



T.C.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI
ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN ANKSİYETE, DEPRESYON VE
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Kübra ABACI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Nurgül ÖZDEMİR

Gaziantep

2018



T.C.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI
ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN ANKSİYETE, DEPRESYON VE
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Kübra ABACI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

(Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı)

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Nurgül ÖZDEMİR

Gaziantep

2018

T.C.
GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI
ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN ANKSİYETE, DEPRESYON VE PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Tez Savunma Tarihi: 25.04.2018

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışmanın bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Dr.Öğr.Üyesi Nurgül ÖZDEMİR
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

İmza

Prof. Dr. Sevim BUZLU

Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR

Dr. Öğr. Üyesi Nurgül ÖZDEMİR

Dr. Öğr. Üyesi Derya Özbaş

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Kübra ABACI

Nisan 2018



TEŞEKKÜR

Tezimin tüm aşamalarında bana önderlik edip, fikirleriyle beni yönlendiren, desteğini, bilgisini ve yardımını esirgemeyen, sabırlı, anlayışlı ve hoşgörülü yaklaşımlarıyla beni destekleyen çok değerli danışmanım Sayın **Dr. Öğr. Üyesi Nurgül ÖZDEMİR** 'e

Yüksek lisans eğitimim süresince desteğini, bilgisini, tecrübelerini esirgemeyen, iyi bir eğitim almamı sağlayıp yoluma ışık olan çok kıymetli hocalarım Sayın **Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ** ve **Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR** 'a,

Çalışmamın çeşitli aşamalarında yardım ve desteğini esirgemeyen birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum değerli **çalışma arkadaşlarıma**,

Çalışmamın veri tabanını oluşturan **annelere**,

Hayatımın her anında sonsuz sevgi ve emekleriyle yanımda olan, varlıklarından güç aldığım çok kıymetli babam **Mehmet ABACI**'ya, annem **Selma ABACI**'ya, ablam **Tuğba ABACI GÜL**'e, kardeşim **Enes ABACI**'ya, abim **Mustafa Murat GÜL**'e ve yeğenim **Yağız GÜL**'e,

Her zaman yanımda olan, yaşadığım tüm zorluklarda benimle mücadele eden değerli hayat arkadaşım, sevgili nişanlım **Serkan ERGİNYAVUZ**'a,

En içten duygularıyla sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Kübra ABACI

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGE VE KISALTMALAR	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ	4
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	4
1.2.Araştırmanın Amacı.....	5
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.....	5
2.1.1.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tanımı.....	5
2.1.2.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tarihçesi.....	5
2.1.3.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Epidemiyolojisi.....	7
2.1.4.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Etiyolojisi.....	9
2.1.4.1. Biyolojik Etkenler.....	9
2.1.4.2.Çevresel ve Psikososyal Etkenler.....	11
2.1.5.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tanı Kriterleri.....	11
2.1.6.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tedavisi.....	14
2.2.Anksiyete.....	16
2.2.1.Anksiyetenin Tanımı.....	16
2.2.2.Anksiyetenin Tarihçesi.....	16
2.2.3.Anksiyetenin Epidemiyolojisi.....	17
2.2.4.Anksiyete Nedenleri.....	18
2.2.5.Anksiyetenin Belirti ve Bulguları.....	19
2.2.6.DSM-5'e Göre Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	20

2.2.7. Anksiyete Tedavisi.....	20
2.2.8. Anksiyetede Hemşirelik Tanıları.....	21
2.2.9. Anksiyetede Hemşirelik Yaklaşımları.....	22
2.3. Depresyon.....	23
2.3.1. Depresyonun Tanımı.....	23
2.3.2. Depresyonun Tarihçesi.....	23
2.3.3. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	24
2.3.4. Depresyonun Etiyolojisi.....	25
2.3.5. Depresyonun Belirti ve Bulguları.....	26
2.3.6. Majör Depresyon İçin DSM-V Tanı Kriterleri.....	27
2.3.7. Depresyonun Tedavisi.....	28
2.3.8. Depresyonda Hemşirelik Tanıları.....	31
2.3.9. Depresyonda Hemşirelik Yaklaşımları.....	31
2.4. Psikolojik Dayanıklılık	32
2.4.1. Psikolojik Dayanıklılığın Tanımı.....	32
2.4.2. Psikolojik Dayanıklılığın Gelişiminde Risk ve Koruyucu Faktörler.....	32
2.4.2.1. Risk Faktörleri.....	33
2.4.2.2. Koruyucu Faktörler.....	33
2.4.2.3. Olumlu Sonuçlar.....	34
2.4.3. Psikolojik Dayanıklılığı Olan Kişilerin Özellikleri.....	35
2.4.4. Psikolojik Dayanıklılığın Boyutları	35
2.5. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annelere Hemşirelik Yaklaşımları.....	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	39
3.1. Araştırmanın Türü.....	39
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	39
3.3. Araştırmanın Evreni – Örnekleme.....	39
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	39
3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	39
3.6. Verilerin Toplanması.....	41
3.6.1. Bireysel Bilgi Formu.....	40
3.6.2. Zung Depresyon Ölçeği.....	40
3.6.3. Beck Anksiyete Ölçeği.....	41
3.6.4. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	41
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	42

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	42
3.9.Araştırmanın Etik İlkeleri.....	42
4. BULGULAR.....	44-74
5. TARTIşMA.....	75-88
6. SONUÇLAR.....	89-92
7. ÖNERİLER.....	93
8. KAYNAKLAR.....	95
9. EKLER.....	111
EK-1: Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu.....	111
EK 2:Bireysel Bilgi Formu.....	114
EK-3:Zung Depresyon Ölçeği.....	116
EK 4:Beck Anksiyete Ölçeği.....	117
EK-5: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklık Ölçeği.....	118
EK-6:Etik Kurul Onay Formu.....	119
EK-7:Kurum İzni.....	121
EK-8:Ölçek İzinleri.....	123
EK-9:Özgeçmiş.....	125

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

APA: Amerikan Psychiatric Association

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

DEB: Dikkat Eksikliği Bozukluğu

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

EKT: Elektro Konvulsif Tedavi

GABA: Gaba Amino Bütirik Asit

ICD: International Classification of Diseases- Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

MAOI: Monoamino Oksidaz İnhibitörleri

MPH: Metilfenidat

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

PDÖ: Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

SPECT: Single Photon Emission Computerized Tomography- Tek foton yayılım bilgisayarlı tomografi

SSRI: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri

SNRI: Serotonin Noradrenalin Gerilim İnhibitörleri

T.C.: Türkiye Cumhuriyeti

TSA: Trisiklik Antidepresanlar

ZDÖ: Zung Depresyon Ölçeği

ZDÖHam: Zung Depresyon Ölçeği Ham Puanı

ZDÖSD: Zung Depresyon Ölçek toplam puanının 100'lük sisteme dönüştürölmüş puanı

WHO: World Health Organization- Dünya Sağlık Örgütü

₺: Türk Lirası



Tablo 1. DEHB Tanılı Çocuğun Sosyodemografik Özellikleri.....	44
Tablo 2. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin ve Eşinin Sosyodemografik Özellikleri.....	45
Tablo 3. DEHB Tanılı Çocuğun Yaşı, Çocuğun Tanı Aldığı Yaş ve Annenin Evlenme Yaş Ortalamaları.....	49
Tablo 4. Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları.....	49
Tablo 5. Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon.....	50
Tablo 6. DEHB Tanılı Çocuğun Yaşı, Tanı Aldığı Yaş ve Anne Evlenme Yaşına Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon.....	50
Tablo 7. DEHB Tanılı Çocuğun Çevre Uyumuna Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 8. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Ruhsal Hastalık Durumuna Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 9. DEHB Tanılı Çocukların Okul Başarı Durumlarına Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo10. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Eşinin DEHB Tanılı Olma Durumuna Göre Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 11. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Çocuğunun Durumu ile İlgili Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	55

Tablo 12. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Eşinin Gelir Durumuna Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 13. DEHB Tanılı Çocuğun Aile Yapısına Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	57
Tablo 14. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annelerin Eğitim Durumuna Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 15. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annelerin Gelir Durumuna Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo 16. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Çocuğu İçin Psikolog, Özel Eğitimci, Psikolojik Danışman, Çocuk Ruh Sağlığı Uzmanına Başvurma Durumuna Göre Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	60
Tablo 17. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Mesleğine Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 18. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Eşinin Eğitim Durumuna Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	62
Tablo 19. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annelerin Ruhsal Hastalık Tanısına Göre Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	63
Tablo 20. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Eşinin Yaşına Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	64

Tablo 21. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Sigara/Alkol Kullanma Durumuna Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	65
Tablo 22. DEHB Tanılı Çocukların Kontrollere Düzenli Olarak Gelme Durumlarına Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	66
Tablo 23. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annelerin Yaşına Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	67
Tablo 24. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annelerin Medeni Durumlarına Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	68
Tablo 25. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annelerin Çocuk Sayısına Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	69
Tablo 26. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annelerin Eşlerinin Mesleğine Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	70
Tablo 27. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Ailenin Sosyal Güvence Durumuna Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	71
Tablo 28. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Ailenin Yaşadığı Bölgeye Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	72
Tablo 29. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin DEHB Tanılı Olma Durumuna Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	73
Tablo 30. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Ailenin Diğer Çocuklarının DEHB Tanılı Olma Durumuna Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve	

Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının
Karşılaştırılması.....73

Tablo 31. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Çocuğuyla Boş Vakitlerini Geçirme
Durumuna Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının
Karşılaştırılması.....74



ÖZET

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN ANKSİYETE, DEPRESYON VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Kübra ABACI

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı,

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Nurgül ÖZDEMİR

Nisan 2018, 139 Sayfa

Bu araştırma Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanılı çocukların annelerinin depresyon, anksiyete ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini Nisan- Ağustos 2017 tarihleri arasında Gaziantep il merkezindeki bir devlet hastanesine ayaktan tedavi edilmek üzere başvuran DEHB tanılı çocukların anneleri oluşturdu. Örneklem sayısı yapılan power güç analizine göre 54 olarak belirlendi. Araştırma 163 anne ile gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında “Bireysel Bilgi Formu”, “Zung Depresyon Ölçeği”, “Beck Anksiyete Ölçeği” ve “Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde Shapiro Wilk testi, Student t testi, Mann Whitney U testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve LSD çoklu karşılaştırma testleri, Kruskal Wallis testi ve All pairwise çoklu karşılaştırma testleri kullanıldı. Annelerin ölçek toplam puan ortalamaları Zung Depresyon Ölçeği için 50.70 ± 11.17 , Beck Anksiyete Ölçeği için 17.41 ± 11.05 , Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği için 116.68 ± 19.74 olarak bulundu. DEHB tanılı çocukların annelerinin anksiyete ve depresyon düzeylerinin hafif, psikolojik dayanıklılıklarının ise iyi düzeyde olduğu belirlendi. Annelerin ruhsal hastalık durumu ve çocuğun çevre uyumu ile Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p < 0.05$). Psikiyatri hemşirelerinin, annelerin anksiyete ve depresyon durumlarını değerlendirme, gerekli durumlarda yönlendirme yapma, annelerin psikolojik dayanıklılıklarını artırma ve baş etme becerilerini geliştirme konusunda katkıları olabilir.

Anahtar Sözcükler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Anne, Depresyon, Anksiyete, Psikolojik Dayanıklılık, Psikiyatri Hemşireliği

ABSTRACT

DETERMINATION OF ANXIETY, DEPRESSION AND PSYCHOLOGICAL RESILIENCE LEVELS OF MOTHERS OF CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Kübra ABACI

Master's Thesis, Department of Nursing,

Master's Degree Program of Psychiatric Nursing

Consultant: Doctor Lecturer Nurgül ÖZDEMİR

April 2018, 139 pages

This research was done descriptively with the aim of determining the anxiety, depression and psychological resilience levels of the Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity (ADHD). The study's universe consisted of mothers of children diagnosed with ADHD who applied to be treated remotely to a state hospital in the provincial center of Gaziantep between April and August 2017. The number of samples was 54 according to the power analysis. It was conducted with 163 mothers who volunteered to participate in the research. "Individual Information Form", "Zung Depression Scale", "Beck Anxiety Scale" and "Psychological Durability Scale for Adults" were used to collect the data. The data was analyzed with the SPSS Windows version 24.0 package program. Shapiro Wilk testi, Student's t test, Mann Whitney U test, one way variance analysis (ANOVA) and LSD multiple comparison tests, Kruskal Wallis test and All pairwise multiple comparison tests were used in the evaluation of the data. The mean scores of the scales were found as 50.70 ± 11.17 for the Zung Depression Scale, 17.41 ± 11.05 for the Beck Anxiety Scale and 116.68 ± 19.74 for the Psychological Durability Scale. Mothers of children with ADHD were found to have mild anxiety and depression levels and good psychological resilience. A statistically significant relationship was found between the mental health status of the parents and the child's environmental adaptation, Zung Depression Scale, Beck Anxiety Scale and Psychological Endurance Scale ($p < 0.05$). Psychiatric nurses may contribute to assessing the anxiety and depression status of mothers, providing guidance when necessary, increasing the psychological well-being of mothers, and improving their coping skills.

Key Words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Mother, Depression, Anxiety, Psychological Resilience, Resilience Psychiatric Nursing.

1.GİRİŞ ve AMAÇ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Dikkat Eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB); çocukluk çağıının en sık rastlanan psikiyatrik bozukluğu olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya çapında yaygınlığı %8 ile %12 arasında değişmektedir (1,2). DEHB'li çocukların dış görünüşlerinin normal olması bu durumun bir hastalık mı yoksa çocuğun bilerek yaptığı bir yaramazlık mı olduğu konusunda aileleri kararsızlığa sürüklemekte ve aileler tarafından büyüyünce düzeleceğine inanılıp geçiştirilebilmektedir. Bu durum tanının geç konulmasına neden olmakta ve geç tanılanma çocuk, aile, okul ve toplumsal çevreyi olumsuz yönde etkilemekte, çocuğun akademik performansının düşmesine, çocuk ve aile üzerinde belirgin strese ve işlevsellik kaybına neden olmaktadır (3,4,5). DEHB'li çocukların stresli, talepkar ve ısrarcı yapıda olmaları nedeniyle ebeveynleriyle olan ilişkilerinin daha olumsuz seyrettiği, bu durumun da aile ilişkileri ve ebeveynlerin ruhsal durumları üzerinde olumsuz etki yaptığı bildirilmektedir (6). Bunun yanı sıra bu ailelerde yüksek oranda anlaşmazlık, ayrılık, boşanma gibi aile içi sorunların yanında ebeveynlerde, ruh sağlığı sorunlarının normalden sık yaşandığı, özellikle depresyon ve anksiyete gibi ruhsal bozuklukların yüksek oranlarda görüldüğü bildirilmektedir (3,6). Yapılan çalışmalar DEHB'li çocukların annelerinin daha fazla ebeveynlik stresi yaşadığı, daha düşük özgüvene sahip olduğu, normal çocukların annelerine göre daha fazla kaygı ve depresyon görüldüğü ve problem çözme becerilerinin daha düşük olduğunu göstermektedir (3,4,6).

Anksiyete ve depresif bozukluklar toplum içinde yaygın olarak görülen, kişilerin sosyal ve mesleki işlevlerinde ciddi bozulmalara neden olan ve yaşam kalitelerini düşüren önemli ruhsal bozukluklardır (7). Yapılan çalışmalar depresyonun yaşam boyu yaygınlığının, kadınlar için %10-25, erkekler için %5-12 olduğunu, kadınların erkeklere oranla iki kat daha fazla etkilediğini göstermektedir (7,8). Anksiyete bozuklukları da cinsiyet bazında incelendiğinde, kadınlarda erkeklerden iki kat daha yaygın olduğu kabul edilmektedir (8). Toplumumuzda ruhsal bozukluk yaşayan annelerin çoğu tanı konulup tedavi edilememektedir. Tedavi edilemeyen anneler özgüven eksikliği, olumsuz ebeveynlik tutumları, bozuk evlilik ilişkileri, iş gücü kayıpları, çocuk istismarı, çocuğa ilgisizlik gibi pek çok sorun yaşayabilmektedir (9). Kişinin yaşadığı bir travma,

tehdit, ailesel-ilişkisel sorunlar, sağlık problemleri ve ekonomik sorunlar gibi önemli stresörlere karşı uyum sağlama süreci ve baş etme yeteneği olarak görülen psikolojik dayanıklılık ise anksiyete ve depresyon gibi yaşanan ruhsal bozukluk durumlarında azaltmaktadır (10,11).

Tedavi edilebilir sorunlar olan depresyon ve anksiyete, yeti yitimi ve sağlık algısındaki bozulmalara neden olmakta ve kişilerin yaşam kalitesini düşürmektedir (12). Erken tanı ve tedavi; hem çocuğun gelişiminin olumsuz yönde etkilenmesini hem de annelerin depresyon ve anksiyete şiddetinin artması sonucu kendisine ve çevresindekilere zarar vermesini önlerken psikolojik dayanıklılıklarının güçlenmesini sağlamaktadır (9).

Toplumdaki bu annelerin erken dönemlerde tanınıp tedaviye yönlendirilmesi önem arz etmektedir. Hasta, hasta yakınları ve ailelerle en çok vakti geçiren, onlarla birebir ilgilenen, hasta ve yakınlarının tüm ihtiyaç ve sıkıntılarını en kolay paylaşabildiği sağlık çalışanı olan hemşirelere özellikle de aile ve hastayı daha yakından izleme ve değerlendirme fırsatı olan psikiyatri hemşirelerine bu konuda önemli görevler düşmektedir. Bu anlamda psikiyatri hemşireleri eğitici ve danışmanlık rollerini kullanarak özellikle annelerdeki anksiyete ve depresyon belirtilerinin erken dönemde fark edilmesi, azaltılması ve aile ilişkilerinin güçlenmesi konusunda anneye ve aileye destek sağlamalı, annelerin, çocuklarının olumsuz davranışları karşısında çaresizlik yaşamalarının azaltılması, zamanında uygun geribildirim verebilme becerilerinin artırılması konusunda destek sağlanmalı, annelerin uygun baş etme becerilerini kullanmaları ve kendilerinin farkında olmaları konusunda cesaretlendirilmeli annelere yol gösterici olmalı, yaşam doyumu ve psikolojik dayanıklılığı artırma konusunda bilgilendirmeler yaparak aile dinamiklerinin güçlenmesine katkı sağlamalıdır. Sağlıklı anneler sağlıklı çocuklar yetiştirecek, sağlıklı nesillerde sağlıklı bir toplumun temeli olacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; ‘Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin belirlenmesi’dir.

22. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun tanımı

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB; Attention deficit hyperactivity disorder; ADHD); erken çocukluk döneminde başlayıp erişkinlik döneminde de devam edebilen, kişinin yaşı ve beklenen gelişim düzeyi ile uyumsuz düzeyde dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik temel belirtileri ile karakterize olan nörogelişimsel bir bozukluktur (13,14,15,16,17,18,19,20,21). Distraktibilite, impulsif davranışlar, aktivite üzerine yoğunlaşmada yetersizlik, motor aktivitede artma, dürtü kontrolünde zayıflık, yürütücü işlevlerin diğer bozuklukları gibi belirtilerle kendini gösteren; bir dizi farklı bilişsel ve davranışsal belirtilerinde eşlik ettiği nöropsikiyatrik bozukluklardan biri olan DEHB (22,23,24,25,26,27) sıklıkla çocukluk çağında görülen bir bozukluk olarak bilinmesine karşın ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde de görülebilmektedir (28,29,30,31,32). DEHB, çocuk psikiyatrisi alanında en sık görülen (16,20,33,34), en sık tanı konan, en çok tedavi edilen (35,36) ve çocukluk çağı psikiyatrik bozuklukları içinde en çok araştırma yapılan bozukluklardan da biridir (3,33,36). DEHB belirtileri benzer yaş ve gelişimsel düzeydeki bireylere kıyasla daha ağır, sürekli, şiddetli ya da sık yaşanmaktadır (37,38,39,40). Öğrenme güçlükleri, akademik başarısızlık, zayıf aile ve akran ilişkileri, öz saygı problemleri ve diğer kargaşa yaratan davranışlarla kendini gösteren önemli psikiyatrik, akademik ve sosyal sorunlara yol açabilen DEHB, ciddi bir toplum sağlığı sorunu olarak kabul edildiğinden tanı ve tedavisi gün geçtikçe önem kazanmakta; tedavi edilmediği takdirde çocuğun tüm alanlarını olumsuz etkileyebilmekte ve etkileri yaşam boyu sürebilmektedir(41,42,43).

2.1.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun tarihçesi

Çocukluk döneminin en sık görülen ruhsal bozukluklarından olan DEHB günümüze gelene kadar farklı isimlerle anılıp zaman içinde çeşitli kuramlarla açıklanmaya çalışılarak uzun bir tanısal süreç geçirmiştir (44,45). Başlangıçta “beyindeki bir hasar” sonucu oluştuğu düşünülen DEHB ilk olarak Alexander Crichton tarafından “mental restlessness” (Zihinsel Huzursuzluk) olarak adlandırılmış olup bozukluğun hiperaktivite ve dürtüsellik boyutu vurgulanmamıştır (45). Frankfurt'taki ilk akıl hastanesini kuran

Alman bilim adamı Henrch Hofmann (1846) DEHB tanısı alan çocukları anlattığı “Fidgety Philp” isimli kitabında bu çocukların davranışlarını, sosyal ve aile ilişkilerini ele almıştır (44,46). 18. yüzyılda İngiltere’de “kötü çocuklar” (bad children), 19. yüzyılın sonlarına doğru “çılgın aptallar” (mad idiots), “dürtüsel delilik” (impulsive insanity) ve “yetersiz engellenme” (defective inhibition) olarak adlandırılmışlardır (27,47). DEHB tıp literatürüne ilk olarak 1902 yılında Still tarafından “dikkat sürdürülmesinde eksiklik ve nörolojik anormallikler” tanımı ile girmiştir. Still; bu çocukları aşırı hareketli, dikkatlerini yoğunlaştırmakta zorlanan, öğrenme güçlükleri yaşayan, huzursuz ve davranım sorunları olan çocuklar olarak tanımlayarak “ahlaki kontrolün ileri düzeyde yetersizliği” olarak betimlemiştir (48). Birinci dünya savaşını izleyen yıllarda Amerika Birleşik Devletleri’nde ortaya çıkan influenza salgınında hayatta kalan çocuklarda sıklıkla ensafalit geliştiği ve salgından etkilenen kişilerde aşırı hareketlilik, koordinasyon bozukluğu, tekrarlayıcı hareketler (perseverasyon), öğrenme güçlüğü, dürtü denetim sorunları, agresyon, antisosyal davranışlar ve duygusal değişiklikler gibi DEHB belirtilerine benzer belirtiler görüldüğü saptanmıştır. Bu durum DEHB’nin beyindeki bir hasardan kaynaklanabileceğini düşündürmüş ve DEHB etiyolojisinin açıklanmasında organik nedenlere olan yönelimi arttırmıştır (44,45,46,48,49). 1922’de Hoffman tarafından “organik dürtüsellik” tanımı getirilmiştir. 1937’de Charles Bradley tarafından ilk psikostimulan denemeleri yapılmış ve amfetamin tedavisiyle belirtilerinde düzelme saptadığı hiperaktif çocukların bu durumu minimal beyin disfonksiyonu ya da hasarı olarak tanımlanmıştır (13). 1947 yılında İngiltere’de Strauss tarafından “Minimal Beyin Zedelenmesi Sendromu” olarak adlandırılmış (13,45), Clements ve Peters 1962 yılında, “minimal beyin hasarı” teriminin klinik karşılığını genel nörolojik bozukluklar, öğrenme güçlüğü ve çeşitli davranış semptomlarını da kapsayacak şekilde genişletmişler ve sonrasında “minimal beyin disfonksiyonu” terimini kullanmaya başlamışlardır (48). Still 1960’larda Harticollis ise 1968’de DEHB’nin erişkin dönemde sürebileceğine ilişkin çalışmalar yapmışlardır (45). DEHB, 1983’de temel olarak dikkat eksikliği, 1992’de zayıf engelleyici süreç gibi kavramlarla tanımlanmış, en son olarak 1993 yılında, “ters ve gecikmiş engellenme” (aversive delayed inhibition) kavramı ileri sürülmüştür (45,50). Tanı ile ilgili geçerli ve güvenilir sınıflandırma çalışmaları ilk olarak 1968 yılında Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı- II (DSM-II) ile başlamış ve bozukluk DSM-II sınıflandırma sisteminde “çocukluktaki hiperkinetik sendrom” veya “hiperkinetik reaksiyon” olarak

tanımlanmıştır (44,50). Bir sonraki baskı olan DSM-III'de (1980), hiperaktivite olan veya olmayan dikkat eksikliği bozukluğu (DEB) şeklinde iki alt gruba ayrılarak "hiperaktivitenin eşlik ettiği dikkat eksikliği" ve "hiperaktivitenin eşlik etmediği dikkat eksikliği" olarak sınıflandırılmıştır (44,46,50,51). 1987 yılında DSM-III-R'de adı "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu" (DEHB) olarak değiştirilmiş ve 14 belirti sıralanarak tanı için 8 belirtinin olması şartına bağlanmıştır (46,50). DSM-IV'te (1994) bozukluğun adı değiştirilmemiş fakat bozukluk Yıkıcı Davranım Bozuklukları başlığı altına alınarak DSM-III-R'ye ek önemli açıklamalar yapılmıştır. Dikkat eksikliği tipi (DEHB-DE), Hiperaktif Tip DEHB-HA) ve Bileşik alt tip (DEHBB) olmak üzere 3 alt tip ve 18 belirti tanımlanarak belirtilerin en az 6 aydır devam ediyor olması ve yaşa uygun normların dışında olması gerektiği vurgulanmıştır (14,44,50,51). DSM-IV 'e göre DEHB olarak adlandırılan bu bozukluk ICD-10'da (International Classification of Diseases- Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması,1992) hiperkinetik bozukluklar olarak tanımlanmıştır (48). DSM-IV-TR ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sınıflaması olan ICD-10'da çocukluk dönemi psikiyatrik bozuklukları başlığı altında incelenmektedir (44,52). DSM-V'te ise beyin gelişimi ile ilişkili bir bozukluk olduğunu göstermek için "Nörogelişimsel Bozukluklar" sınıfı içine alınmıştır (53).

2.1.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun epidemiyolojisi

DEHB erken çocukluktan erişkinliğe kadar uzayabilen, prevalansı yüksek olan tedavi edilebilir bir nöropsikiyatrik bir bozukluktur (30,34,46,54,55). Yapılan epidemiyolojik çalışmalar DEHB'nin çocukluk çağı psikiyatrik hastalıkları içerisinde en yaygın bozukluklardan biri olduğunu göstermektedir (44,45,56). Çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları bölümüne başvuran bireylerin DEHB tanısı alma oranları dünyada ve ülkemizde ilk sırada yer aldığı bildirilmektedir (15,57,58). DEHB sıklığı tüm dünya genelinde benzer dağılım göstermekte ve dünya genelindeki çocukların %5-12'sini etkilediği çalışmalarca desteklenmektedir (41). DEHB'nin sıklığı Amerika Birleşik Devlet'lerinde (ABD) %20 gibi yüksek oranlarda bildirilirken, Avrupa'da bu oran %1-2'ye düşmektedir (22). Ülkemizde yapılan bir çalışmada %5-8,1 olduğu belirtilmiştir (59). DEHB prevalans çalışmalarında ise bu oran %2-12,7 olarak saptanmıştır (54). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin verilerine göre, okul çağı çocuklarında DEHB'nin görülme sıklığı, %3-7 oranında olduğu belirtilmiş, tüm dünya için ise okul çağı çocuklarındaki yaygınlığı %5,29 olarak bildirilmiştir (31,54,60). Ülkemizde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda ise DEHB'nin en sık okul çağı çocuklarında

görüldüğü, bu oranın okul çağı çocukları için %3-7 olduğu görülmektedir (29,31,61). DEHB hakkında yapılmış çeşitli araştırmalarda ise okul çağı çocuklarında sıklığın %1 ile %20'ler arasında değişiklik gösterdiği belirtilmiştir (13,39). Malatya'da DEHB'nin okul çağı çocuklarında sıklığını araştırmak için 3002 ilkokul öğrencisinin öğretmenleriyle yapılan bir çalışmada, DEHB'li çocuk oranı %9,5 olarak belirlenmiştir (38). İstanbul'da ilkokul çocuklarından oluşan örnekleme DEHB oranı %5; Bursa ilinde %8,6 olarak saptanmıştır (44). İstatistiksel veriler incelendiğinde DEHB'nin hem klinik hem de toplum örneklemlerinde erkek çocuklarda kız çocuklarına oranla 3 ila 5 kat daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir (13,22,26,59,61). Ruh sağlığı merkezleri bazlı yapılan çalışmalarda erkek/kız oranları 3-5/1 ile 9/1 arasında farklılaşan oranlarda bildirilirken (59,61), toplum çalışmalarında 1,8/1 ile 2,75/1 olduğu saptanmıştır (59). DEHB'nin cinsiyet bazında sıklığı ile ilgili eşitsiz bir oranın görüldüğü de öne sürülmektedir (22,35). DEHB'nin kız çocuklarda sıklıkla dikkat eksikliği, bilişsel zorluklar, depresyon ve kaygı bozuklukları gibi belirtilerle kendini gösterdiği, hiperaktivite, dürtüsellik gibi dışa vurulan davranışların ise daha nadir görüldüğü bu durumun hem tanının belirlenmesini güçleştirdiği hem de ebeveynlerin gözünden kaçarak ihmal edildiği belirtilmektedir. Bu sebeple kız çocukların kliniklere başvurularının daha az oranda olduğu belirtilirken, bu tablonun erkek çocuklarda DEHB belirtilerine yıkıcı davranış bozukluklarının eşlik etmesi nedeniyle kliniklere başvuruların daha fazla olduğu ve bu sebeplerin cinsiyetler arasında DEHB görülme sıklığı açısından fark yarattığı düşünülmektedir (13,41,52). DEHB alt tiplerinin sıklığıyla ilgili yapılan çalışmalarda hiperaktif ve bileşik alt tiplerinin dikkat eksikliği alt tipine göre daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir (59). DEHB'nin alt tiplerinin incelendiği DEHB tanılı 401 çocukla gerçekleştirilen bir araştırmada, DEHB alt tiplerinin yaş ve cinsiyete göre farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. Erkek çocuklarında birleşik tip %77,5, aşırı hareketliliğin önde olduğu tip %18,8 ve dikkat eksikliğinin önde olduğu tip %10,6 ve dikkat eksikliğinin önde olduğu tip ise %9,6 olarak bildirilmiştir. Birleşik tip için cinsiyetler arasında önemli bir fark bulunmazken, dikkat eksikliğinin önde olduğu tipin kızlarda, aşırı hareketliliğin önde olduğu tipin ise erkeklerde daha yaygın olarak gözlemlendiği belirlenmiştir (20,61). Yapılan bir çalışmada DEHB'nin gelişim dönemlerine göre görülme sıklığı, okul öncesi dönemde (4-6 yaş) %3, okul çağı çocuklarında (6-13 yaş) %3-7 ve ergenlikte (14-20 yaş) %6 olarak bildirilmektedir (22). Yapılan uzun dönem izlem çalışmalarıyla çocukluk döneminde görülen DEHB olgularının %50-70 oranında genç erişkinliğe kadar devam ettiği belirlenmiştir

belirlenmiştir (1,37,44). DEHB'nin dünya çapında görülme sıklığı yetişkinlerde %4 olarak belirtilmiştir (37,44,62). Ülkemizde DEHB olan çocuklarla ilgili yapılmış birçok çalışma olmasına rağmen yapılan çalışmalar DEHB yaygınlığının belirlenmesi açısından yeterli değildir ve yaygınlığı belirleyecek geniş ölçekli çalışmalar bulunmamaktadır (6,38,48). DEHB'nin sıklığı ile ilgili araştırma bulguları, özellikle olguların tanımlanmasına bağlı olarak farklılıklar göstermektedir, araştırmalarda farklı yöntem ve tanı koyma ölçütlerinin kullanılması kesin bir görüş birliği oluşmasını engellemiştir (13,63).

