



**T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
OLAN ÇOCUKLARDA YAŞAM KALİTESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Semra SÖNGÜT

Çorum 2019

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARDA YAŞAM KALİTESİ**

Semra SÖNGÜT

**Sağlık Bilimleri Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı**

Yüksek Lisans Tezi

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA
İkinci Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Afitap ÖZDELİKARA**

Çorum 2019

KABUL VE ONAY

HİTÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 160310004 numaralı Yüksek Lisans Öğrencisi Semra SÖNGÜT, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA YAŞAM KALİTESİ" başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Savunma Tarihi : 29 Mart 2019

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Selen Ö. AKÇA
Hitit Üniversitesi

İmza

Jüri Üyeleri: Prof. Dr. Sevinç POLAT
Yozgat Bozok Üniversitesi

İmza

Jüri Üyeleri: Doç. Dr. Nuriye B. DUMAN
Hitit Üniversitesi

İmza

İmza

İmza
Doç. Dr. Erkan DEMİRKAN
Enstitü Müdürü

ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Yaşam Kalitesi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Tarih 22.04.2019
Semra SÖNGÜT
İmza



ÖN SÖZ

Araştırmanın tüm süreçleri boyunca desteğini her daim hissettiğim, her anımda yanımda olan akademik görüşü, güler yüzlülüğü ile akademik bilgi ve tecrübelerini bana içtenlikle aktaran sevgili tez danışmanım **Doç. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA**'ya,

Her daim eğitimim konusunda beni teşvik eden, hayatımda en ufak sendelediğim anda manevi olarak yanımda hissettiğim, çok değerli aile üyelerim canım babam, annem ve kardeşlerime,

Çalışmama destek veren Çorum İli Rehberlik ve Araştırma Merkezi'ne,

Çalışmama katılan tüm çocuklara,

En İçten Saygı ve Sevgilerimle Teşekkürlerimi Sunarım

Hep “iyi ki...” dediğim, her zaman yanımda olan, desteğini ve emeğini bir an olsun esirgemeyen eşim **Olçay SÖNGÜT**'e her şey için sonsuz teşekkür ederim.

Semra SÖNGÜT

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL VE ONAY	iii
ETİK BEYANNAMESİ	iv
ÖNSÖZ	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR ve SEMBOLLER	viii
ÖZET	xi
SUMMARY	xii
1. GİRİŞ	1
1.1 Çalışmanın Amacı	1
1.2 Problem Cümlesi	3
1.2.1 Alt problemler	3
1.4 Sınırlılıklar	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB).....	5
2.1.1 Tarihçe	5
2.1.2 Sıklık ve yaygınlık	6
2.1.3 Etiyoloji	6
2.1.4 Tanı ölçütleri	8
2.1.5 Alt tipleri	11
2.1.6 Eşlik eden diğer psikiyatrik problemler	12
2.1.7 Tedavi	13
2.2 Yaşam Kalitesi	14
2.2.1 Çocuklarda yaşam kalitesi ölçeklerinin özellikleri	16
2.2.2 Çocuklarda yaşam kalitesini ölçen genel ölçekler	17
2.2.3 DEHB tanısı ile ilişkili yaşam kalitesi ölçekleri	18
2.2.4 DEHB'nin yaşam kalitesi üzerine etkisi	18
2.3 DEHB Olan Çocuklarda Pediatri Hemşiresinin Rolü.....	19
3. MATERYAL ve YÖNTEM	22
3.1 Araştırmanın Tipi	22
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.3 Araştırma Evreni	22
3.4 Araştırma Örneklemi	22
3.5 Veri Toplama Araçları	23
3.5.1 Tanıtıcı bilgi formu	23
3.5.2 Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan 8-12 yaş grubu çocuklarda yaşam kalitesi ölçeği (DE/HBYKÖ)	23
3.6 Verilerin Toplanması	24
3.7 Ön Uygulama	24
3.8 Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.9 Araştırmanın Değişkenleri	26
3.10 Araştırmanın Etik İlkeleri	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	61
KAYNAKLAR	65
EKLER	78



