. Sarıkoç ve arkadaşları (2022) çalışmalarında bir işte çalışanların iyimserlik düzeyini daha yüksek bulmuştur (143). Demir ve Murat (2017) çalışmalarında, ailelerinin yaşamlarındaki var olan anlam arttıkça iyimserlik düzeylerinin de arttığını, yaşamlarına ilişkin anlam arayışları arttıkça iyimserliklerinin azaldığını ortaya koymuştur (165). Yapılan çalışmaların sonuçları benzer bulguları ortaya koymaktadır. Bunun sebebinin üniversite/yüksek lisans/doktora gibi yüksek eğitilmiş ailelerin eğitim düzeyi yükseldikçe, hastalığın tedavisi ve tanısının konulmasında yaşanan zorluklarla baş edebilme noktasında daha fazla farkındalığa sahip olduklarını, iyi ücretli ve düzenli iş imkânlarına sahip olabildiklerini, yaşam kalitelerinin ve doyumlarının daha yüksek olduğunu, yaşamlarında bir anlam ve hedeflerinin olduğunu söylemek mümkündür. Bu kapsamda iyimser olmanın bireye umut aşılayabildiği ve bunun da yaşamı anlamlandırma ve farkındalık kazanma yönünde çabalamalara olumlu etkisi olduğu söylenebilir.

Çalışmaya katılanların cinsiyetlerinin iyimserlik ve umutsuzluk puanına etkisi incelendiğinde; iyimserlik puan ortalamaları kadınlarda daha yüksek olduğu, erkeklerin nispeten daha düşük olduğu gözlenmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. İyimserlik puanına paralel şekilde umutsuzluk puanı

kadınlarda daha yüksek, erkeklerde nispeten daha düşük ölçülmüştür. Fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Erdoğan (2013), umutsuzluk ve yaşam doyumu düzeylerinde cinsiyet farklılıkları olup olmadığını ve insanların gelecek için tasarruf edip edemeyeceklerini incelemiştir. Bu faktörlerin, insanların bir aile olarak hayatlarından memnun ya da karamsar hissetmeleri üzerinde hiçbir etkisi olmadığı sonucuna varmıştır (166). Araştırma sonucu çalışmayı destekler niteliktedir. Topbaş (2022) çalışmasında, psikolojik dayanıklılığı etkileyen iç faktörlerin öz-farkındalık, öz-yeterlik, geleceğe dair iyimser bir tutum, geleceğe odaklı hedefler ve bu hedeflere ulaşma çabası, iyimser olma gibi özellikler olduğunu belirtmektedir (167). Bu bakımdan, psikolojik dayanıklılığı yüksek ailelerin umutlu ve iyimser olma halinin de yüksek olabileceği söylenebilir. Kuder ve Accardo (2018) yaptıkları çalışmada cinsiyet ile psikolojik dayanıklılık arasında bir ilişki bulmuş ve risk altındaki kişiler arasında kadınların yılmazlığının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Aksine, erkeklerin ebeveyn psikopatolojisi ve yoksulluk gibi çeşitli risk faktörlerine karşı daha duyarlı olduğu söylenmektedir (168). Bu araştırma çalışmanın bulgularını desteklememektedir.

Çalışmada katılımcıların çalışma durumunun iyimserlik ve umutsuzluk puanına etkisi incelendiğinde; iyimserlik çalışanlarda fazla, çalışmayanlarda ise nispeten düşük gözlenmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yine benzer şekilde gözlemlenen umutsuzluk puanı çalışanlarda düşük, çalışmayanlar da ise nispeten yüksek ölçülmüş, ancak istatistiksel olarak anlamlı görülmemiştir. Sarıkoç ve arkadaşları (2022) çalışmalarında bir işte çalışanların iyimserlik düzeyini çalışmayanlardan daha yüksek bulmuştur (143). Demir ve Murat (2017) çalışmalarında, ailelerinin yaşamlarındaki var olan anlam arttıkça iyimserlik düzeylerinin de arttığını, yaşamlarına ilişkin anlam arayışları arttıkça iyimserliklerinin azaldığını ortaya koymuştur. Yaptıkları çalışmada yaşamın anlamı ile iyimserlik arasında pozitif yönde zayıf ilişki tespit etmişlerdir. Bu bağlamda, ailelerin DEHB süresi boyunca yaşamlarında bağımsız karar alamadıkları, üretken ve sosyal olamadıkları, dışlandıkları vb. yüzleşmelerinin umutlarını kırmış olabileceği ve bu durumun da iyimserliklerini azaltmış olabileceği düşünülmektedir (165). Bir işte çalışanların iyimserlik düzeyinin yüksek bulunmasında ailelerin günlük rutini sürdürmesinin de etkili olduğu düşünülebilir. İyimser bireyler bir sorunla karşılaştığında sorunun çözümünde aktif rol almayı istemekte ve çözüm arayışı

içerisine girmektedir. Bu kapsamda çalışan bireylerin aktif bir yaşamı olduğu ve sorunlara da çözüm bulma noktasında sorumluluk alabildiği öngörülebilir.

Araştırmaya katılanların gelir düzeylerinin iyimserlik ve umutsuzluk puanları üzerindeki etkisi incelendiğinde, düşük gelir düzeyine sahip bireylerin orta ve yüksek gelir düzeyine sahip katılımcılara göre daha düşük iyimserlik puanlarına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. İyimserlik puanının aksine, düşük gelir düzeyine sahip kişiler, orta ve yüksek gelir düzeyine sahip kişilere göre anlamlı olarak daha yüksek umutsuzluk puanına sahiptir. Erdoğan (2013) çalışmasında, umutsuzluk düzeyinin sosyal güvence, gelir, sosyal aktivitelere katılıp katılmama açısından anlamlı olduğu görülmüştür (166). Hem Bayramova ve Karadakovan' ın (2004) araştırması hem de Özer ve arkadaşlarının (2009) çalışması umutsuzluk düzeyinin gelir düzeyinden etkilendiğini belirtmiştir (163, 164). Bu sonuçlar araştırmanın sonuçlarıyla tutarlıdır. Çalışma bulgularının aksine, Okanlı ve arkadaşları (2019) çalışmalarında, gelir durumunun umutsuzluk düzeylerinde etkili olmadığını bulmuştur (169). Bu farklılıkların sebebinin, örneklemelerin farklı meslek çeşitlerine sahip olması, gider durumlarının farklılığı, örneklem sayısındaki farklılıklar, sosyo-kültürel çevre, psikolojik faktörler, kronik rahatsızlıklar ve farklı gelir düzeyi ölçeklerinin kullanılmış olması olabilir.