2.1.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun etiyolojisi

Heterojen bir bozukluk olan DEHB'nin etiyolojisi hakkında çok sayıda araştırma yapılmasına rağmen nedeni henüz kesin olarak belirlenememiştir (13,23,64,65). Tek nedene dayandırılmayan DEHB'nin farklı etkenlerin ortak semptomatolojisi olduğu düşünülmektedir (66). Etiyolojisinde genetik, çevresel, psikososyal, biyolojik olmak üzere farklı etmenler rol alabilmektedir (36,65,66).

2.1.4.1. Biyolojik etkenler

Genetik miras, bireyin gelecekte hastalıklara yakalanma konusunda ne kadar risk taşıdığı konusunda önemli bilgiler verebilmektedir. Yapılan genetik çalışmaları aile, ikiz, evlat edinme araştırmalarını içermektedir (45). DEHB için genetik geçişin önem teşkil ettiği, %55-92 oranında etkili olduğu, kimi araştırmacılara göre ise %80-90 oranında etkili olduğu bildirilmektedir (4). Değerlendirilen DEHB'li olguların %55'inde ailesel öykü bulunması bu çalışmaları desteklemektedir (52). DEHB tanılı çocukların birinci derece akrabalarında DEHB olma riskinin 2 ile 8 kat daha fazla olduğu yapılan aile çalışmalarınca bildirilmektedir (42,45,67). Tek ebeveynde DEHB tanısı olma durumu çocuklardaki hastalanma riskini %20-54 oranında etkilerken her iki ebeveynde de bozukluğun görülmesi bu riski %57'lere çıkarabilmektedir (16,36). Ebeveynlerinde DEHB tanısı karşılama durumlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiği düşünülmektedir. DEHB tanısı alan çocukların annelerinin DEHB olma oranı %15-20, babanın DEHB tanılı olma oranı %25-30 olarak saptanmıştır (2,1316). DEHB tanılı olguların yakın akrabalarında DEHB görülme riski %10-35 arasında olduğu, kardeşlerinde ise bu riskin %32 civarında seyrettiği belirtilmiştir (2,61). İkizler üzerinde yapılan çalışmalarda DEHB oluşumunda genetik geçişin önemini güçlendirmektedir. Monozigotlarda DEHB konkondans %50-84, dizigotlarda ise %30-40 olarak

bulunmuştur (4,61). Konkordansın monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre daha yüksek olması, kardeşlerin genel topluma göre bozukluğa yakalanma riskinin daha yüksek olması, DEHB olan çocukların ebeveynlerinde DEHB olma riskinin 2-8 kat artması genetik etkenlerin önemini güçlendirmektedir (36,44,45,50).

Evlat edinme çalışmalarında evlat edinilmiş çocukların biyolojik ailelerinde biyolojik olmayan ailelerine göre daha yüksek oranda DEHB görüldüğü bildirilmektedir (4,38). Biyolojik ebeveynler hastalık risklerini çocuklarına hem çevresel hem de biyolojik yollarla aktarabilirken, evlat edindikleri çocuklara sadece çevresel yolla aktarabilmektedirler. Yapılan çalışmalara göre çocukların biyolojik ebeveynlerinde evlat edinen ebeveynlere göre 3 kat fazla oranda DEHB görüldüğü saptanmıştır (2,36,59).

DEHB’de birçok genin birbirleri ve çevreyle etkileşiminin etkili olduğu düşünülmektedir. Genetik çalışmalarda D2, D3, D4, D5 reseptörleri ve dopamin taşıyıcıları (DAT), dopaminin yıkımında rol oynayan enzimler (COMT: Katekol-O-Metiltransferaz, MAO-A: Monoamino Oksidaz A) dopamin sistemiyle alakalı genlerin DEHB ile ilgili olduğu belirtilmiştir. Üzerinde en fazla durulan ve etkileri yüksek olduğu görülen genler DRD4 (D4) ve DAT1 genleridir (4,13,61,68).

DEHB’nin beyin hasarı ve beyindeki gelişim sorunlarından kaynaklandığı da düşünülmektedir. Yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında, DEHB olan kişilerin frontal bölge glukoz kullanımında düşüklük olduğu belirtilmiştir. SPECT (Tek Foton Yayılım Bilgisayarlı Tomografi) çalışmaları da frontal bölgede kanlanma azlığının olduğunu göstermiştir (2,70). DEHB tanısı almış çocuk, ergen ve yetişkinlerde orbitofrontal korteks, bazal ganglionlar, korpus kallozumun bazı bölümleri ve serebellumda küçülme ve işlevsellikte azalma gibi yapısal ve işlevsel beyin anormallikleri saptanmıştır. Ayrıca bu hastaların toplam beyin hacmi de azalmıştır. Bu beyin görüntüleme çalışmaları sonucunda elde edilen bulgular DEHB’nin fronto-subkortikal ve serebellar devrelerdeki bozukluğa bağlı olabileceği yönünde yorumlanmıştır (16,29,68).

Nörobiyolojisi konusunda kısıtlı bilgiler bulunan DEHB oluşumunda tedavide kullanılan ilaçların etkinliği ile ilgili gözlemlerden yola çıkarak dopamin, noradrenalin ve epinefrin gibi önemli nörotransmitterlerin DEHB oluşumunda rol aldığı

düşünülmektedir. Kullanılan bu ilaçlar bu transmitterleri yükseltmesi bu nörotransmitterlerde azalma olduğunu düşündürmektedir (4,44,50).

2.4.1.2. Çevresel ve psikososyal etkenler

Diğer çevresel ve psikososyal etkenler DEHB'nin ortaya çıkışında temel etken olmaktan çok bozukluğun açığa çıkışını hazırlayıcı etkiler göstermektedirler (45,70). Zorlayıcı yaşam koşulları, parçalanmış ailede yetişme, olumsuz ebeveyn tutumları, evlilik uyuşmazlıkları, anne babada kronik psikiyatrik bozukluğun varlığı, aile içi çatışmaların olması, koruyu aile yanına yerleştirilme, aile içinde yaşa dışı davranışlarda bulunan bireyler olması, anne babada zihinsel bozukluk varlığı, annenin psikopatolojisinin olması, evlat edinilmiş olma çatışmalı anne- çocuk ilişkisi, tek ya da ilk çocuk olma, erken yaşta yaşanan kayıpları, ebeveynlerden ayrı büyüme, düşük sosyoekonomik düzey, geniş aile yapısı, annenin gebelikte sigara-alkol kullanımı, annenin gebelik boyunca kuşun gibi ağır maddelere maruz kalması, gebelikte geçirilen rahatsızlıklar, doğum komplikasyonları (gebelik toksemisi, eklampsi, sağlıklı anne, doğum komplikasyonları, prematürite, doğum eyleminin uzaması, fetal distres), düşük doğum ağırlığı, çocuğun anne sütü alma süresinin az olması, frajil X sendromu, fetal alkol sendromu, viral ensefalitler, kafa travmaları, beyin tümörleri, menenjit, toksinler (kurşun ve çeşitli besin katkı maddeleri), şeker zehirlenmesi, vitamin eksikliği, omega-3 eksikliği gibi nedenler DEHB gelişim riskinin arttırmakla beraber prognozun kötüleşmesinin yanında DEHB ve DEHB ile ilişkili eş hastalanmanın etiolojisinde rol oynayabilmektedir (3,13,38,64,70,71).

2.1.5. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun tanı kriterleri

Klinisyenler tarafından ebeveyn ve çocukla yapılan görüşmeler, öğretmen değerlendirmeleri, klinik gözlem, davranış değerlendirme ölçekleri ve DSM kriterlerine göre konulan DEHB tanısını kesinleştirmeye yönelik bir laboratuvar ya da özgün bir tanı testi ya da herhangi bir fizik muayene bulgusu bulunmamaktadır (61). Belirtileri erken yaşlarda kendini göstermeye başlasa da tanı okul döneminde daha rahat konulmaktadır (29,48,53,72).

DSM-V 'e göre tanı kriterleri:

- A. Aşağıdakilerden (1) ve /ya da (2) ile belirti, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süre giden bir dikkatsizlik ve/ya da aşırı hareketlilik- dürtüsellik örüntüsü:
1. Dikkatsizlik: gelişimsel düzeye uygun olmayan, toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki, altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir. Not: Belirtiler yalnızca karşıt olmanın, karşıt gelmenin, düşmancıl tutumun ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.
 - a) Çoğu kez ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında (derslerde), işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar (Örn. Ayrıntıları gözden geçirir ya da atlar, yaptığı iş yanlışır).
 - b) Çoğu kez iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker (Örn. Ders dinlerken, konuşmalar ya da uzun bir okuma sırasında odaklanmakta güçlük çeker).
 - c) Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür (Örn. dikkatini dağıtacak açık bir dış uyaran olmasa bile, aklı başka yerde gibi görünür).
 - d) Çoğu kez, verilen yönergeleri izleyemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz (Örn. İşe başlar ancak hızlı bir şekilde odağını yitirir ve dikkati dağılır).
 - e) Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker (Örn. Ardışık işleri yönetmekte güçlük çeker; kullandığı gereçleri ve kişisel eşyaları düzenli tutmakta güçlük çeker; dağınık ve düzensiz çalışır; zaman yönetimi kötüdür; zaman sınırlamalarına uyamaz).
 - f) Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez (Örn. Okulda verilen görevler ya da ödevler; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları gözden geçirmek).
 - g) Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesnelere kaybeder (Örn. Okul gereçleri, kalemler, kitaplar, gündelik araçlar cüzdanlar, anahtarlar, yazılar, gözlükler, cep telefonları).

- h) Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, ilgisiz düşünceleri kapsayabilir)
- i) Çoğu kez, günlük etkinliklerde untkandır (Örn. Sıradan günlük işleri yaparken, getir götür işleri yaparken; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, telefonda aramalarda geri dönmede, faturaları ödemedede, randevularına uyakta).
2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı ay sürmektedir:
- Not: bu belirtiler, yalnızca karşıt olmanın, karşıt gelenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.
- a) Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrılır.
- b) Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda, oturduğu yerden kalkar (örn. Sınıfta, ofiste ya da işyerinde ya da yerinde durması gereken diğer durumlarda yerinden kalkar).
- c) Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur, durur ya da bir yerlere tırmanır (Not: Yaşı ileri gençlerde ve yetişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlıdır).
- d) Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz biçimde oyun oynayamaz.
- e) Çoğu kez, her an “hareket halindedir”, “motor takılmış gibi” davranır (Örn. Restoranlar, toplantılar gibi yerlerde uzun süre, sessiz sakin duramaz ya da böyle durmaktan rahatsız olur; başkalarının, yerinde duramayan ya da izlemekte gülük ekilen kişiler olarak görünürler).
- f) Çoğu kez, aşırı konuşurlar.
- g) Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtı yapıştırır (Örn. İnsanların cümlelerini tamamlar; konuşma sırasında sırasını bekleyemez).
- h) Çoğu kez, sırasını bekleyemez (Örn. kuyrukta beklerken).
- i) Çoğu kez, başkalarının sözünü kese ya da araya girer (Örn. Konuşmaların, oyunların ya da etkinliklerin arasına girer; sormadan ya da izin almadan başka insanların eşyalarını kullanmaya başlayabilir; yaşı ileri gençlerde ve

erişkinlerde, başkalarının yaptığıının arasına girer ve birden kendisi yapmaya başlar).

- B. Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtileri yaş öncesinde de mevcuttur.
- C. Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır (Örn. Ev, okul ya da işyeri; arkadaşları ya da akrabaları ile ve diğer etkinlikleri sırasında).
- D. Bu belirtilerin, toplumsal okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğunda ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.
- E. Bu belirtiler, yalnızca şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozukluklara özgü değildir. Örn; Duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, disosyatif bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde eksikliği ya da yoksunluğu olup olmadığını belirtiniz:
 1. **Birleşik görünüm:** Son 6 ay içinde, hem A1(dikkatsizlik), hem de A2(aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır.
 2. **Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm:** Son 6 ay içinde, A1(dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2(aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.
 3. **Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm:** Son 6 ay içinde, A2(aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1(dikkatsizlik) karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz: Tam olmayan remisyon.

O sıradaki şiddetini belirtiniz: Hafif, orta, ağır.

2.1.6. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun tedavisi

1950'li yıllardan bu yana DEHB tedavisinde ilaçların önemli bir yeri olduğu bilinmektedir. Çocuğunun tüm alanlarını etkileyen bir bozukluk olması sebebiyle erken tanı ve tedavisi büyük önem arz etmektedir (48,73). DEHB'nin ilaç tedavisinde MSS stimülanları (metilfenidat, dekstroamfetamin, pemolin), trisiklik antidepresanlar, antipsikotikler, anksiyolitikler, antikonvülzanlar, lityum, klonidin ve guanfasin gibi ilaçlar kullanılmaktadır (13,46,73). DEHB'de ilaç tedavisinde en sık kullanılan ve en etkili olduğu bilinen ilaç grubu psikositümülanlardır. Türkiye'de en sık kullanılan psikositümülan olan Metilfenidat'ın (MPH) %75 oranında başarı gösterdiği

bildirilmektedir (48,61). Hızlı ve yavaş salınımlı tablet olarak iki formu bulunan Metilfenidat'ın (Ritalin) okul çağı çocuklarında dikkat eksiliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri üzerinde olumlu etkileri olduğu kanıtlanmıştır (74,74). Sersemlik, iştah azalması, kilo kaybı, baş ağrısı, mide ağrısı, uykusuzluk gibi yan etkilerinin olması hem de bu ilaçların kırmızı reçete ile satılması aileleri ilaç kullanımı konusunda tedirgin edebilmektedir (73). DEHB tedavisinde FDA (Food and Drug Administration) tarafından onaylanan ilk stimülan dışı ilaç Atomoksetin'dir. Seçici noradrenalin geri alım inhibitörü olan Atomoksetin etki süresinin daha uzun olması, uykusuzluk yan etkisinin az olması, tikleri artırmaması, depresyon ve kaygı bozukluğu gibi komorbid tanı varlığında da olumlu etkiler göstermesi gibi avantajlarından dolayı DEHB tedavisinde kullanımı uygun bulunmuştur (74,75). İmipramin de DEHB tedavisinde kullanılan bir trisiklik antidepresandır. Aritmi riski olması aralıklarla EKG izlemine gerektirmektedir (50,74,75). Bupropion ve Venlafaksin de antidepresanlar içinde DEHB tedavisi için umut vermektedirler (50,75). Sertralin ve fluoksetin gibi seçici serotonin geri alım inhibitörleri, klonidin ve guanfazin gibi alfa 2 agonistler de DEHB tedavisinde kullanılmaktadır (50,74,75). DEHB tedavisinde antihipertansif ilaç grubu olan β blokörlerde kullanılmaktadır (72,75).

Her çocuğun tedaviye verdiği yanıt oranı farklıdır. Tek başına ilaç kullanmak yeterli olmayabilir bu nedenle ilaç tedavisinin yanında tedaviye terapi ve eğitimlerin eklenmesi tedavinin etkinliğinin artması açısından olumlu etkiler yaratmaktadır (72). DEHB'de etkin bir tedavi; aile danışmanlığı, bireysel terapiler, edimsel koşullanma yöntemleri, vitamin tedavileri, diyet ve ilaçla tedaviyi de içine alan bir kombinasyondan oluşmalıdır (13,61,64,72,75). DEHB tedavisinde aile ve davranış terapilerinin yanında çocuk ve ailesinin DEHB'e eşlik eden anksiyete, depresyon, öfke, hırçınlık, öğrenme sorunları vb. sorunlarla da baş edilmesi açısından ilaç tedavisine ek olarak bireysel terapilerde yapılmalıdır (64). Psikososyal yaklaşımlar ulaşılabilirlikleri, maliyetleri ve uzun zaman almaları sebebi ile çok tercih edilmese de tedavide yalnızca ilaç tedavisiyle semptomlara yönelmek yeterli değildir, psikososyal yaklaşımlarla bireylerin hayatlarında olumlu gelişmeler sağlanmalı ve aileler bu konuda bilinçlendirilmelidir (54,75).

2.2. Anksiyete

2.2.1. Anksiyetenin tanımı

Anksiyete bozuklukları psikiyatrik tanılar arasında en sık konan tanılardır ve önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (7). Evrensel bir duygu olan anksiyete, kaynağı kişi tarafından açıklanamayan, içsel kaynaklı, korku, kaygı, kötü bir şey olacakmış hissi ile yaşanır. Bireyin kendini güvensiz hissettiği durumlarda, yaşamını tehdit eden ya da benlik bütünlüğüne tehdit gibi algılanan durumlarda hissettiği gerilim, verdiği doğal bir tepki ve bir çeşit alarm duygusudur (7,76,77,78). Her birey yaşamının belirli bir döneminde otonomik sinir sisteminin hiperaktivitesine bağlı olarak somatik belirtilerle kendini gösteren, tanılanması zor endişe ve korku duygusu olan anksiyeteyi yaşayabilmektedir (79-83). Çok hafif tedirginlik ve gerginlik duygusundan panik derecesine varana kadar değişik yoğunluklarda hissedilebilen anksiyete, hafif ve orta dereceli yaşandığında bireyin gelişmesini, olgunlaşmasını ve bir amaca doğru çaba göstermesini sağlarken, şiddetli düzeyde yaşanması bireyin duygu durumunun ve ruhsal yaşantısının bozulup patalojikleşerek kişinin panik yaşamasına yol açabilmektedir (78,81). Genellikle korku ile karıştırılıp birbirleri yerine kullanılmalarına rağmen aynı anlamı taşımamaktadırlar. Korku; bilinen gerçek ve spesifik bir dış tehlikeye karşı ortaya çıkan fiziksel ve duygusal yanıtken, anksiyete kaynağı belirli ya da spesifik olmayan bir tehlike beklentisi ile bilinçli ya da bilinçsiz olarak algılanan korkuyla iç içe olan bir duygudur. Aralarındaki önemli bir fark ise korkunun akut, anksiyetenin ise daha çok kronik olmasıdır. İkisi de içsel ya da dışsal nedenli bir tehlikeye karşı cevaptır (7,47,77,78,84).

2.2.2. Anksiyetenin tarihçesi

Anksiyetede yaşanan belirtiler çok eski zamanlardan beri birçok psikiyatrist, psikolog ve yazarın dikkatini çekmiş ve çeşitli tıbbi ya da toplumsal yazılarda söz edilmiştir (85). Anksiyete 17. yüzyılda dilbilimciler tarafından paroksizmal olarak ortaya çıkan şiddetli huzursuzluk, tedirginlik, yerinde duramama ve endişe gibi durumlarda kullanılmıştır. Aynı durumlar için, aralarında bazı anlam farklılıkları olsa da Fransızlar Angoisse, Almanlar Angst ve İspanyollar Angustia terimlerini kullanmışlardır (85). Önceki dönemlerde sadece kardiyovasküler sistem üzerine odaklanılarak, fizyolojik belirtiler ele alınmıştır. Klinisyenler bu belirtileri tanımlamak için” kardiyak nevroz, Do Costa Sendromu, irritabl kalp, gergin taşikardi, nörosirkülatuar asteni, asker albi, vazomotor

nevroz ve vazoregulator steni” gibi farklı terimler kullanmışlardır (8). 1800’lü yıllara gelene dek anksiyetenin fiziksel belirtilerinin kalp, gastrointestinal sistem veya merkezi sinir sistemi gibi organ ya da sistemlerin hastalıkları olduğu, ruhsal belirtilerinin ise melankolik durumlardan kaynaklandığı düşünülmüştür (85). 19.-20. yüzyıllara kadar hekimler tarafından ayrı bir şekilde var olan bir durum olarak değerlendirilmiştir. İlk olarak 1894’te Freud, anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtilerini birlikte ele alarak “anksiyete nevrozu”nu tanımlamış ve anksiyeteyi nevrasteniden ayırmıştır (8,85). Son yıllarda yapılan ilaç denemeleri ve nörobiyolojik çalışmalarla önceden ruhsal kökenli olduğu düşünülen anksiyetenin etiyolojisinde biyolojik bir bozukluk olduğu düşünölmeye başlanmış ve bu alanda yapılan çalışmalar arttırılmıştır (76). Tüm bu yeniliklere rağmen anksiyetede farklı klinik tabloların ayrı birer hastalık olarak sınıflandırmalarda yer alması DSM-III (1980) ile gerçekleşebilmiştir (81,85,86).

2.2.3. Anksiyetenin epidemiyolojisi

Bütün ruhsal bozukluklar arasında en yaygın bozukluklardan biri olan anksiyete bozuklukları önemli fonksiyonel bozukluk ve sıkıntıyla sonuçlanabilmektedir. Yaygınlığı konusundaki istatistikler geniş ölçüde değişmektedir. Oranlar yapılan çalışmalara göre değişse de cinsiyet bazında anksiyete bozukluklarının kadınlarda erkeklerden iki kat daha yaygın olduğu kabul edilmektedir (8). Anksiyete bozuklukları fiziksel hastalıklara da eşlik edebilmektedir. Yapılan çalışmalar hastaneye yatan ya da ayaktan tedavi gören hastalardaki anksiyete bozukluğu ya da anksiyete bulgularının yaygınlık oranının %10-70 olduğunu göstermektedir (81,82). Anksiyete bozukluklarının tüm popülasyondaki prevalans oranları; yaygın anksiyete bozukluğu için %3, panik bozukluk için %5, sosyal anksiyete bozukluğu için %13, fobiler için %25 ve OKB için %2-3 olarak saptanmıştır (8,79). Yakın zamanda sıklığın tüm ruhsal bozukluklar için %29,5, anksiyete bozuklukları %17,2, yaygın anksiyete bozuklukları %11,3, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı ise %11,3 olarak saptanmıştır. Yaygınlığı belirleyen bu oranlar anksiyete bozukluklarının tüm ruhsal bozukluklar içinde önemli bir yere sahip olduğunu göstermektedir (84).

2.2.4. Anksiyete nedenleri

Anksiyeteye neden olan psikososyal nedenler; değişim, başarı/başarısızlık, kariyer değişiklikleri, yeni iş, terfi, işsizlik, iflas, ekonomik sorunlar, taşınma, yer değiştirme, göç, kültürel tutumlar, taciz, tecavüz, hastalık, hastaneye yatma, ölüm, duygusal kayıplar, sevilen birinin kaybı, ayrılık, boşanma, gebelik, ebeveyn olma gibi durumlar anksiyete yaratabilmektedir (7,77).

Anksiyeteye neden olan biyolojik nedenler; anksiyete bozukluklarında otonom sinir sisteminde sempatik etkinliği artmasıyla fizyolojik belirtilerin ortaya çıktığı düşünölmektedir. Lokus seruleus'un aşırı uyarımı periferik sempatik aktivasyon yanında panik bozukluğu, kabuslar, akut anksiyete ataklarına neden olmaktadır (84,87). İnhibe edici özellikte olan GABA anksiyete oluşumunda temel nörotransmitterdir. GABA (Gaba Amino Bütirik Asit) reseptörlerindeki anormalliğe bağlı olarak inhibisyonda görölen azalma ile anksiyetede ki artma arasında bağ kurulmaktadır (79,87). Anksiyete ile alakalı beyin bölgesi olarak bilinen limbik sistemin, beyin sapı ile korteks arasında dengeleyici ve düzenleyici görev yaptığı düşünölmektedir. Potansiyel tehlike işaretleri limbik sistem aracılığı ile kortekse ulaşmaktadır. Anksiyete durumlarında noradrenalin ve serotonin düzeylerinin arttığı düşünölmektedir. Dopamin, adenosin ve histamininde anksiyete oluşumunda rol aldığına dair kanıtlar bulunmaktadır (79). Anksiyete nedenleri ile ilgili varsayımlar;

- a. Kognitif varsayım; bu varsayım anksiyetenin sebebinin yaşanan olayın kişi tarafından nasıl algılandığına bağlı olduğunu savunur. Anksiyetenin olayların çarpıtılmış düşöncelerle algılanmasıyla ortaya çıktığı düşünölmektedir.
- b. Davranışçı varsayım; anksiyete, sosyal öğrenme yolu ile çevre, aile ve toplumdan model alınarak öğrenilmiştir ve koşullu uyaranlar koşulsuz tepkilere neden olmaktadır.
- c. Psikoanalitik varsayım; bu varsayıma göre anksiyete teorileri Freud'dan temel alır. Freud'a göre anksiyete, seksüel enerjinin bastırılması sonucunda oluşan memnuniyetsizlik durumudur. Anksiyete, iç çatışmaların bir ürünüdür. Çatışma; benlik (ego) ile altbenlik (id) veya benlik ile üstbenlik (süperego) arasında oluşabilmektedir. Altbenlikten doyum arayan dürtüler süperegonun gerçekleri tarafından engellenir. Ego bunlar arasındaki çatışmayı çözerek dürtüyü bastırırsa sorun çözölmür, bastıramaz ise bu durum tehlike olarak algılanır. Tüm bu süreçler

bilinç dışında yaşanır. Bilinç alanında ise anksiyete ortaya çıkar. Bastırma işe yaramazsa çatışmayla başa çıkabilmek için farklı savunma düzenekleri kullanılır ve kullanılan savunma düzeneğine göre farklı anksiyete bozukluklarının klinik tabloları gelişir (77).

2.2.5. Anksiyetenin belirti ve bulguları

Anksiyete belirtileri hafif dereceden panik derecesine varan değişik yoğunluklarda yaşanabilmektedir.

Fizyolojik değişiklikler;

- Taşikardi, çarpıntı, nefes almada güçlük, hiperventilasyon, hava açlığı, boğazda düğümlenme, boğulma hissi, göğüste sıkışma, kan basıncında yükselme,
- Ağızda kuruluk, yutkunmada güçlük, bulantı, kusma, karın ağrısı, iştah kaybı, midede boşluk duygusu,
- Diare, sık idrara çıkma, menstruasyon sorunları,
- Sıcak basması, terleme, tremor, ürperme, irkilme,
- Baş ağrısı, baş dönmesi,
- Uyku sorunları,
- Kas gerginliği, adele sertliği, kılların dikleşmesi,
- Göz bebeklerinde genişleme, görme bulanıklığı, cinsel isteksizlik,
- Bayılma, parestezi, motor huzursuzluk
- Yorgunluk, halsizlik, güçsüzlük belirtileridir.

Bilişsel değişiklikler;

- Dikkat ve yaratıcılıkta azalma,
- Karar verme güçlüğü,
- Çevreye karşı ilgi ve istek azlığı,
- Dikkat ve konsantrasyon bozukluğu, hatırlama güçlüğü, geçici unutkanlık,
- Öğrenme yeteneğinin bozulması,
- Yer, zaman, kişilerle ilgili yanılsamalar şeklinde kendini gösteren konfüzyon,
- Olayların anlamını değerlendirmede yanlışlıklar,
- Depersonalizasyon, derealizasyon gibi algı sorunları,

- Kontrolü yitirme kaygısı, fiziksel zarar görme endişesi gibi bilişsel belirtiler gözlenebilmektedir.

Psikolojik değişiklikler;

- Korku, sıkıntı, endişe, huzursuzluk, tedirginlik, kötü bir şey olacaktı hissi, güvensizlik, çaresizlik, sinirlilik, öfke, depresyon, sersemlik, gerginlik, kendini ve başkalarını eleştirme, kendini suçlama, kontrolünü kaybetme korkusu, alarm duygusu, panik, çıldırma ya da ölüm korkusu psikolojik belirtileri oluşturmaktadır (80,81,82,83,85,86).

2.2.6. DSM-5'e göre anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması

1. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
2. Seçici Mutizm
3. Panik Bozukluğu
4. Agorafobi
5. Özgül Fobi
6. Sosyal Anksiyete Bozukluğu
7. Yaygın Anksiyete Bozukluğu
8. Başka Belirlenmemiş Anksiyete Bozukluğu
9. Başka Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu
10. Madde veya İlaç ile Oluşan Anksiyete Bozuklukları (84).

2.2.7. Anksiyete tedavisi

Anksiyete tedavisinde öncelikle kişinin duygu durumu, ruhsal belirtileri, eşlik eden tıbbi durumları, kas ve otonom sinir sistemine ait belirtileri değerlendirilmeli ve bu veriler doğrultusunda bir tedavi planı hazırlanmalıdır. Tedavide asıl amaç, anksiyeteye neden olan altta yatan nedenlerin açığa kavuşturulup sağaltımının sağlanmasıdır (7,88). Tedavide farmakoterapi, psikoterapi, bilişsel davranışçı yaklaşımlar, fitoterapi gibi yöntemler kullanılmaktadır (87).

Farmakoterapi; bireyler anksiyete belirtilerini etkili bir şekilde hissedinceye kadar tedavide farmakolojik ajanlar düşük dozlarda kullanılır. Anksiyetenin farmakolojik tedavisinde; benzodiazepinler (alprazolam, klonazepam, lorezepam), trisiklik

antidepresanlar (klomipramin, imipramin, amitriptilin), seçici seratonin geri alım inhibitörleri (SSRI) (fluoxetine, sertralin, paroxetin), monoaminoksidaz inhibitörleri (MAOI), beta-blokerler (propranolol, oksprenolol), antihistaminikler (hidroksizin), azaspiyon (buspiron) kullanılmaktadır (79). Farmakolojik tedavide ilk seçenek olarak SSRI'lar tercih edilmelidir. Seçilen SSRI'dan yanıt alınamazsa farklı bir SNRI ya da trisiklik antidepresanlara geçilmelidir (79,87). Tüm benzodiazepinler bağımlılık yapabilir, birden kesildiklerinde irritabilite, anksiyete, uykusuzluk gibi belirtilere neden olabilir. Kullanımları sırasında dikkatli olunmalıdır. Antidepresan tedavisinin etkinliğini doğru olarak değerlendirebilmek için, dozun yavaş yavaş artırılıp uygun doza çıkıldıktan sonra, kullanıma 8-12 hafta devam edilmesi gerekmektedir (79,82,85,86).

Psikoterapi; kişinin uyumunu bozan davranışlarını yeniden düzenlemek, daha iyi başa çıkma mekanizmaları edinmelerine yardımcı olmak, kişide içgörü geliştirmek, anksiyete semptomlarını ortadan kaldırmak, kişiye yeni beceriler kazandırmak amacıyla uygulanan etkili bir psikiyatrik tedavi yöntemidir (79,89). Anksiyete tedavisinde farmakolojik ajanlarla psikoterapi ve bilişsel davranışçı yaklaşımların birlikte kullanılmasının tedavinin etkinliğini artırdığı bildirilmektedir. İyileşme genellikle iki üç hafta kadar kısa bir sürede fark edilir (87).

Bilişsel davranış terapisi (BDT); anksiyete bozukluklarında sıklıkla kullanılan bir tedavi yöntemidir. Dünyayı ve kendimizi değerlendirmede kullandığımız negatif kalıplar ve çarpıtmalara odaklanan BDT'nin, panik bozukluk, fobiler, sosyal anksiyete bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir. Bilişsel terapiler, anksiyeteye neden olan olumsuz düşünceler ve bilişleri incelerken, davranış terapisi anksiyete durumlarında kişilerin nasıl davrandıkları ve tepki verme biçimlerini incelemektedir. Anksiyeteyi azaltan bilişsel davranışçı stratejiler; gevşeme, dikkati başka yöne çekme, düşünme, biofeedback, sistematik duyarsızlaştırma, tepki önleme, göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) gibi yöntemleri içermektedir (79,86,87).

2.2.8. Anksiyeteye yönelik hemşirelik tanıları

Şiddetli ve panik düzeyinde anksiyete, korku, bireysel baş etme yetersizliği, kendine bakım yetersizliği, duyuşsal algısal değişiklik, beden imajında bozulma tanıları konulabilir (8, 79).