KISALTMALAR ve SEMBOLLER

APA: American Psychiatric Association

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DE/HB-YKÖ: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Yaşam Kalitesi Ölçeği

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HRQOL: Health Related Quality of Life

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

WHOQOL: World Health Organization Quality of Life Assessment



ÇİZELGELER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Çizelge 4.1: DEHB olan çocukların tanıtıcı özellikleri	28
Çizelge 4.2: DEHB olan çocuğa sahip ailelerin tanıtıcı özellikleri	29
Çizelge 4.3: DEHB olan çocukların klinik özellikleri	30
Çizelge 4.4: DEHB olan çocukların DE/HB-YKÖ puan ortalamalarının dağılımı	31
Çizelge 4.5: DEHB olan çocukların tanıtıcı özelliklerine göre DE/HB-YKÖ bilişsel alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı.....	33
Çizelge 4.6: DEHB olan çocuğa sahip ailelerin tanıtıcı özelliklerine göre DE/HB-YKÖ bilişsel alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	34
Çizelge 4.7: DEHB olan çocukların tanıtıcı özelliklerine göre DE/HB-YKÖ sosyal alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı.....	38
Çizelge 4.8: DEHB olan çocuğa sahip ailelerin tanıtıcı özelliklerine göre DE/HB-YKÖ sosyal alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	40
Çizelge 4.9: DEHB olan çocukların tanıtıcı özelliklerine göre DE/HB-YKÖ duygusal alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	43
Çizelge 4.10: DEHB olan çocuğa sahip ailelerin tanıtıcı özelliklerine göre DE/HB-YKÖ duygusal alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	44
Çizelge 4.11: DEHB olan çocukların yaşam kalitelerini algılama düzeylerinin dağılımı	47
Çizelge 4.12: DEHB olan çocukların aile, arkadaş ve öğretmen desteğini algılama düzeyleri	48

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 3.1: Araştırmanın akış şeması	25
Şekil 4.1: DEHB olan çocukların DE/HB-YKÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması	31



DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA YAŞAM KALİTESİ

ÖZET

SÖNGÜT, Semra. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Yaşam Kalitesi, (Yüksek Lisans Tezi), Çorum, 2019

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan çocuklar yaşamlarının her alanında güçlük çeken kronik bir rahatsızlıkla baş etmek zorunda kaldıklarından yaşam kalitesinin değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Çocuğun sosyal yaşantısına, okuldaki başarısına, gelecekteki eğitim sürecine dolayısıyla yaşam kalitesine önemli zararlar verebilen DEHB'nin erken dönemde belirlenmesi ve tedavi edilmesi yaşam kalitesini desteklemeye/artırmaya katkı sağlar. Bu çalışmadaki amaç, 8-12 yaş arasındaki 75 DEHB tanılı çocuğun yaşam kalitesinin belirlenmesidir.

Araştırma, DEHB nedeniyle Çorum Rehberlik ve Araştırma Merkezi'ne başvuruda bulunan 8-12 yaş arası 75 çocuk ile gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında “*tanıtıcı bilgi formu*” ve “*Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan 8-12 Yaş Grubu Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeği (DE/HB-YKÖ)*” kullanıldı. Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 22 programına göre değerlendirildi. Çalışmaya katılan çocukların yaş ortalaması $10,48 \pm 1,25$ olduğu belirlendi ve %70,7'sinin erkek olduğu saptandı. Araştırmaya alınan çocukların DE/HB-YKÖ'ye göre puan ortalaması; okulda: $48,14 \pm 17,67$; evde: $46,72 \pm 18,68$ olup, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p < 0,05$). Araştırmaya katılan çocukların DE/HB-YKÖ bilişsel alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları, okulda: $52,7 \pm 5,01$; evde $51,4 \pm 5,26$, sosyal alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları okulda: $51,7 \pm 7,05$; evde $51,3 \pm 6,90$ ve duygusal alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları okulda: $51,9 \pm 7,91$; evde $50,8 \pm 7,67$ olup, ölçeğin okulda ve evde bilişsel, sosyal ve duygusal alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0,05$). Araştırmada DEHB olan çocukların %44,0'ının yaşam kalitelerini orta düzeyde algıladıkları görüldü.