Çalışmaya katılanların medeni durumlarının iyimserlik ve umutsuzluk puanına etkisi incelendiğinde; iyimserlik puanının evlilerde, bekâr / boşanmış / dul olanlara göre yüksek ölçülmüştür. Umutsuzluk puanının ise katılımcılardan evli olanlarda, bekâr / boşanmış / dul olanlara göre düşük olduğu gözlemlenmiş, ancak istatistiksel olarak anlamlı görülmemiştir. Polizzi ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında bakıcının kimliği, çocuğun kardeş sayısı, çocuğun anne babasının birlikte yaşayıp yaşamadığı, anne babanın evlilik süresi gibi değişkenler tartışılmıştır. Çalışmada medeni durumun psikolojik sağlamlıkla yani dolayısıyla iyimserlik ve umutsuzluk ile ilişkisi bulunmaktadır. Araştırmada yalnız yaşayan, bekâr/dul, okuryazar olmayan yaşlılarda depresyon puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (170). Bu kapsamda, DEHB' ye ilişkin stres yaratan etmenlerle aileler birlikte baş edemediği takdirde geleceğe yönelik bakış açısının da etkilendiği ve umutsuzluğa neden olabildiği söylenebilir. Araştırmalar çalışmanın bulgularını desteklememektedir.

Doksat ve arkadaşları (2018) ile Şengül Erdem (2023) çalışmalarında ailelerin, hayatlarını ve düzenlerini DEHB olan çocuklarına uyum sağlayacak biçimde tekrar

şekillendirmek durumunda kaldığını, belirsizlik ve güvensizlik yaşadıklarını, büyüyen krizle birlikte yaşam gereksinimlerini yerine getirmede zorlandıklarını, tükenmişlik ve ilişkilerde gerginlik yaşayabildiğini belirtmektedir (23, 24). Broady ve arkadaşları (2017) ile Drogomyretska ve arkadaşlarının (2020) çalışmalarına göre, DEHB tanılı çocukların ebeveynleri bu durumdan olumsuz etkilenecek umutsuzluğa düşebilir. Bu çocukların etrafındaki kişiler davranışları yanlış anladıkça ebeveynler kendi davranışlarını anlamlandıramaz, sosyal çevrelerinden uzaklaşma eğilimi gösterirler ve genellikle etkisiz problem çözme ve başa çıkma stratejileri geliştirerek umutsuzluğa kapılırlar. İyimserlik özellikle psikolojik refahı arttırmada yardımcı olabilir ve bir kişinin niyetlerini eyleme dönüştürerek kendilerini iyi hissetmesine yardımcı olabilir. İyimser insanlar tatsız durumlardan, umutsuzluktan ve suçluluk duygusundan kaçınırlar (27, 137). Çelebi ve arkadaşlarının (2021) yaptığı araştırmaya göre, iyimserlik sağlık endişesini azaltır (146). Araştırmaların sonuçları çalışmaya paralel verilere ulaşmıştır. Bu bağlamda, DEHB teşhisi konulduğu andan itibaren ailelere yaşayacakları sorunlarla başa çıkmaları için sistematik ve profesyonel olarak destek planlaması yapılması gerekebilir.

Rada (2022) araştırmasında iyimserlik ile aile desteği arasında faydalı bir bağlantı keşfetmiştir. Buna göre uyarlanabilir karar verme teknikleri ve sosyal destek algısı, engelli çocuğu olan ebeveynlerin duygusal zeka becerileri ile anlamlı bir şekilde ilişkilidir (171). Türkmenoğlu Ulusu (2019) yaptığı araştırmada iyimserlik ile karar verme yaklaşımı arasında olumlu ve anlamlı bir ilişki bulmuştur. Buradaki iyimserlik, ailenin hastalıkla ilgili sorunları ve zor kararları çözme kapasitesi üzerinde iyi bir etkiye sahiptir (172). Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların annelerinin memnuniyet, sosyal destek ve iyimserlik düzeyleri Ekas ve arkadaşları (2010) tarafından incelenmiştir. Araştırmanın bulguları, annelerin artan sosyal destek algılarının olumlu bir etki yaratmalarına ve onlara umut vererek olumsuz etkileri azaltmalarına yardımcı olduğunu göstermektedir (173).

Öztürk ve Maçkalı (2022) çalışmalarında, umutsuzluk düzeyi arttıkça yılmazlık düzeylerinin düştüğünü gözlemlemiştir. Ayrıca iyimser yaklaşım ile umutsuzluk arasında negatif yönde, dayanıklılık ile olumlu bir ilişki bulunmaktadır. Sonuçlar, problem odaklı başa çıkma stratejilerinin (sosyal destek arama, iyimser yaklaşım, özgüvenli yaklaşım) umutsuzluk ve yılmazlık arasındaki ilişkide aracı rolü olduğunu göstermiştir. Umutsuzluk hissinin yılmazlığı olumsuz etkilemesini önlemek için

problem odaklı başa çıkma stratejilerinin, özellikle sosyal destek arama davranışının geliştirilmesi klinik olarak faydalı olabileceği belirtilmektedir (174). Yapılan araştırmaların sonuçları bu çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir. Bu bağlamda, bu çalışmanın sonuçları DEHB ve ailelerin umutsuzluk ve iyimserlik düzeyleri arasında ilişkiler olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda, umutlu ve iyimser olmanın DEHB tedavisinde önemli etkisi olduğu söylenebilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmada, ailelerin umutsuzluk ve iyimserlik düzeylerini belirlemeye ilişkin olarak ailelerin demografik özellikleri, gelir durumları, medeni durumları, eğitim seviyeleri, çalışma durumları gibi farklı değişkenlerin umutsuzluk ve iyimserlik puan ortalamaları üzerindeki etkisi ortaya konulmuştur.