2.2.9. Anksiyeteye yönelik hemşirelik yaklaşımları

- Hemşire fiziksel varlığı ile bireye yalnız olmadığını hissettirerek güvenliği ve emniyetini sağlamalıdır.
- Çevresel uyaranlar azaltılıp “şimdi ve buradaya” yoğunlaştırılmalıdır.
- Bireyin yanında sessiz, sakin olunmalı; anksiyeteyi arttırıcı ışık, ses, eşya gibi uyaranlar azaltılmalıdır.
- Bireyin anksiyetesini tanımasına yardımcı olunmalıdır.
- Anksiyeteye yol açan nedenleri sözelleştirmesi ve konuşması açısından cesaretlendirilmelidir.
- Bireyin anksiyete düzeyi belirlenmeli, yanında bulunduğu bildirilerek destek olunmalıdır.
- Bireyin kullandığı başetme yöntemleri öğrenilmeli ve etkin olmayan başetme yöntemleri konusunda bilgilendirilmelidir.
- Etkin olmayan başetme yöntemleri yerine etkili olabilecek alternatif yöntemler birlikte araştırılmalıdır.
- Kendine güvenini ve benlik saygısını artırmak için güçlü yönleri ve yetenekleri konuşulmalı ve onları kullanması konusunda desteklenmelidir.
- Bireyin kendinde anksiyete yaratan durumları tanıyarak bireyin kendi farkındalığının arttırılması sağlanmalıdır.
- Bireyin anksiyetesini azaltmaya yollarını öğrenmesine yardım edilmeli; relaksasyon tekniklerinin öğretilmesi (derin solunum ve gevşeme egzersizleri, meditasyon, yönlendirmeli hayal ettirme), düşünceyi durdurma tekniği, atılganlık eğitimi gibi etkili başetme yöntemleri gibi bireyin kendine yararlı olacak kendine yardım becerileri öğretilmelidir.
- Başetme mekanizmaları ile uyum sağlamadığı ya da kronik anksiyetesi olduğu belirlenen bireyler psikiyatrik tedaviye sevk edilmelidir (8,77,79,87).

2.3. Depresyon

2.3.1. Depresyonun tanımı

Depresyon psikiyatrik bozukluklar içinde ilk tanımlanan bozukluklardan biridir ve günümüzde en sık tanı konulan duygudurum bozukluğudur (7,90,91). Literatürde net bir tanımı olmayan sözcük anlamı “çökkünlük, alçalma” olan depresyon, belirli bir düzeyden alçalmayı ifade etmekte olup anlık bir duygu hali, bir sendrom veya hastalık olarak karşımıza çıkabilmektedir (7,79,90,92,93). En geniş tanımıyla depresyon; derin üzüntülü bir duygulanım ile kişinin yaşama enerjisinin azalması, hayata karşı ilgisizlik ve isteksizlik, kendini değersiz ve çaresiz hissetme, tükenmişlik hissi, güçsüzlük, geçmişe yönelik pişmanlık, geleceğe yönelik ümitsizlik ve karamsarlık duygu ve düşüncelerini içeren ve bunun yanı sıra düşünme, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, dikkat ve konsantrasyonda bozulma, bazen ölüm düşüncesi, ölüm girişimleri ve ölümlle sonuçlanabilen, uyku, iştah gibi psikofizyolojik işlevlerde bozulma ve cinsel isteksizlik ve yorgunluk hissi ile kendini gösteren bir duygu durum bozukluğudur (76,79,93,94,95).

2.3.2. Depresyonun tarihçesi

Depresyon bilinen en eski psikiyatrik bozukluklardan biri olup hikayesinin insanlık tarihiyle başladığı bilinmektedir. Birçok antik kültürde, çok eski çağlardan beri bilinen depresyonun cin, peri gibi doğüstü güçlerden kaynaklandığına ve bu hastalığa sahip insanların şeytanlar tarafından ziyaret edildiğine inanılmıştır (91,76,79,96). Depresyonun en eski tanımları Hipokrat tarafından yapılmıştır. Hipokrat depresyonun ilahi nedenlerden çok doğal nedenlerden kaynaklandığına inanmıştır (96). Hipokrat bu durumu melankoli olarak tanımlamış ve insanların vücutlarında emosyonları ile ilgili dört sıvının olduğunu (kan, sarı safra, kara safra, lenf olarak) melankolinin ise kara safra ve lenf sıvısından kaynaklandığını ileri sürmüştür (76,96,97). Orta çağda ruhsal çökkünlüğü en iyi tanımlayanlardan biri İbni Sina olmuştur (76). Ruhsal çökkünlükle ilgili çağdaş düşünce Kraepelin, Sigmund Freud ve Adolf Meyer'in çalışmalarıyla başlamıştır (91). Kraepelin (1921), bozukluğun kognitif alanda ve fonksiyonellikte bozulma ile süregelen periyodik seyreden bir bozukluk olduğunu belirterek; depresyonu ‘manik depresif hastalık’ ve ‘involuesyonel depresyon’ adı altında ele almış ve bu durumu erken bunama (dementia praecox) kavramından ayırmıştır (79,97). İsviçreli ruh hekimi A. Meyer, “psikobiyojoloji” terimini geliştirmiş, biyografi ve

psikososyal nedenlerle dikkat çekmeye çalışmış ve biyolojik çağrışımları olmadığı için Melankoli tanımı yerine, “depresyon” (“pressed down”, aşağı bastırılmış) tanımlamasını kullanmıştır. Freud (1957), “yas ve melankoli” makalesinde melankolinin oluşum sürecini ele almıştır. Alman psikiyatrist Karl Leonhard (1974) ise manik depresif bozukluklarını iki tipe ayırarak unipolar ve bipolar duygudurum bozuklukları sınıflandırılmasının temellerini atmıştır (79). Günümüzde ise klinik görünümün, belirtilerin, tedaviye cevabın değerlendirildiği çeşitli sınıflandırma sistemleri kullanılmaktadır. DSM-III’le Depresyon ve Anksiyete bozuklukları birlikte belirti kümelerinin varlığına dayanarak tanı koyulmuştur (7). DSM-IV’te duygudurum bozuklukları içinde yer almıştır (84).

2.3.3 Depresyonun epidemiyolojisi

Depresyon ruhsal bozukluklar arasında tüm dünya ve ülkemizde en sık görülen bozukluklardan biridir (7,34,90,98). Depresyon ABD’ de engelliğe yol açan en önemli nedenlerden biri olarak değerlendirilmektedir (91). Farklı araştırmacılar tarafından farklı tanı kriterlerinin kullanılması depresif bozuklukların prevalanslarının belirlenmesini güçleştirse de dünya geneli ve ülkemizde yapılan çalışmalar depresyonun yaşam boyu görülme prevalansının %5-25 arasında olduğunu göstermektedir (7,90,99). Depresyon kabaca toplumda her 10 kişiden birinde görülüp her dört kadından birisi ve her 8-10 erkekten birisi yaşam süresi boyunca en az bir defa depresif bozukluk yaşamaktadır (98). Depresyonun görülme sıklığı kadınlarda %10-25 iken, erkeklerde %5-12 arasında değişmektedir (12,87,90,100). Türkiye ruh sağlığı profili çalışmasında da 12 aylık depresif nöbet sıklığı kadınlarda %5,4, erkeklerde %2,3, tüm nüfusta %4,0 olarak belirlenmiş olup erkeklere oranla kadınlarda iki kat fazla görüldüğü belirtilmiştir. Bu farkın gerçek bir fark olup yardım arama gibi davranışlarındaki farktan kaynaklanmadığı belirtilmektedir (47,84,91). Depresyon her yaşta görülen bir bozukluk olmasına rağmen ortalama başlangıç yaşı 40’lı yaşlardır. 25-44 yaşları arası sık görülmektedir (87,90,98). Kadınlarda 18-44 yaşları arasında özellikle 25 yaştan sonra daha yüksek oranda görülmektedir. 45-65 yaşları arasında cinsiyet farklılığı azalmaktadır. 65 yaştan sonra kadınlar aleyhine olasılık yeniden arttığı gözlenmektedir (47,91). Depresyonun başlangıç yaşı önemlidir, özellikle erken yaşta depresyon görülen kişilerde; sosyal ve mesleki işlevsellik daha fazla etkilenmekte kişilerin yaşam kalitelerini düşürmekte ve kişinin yaşamına olumsuz etkiler yapmaktadır (34). Sosyoekonomik düzeyle depresyon arasında da bağlantı kurulmuş ve sosyoekonomik

düzeıı düşük olan kadınlarda, sosyoekonomik düzeıı yüksek olan kadınlara göre daha yüksek oranda depresyon saptanmıştır. Kırsal kesimde kentsel kesimlere oranla depresyon oranının daha yüksek seyrettiği öne sürölmüştür (90). Medeni durum ile arasındaki ilişkiye bakıldığında depresyonun bekarlarda, ayrı yaşayanlarda, dul ve boşanmış olanlarda evlilerden daha yüksek oranda göröldüğu bildirilmiştir. Evli erkekler en düşük risk grubunu oluştururken, kadınlarda evli olmak depresyon için risk faktörlerinden biri olmaktadır (34,90,91).

2.3.4. Depresyonun etiyolojisi

Depresif bozuklukların etiyolojisi kesin olarak belirlenememiş olsa da bireyin bu bozukluklara yatkınlıklarını etkileyen genetik, biyokimyasal ve psikososyal etkenlerden birbiri ile etkileşerek duygulanım bozukluklarına neden olduğu düşünölmektedir (91,93) Ruhsal hastalıkların etiyopatogenezinde genetik geçişi etkisi yüksektir. Birinci derece akrabalarında hastalık tanısı alanların bulunduğu ailelerde hastalığın görölme sıklığı toplum geneline göre 2-5 kat fazla olduğu belirtilmektedir (76,84,91,101). İkiz çalışmaları; duygudurum bozukluğunun etiyolojisinde genetik faktörlerin etkisini ortaya koymaktadır. İkizlerle yapılan çalışmalarda hastalanma riskinin yaklaşık %37 olduğu ortaya konmuştur (76,91). Bu oran monozigot ikizlerde %50-100 arasında iken, dizigotiklerde %25 olduğu belirtilmektedir (101). Araştırmacılar genetik olmayan etkilerin araştırmak için evlat edinme çalışmalarına yönelmişlerdir. Bu çalışmalar, biyolojik ebeveynlerinde duygudurum bozukluğu olan çocukların evlat edinildikleri ailelerce yetiştirildiklerinde bile bu riski taşıdıklarını göstermiştir (76,79,101). Farklı ortamlarda yetiştirilen kardeşlerde biyolojik anne veya babasında duygudurum bozukluğu olanlara risk %38 normal kontrollerde ise %7 olarak belirtilmiştir (84).

Depresyonda biyolojik aminlerin düzenlenme bozuklukları olduğu, norepinefrin, serotonin ve dopamin düzeylerinin azaldığı veya bu reseptörlerde sayı ve duyarlılıkta artışın olduğu düşünölmektedir. Bu durumunda depresyona neden olduğu kabul edilmektedir (47,87,92,101). Bu olguların yaklaşık 1/3'ünde GABA düzeyleri de düşük bulunmaktadır (101).

Nöroendokrin mekanizmaların insan psikolojisi üzerine etkileri bulunmaktadır. Tiroid, adrenal bez, paratiroid bezler, büyüme hormonu eksenleri depresyonda rol oynayan başlıca nöroendokrin mekanizmalardır (7,79).

Kalp hastalığı, diabetes, mellitus, sistemik lupus eritematosuz, parkinson hastalığı, demans, tiroid hastalıkları, travmalar gibi hastalıklar depresif bozuklukların ortaya çıkma riskini artırmaktadırlar (87,101).

Barbituratlar, Benzodiazepinler, Levodopa, Rezerpin, Steroid Antienflamatuarlar, Oral Kontraseptifler, Alkol, Barbitüratlar, Oral Kontraseptifler Kokain, Amfetamin vb. ilaç ve maddeler uzun süre kullanıldıklarında depresyona neden olabilmektedirler (7,101).

Depresif bozuklukların oluşumunda genetik ve biyolojik etkenlerin yanında çevresel faktörler ve strese önemli etkenlerdir. Olumsuz yaşam olayları, geçirilmiş tramvalar, sevilen birinin kaybı, başarısızlıklar, engelli bir çocuğa sahip olma gibi psikososyal etkenler depresif bozukluğa yatkınlığı artırmaktadır (93,99).

2.3.5. Depresyonun belirti ve bulguları

- Depresyondaki kişilerde üzüntü, hüzün, anksiyete, irritabilite, apati, öfke, benlik saygısında azalma, değersizlik, kendini küçük görme, sorumluluklarıyla baş edememe, düzelmeyecek gibi hissetme, duygularını ifade edememe, anhedoni, güven eksikliği, karamsarlık, umutsuzluk, geçmişe yönelik pişmanlıklar, geleceğe ait endişeler, kendini eleştirme, suçlama, çaresizlik, öz saygıda azalma,
- Düşüncede yavaşlama, düşüncelerini belli bir konuda yoğunlaştıramama, konsantrasyon ve dikkat bozuklukları, unutkanlık, monoton ve gecikmeli cevap verme, az konuşma, ilgi kaybı,
- Sosyal geri çekilme, yalnızlık, sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma, evlilik ve iş sorunları, parasal sorunlar,
- İştah değişimleri; iştah azalması (çoğunlukla kilo kaybı gözlenir), iştah artışı (çoğunlukla kilo artışı gözlenir),
- Uyku bozuklukları; uykunun sirkadyen ritminde bozulmalar, insomina (uykusuzluk), hipersomnia (aşırı uyuma), uykuya dalmada güçlük, sabah çok erken uyanıp yeniden uyuyamama, sık sık uyanma,
- Somatik yakınmalar; baş ağrısı, göğüs ağrısı, kronik sırt ağrısı, kulak çınlaması, irritabl barsak sendromu, enerji kaybı, kronik yorgunluk, bitkinlik ve bir etkinliğe başlamada ve devam ettirmede zorluk,
- Libido azalması, cinsel isteksizlik,
- Anksiyete, panik ataklar, fobiler, obsesyonlar,

- Sanrı, varsanı ve kişilik çözülmesi,
- Ölüm düşünceleri ya da suicidal girişimler (76,84,102,103,104).

2.3.6. Majör Depresyon için DSM-V tanı kriterleri

- A. Beş ya da daha fazla sayıda, semptom olmalı, semptomlar birbirini takip eden iki haftalık periyot sırasında devam emeli ve bireyin daha önceki işlevsellik düzeyinde değişime yol açmalıdır. Semptomlardan en az bir tanesi depresif duygudurum ya da ilgi veya haz kaybıdır. Not: semptomlar, başka bir tıbbi duruma bağlı olmamalıdır.
1. Subjektif açıklamalarla (Örn: üzüntü, boşluk ve ümitsiz hissetme gibi)ya da başkalarının yaptığı gözlemlerle (Örn: ağlar görünüm) belirtilen hemen hemen her gün ortaya çıkan depresif duygudurum. Not: çocuklarda ve adölesanlarda, irritabl duygudurumu olabilir.
 2. Hemen hemen her gün, günün büyük bir kısmında belirgin olarak ilgi veya haz almada azalma (sübjektif ya da objektif olarak belirlenen).
 3. Diyet yapmadığı halde belirgin kilo kaybı ya da kilo alma (Örn: 1 ayda vücut ağırlığının %5'inden fazlasının değişmesi) veya hemen her gün iştahta azalma ya da artma. Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının gerçekleşmemesi
 4. Hemen her gün uykusuzluk veya aşırı uyuma olması
 5. Hemen her gün psikomotor ajitasyon veya retardasyon olması (sadece sübjektif huzursuzluk veya yavaşlık duygularının ifade edilmesiyle değil başkalarınca bunların gözlemlenmesi)
 6. Neredeyse her gün ortaya çıkan yorgunluk ve enerji kaybı hissetme
 7. Neredeyse her gün – delüzyonel olabilen- değersizlik veya aşırı suçluluk duygusu (sadece kendi kendine sitem etme veya hasta olmaktan dolayı kendini suçlama değil)
 8. Neredeyse her gün görülen düşünme yeteneğinde azalma ve karar vermede zorluk
 9. Belirgin bir plan olmaksızın yineleyici ölüm (ölüm korkusu değil) ve intihar düşünceleri veya intihara teşebbüs ya da intihar planı yapma
- B. Semptomlar klinik düzeyde rahatsızlığa, sosyali mesleki veya diğer önemli alanlarda işlevsellikte yetersizliğe neden olurlar.

- C. Belirli bir kayba tepki olarak (yas, finansal iflas, doğal afetler nedeniyle kayıplar, ciddi hastalıklar veya engellilik) ortaya çıkan ve A ölçütünde belirtilen depresif epizoda benzeyen ciddi üzüntü, kayıpla ilgili ruminasyon, uykusuzluk, iştah kaybı ve kilo kaybının olması. Bu semptomlar kayıp karşısında geliştirilen tepki olarak düşünülebilir ancak majör depresif episodda buna ek olarak kayıp tepkisi daha dikkatli incelenmelidir. Klinik karar verme için bireyin öyküsü ve kayıp ifadesiyle ilgili kültürel normlar bağlamında klinik karar verme deneyimi gerekmektedir.
- D. Şizoaffektif hastalık, şizofreni, şizofreniform hastalık, delüzyonel hastalık veya şizofreni spektrumunda belirlenmemiş ya da belirlenmemiş psikotik hastalıklarla daha iyi açıklanmayan majör depresif episodun olması
- E. Manik epizod veya hipomanik epizod asla bulunmaz
Aşağıdakiler belirlenmelidir:
Anksiyeteli distresle birlikte
Karışık özelliklerle birlikte
Melankolik özelliklerle birlikte
Atipik özelliklerle birlikte
Psikotik özelliklerle uyumlu duygudurumuyla birlikte
Psikotik özelliklerle uyumlu olmayan duygudurumuyla birlikte
Katatoniyle birlikte
Peripartumla birlikte
Mevsimsel paternle birlikte (91).

2.3.7. Depresyonun tedavisi

Depresif bozukluklar neden oldukları yeti yitimi ve sağlık algısında bozulma sebebiyle kişilerin yaşam kalitelerini düşürmekte hastaların tüm yaşam alanlarını etkilemektedir. Bu nedenlerden dolayı depresif bozuklukların tedavisi önem taşımaktadır. (12). Depresyonun akut dönem tedavisi 6-8 hafta kadar sürmektedir. Bu dönemde amaç hastanın remisyona ulaşmasını (düzelmesini) sağlamaktır. Depresyonda idame tedavi hasta remisyona ulaştıktan sonra 6 aydır (7). Depresif bozuklukların tedavisinde en önemli aşama tanının doğru konulması ve tedavi amaçlarının belirlenmesidir (84). Depresyon tedavisinin genel ilkeleri ise; tedavi amaçlarının belirlenmesi, uygun medikal tedavinin seçimi, ek tıbbi bozuklukların belirlenmesi ve tedavisi, suicidal riskin belirlenmesi, tedavi uyumunun sağlanması, tedavi sürecinin değerlendirilmesi, ilaçların

uygun doz ve süre kullanımının sağlanması, ilaçların yan etkileri konusunda bilgi verilmesi, tedavi yanıtının sürekliliğinin sağlanması, diğer terapi yöntemlerinin gerekliliğinin değerlendirilmesi şeklindedir. Depresyon tedavisi; medikal tedavi, psikoterapi, EKT (Elektro Konvulsif Tedavi), ışık terapisi, fitoterapi, aile tedavisi gibi yöntemler içermektedir. Tek başına medikal tedavi yapılabildiği gibi hastanın ihtiyacına göre kombine tedavi de yapılabilmektedir (79,96,101,102,104).

Medikal Tedavi; depresyonun medikal tedavisinde antidepresan ilaçlar kullanılmaktadır. Antidepresanlar, bireyn kendilik algısını ve depresyona özgü belirtileri olumlu yönde etkilemektedir (79). Medikal tedavide çok çeşitli antidepresan ilaç türü bulunmaktadır. İlaç seçiminde ilaçların klinik etkinliği, yan etki profili ve ilacın uzun süre kullanımındaki güvenilirliği göz önünde tutulmalıdır (84,105). Bu özellikler dikkate alındığında depresyon tedavisinde seçici serotonin gerilim inhibitörleri (SSRI), serotonin noradrenalin gerilim inhibitörleri (SNRI) ve dopamin ve diğer serotonin reseptörleri üzerinden etki gösteren ilaçlar, TSA ve MAOI'lerine göre daha iyi yan etki profillerine sahip olduklarından ilk sıradan tercih edilmelidir (106,107). Antidepresan ilaçlar etkinliklerini kullanıma başladıktan 1-3 hafta sonra göstermeye başlar. İlaçların tam etkinliği 4-6 hafta sonra ortaya çıkar. İlaçlara hastanın belirtileri yatıştıktan sonra en az 6 ay süre devam edilmelidir (79,87,106,107).

EKT; ruhsal hastalıkların sağaltımında kullanılan güvenli ve etkili bir tedavi yöntemi olan, hastanın başında belli noktalara yerleştirilen elektrotlar yoluyla beyine düşük voltajlı kontrollü alternatif akım gönderilerek beyinde epileptik nöbet oluşturulması esasına dayanan en eski biyolojik tedavi yöntemlerinden birisidir. Antidepresanların geliştirilmesiyle kullanımı azalmış olsa da dirençli depresyon, psikotik özellikli depresyon, intihar riski, katatoni, yeme reddi gibi vakalarda ilk tercihtir. Mutlak kontrendikasyonu yoktur, en sık görülen yan etkisi geçici bellek bozukluğudur (105,106,108,109,110).

Psikoterapi; kişinin uyumunu bozan davranışlarını gidermek, ruhsal sıkıntıları olan kişilerin sıkıntılarının ne olduğunu anlamalarını sağlamak, sıkıntıları hakkında içgörü geliştirmek, kişide görülen semptomları ortadan kaldırmak, bunlara uygun çözüm yolları bulmalarına yardımcı olmak ve kişiye alternatif düşünce yöntemlerinin öğretilmesi amacıyla, terapist ile hastanın sözlü iletişimlerine dayanan, kişide değişim oluşturmayı amaçlayan psikiyatrik bir tedavi yöntemidir (89,105). Depresyonun

tedavisinde tek başına antidepresan ilaçların kullanılması ilaçların yan etkisi, günlük yaşam üzerine olumsuz etkileri ve semptomlara etkin yanıt alınamaması gibi sorunlara yol açabilmektedir. Özellikle duygu durum bozukluklarının %20-30'unda farmakolojik tedavi tek başına tedavide yetersiz kalmakta ve destekleyici tedaviye ihtiyaç duyulmaktadır. Psikoterapi, depresyonun akut tedavisinde etkili bir yöntemdir ve yeni depresif atakların oluşum riskini azaltmaktadır. Son yıllarda en yaygın olarak kullanılan psikoterapi türü, bilişsel ve davranışçı terapi (BDT) dir (79,87,111).

Işık Terapisi; depresyon gibi duygu durum bozukluklarında kullanılan etkili tedavi yöntemlerinden birisidir. Sabah ışığına maruz kalmanın melatonin hormonunu baskılamak yolu ile uyku ve sirkadiyen ritim arasındaki ilişkiyi düzenleyici etkisi olduğu bu şekilde duygu durumunu düzenlendiği, antidepresan ilaçların etkisini artırdığı ve uyku kalitesinde düzelmeye yol açtığı düşünülmektedir (112).

Fitoterapi (Bitkisel tedavi); Türkiye'de binde birlik otu, kılıç otu, kuzu kıran, sarı kantaron, kanat otu, yara otu, mayasıl otu gibi çeşitli adlarda anılan Hypericum Perfaratum (St John's Wort), tüm dünyada bitkisel tedavi alanında antidepresan olarak kullanılmakta olup Almanya'da antidepresan olarak ruhsat almıştır. Onun dışında Melisa (Melissa officinalis), Papatya (Matricaria recutita), kedi otu (Valerian root), Lavanta (Lavandula), Adaçayı (Salvia officinalis), Karabaş otu, Safran da depresyonun tedavisinde kullanılan diğer bitkilerdir (113,114).

Davranış Tedavisi; kendini kontrol etme, sosyal beceri kazanma ve problem çözme alanlarını kapsar. Tek tek davranışlar üzerinde durularak davranış değişikliği sağlanmaya çalışılır (47,84).

Aile Tedavisi; depresyon psikoterapisinde tedaviye uyumu, aile ilişkilerinin güçlenmesi ve prognozun olumlu gidişatını sağlamak açısından ailenin de terapiye katılması önemlidir (47,84).

2.3.8. Depresyonda hemşirelik tanıları

İntihar riski, benlik saygısı düşüklüğü, özgüven azlığı, güçsüzlük, kendine ve çevresine zarar verme riski, manevi stres, sosyal izolasyon/ sosyal etkileşimde azalma, düşünce sürecinde bozulma, gereksiniminden az dengesiz beslenme, uykusuzluk ve öz bakımda yetersizlik depresyondaki bireylere koyulabilecek tanılardır (91).

2.3.9. Depresyonu olan bireye hemşirelik yaklaşımları

- Bireye zaman ayrılır.
- Bireyle, empatik, destek verici, samimi ve güven verici bir iletişim kurulmalıdır.
- Bireye kabullenici bir tutumla yaklaşılır.
- Birey kendini, duygu, düşünce ve endişelerini ifade etmesi konusunda cesaretlendirilmelidir.
- Birey depresyon belirtileri açısından incelenmeli, belirtiler yönelik uygun girişimlerde bulunulmalıdır.
- Bireyin dikkati güçlü ve başarılı olduğu yönlere çekilmeli, olumsuz ve başarısız alanları üzerinde durulmamalıdır.
- Bireyin ailesi ve çevresiyle ilişkilerini geliştirmesi konusunda destek olunmalıdır.
- Destek sistemlerinin farkına varıp onlara ulaşması ve etkin kullanması sağlanmalıdır.
- Bireyin sosyalleşmesi sağlanmalı bu konuda cesaretlendirilmelidir.
- Güven duygusu sürdürülmelidir.
- Birey için güvenli bir çevre oluşturulmalı, çevresinden zarar verici nesnelere uzaklaştırılmalıdır.
- Bireyin kendine zarar verme düşüncelerinin olup olmadığı sorgulanmalıdır.
- Bireye intihar düşüncesinin olup olmadığı direk sorulabilir, böyle bir düşüncesi varsa herhangi bir planının olup olmadığı sorgulanmalıdır.
- İntihar düşüncesi olan hastalarda hastanın belli bir zaman içinde kendine zarar vermeyeceğine dair sözel ya da yazılı bir belge oluşturulmalı ve hasta yakından izlenmelidir (77,91,115).

2.4. Psikolojik Dayanıklılık

2.4.1. Psikolojik dayanıklılık tanımı

Psikolojik dayanıklılık terimi ingilizce “resilience” kelimesinin karşılığı olarak, “yılmalık”, “sağlamlık”, “esneklik”, “direnc”, “kendini toparlama gücü”, “psikolojik sağlamlık” gibi çeşitli isimlerle adlandırılarak farklı tanımlamaları yapılmış bir kavramdır (116, 117).

En genel tanımıyla psikolojik dayanıklılık; bir travma, tehdit, ailesel ve ilişkisel sıkıntılar, sağlık problemleri, ekonomik sorunlar, stresli zor yaşamsal tecrübeler gibi akut ya da kronik durumlar karşısında kişinin durumla etkili bir şekilde mücadele edip hızlı ve başarılı bir şekilde adapte olabilme, koruyucu faktörler yolu ile yaşamını tekrar dengeye getirebilme, olumsuz düşünceleri bertaraf edip pozitif adaptasyonu sağlama tecrübesiyle oluşturduğu dinamik, uyarlanabilir bir psikososyal süreç ve bir savunma mekanizması olarak tanımlanmaktadır (11, 118,119,120,121). Amerikan Psikiyatri Birliği’de (2014) psikolojik dayanıklılığı “olumsuzluk, travma, trajedi, tehditler ve hatta önemli stres kaynakları karşısında çok iyi adapte olma süreci” olarak tanımlamaktadır (122).

Psikolojik dayanıklılığın stresin olumsuz etkilerini azaltan, kişinin direncini artıran, stresli durumu etkili bir şekilde yönetmeyi sağlayan bir etkisi vardır. (123). Stresli olaylar karşısında bazı bireyler bu durumdan çok etkilenmezken bazı bireyler ise fazlaca somatik ve psikolojik belirti yaşarlar. Psikolojik dayanıklılık bu durumu açıklayan güçlü kişisel bir özellik olarak kabul edilmektedir. (124).

2.4.2. Psikolojik dayanıklılığın gelişiminde risk ve koruyucu faktörler

Psikolojik dayanıklılığı etkileyen faktörler; risk faktörleri, koruyucu faktörler ve olumlu sonuçlar olarak üç başlık altında toplanmıştır. Psikolojik dayanıklılığın oluşabilmesi için,ön koşul bireyin risk faktörleriyle karşı karşıya gelmesidir. Bu risk faktörlerinin olumsuz etkilerinin azaltılması veya ortadan kaldırılması için koruyucu faktörlerin bulunması gereklidir. Dayanıklılık; risk ve koruyucu faktörlerin etkileşimleri sonucu meydana gelmektedir (125).

2.4.2.1 Risk faktörleri

Risk olumsuz yaşam şartlarını anlatmak için kullanılan bir kavramdır. Başka bir deyişle sorun oluşma, devam etme veya daha kötüye gitme olasılığını artıran herhangi bir durum ya da olay anlamı taşımaktadır (116). Risk faktörleri ise hayattaki stresli yaşam olayları ve zararlı çevresel etkenleri içeren kişinin zarar görmesine sebep olan faktörlerdir. Bu faktörler kişi ile ilgili, aile ile ilgili ve toplumsal risk faktörleri olarak gruplandırılmaktadır (126).

Kişi ile ilgili risk faktörleri; düşük zeka seviyesi, bireyin kendine güveninin az olması, etkili başa çıkma mekanizmalarının olmaması, kendini etkili bir biçimde ifade edememesi, agresif kişilik yapısına sahip olma, kaygılı geçimsiz bir mizaca sahip olma, utangaç bir kişiliğe sahip olma, duygusal yetersizlikler, ölümcül alkol/ilâç/madde kullanımı, erken annelik, kronik ya da ruhsal bir hastalık, akademik başarısızlık, kendini kontrol etme becerisinin zayıf olması, sosyal değerlere yabancı olma ve uyumsuz davranış gösterme şeklinde sıralanabilir (127,128,129).

Aile ile ilgili risk faktörleri; ruhsal/kronik bir hastalığı olan anne-babaya sahip olma, ebeveynlerin boşanması, tek ebeveyne sahip olma, ebeveyn-çocuk arasında sağlıklı ilişkilerin kurulamaması, sert ya da tutarsız disiplin anlayışı, kardeşler arası olumsuz ilişkiler, aile içi şiddet ve çatışmalar, ailede ihmal ve istismar, alt sosyal sınıf, kalabalık aile, aile yapısındaki bozukluklar ve iletişim sorunları, madde kullanan ya da suç işlemiş ebeveyne sahip olma, geniş ailenin baskıcı etkileri, genç anne tecrübesizlikleri şeklinde sıralanabilir (127,128,129).

Toplumsal risk faktörleri; düşük sosyo-ekonomik düzey, toplumsal olumlu rol modellerinin eksiliği, madde kullanımı, göç, işsizlik, yakın çevredeki sosyal yapı sorunları, ırksal ayrımcılık, fiziksel ve cinsel istismar, evsizlik, toplumsal şiddete maruz kalma, deprem, savaş, barınma, eğitim gibi sunulması gereken hizmetlerin yetersizliği şeklinde sıralanabilir (127,128,129).

2.4.2.2. Koruyucu faktörler

Koruyucu faktörler, bireyin hayatında olumsuz sonuçların ortaya çıkma ihtimalini azaltmaya hizmet eden, sağlıklı uyumu sağlayıp bireyin yeterliliklerini geliştiren bireyin sahip olduğu olumlu faktörlerdir (127,128). Kişide ve kişinin çevresinde, koruyucu faktörlerin bulunması bir yandan problemlerin ortaya çıkmadan önlenmesini sağlarken

diğer yandan mevcut olan problemlerin etkisinin azalmasını sağlayarak kişinin duygusal ve fiziksel iyi oluşunu artıracak davranış ve tutumların güçlendirmesine katkı sağlamaktadır. Bu durum bireyin zorluklar karşısında ayakta kalmasını sağlamaktadır (116). Koruyucu faktörler de kişi ile ilgili, aile ile ilgili ve toplumsal koruyucu faktörler olarak sınıflandırılmaktadır (125,128).