Sonuç olarak, DEHB olan çocukların okulda ve evde orta düzeyde yaşam kalitesine sahip olduğu belirlendi. Bu bağlamda pediatri hemşirelerinin, DEHB olan çocukları erken dönemde belirleyerek tanılama ve tedavi için gerekli merkezlere yönlendirmeleri, bu konuya yönelik tarama çalışmalarını yapması, çocuğa, ailesine, öğretmenine ve sosyal çevresine danışmanlık hizmeti sunması, DEHB olan çocuklara ve ailelere verilecek desteğin sürekliliğini sağlayarak, çocukların yaşam kalitelerine katkı sağlamaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Dikkat eksikliği, Hemşire, Hiperaktivite, Yaşam kalitesi

THE QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

SUMMARY

SÖNGÜT, Semra. The Quality of Life in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Master Thesis), Çorum, 2019

The evaluation of quality of life is of great importance since the children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) have to cope with a chronic illness that poses difficulty in every aspect of their lives. It contribute to identify and treat ADHD at an early stage, which can cause significant harm to the child's school success, social life and future education process, and by extension, to quality of life. This paper aims to determine the quality of life in 75 children with ADHD between the ages of 8-12.

The study was conducted with 75 children aged between 8-12 years who applied to Corum Guidance and Research Center due to ADHD. The children were given an "descriptive questionnaire form" and "*The Quality Of Life Scale in Children of The Age Group of 8-12 Attention Deficit Hyperactivity Disorder (AD/HD-QOLS)*". The statistical analysis of the study was evaluated with SPSS 22. The mean age of the children participating in the study was 10.48 ± 1.25 . 70.7% were male. AD/HD-QOLS scores of children in the study were: 48.14 ± 17.67 in school and 46.72 ± 18.68 at home, and the difference between them was statistically significant ($p < 0.05$). The mean scores of cognitive sub-scale of the children were 52.7 ± 5.01 in school and 51.4 ± 5.26 at home; their social subscale mean scores 51.7 ± 7.05 in school and 51.3 ± 6.90 at home, and their emotional subscale mean scores 51.9 ± 7.91 in school and 50.8 ± 7.67 at home. It was determined that the differences between the mean scores of the cognitive, social and emotional subscales at school and at home were not statistically significant ($p > 0.05$). The study was observed that 44.0% of children with ADHD perceived their quality of life at a moderate level.

As a result, children with ADHD have a moderate quality of life at school and at home. In this context, pediatric nurses have a key role in the continuity of the support given to them by identifying children with ADHD at earlier stages. In order to be able to diagnose and guide children with ADHD, they should organize trainings in schools, conduct screening and provide counseling for the child, his/her family, teacher and his/her social environment.