Çalışma sonucunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Ailelerin iyimserlik ve umutsuzluk puan ortalamaları arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ,
- Üniversite/yüksek lisans/doktora gibi eğitilmiş ailelerin iyimserlik puan ortalamaları diğer eğitim düzeylerine göre yüksek, ilköğretim mezunu olanlar için farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu,
- Çalışan ailelerin iyimserlik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- Gelir durumu düşüklüğünün ailelerin umutsuzluk puan ortalamalarını arttırdığı, iyimserlik puan ortalamalarını ise azalttığı,
- Ailelerin herhangi bir kronik ve psikiyatrik hastalığının bulunması ve ilaç kullanım oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

- DEHB' nin sebep olduğu umutsuzluğun azaltılması, iyimserliğin artırılması açısından ailelere yönelik eğitim programlarının geliştirilmesi,
- Ailelerin eğitim seviyeleri ne olursa olsun, bireysel farklılıklar göz önünde bulundurularak farkındalık ve baş etme becerileri konularında psikoeğitim programlarının geliştirilmesi,
- DEHB' li bireylere bakım vermenin fizyolojik, sosyal, ekonomik ve eğitsel zorlukları göz önünde bulundurularak, ailelerin umutlu ve iyimser oluşunun sağlanabilmesi için çevresel ve psikolojik desteğin sağlanması,

- Aile bireylerinin birbirlerine sağladıkları sosyal ve psikolojik desteğin yanı sıra, benzer sorunları olan ailelerin bir araya gelip cevap bulabilecekleri sosyal ağların genişletilmesine yönelik plan ve organizasyonların yapılması,
- Bakım veya psikiyatri hemşiresinin DEHB konusunda eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yönetmesi, etkili baş etme teknikleriyle bireyi ve aileyi problem çözme noktasında desteklemesi için gerekli analiz çalışmalarının yapılması ve bilgi eksikliğinin giderilmesi,
- Aynı konuda farklı örneklem grupları ile nitel veya nicel daha kapsamlı çalışmalar yapılarak gelecekte DEHB tanılı çocuğu olan ailelerin psikolojik dayanıklılığı ve yaşam kaliteleri konusunda araştırmaların yapılması,
- Ailelerin psikolojik iyi oluşlarının sürdürülebilmesi açısından koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin ve baş etme becerilerinin geliştirilebilmesi için psikoeğitim programlarının yapılandırılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Ayhan BCH., Uluman Ö., Buzlu S. (2022). Çocuk ve Ergenlerin ruh sağlığını koruma ve geliştirmede önemli bir güç: Hemşireler, *Jaren*, 8(2): 87-96.
2. Öcal Ö, Menekşe D, Çınar N. (2022). Leigh sendromlu çocukta hemşirelik bakımı: Olgu Sunumu, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3): 1285-1295.
3. Varcarolis EM, Halter MJ. (2017). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evidence- Based Care*. China, Saunders Elseiver, 4-8.
4. Polat P. (2022). Çocuk ve ergenlerde yıkıcı davranış bozuklukları ile travmanın ilişkilendirilmesi, *Sosyal Araştırmalar ve Davranış Bilimleri Dergisi*, 8 (17): 266-281.
5. Aksoy UM. (2019). Nörogelişimsel bozukluklar: Bir ağacın farklı dalları, *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, 11(ek): 1-4.
6. Atmaca RN, Akduman GG, Sarıbaş MŞ. (2020). Okul öncesi dönem çocuklarının sosyal beceri düzeylerinin bazı demografik özelliklere göre incelenmesi, *Uluslararası Eğitim Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 6(2): 157-173.
7. Yörükoğlu A. (2016). *Çocuk Ruh Sağlığı*. 32. Baskı. İstanbul, Sözcü Kitabevi: 40-50.
8. Erçin E, Çetinkaya S. (2019). Resim çizdirme çocuğun hastane deneyimlerini ve onu nasıl etkilediğini anlamının yolu mudur?, *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 2(1): 61-75.
9. Ünal D, Nalbant K, Günal E, Aybı M. (2021). Okul öncesi dönemde risperidon ve metilfenidat tedavisi başlanan hastaların ilaç tedavisinden fayda görmeleri ve yan etkiler açısından retrospektif taranması, *Turkish J Pediatr Dis.*,15:299-305.
10. Coghill D, Banaschewski T. Cortese S.*et al.* (2021) The management of ADHD in children and adolescents: bringing evidence to the clinic: Perspective from the European ADHD Guidelines Group (EAGG), *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 1-25.
11. APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition*. 5. Baskı. Washington, DC, London, England.

12. Boyle CA, Boulet S, Schieve LA, Cohen RA, Blumberg SJ, Yeargin- Allsopp M, et al. (2011). Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997-2008, *Pediatrics*, 127:1034-42.
13. Ercan ES, Polanczyk G, Akyol Ardiç U, Yüce D, Karaçetin G, Tufan AE, ... & Tekden M. (2019). The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: A cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T), *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(2), 132-140.
14. Şan E, Köse S, Özbaran B, Yuncu Z, Erermiş S, Bildik T, Aydın C. (2019). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi: Olguların ve ebeveynlerin algısı farklı mı?, *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 26(2): 75-81.
15. Ay A, Doğan S. (2021). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerin ebeveynlerinin hastalık sürecini yönetme deneyimleri, *J Educ Res Nurs.*, 2021, 18(3): 268–275.
16. Cesur E, Köksal Akyol A. (2019). Annelerinin görüşlerine göre DEHB tanılı çocukların okullarda karşılaştıkları sorunlar, *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2019, 50 (50): 80-95.
17. Çöp E, Çengel Kültür SE, Şenses Dinç G. (2017). Anababalık tutumları ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri arasındaki ilişki, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2017, 28(1): 25-32.
18. Vural Batık M. (2012). Psikolojik destek programının zihinsel yetersizliği olan çocukların annelerinin umutsuzluk ve iyimserlik düzeylerine etkisi, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2012, 31(1): 64-88.
19. Köksal M, Erciyes JC. (2021). Otizm tanısı almış çocukların ailelerinde görülen psiko-sosyal sorunların değerlendirmesi, *Aydın Sağlık Dergisi*, 2021, 7(3): 235-254.
20. Staub D, Hunt P. (1993). The effects of social interaction training on high school peer tutors of schoolmates with severe disabilities, *Exceptional Children*, 1993, 60 (1): 41-57.
21. Eripek S. (2009). *Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuklar*. Maya Akademi, 2009: 45-50.
22. Özbesler C. (2008). Farklı gelişimsel özellikleri olan çocuğa sahip ailelerin sorunları, *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi*, 2008, 1: 25-36.

23. Doksat NG, Zengin HB, Doksat MK. (2018). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinde mükemmeliyetçilik ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, *Çukurova Medical Journal*, 2018, 43(3): 581-588.
24. Şengül EH. (2023) Otizm spektrum bozukluğu olan birden fazla çocuğa sahip annelerin deneyimleri: Yorumlayıcı fenomenolojik analiz çalışması, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, Erken Görünüm: 1-20.
25. Mailick Seltzer M, Greenberg JS, Floyd FJ, Pettee Y, Hong J. (2001). Life course impacts of parenting a child with a disability, *American Journal on Mental Retardation*, 2001, 106(3): 265-286.
26. Uğuz Ş, Toros F, İnanç BY, Çolakkadıoğlu O. (2004). Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi, *Klinik Psikiyatri*, 2004, 7(1): 42-7.
27. Broady TR, Stoyles GJ, Morse C. (2017). Understanding carers' lived experience of stigma: The voice of families with a child on the autism spectrum, *Health & Social Care in the Community*, 2017, 25(1): 224-233.
28. Akkök F. *Farklı Özelliği Olan Çocuk Anne Babalarının Yaşadıkları*. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1997: 5-8.
29. Erdal HE, Efilti E. (2021). Özel gereksinimli çocuğa sahip annelerin umutsuzluk düzeyi tanrı algısı ve çocuğunu kabul-ret düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2021, 10 (1): 199-223.
30. Çam MO, Topcu EM. (2019). Çocukluk dönemi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, *EGE HFD.*, 2019, 35 (3): 147-154.
31. Aydın H, Şahin M. (2022). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin aile işlevselliği ve evlilik uyumları”, *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi*, 2022, Akademik Spor Araştırmaları Özel Sayısı: 918-934.
32. Abacı K. (2018). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi.