Kişi ile ilgili koruyucu faktörler; iyi düzeyde zeka/bilişsel yetenek, akademik yeterliliğin olumlu algılanması, yüksek benlik saygısı, gelecek için plan yapma, geleceğe yönelik iyimser olma, kendi yaşamı üzerinde kontrol sahibi olma, mizah duygusuna sahip olma, etkili problem çözme becerilerine sahip olma, empati yapabilme, sorumluluk alabilme, yardımseverlik duygusu şeklinde sıralanabilir (116,129).

Ailesel koruyucu faktörler; olumlu anne-çocuk ilişkisi, aileyle birlikte yaşama, iyi eğitilmiş ebeveynlere sahip olma, ebeveyn ve diğer yetişkinlerle samimi ilişkilerin olması, güvenilir ebeveynlere sahip olma, olumlu aile ikliminin olması, çocukların geleceği için ailenin olumlu beklentiler kurması, düzenli bir ev ortamının olması, eğitimin desteklenmesi şeklinde sıralanabilir (116,129).

Toplumsal koruyucu faktörler; sosyoekonomik avantajların olması, olumlu toplumsal destek, olumlu bir rol modelinin olması, sorumlu ve kurallara uyan arkadaşların olması, etkili bir okul ve olumlu okul ilişkilerinin olması, sosyal organizasyonlar ile bağlantıların olması, toplumun güven düzeyinin yüksek olması şeklinde sıralanabilir (116,129).

2.4.2.3. Olumlu sonuçlar

Kişinin sahip olduğu koruyucu faktörlerle, risk faktörlerinin üstesinden gelip yaşına uygun gelişimsel sorumlulukları başarılı bir şekilde yerine getirerek yeterlilik kazanmasıdır. Bunlar, kişinin gelişimsel görevlerini yerine getirilmesi, akademik başarının olması, okula devam etmesi, ders dışı etkinliklerin katılması, olumlu sosyal ilişkiler/sosyal yeterliliğin olması, arkadaşları tarafından kabul görmesi ve yakın arkadaşlık ilişkileri kurması, kurallara uyması ve suça yönelik davranışlardan uzak durması, sosyal yardım faaliyetlerine katılması, duygusal problemlerin ya da semptomların az olması, psikopatolojinin bulunmaması, kendini kabul etmesi ve uyumlu olması, mutlu olması, iyilik hali, yaşam doyumu gibi olumlu sonuçlar olabilir. Dolayısıyla olumlu bir sonuç olan yaşam doyumu, bireyin risk faktörlerinin üstesinden

gelip kendindeki çevresindeki koruyucu faktörleri kullanmanın sonucunda kazandığı bir yeterlidir (116,127).

2.4.3. Psikolojik dayanıklılığı olan kişilerin özellikleri

Kişilerdeki yüksek psikolojik dayanıklılığın temel özelliklerini Haynes (2005), sosyal, duygusal ve bilişsel/akademik özellikler olarak üç gruba ayırmıştır Sosyal özellikler; arkadaş sahibi olabilme becerisi, olumlu ilişkilerde bulunarak geliştirme becerisi, etkili iletişim becerisi, gerektiği zaman yardım ihtiyacını giderebilme becerisi olsa dahi yardım istemede isteksiz olma; duygusal özellikler; özyeterlilik duygusunun yüksek olması, özgüven sahibi olması, olumlu benlik tasarımı olması, özsaygının yüksek olması ve kendini kabul edebilme, kendini denetleyebilme, duygularını kontrol edebilme ve farkında olma, yeni oluşan olaylara hızlı ve kolay uyum sağlayabilme, yüksek kaygıya ve engellemelere dayanabilme gücü; bilişsel/akademik özellikler; başarı motivasyonunun yüksekliği, geleceği planlama becerisi, travmatik olaylarla mantıklı yollarla mücadele edebilme, içsel yüklemeleri değerli görme, kendisi olarak başarılı olabileceğine inanma, çevresine yarar sağlayacak şekilde onları motive etme ve harekete geçirme olarak belirtilmektedir (130,131).

2.4.4. Psikolojik dayanıklılığın boyutları

Bağlanma, kontrol ve güçlük/Meydan okuma bu üç boyutu oluşturmaktadır (131).

Kontrol; yaşamda güçlüklerle karşı karşıya kalındığında pasif olup mutsuz hissetmek yerine olaylara müdahale etme ve karar verme yetisine sahip olarak sonuçları etkileyebilmektir (117,123).

Bağlanma; yaşamdaki tüm olumsuzluklara karşın yaşama iyimser bakma, elinden gelenin en iyisini yapma, amacına karşı kararlı ve ısrarcı olma, yaşanan durumları ilginç hale getirme çabasını kapsayan kişisel özelliktir (117,131).

Meydan okuma; sorunları, problemleri, ilişkileri bir tehlike gibi algılamadan görme olan meydan okuma, yeni şeyler denemekten hoşlanmayı, kendine güveni ve iyimserliği içermektedir (117,123,131). Bu yönüyle meydan okuma kişilerin çevreleri ile etkileşime geçmelerini, aktif katılımı ve hayatta farklı yaşantılardan öğrenmeyi sağlar (123).

Amerikan Psikoloji Birliği (APA) tarafından belirtilen, kişilerde psikolojik dayanıklılığı geliştirme stratejileri şunlardır;

- Kişiler aile bireyleri ve çevresiyle olumlu ilişkiler içinde olmalı, sosyal gruplar içinde aktif rol almalı, gereksinimi olduğu durumlarda yardımı kabul etmeli ve zor durumda olan kişilere destek vermelidir
- Başa çıkılmaz gibi görünen sorunlardan kaçmamalı, sorunun çözümüne yönelik gerçekçi beklentiler içinde olmalı ve olası sorunlar önceden değerlendirilmelidir.
- Beklenmedik olası durumlar hayatın doğal bir parçası olarak kabul edilmeli, duruma yönelik kısa vadeli ve ulaşılabilir hedefler belirlenmelidir.
- Belirlenen hedefleri gerçekleştirebilmek için harekete geçilmeli, bir olumsuzluk durumunda “İstediğime ulaşmam konusunda bana yardımcı olabilecek şeyler nelerdir?”, “Başarabileceğim şeyler nelerdir?” şeklinde düşünülmalıdır.
- Soruna ve sıkıntıya sebep olan durumların hepsini çözmeye çalışmak ya da bu durumun bitmesini beklemek yerine yapılabilecek kadarı ile harekete geçirilmelidir.
- Yaşanılan zorluklarla beraber kişilerin benlik saygısı, kişilerarası ilişkileri manevi doyumu, yaşam değeri algısı gibi özelliklerinde olumlu değişiklikler olabilir. Kişiler kendilerini tanıma ve geliştirme fırsatlarının farkında olmalıdır.
- Problem çözme konusunda kişiler, kendilerine güvenmeli ve problem çözümüne olumlu yaklaşmalıdırlar.
- Çok üzüntü veren bir olay yaşanmış olsa da olay gerçeğin dışında abartılmamalı ve olaya geniş bir bakış açısıyla bakılmalıdır.
- Bireyler, yaşama yönelik olumlu beklentilerini artırmalıdır.
- Bireyler öz bakımlarını aksatmamalı, hoşlarına giden ve rahatlatıcı aktiviteler yapmalıdır.
- Psikolojik dayanıklılığı güçlendirmek için yeni yollar aranabilir. Örneğin; yaşanılan travma ve stresli bir durum hakkında duygu ve düşüncelerini yazma, meditasyon, yoga gibi uygulamalar, bireylerde umut duygusunun artmasına neden olabilir (125).

2.5. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annelere Hemşirelik Yaklaşımları

Ebeveynler arasında yapılan çalışmalarda DEHB gibi özel bakım gerektiren çocuğa sahip olan ailelerde anksiyete ve depresyon oranlarının babalara kıyasla annelerde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Toplumumuzun kültürel yapısı gereği çocukların bakımı primerde annenin sorumlu olması, aile içinde anneye yüklenen sorumlulukların fazla olması, kadına toplum tarafından atfedilen roller ve ondan beklentilerin yüksek olması, ailenin yaşadığı ekonomik sıkıntılar, anne babanın eğitim seviyelerinin düşük olması, annenin etkili başetme yöntemlerini kullanamaması gibi nedenlerin bu sonuçların oluşmasında etkili olabileceği düşünülmektedir (34,47,93,132). Bu gibi durumlar anneler üzerinde olumsuz etkiler yaratarak annelerin problem çözme becerilerini olumsuz etkileyip aşırı anne-babalık stresi yaşamalarına ve yetersiz ebeveynlik yapmalarına yol açabilmektedir (133). Gerekli önlemler alınmadığı durumlarda annelerin anksiyete ve depresyon düzeyleri yükselirken psikolojik dayanıklılıkları azalmaktadır. Bu konuda sağlık çalışanlarına özellikle de aile ile en fazla zamanı geçiren hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşirelerin anksiyete, depresyon ve psikolojik dayanıklılık konusunda uygulaması gereken notlar şunlardır:

- Tedavide çocuklara yer verildiği kadar ebeveynlere de zaman ayırmalı ve ebeveynlerin özellikle de annelerin ruh sağlığı ve stresle baş etme becerileri değerlendirilmelidir.
- Hemşireler tarafından annelerin stres, anksiyete ve depresyon düzeyleri değerlendirilmelidir.
- Annelerde stres, anksiyete ve depresyona neden olan etkenler araştırılmalıdır.
- Öncelikle bir hemşire olarak anneye yalnız olmadığı hissettirilmelidir.
- Anne ile empatik, destek verici, samimi ve güven verici bir iletişim kurulmalıdır.
- Anne duygu, düşünce ve endişelerini ifade etmesi konusunda cesaretlendirilmelidir.
- Kendini ve sorunlarını ifade etmesi konusunda desteklenmelidir yapılan görüşmelerle annenin anksiyete ve depresyon seviyesinin belirlenmesi ve erken dönemde farkına varması sağlanmalıdır.

- Başetmede yetersizlik yaşayan annelerin kullandığı başetme yöntemleri öğrenilmeli ve etkin olmayan başetme yöntemleri konusunda bilgilendirilmelidir.
- Etkin olmayan başetme yöntemleri yerine etkili olabilecek alternatif yöntemler birlikte araştırılmalıdır.
- Annelerin kendine güvenini ve benlik saygısını artırmak için güçlü yönleri ve yetenekleri konuşulmalı ve onları kullanması konusunda desteklenmelidir.
- Annelerin yetersiz ve sorumlu olduğu alanlar analiz edilerek bu alanlar desteklenmelidir.
- Annenin kendinde anksiyete yaratan durumları tanıyarak annenin kendi farkındalığının artırılması sağlanmalıdır.
- Anne depresyon belirtileri açısından incelenmeli ve yaşanan belirtilere yönelik uygun girişimlerde bulunulmalıdır.
- Annenin ailesi ve çevresiyle ilişkilerini geliştirmesi konusunda destek olunmalıdır.
- Destek sistemlerinin farkına varıp onlara ulaşması ve etkin kullanması sağlanmalıdır.
- Atılganlık eğitimi, relaksasyon tekniklerinin öğretilmesi, etkili başetme ile ilgili kitapları edinmesini sağlama gibi bireyin kendine yararlı olacak kendine yardım becerileri öğretilmelidir.
- Anneler, anksiyete ve streslerinin azalmasına yönelik etkinliklere yönlendirilmelidirler.
- Başetme mekanizmaları ile uyum sağlamadığı ya da ciddi anksiyete veya depresyon olduğu belirlenen bireyler psikiyatrik tedaviye sevk edilmelidir.
- Annelerin diğer aile bireyleri ve çevresiyle olumlu ilişkiler içinde olması konusunda destek verilmelidir.
- Sorunlarından kaçmak yerine sorunun çözümüne yönelik harekete geçmesi konusunda cesaretlendirilmelidir.
- Problem çözme konusunda annelerin kendilerine güvenmeleri ve problem çözümüne olumlu yaklaşımları konusunda desteklenmelidir.
- Annelerin, yaşama yönelik olumlu beklentilerini artırmaları sağlanmalıdır
- Anneler hoşlarına giden ve rahatlatıcı aktivitelere katılımları konusunda desteklenmelidir (134,135,136,137).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı türde yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma, Gaziantep il merkezindeki bir devlet hastanesinde Nisan- Ağustos 2017 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Nisan- Ağustos 2017 tarihleri arasında Gaziantep il merkezindeki devlet hastanesine ayaktan tedavi edilmek üzere başvuran DEHB tanılı çocuğu olan anneler oluşturdu. Örneklem sayısı yapılan power analizi ile 54 olarak bulundu. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde araştırma kriterlerine uyan 163 anne araştırmanın örneklemini oluşturdu.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Annenin DEHB tanılı çocuğunun Gaziantep il merkezindeki devlet hastanesinde ayaktan tedavi edilmek üzere kayıt yaptırmış olması,
- DEHB tanılı çocuğu olan annenin anlama güçlüğü ve iletişim engelinin (işitme ve konuşma) bulunmaması,
- DEHB tanılı çocuğu olan annenin gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul etmesidir.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Annenin DEHB tanılı çocuğunun Gaziantep il merkezindeki devlet hastanesinde ayaktan tedavi edilmek üzere kayıt yaptırmamış olması,
- DEHB tanılı çocuğu olan annenin anlama güçlüğü ve iletişim engelinin (işitme ve konuşma) bulunması,
- DEHB tanılı çocuğu olan annenin gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul etmemesidir.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler, Gaziantep il merkezindeki ilgili devlet hastanesi çocuk ve ergen ruh sağlığı polikliniğine başvuran DEHB tanılı çocuğu olan annelerle yüz yüze görüşülerek, annelere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilip sözlü ve yazılı onamları alındıktan sonra toplandı (EK-1).

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan “Bireysel Bilgi Formu” (EK-2), “Zung Depresyon Ölçeği” (EK-3), “Beck Anksiyete Ölçeği” (EK-4) ve “Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” (EK-5) kullanıldı. Görüşmeler uygun ortam yaratılarak yapıldı ve her bir anne ile görüşme ortalama 40 dakika sürdü.

3.4.1 Bireysel Bilgi Formu

Literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan bireysel bilgi formu 28 sorudan oluşmaktadır. Sorular Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı çocuğa sahip olan annenin yaşı, evlenme yaşı, medeni durumu, çocuk sayısı, eğitim durumu, mesleği, gelir durumu ve ruhsal hastalık durumunu; eşinin yaşı, mesleği, eğitim durumu, ekonomik durumunu; ailenin yaşadığı bölge, aile yapısını ve tanı alan çocuğun yaşı, tanı aldığı yaş, okul başarısı ve çevre uyumunu içeren sorulardan oluşmaktadır (11,17,135) (EK-2).

3.4.2. Zung Depresyon Ölçeği (Zung Self-Raiting Depression Scale)

Orijinal adı Zung Self-Raiting Depression Scale olan Zung Depresyon ölçeği Zung tarafından 1965 yılında depresyon semptomunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ceyhun ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçekteki maddeler depresyonun duygulanım, bilişsel, davranışsal ve fizyolojik boyutlarını içermektedir. 20 maddeden oluşan ölçek 10 düz ve reverse (ters yönde puanlanan ifadeler) sorulardan oluşmaktadır. Her madde dört dereceli; Hiçbir zaman veya çok ender, Bazen, Sık sık ve çoğunlukla veya her zaman şeklinde değerlendirilen likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki 1., 3.,4., 7.,8.,9.,10.,13.,15. ve 19. maddeler düz, 2.,5.,6.,11.,12.,14.,16.,17.,18., ve 20. maddeler ise reverse maddelerdir. Ölçekte düz maddeler 1’den başlayıp 2,3,4 puan verilirken reverse maddeler 4’den başlayıp 3, 2, 1 puan verilir. Sonra maddelere verilen puanlar toplanır ve ölçekten alınan ham puan 100’lük bir değere dönüştürülür. Ölçekten alınabilecek en

düşük ham puan 20 olup 100'lük sisteme göre SDS (depresyon puan) 25 ve en yüksek ham puan 80 olup, 100'lük sisteme göre SDS 100'dür. Ham puanların 100'lük sisteme dönüştürülmesinde şu formül kullanılır:

$$\text{Index} = \frac{\text{Raw Score Total}}{\text{Maximum Score of 80}} \times 100$$

Elde edilen puanın %50 veya üzerinde olması depresyonu işaret etmektedir. Kesme puanlarına bakıldığında, ölçek puanı %50' en az ise normal; %50-59 arası hafif düzeyde depresyon; %60-69 arası orta düzeyde depresyon; %70'den fazla ise şiddetli depresyon olarak tanımlanmaktadır (82,138) (EK-3). Bu araştırmada ölçeğin cronbach alfası 0,778 olarak belirlendi.

3.4.3. Beck Anksiyete Ölçeği

Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerini ölçmek için kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir. Likert tipi olan bu ölçek 21 maddeden oluşup ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Beck ve ark. tarafından 1988'de geliştirilen bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1998'de Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bireye yöneltilen sorularla yaşadıkları bunaltı hissinin son bir hafta içinde kendilerine ne kadar rahatsızlık verdiği sorgulanır. Testin skor puanlarına göre hafif, orta ve ağır anksiyete şeklinde sınıflama yapılır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu anksiyete düzeyi ya da şiddetinin yüksek olduğunu göstermektedir. BAÖ'den alınan puanlara göre anksiyete düzeyleri; 0-17 puan düşük, 18-24 puan orta, 25 ve + puan yüksek derece anksiyete şeklinde sınıflandırılmıştır (139) (EK-4). Bu araştırmada ölçeğin cronbach alfası 0,909 olarak hesaplandı.

3.4.4. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Orginal adı 'Resilience Scale for Adults' olan ve 2005 yılında Friborg ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2011 yılında Nejat Basım ve Fatih Çetin tarafından yapılmıştır. 33 maddelik soru listesinden oluşan ölçek, tanışıklık (aşinalık) önyargısından (acquaintnce bias) kurtulmak için hazırlanan ve yanıtların karşısında bulunan 5 kutucuk 5'li likert biçiminde düşünülerek istenilen şekilde değerlendirme yapabilmeyi sağlamaktadır. Ölçek puanı azaldıkça psikolojik dayanıklılığın artması bekleniyorsa, cevap kutuları soldan sağa doğru 54321 şeklinde değerlendirilmelidir. Eğer puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması isteniyorsa,

cevap kutularının soldan sağı doğru 12345 olarak değerlendirilmesi gerekmektedir (11) (EK-5). Bu çalışmada puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması beklenerek cevap kutuları soldan sağı doğru 12345 şeklinde değerlendirildi. Orijinal ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0,86 olup bu araştırma da ise 0,87 olarak belirlendi.

3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Gaziantep ilindeki bir hastane ile sınırlı olup elde edilen veriler bütün DEHB tanılı çocukların anneleri için genelleme yapılamaz.

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro Wilk testi ile test edilmiş, normal dağılıma sahip özelliklerin 2 bağımsız grupta karşılaştırılmasında Student t testi, normal dağılmayan özelliklerin 2 bağımsız grupta karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Ayrıca sayısal verilerin 2'den fazla bağımsız grupta karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren özellikler için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve LSD oklu karşılaştırma testleri, normal dağılmayan özellikler için ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile test edilmiştir. Geçerlik ve güvenirliğin test edilmesi amacı ile Cronbach alfa katsayıları hesaplandı. Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal değişkenler için ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler için ise sayı ve % değerleri verildi. İstatistiksel analizler için SPSS Windows version 24.0 paket programı kullanıldı ve $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.9.Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma yapılmadan önce araştırmanın yürütülebilmesi için Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı onay alındı (EK-6). Araştırmanın uygulanabilmesi için araştırma yapılacak olan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve ocuk Hastalıkları Hastanesi'nden yazılı izin alındı (EK-7). Kullanılan leklerin sahiplerinden ölçek izinleri alındı (EK-8).

Araştırma kapsamına alınan bireylere; çalışmanın amacı, uygulama yöntemi, süresi ve elde edilmesi planlanan sonuçlar hakkında bilgi verilerek "isteklilik, gönüllülük" prensibi dikkate alınarak araştırmaya katılmaları için sözlü ve yazılı onamları alındı (EK-1).

Araştırmaya katılmayı kabul edip etmeme konusunda 6zg6r oldukları, istedikleri takdirde araştırmadan çekilebilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve “otonomi” ilkesine saygı dikkat edildi.

Bireylerden alınan kişisel bilgilerin araştırma dışında hiç kimse ile paylaşılmayacağı veya bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda teminat verilip “sadaikat-gizlilik” ilkesine bağlı kalınarak veriler toplandı.



4. BULGULAR

Bu bölümde DEHB tanılı çocuğa sahip annenin ve çocuğunun sosyodemografik verileri, Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları, ölçekler arasındaki korelasyon ve sosyodemografik verilerle ölçeklerin toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmaları yer almaktadır.

Tablo 1. DEHB Tanılı Çocuğun Sosyodemografik Özellikleri (n=163)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
DEHB tanılı çocuğun kontrollere düzenli gelme durumu		
Evet	103	63.2
Hayır	60	36.8
DEHB tanılı çocuğun okul başarı durumu		
Başarılı	42	25.8
Orta	59	36.2
Başarısız	32	19.6
Okula gitmiyor	30	18.4
DEHB tanılı çocuğun çevre uyumu		
İyi	50	30.7
Orta	66	40.5
Kötü	47	28.8

DEHB tanılı çocukların %36,8'inin kontrollere düzenli gelmediği, %19,6'sının okul başarı durumlarının başarısız olduğu, %28,8'inin ise çevre uyumlarının kötü olduğu belirlendi.

Tablo 2. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin ve Eşinin Sosyodemografik Özellikleri (n=163)

Annenin yaşı	n	%
18-24	10	6.1
25-29	37	22.7
30-34	49	30.1
35-39	33	20.2
40 ve üzeri	34	20.9
Annenin medeni durumu		
Evli	153	93.9
Bekâr (Dul, Boşanmış, Ayrı yaşıyor)	10	6.1
Annenin çocuk sayısı		
1	21	12.8
2	56	34.4
3	50	30.7
4 ve üzeri	36	22.1
Annenin eğitim durumu		
Okuryazar değil	4	2.5
İlkokul	80	49.1
Ortaokul	29	17.8
Lise	25	15.3
Üniversite	25	15.3
Annenin mesleği		
Ev hanımı	135	82.8
Özel sektör çalışanı	10	6.1
Kamu çalışanı	18	11.0

Tablo 2. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin ve Eşinin Sosyodemografik Özellikleri (n=163) (Tablo 2'nin devamı 1)

Annenin gelir durumu	n	%
Gelirim yok	124	76.1
0-1300₺	13	8.0
1301₺-3000₺	10	6.1
3001₺ ve üzeri	16	9.8
Eşinin eğitim durumu		
Okuryazar değil	3	1.8
İlkokul	62	38.0
Ortaokul	29	17.8
Lise	36	22.1
Üniversite	33	20.1
Eşinin yaşı		
18-24	0	0.0
25-29	15	9.2
30-34	40	24.5
35-39	50	30.7
40 ve üzeri	58	35.6
Eşinin mesleği		
Yok	4	2.5
Özel sektör çalışanı	46	28.2
Serbest meslek	86	52.8
Kamu çalışanı	27	16.6
Eşinin gelir durumu		
Geliri yok	8	4.9
0-1300₺	27	16.6
1301₺-3000₺	96	58.9
3001₺ ve üzeri	32	19.6

Tablo 2. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin ve Eşinin Sosyodemografik Özellikleri (n=163) (Tablo 2'nin devamı 2)

Ailenin sosyal güvencesi	n	%
Var	125	76.7
Yok	38	23.3
Ailenin yaşadığı bölge		
İl	155	95.1
İlçe	8	4.9
Aile yapısı		
Çekirdek aile	147	90.2
Geniş aile	16	9.8
Annenin sigara/alkol kullanımı		
Evet	37	22.7
Hayır	126	77.3
Annenin DEHB tanılı olma durumu		
Evet	11	6.7
Hayır	152	93.3
Eşinin DEHB tanılı olma durumu		
Evet	16	9.8
Hayır	147	90.2
Ailedeki diğer çocukların DEHB tanılı olma durumu		
Evet	28	17.2
Hayır	135	82.8
Annenin ruhsal hastalık durumu		
Var	45	27.6
Yok	118	72.4

Tablo 2. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin ve Eşinin Sosyodemografik Özellikleri (n=163) (Tablo 2'nin devamı 3)

Ruhsal hastalığın tanısı	n	%
Hastalık yok	119	73.0
Depresyon	26	16.0
Anksiyete Bozukluğu	18	11.0
Annenin çocuğun durumu ile ilgili kendi için psikolojik destek alma durumu		
Evet	47	28.8
Hayır	116	71.2
Annenin çocuğun durumu için psikolog, özel eğitimci, psikolojik danışman, ruh sağlığı uzmanına başvuru durumu		
Evet	152	93.3
Hayır	11	6.7
Annenin çocuğu ile boş vakitlerini geçirme durumu		
Oyun oynayarak	55	33.74
Kitap okuyarak	13	7.97
Çizgi film- TV izleyerek	41	25.15
Diğer (Yemek yaparak, sohbet ederek, zaman ayıramayarak vb.)	54	33.12

Tablo 2 incelendiğinde DEHB tanılı çocuğu olan annelerin %30.1'inin 30-34 yaş aralığında olduğu, %6.1'inin bekar (dul,boşanmış,ayrı yaşıyor) olduğu, %34.4'ünün 2 tane çocuk sahibi oldukları belirlendi. Annelerin %49.1'inin ilkokul mezunu olduğu, %82.8'inin ev hanımı olduğu, %76.1'inin ise kendine ait gelirinin olmadığı, %22.7'sinin sigara/alkol kullandıkları saptandı. Eşlerinin %38.0'ının ilkokul mezunu olduğu, %35.6'sının 40 ve üzeri yaşlarda olduğu, %52.8'inin serbest meslek sahibi olduğu, %58.9'unun gelirinin 1300₺-3000₺ arasında olduğu belirlendi. Ailelerin %23.3 'ünün sosyal güvencelerinin olmadığı, %4.9'unun ilçede yaşadıkları ve %9.8'inin geniş aile yapısına sahip oldukları tespit edildi. Annelerin %6.7'sinin, eşlerinin %9.8'inin DEHB tanılı olduğu, diğer çocuklarında DEHB görülme oranının ise %17.2 olduğu saptandı. Annelerin %27.6'sında ruhsal hastalık bulunduğu, ruhsal hastalığı bulunan

annelerin %16'sında depresyon, %11'inde ise anksiyete bozukluğu bulunduğu belirlendi. Annelerin %71.2'sinin çocuğunun durumu ile ilgili kendileri için psikolojik destek almadığı, %6.7'sinin çocuğunun durumu ile için uzmana başvurmadığı saptandı. Annelerin %33.74'ünün ise çocuğu ile boş vakitlerini oyun oynayarak geçirdiği belirlendi.

Tablo 3. DEHB Tanılı Çocuğun Yaşı, Çocuğun Tanı Aldığı Yaş ve Annenin Evlenme Yaş Ortalamaları

Değişkenler	Min-max	Ort-std
Çocuğun yaşı	3-17	8.13±3.49
Çocuğun tanı aldığı yaş	2-15	6.52±2.84
Annenin evlenme yaşı	15-36	20.93±4.15

Tablo 3. incelendiğinde DEHB tanılı çocukların şimdiki yaş ortalama puanlarının 8.13±3.49 (min=3, max=17) olduğu, çocukların tanı aldığı yaş ortalama puanlarının ise 6.52±2.84 (min=2,max=15) olduğu saptandı. DEHB tanılı çocuğu olan annelerin evlenme yaş ortalama puanları ise 20.93±4.15(min=15, max=36) olarak belirlendi.

Tablo 4. Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları

Ölçekler	Min-Max	Ort-Std
Zung Depresyon Ölçeği Ham	24.00-73.00	40.56±8.93
Zung Depresyon Ölçeği SD	30.00-91.25	50.70±11.17
Beck Anksiyete Ölçeği	1.00-57.00	17.41±11.05
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	48.00-157.00	116.68±19.74

Tablo 4.'de DEHB tanılı çocuğu olan annelerin Zung Depresyon Ölçeği Ham (Ham ölçek toplam puanı) toplam puan ortalaması 40.56±8.93 (min=24.00, max=73.00), Zung Depresyon Ölçeği SD (ölçek toplam puanının 100'lük sisteme dönüştürülmüş puanı) toplam puan ortalaması 50.70±11.17 (min=30.00, max=91.25) olarak belirlendi. Annelerin Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) toplam puan ortalaması 17.41±11.05

(min=1.00, max=57.00) olarak saptandı. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) toplam puan ortalaması ise 116.68 ± 19.74 (min=48.00, max=157.00) olduğu tespit edildi.

Tablo 5. Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon

Ölçekler	Korelasyon değerleri	Zung Depresyon Ölçeği	Beck Anksiyete Ölçeği	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
Zung Depresyon Ölçeği	r	1.000	0.635**	-0.572**
	p		0.001	0.001
Beck Anksiyete Ölçeği	r		1.000	-0.382**
	p			0.001

p: Spearman korelasyon katsayısı, ** p = 0.001 düzeyinde anlamlı, * p=0.005 düzeyinde anlamlı (0.2-0.4 arası r zayıf ilişki, 0.4-0.6 arası r orta düzeyde ilişki, 0.6 ve üzeri güçlü, 0.8 ise çok güçlü ilişkiyi göstermektedir.)

Zung Depresyon Ölçeği ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında pozitif yönde güçlü bir anlamlı korelasyon saptandı ($r=0.635$, $p=0.001$). Zung Depresyon Ölçeği ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği arasında negatif yönde orta şiddette bir anlamlı korelasyon belirlendi ($r=-0.572$, $p=0.001$). Beck Anksiyete Ölçeği ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği arasında negatif yönde orta şiddette bir anlamlı korelasyon olduğu tespit edildi ($r=-0.382$, $p=0.001$).

Tablo 6. DEHB Tanılı Çocuğun Yaşı, Tanı Aldığı Yaş ve Anne Evlenme Yaşına Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon

Ölçekler	Korelasyon değerleri	Yaş	Tanı yaşı	Anne evlenme yaşı
Zung Depresyon Ölçeği SD	r	-0.007	-0.028	0.018
	p	0.931	0.723	0.821
Beck Anksiyete Ölçeği	r	-0.001	0.040	-0.125
	p	0.991	0.613	0.111
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	r	-0.61	-0.063	0.207**
	p	0.438	0.424	0.008

p: Spearman korelasyon katsayısı, ** p= 0.001 düzeyinde anlamlı, * p=0.005 düzeyinde anlamlı

(0.2-0.4 arası r zayıf ilişki, 0.4-0.6 arası r orta düzeyde ilişki, 0.6 ve üzeri güçlü, 0.8 ise çok güçlü ilişkiyi göstermektedir)

Tablo 6.'da DEHB tanılı çocuğun yaşı, tanı aldığı yaş ve anne evlenme yaşı ile Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde sadece anne evlenme yaşı ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği arasında pozitif yönde zayıf bir anlamlı korelasyon olduğu saptandı ($r=0.207$, $p=0.008$).

Tablo 7. DEHB Tanılı Çocuğun Çevre Uyumuna Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çocuğun Çevre Uyumunu	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
İyi	50	30.7	45.92±8.42	14.06±10.15	120.06±15.37
Orta	66	40.5	50.89±11.77	17.59±11.71	118.40±19.96
Kötü	47	28.8	55.53±10.93	20.72±10.14	110.68±22.46
İstatistiksel Değerler			f=9.962 p=0.001***	f=4.613 p=0.011*	f=3.243 p=0.042*

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 (ANOVA testi)

Tablo 7.'de DEHB tanılı çocukların %28.8'inin çevre ile uyumlarının kötü olduğu saptandı. Çocuğunun çevre ile uyumu kötü olan DEHB tanılı çocuğu olan annelerin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 55.53±10.93, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 20.72±10.14, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması ise 110.68±22.46 olduğu tespit edildi. DEHB tanılı çocuğun çevre uyumu ile annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda çevre uyumu kötü olan DEHB tanılı çocukların annelerinin çevre uyumu iyi ve orta olan çocukların annelerine göre Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi ($p=0.000$). Aynı zamanda çevre uyumu kötü olan çocukların annelerinin Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0.003$), Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam

puan ortalamasının ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı (p=0.042).