Key Words: Child, Attention deficit, Nurse, Hyperactivity, Quality of life

1. GİRİŞ

1.1 Çalışmanın Amacı

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çoğunlukla çocukluk çağında başlayan, dikkatsizlik, odaklanamama, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik gibi belirtilerle kendisini gösteren ve kişinin tüm yaşamını etkileyen nöropsikiyatrik bir bozukluktur (Froehlich, Anixt, Loe, Chirdkiatgumchai, Kuan ve Gilman, 2011).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM]-IV) kriterlerine göre DEHB, dünya çapında %5,3 oranında olup, daha çok 6-9 yaş arasında ve erkek çocuklarda görülmektedir. Amerikan Pediatri Akademisi'nin bildirdiğine göre ise dünyada DEHB görülme oranı çocuklarda %5-12 arasında değişmektedir (American Psychiatric Association [APA], 2000; 2013). Ülkemizde konu ile ilgili yapılan bir çalışmada DEHB görülme sıklığı %13,8 olarak bildirilmektedir (Ercan, 2010). Kompleks bir hastalık olan DEHB çoğunlukla erken çocukluk döneminde başlamasına karşın tanısının konulması genellikle düzenli öğrenim için gerekli dikkat süresi ve yoğunlaşmanın arttığı okul çağına rastlamaktadır (Çetin, 2013).

Çocuğun okuldaki başarısına, sosyal işlevselliğine, gelecekteki eğitim süreci üzerine olumsuz etkileri olan DEHB, günümüzde sadece bireysel bir problem olarak değil ülkelerin sağlık ve okul politikalarını etkileyen bir hastalık olarak ele alınmaktadır (Göl ve Bayık 2013). Bu durum, DEHB'nin erken dönemde belirlenmesi ve tedavi edilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Çocukluk döneminde, sosyal becerileri daha zayıf olan, arkadaşlarıyla daha az grup oyunlarına katılan, diğer çocuklara ve günlük yaşam aktivitelerine uyum sağlamakta zorlanan DEHB'li çocuklar uygun zamanda tedavi edilmedikleri takdirde çocukluk döneminde yaşadıkları bu sorunların daha kapsamlı ve riskli boyutları ile ergenlik ve yetişkinlik döneminde karşılaşmaktadır (Elena, 2005). Konu ile ilgili çalışmalarda DEHB'li çocukların riskli davranışları daha az ciddiye aldığı, önleme stratejileri ve güvenlik

kurallarını daha az uydıkları bildirilmektedir (Merril, Lyon, Baker ve Gren, 2009). DEHB’de madde bağımlılıklarının yanı sıra davranışsal bağımlılıkların %72,8’e kadar çıkabildiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Karaca, Saleh, Canan ve Potenza, 2016). Benzer şekilde DEHB olan çocuklarda internet bağımlılığının da çok sık görüldüğü birçok çalışmada bildirilmektedir (Yen ve diğerleri, 2008; Ko, Yen, Chen, Yen ve Yen, 2009; Weinstein, Yaacov, Manning, Danon ve Weizman, 2015).

Dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik yer aldığı DEHB’nin temel belirtilerinden kaynaklanan güçlükler, çocukların ve ailelerin hayatının birçok yönünü etkilemektedir. Ayrıca gelişimsel, bilişsel, sosyal ve akademik yetersizlikler ile DEHB arasında bir ilişki olduğu uzun zamandır bilinmektedir (Becker, Roessner, Breuer, Döpfner ve Rothenberger, 2011). DEHB olan çocuklar sosyal ilişkilerinde, özellikle bir ilişki kurma açısından, DEHB olmayan akranlarına göre daha fazla güçlük yaşamaktadırlar (Wehmeier, Schacht ve Barkley, 2010). DEHB’li çocukların dürtüsel ve saldırgan davranışları, kurallara karşı gelmeleri, öfkelerine hakim olamamaları ve sosyal uyumsuzluk gibi çeşitli sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Bu durum kişinin günlük aktivitelerini etkili biçimde sürdürme kapasitesini azaltarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla yaşam kalitesini değerlendirme, özellikle DEHB gibi yaşamın neredeyse her alanında güçlük çekilen kronik bir rahatsızlıkta, daha fazla önem taşımaktadır (Uneri, Dinc ve Goker, 2015).