33. Chen JY, Clark MJ, Chang YY, et. al. (2015) Anxiety, decision conflict, and health in caregivers of children with ADHD: A Survey, *J Pediatr Nurs*, 30(4): 568-79.
34. Özyurt G, Akay PA, Öztürk Y. (2015) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı olan olgularda aile işlevselliği ve anne anksiyetesinin kontrol grubu ile karşılaştırılması, *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3:162-72.
35. Şenol S, İşeri E, Koçkar İA. (2008). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Dikkati Dağınık, Yerinde Duramayan Çocuklara Doğru Yaklaşımlar*. Ankara, Hekimler Birliği Yayınları: 9-17.
36. Moheb K. (2020). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynlerinde Yürütücü İşlevler ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Kocaeli: Kocaeli Tıp Fakültesi.
37. Ergül B. (2022). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Ergenlerde Kendine Zarar Verme Davranışı ve Yavaş Bilişsel Tempo ile İlişkisi, Uzmanlık Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi.
38. Montiel NC, Peña JA, López M, Salas M, Zurga JR, Montiel BI., Cardozo JJ. (2002). Estimations of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in Marabino children, *Revista de Neurología*, 35(11): 1019-1024.
39. DuPaul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD, Reid R. (1998). *ADHD Rating Scale—IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation*. Guilford press: 10-12.
40. Hartocollis P. (1968) The syndrome of minimal brain dysfunction in young adult patients, *Bull Menninger Clin*, 32: 102-14.
41. Mendelson W, Johnson N, Stewart MA. (1971) Hyperactive children as teenagers: A follow-up study, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 153(4): 273-279.
42. Barkley R, Murphey KR, Fischer M. (2010). *ADHD in Adults: What the Science Says*. Guilford Press, 2010: 95-98.
43. Barkley R. (2015). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder A Handbook for Diagnosis & Treatment*. 4.Baskı. New York, 58.
44. Abalı O. (2021). *Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği*. İstanbul, Adeda, 5.
45. Köroğlu AE. (2022). Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Açıklayıcı Fenomenolojik Analiz ile İncelenmesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul: Işık Üniversitesi.

46. Semerci B, Turgay A. (2021). *Bebeklikten Erişkinliğe Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. İstanbul, Alfa, 8.
47. Çuhadaroğlu B, Akansu YE, Turhal AÖ. (2007). An experimental study on the effects of uniform injection through one perforated surface of a square cylinder on some aerodynamic parameters, *Experimental Thermal and Fluid Science*, 31(8): 909-915.
48. Wolraich M, Hagan J, Allan C. (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents”, *American Academy of Pediatrics*, 144(4): 1-25.
49. Wiener J, Biondic D, Grimbos T, Herbert M. (2016). Parenting stress of parents of adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder”, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44: 561-574.
50. Connor DF. (2002). Preschool attention deficit hyperactivity disorder: A review of prevalence, diagnosis, neurobiology, and stimulant treatment, *J Dev Behav Pediatr*, 23: 1-9.
51. Bastiaansen D, Koot HM, Ferdinand RF, Verhulst FC. (2004). Quality of life in children with psychiatric disorders; self-, parent, and clinician report, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43:221-230.
52. Klassen AF, Miller A, Fine S. (2006). Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder, *Pediatrics*, 114: 541-547.
53. Hsu YC, Chen CT, Yang HJ, Chou P. (2019). Family structure, birth order, and aggressive behaviors among school-aged boys with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019, 54(6):661–70.
54. Vrolijk P, Van Lissa CJ, Branje SJT, Meeus WHJ, Keizer R. (2020). Longitudinal linkages between father and mother autonomy support and adolescent problem behaviors: between-family differences and within-family effects, *J Youth Adolesc.*, 2020, 49(11): 2372–87.
55. Fogleman ND, Leaberry KD, Rosen PJ, Walerius DM, Slaughter KE. (2018). Relation between internalizing behaviors, externalizing behaviors, and peer victimization among children with and without ADHD, *Atten Deficit Hyperactivity Disorders*, 2018, 10(3): 209–22.

56. Katsuki D, Yamashita H, Yamane K, Kanba S, Yoshida K. (2020). Clinical subtypes in children with attention-deficit hyperactivity disorder according to their child behavior checklist profile, *Child Psychiatry Hum Dev.*, 51(6): 969–77.
57. Hsu YC, Chen CT, Yang HJ et al. (2022). Family, personal, parental correlates and behavior disturbances in school-aged boys with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a cross-sectional study, *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 16 (1): 1-11.
58. Coghill D, Banaschewski T, Cortese S, Asherson P, Brandeis D, Buitelaar J, Simonoff E. (2021). The management of ADHD in children and adolescents: bringing evidence to the clinic: perspective from the European ADHD Guidelines Group (EAGG), *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-25.
59. Pastor P, Reuben C. (2008). *Diagnosed Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Learning Disability: United States, 2004–2006*. 237.
60. Smalley SL, McGough JJ, Moilanen IK, Loo SK, Taanila A, Ebeling H, ... Järvelin MR. (2007). Prevalence and psychiatric comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in an adolescent Finnish population, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(12): 1575-1583.
61. Şahin V. (2022). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Eşik Altı Bipolar Semptomatolojisinin Nöropsikolojik Profillere Etkisi, Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi.
62. İnci SB, İpci M, Akyol AU, Ercan ES. (2019). Psychiatric comorbidity and demographic characteristics of 1,000 children and adolescents with ADHD in Turkey”, *Journal of Attention Disorders*, 1-12.
63. López-Villalobos JA, Sacristán-Martín AM, Garrido-Redondo M, Martínez-Rivera MT, López-Sánchez MV, Rodríguez-Molinero L, Camina-Gutiérrez AB, Andrés-de Llano J. (2019). Health-related quality of life in cases of attention deficit hyperactivity disorder with and without pharmacological treatment, *Anales de Pediatría*, 90 (5): 272–279.
64. Didin E, Köksal Akyol A. (2019). Annelerinin görüşlerine göre DEHB tanılı çocukların okullarda karşılaştıkları sorunlar, *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 50: 80-95.