Tablo 8. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Ruhsal Hastalık Durumuna Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Annenin Ruhsal Hastalık Durumu	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
Var	45	27.6	56.22±12.03	23.93±10.55	106.60±20.33
Yok	118	72.4	48.60±10.11	14.92±10.23	120.53±18.17
İstatistiksel değerler			z=-3.708 p=0.001***	z=-5.333 p=0.001***	z=-4.106 p=0.001***

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 (Mann Whitney U testi)

Tablo 8. incelendiğinde annelerin %27.6'sında ruhsal hastalık olduğu saptandı. Ruhsal hastalığı olan annelerin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 56.22±12.03, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 23.93±10.55 ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 106.60±20.33 olarak belirlendi. DEHB tanılı çocuğu olan annenin ruhsal hastalık durumu ile annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı (p<0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda ruhsal hastalığı olan annelerin ruhsal hastalığı olmayan annelere göre Zung Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi(p=0.001). Ruhsal hastalığı olmayan annelerin ruhsal hastalığı olan annelere göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamalarının ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi (p=0.001).

Tablo 9. DEHB Tanılı Çocukların Okul Başarı Durumlarına Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çocuğun Okul Başarı Durumu	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
Başarılı	42	25.8	48.21±11.55	17.33±12.67	120.45±16.96
Orta	59	36.2	50.95±10.38	17.59±10.16	116.18±15.90
Başarısız	32	19.6	54.60±11.74	18.59±11.80	110.06±21.91
İstatistiksel değerler			$\chi^2=6.093$ p=0.048*	$\chi^2=0.519$ p=0.772	$\chi^2=3.084$ p=0.049*

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 (ANOVA, Kruskal Wallis testi)

Tablo 9.'a bakıldığında DEHB tanılı çocukların %19.6'sının başarısız olduğu belirlendi. Başarısız olan DEHB tanılı çocukların annelerinin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 54.60±11.74, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 18.59±11.80, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 110.06±21.91 olduğu tespit edildi. DEHB tanılı çocukların okul başarı durumları ile annelerin Zung Depresyon Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (p<0.05). DEHB tanılı çocukların okul başarı durumu ile annelerin Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda okul başarısı düşük olan çocukların annelerinin okul başarı yüksek olan çocukların annelerine göre Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamasının daha yüksek (p=0.014) ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamasının düşük olduğu belirlendi (p=0.014).

Tablo 10. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Eşinin DEHB Tanılı Olma Durumuna Göre Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Eşinin DEHB Tanılı Olma Durumu	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
Evet	16	9.8	57.81±11.44	21.00±13.88	106.75±24.98
Hayır	147	90.2	49.93±10.90	17.92±10.68	117.76±18.87
İstatistiksel değerler			z=-2.666 p=0.008*	z=-0.927 p=0.354	z=2.143 p=0.034*

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 (Student t, Mann Whitney U testi)

Tablo 10. incelendiğinde DEHB tanılı çocuğu olan annelerin eşlerinin %9.8'inde DEHB tanısı olduğu saptandı. DEHB tanılı eş ve çocuğu sahip annelerin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 57.81±11.44, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 21.00±13.88 ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 106.75±24.98 olarak belirlendi. Zung Depresyon Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (p<0.05). DEHB tanılı çocuğu olan babanın DEHB tanılı olma durumu ile annelerin Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda eşi ve çocuğunda DEHB tanısı olan annelerin diğer annelere göre Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0.008). Annelerin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamasının ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edildi (p=0.034).

Tablo 11. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Çocuğunun Durumu ile İlgili Kendi İçin Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Anninin Çocuğunun Durumu ile İlgili Kendi İçin Psikolojik Destek Alma Durumu	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
Evet	47	28.8	54.28±12.86	22.68±12.59	115.44±24.17
Hayır	116	71.2	49.25±10.11	15.27±9.63	117.18±17.73
İstatistiksel değerler			z=-2.369 p=0.018*	z=-3.786 p=0.001***	z=-0.082 p=0.934

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 (Mann Whitney U testi)

Tablo 11. incelendiğinde annelerin %71.2'sinin çocuğunun durumu ile ilgili kendi için psikolojik destek almadığı tespit edildi. Çocuğunun durumu ile ilgili psikolojik destek almayan annelerin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 49.25±10.11, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 15.27±9.63 ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 117.18±17.73 olarak belirlendi. DEHB tanılı çocuğu olan çocuğunun durumu ile ilgili psikolojik destek alan annelerin Zung Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (p<0.05). DEHB tanılı çocuğu olan annenin çocuğunun durumu ile ilgili psikolojik destek alan annelerin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda çocuğunun durumu ile ilgili psikolojik destek alan annelerin almayan annelere göre Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması (p=0.018) ve Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması (p=0.001) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı.

Tablo 12. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Eşinin Gelir Durumuna Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Eşinin Gelir Durumu	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
Geliri yok	8	4.9	59.21±10.56	24.12±12.48	107.50±16.66
0-1300 ₺	27	16.6	52.54±9.63	19.55±11.53	112.14±18.50
1301-3000 ₺	96	58.9	50.82±11.42	17.14±10.93	115.14±19.41
3001₺ ve üzeri	32	19.6	46.67±10.51	14.71±10.10	127.43±19.11
İstatistiksel değerler			$\chi^2=9.772$ p=0.021*	$\chi^2=6.045$ p=0.109	$\chi^2=12.205$ p=0.007*

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 (Kruskal Wallis Testi)

Tablo 12'ye bakıldığında DEHB tanılı çocuğu olan annelerin eşinin gelir düzeylerinin %58.9 oranında 1301-3000₺ olduğu tespit edildi. Eşinin gelir durumu 1301-3000₺ olan DEHB tanılı çocuğu olan annelerin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 50.82±11.42, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 17.14±10.93 ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 115.14±19.41 olarak belirlendi. DEHB tanılı çocuğu olan annenin eşinin gelir durumu ile annelerin Zung Depresyon Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (p<0.05). Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda eşinin geliri olmayan DEHB tanılı çocuğu olan annelerin eşinin gelir durumu 1301-3000₺ (p=0.038) ve 3001₺ ve üzeri (p=0.005) olan annelere oranla Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi. Eşinin gelir durumu 3001 ve üzeri olan DEHB tanılı çocukların annelerinin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları 0-1300₺ (p=0.004) ve 1301- 3000₺ (p=0.003) olan annelere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Tablo 13. DEHB Tanılı Çocuğun Aile Yapısına Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Aile Yapısı	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
Çekirdek aile	147	90.2	49.86±10.98	16.61±10.85	117.87±19.21
Geniş aile	16	9.8	58.43±10.11	24.68±10.47	105.81±21.84
İstatistiksel değerler			z=-2.903 p=0.004*	z=-3.023 p=0.003*	z=-1.922 p=0.055

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 (Mann Whitney U testi)

Tablo 13'te annelerin %9.8'inin geniş aile yapısına sahip olduğu saptandı. Geniş aile yapısına sahip olan DEHB tanılı çocuğu olan annelerin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 58.43±10.11, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 24.68±10.47 ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması ise 105.81±21.84 olarak belirlendi. DEHB tanılı çocuğun aile yapısı ile annelerin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamaları ve Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (p<0.05). Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda geniş aile yapısına sahip olan annelerin çekirdek aile sahibi olan annelere oranla Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması (p=0.004) ve Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalamasının (p=0.003) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi. Geniş aile yapısına sahip annelerin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamalarının ise çekirdek aile yapısına sahip anneler göre düşük olduğu belirlendi.

Tablo 14. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annelerin Eğitim Durumlarına Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Annelerin Durumu	Eğitim	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
Okuryazar değil+ilkokul		84	51.6	52.11±11.51	18.21±10.62	111.25±17.79
Ortaokul		29	17.8	52.11±10.65	20.31±13.55	113.68±16.33
Lise		25	15.3	47.15±9.96	14.44±8.14	122.44±17.51
Üniversite		25	15.3	47.90±11.02	14.32±11.03	132.68±22.43
İstatistiksel değerler				$\chi^2=4.344$ p=0.227	$\chi^2=6.358$ p=0.095	$\chi^2=29.562$ p=0.001***

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 (Kruskal Wallis testi)

Tablo 14'te DEHB tanılı çocuğu olan annelerin %51.6'sının eğitim durumlarının okuryazar değil+ ilkokul olduğu belirlendi. Eğitim durumu okuryazar değil+ ilkokul olan annelerin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 52.11±11.51, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 18.21±10.62 ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 111.25±17.79 olarak saptandı. DEHB tanılı çocuğun anne eğitim durumu ile annenin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (p<0.05). DEHB tanılı çocuğun anne eğitim durumu ile annenin Zung Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda eğitim düzeyi üniversite olan annelerin eğitim düzeyi okuryazar değil +ilkokul, ortaokul olan annelere göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0.000).

Tablo 15. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annelerin Gelir Durumlarına Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Annelerin Gelir Durumu	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
Geliri yok	124	76.1	51.63±10.43	17.58±10.11	112.55±18.50
0-1300	13	8.0	49.61±12.91	20.38±14.85	123.15±17.16
1301-3000	10	6.1	50.75±17.40	16.00±15.94	124.10±19.22
3001 ve üzeri	16	9.8	44.37±9.42	14.56±11.55	138.81±14.46
İstatistiksel değerler			$\chi^2=6.572$ p=0.087	$\chi^2=3.523$ p=0.318	$\chi^2=27.528$ p=0.001***

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 (Kruskal Wallis testi)

Tablo 15'te DEHB tanılı çocuğu olan annelerin %76.1'inin kendilerine ait gelirlerinin olmadığı tespit edildi. Kendine ait geliri olmayan annelerin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 51.63±10.43, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 17.58±10.11 ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 112.55±18.50 olarak belirlendi. DEHB tanılı çocuğun anne gelir durumu ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (p<0.05). DEHB tanılı çocuğun anne gelir durumu ile annenin Zung Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda gelir düzeyi 3001₺ ve üzeri olan annelerin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması geliri olmayan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0.000).

Tablo 16. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Çocuğu İçin Psikolog, Özel Eğitimci, Psikolojik Danışman, Çocuk Ruh Sağlığı Uzmanına Başvurma Durumlarına Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Annenin Çocuğu İçin Psikolog, Özel Eğitimci, Psikolojik Danışman, Çocuk Ruh Sağlığı Uzmanına Başvurma Durumu	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
Evet	152	93.3	50.95±11.02	17.76±10.87	116.65±20.19
Hayır	11	6.7	47.27±13.14	12.59±12.82	117.09±12.56
İstatistiksel değerler			z=-1.059 p=0.289	z=-2.109 p=0.035*	z=-0.007 p=0.995

*p<0.005, **p<0.01, ***p<0.001 (Mann Whitney U testi)

Tablo 16’da DEHB tanılı çocuğu olan annelerin %6.7’sinin çocuğu için psikolog, özel eğitimci, psikolojik danışman, çocuk ruh sağlığı uzmanına başvurmadığı saptandı. Çocuğu için psikolog, özel eğitimci, psikolojik danışman, çocuk ruh sağlığı uzmanına başvurmayan annelerin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 47.27±13.14, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 12.59±12.82 ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 117.09±12.56 olarak belirlendi. DEHB tanılı çocuğu olan annenin çocuğu için psikolog, özel eğitimci, psikolojik danışman, çocuk ruh sağlığı uzmanına başvurma durumu ile annelerin Beck Anksiyete Ölçeği karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (p<0.05). DEHB tanılı çocuğu olan annenin çocuğu için psikolog, özel eğitimci, psikolojik danışman, çocuk ruh sağlığı uzmanına başvurma durumu ile annelerin Zung Depresyon Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu (p>0.05). Çocuğu için psikolog, özel eğitimci, psikolojik danışman, çocuk ruh sağlığı uzmanına başvuran annelerin başvurmayan annelere oranla Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi (p=0.035).

Tablo 17. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Mesleğine Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Annelerin Mesleği	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
Ev hanımı	135	82.8	51.39±10.65	17.82±10.56	113.63±18.20
Özel sektör çalışanı	10	6.1	53.00±15.87	19.20±15.76	120.70±25.10
Kamu çalışanı	18	11.0	44.23±10.50	13.33±11.48	137.33±15.33
İstatistiksel değerler			$\chi^2 = 5.969$ p=0.051	$\chi^2 = 4.570$ p=0.102	$\chi^2 = 22.881$ p=0.001*

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 (Kruskal Wallis testi)

Tablo 17’de annelerin %82.8’inin ev hanımı olduğu belirlendi. Ev hanımı olan DEHB tanılı çocuğu olan annelerin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 51.39±10.65, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 17.82±10.56 ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 113.63±18.20 olarak saptandı. DEHB tanılı çocuğun anne mesleği ile annenin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (p<0.05). DEHB tanılı çocuğun anne mesleği ile annenin Zung Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda kamu çalışanı olan annelerin ev hanımı olan annelere göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak belirlendi (p=0.000). Aynı şekilde özel sektör çalışanı olan annelerin kamu çalışanı olan annelere göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu (p=0.048).

Tablo 18. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Eşinin Eğitim Durumuna Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Eşinin Eğitim Durumu	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
Okuryazar değil+ilkokul	65	39.8	51.65±10.55	17.84±10.41	109.69±19.24
Ortaokul	29	17.8	49.48±10.20	16.79±10.08	120.41±15.07
Lise	36	22.1	51.84±12.43	18.97±13.42	119.97±18.05
Üniversite	33	20.2	48.67±11.84	15.39±10.39	123.60±22.44
İstatistiksel değerler			$\chi^2 = 2.015$ p=0.569	$\chi^2 = 2.005$ p=0.571	$\chi^2 = 13.901$ p=0.003*

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 (Kruskal Wallis testi)

Tablo 18’de DEHB tanılı çocuğu olan annelerin eşlerinin %39.8’inin eğitim durumlarının okuryazar değil+ ilkokul olduğu belirlendi. Eşinin eğitim durumu okuryazar değil+ ilkokul olan DEHB tanılı çocuğun annelerinin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 51.65±10.55, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 17.84±10.41 ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 109.69±19.24 olarak saptandı. DEHB tanılı çocuğu olan annenin eşinin eğitim durumu ile annenin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (p<0.05). DEHB tanılı çocuğu olan annenin eşinin eğitim durumu ile annenin Zung Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda eşinin eğitim düzeyi üniversite olan DEHB tanılı çocuğu olan annelerin eşinin eğitim düzeyi okuryazar değil+ ilkokul olan annelere göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi (p=0.001).

Tablo 19. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annelerin Ruhsal Hastalık Tanısına Göre Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Annelerin Ruhsal Hastalık Tanısı	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
Depresyon	26	16.0	58.94±12.04	24.46±10.65	100.34±19.56
Anksiyete bozukluğu	18	11.0	51.87±11.25	23.11±10.95	116.11±18.64
İstatistiksel değerler			t=1.965 p=0.056	t=-0.765 p=0.444	t=0.408 p=0.011*

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 (Student t, Mann Whitney U testi)

Tablo 19’da ruhsal hastalığı olan annelerin %16.0’ında depresyon tanısı, %11.0’ında ise anksiyete bozukluğu tanısı olduğu saptandı. Tanısı depresyon olan annelerin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 58.94±12.04, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 24.46±10.65 ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 100.34±19.56 olarak belirlendi. Tanısı anksiyete bozukluğu olan annelerin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 51.87±11.25, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 23.11±10.95 ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 116.11±18.64 olarak belirlendi. DEHB tanılı çocuğu olan annenin ruhsal hastalık tanısı ile annelerin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (p<0.05). DEHB tanılı çocuğu olan annenin ruhsal hastalık tanısı ile annelerin Zung Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda tanısı anksiyete bozukluğu olan annelerin tanısı depresyon olan annelere göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edildi(p=0.011).

Tablo 20. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Eşinin Yaşına Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Eşinin Yaşı	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
18-24	0	0	-	-	-
25-29	15	9.2	50.66±8.88	16.00±10.07	122.33±16.48
30-34	40	24.5	51.75±11.02	19.60±13.08	115.17±19.63
35-39	50	30.7	52.27±11.98	18.44±11.68	111.08±22.63
40 ve üzeri	58	35.6	48.64±11.02	15.37±8.88	121.10±17.41
İstatistiksel değerler			$\chi^2=4.433$ p=0.218	$\chi^2=2.404$ p=0.493	$\chi^2=7.953$ p=0.047*

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 (Kruskal Wallis testi)

Tablo 20’de DEHB tanılı çocuğu olan annelerin eşlerinin %35.6 oranında 40 ve üzeri yaşlarda olduğu belirlendi. Eşlerinin yaş aralığı 40 ve üzeri olan çocukların annelerinin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 48.64±11.02, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 15.37±8.88 ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 121.10±17.41 olarak saptandı. DEHB tanılı çocuğu olan annelerin eşlerinin yaşı ile annenin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (p<0.05). DEHB tanılı çocuğun baba yaşı ile annenin Zung Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu (p>0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda eşlerinin yaş aralığı 35-39 ve 40 ve üzeri olan DEHB tanılı çocuğu olan annelerin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamasının diğer yaş aralığındaki eşlere sahip DEHB tanılı çocuğu olan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi (p=0.047).

Tablo 21. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Sigara/Alkol Kullanma Durumlarına Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Annelerin Sigara/Alkol Kullanma Durumu	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
Evet	37	22.7	55.37±11.75	18.89±10.42	112.35±18.91
Hayır	126	77.3	49.33±10.66	16.97±11.23	117.96±19.87
İstatistiksel değerler			z=-2.841 p=0.004*	z=-1.233 p=0.218	z=-1.648 p=0.099

*p<0.005, **p<0.01, ***p<0.001 (Mann Whitney U testi)

Tablo 21.'de annelerin %22.7'sinin sigara/alkol kullandığı saptandı. Sigara/alkol kullanan annelerin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 55.37±11.75, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 18.89±10.42 ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 112.35±18.91 olarak belirlendi. DEHB tanılı çocuğu olan annelerin sigara/alkol kullanma durumları ile annelerin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (p<0.05). DEHB tanılı çocuğu olan annelerin sigara/alkol kullanma durumları ile annelerin Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu (p>0.05). Yapılan ileri analiz sonucuna göre sigara/alkol kullanan annelerin kullanmayan annelere oranla Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi (p=0.004).

Tablo 22. DEHB Tanılı Çocukların Kontrollere Düzenli Olarak Gelme Durumlarına Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kontrollere Düzenli Olarak Gelme Durumu	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
Evet	103	63.2	51.08±10.82	18.41±11.27	118.63±1973
Hayır	60	36.8	50.06±11.82	15.7±10.54	113.35±19.48
İstatiksel Değerler			z=-0.828 p=0.408	z=-1.605 p=0.109	z=-1.445 p=0.148

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 (Mann Whitney U testi)

Tablo 22’de annelerin DEHB tanılı çocuklarının %63.2’sinin kontrollere düzenli geldiği saptandı. Kontrollere düzenli gelen DEHB tanılı çocukların annelerinin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 51.08±10.82, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 18.41±11.27, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 118.63±19.73 olarak belirlendi. Kontrollere düzenli olarak gelen ile kontrollere düzenli olarak devam etmeyen DEHB tanılı çocukların annelerinin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0.05).

Tablo 23. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annelerin Yaşlarına Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Anne Yaşı	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
18-24	10	6.1	49.62±10.47	19.20±12.16	118.90±13.32
25-29	37	22.7	49.29±10.20	16.59±10.45	117.72±18.13
30-34	49	30.1	53.95±12.31	20.73±13.08	110.65±23.58
35-39	33	20.2	48.75±11.68	16.63±9.55	117.75±18.67
40 ve üzeri	34	20.9	49.77±9.65	13.73±8.37	122.55±16.30
İstatistiksel değerler			f=1.538 p=0.194	f=7.296 p=0.121	f=2.027 p=0.093

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 (ANOVA, Kruskal Wallis testi)

Tablo 23’de DEHB tanılı çocuğu olan annelerin %30.1’nin 30-34 yaş aralığında olduğu belirlendi. Yaş aralığı 30-34 arasında olan DEHB tanılı çocuğu olan annelerin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 53.95±12.31, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 20.73±13.08, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamasının ise 110.65±23.58 olarak belirlendi. DEHB tanılı çocuğu olan annelerin yaşları ile Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0.05).

Tablo 24. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annelerin Medeni Durumlarına Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Anne Medeni Durumu	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
Evli	153	93.9	50.41±11.12	17.29±10.9	116.75±19.81
Bekar (Dul,Boşanmış,Ayrı yaşıyor)	10	6.1	55.25±11.54	19.3±13.74	115.8±19.75
İstatistiksel değerler			z=-1.284 p=0.199	z=-0.228 p=0.819	z=-0.142 p=0.887

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 (Mann Whitney U testi)

DEHB tanılı çocuğu olan annelerin %93.9' unun evli olduğu saptandı. Medeni durumu evli olan DEHB tanılı çocuğu olan annelerin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 50.41±11.12, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 17.29±10.9, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamasının ise 116.75±19.81 olarak belirlendi. DEHB tanılı çocuğu olan annelerin medeni durumları ile Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0.05).

Tablo 25. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annelerin Çocuk Sayılarına Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Annelerin Çocuk Sayısı	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
1	21	12.9	50.71±10.69	16.19±12.60	119.33±23.10
2	56	34.4	49.01±9.83	18.21±11.27	120.91±18.05
3	50	30.7	51.55±11.98	15.56±9.76	113.12±20.09
4 ve 4'ten fazla	36	22.1	52.15±12.32	19.44±11.42	113.52±18.98
İstatistiksel değerler			f=0.719 p=0.542	f=4.111 p=0.250	f=1.860 p=0.138

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 (ANOVA, Kruskal Wallis testi)

Tablo 25'de DEHB tanılı çocuğu olan annelerin %34.4'ünün çocuk sayısının 2 olduğu tespit edildi. Çocuk sayısı 2 olan DEHB tanılı çocuğu olan annelerin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 49.01±9.83, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 18.21±11.27 ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 120.91±18.05 olarak belirlendi. DEHB tanılı çocuğu olan annelerin çocuk sayıları ile Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0.05).

Tablo 26. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annelerin Eşlerinin Mesleğine Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Annelerin Eşlerinin Mesleği	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
Yok	4	2.5	51.25±10.05	23.75±16.52	114.75±7.93
Özel sektör çalışanı	46	28.2	50.54±9.60	18.23±10.10	119.15±19.35
Serbest meslek çalışanı	86	52.8	51.01±11.79	17.38±11.59	113.59±19.55
Kamu çalışanı	27	16.6	49.90±12.27	15.14±10.04	122.62±21.05
İstatistiksel değerler			$\chi^2=0.125$ p=0.989	$\chi^2=2.188$ p=0.534	$\chi^2=4.876$ p=0.181

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 (Kruskal Wallis testi)

Tablo 26’da DEHB tanılı çocuğu olan annelerin eşlerinin %52.8 oranında serbest meslek çalışanı olduğu saptandı. Eşlerinin mesleği serbest meslek olan DEHB tanılı çocukların annelerinin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 51.01±11.79, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 17.38±11.59 ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 113.59±19.55 olarak belirlendi. DEHB tanılı çocuğu olan annelerin eşlerinin mesleği ile annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0.05).

Tablo 27. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Ailenin Sosyal Güvence Durumlarına Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ailenin Sosyal Güvence Durumu	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
Var	125	76.7	50.29±10.79	17.16±10.33	118.54±19.60
Yok	38	23.3	52.07±12.39	18.21±13.26	110.57±19.20
İstatistiksel değerler			z=-0.471 p=0.637	z=-0.063 p=0.950	z=-1.873 p=0.061

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 (Mann Whitney U testi)

Tablo 27’de annelerin %23.3’ünün sosyal güvencelerinin olmadığı saptandı. Sosyal güvencesi olmayan annelerin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 52.07±12.39, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 18.21±13.26 ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 110.57±19.20 olarak belirlendi. DEHB tanılı çocuğu olan ailelerin sosyal güvence durumları ile annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0.05).

Tablo 28. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Ailenin Yaşadığı Bölgeye Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ailenin Yaşadığı Bölge	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
İl	155	95.1	50.61±11.12	17.40±11.04	116.90±19.60
İlçe	8	4.9	52.50±12.83	17.62±11.96	112.50±23.27
İstatistiksel değerler			z=-0.704	z=-0.019	z=-0.530
			p=0.482	p=0.985	p=0.596

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 (Mann Whitney U testi)

Tablo 28’de ailelerin %4.9’unun ilçede yaşadığı belirlendi. İlçede yaşayan annelerin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 52.50±12.83, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 17.62±11.96 ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamasının ise 112.50±23.27 olduğu belirlendi. DEHB tanılı çocuğu olan ailelerin yaşadığı bölge ile annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0.05).

Tablo 29. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin DEHB Tanılı Olma Durumuna Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Annelerin DEHB Tanılı Olma Durumu	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
Evet	11	6.7	57.95±15.79	24.45±17.21	113.72±22.81
Hayır	152	93.3	50.18±10.64	16.90±10.37	116.90±19.57
İstatistiksel değerler			z=-1.612 p=0.107	z=-1.407 p=0.159	z=-0.546 p=0.585

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 (Mann Whitney U testi)

Tablo 29’da annelerin %6.7’sinde DEHB tanısı olduğu belirlendi. DEHB tanısı olan annelerin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 57.95±15.79, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 24.45±17.21 ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 113.72±22.81 olarak saptandı. DEHB tanılı çocuğu olan annenin DEHB tanılı olma durumu ile annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu (p>0.05).

Tablo 30. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Ailenin Diğer Çocuklarının DEHB Tanılı Olma Durumlarına Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ailenin Diğer Çocuklarının DEHB Tanılı Olma Durumu	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
Evet	28	17.2	52.14±10.89	17.25±8.47	110.92±21.37
Hayır	135	82.8	50.40±11.24	17.44±11.54	117.88±19.25
İstatistiksel değerler			z=-0.733 p=0.463	z=-0.561 p=0.575	z=-1.679 p=0.093

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 (Mann Whitney U testi)

Tablo 30’da DEHB tanılı çocuğu olan ailenin %17.2’sinin diğer çocuklarında da DEHB tanısı olduğu saptandı. Diğer çocuklarında da DEHB tanısı olan annelerin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 52.14±10.89, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 17.25±8.47 ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 110.92±21.37 olarak belirlendi. DEHB tanılı çocuğu olan ailenin diğer çocuklarının DEHB tanılı olma durumu ile annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0.05$).

Tablo 31. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Çocuğuyla Boş Vakitlerini Geçirme Durumuna Göre Annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Annenin Çocuğuyla Boş Vakit Geçirme Durumu	n	%	Zung Depresyon Ölçeği ort±std	Beck Anksiyete Ölçeği ort±std	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ort±std
Oyun oynayarak	55	33.74	50.45±11.09	16.94±11.01	119.18±21.15
Kitap okuyarak	13	7.97	47.69±12.35	15.92±12.82	127.46±18.16
Çizgi film-TV izleyerek	41	25.15	52.10±10.24	18.56±10.59	112.31±18.37
Diğer	54	33.12	50.62±11.78	17.37±11.23	114.87±18.78
İstatistiksel değerler			$\chi^2=1.309$ $p=0.727$	$\chi^2=1.933$ $p=0.586$	$\chi^2=6.699$ $p=0.082$

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$ (Kruskal Wallis)

Tablo 31’de annelerin %33.74’ünün çocuğuyla boş vakitlerini oyun oynayarak geçirdikleri tespit edildi. Çocuğuyla boş vakitlerini oynayarak geçiren annelerin Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 50,45±11,09, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 16,94±11,01 ve Psikolojik dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları ise 119,18±21,15 olarak belirlendi. DEHB tanılı çocuğu olan annenin çocuğuyla boş vakitlerini değerlendirme durumu ile annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Dikkat eksikliği hiperkativite bozukluğu dünya genelinde çocukluk çağında en sık görülen bozukluklardan biridir (13). Çocukların yaşadıkları disraktivite, impulsif davranışlar, akademik problemler, sosyal sorunlar, ebeveynlerin özellikle de annelerin ruh sağlığını olumsuz etkileyip anksiyete ve depresyon yaşamalarına neden olurken bir yandan da annelerin psikolojik dayanıklılıklarını azaltmaktadır (22). Bu açıdan bakıldığında DEHB tanılı çocukların tedavisinin yanında annelerinde ruhsal açıdan değerlendirilmesi ve erken dönemde önlemlerin alınması önemlidir.

Bu çalışma DEHB tanılı çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 163 anne ile gerçekleştirildi.

Bu bölümde elde edilen sonuçlar ile ilgili araştırmalar karşılaştırılarak tartışıldı.

1. Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalamaları ve Arasındaki Korelasyonun Tartışılması

DEHB’li çocukların okul, aile, akran ve çevreleri ile yaşadıkları sorunlar ebeveynleri, özellikle de çocukların bakımı ile primer olarak ilgilenen kişi olan anneleri olumsuz etkileyerek annelerin stres, anksiyete ve depresyon yaşamalarına neden olabilmektedir (140,141). DEHB’li çocuğa sahip annelerin çocuklarının davranışlarını kontrol etmekte zorlandıkları, ebeveynlik tutumları konusunda kendilerini başarısız gördükleri ve çocuklarının durumlarından dolayı suçluluk hissettikleri bildirilmektedir (142). Bu çalışmada DEHB tanılı çocuğu olan annelerin depresyon puan ortalaması 50.70 ± 11.17 (min=30.00, max=91.25), anksiyete puan ortalaması 17.41 ± 11.05 (min=1.00, max=57.00) ve psikolojik dayanıklılık puan ortalaması ise 116.68 ± 19.74 (min=48.00, max=157.00) olarak saptandı. Araştırma sonuçları incelendiğinde annelerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin hafif, psikolojik dayanıklılıklarının ise iyi düzeyde olduğu belirlendi. Ölçekler arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde ise depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek olan annelerin psikolojik dayanıklılıklarının düşük olduğu saptandı. Xia W ve ark. (2015)’nin yaptığı çalışmada DEHB olan çocukların annelerinin

anksiyete ve depresif belirtileri daha çok yaşadıkları; Durukan ve ark. (2008)'nin çalışmasında DEHB'li çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu; McAuley ve ark. (2009)'nin çalışmasında ise annelerin anksiyete ve depresyon oranlarının daha fazla olduğu bildirilmiştir (143,144). Kılıç ve Şener (2005)'in çalışmasında DEHB annelerinde şimdiki zamana ilişkin psikiyatrik öyküde depresyon varlığının yüksek olduğu belirtilmiştir (145). Şimşek ve ark. (2012)'i DEHB'li çocuk annelerinin daha fazla psikiyatrik belirtiye sahip olduklarını bildirirken, Vincent Chin ve ark. (2014)'i da DEHB olan çocukların annelerinin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (6,146). Tura (2017)'nin engelli annelerinin anksiyete, depresyon ve psikolojik sağlamlılıklarını değerlendirmek için yaptığı çalışmada ise engelli çocuğu olan annelerin anksiyete ve depresyon puanlarının yüksek, psikolojik sağlamlık puan ortalamalarının düşük olduğu belirtilmiştir (147). Literatür incelemeleri sırasında DEHB tanılı çocukların annelerinin depresyon, anksiyete ve psikolojik dayanıklılıkları arasındaki korelasyonun değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Kültürümüz gereği kadın; çocuk doğurma, çocukların bakımını tek başına üstlenme, ev işleri, eş ve ailesine karşı sorumluluklar gibi kendine toplum tarafından atfedilen roller ve ondan beklentileri karşılamak durumundadır. Üstlendiği zor sorumlukların üstüne bir de DEHB gibi dikkatsizlik, dürtüsellik belirtileri gösteren sosyal açıdan sorunları olan hiperaktif bir çocuğa sahip olmanın eklenmesi annelerin ruhsal açıdan daha da zorlanmasına, anksiyete ve depresyon düzeylerinin yükselmesine neden olurken psikolojik dayanıklılıklarının azalmasına da katkı sağladığı düşünülmektedir.

2. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Depresyon, Anksiyete ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile Annenin Ruhsal Hastalık Durumları ve Ruhsal Hastalık Tanılarının Tartışılması

DEHB, aile ve özellikle anneler için önemli bir stresör olarak değerlendirilmektedir (140). Yapılan çalışmalar DEHB tanılı çocukların ailelerinde psikiyatrik problemlerin normalden daha sık olduğunu göstermektedir (141). Bu çalışmada annelerin %27.6'sında ruhsal hastalık olduğu belirlendi. Çalışma sonuçları incelendiğinde ruhsal hastalığı olan annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin ruhsal hastalığı olmayan annelere göre daha yüksek olduğu, psikolojik dayanıklılıklarının ise daha düşük düzeyde olduğu tespit edildi. DEHB tanılı bir çocuğa sahip olma sağlıklı annelerde bile ruhsal açıdan zorlanmalara neden olabilirken, psikiyatrik bozukluğu olan anneleri daha fazla

etkileyip belirtilerinin şiddetlenmesine, anksiyete ve depresyon düzeylerinin artmasına neden olabileceği düşünülmektedir. Çalışmada annelerin ruhsal hastalık tanılarını çocuklarına DEHB tanısı konulduktan sonra mı yoksa DEHB tanısı öncesinde mi aldıkları sorgulanmamıştır, bu durum çalışmanın bir sınırlılığıdır. Ancak annelerin DEHB tanısı öncesi ya da sonrasında mı tanı aldıkları bilinmese de DEHB'in anne ruhsal durumunu önemli bir derecede etkilediği, çalışmadaki sağlıklı annelerin bile anksiyete ve depresyon oranlarının azımsanamayacak düzeyde olduğu görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında DEHB'in annelerin ruhsal durumunu etkilediği ve annelerde ruhsal bozukluk görülmesi açısından bir risk faktörü olduğu görülmektedir. Ayrıca psikolojik dayanıklılığı yüksek olan annelerin anksiyete ve depresyon oranlarında düşük olduğu gözlenmektedir. Bu durumda psikolojik dayanıklılığın ruhsal hastalıkların gelişmesine karşı bir koruyucu faktör olduğu ve ruhsal hastalık görülme riskini azaltmak için psikolojik dayanıklılığı güçlendirmenin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Annelerin ruhsal bozukluk tanıları incelendiğinde ise %16 oranında depresyon, % 11 oranında anksiyete bozukluğu yaşadıkları görülmektedir. Öztürk ve ark. (2000)'ı DEHB olan çocukların annelerinin %32,5'inin majör depresif bozukluk tanısı aldığını, annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin ise yüksek olduğunu belirtmişlerdir (140). Aydın ve ark. (2006)'nın yaptığı çalışmada DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin %20.3 oranında şu anda ya da geçmişte depresyon, %1.4 bipolar bozukluk, %4.3 anksiyete bozukluğu, %4.3 somatoform bozukluk yaşadıkları bildirilmiştir (141). McCormick ve ark. (1995)'nin çalışmasında DEHB'li çocuk annelerinde %17.9 oranında majör depresyon, %20.5 oranında minör depresyon saptanmıştır (148). Karakoç Demirkaya ve ark. (2015)'nin DEHB'li olguların ailelerindeki hastalık yüküne baktığı çalışmada annelerin %15.6'sında psikiyatrik hastalık öyküsünün mevcut olduğu saptanmıştır (149). Çalışmada depresyon tanısı alan gruptaki annelerin depresyon düzeylerinin yüksek çıktığı belirlendi. Bu durum bize ölçeğin klinik depresyonun semptomları belirlemede etkili olduğunu göstermektedir.

3. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Depresyon, Anksiyete ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile Çocuğun Çevre Uyumunun Tartışılması

DEHB'li çocukların arkadaş ve akran ilişkilerinde sık sık sorunlar yaşadıkları, akranları tarafından aranan arkadaş olmadıkları, davranışsal sorunlarının yoğun olduğu ve sosyal düzene ayak uydurmakta sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir. DEHB sadece akran ve

arkadaş ilişkilerinin etkilemekle kalmayıp ebeveyn ve kardeş ilişkilerini de olumsuz etkilediği, çocuğun bakımında daha etkin rol alan anneyi ise daha fazla etkileyerek annenin ruhsal sorunlar yaşamasına neden olabildiği bildirilmektedir (150). Bu çalışmada DEHB tanılı çocukların %28.8'inin çevre uyumlarının kötü olduğu saptandı. Çocukların çevre uyumlarının kötü olmasının annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerini artırdığı, psikolojik dayanıklılıklarını ise azalttığı tespit edildi. Çakaloz ve ark.(2007)'nin yaptığı çalışmada sosyal sorunların hem DEHB hem de DEHB+KOKGB grubunda daha fazla olduğu bildirilmiştir (151). McAuley ve ark. (2009)'nin çalışmasında davranış problemleri ve çevre uyum sorunu yaşayan DEHB tanılı çocukların annelerinin daha fazla anksiyete ve depresyon yaşadıkları bildirilmiştir (142). Bu çalışma sonuçlarının yapılan diğer çalışmalarla paralellik gösterdiği görülmektedir. Çocukların çevreleri ile sürekli sorunlar yaşamaları, uygunsuz ve yıkıcı davranışları sebebiyle akranları tarafından reddedilerek dışlanmaları bir yandan çocuğun davranışsal sorunlarını artırırken diğer yandan da aile ve toplumu olumsuz yönde etkilemektedir. Çocuklarının davranışlarını kontrol edemeyen anneler kendilerini suçlama, başarısız görme ve kendini sosyal çevrelerinden geri çekme eğiliminde olabilmektedirler. Bu durum annelerin kendilerine olan güvenlerinin azalmasına, sorunlar karşısında çaresizlik yaşamalarına neden olduğu gibi psikolojik dayanıklılığı düşük olan annelerde anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunların daha yüksek oranda görülmesine katkı sağladığı düşünülmektedir.

4. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Depresyon, Anksiyete ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile Çocukların Okul Başarı Durumları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

DEHB'li çocukların öğrenme güçlükleri, akademik başarısızlık, zayıf performans ve eğitim sorunları gösterdikleri bildirilmektedir (152,153). DEHB'li çocukların ödev yapma sürelerinin uzaması, eşyalarını sık sık unutup/kaybetmesi, okulda arkadaşlarıyla sık sık tartışıp sorunlar yaşaması gibi durumlar çocuk ebeveyn ilişkilerinin bozulmasına ve annelerin ruh sağlığının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (154). Bu çalışmada DEHB tanılı çocukların okul başarı durumu incelendiğinde %19.6'sının başarısız olduğu, okul başarısı düşük olan çocukların annelerinin depresyon düzeylerinin daha yüksek, psikolojik dayanıklılık düzeylerinin ise daha düşük olduğu saptandı. Biederman ve ark. (1996)'nin yaptığı çalışmada DEHB'li çocukların, okuma

ve aritmetik başarı testlerinde düşük olduğu, sınıf tekrarlarında artışlar gösterdikleri, düzeltici akademik hizmetlerin kullanımı ve özel eğitim sınıflarına yerleştirmelerde artış gösterdikleri bildirilmiştir (155). Çakaloz ve ark. (2007)'nin yaptığı çalışmada hem DEHB hem de DEHB+KOKGB grubunda, okul başarısızlığı daha fazla saptanmıştır (151). Özyurt ve ark. (2015)'nin çalışmasında ise DEHB tanısı alan çocukların ödevlerini yapmada zorlanması, eşyalarına sahip çıkmaması, odasını yeterince düzenleyememesi, evdeki görevlerini yerine getirmede zorlanması gibi durumların annelerin ebeveynlik stresini artırıp onları kaygı düzeylerini artırdığı bildirilmektedir (154). DEHB'li çocukların derslerinde başarısızlık göstermeleri, arkadaş ve akranları ile sorunlar yaşaması okul yöneticileri ve öğretmenler tarafından şikayetlere neden olmakta ve evde ödev yapma ve ders çalışma sırasında gerginliklerin yaşanmasına neden olabilmektedir. Bu gibi durumlar karşısında anne çaresizlik yaşayabilmekte ve etkili baş etmede yetersiz kalabilmektedir. Özellikle de psikolojik dayanıklılığı düşük annelerde bu durum daha olumsuz sonuçlara yol açıp depresyon belirtilerinin gözlenmesine neden olabilmektedir.

5. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Depresyon, Anksiyete ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile Anne ve Eşinin DEHB Tanılı Olma Durumu Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Ebeveynlerin DEHB tanılı olmasının çocuklardaki hastalanma riskini ortalama sekiz kat artırdığı ve hastalığın güçlü genetik geçiş gösterdiği bildirilmektedir. Tek bir ebeveyninde DEHB tanısı olan çocukların %20-54 oranında risk taşıdığı, DEHB tanısını etkileme oranlarının ebeveynlerin cinsiyetlerine göre farklılık gösterdiği ve annelerin %15-20, babaların ise %25-30 oranında etkili olduğu belirtilmektedir (2). Bu çalışmada DEHB tanılı çocuğu olan babaların %9.8'inde, annelerin ise %6,7'sinde DEHB tanısı olduğu saptandı. Çalışma sonuçları incelendiğinde annelerin kendinde DEHB tanısı olması annenin anksiyete depresyon ve psikolojik dayanıklılığını etkilemezken, DEHB tanılı eş ve çocuğa sahip olmanın annelerin depresyon düzeylerini artırırken psikolojik dayanıklılıklarını düşürdüğü tespit edildi. Şimşek ve ark. (2012)'nin çalışmasında DEHB tanılı çocukların hem anne hem de babalarında, psikiyatrik belirtilerin ve DEHB belirtilerinin daha yüksek seviyede olduğu bildirilmiştir (6). Aydın ve ark. (2006)'nın çalışmasında DEHB'li çocuğu olan ebeveynlerin %33.8'inde şu anda DEHB bulguları saptanmıştır (141). Güçlü ve Erkiran (2004)'nin çalışmasında DEHB tanılı çocuğa

sahip ebeveynlerin %6.8'inde erişkin DEHB tanısı saptanmıştır (156). McAuley ve ark. (2009)'nın araştırmasında DEHB belirtilerinin anneleri olumsuz etkilediği anneler için sadece kendi DEHB semptomlarının değil çocuğunun ve eşinin semptomlarının da anneyi olumsuz etkileyip ev içinde kaos yarattığı ve annelerde strese neden olduğu bildirilmiştir (142). Sadece DEHB tanılı bir çocuğa sahip olmak bile annelerdeki anksiyete ve depresyon riskini artırırken bu duruma DEHB belirtileri gösteren bir eşin eklenmesi annelerin durumunu daha da zorlaştırıp ruh sağlığının olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Annenin DEHB belirtileri gösteren eş ve çocukla sürekli aynı ortamı paylaşması, bu durumla nasıl başa çıkacağı konusunda çaresiz kalması, bu konudaki bilgi eksikliğinin olması, destek sistemlerinin yoksunluğu gibi nedenler zamanla annenin psikolojik dayanıklılığının azalmasına ve annenin depresyon yaşamasına neden olabileceği düşünülmektedir.

6. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Depresyon, Anksiyete ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile Anne ve Eşinin Gelir Durumu Arasındaki İlişkinin Tartışılması

DEHB'nin dünyanın birçok bölgesinde sosyoekonomik olarak dezavantajlı gruplar arasında yaygın olduğu bildirilmiştir (157). Bu çalışmada DEHB tanılı çocuğa sahip annenin eşinin gelir düzeylerinin %58.9 oranında 1301-3000€ olduğu, annelerin ise %76.1'inin kendilerine ait gelirlerinin olmadığı tespit edildi. Eşinin geliri olmayan annelerin depresyon oranı yüksek bulunurken, psikolojik dayanıklılıkları düşük bulundu. Gelir düzeyi yüksek olan annelerin psikolojik dayanıklılıklarının da yüksek olduğu belirlendi. Russell ve ark. (2015)'i DEHB belirtilerinin %27.8 oranında ailedeki maddi sıkıntılardan etkilendiği ve aile stresini artırıp belirtilerin kötüleştiğini belirtmiştir (158). Greene ve ark. (2002)'nin yaptığı çalışmada psikososyal etkenler ve düşük sosyoekonomik düzeyin çocuklarda DEHB riskinin artırdığı bulunmuştur (159). Sosyoekonomik olanaksızlıkların depresyonun ortaya çıkmasına yol açtığı, gidişi etkilediği ve ek tanıların oluşma sıklığını artırdığı bildirilmektedir (160). Yıldırım ve ark. (2012)'nin engelli çocuk annelerinin ruhsal durumlarını belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada geliri giderinden fazla olan annelerin ruhsal belirti gösterme durumlarının anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmişlerdir (161). Kaçan Softa (2012)'nin engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeylerini belirlemek için yaptığı çalışmada herhangi bir işte çalışmayan engelli çocuğa sahip bireylerin depresyon puanlarının, çalışan engelli çocuk aile bireylerinin depresyon puanlarından

yüksek olduğu bulunmuştur (162). Sipahi (2002)'nin Down sendromlu çocuğu olan annelerde depresyon sıklığını araştırdığı çalışmasında ev ile ilgili sorunlar, işsiz eş, düşük gelir düzeyi gibi faktörlerin annelerin depresyon düzeylerini arttırdığı belirtilmiştir (163). Yağmur ve Türkmen (2017)'in ruhsal hastalığı olan hastalara bakım veren aile üyelerinde algılanan stres ve psikolojik dayanıklılık düzeylerini belirlemek için yaptığı çalışmada ise geliri düşük olan hasta yakınlarının algılanan streslerinin daha fazla, psikolojik dayanıklılık düzeylerinin ise daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.005$) (164). Maddi imkanlar; bireylerin sosyal çevrelerini, yaşam tarzlarını ve tüm olanaklarını önemli derecede etkilemektedir. Bu çalışmada annelerin büyük çoğunluğunun kendine ait gelirlerinin olmadığı maddi gelir kaynağının eş tarafından karşılandığı görülmektedir. Ailelerin geçim sıkıntılarının olması, ev ve çocukların ihtiyaçlarını karşılama konusunda yetersiz kalınması, eğitim seviyesi düşük kişilere iş istihdamı konusunda ülke geneli olanakların sınırlı olması, düşük eğitim seviyesine sahip annenin ailesine maddi destek sağlama konusunda katkıda bulunamaması, çevresinden yeterli sosyal desteği görememesi, gibi nedenler zamanla annelerin psikolojik dayanıklılıklarının azalmasına, annelerde depresyon görülme riskinin artmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

7. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Depresyon, Anksiyete ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile Aile Yapısının Tartışılması

Bu çalışmada annelerin %9.8'inin geniş aile yapısına sahip olduğu saptandı. Geniş aile yapısına sahip olan annelerin çekirdek aile sahibi olan annelere kıyasla depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu belirlendi. Çöp ve ark. (2017)'nin çalışmasında DEHB'li çocukların %82.8'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir (165). Aktepe (2011)'nin çalışmasında %73.9 çekirdek, %15 oranında ise geniş aile yapısına sahip olduğu bildirilmiştir (166). Literatür araştırmaları sırasında DEHB tanılı çocuğun aile yapısı ile annelerin depresyon anksiyete durumunu araştıran herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Geniş aile tipinde yaşa bağlı bir hiyerarşik otorite söz konusudur. Bu tip ailede yaşayan annelerin kendileri ve çocukları ile ilgili kararlarda daha az söz sahibi olduğu, evde daha çok aile büyükleri ve erkeğin sözünün geçtiği kadının kendini ifade etme hakkının olmadığı görülmektedir. Böyle bir ortamda yaşamak, annenin yaşadığı diğer problemler ve bu duruma yoğun ilgi gerektiren dürtüsel bir çocuğun eklenmesi de annelerin daha yüksek oranda anksiyete ve depresyon yaşamasına neden olabileceği düşünülmektedir.

8. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Depresyon, Anksiyete ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile Annenin Çocuğunun Durumu ile İlgili Kendi İçin Psikolojik Destek Alma Durumunun Tartışılması

Bu çalışmada annelerin %28.8'inin çocuğunun durumu ile ilgili kendi için psikolojik destek aldığı tespit edildi. Çocuğunun durumu ile ilgili psikolojik destek alan annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu belirlendi. Literatürde DEHB tanılı çocuğu olan annelerin çocuğunun durumu ile ilgili kendi için psikolojik yardım almasını araştıran herhangi bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Psikolojik yardım sırasında annelerin bilgi seviyeleri ve farkındalık bilinçleri artırılmaya çalışılmaktadır. Farkındalık bilinci ve bilgiye ulaşılabilirliğin artması annelerin çocukları ile ilgili kaygı düzeylerinin artmasına neden olabilmektedir. Anksiyete düzeyi artan anneler bu durumla etkin mücadele edemez ise bu durumun uzun vadede annelerde depresyona neden olabileceği düşünülmektedir.

9. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Depresyon, Anksiyete ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile Anne ve Eşinin Eğitim Durumunun Tartışılması

Çocuklarda psikopatoloji gelişiminde ebeveynlerin eğitim düzeylerinin önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça annelerin çocuk yetiştirme tutumlarının geleneksellikten çıkıp daha olumlu hale gelmeye başladığı ve çocuklarda daha az davranışsal ve duygusal sorunlara rastlandığı belirtilmektedir (149). Hiperaktivite ve davranış bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin eğitim seviyelerinin artmasıyla da ebeveynlerin çocuklarına olan ilgi, alaka düzeylerinin arttığı ve aile ilişkilerinin güçlendiği bildirilmiştir (167). Bu çalışmaya katılan anne ve babaların eğitim düzeylerinin okuryazar olmayan ve ilkokul düzeyinde olduğu, eğitim düzeyi okuryazar olmayan ve ilkokul olan annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek, psikolojik dayanıklılıklarının düşük olduğu saptandı. Eşi üniversite mezunu olan annelerin ise psikolojik dayanıklılığı yüksek bulundu. Literatür incelendiğinde bulgularımıza paralel olarak Yıldız ve ark. (2016), Öztürk ve ark. (2000), Karakoç Demirkaya ve ark. (2015), Çakaloz ve ark. (2007), Çöp ve ark. (2017) ve Özcan ve ark. (1998)'nin çalışmalarında da anne ve babaların çoğunluğunun ortaokul ve altı eğitime sahip olduğu görülmüştür (136,140,149,151,165,168). Kadınlarda eğitim seviyesinin düşük olmasının hem tek başına hem de evli ve çocuk sahibi olma ile birlikte depresyona eğilimi artırdığı ve var olan depresyonu ise şiddetlendirdiği bildirilmektedir (160,169). DEHB tanılı çocukların annelerinin eğitim durumlarının

annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerine etkisini araştıran bir çalışmaya rastlanılmamış olup engelci (2009)'nin engelli annelerinde yaptığı çalışmada eğitim düzeyi dştkce annelerin kayđı düzeylerinin arttığı bildirilmektedir (170). Fırat (2016) otistik çocukların anne babalarında yaptığı çalışmada annelerin eğitim düzeylerinin ykseldikce ruhsal belirti gösterme durumlarının ve kayđı düzeylerinin azaldığı bildirilmiştir (132). Bu sonuçlardan farklı olarak Karataş ve ark. (2014)'ının engelli annelerinde yaptığı çalışmada annelerin eğitim düzeyinin depresyon düzeylerini etkilemediği bildirilmiştir (171). Annelerin yaşadıkları güçlüklerle baş edebilmesi için gerekli olan bilgi, beceri ve motivasyonu sağlayan en önemli yardım ve destek faktörlerinden biri eğitimidir. Eğitim; annelerin içinde buldukları duruma uyum sağlamaları, çocuklarını anlamaları ve onları olumsuz yönleriyle kabul etmelerine yardımcı olurken özellikle annelerin çocuğunun durumuna yönelik daha gerçekçi ve kabullenici bir tutumla yaklaşarak yaşadıkları bilinmezliklere ve endişelere karşı daha bilinçli yaklaşıp sorunları karşısında çözüme ulaşabilme konusunda daha başarılı olmalarını ve bunların sonucu olarak psikolojik dayanıklılıklarının artmasına katkı sağlamaktadır.çalışma sonuçlarıda bu durumu destekler niteliktedir. Sonuçlar incelendiğinde niversite mezunu olan annelerin psikolojik dayanıklılıklarının diğer annelerle kıyasla yüksek olduğu ve eğitim seviyesinin yükselmesinin psikolojik dayanıklılığa olumlu etki yaptığı görülmektedir. Aynı Şekilde psikolojik dayanıklılığın yükselmesiyle annelerdeki depresyon ve anksiyete düzeylerinde düştüğü görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında annelerin eğitim seviyelerinin düşük olması yaşadıkları durumlarla baş edebilme becerilerini sınırlandırarak daha fazla anksiyete ve depresyon yaşamalarına neden olabileceği dşnlmektedir.

10. DEHB Tanılı ocuğu Olan Annenin Depresyon, Anksiyete ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile Anne ve Eşinin Mesleğinin Tartışılması

Ebeveynlerin eğitim düzeyleri meslek ve kariyer seçimlerini, kariyer seçimleri de yaşam tarzlarını, ebeveynlik tutumlarını, ocuk yetiştirme stillerinin ve aile ilişkilerini önemli düzeyde etkilediği bildirilmektedir (172). Bu çalışmada annelerin %82.8'inin ev hanımı, babaların %52.8 oranında serbest meslek çalışanı olduğu belirlendi. Kamu alışanı olan annelerin ev hanımı olan annelere göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Özel sektör çalışanı olan annelerin ise kamu çalışanı olan annelere göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edildi. Baba mesleği ile annelerin depresyon, anksiyete ve psikolojik dayanıklılıkları arasında

herhangi bir ilişki saptanmadı. Yapılan çalışmalar incelendiğinde DEHB'li çocuğu olan annelerin yüksek oranda ev hanımı oldukları belirlenmiştir (135,168). Çalışmanın sonuçları bu açıdan literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Literatürde DEHB'li çocuğu olan annelerin mesleklerine göre depresyon, anksiyete ve psikolojik dayanıklılıkları arasındaki ilişkiyi araştıran bir araştırmaya rastlanılmamış olup engelli çocuğu olan annelerin meslekleri ile ilgili Uğuz ve ark. (2004)'nın yaptığı çalışmada engelli çocuğa sahip ve herhangi bir işte çalışmayan ebeveynlerin depresyon oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (173). Bilici ve ark. (1999)'nın yaptığı bir çalışmada en yüksek düzeyde depresyon prevalansının ev hanımlarında olduğu tespit edilmiştir (174). Çilli ve ark. (2004)'nin ev kadınları ve çalışan evli kadınlarda gerçekleştirdiği çalışmada ev kadınlarında psikolojik belirtilerin daha yüksek olduğu saptanmıştır (175). Kültürümüzde ev hanımı olan annelerin zamanlarının büyük bir kısmını evde geçirdikleri, ev dışında iş ortamı olmadığı için sosyal ilişkilerinin de sınırlı olup tüm vaktinin çocukların bakımı ve kendine yüklenen sorumlulukları yerine getirme ile geçirdikleri görülmektedir. Özellikle de DEHB gibi davranış problemlili çocuğa sahip olan annelerin daha az sosyal ilişkilerde buldukları ve sosyal izolasyon yaşadıkları, çocuklarının durumu ile ilgili sürekli gelecek kaygısı yaşadıkları, çaresizlik hissettikleri görülmektedir. Bu durum karşısında annelerin dikkatini dağıtacak herhangi bir işinin olmaması, sürekli evin içinde aynı işlerle uğraşması, sosyal destek alabileceği kişilerin sınırlı olması ve bunları etkin bir şekilde kullanamaması gibi nedenler annelerin yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon yaşamalarına neden olabileceği düşünülmektedir.

Özel sektörde çalışan annelerin iş güvencelerinin olmaması, çalışma saatlerinin uzun olması, iş yüklerinin ve kendilerinden beklenen performansın yüksek olmasına karşın maaşlarının düşük olması gibi nedenler kamu alanında çalışan annelere göre daha fazla stres yaşayıp psikolojik dayanıklılıklarının azalmasına neden olmuş olduğunu ifade edebiliriz.

11. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Depresyon, Anksiyete ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile Anne ve Eşinin Yaşının Tartışılması

Bu çalışmada annelerin %30.1'nin 30-34 yaş aralığında olduğu, babaların ise %35.6 oranında 40 ve üzeri yaşlarda olduğu belirlendi. Annelerin yaşları ile depresyon, anksiyete ve psikolojik dayanıklılıkları arasında bir ilişki saptanmazken, baba yaş

aralığı 35-39 ve 40 ve üzeri olan DEHB tanılı çocuğu olan annelerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. Bu çalışma sonuçları ile DEHB tanılı çocuğun anne-baba yaş ortalamaları ile ilgili yapılan diğer çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir (35,136,156). Artan baba yaşı ile babaların annelere olan desteğinin artması annelerin psikolojik dayanıklılığı artırmış olabileceği düşünülmektedir.

12. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Depresyon, Anksiyete ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile Annenin Sigara/Alkol Kullanma Durumunun Tartışılması

Bilim insanları dünyanın en ciddi ve en yaygın sağlık sorunlarından olan sigara bağımlılığı ve depresyonun, şaşırtıcı bir biçimde birbirleriyle ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (176). Bazı araştırmalarda, majör depresyon ile sigara bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve yaşamının belirli bir döneminde majör depresyon geçirmiş kişilerde sigara kullanımının oldukça yüksek olduğunu belirtmektedir (177). Deprese kişilerin kendilerini tedavi etmek için sigara kullandığı ya da sigaranın depresyona neden olduğu ve anksiyete riskinin artırdığı gibi farklı görüşler de bildirilmektedir (176). Bu çalışmada annelerin %22.7'sinin sigara/alkol kullandığı ve sigara/alkol kullanan annelerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. Pazvantoğlu ve ark. (2014)'nın yaptığı çalışmada DEHB'li ebeveyn grubunda, sigara ve alkol kullanımı ve geçmiş madde kullanım öyküsü daha yüksek oranda bulunmuştur (178). Güçlü ve ark. (2002)'nin yaptığı çalışmada annelerin ya hiç alkol almadıkları ya da sadece sosyal ortamlarda alkol aldıkları bildirilmiştir (156). Annelerin sigara içtikleri için mi depresyon oranlarının yüksek olduğu yoksa DEHB'li çocuğun bakım yüküyle beraber yaşadığı ruhsal zorluklardan dolayı mı sigara kullandığı net olarak bilinmemektedir. Bu yönde yapılacak yeni araştırmalar konunun aydınlanmasında etkili olacaktır.

13. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Depresyon, Anksiyete ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile Annenin Çocuğu İçin Psikolog, Özel Eğitimi, Psikolojik Danışman, Çocuk Ruh Sağlığı Uzmanına Başvurma Durumunun Tartışılması

DEHB'li çocukların annelerinin problem çözme becerileri, sağlıklı çocuğu olan

annelerinkinden daha düşük olduğu, DEHB'li çocuklarda ve ailelerinde sosyal beceri eksikliği olduğu ve bu nedenle sosyal süreçleri algılama, değerlendirme ve uygun tepkide bulunmakta zorluk yaşadıkları bildirilmektedir. Ailelerin problem çözme beceri ve stratejilerinin önemli olduğu ve problem çözme becerilerinin artırılması için danışmanlık yapılmasının gerekli olduğu belirtilmektedir (135,136). Bu çalışmada DEHB tanılı çocuğu olan annelerin %6.7'sinin çocuğu için psikolog, özel eğitimci, psikolojik danışman, çocuk ruh sağlığı uzmanına başvurmadığı saptandı. Çocuğu için psikolog, özel eğitimci, psikolojik danışman, çocuk ruh sağlığı uzmanına başvuran annelerin anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu tespit edildi. Literatür taramaları sırasında bu konu ile ilgili araştırmalara rastlanılmamıştır. Annelerin çocukları ile ilgili danışmanlık almaları DEHB hakkında bilgi ve farkındalığının artmasını sağlarken bir yandan da konu ile ilgili bilgi sahibi olmak annenin çocuğu ile ilgili endişelerinin artırıp yüksek düzeyde anksiyete yaşamasına neden olabileceği düşünülmektedir.

14. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Depresyon, Anksiyete ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile Ailenin Yaşadığı Bölgenin Tartışılması

Depresyonun şehirlerde köylere oranla daha sık görüldüğü bildirilmektedir (179). Türkiye'de, kentsel yerleşimlerde gerçekleştirilen araştırmaların depresyon yaygınlık oranlarının, kırsal yerleşimlerde gerçekleştirilen araştırmaların oranlarına göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (160). Aktepe (2011)'nin çalışmasında vakaların %90.2'si şehirlerde, %9.8'i köylerde yaşamaktadır (166). Lehtinen ve ark. (2003) 18-64 yaş aralığındaki 12702 kişilik geniş bir örnekleme içeren ve Finlandiya, İrlanda, Norveç ve İngiltere'yi kapsayan çalışmasında, kentsel alanlarda yaşayanlarda depresyonun daha yaygın olduğu ve kadınlarda daha yüksek oranlarda görüldüğü bildirilmektedir (180). Bu çalışmada annelerin %95.1'inin şehir merkezinde, %4.9'unun ise ilçelerde yaşadığı tespit edildi. Ailelerin yaşadığı bölge ile annelerin depresyon, anksiyete ve psikolojik dayanıklılıkları değerlendirildiğinde anlamlı bir sonuç bulunmadı.

15. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Depresyon, Anksiyete ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile Çocukların Kontrollere Düzenli Olarak Gelme Durumlarının Tartışılması

İyileşme düzeylerinin yükseltilmesinde tedavinin etkin bir şekilde alınması ve kontrollere düzenli gelmenin önemi büyüktür. Kontrollere düzenli gelmeyen hastaların tespit edilip sorunlarının giderilmesi çocuk psikiyatrisi hizmetlerinin iyileştirilmesinde önemli bir adım olduğu belirtilmektedir (57). Bu çalışmada çocukların %36.8'inin kontrollere düzenli olarak gelmediği saptandı. Aras ve ark. (2007)'nin yaptığı çalışmada ise çocukların kontrollere %79.3 gibi yüksek bir oranda düzenli gelmedikleri tespit edilmiştir (57). Çocukların kontrollere düzenli gelme durumu ile annelerin depresyon, anksiyete ve psikolojik dayanıklılıkları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Çalışmaya katılan çocukların yüksek oranda kontrollere düzenli gelmesinin bu sonuca neden olmuş olabileceği düşünülmektedir.

16. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Depresyon, Anksiyete ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile Annelerin Medeni Durumlarının Tartışılması

Psikososyal stres faktörlerine odaklanan çalışmalar evlilik ve anneliğin kadınlarda depresyon riskini artırdığı bildirilmiştir (169). Bu çalışmada araştırmaya katılan annelerin %93.3'ünün medeni durumunun evli olduğu tespit edilirken, annelerin medeni durumları ile depresyon, anksiyete ve psikolojik dayanıklılık arasında herhangi bir ilişki saptanamamıştır.

17. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Depresyon, Anksiyete ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile Ailenin Sosyal Güvence Durumunun Tartışılması

Bu çalışmada annelerin %76.7'sinin sosyal güvencelerinin olduğu saptandı. Ailelerin sosyal güvence durumları ile annelerin depresyon, anksiyete ve psikolojik dayanıklılıkları arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

18. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Depresyon, Anksiyete ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile Annelerin Çocuk Sayısının Tartışılması

Bu çalışmada annelerin %34.4'ünün çocuk sayısının 2 olduğu tespit edildi. Annelerin çocuk sayıları ile depresyon, anksiyete ve psikolojik dayanıklılıkları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

19. DEHB Tanılı Çocuğu Olan Annenin Depresyon, Anksiyete ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile Çocuğun Yaşı, Çocuğun Tanı Aldığı Yaş ve Annenin Evlenme Yaş Ortalamalarının Tartışılması

Çocukluk çağında en yaygın psikiyatrik bozukluklardan biri olan DEHB'in Kuzey ve Güney Amerika, Kuzey ve Doğu Avrupa ve Asya dahil tüm dünyadaki çocuk ve ergenlerdeki sıklığının %5-10 olduğu bildirilmektedir (44,56). Heejung Byun ve ark. (2006)'ın Kore'de DEHB'li çocuklarla yaptığı çalışmada olgular 5-16 yaş arasında olup ortalama yaşlarının $9,70 \pm 2,48$ olduğu, %75,2'sinin ilkokul öğrencisi ve %90,5'inin erkek olduğu belirtilmiştir (60). Chinawa ve ark. (2014)'nin çalışmasında, DEHB olan çocukların neredeyse yarısının altı yaşından önce tanı aldığı bildirilmektedir (181). Bu çalışmada ise çalışmaya katılan çocukların yaşlarının en az 3 en fazla 17 olduğu, ortalama yaşlarının ise 8.13 ± 3.49 şeklinde olduğu belirlendi. Tanı aldıkları yaş bazında incelendiğinde ise en az 2 en fazla 15 yaşında tanı aldıkları tespit edildi (6.52 ± 2.84). DEHB'nin okul çağındaki çocuklarda yüksek, ergenlerde ise daha düşük oranlarda görüldüğü bildirilmektedir (60). Aktepe (2011)'nin yaptığı çalışmada vakaların %83'ünün ilkokul 1-5 sınıflara giden öğrenciler olduğu, ergenlik dönemindeki vaka sayısı daha düşük olduğu belirtilmiştir (166). Özcan ve ark. (1998)'nin çalışmasında DEHB yaygınlığı okul çağı çocuklarında %9.5 olarak bulunmuştur (168). Tashakori ve Afkandeh (2011)'in İran'da yaptığı çalışmada anaokullarındaki 5-6 yaş grubu erkek çocukların DEHB belirtilerinin yaygınlığı %24,6 olarak bulunmuştur (25). Karakoç Demirkaya ve ark. (2015)'nin çalışmasında çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine erkeklerin (%63.8) daha sık başvurdukları ve başvuran olgularda en sık saptanan tanının DEHB olduğu (%32.2) saptanmıştır (149). Ülkemizde çocuk psikiyatrisi kliniğine getirilen çocuk ve ergenler arasında erkek cinsiyet oranı %57.8-%66.9 aralığında saptanmıştır (182). Bu çalışmada demografik veriler değerlendirilirken polikliniğe getirilen DEHB tanılı çocukların cinsiyetleri ele alınmamıştır. Bu durum çalışmanın önemli bir kısıtlılığıdır. Annenin evlenme yaşı arttıkça sosyal destek düzeyinin arttığı, depresyon düzeyinin azaldığı bildirilmektedir (183). Bu çalışmada anne evlenme yaşı ise en az 15 en fazla 36 olarak saptandı (20.93 ± 4.15).

6. SONUÇLAR

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı çocukların annelerinin depresyon, anksiyete ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Bu çalışma DEHB tanılı çocuğu olan 163 anne ile yapılmıştır. DEHB tanılı çocukların %63.2'sinin kontrollere düzenli geldiği, %19.6'sının okul başarı durumlarının başarısız olduğu, %28.8'inin çevre uyumlarının kötü olduğu, araştırmaya katılan annelerin %30.1'inin 30-34 yaş aralığında olduğu, %6.1'inin medeni durumlarının bekar olduğu, %34.4'ünün 2 çocuk sahibi olduğu, %49.1'inin eğitim seviyesinin ilkokul düzeyinde olduğu, %82.8'sinin ev hanımı olduğu, %76.1'inin kendilerine ait gelirlerinin olmadığı, babaların %38.0'inin eğitim düzeyinin ilkokul seviyesinde olduğu, %35.6'sının ve üzeri yaşlarda olduğu, %52.8'inin serbest meslek sahibi olduğu, %58.9'unun gelir düzeylerinin 1301₺-3000₺ arasında olduğu, ailelerin %23.3'ünün sosyal güvencesinin olmadığı, %4.9'unun ilçede yaşadıkları, %9.8'inin geniş aile yapısına sahip olduğu, %22.7'sinin sigara/alkol kullandığı, annelerin %6.7'sinin DEHB tanılı olduğu, babaların %9.8'inin DEHB tanılı olduğu, ailedeki diğer çocukların %17.2'sinin DEHB tanılı olduğu, annelerin %27.6'sının ruhsal hastalığının olduğu, %16.0'sının depresyon, % 11.0'ının anksiyete bozukluğu tanılı olduğu, %71.2'sinin çocuğunun durumu ile ilgili kendi için psikolojik destek almadığı, %6.7'sinin çocuğunun durumu için psikolog, özel eğitimci, psikolojik danışman, ruh sağlığı uzmanına başvurmadığı, %33.74'ünün çocuğu ile boş vakitlerini oyun oynayarak geçirdikleri saptandı.

Araştırmaya katılan DEHB tanılı çocukların minimum 3 maksimum 17 yaşında olduğu, çocukların tanı aldıkları yaşın minimum 2 maksimum 15 olduğu, annelerin evlenme yaşlarının minimum 15 maksimum 36 olduğu belirlendi.

Çalışmada annelerin Zung Depresyon Ölçeği Ham (ZDÖHam) puan ortalaması 40.56 ± 8.93 , Zung Depresyon Ölçeği SD (ZDÖSD) puan ortalaması 50.70 ± 11.17 , Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) puan ortalaması 17.41 ± 11.05 , Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puan ortalaması 116.68 ± 19.74 olarak saptandı.

Zung Depresyon Ölçeği ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında pozitif yönde güçlü bir anlamlı korelasyon saptandı. Zung Depresyon Ölçeği ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği arasında negatif yönde orta şiddette bir anlamlı korelasyon belirlendi. Beck Anksiyete Ölçeği ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği arasında negatif yönde orta şiddette bir anlamlı korelasyon tespit edildi.

DEHB tanılı çocuğun yaşı, tanı aldığı yaş ve anne evlenme yaşı ile Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde sadece anne evlenme yaşı ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği arasında pozitif yönde zayıf bir anlamlı korelasyon saptandı.

Ruhsal hastalığı olan annelerin ruhsal hastalığı olmayan annelere göre Zung Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalamalarının anlamlı düzeyleri yüksek olduğu belirlendi.

Çevre uyumu kötü olan çocukların annelerinin Zung Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu, çevre uyumu iyi olan çocukların annelerinin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamasının yüksek olduğu belirlendi.

Okul başarısı düşük olan çocukların annelerinin okul başarısı yüksek olan çocukların annelerine göre Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edildi. Aynı zamanda okul başarısı yüksek olan çocukların annelerinin okul başarısı düşük olan çocukların annelerine göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi.

Eşi ve çocuğunda DEHB tanısı olan annelerin diğer annelere göre Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Annelerin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamasının ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edildi.

Çocuğunun durumu ile ilgili psikolojik destek alan annelerin almayan annelere göre Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması ve Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı.

Baba geliri olmayan DEHB tanılı çocuğu olan annelerin baba gelir durumu 1301-3000₺ ve 3001₺ ve üzeri olan annelere oranla Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi. Baba gelir durumu 3001 ve üzeri olan DEHB tanılı çocukların annelerinin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 0-1300₺ ve 1301- 3000₺ olan annelere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Geniş aile yapısına sahip olan annelerin çekirdek aile sahibi olan annelere oranla Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması ve Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi.

Eğitim düzeyi üniversite olan annelerin eğitim düzeyi okuryazar değil +ilkokul, ortaokul olan annelere göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Gelir düzeyi 3001₺ ve üzeri olan annelerin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması geliri olmayan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Çocuğu için psikolog, özel eğitimci, psikolojik danışman, çocuk ruh sağlığı uzmanına başvuran annelerin başvurmayan annelere oranla Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi.

Kamu çalışanı olan annelerin ev hanımı olan annelere göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak belirlendi. Aynı şekilde özel sektör çalışanı olan annelerin kamu çalışanı olan annelere göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu.

Baba eğitim düzeyi üniversite olan DEHB tanılı çocuğu olan annelerin baba eğitim düzeyi okuryazar değil+ ilkokul olan annelere göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi.

Tanısı anksiyete bozukluğu olan annelerin tanısı depresyon olan annelere göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edildi.

Baba yaş aralığı 35-39 ve 40 ve üzeri olan DEHB tanılı çocuğu olan annelerin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamasının diğer yaş aralığındaki babaya sahip DEHB tanılı çocuğu olan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi.

Sigara/alkol kullanan annelerin kullanmayan annelere oranla Zung Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi.

Çocukların kontrollere düzenli gelme durumu, anne yaşı, anne medeni durum, çocuk sayısı, baba mesleği, sosyal güvence, yaşılan bölge, anne DEHB durumu, diğer çocuklarda DEHB durumu ve annelerin boş vakitlerini geçirme durumları ile annelerin Zung Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar olmadığı belirlendi.



7. ÖNERİLER

Bu araştırmanın sonuçları ışığında aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- DEHB başta çocuk olmak üzere okul, aile ve toplumu etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle tedavide sadece çocuğun değil başta anne olmak üzere ebeveynlerinde değerlendirilmesi önemlidir.
- Ebeveynler öncelikle DEHB belirtileri olmak üzere anksiyete, depresyon ve diğer psikiyatrik belirtiler açısından değerlendirilmeli ve gerekli durumlarda tedaviye yönlendirilmelidir.
- Annelerin zorlayıcı yaşam koşullarına karşın ruh sağlığını koruyucu ve başa çıkma becerilerine yöneltici, öğrenilebilir bir süreç olan psikolojik dayanıklılık düzeyleri açısından değerlendirilmesi de önemlidir. Dayanıklı olma becerileri konusunda annelere psikoeğitimler ve psikoterapiler verilerek psikolojik dayanıklılığı desteklenmelidir.
- Çalışma sonucunda psikolojik dayanıklılığı yüksek olan annelerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Annelerin ruhsal durumlarını güçlendirmek ve ruhsal bozukluk gelişme riskini azaltmak için psikolojik dayanıklılıklarını yönelik uygulamaların planlanması psikiyatri hemşirelerinin dikkate alması gereken bir durumdur.
- Annelerin yetersiz ve sorunlu olduğu alanlar sorgulanarak anneler sorunlu oldukları alanlar konusunda desteklenmelidir.
- Annelerin yaşadıkları öfke, başa çıkmada yetersizlik, çaresizlik duyguları karşısında kullandıkları başetme becerileri değerlendirilmeli ve anneler etkili başetme becerileri konusunda bilgilendirilmelidir. Ayrıca bu duyguları azaltmaya yönelik aynı problemi yaşayan başka annelerle birlikte planlanacak psikoeğitimler sayesinde annelerin yalnız olmadıkları hissettirilmelidir.
- Ebeveynlerin stres ve anksiyetesine sebep olan ve dikkat edilmesi gereken bir diğer konu ise, DEHB tedavisinde kullanılan ilaçlar hakkında olumsuz kamuoyu görüşüdür. İlaçların kötü şöhreti ile çocuklarına en uygun tedaviyi sunma ikilemi yaşayan ebeveynlerin stres ve anksiyetesinin arttığı bildirilmektedir. Ebeveynler özellikle de anneler DEHB ilaç tedavisi ve psikoterapi uygulamaları konusunda bilgilendirilerek annelerin bu konudaki endişeleri giderilmelidir.

- DEHB tanılı çocuğun tedavi uyumu ve okul- çevre uyumunu artırmak için anne-baba, okul ve çevresi DEHB ve tedavisi hakkında bilgilendirilmelidir.
- Psikolojik dayanıklılığı artırmada anne eğitim seviyesi önemli bir yere sahiptir. Bu amaçla annelerin eğitim seviyelerini yükseltmeye yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Annelerin psikolojik ve sosyal yönden iyilik hallerinin artırılması adına çalışma yaşamına dahil edilmesi gerekmektedir. Bu açıdan anneler becerilerine yönelik kurs ve eğitimlere yönlendirilebilir. Bu kurs ve eğitimdeki ürettikleri ürünlerle aile bütçesine katkı sağlaması konusunda cesaretlendirilebilir.
- Sigara kullanan anneler sigaranın sağlığa zararları konusunda bilinçlendirilerek, sigarayı bırakma konusunda cesaretlendirilmelidir.
- DEHB tanılı çocukların tedavi süreci boyunca ailesi ile iş birliği içinde olunması tedavinin başarısını arttırıp aile dinamiklerinin güçlenmesine katkı sağlayacaktır.
- DEHB’li çocukların akademik başarı durumları değerlendirilmeli gerekli durumlarda çocuklar özel eğitime yönlendirilmelidir.
- Bu çalışma sadece DEHB tanılı çocuğun annesi ile yapılmış olup sadece annelere olan etkisi değerlendirilmiştir. Tüm aile bireylerinin katıldığı çalışmalar yapılarak DEHB’nin ailedeki diğer bireyleri nasıl etkilediği değerlendirilebilir.

8. KAYNAKLAR

1. Tufan AE, Yaluğ İ. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda tıbbi eş tanılar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2009; 1: 187-200.
2. Akgün MG, Tufan AE, Yurteri N, Erdoğan A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun genetik boyutu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011; 3(1): 15-48.
3. İmren SG, Rodopman Arman A, Ulusan S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların ebeveynleri ve kardeşlerinde psikopatoloji. *Düşünen Adam the Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2013; 26:89-95.
4. Deniz E, Öztop DB, Mıstık S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*. 2008; 12(4): 207-212.
5. Aysev A, Öner P. Çocuklukta dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış olguların ergenlik dönemindeki psikiyatrik durumlarının değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*. 2002; 10(2): 41-48.
6. Şimşek Ş, Gökçen C, Fettahoğlu EÇ. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocukların ebeveynlerinde DEHB ve diğer psikiyatrik belirtiler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2012; 25(3): 230-237.
7. Karamustafaloğlu O, Yumruçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2011;45(2): 65-74.
8. Engin E. Anksiyete, obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar. İçinde:Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri. Özcan T, Gürhan N (Eds). 6. Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2016: p:460-489.
9. Aydemir N. Beah Sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde depresyon taraması ve depresyonda etkili risk faktörlerini belirleme. *Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi*. İstanbul, 2007.
10. Okanlı A, Güngörmüş K, Kocabeyoğlu T. Hemşirelik öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2015;6(1):9-14.
11. Basım N, Çetin F. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(2):104-114.
12. Okyay P, Atasoylu G, Önde M, Dereboy Ç. Kadınlarda yaşam kalitesi anksiyete ve depresyon belirtilerinin varlığında nasıl etkileniyor? Kesitsel bir alan çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2012;23(3): 178-188.

13. Kayaalp L. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi. 2008; 62:147-152.
14. Küçük Doğaroğlu T. Vanderbilt Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği Türkçe uyarlama çalışması. Gaziantep Universty Journal of Social Sciences. 2013; 12(3): 385-401.
15. Karataş S, Erdoğan Bakar E, Işık Taner Y. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olgularındaki zeka puanında dikkatin rolü. Türk Psikoloji Dergisi. 2013; 28(72):62-82.
16. Keskin G. Yıkıcı Davranış bozuklukları. İçinde: Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşirelik bakım sanatı. Çam O, Engin E (Eds). İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2014; p:641-646.
17. Karaman D, Türker T, Kara K, Durukan İ, Fidancı MK. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde depresyon ve anksiyete düzeyleri. Gülhane Tıp Dergisi. 2013; 55:36-41.
18. Biederman J. Attention- deficit/ hyperactivity disorder: A selective overview. Biol Psychiatry. 2005; 57(11):1215-20.
19. Biederman J, Faraone SV. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Lancet. 2005; 336: 237-48.
20. Kaymak Özmen S. Okulda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB). Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2010; 6(2):1-10.
21. Huh Y, Choi İ, Song M, Kim S, Hong SD, Joung Y. A comparison of comorbidity and psychological outcomes in children and adolescents wiht attention deficit/hyperactivity. Psychiatry Investing. 2011; 8(2): 95-101.
22. Yazıhan Torun N, Özşahin A, Sütçigil L. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yetişkinlikte yansımaları. Kinik Psikiyatri. 2009; 12:43-50.
23. Uyan Z, Ceyhun Peker G, Tekiner S, Ulukol B. Ergenlerde dikkat eksiliği hiperaktivite bozukluğu sıklığının araştırılması. Konuralp Tıp Dergisi. 2014; 6(3): 21-26.
24. Özdemiroğlu Alyanak F, Yargıç İ, Oflaz S. Genel psikiyatri polikliniğinde erişkin dikkat eksikliği- hiperaktivite bozukluğuna eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar. Nöropsikiyatri Arşivi. 2011; 48:119-124.
25. Tashakori A, Afkandeh R. Prevalence of ADHD Symtoms Amonge Male Preschoolers Based on Different İnformants in Ahvas City of İnan. ISRN PEDIATR. 2011.

26. Öngider N, Baykara B, Pekcanlar Akay A. Bir çocuk psikiyatrisi polikliniğinde ayaktan izlenen olgulardan DEHB ve/veya ÖÖB tanısı konan çocukların WISC-R testi sonuçlarının karşılaştırılması. *New/Yeni Symposium Journal*. 2008; 46(1): 17-22.
27. İşeri E, Şener Ş. Çocuk ve ergenlerde görülen ruhsal bozukluklar. İçinde: Ruhsal hastalıklar. Yüksel N(Ed). 4. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2014; p: 667-674
28. Erdoğan Bakar E, Soysal Ş, Kiriş N, Şahin A, Karakaş S. Dikkat eksiliği hiperaktivite bozukluğunun değerlendirilmesinde Weshler için zeka ölçeği geliştirilmiş formunun yeri. *Klinik psikiyatri*. 2005; 8:5-17.
29. Şahpolat M, Çelik G, Avcı A, Tahiroğlu A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile Prezente Olan Corpus Callosum Agenezisi: İki Olgu Bildirimi. *Cukurova Medical Journal*. 2013; 38(4): 759-764.
30. Özkorumak E, Özten H.S, Tiryaki A. Ayaktan başvuran psikiyatri hastalarında erişkin DEHB yaygınlığı, eş tanı oranı ve işlevsellik düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2013; 14:347-353.
31. Gümüş YY, Çakın Memik N, Ağaoğlu B. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde anksiyete bozukluğu eşhastalanımı. *Arch Neuropsychiatr*. 2015; 52: 185-193.
32. Sadeghi M, Sedeghi- Bazargani H, Amiri S. Psychometric Evaluation of the persian version of Barkley Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Screening Tool among the Elderly. *Scientifica (Catio)*. 2017. PMC5687135.
33. Gökçe S, Ayaz A.B, Rodopman Arman A, Kayan E. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile kaygı belirtileri ilişkisi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry And Neurological Sciences*. 2015; 28: 103-111.
34. Tural Hesapçioğlu S, Çelik C, Özmen S, Yiğit İ. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu bulunan çocuklarda Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği gözden geçirilmiş formunun (WÇZÖ-R) incelenmesi: Alt testlerin, Kaufman ve Bannatyne sınıflamalarının yordama gücü. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2016;27(1):31-46
35. Karabekiroğlu K, Çakın Memik N, Özcan Özel Ö, Toros F, Öztöp D, Özbaran B, Çengel Kültür E, Akbaş S, Taşdemir G.N, Ayaz M, Aydın C, Bildik Tezan, Eremiş S, Yaman A.K. DEHB ve Otizm ile ilgili düzeyleri ve damgalama: sınıf öğretmenleri ve anababalarla çok merkezli bir çalışma. *Klinik Psikiyatri*. 2009; 12:79-89.

36. Çetin FH, Işık Y. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve genetik. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2018; 10(1):19-39.
37. Perçinel İ, Yazıcı KU. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu patafizyolojisinde demir eksikliği. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2015; 7(1): 41-55.
38. Çekiç M. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda odyolojik bulgular. 2012, İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 79 Sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. M. Rita Krespi Boothby).
39. Uyan Z, Ceyhun Peker G, Tekiner S, Ulukol B. Ergenlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu sıklığının araştırılması. Konuralp Tıp Dergisi. 2014; 6(3):21-26.
40. Nigg JT, Johnstone J, Musse AD, Long HG, Willoughby M, Shannon J. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and overweight/obesity: New data and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2016;43:67-79.
41. Sakarya G. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ve olmayan çocuklarda, Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği IV ve nöropsikolojik testlerle ölçülen yönetici işlev bozuklukları arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2013, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 89 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Ferhunde Öktem).
42. Ballı B, Ulukapı I. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve dişhekimi yaklaşımı. 2011;40(1-2): 67-73.
43. Kılıç BG. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun nöropsikolojisine ilişkin kuramlar ve araştırmalar. Türk Psikiyatri Dergisi. 2005; 16(2):113-123
44. Tuğlu C, Şahin ÖÖ. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2010; 2(1): 75-116.
45. Öncü B, Şenol S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etiyojisi: Bütüncül yaklaşım. Klinik psikiyatri. 2002; 5:111-119.
46. Aslan F. Farklı sosyodemografik özelliklere sahip olan ailelerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuklara ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. 2013, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 70 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Gülümser Kublay).
47. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 2. Baskı, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2001.

48. Börekçi B. Okul Öncesi Çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin, Davranışsal, Sosyal Problemler, Aile İşlevselliği ve Ebeveyn Tutumları İle İlişkilerinin Değerlendirilmesi. 2017, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 101 Sayfa, (Yrd. Doç. Dr. Nazlı Balkır).
49. Matthews M, Nigg JT, Fair DA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Curr Top Behav Neurosci*. 2014; 16:235-266.
50. Şenol S, Şener Ş. Çocuk ve Ergenlerde Görülen Ruhsal Bozukluklar. İçinde: Ruhsal Hastalıklar. Yüksel N (Ed). 2.Baskı, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2001, p:747.
51. Hodkins P, Arnold LE, Shaw M, Caci H, Kahle J, Woods AG, Young S. A systematic review of global publication trends regarding long-term outcomes of ADHD. *Front Psychiatry*. 2011; 18(2):84.
52. Suna Celiloğlu Ö. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Çölyak Hastalığı Sıklığı. 2011, İnönü Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 76 Sayfa, (Doç. Dr. Serdal Güngör).
53. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Beşinci baskı (DSM-5). Hekimler yayın birliği. 2013.
54. Kutlu A, Cevher Binici N. Bir bölge çocuk hastanesinde okul öncesi dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu prevalansı ve ilaç kullanım sıklığı. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*. 2017; 7(1):15-21.
55. Öner P, Aysev A, İçağasıoğlu D, Deda G. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların nörolojik açıdan değerlendirilmesi. *Ankara üniversitesi tıp fakültesi mecmuası*. 2001; 54(4):301-306.
56. Park K.J, Lee J.S, Kim H. Medicaland Pschiatric Comorbidities in Korean Children and Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatry İnveting*. 2017; 14(6): 817-824.
57. Aras Ş, Ünlü G, Varol Taş F. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirtiler, tanılar ve tanıya yönelik incelemeler. *Klinik Psikiyatri*. 2007; 10: 28-37.
58. Durukan İ, Karaman D, Kara K, Türker T, Tufan AE, Yalçın Ö, Karabekiroğlu K. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda tanı dağılımı. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2011; 24:113-120.
59. Esenkaya Usta Z. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde sigara alkol ve madde kullanımını yordayan etmenlerin değerlendirilmesi. 2012,

- Ankara Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, 203 sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Birim Günay Kılıç).
60. Byun H, Yang J, Lee M, Jang W, Yang J.W, Kim J, Hong S.D, Joung Y.S. Pschiatric comorbidity in korean children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder: Psychopathology according to subtype. *Yonsei Med J.* 2006; 47(1): 113-121.
 61. Öner P, Öner Ö, Aysev A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Türk Tabipleri Birliği.* 2003; 12(3): 97-99.
 62. Kavakçı Ö, Demirel Y, Kuğu N, Nur N, Doğan O. Dikkat eksikliği/hiperaktivitenin, dürtüsellik ve obezite ile ilişkisi üzerine bir çalışma. *Cumhuriyet Tıp Dergisi.* 2011; 33:413-420.
 63. Çakır B. DEHB tanısı almış çocukların aile resmi çizimlerinin algılanan ebeveyn tutumları ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisi. 2017, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 92 sayfa, İstanbul, (Uzm. Dr. Betül Mazlum).
 64. Kaymak Özmen S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda çok yönlü eğitim uygulamalarının etkisi. *Eğitim ve Bilim.* 2011; 36(161): 256-270.
 65. Öner P, Öner Ö, Aysev A, Küçük Ö, İbiş E. Obsesif kompulsif bozukluk ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların serebral kan akımlarının karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2008; 19(1): 13-18.
 66. Kiriş N, Karakaş S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun zeka testlerinden ve ilgili diğer nöropsikolojik araçlardan yordanabilirliği. *Klinik Psikiyatri.* 2004; 7:139-152.
 67. Faraone SV, Doyle AE. The nature and heriability of attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Child Adolesc Pschiatr Clin Nort Am.* 2001. 10:299-316.
 68. Sing A, jung Yeh C, Verma N, Kumar Das A. Overwiev of Attendion Deficit Hyperactivity Disorder in young children. *Healt Psychol Res.* 2015; 3(2):2115.
 69. Kanay A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan 9-13 Yaş Grubu İlköğretim Öğrencilerinin Uyumsal Davranışları, Benlik Kavramı Ve Akademik Başarıları Arasındaki İlişkiler. 2006, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 165 sayfa, İzmir, (Yrd. Doç. Dr. Alev Girli).
 70. Çakaloz B, Pekcanlar Akay A, Böber E, Eminağaoğlu N, Günay T. Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu eşlik eden veya etmeyen dikkat eksikliği hiperaktivite

- bozukluğu tanısı alan puberte öncesi erkek olgularda aile işlevlerinin değerlendirilmesi. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2006; 20(3): 149-155.
71. Ebejer JL, Medland SE, Wef J, Gondro C, Henders AK, Lynskey M, Martin NG, Duffy DL. Attention deficit hyperactivity disorder in Australian Adults: prevalence, conduct Problems and Disadvantage. PLoS One. 2012;7(10).
72. Tangül Özcan C, Mercan N. Çocuk ve ergen ruh sağlığı. İçinde: Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri. Tangül Özcan C, Gürhan N(Eds). 6. Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2016; p:659-660.
73. Ercan ES, Köse S, Kutlu A. Treatment duration is associated with functioning and prognosis in children with attention deficit hyperactivity disorder. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2012;22: 148-160.
74. Şenol S, İşeri E. Çocukluk ve ergenlik çağı psikofarmakolojisi. İçinde: Psikofarmakoloji. Yüksel N (Ed). 3. Baskı, MN Medikal & Nobel Tıp Kitap Sarayı, Ankara, 2007; p:365-402.
75. İşeri E, Şener Ş. Çocukluk ve ergenlik çağı psikofarmakolojisi. İçinde: psikofarmakoloji. Yüksel N (Ed). 3.baskı, MN Medikal& Nobel Tıp Kitap Sarayı, Ankara, 2007; p: 365-402.
76. Öztürk O. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 8. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 2001; p:293-294.
77. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. 2. Baskı, Mattek Matbaacılık, Ankara, 2010.
78. Emek A. Ostomili hastaların depresyon düzeyi ve yaşam kalitesinin, bakım vericilerin depresyon düzeyi ile ilişkisinin araştırılması. 2016, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 131 Sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Güzin Mukaddes Sevinçer).
79. Engin E. Anksiyete bozuklukları. İçinde: Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği. Çam O, Engin E (Eds). 1.baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2014; p:277-332.
80. Gürbüz T, Kara S, Öngel K. Anksiyete bozukluğu ile izlenen hastalarda anksiyete şiddeti ve serum lipid profili ilişkisi. Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi. 2011; 21(3): 119-127.
81. Türkçapar H. Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. Klinik Psikiyatri. 2004; Ek 4: 12-16.

82. Kocabaşoğlu N. Anksiyete bozukluklarına acil yaklaşım takip ve tedavisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. 2008; 62: 175-184.
83. Hisli Şahin N, Durak Batıgün A, Uzun C. Anksiyete bozukluğu: kişilerarası tarz, kendilik algısı ve öfke açısından bir değerlendirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2011; 12:107-113.
84. Yüksel N. Ruhsal hastalıklar. Akademisyen Tıp Kitabevi. 4. Baskı, Ankara, 2014.
85. Tükel R, Alkın T. Anksiyete bozukluğu. Pozitif Matbaacılık, Ankara, 2006.
86. Özakkaş T. Anksiyete bozuklukları ve tedavisi. Psikoterapi Enstitüsü, 2014; p:5-30
87. Köroğlu E. Psikiyatri el kitabı. HYB yayıncılık. 4. Baskı, 2011.
88. Ünsalver BÖ, Balcıoğlu İ. Yaygın anksiyete bozukluğu: Epidemiyoloji, prognoz ve farmakolojik olmayan tedaviler. Cerrahpaşa Tıp Dergisi. 2006; 37: 115-120.
89. Özmen M. Psikoterapiler. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2008; 303-322.
90. Savrun BM. Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. 1999;11-17.
91. Ançel G. Depresif Bozukluklar. İçinde: Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri. Özcan T, Gürhan N(editörler). 6. Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 378-425.
92. Akın Aslan A, Akın Sarı B, Kuruoğlu A. Depresif duygudurumdan majör depresyona klinik spektrum. Klinik Psikiyatri. 2012; 15:56-64.
93. Ceylan R. Entegre Eğitime Katılan Ve Katılmayan Engelli Çocukların Annelerinin Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. 2004, Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 145 Sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Neriman Aral).
94. Izgar H. Okul yöneticilerinde yalnızlık ve depresyon üzerine bir inceleme. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri. 2009; 9(1)1: 231-258.
95. Kılınç S, Torun F. Türkiye’de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. Dirim Tıp Gazetesi. 2011; 86: 39-47.
96. Özgan AY. Depresyon. Cerrahpaşa Öğrenci Bilimsel Dergisi. 2012; 5(6).
97. Uğur M. Duygudurum bozuklukları. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2008; 62: 59-84.
98. Başoğlu C, Buldukoğlu K. Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2015; 7(1):1-15

99. Eneç Can F. N, Aydemir İ, Set T, Aktürk Z, Dağdeviren N. Ailesel faktörler depresyonda ne kadar etkili? Türk Aile Hekimleri Dergisi. 2005; 9(1): 15-19.
100. Önen FR. Kaptanoğlu C, Seber G. Kadınlarda depresyonun yaygınlığı ve risk faktörlerle ilişkisi. Kriz Dergisi. 1994; 3(1-2): 88-103.
101. Balcıoğlu İ. Depresyonun etyopatogenezi. Depresyon, somatizasyon ve psikiyatrik aciller sempozyumu. 1999; 17:19-28.
102. Yavuz R. Depresyonun kliniği. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 1999; 29-34.
103. Ertekin Pınar Ş, Tel H. Depresyon tanılı birey ve hemşirelik yaklaşımı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2012; 3(2): 86-91.
104. Özen EM, Aküzüm Serhadlı S, Solmaz Türkcen A, Erben Ülker G. Depresyon Ve Anksiyete Bozukluklarında Somatizasyon. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2010; 23:60-65.
105. Şahin T. Sadece Otistik Çocuğu Olan Annelerin Kaygı ve Depresyon Düzeyi İle Sağlıklı Kardeş/Kardeşlere Sahip ve Otistik Çocuğu Olan Annelerin Kaygı Ve Depresyon Oranlarının Karşılaştırılması. 2015, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 93 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Neslim Güvendeğer Doksat).
106. Atagün Mİ, Altınbaş K, Yeşilyurt S, Yeşilbaş D, Gülöksüz S, Oral T. İki Uçlu Bozukluğu Olan Hastalarda Depresif Belirtilerin Tedavisinde Antidepresan Tercihlerinin Değerlendirilmesi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2012; 25: 151-156.
107. Yüksel N. Antidepresan ilaçlar. İçinde: Psikofarmakoloji. Yüksel N (Ed). 3. Baskı, MN Medikal Nobel Tıp Kitabevi, 2007; p:145-220.
108. Doksat M.K. Dirençli Depresyonda tedavi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 1999; 75-91.
109. Dönmez Ç.F, Yılmaz M. Elektrokonvulsif tedavi ve hemşirelik bakımı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2011; 2(2): 80-89.
110. Tosun M. Depresyon Tedavisinde Elektrokonvulsif terapinin Yeri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 1999; 107-120.
111. Sözeri Varma G, Karadağ F, Kalkan oğuzhanoglu N, Özdel O. Depresyon tedavisinde grup psikoterapisi ve psikodramanın yer. Klinik Psikiyatri. 2017; 20:308-317.