Sağlık biliminde, "sağlığı koruma" kavramından "sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesi" sürecine geçildiği günümüzde yaşam koşullarının araştırılması, etkileri ve sonuçları bakımından yaşam kalitesi kavramı giderek artan bir önem kazanmıştır (Coghill, Danckaerts, Sonuga-Barke ve Sergeant, 2009). Bu nedenle çocuğun gerek okulda gerekse evde pek çok farklı boyutlarda olumsuz yönde etkilenmesine neden olan DEHB’de yaşam kalitesinin belirlenmesi konusuna dikkat çekilmektedir (Çetin ve Akay, 2014).

DEHB olan çocukların ev, okul ve sosyal çevresindeki yaşantılarının ve yaşam kalitelerinin desteklenmesinde, erken dönemde belirlenerek doğru merkezlere yönlendirilmesinde, tedavi ve terapilerinin sağlanmasında, öğretmen, aile, terapist ilişkisinin ve çocuğa verilecek desteğin sürekliliğinde pediatri hemşireleri anahtar kişi rolündedir. Pediatri hemşireleri tarafından bu konuda yapılacak çalışmalarla evde, okulda ve toplumda farkındalık oluşturulması ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi bu

çocukların yaşam kalitelerinin desteklenmeleri açısından büyük öneme sahiptir (Göl ve Bayık, 2013). Yapılan literatür taramasında DEHB olan çocukların yaşam kalitesini ele alan çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmüştür (Dolgun, Savaşer ve Yazgan, 2005; Uneri, Turgut, Oner, Bodur ve Rezaki, 2010). Oysa okul çağındaki DEHB olan çocuklarda yaşam kalitesinin araştırılması ve zamanında gerekli önlemlerin alınması pediatri hemşiresinin önemli rollerinden birisidir.

Bu çalışma, DEHB olan çocukların yaşam kalitesinin belirlenmesi ve bu konuda aileler, okul ve sağlık çalışanları arasında farkındalık oluşturmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

1.2 Problem cümlesi

Yaşam kalitesi, DEHB olan çocukların sorunlarını değerlendirmede önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir. DEHB sonucu çocuklarda fiziksel, sosyal ve psikolojik gelişimin uyumsuzluğu nedeniyle emosyonel stres/davranışsal problemler ve psikososyal sorunlar ortaya çıkmaktadır. DEHB olan çocukların erken dönemde belirlenerek uygun merkezlere yönlendirilmesi ve tedavilerinin gerçekleştirilmesi, DEHB nedeniyle oluşabilecek birçok problemin önlenmesini sağlayacak ve sağlık düzeyinin yükseltilerek yaşam kalitelerinin artmasına katkı sağlayacaktır. Bu görev ve sorumlulukların yerine getirilmesinde anahtar kişi pediatri hemşireleridir.

1.2.1 Alt problemler

Çocuklarda görülen DEHB, yaşam kalitesini etkileyen kronik bir hastalık olarak değerlendirildiğinden; sunulan bu çalışmada aşağıdaki soruların cevapları aranmıştır;

Soru 1: DEHB çocukların yaşam kalitesini etkiler mi?

Soru 2: DEHB tanısı konan çocukların ve ailelerinin tanıtıcı özellikleri ile DE/HB-YKÖ bilişsel alt boyutu arasında fark var mıdır?

Soru 3: DEHB tanısı konan çocukların ve ailelerinin tanıtıcı özellikleri ile DE/HB-YKÖ sosyal alt boyutu arasında fark var mıdır?

Soru 4: DEHB tanısı konan çocukların ve ailelerinin tanıtıcı özellikleri ile DE/HB-YKÖ duygusal alt boyutu arasında fark var mıdır?

Soru 5: DEHB tanısı konan çocukların aile, arkadaş, öğretmen desteğini algılama düzeyleri farklı mıdır?