65. Topcu EM, Çam MO. (2022). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocukların yaşam kaliteleri ile ebeveynlerinin iletişim becerileri arasındaki ilişki, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 38 (3): 217-228.
66. Hurtig T, Ebeling H, Taanila A, Miettunen J, Smalley S, McGough J, et al. (2007). ADHD and comorbid disorders in relation to family environment and symptom severity, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16 (6): 362-369.
67. Tokay B, Başaran I, Sorias OB. (2019). Dikkat Eksikliği Bozukluğu Ölçeği Yetişkin Formu'nun Türkçeye uyarlanması", *Nesne Psikoloji Dergisi*, 7 (15): 254-268.
68. Ceylan A, Çulha M, Karakaş S. (2014). Üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin elektrofizyolojik bileşenler ve MMPI-2 puanlarıyla ilişkisi, *Türk Psikoloji Dergisi*, 29 (74): 66-89.
69. Spencer T, Biederman J, Mick E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology, *Ambulatory Pediatrics*, 2007, 7(1): 73-81.
70. Sobanski E, Banaschewski T, Asherson P. (2010). Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Clinical correlates and familial prevalence", *Journal of Child Psychology and Psychiatr.*, 51(8): 915-923.
71. Zhang M, Huang Y, Jiao J, et al. (2022). Transdiagnostic symptom subtypes across autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder: validated by measures of neurocognition and structural connectivity, *BMC Psychiatry*, 22: 102.
72. Inderbitzen-Nolan HM, Walters KS. (2000). Social Anxiety Scale for Adolescents: Normative data and further evidence of construct validity, *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3): 360-371.
73. Spetie L, Arnold EL. (2007). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*. 4th., 12.
74. Soysal AŞ, Tan S, Turan Ö, Gücüyener K. (2015). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun alt tiplerinde doğum öncesi ve doğum esnasındaki risk faktörlerinin değerlendirilmesi, *Yeni Tıp Dergisi*, 2015, 32(1): 49.
75. McCracken JT. (2000). Attention deficit hyperactivity disorder, In Saddock BJ, Saddock VA (Eds). *Comprehensive Text Book*, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2679-88.

76. Zappitelli M, Pinto T, Grizenko N. (2001). Pre-, peri-, and postnatal trauma in subjects with attention-deficit hyperactivity disorder, *Canadian Journal of Psychiatry*, 46: 542-8.
77. Bondopadhyay U, Diaz-Orueta U, Coogan AN. (2022). A systematic review of sleep and circadian rhythms in children with attention deficit hyperactivity disorder, *Journal of Attention Disorders*, 2022, 26(2): 149–224.
78. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide, *Eur J Pediatr*, 2007, 166: 117-123.
79. Faraone SV, Biederman J, Weiffenbach B et al. (1999). Dopamine D4 gene 7-repeat allele and attention deficit hyperactivity disorder, *Am J Psychiatry*, 156 (5): 768-770.
80. Stice L, Stojek M, Beach S, Vandellen M, Mackillop J. (2017). Multidimensional assessment of impulsivity in relation to obesity and food addiction, *Appetite*, 2017, 112: 59-68.
81. Ercan ES et al. (2015). Is the prevalence of ADHD in Turkish elementary school children really high?, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(7): 1145–52.
82. Arnett A, MacDonald B, Pennington B. (2013). Cognitive and behavioral indicators of ADHD symptoms prior to school age, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54 (12): 1284-1294.
83. Yayla ES. (2022). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocukların Ebeveynlerinin Tutum Farklılığının İncelenmesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi.
84. Cortese S. (2012). The neurobiology and genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): What every clinician should know, *Eur J Paediatr Neurol*, 16: 422-433.
85. Dunn GA, Nigg JT, Sullivan EL. (2019). Neuroinflammation as a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder, *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 182: 22-34.
86. Díaz-López A, Canals-Sans J, Julvez J et al. (2022). Maternal iron status during pregnancy and attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in 7-year-old children: A prospective cohort study, *Sci Rep.*, 12: 20762.

87. Maňal E, Karakuş G, Tamam L, Namlı Z, Demirkol ME, Çam Ray P. (2022). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı çocukların ebeveynlerinde riskli internet kullanımı ve dürtüsellik, *Dicle Tıp Dergisi*, 49 (1): 131-141.
88. Özyurt G, Akay AP, Öztürk Y, Baykara B, Emiroglu NI. (2016). DEHB’li çocuklarda ve annelerinde duygu düzenlemenin araştırılması/Evaluating emotional regulation in children with ADHD and their mothers”, *Anadolu Psikiyatr Dergisi*, 17: 393-402.
89. Zhang J, Luo W, Li Q et al. (2018). Peripheral brain-derived neurotrophic factor in attention-deficit/hyperactivity disorder: A comprehensive systematic review and meta-analysis, *J Affect Disord*, 227: 298-304.
90. Tripp G, Wickens JR. (2009). Neurobiology of ADHD, *Neuropharmacology*, 57 (7-8): 579-589.
91. Taylor E, Sonuga-Barke E. (2008). Disorders of attention and activity, In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, Wiley Blackwell, 521-542.
92. Hsu CW, Tseng PT, Tu YK, Lin PY, Hung CF, Liang CS, ... Kao HY. (2021). Month of birth and mental disorders: A population-based study and validation using global meta-analysis, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 144 (2): 153–167.
93. Biederman J, Monuteaux M, Spencer T, Wilens T, MacPherson H, Faraone S. (1998). Stimulant therapy and risk for subsequent substance use disorders in male adults with ADHD: A naturalistic controlled 10-year follow-up study, *American Journal of Psychiatry*, 165 (5): 597-603.
94. Sarıdaş E. (2021). Ebeveyn Tutumlarının Ergen Bireylerdeki Somatik Belirti ve Yaşam Doyumuna Etkisi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Okan Üniversitesi.
95. Mukaddes NM. (2020). *Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar*. 2.baskı, Nobel Tıp Kitapevi.
96. Gül Ögetürk S. (2022). Okul Öncesi Dönemde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Öz Düzenlemelerine Ebeveyn Tutumlarının Etkisi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya: KTO Karatay Üniversitesi.
97. Chang CC, Chen YM, Hsiao RC, Chou WJ, Yen CF. (2021). Affiliate stigma in caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: The roles of