112. Güzel Özdemir P, Yılmaz E, Selvi Y, Boysan M. Psikiyatride parlak ışık tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2017; 9(2):177-188.
113. Çelik S, Konkan R, Erkmen H, Tabo A, Erkıran M. Bitkisel ilaçlar ve psikiyatri kullanımı. Düşünen Adam. 2007; 20(4): 186-195.
114. Acarkan T, Nazlıkul H. Depresyona tamamlayıcı tıp yaklaşımı. Journal of Complementary Medicine, Regulation and Neural Therapy. 2017; 11(1):20-23.
115. Özcan A. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. Kum N.(Editör), 2. Baskı, Birmat Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti. İstanbul, 2000,114-131.
116. Aktaş E. Çocuklardaki Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü'nün, Anne Babaların Duygusal İstismar Potansiyeli ve Çocukların Kabul/Red Algısı ile İlişkisi. 2011, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 107 Sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Ayla Soykan Aysev).
117. Saka A. Farklı Aile Yapısına Sahip Ergenlerin Öz-Yeterlilik ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin İncelenmesi. 2017, Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 143 Sayfa, Karabük, (Doç. Dr. Şehnaz Ceylan).
118. Çam O, Öztürk Turgut E, Büyükbayram A. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Dayanıklılık ve Yaratıcılık. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2014;5(3):160-163.
119. Masten AS, Obradovic J. Competence and resilience in development. New York Academy of Sciences. 2006;1094(1):13-27.
120. De Sousa A, Shivastava A. Resilience among people who face natural disaster. Journal of Psychiatrists. 2015;4(1):1-4.
121. Shastri PC. Resilience: building immunity in psychiatry. 2013; 55(3):224-234.
122. Soutwich SM, Bonanno GA, Masten AS, Panter-Brick C, Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. European Journal of Psychotraumatology. 2014; 5:10.
123. Terzi Ş. Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2008; 3(29).
124. Sezgin F. İlköğretim okulu öğretmenlerinin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin belirlenmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2012; 20(2): 489-502.
125. Çam O, Büyükbayram A. Hemşirelerde psikolojik dayanıklılık ve etkileyen faktörler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2017;8(2):118-126.

126. Çelikkaleli Ö, Kaya S. Üniversite Öğrencilerinin Cinsiyet ve Toplumsal Cinsiyet Rollerine Göre İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtma, Psikolojik Dayanıklılık ve Duygusal Yetkinlik İnancı. Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi. 2016;6(2):187-212.
127. Ülker Tümlü G, Recepoğlu E. Üniversite Akademik Personelinin Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi. 2013;3(3):205-213.
128. Yılmaz H, Sipahioğlu Ö. Farklı risk gruplarındaki ergenlerin psikolojik sağlamlıklarının incelenmesi. İlköğretim Online. 2012; 11(4):927-944.
129. Erdoğan E. Tanrı Algısı, Dini Yönelim Biçimleri ve Öznel Dindarlığın Psikolojik Dayanıklılıkla İlişkisi: Üniversite Örnekleme. 2015;12(29):223-246.
130. Yıldırım KP. Ergenlerde psikolojik dayanıklılık ile benlik kurgusu arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2014, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Prof. Dr. Ahmet Şirin).
131. Yılmaz F. Kamu personeli seçme sınavına (KPSS) hazırlanan öğretmen adaylarının sınav kaygısına bağlı olarak tükenmişlik düzeyi ve psikolojik dayanıklılıkları. 2017, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 105 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç.Dr. Sinem Zeynep Metin).
132. Fırat S. Otistik Çocukların Anne- Babalarının Depresyon ve Kaygı Düzeyleri. Çukurova Med J. 2016; 41(3):539-547.
133. Gerdes AC, Hoza B, Arnold LE, Pelham WE, Swanson JM, Wigal T, et al. Maternal depressive symptomatology and behavior: Exploration of possible mediators. J Abnorm Child Psychol. 2007; 35:705-714.
134. Özyurt G, Pekcanlar Akay A, Öztürk Y, Baykara B, İnal Emiroğlu N. DEHB'li çocuklarda ve annelerinde duygu düzenlemenin araştırılması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2016; 17(3):393-402.
135. Soysal Ş, Karatepe B, Çopur A, Kılıç K.M, Akay S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların WISC-R puanları ile annelerinin problem çözme becerileri arasındaki ilişkisi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2010; 23:256-264.
136. Yıldız Gündoğdu Ö, Varol Taş F, Yıldırım Özyurt E, Dönder F, Çakın Memik N. Okul öncesi dönemde DEHB: psikososyal tedavi yaklaşımlarının gözden geçirilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2016; 17(2): 143-155.

137. Coşkun Y, Akkaş G. Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi. 2009; 10(1): 213-227.
138. Türkyılmaz MD, Dündar S, Aksoy S. Baş dönmesi şikayeti olan bireylerde baş dönmesi süreğenliği ile depresyon ilişkisinin incelenmesi. Fizyoterapi Rehabilitasyon. 2013;24(1):104-109.
139. Saygın N, Yaşar S, Çetinkaya G, Kayan M, Özgüner MF, Korucu CÇ. Radyoloji çalışanlarında depresyon ve anksiyete düzeyleri. S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2011;2(3):139-144.
140. Öztürk M, Sayar K, Tüzün Ü, Tanrıöver Kandil S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda Metilfenidat ve Benlik Saygısı. Klinik Psikofarmakoloji. 2000; 10:139-143.
141. Aydın H, Diler S.R, Yurdağül E, Uğuz Ş, Şeydaoğlu G. DEHB Tanılı Çocukların Ebeveynlerinde DEHB Oranı. Klinik Psikiyatri. 2006; 9:70-74.
142. McAuley T, Chaban P, Tannock R. ADHD and social- emotional abilities. About Kids Health. 2009. <http://www.aboutkidshealth.ca/En/ResourceCentres/ADHD/TreatmentofADHD/BehaviouralTherapyforADHD/Pages/ADHDandSocial-EmotionalAbilities.aspx> (erişim tarihi:18.03.2018).
143. Xia W, Shen L, Zhang j. Comorbid anxiety and depression school-aged children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and selfreported symptom of ADHD, anxiety, and depression among parents of school-aged children with and without ADHD. 2015; 27(6):356-367.
144. Durukan İ, Türkbay T, Cöngöloğlu A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Metilfenidatın Çeşitli Görsel Dikkat Bileşenleri Üzerine Etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2008; 19(4):358-364.
145. Kılıç B.G, Şener Ş. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Karşıt Olma-Karşıt Gelme Bozukluğu/Davranış Bozukluğu Eş Hastalanımında Aile İşlevleri ve Psikososyal Değişkenlerin Karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2005; 16(1): 21-28.
146. Vincent C, Chen H, Yeh J, Lee TC, Chou JY, Shao WS, Chen C, Lee PC. Syntoms of attention deficit hyperactivity disorder and quality of like of mothers of shool eged children: The roles of Child, mother, and family variables.the Kaohsiung Journal of Medical Sciences. 2014.30(12):631-638.

147. Tura G. Engelli Çocuğu Olan ve Çocuğu Engelli Olmayan Annelerin Anksiyete, Depresyon ve Psikolojik Sağlamlılık Düzeylerinin İncelenmesi. Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017; 9(18): 30-36
148. McCormick LH. Depression in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. Fam Med. 1995; 27:176-179.
149. Karakoç Demirkaya S, Aksu H, Yılmaz N, Özgür B. G, Eren E, Avcil S. N. Bir Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Olguların Tanıları Ve Sosyo-demografik Özellikleri. Meandros Med Dent J. 2015; 16(1): 4-8.
150. Weis M, Weiss G. Attention deficit hyperactivity disorder. Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook. Lewis M (editör). Baltimore: lippin-cot Wiliams and Wilkins. 2002.
151. Çakaloz B, Pekcanlar Akay A, Günay T. Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğunun Eşlik Ettiği ve Etmediği Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocukların Davranışsal Sorunlar, Ders Başarısı ve Akran İlişkileri Açısından Değerlendirilmesi. New/Yeni Symposium Journal. 2007; 45(2): 84-91.
152. Doğangün B, Yavuz M. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Türk Ped Arş. 2011; 46 özel sayı:25-28.
153. Ercan E.S, Çuhadaroğlu Çetin F, Motovallı Mukaddes N, Yazgan Y. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisinde Atomoksetin. Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2009; 16(2): 113-118.
154. Özyurt G, Pekcanlar Akay A, Öztürk Y. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Olan Olgularda Aile İşlevselliği ve Anne Anksiyetesinin Kontrol Grubu ile Karşılaştırılması. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi. 2015; 3: 162-172.
155. Biederman J, faraone S, milberger S, et al. A prospective 4- year up study of attention deficit hyperactivity and related disorder. Arch Gen Psychiatry. 1996b;53:437-446.
156. Güçlü O, Erkıran M. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konmuş Çocukların Ebeveynlerinde Psikiyatrik Yüklülük. Klinik Psikiyatri. 2004;7:32-41.
157. Russell AE. The association of attention deficit hyperactivity disorder with socioeconomic disadvantage: alternative explanations and evidence. J Child Psychol. 2014;55(5):436-445.

158. Russell AE, Ford T, Russell G. Socioeconomic association with ADHD: Findings from a mediation analysis. *PLoS One*. 2015; 10(6): e0128248.
159. Greene RW, Bierdeman J, Zerwas S, Monuteaux MC, Goring JC, Faraone SV. Psychiatric comorbidity family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J Psychiatry*. 2002. 157:1214-1224.
160. Kaya B. Depresyon: Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış. *Klinik Psikiyatri*. 2007; 10(Ek 6): 11-20.
161. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu Aşıl R, Karakurt P. Engelli Çocukların Annelerinin Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Der.* 2012; 20(3). 200-209.
162. Kaçan Softa H. Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 2013; 21(2): 589- 600.
163. Sipahi Ö. Down sendromlu çocuğu olan annelerde depresyon sıklığı ve ilişkili faktörlerin araştırılması. İstanbul Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, 2002.
164. Yağmur T, Türkmen S.N. Ruhsal hastalığı olan hastalar bakım veren aile üyelerinde algılanan stres ve psikolojik dayanıklılık. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2017; 4(1): 542-548.
165. Çöp E, Çengel Kültür E, Şenses Dinç G. Anababalık Tutumları ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri Arasındaki İlişki. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2017; 28(1): 25-32.
166. Aktepe E. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konan Çocuk ve Ergenlerde Eş Tanılar ve Sosyodemografik Özellikler. *New/ Yeni Symposium Journal*. 2011; 49(4):201-208.
167. Korkmaz M, Yücel A.S, Çelebi N, Kılıç B. 7- 17 Yaş Arası Farklı Gelişimsel Özellikleri Olan Çocuklara Sahip Ailelerin Stresle Başa Çıkma Yöntemlerinin İncelenmesi. *Uluslararası Aile Çocuk ve Eğitim Dergisi*. 2014; 4(2): 16-50.
168. Özcan ME, Eğri M, Kutlu O, Yakıncı C, Karabiber H, Genç M. Okul Çağı Çocuklarında DEHB Yaygınlığı: Ön Çalışma. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*. 1998;5(2,3):138-142.
169. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk S. On Beş- Kırk Dokuz Yaşları Arasındaki Kadınlarda Depresyon Prevelansı ve Depresyon Şiddeti İle Risk Faktörleri Arasındaki İlişki. *Anatolion Journal of Psychiatry*. 2003; 3: 208- 219.

170. Çengelci B. Otizm ve Down Sendrom'lu Çocuğa Sahip Annelerin Kaygı, Umutsuzluk ve Tükenmişlik Duygularının Karılaştırılması. Ege Eğitim Dergisi. 2009; 2(10):1-22.
171. Karataş H, Özcanarlan F, Aydın D. Şanlıurfa İlinde Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Depresyon Durumlarının Belirlenmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2014; 11(2): 75-82.
172. Wenlen C, Yşong D, Xiangyang Z, David C. Prevalence and contributing factors to attention deficit hyperactivity disorder: A study of five- to fifteen year old children in Zhabei District, Shanghai. Asia Pac Psychiatry. 2014. 6(49): 397-404.
173. Uğuz Ş, Toros F, Yazgan İnanç B, Çolakkadıoğlu O. Zihinsel ve/veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. Klinik Psikiyatri. 2004; 7: 42-47.
174. Bilici M, Çetin İ, Bakaroğlu M. Sağlık ocaklarına başvuran hastalarda depresyon yaygınlığı ve depresyonun sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi Ve Uluslararası Kros- Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu, 1999.
175. Çilli AÇ, Kaya N, Bodur S, Özkan İ, Kucur R. Ev kadınlarında ve çalışan evli kadınlarda psikolojik belirtilerin karşılaştırılması. Genel Tıp Dergisi. 2004; 14(1):1-5.
176. Tezel A. Sigara İçme ve Depresyon. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2002; 5(2).
177. Kamışlı S, Karatay G, Terzioğlu F, Kublay G. 1.Baskı, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008, S:7-15.
178. Pazvantoğlu O, Akbaş S, Sarısoy G, Baykal S, Zabun Korkmaz I, Karabekiroğlu K, Böke Ö. DEHB Tanılı Çocukların Ebeveynlerinde DEHB İle İlişkili Bazı Sorunlu Yaşam Olayları. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry And Neurological Sciences. 2014; 27: 61-68.
179. Ertan T. Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2008; 62: 25-30.
180. Lehtinen V, Michalak E, Wilkinson C ve ark. Urban-rural differences in the occurrence of female depressive disorder in Europe: Evidence from the ODIN study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003;38:283-289.
181. Chinawa JM, Odetunde OIO, Herbert AO, Chinawa AT, Muideen OB, Ujunwa FA. Attention deficit hyperactivity disorder: A neglected issue in

developing World. Behavioural Neurologj. 2014.

<http://dx.doi.org/10.1155/2014/694764> (erişim tarihi: 20.03.2018)

182. Görmez V, Örengül A.C, Baljinnyam S, Aliyeva N. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Tanı Dağılımı ve Demografik Özellikler. Journal of Mood Disorders. 2017; 7(1): 41-46.
183. Yılmaz Bingöl T, Tel H. Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Düzeyleri ile Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007;10:3.



9.EKLER

EK-1: Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmanın Adı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocukların Annelerinin Depresyon, Anksiyete Ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Belirlenmesi

Çalışmanın amacı nedir? Bu çalışma, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı çocukların annelerinin depresyon, anksiyete ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Katılma koşulları nedir? Bu araştırmaya;

- Annenin DEHB tanılı çocuğunun T.C. Sağlık Bakanlığı Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde ayakta tedavi edilmek üzere kayıt yaptırmış olması,
- DEHB tanılı çocuğu olan annenin mental yetersizliği ve iletişim engelinin (işitme ve konuşma) bulunmaması,
- DEHB tanılı çocuğu olan annenin gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul etmesidir.

Nasıl bir uygulama yapılacaktır? Araştırmada veri toplama araçları olarak “Bireysel Bilgi Formu”, “Zung Depresyon Ölçeği”, “Beck Anksiyete Ölçeği” ve “Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” kullanılacaktır.

Sorumluluklarım nedir? Gönüllüye herhangi bir sorumluluk yüklenilmemektedir.

Katılımcı sayısı nedir? Araştırmaya tüm evren dahil edilecektir.

Katılımım ne kadar sürecektir? Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 15-20 dakikadır.

Çalışmaya katılma ile beklenen olası yarar nedir? Bu araştırma kapsamında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı çocukların annelerinin depresyon, anksiyete ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin ve ihtiyacı olan annelerin ruhsal durumlarına yönelik gereksinim duydukları tedbirlerin alınması sağlanacaktır.

Çalışmaya katılma ile beklenen olası riskler nedir? Size bu araştırmada sadece sorular yöneltilecektir, bu sebeple fiziksel olarak hiçbir risk altında olmayacaksınız.

Araştırma sürecinde birlikte kullanılmasının sakıncalı olduğu bilinen ilaçlar/besinler nelerdir? Çalışma süresince gönüllüye hiçbir ilaç uygulaması yapılmayacaktır.

İlacın saklama koşulları İlaç uygulaması bulunmamaktadır.

Hangi koşullarda araştırma dışı bırakılabilirim? Anket sorularını yarım bırakarak tamamlamamanız halinde araştırma dışında bırakılacaksınız.

Diğer tedaviler nelerdir? Tüm araştırma boyunca size hiçbir tedavi uygulanmayacaktır.

Herhangi bir zararlanma durumunda yükümlülük/sorumluluk kimdedir ve ne yapılacaktır? Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı Araştırma boyunca gönüllülere ilaç, invaziv herhangi bir girişim, fiziksel temas söz konusu değildir bu sebeple herhangi bir zarar söz konusu değildir.

Yeni bulgular Tüm araştırma boyunca size hiçbir tedavi uygulanmayacaktır

Araştırma süresince çıkabilecek sorunlar için kimi aramalıyım? Anket formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ile doldurulacaktır. Anket doldurma süresi ortalama 15-20 dakika sürecektir.

Çalışma kapsamındaki giderler karşılanacak mıdır? Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

Çalışmayı destekleyen kurum var mıdır? Hayır.

Çalışmaya katılmam nedeniyle herhangi bir ödeme yapılacak mıdır? Hayır

Araştırmaya katılmayı kabul etmemem veya araştırmadan ayrılmam durumunda ne yapmam gerekir? Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır.

Katılmama ilişkin bilgiler konusunda gizlilik sağlanabilecek midir? Bu çalışma da adınız soyadınıza ait bilgiler alınmayacaktır. Anket kapsamında sizlerden derlenen veriler sadece araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde resmi, özel kişi veya kuruluşlara açıklanmayacak, vermiş olduğunuz tüm bilgiler gizli tutulacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı: Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum. Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

EK-2: Bireysel Bilgi Formu

1. Çocuğunuzun yaşı:
2. Çocuğunuzun tanı aldığı yaş:
3. Kontrollerinize düzenli gelip gidiyor musunuz?
a)Evet b)Hayır
4. Çocuğunuzun okul başarısı nasıl?
a)Başarılı b) Başarısız c) Orta
5. Çocuğunuzun çevre ile uyumu nasıl?
a)İyi b)Kötü c)Orta
6. Kaç Yaşındasınız?
A)18-24 B)25-29 C)30-34 D)35-39 E)40 ve üzeri
7. Medeni Durumunuz?
a)Evli b)Dul c)Boşanmış d) Ayrı Yaşıyor
8. Evlenme Yaşınız?.....
9. Çocuk Sayısı:
a)1 b)2 c)3 d)4 ve 4'ten fazla
10. Eğitim Durumunuz:
a)Okur-Yazar Değil b)Okur-Yazar c)İlkokul d)Ortaokul e)Lise
f)Üniversite
11. Mesleğiniz?
a)Ev Hanımı b)Özel Sektör Çalışan c)Serbest Meslek d)Kamu
12. Aylık geliriniz?
a)Gelirim Yok b)0-1300TL c)1301-3000TL d)3001 ve üzeri
13. Eşinizin Eğitim Durumu?
a)Okur-Yazar Değil b)Okur-Yazar c)İlkokul d)Ortaokul e)Lise
f)Üniversite
14. Eşinizin Yaşı?
a)18-24 b)25-29 c)30-34 d)35-39 e)40 ve üzeri
15. Eşinizin Mesleği?
a)Yok b)Özel Sektör Çalışanı c)Serbest Meslek d)Kamu
16. Eşinizin Aylık Geliri?
a)Geliri Yok b)0-1300TL c)1301-3000TL d)3001 ve üzeri

17. Ailenin Sosyal Güvencesi Var mı?
a)Evet b) Hayır
18. Yaşanılan Bölge?
a)İl b)İlçe c)Köy/Kasaba
19. Aile Yapısı?
a)Çekirdek Aile b)Geniş Aile
20. Sigara/Alkol Kullanımı:
21. Sizde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu var mı?
a)Evet b) Hayır
22. Babanın Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşama durumu?
a)Evet b)Hayır
23. Diğer çocuklarınızda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu var mı?
a)Evet b)Hayır
24. Sizin herhangi ruhsal bir hastalığınız var mı?
a)Var b)Yok
25. Varsa hastalığınız nedir?
26. Çocuğunuzun Durumu İle İlgili Hiç Psikolojik Destek Aldınız mı?
a)Evet b) Hayır
27. Çocuğunuz için psikolog, özel eğitimci, psikolojik danışman, çocuk ruh sağlığı uzmanı gibi bir uzmana başvuruyor musunuz?
a)Evet b)Hayır
28. Evde çocuğunuzla boş vakitlerinizi nasıl geçirirsiniz?
a)Oyun Oynayarak b)Kitap Okuyarak c)Çizgi Film- TV izleyerek
d)Diğer.....

EK: 3. Zung Depresyon Ölçeği

Aşağıda hemen herkeste görülebilecek bazı durumlar verilmiştir. Her bir cümleyi okuyup daha sonra bu durumun sizde geçen hafta içinde ne oranda olduğunu en iyi belirten şıklardan birinin altındaki kutucuğun içine çarpı (X) işareti koyarak yirmi durumu da işaretleyiniz.

		Hiçbir zaman veya çok ender	Bazen	Sık sık	Çoğunlukla veya her zaman
1	Kendimi kırgın, kederli ve hüzünlü hissediyorum.				
2	Kendimi en iyi sabahları hissediyorum.				
3	Ağlama nöbetleri geçiriyorum veya kendimi ağlayacak gibi hissediyorum.				
4	Gece boyu uyumakta güçlük çekiyorum.				
5	İştahım her zamanki gibi.				
6	Çekici kadınlara/erkeklere bakmaktan, onlarla konuşmaktan ve birlikte olmaktan hoşlanıyorum.				
7	Kilo kaybetmekte olduğumu fark ediyorum.				
8	Kabızlık çekiyorum.				
9	Kalbim her zamankinden hızlı atıyor.				
10	Sebepsiz yere yoruluyorum.				
11	Zihnim her zaman olduğu kadar açık.				
12	Alıştığım şeyleri kolaylıkla yapabiliyorum.				
13	Huzursuzum yerimde duramıyorum.				
14	Geleceğe ümitle bakıyorum.				
15	Her zamankinden daha tedirginim.				
16	Kolaylıkla karar verebiliyorum.				
17	İşe yaradığımı ve bana ihtiyaç duyulduğumu hissediyorum.				
18	Hayatım oldukça dolu.				
19	Ölseydim herkes için daha iyi olurdu.				
20	Alışmış olduğum şeyleri yapmaktan hala zevk duyuyorum.				
				Ham puan	
				SDS indeksi	

4x.....

3x.....

2x.....

1x.....

EK-4: Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

EK-5: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

1. Beklenmedik bir olay olduğunda ... Her zaman bir çözüm bulurum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların ... Basarılması zordur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Basarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır... Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum Diğer kişilerle birlikte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kendi basıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı... Benimkinden farklıdır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ... Hiç kimseyle tartışmam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arkadaşlarımla/Aile-üyelerimle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi... Çözmem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi... Nasıl başaracağımı bilirim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeve başladığımda ... Erive dönük planlama yapmam, derhal işe baslarım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak Önemli değildir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissederim Çok mutlu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çok mutsuz
12. Beni ... Azı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim... Olduğuna çok inanırım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum Ümit verici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir... Zamanımı planlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir Kolayca yapabildiğim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yapmakta zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ... Birbirinden bağımsız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ... Zayıftır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ... Çok fazla güvenmem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ... Belirsizdir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İvi düşünülmiştir
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ... Günlük yaşamımda yoktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ... Benim için zordur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ... Geleceğe pozitif bakar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında... Bana hemen haber verilir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken Kolayca gülerim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır: Birbirlerini desteklemez biçimde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır Her sevi umutsuzca gören bir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beni başarıya götürebilecek ivi bir sev bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ... Zordur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ... Bana yardım edebilecek kimse yoktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ... Başa çıkmaya çalışırım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Şürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ... İşleri bağımsız olarak yapmayı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ... Yeteneklerimi beğenirler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yeteneklerimi beğenmezler

Referans:

Basım, H. Nejat ve Çetin, Fatih (2011). Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22, 2, 104-114.

EK-6: Etik Kurul Onay Yazısı

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocukların Annelerinin Depresyon, Anksiyete Ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	87

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi 2. Kat Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 07 53 / 77704
	FAKS	0342 360 39 27
	E-POSTA	gaunetikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr Nurgül ÖZDEMİR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TUBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz :					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

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

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocukların Annelerinin Depresyon, Anksiyete Ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Belirlenmesi	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		87	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
	ILAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017 /87	Tarih: 13.03.2017	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmacının/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Mina</i>
Prof. Dr. Mehmet KESKİN	PEDIATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>M. Keskin</i>
Prof. Dr. Feridun IŞIK	GÖĞÜS CERRAHI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>F. Işık</i>
Prof. Dr. İker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>I. Seçkiner</i>
Prof. Dr. Ramazan BAL	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>R. Bal</i>
Prof. Dr. Yasemin ZER	MİKROBIYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Y. Zer</i>
Doç. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Z. Öztürk</i>
Doç. Dr. Seval KUL	BIYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>S. Kul</i>
Yrd. Doç. Dr. Betül TAŞ	AĞIZ DIŞ ve ÇENE CERRAHİSİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>B. Taş</i>
Uzm. Dr. Cahide Elif FORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>C. Forhan</i>
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>E. Çelik</i>
Recep TÜRK	BANKACI	Ziraat Bankası Gaziantep Bölge Yöneticisi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>R. Türk</i>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ
İmza:

Mina

Elden teslim aldım.

Kübra ABACI

Kübra Abacı

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmamalıdır.

EK-7: T.C Sağlık Bakanlığı Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi İzin Yazısı

**GAZİANTEP İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ**

Taraflar:

Bu protokol Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve Gaziantep Üniversitesi arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:

T.C. Sağlık Bakanlığı Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

Çalışmanın Adı: "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocukların Annelerinde

Anksiyete, Depresyon Ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Belirlenmesi"

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Yrd. Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR, Kübra ABACI

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği tarafından değerlendirilecektir. Çalışma başlangıç günü 1. Gün kabul edilerek her 90 günün sonucunda çalışmanın yapıldığı hastanenin Eğitim-Arge birimine ara rapor sunulacaktır. Bu raporun sunulmaması halinde protokol hükümsüz kalacak ve çalışmanın devam ettirilmesine izin verilmeyecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında Kamu Hastaneleri Birliği personelinde de yararlanılacaksa ayrıca Kamu Hastaneleri Birliğinden onay alınacaktır.
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Genel Sekreterliğin ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi e ve f maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (hastane, Halk Sağlığı Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.

Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda 6 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç** 01.04.2017 /**Bitiş** 30.10.2017
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Genel Sekreterlik protokolü daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği onayı ile mümkün olabilecek, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokolde imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğince; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

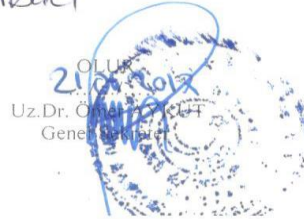
Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Gaziantep ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

Tarih: 01.04.17

İmza: Nurgül Özdemir

Başvuran Adı/Soyadı: Kübra Abacı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Tarih ve Sayı: 17.04.2017/04

Bilimsel Araştırma İzinleri Başvuru İnceleme Komisyonu Toplantı Kararları

Başvuru Sahibi:

Kübra ABACI

Çalışma Adı:

"Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocukların Annelerinin Depresyon, Anksiyete ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Belirlenmesi"

Komisyon Kararı:

Çalışmanın Kurumumuzda yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

KOMİSYON BAŞKANI

Op. Dr. Ali Güven İNÇAN
Tıbbi Hizmetler Başkanı V.

ÜYE

Abdullah UZUNASLAN
İdari Hizmetler Başkanı

ÜYE

Selâhattin TEKATLI
Mali Hizmetler Başkanı

18/04/2017

OLUR

Uzm. Dr. Ömer AYKUT
Genel Sekreter

EK-8. Ölçek İzinleri

Ölçek İzni  Gmail

3 ileti

Kübra Abacı <kbrabac@gmail.com> Alıcı: basaran@atauni.edu.tr

24 Aralık 2016 11:21

Kübra Abacı <kbrabac@gmail.com>

Merhaba Hocam, Ben Kübra Abacı Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışmasını yapmış olduğunuz Zung Depresyon Ölçeği'ni izninizle tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Gereğini bilgilerinize arz ederim. Cevabınızı bekliyorum. Saygılar...

Basaran Gencdogan <basaran@atauni.edu.tr> Alıcı: Kübra Abacı <kbrabac@gmail.com>

Merhaba Sayın Kübra Abacı

25 Aralık 2016 16:16

Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışmasını yapmış olduğum Zung Depresyon Ölçeği'nin Türkçe Formunu araştırmanızda kullanabilirsiniz. Kolay gelsin.

Doç. Dr. Başaran GENÇDOĞAN Atatürk Üniversitesi K.K. Eğitim Fakültesi Psikolojik Danışma ve Rehberlik ABD Başkanı Yoncalık-ERZURUM

GSM=05437251288

Kimden: "Kübra Abacı" <kbrabac@gmail.com> **Kime:** basaran@atauni.edu.tr **Gönderilenler:** 24 Aralık

Cumartesi 2016 14:21:35 **Konu:** Ölçek İzni

[Alıntılanan metin gizlendi]

Kübra Abacı <kbrabac@gmail.com> Alıcı: Basaran Gencdogan <basaran@atauni.edu.tr>

İzniniz ve ilginiz için çok teşekkür ediyorum hocam. Saygılarımla...

25 Aralık 2016 16:16 tarihinde Basaran Gencdogan <basaran@atauni.edu.tr> yazdı: [Alıntılanan metin gizlendi]

26 Aralık 2016 19:08



Kübra Abacı <kbrabac@gmail.com>

psikolojik dayanıklılık ölçeği

2 ileti

NEJAT BASIM <nbasim@gmail.com> 26 Aralık 2016 12:31 Alıcı: kbrabac@gmail.com

Merhaba. Mesajınızı bu adresimden yanıtlıyorum. Ölçeği tabii ki kullanabilirsiniz. Ölçeğin yer aldığı makaleyi, makalenin sonunda yer alan ölçeğin word ortamındaki halini (kopyalayıp yapıştırması kolay olur) ve değerlendirme esaslarını içeren bilgi notunu ekte gönderiyorum. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Nejat

Prof. Dr. H. Nejat Basım Başkent Üniversitesi İİBF. Dekanı Bağlıca Kampüsü Eskişehir Yolu 20. Km. Bağlıca 06810 ANKARA Tel: 312-2466666/6645 e-posta: nbasim@baskent.edu.tr; nbasim@gmail.com

From: Kübra Abacı [mailto:kbrabac@gmail.com] **Sent:** Saturday, December 24, 2016 10:53 AM **To:** nbasim@baskent.edu.tr **Subject:** Ölçek İzni

Merhaba hocam, Ben Kübra Abacı Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışmasını yapmış olduğunuz Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'ni izninizle tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Gereğini bilgilerinize arz ederim. Cevabınızı bekliyorum. Saygılar..

3 eklenti psikolojik dayanıklılık olcegi_makale.pdf

282K

Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.doc

96K

psikolojik dayanıklılık ölçeği değerlendirme notu.pdf

164K **Kübra Abacı** <kbrabac@gmail.com>

26 Aralık 2016 19:07



<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=c05c7ee2cd&jsver=WZ...1593be34da0aeb8c&siml=1593a7839b5b73de&siml=1593be34da0aeb8c> Sayfa 1 / 2

Gmail - psikolojik dayanıklılık ölçeği 3.04.2018 09*08

Alıcı: NEJAT BASIM <nbasim@gmail.com> İzniniz ve ilginiz için çok teşekkür ediyorum hocam. Saygılarımla...

26 Aralık 2016 12:31 tarihinde NEJAT BASIM <nbasim@gmail.com> yazdı: [Alıntılanan metin gizlendi]

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=c05c7ee2cd&jsver=WZ...1593be34da0aeb8c&siml=1593a7839b5b73de&siml=1593be34da0aeb8c> Sayfa 2 / 2

EK-9: Özgeçmiş

1990 yılında Antakya’da doğdu. İlköğretim ve lise eğitimini Hatay’da tamamladı. 2008-2012 yılları arasında Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde lisans eğitimini tamamladı. Hatay Özel Defne Hastanesi, Hatay Yayladağı Kışlak Aile Sağlığı Merkezi, Özel Mediclass Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi ve Kilis Devlet Hastanesi’nde görev yaptı. 2015 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı’nda yüksek lisansa başladı. 2015 yılından beri Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde çalışmaktadır.