1.4 Sınırlılıklar

Çocukların yaşam kalitelerinin belirlenmesi için kullanılan ölçek ile toplanan araştırma verileri çocukların ve ailelerinin verdikleri cevaplar ile sınırlıdır. Ayrıca DEHB'nin görülme sıklığı oldukça fazla olmasına rağmen sadece tanı almış çocuklara ulaşılması çalışmanın sınırlılığını oluşturmuştur.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

Dikkat eksikliği gelişimsel olarak uygun olmayan davranışlarla kendini gösteren, santral sinir sistemindeki değişiklikler olup, bu bozukluğa hiperaktivitenin eklenmesi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olarak tanımlanmaktadır (Froehlich, Anixt, Loe, Chirdkiatgumchai, Kuan ve Gilman, 2011). Çocuklarda DEHB belirtileri; dikkatsizlik, aşırı hareketlilik, davranışsal ve bilişsel dürtüselliştir (Zare, Jafari ve Ghanizadeh, 2017). Bu çocukların sabit olarak oturmada, dikkat etmede/dürtüsel davranışı kontrolde güçlük çektikleri ve günlük yaşamlarının büyük ölçüde etkilendiği görülmektedir (O'Brien, Christner, Biermann, Felt, Van Harrison, Kochhar ve Streetnman, 2013). Srignanasoundari, Vijayalakshmi ve Kokilavani (2016), DEHB'yi erken tanımanın ve tedavi etmenin belirtileri hafiflettiğini, ayrıca birlikte görülen hastalıkların tedavisine de daha iyi yardımcı olabileceğini bildirmişlerdir. Yine yapılan çalışmalarda, eğer öğrenme güçlükleri daha erken bir aşamada ele alınmaz ve duruma uygun yönetim stratejileri kabul edilmezse, çocuğun akademik ve sosyal başarısını etkileyeceği belirtilmiştir (Gentschel ve Mc Laughlin 2000; Tuğlu ve Şahin, 2010).

2.1.1 Tarihçe

Tanısal süreci uzun bir geçmişe dayanan DEHB'ye ait belirtilerin tanısı zamanla önemli ölçüde değişmiştir (Ougrin, Chatterton ve Banarsee, 2010). DEHB ilk kez 1902 yılında İngiliz Doktor George Still tarafından tanımlanmış, dikkat eksikliği ve davranış sorunları olan çocukların varlığından bahsetmiştir. Bu çocukların kıpır kıpır olduklarını, dürtüsel davrandıklarını, dikkatlerini toparlayamadıklarını, duygu durumu bozukluklarının ve bazı fiziksel kusurlarının olduğunu bildirmiştir. Yine bu çocukların yaşıtlarına göre bazı özel öğrenme zorluklarını da tespit etmiştir (Deniz, Oztop ve Mistik, 2008).

XX. yüzyılın başlarına gelindiğinde hiperaktif çocuklar, ahlaki kontrolün eksikliğine bağlı bir hastalıktan dolayı acı çeken kişiler olarak tanımlanmıştır.

1930'larda, 1920'lerde ensefalit pandemisinde/travmatik doğumdan sonra görülen davranışsal bozuklukların gözlenmesine dayanılarak, minimal beyin hasarı ve minimal beyin disfonksiyonu kavramları ortaya atılmıştır. DEHB kavramı, 1980 öncesinde "Hiperaktif Çocuk Sendromu" ve "Çocuklukta Hiperaktif Reaksiyonlar" olarak belirtilirken, 1980'lerde DSM-III tarafından "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" şeklinde ifade edilmiştir. DEHB'nin son tanımı DSM-IV (APA, 2000) ve DSM-V'de verilmiştir. DEHB tanılması DSM-IV'e göre yapılırsa da Mayıs 2013' te güncellenen ve yeni sürümü olan DSM-V'e göre ele alınmaktadır (APA, 2013).