- stress-coping orientations and parental child-rearing styles, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (17): 9004.
98. Hahad O, Daiber A, Michal M, Kuntic M, Lieb K, Beutel M, Münzel T. (2021). Smoking and neuropsychiatric disease-Associations and underlying mechanisms, *Int. J. Mol. Sci.*, 22: 7272.
99. Huang, L, Wang Y, Zhang L, Zheng Z, Zhu T, Qu Y, Mu D. (2018). Maternal smoking and attention-deficit/hyperactivity disorder in offspring: A meta-analysis”, *Pediatrics*, 141 (1): 20172465.
100. Roigé-Castellví J, Morales-Hidalgo P, Voltas N, Hernández-Martínez C, van Ginkel G, Canals J. (2021). Prenatal and perinatal factors associated with ADHD risk in schoolchildren: EPINED epidemiological study, *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 30: 347–358.
101. Zeng Y, Tang Y, Tang J, Shi J, Zhang L, Zhu T, ... Mu D. (2020). Association between the different duration of breastfeeding and attention deficit/hyperactivity disorder in children: A systematic review and meta-analysis, *Nutr. Neurosci*, 23: 811–823.
102. Kılıçaslan C. (2021). Pediatrik acil servise yanık ile başvuran çocuklarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu prevalansı, *Selçuk Tıp Dergisi*, 37(4): 334-338.
103. Applegate B, Lahey BB, Hart DE. (1997). Validity of the age of onset criterion for ADHD: A report from the DSM-IV field trials, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:1211-1221.
104. Metin Ö. (2019). The effect of anxiety symptoms/sensitivity on ADHD symptomatology: a comparison of ADHD and ADHDODD patients", 29. *Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi*, İstanbul, 184.
105. Yıldız GÖ, Varol TF, Yıldırım ÖE, Dönder F, Çakın MN. (2016). Okul öncesi dönemde DEHB: Psikososyal tedavi yaklaşımlarının gözden geçirilmesi”, *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17 (2): 143.
106. Pineda DA, Lopera F, Palacio JD, Ramirez D, Henao GC. (2003). Prevalence estimations of attention deficit/hyperactivity disorder: Differential diagnoses and comorbidities in a Colombian sample, *Int J Neurosci.*, 113(1): 49-71.
107. Mukaddes NM, Ercan ES. (2018). No title, in *Nörogelişimsel Bozukluklar*, 35–109.

108. Özcan H. (2017). Okul Öncesi Çocukların ve Ebeveynlerinin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri ve Çocuklardaki Bu Belirtilerin Okul Davranışlarına Etkisi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi.
109. Mukaddes NM, (2015). *Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 13.
110. Kayaalp L. (2008). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 68: 147-152.
111. Soutullo C, Coghill DR, Banaschewski T, Cottingham MG, Zuddas A. (2017). Systematic review of quality of life and functional outcomes in randomized placebo-controlled studies of medications for attention-deficit/hyperactivity disorder, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26: 1283–1307.
112. Görmez V, Örengül AC, Özer ÖF, Uzuner S, Selek Ş. (2016). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde tiyol/disülfid dengesi ve oksidatif stres parametreler, *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 21: 179-186.
113. Willoughby MT, Curran PJ, Costello EJ, Angold A. (2000). Implications of early versus late onset of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(12): 1512- 1519.
114. Akay AP, Ercan ES. (eds) (2021). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. 2.baskı. HYB Basım Yayın, 35.
115. Berg-Nielsen TS, Solheim E, Belsky J, Wichstrom L. (2012). Preschoolers' psychosocial problems: in the eyes of the beholder? Adding teacher characteristics as determinants of discrepant parent-teacher reports, *Child Psychiatry Hum Dev*, 43(3):393-413.
116. Egger HL, Kondo D, Angold A. (2006). The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A review, *Infants and Jung Children*, 19: 109-122.
117. Kemper AR, Maslow GR, Hill S, Namdari B, Allen LaPointe NM, Goode AP, Coeytaux RR, Befus D, Kosinski AS, Bowen SE, McBroom AJ, Lallinger KR, Sanders GD. (2018). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Treatment in Children and Adolescents*. US, Agency for Healthcare Research and Quality
118. Görmez V. (2015). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Tedavi Yaklaşımları: İlaç Tedavileri*. Türkiye Kİ, 2015: 4.

119. Chou WJ, Hsiao RC, Chang CC, Yen CF. (2021). Predictors of depressive symptoms in caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A one-year follow-up study, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16): 8835.
120. Al-Balushi N, Al Shekaili M, Al-Alawi M, Al-Balushi M, Panchatcharam SM, Al-Adawi S. (2019). Prevalence and predictors of depressive symptoms among caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder attending a tertiary care facility: A cross-sectional analytical study from Muscat, Oman, *Early Child. Dev. Care*, 189: 1515–1524.
121. Daley D, Van Der Oord S, Ferrin M, Cortese S, Danckaerts M, Doepfner M, Van den Hoofdakker BJ, Coghill D, Thompson M, Asherson P. (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, *J. Child. Psychol. Psychiatry*, 59: 932–947.
122. Clavenna A, Bonati M. (2017). Pediatric pharmacoepidemiology - safety and effectiveness of medicines for ADHD, *Expert Opinion on Drug Safety*, 16(12): 1335–45.
123. NICE. (2018). *Attention Deficit Hyperactivity Activity Disorder: Diagnosis and Management (NG87)*. NICE guidelines, 2018.
124. Dursun İ. (2022). Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağıdikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Varlığının Bilişsel İşlevler Üzerine Etkisinin İncelenmesi, Meram Tıp Fakültesi, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi.
125. Bülbül SH, Güçlü M, Mısıroğlu ED. (2013). Kırıkkale il merkezi ilköğretim ve lise öğrencilerinde sigara ve alkol alışkanlıkları ve etkileyen faktörler, *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 7: 168-72.
126. Öztıp DB. (2012). Adolesanda ruhsal sorunlar, *Turkish Journal of Family Practice*, 16: 14-8.
127. Weitzman C, Wegner L, Blum NJ. (2015). Promoting optimal development: Screening for behavioral and emotional problems, *Pediatrics*, 135: 384-95.
128. Özakar Akça S, Selen F, Demir E, Demir T. (2018). Cinsiyet ve yaş farklılıklarının ergenlerin depresyon, anksiyete bozukluğu, kendine zarar verme, psikoz, travma sonrası stres bozukluğu, alkol-uyuşturucu bağımlılığı ve dikkat

- eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilişkili sorunlara etkisi, *Dicle Tıp Dergisi*, 45 (3): 255-264.
129. Tınaz, D. (2004). Ergen ve yetişkinde ADHD-dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu. *Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, 195-206.
130. Hutchins P. (1994). Learning, language and attention problems in adolescence, <http://www.addult.org>' den 01.03.2023 de alınmıştır.
131. Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balazs J, ... Asherson P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD, *European Psychiatry*, 56(1): 14-34.
132. Peasgood T, Bhardwaj A, Biggs K, Brazier JE, Coghill D, Cooper CL, ... Sonuga-Barke EJ. (2016). The impact of ADHD on the health and well-being of ADHD children and their siblings, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25: 1217-1231.
133. Olçay GU. (2016). Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Bireylerde Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi.
134. Yıldırım B, Keskinçilic Kara SB. (2017). Öğretmenlerin umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi, *Ulakbilge*, 5 (11): 571-587.
135. Shah V, Raju VV, Sharma A, Grover S. (2020). Impact of COVID-19 and lockdown on children with ADHD and their families- an online survey and a continuity care model, *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 12(1): 71–79.
136. Shyam R, Kavita K, Govil D. (2019). Stress and family burden in mothers of children with disabilities, *International Journal of Interdisciplinary and Multidisciplinary Studies*, 1(4): 152-159.
137. Drogomyretska K, Fox R, Colbert D. (2020). Brief report: Stress and perceived social support in parents of children with ASD, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50: 4176–4182.
138. Theule J, Wiener J, Tannock R, Jenkins JM. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis, *J Emot Behav Disord*, 21(1): 3–17.
139. Gül H, Gür Ç. (2022). The relationship among problem-solving, coping styles and stress levels of parents of children with autism spectrum disorder, attention

- deficit hyperactivity disorder and typical development, *European Journal of Educational Research*, 11(3): 1231-1243.
140. Kavoor AR, Mitra S. (2021). Managing attention deficit hyperactivity disorder during Covid-19 Pandemic, *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 12(1): 1-2.
141. Szép A, Skoluda N, Schloß S, Becker K, Pauli-Pott U, Nater UM. (2021). The impact of preschool child and maternal attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms on mothers' perceived chronic stress and hair cortisol, *Journal of Neural Transmission*, 128(9): 1311-1324.
142. Yavuzer H. (2000). *Okul Çağı Çocuğu*. Ankara, Remzi Kitabevi, 2000: 8.
143. Sarıkoç G, Öksüz E, Varol B. (2022). Optimism and examination of life meaning in the COVID 19 pandemic, *Gevher Nesibe Journal Of Medical and Health Sciences*, 7(21): 184–192.
144. Einav M, Margalit M. (2022). The hope theory and specific learning disorders and/or attention deficit disorders (SLD/ADHD): Developmental perspectives, *Current Opinion in Psychology*, 101471.
145. Parmaksız İ. (2020). The effects of optimism, altruism, and marital status on the psychological resilience, *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 48: 285-302.
146. Çelebi GY, Kaya F, Yılmaz M. (2021). COVID 19 pandemisi sürecinde mizahla başa çıkma ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişki: iyimserliğin aracılık rolü, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(40): 24-48.
147. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. (2015). Psychological wellbeing, health and ageing, *NIH Public Access*, 385(9968): 640–648.
148. Wehmeyer ML. (2021). The future of positive psychology and disability, *Frontiers in Psychology*, 12: 5869.
149. Mitchell LL, Adler JM, Carlsson J, Eriksson PL, Syed M. (2021). A conceptual review of identity integration across adulthood, *Developmental Psychology*, 57(11): 1981.
150. Gallagher MW, Smith LJ, Richardson AL, D'Souza JM, Long LJ. (2021). Examining the longitudinal effects and potential mechanisms of hope on COVID-19 stress, anxiety, and well-being, *Cognitive Behaviour Therapy*, 50(3): 234-245.

151. Aşkan T, Çayköylü A, Özkan B. (2021). Psikiyatri hemşireliği bakış açısıyla salgın hastalık psikolojisi, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 5 (1): 69-82.
152. ANA. (2007). *Psychiatric-Mental Health Nursing: Scope and Standards of Practice*. Newington, VA, Silver Spring, 2007: 15.
153. Halter JM, Varcarolis EM. (2014). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. 8. Basım. New York, USA, 2014: 12-18.
154. Coghill D, Seth S. (2015). Effective management of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) through structured re-assessment: The Dundee ADHD Clinical Care Pathway, *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 9: 52.
155. Wesemann D, Van Cleve SN. (2018). ADHD: From childhood to young adulthood, *Nurse Pract.*, 43: 8–15.
156. Kleve L, Vårdal L, Elgen IB. (2022). The nurse role in the management of ADHD in children and adolescent: A literature review, *Frontiers in Psychiatry*, 13: 40.
157. Yazıcıoğlu Y, Erdoğan S. (2004). *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara, Detay Yayıncılık, 2004: 14.
158. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. (1974). The assessment of pessimism. The hopelessness scale, *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 42: 861 – 865.
159. Seber G. (1991). Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği Üzerine Bir Çalışma, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmamış Doçentlik Tezi, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
160. Kahleoğulları G. (2017). *Hayatta Amaç Ölçeği, Hayatta Anlam Anketi Ve Yaşam Yönelimi Testi Revize Türkçe Versiyonunun Geçerlik, Güvenirliği Ve Faktör Yapısı* (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).
161. Coghill D, Hodgkins P. (2016). Health-related quality of life of children with attention-defcit/hyperactivity disorder versus children with diabetes and healthy controls, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25(3): 261–271.
162. Konukbay D. (2005). Engelli Çocuk Ebeveynlerinin Umutsuzluk Düzeyleri ve Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi.
163. Özer F, Beydağ D, Cengiz Ş. (2009). Hemodiyalize giren hastaların umutsuzluk düzeyleri, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 10(4): 132-133.