2.1.2 Sıklık ve yaygınlık

DEHB'nin prevalans oranlarında farklılıkların olduğu belirtilmiş, bunların nedenleri olarak; tanı ölçütleri, bilginin kaynağı, tanı için işlevsel bozulmanın gerekliliği, coğrafik köken vb. durumlar belirtilmiştir (Polanczyk, De Lima, Horta, Biederman ve Rohde, 2007). Ayrıca genetik, çevresel ve psikososyal etkenlerin de bu farklılıklara neden olabileceği, fakat bu etkenlerin bozukluğu ve belirtileri nasıl ortaya çıkardıklarının tam olarak anlaşılamadığı görülmektedir (Deniz ve diğerleri, 2008).

Dünyada yapılan çalışmalar incelendiğinde; okul çağı çocuklarında %0,2-0,4 gibi çok düşük değerlerden %23,4-27 gibi daha yüksek değerler arasında oldukça farklı prevalans oranları görülmektedir. DEHB'nin Türkiye'deki insidansı ise %5'tir (Aktepe, Demirci, Caliskan ve Sonmez, 2010; Törüner ve Büyükgönenç 2015). Tanı alan çocukların %60-85'inde DEHB belirtilerinin ergenlik döneminde de devam ettiği bildirilmektedir (Pliszka, 2007).

2.1.3 Etiyoloji

DEHB'nin etiyojisi tam olarak bilinmemesine rağmen genetik yatkınlık, nörobiyolojik bozukluklar ve çevresel etkenlerin neden olduğu bildirilmektedir (Çetin 2013; Ougrin ve diğerleri, 2010). Ayrıca, çocuklar arasında DEHB görülme riskini artırıcı etkenler olarak; çocuğun prenatal ve postnatal sağlık durumu, prematüre olması, doğumda düşük APGAR skoru (kalp atım hızı, solunum, kas tonüsü, uyarıya cevap ve deri rengi değerlendirmesi), cinsiyeti ve belirli toksinlere maruz kalmasının olduğu belirtilmektedir (Srignanasoundari ve diğerleri, 2016).

DEHB'de belirtilerin ortaya çıkma nedeni olarak *genetik yatkınlığın da* önemli olduğu bildirilmiştir. Tanı alan çocukların birinci derecede kan bağı olan akrabalarında

bu bozukluğun sık görüldüğü, benzer şekilde monozigot ikizlerde dizigotlara göre daha fazla eş hastalanma olması/hiperaktif çocukların kardeşlerinin DEHB açısından iki kat daha fazla riskli olması genetik kanıtların varlığını gösterdiği belirtilmiştir (Ercan,Kose, Kutlu, Akyol, Durak ve Aydın,2012). Ayrıca fenotipi, dopamin taşıyıcı gen ve dopamin D4 reseptör genindeki gen mutasyonları sonucu DEHB'nin ortaya çıktığı, dopamin ve noradrenalin metabolizmasında, prefrontal kortekste yer alan sinir iletiminde subkortikal yapılarda bozukluklar sonucu görüldüğü bildirilmiştir (Ougrin ve diğerleri, 2010).

DEHB'de *nörobiyolojik etkenler* incelendiğinde; beyin görüntüleme çalışmalarında en önemli sonuçlardan birisi DEHB'de frontal bölgede düşük glukoz kullanımlarının belirlenmesidir. Nöroanatomik çalışmalarda ise normal olgulardan farklı olarak; bu çocuklarda normal anatomik beyin asimetrisinin olmadığı belirlenmiş fakat, korpus kallozum, nükleus kaudatus, globus pallidus ve putamen gibi beynin çeşitli bölgelerinde farklılıklar olduğu görülmüştür. Örneğin korpus kallozumun bazı bölgelerinin normalden küçük olduğu, nükleus kaudatusta ise normal asimetrisinin olmadığı ve kanlanması ile metabolizmasında düşüklük olduğu tespit edilmiştir. Yine, DEHB olan olgularda globus pallidusun hacmi küçük bulunmuştur (Singh, Yeh, Verma ve Das, 2015). Castellanos ve ark. (2002) tarafından yapılan nörobiyolojik görüntüleme, DEHB olan olguların tüm beyin bölgelerinde yapılan hacimsel ölçümleri sonucunda kontrol grubundan küçük olduğu ve bu farkın önceden stimülan tedavisi almamış olgularda daha da belirginleştiği bildirilmiştir.