164. Bayramova N, Karadakovan A. (2004). Kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk durumlarının incelenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2), 39-47.
165. Demir R, Murat M. (2017). Öğretmen adaylarının mutluluk, iyimserlik, yaşam anlamı ve yaşam doyumlarının incelenmesi, *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 7: 13.
166. Erdoğan B. (2013). Evde Bakım Hizmeti Alan Özürlü Bireye Sahip Ailelerin Sosyo-Ekonomik Durumlarının İncelenerek, Umutsuzluk ve Yaşam Doyum Düzeylerinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi.
167. Topbaş M. (2022). Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuğa Sahip Ailelerin Bakım Verme Yükleri ve Psikolojik Sağlamlıkları Arasındaki İlişki, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya: KTO Karatay Üniversitesi.
168. Kuder SJ, Accardo A. (2018). What works for college students with autism spectrum disorder, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48: 722-731.
169. Okanlı A, Erdem N, Yılmaz EK. (2009). Hemodiyaliz hastalarında duygu kontrolü ve etkileyen faktörler, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 9: 156-161.
170. Polizzi C, Lynn SJ, Perry A. (2020). Stress and coping in the time of COVID-19: Pathways to resilience and recovery, *Clinical Neuropsychiatry*, 17 (2): 59-62.
171. Rada A. (2022). Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Karar Verme Stratejileri İle Duygusal Zekâları Arasındaki İlişki, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi.
172. Türkmenoğlu UN. (2019). Duygusal Zekâ ile Karar Verme Stratejileri Arasındaki İlişki. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi.
173. Ekas N, Lickenbrock D, Whitman T. (2010). Optimism, social support, and wellbeing in mothers of children with autism spectrum disorder, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(10): 1274-1284.
174. Öztürk Ö., Maçkalı Z., (2022). Umutsuzluk ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide problem odaklı baş etme stratejilerinin aracı rolü: umutsuzluk, psikolojik dayanıklılık ve stresle baş etme, *Klinik Psikoloji Dergisi*, 6(1): 94-107.

8. EKLER

EK-1

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Başlık: Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Bireylerin Ailelerinde Umutsuzluk ve İyimserlik Düzeylerinin Belirlenmesi

Araştırmacılar: Betül Karahan Kurt, Hemşire. Birgül Özkan, Doç. Dr.
(Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bölümü) Telefon: (507)3875720, e-mail: 215340101@aybu.edu.tr

Çocukluk ve ergenlik döneminde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış bireylerin ailelerinde umutsuzluk ve iyimserlik düzeylerinin belirlenmesi ile ilgili bir araştırma çalışmasına davet edilmiş bulunmaktasınız. Lütfen bu formu okuyunuz ve çalışmaya katılmayı kabul etmeden önce herhangi bir sorunuz varsa sorunuz.

Çalışmanın Amacı: Bu çalışmanın amacı çocukluk ve ergenlik döneminde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış bireylerin ailelerinde umutsuzluk ve iyimserlik düzeylerinin belirlenmesidir.

Çalışmanın Yöntemi: Eğer bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, sizden size verilen form ve anketlerin kimsenin etkisi altında kalmadan doğru ve gerçekçi bir şekilde doldurulması istenecektir.

Riskler ve Faydalar: Bu çalışmaya katılmanın hiçbir riski yoktur. Çalışmaya katılmanın, bir araştırma üniversitesinde tanımlayıcı araştırmalarının nasıl uygulandığını öğrenme olanağı dışında doğrudan bir faydası yoktur.

Gizlilik: Bu çalışmanın kayıtları kesinlikle gizli kalacaktır. Bunun için özel bir kodlama sistemi kullanarak kişisel bilgileriniz ile deney sırasında verdiğiniz cevapları içeren verilerin birbirleriyle ilişkilendirilmesi olanaksız hale getirilmektedir.

Çalışmanın Gönüllülük İlkesi: Bu çalışmaya katılma gönüllülük esasına dayalıdır. Katılma kararı alırsanız istediğiniz zaman çalışmadan ayrılmakta ve verilerinizin silinmesini istemekte özgürsünüz.

İletişim ve Sorular: Bu araştırmayla ilgili olarak sorularınız ve endişeleriniz olursa yukarıda adı geçen araştırmacılarla konuşabilirsiniz. Eğer daha sonra sorularınız olursa araştırmacılarla yukarıda isimlerinin yanında verilmiş olan telefon numaralarını veya e-mail adreslerini kullanarak iletişim kurabilirsiniz.

Bu formun bir kopyası dilerseniz saklamanız için size verilecektir.

Aydınlatılmış Onam Beyanı: Yukarıdaki bilgiyi okudum ve anladım. Konuyla ilgili sorular sordum ve cevaplarını aldım. Çalışmada gönüllü katılımcı olarak yer almayı onaylıyorum.

Gönüllünün / katılımcının

Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

EK-2

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1- Demografik Bilgiler

Yaş:

Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek

Eğitim durumu: ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite
☐ Yüksek lisans/Doktora

Çalışıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

Meslek:

Gelir düzeyi: ☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek

Medeni durum: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış ☐ Dul

Çocuk sayısı:

Çocuklarınız dışında evde bakmakla yükümlü olduğunuz başka biri var mı?

2- Genel Bilgiler

Herhangi kronik bir rahatsızlığınız var mı? ☐ Evet (Belirtiniz.....)

☐ Hayır

Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? ☐ Evet (Belirtiniz.....)

☐ Hayır

Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı? ☐ Evet (Belirtiniz.....)

☐ Hayır

EK-3

BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki test 1974 tarihinde geliştirilmiş olup, 1991 yılında Seber tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Geleceğe yönelik olumsuz beklentiye de düşünceleri içeren cümlelerden size uygun olanları evet ya da hayır olarak kodlayınız.

_____1- Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum

_____2- Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.

_____3- İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.

_____4- Gelecek on yıl içinde hayatimin nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.

_____5- Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.

_____6- Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.

_____7- Geleceğimi karanlık görüyorum.

_____8- Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.

_____9- İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.

_____10-Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı

_____11-Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor

_____12-Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum

_____13-Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.

_____14-İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.

_____15-Geleceğe büyük inancım var.

_____16-Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.

_____17-Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.

_____18-Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.

_____19-Kotu günlerden çok , iyi günler bekliyorum.

_____20-İstediğim her şeyi elde etmek için caba göstermenin gerçekten yararı yok nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.

EK-4**YAŞAM YÖNELİMİ TESTİ**

Lütfen aşağıdaki ifadeleri dikkatlice okuyun ve sizi en iyi tarif eden cevabı işaretleyin.

AÇIKLAMA	Çok Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Ne Katılıyorum Ne De Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Belirsizlik halinde genellikle en iyisini beklerim.	5	4	3	2	1
2. Rahatlıkla gevşeyebilirim.	5	4	3	2	1
3. Benim için bir şeyin yolunda gitmeme ihtimali varsa, o şey yolunda gitmez.	5	4	3	2	1
4. Geleceğim hakkında her zaman iyimserimdir.	5	4	3	2	1
5. Arkadaşlarımdan keyif alırım.	5	4	3	2	1
6. Kendimi meşgul tutmak benim için önemlidir.	5	4	3	2	1
7. İşlerin benim istediğim gibi gitmesini hemen hemen hiç beklemem.	5	4	3	2	1
8. Kolay kolay keyfim kaçmaz.	5	4	3	2	1
9. Nadiren başıma iyi şeylerin gelmesini beklerim.	5	4	3	2	1
10. Genelde başıma kötü şeylerden çok iyi şeylerin gelmesini beklerim.	5	4	3	2	1