Çevresel etkenlerin de DEHB'ye neden olabileceği düşünülmüş olup kesinliği tam olarak kanıtlanmamıştır (Ougrin ve diğerleri, 2010). Maternal stres, gebelik sırasında sigara içme, perinatal komplikasyonlar, prematüre doğum, travmatik beyin hasarını da içeren çevresel etkenlerin DEHB'nin etiyolojisinde rol oynadığı belirtilmiştir. Bununla birlikte doğum sonrası dönemde kısa süre anne sütü almanın, kurşun, çeşitli besin katkı maddeleri vb. toksinlerin ve vitamin eksikliğinin de DEHB'ye neden olduğu bildirilmiştir (Froehlich ve diğerleri, 2011). Ayrıca gıda katkı maddeleri ve koruyucuların çocuklarda DEHB'ye neden olmasındaki rolü ise tartışmalı bir konu olarak değerlendirilmiştir (Ougrin ve diğerleri, 2010).

2.1.4 Tanı ölçütleri

DEHB klinik olarak; dikkat, odaklanma, hareketlilik ve dürtü kontrolü alanlarındaki problemler ile kendini göstermektedir. Burada çocukluk dönemine özgü dikkatsizlik ve hareketlilik görülebilmekte ancak, DEHB'ye sahip olan çocuklarda bu davranışlar daha sık ve ciddi düzeydedir. DEHB olan çocuklar belirli bir noktaya odaklanmakta zorluk yaşamaktadırlar yani *dikkatsizdirler*. Dışarıdan gelen uyarılarla dikkatlerinin kolayca dağılması, düzenlerini sürdürmede güçlük yaşama, eşya ve oyuncaklarını sık sık kaybetme, aldıkları sorumluluk ve görevlerini unutma gibi belirtiler de dikkat problemlerine işaret etmektedir. Bu çocuklar için dikkati toplama güçlüğü özellikle sıkıcı gelen durumlarda ortaya çıkmaktadır. Bu durumlarda çocuğun dinleyemediği, takip etmekte zorlandığı, organize olamadığı/önemli eşyalarını kaybettiği belirtilmektedir (Molina ve Pelham, 2014). DEHB olan çocukların dikkatleri ev ödevleri gibi onlara ağır gelen şartlarda azaldığı için, aileleri genellikle çocukların televizyon izlerken/bilgisayar oynarken bu tür bir sorunla karşılaşmadıklarını ifade etmektedir (Kayaalp, 2008).

DEHB olan çocuklarda yaşanan diğer bir sorun ise *aşırı hareketlilik*dir. Hareketlilik sağlıklı çocuklarda normal gelişimsel bir davranış şekli olarak değerlendirilirken, aşırı hareketlilikte akranlarına göre belirgin düzeyde artış ortaya çıkmaktadır. Oyun anında, ana okulunda, okul gibi günlük işlevlerde, arkadaş, aile/öğretmenler için sorun oluşturan aşırı hareketlilikten söz edildiğinde yani çocuğun işlevselliğini etkilediği durumlarda aileler ve öğretmenler tarafından kolaylıkla fark edilebilen davranışlar olarak ifade edilmektedir (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2009).

DEHB olan çocuklarda *dürtüsellik* görülmektedir. Dürtüsellik, sırasını beklemede güçlük, isteklerini erteleyememe, daha soru bitmeden cevap verme, acelecilik, etrafındaki insanların sözlerini kesme gibi davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Bu davranışlar sonucu çocuğun günlük yaşamının olumsuz yönde etkilenmesi, çocuğun dürtüsellik problemleri olduğuna işaret etmektedir (Kofler ve diğerleri, 2011).

DEHB tanısının konulabilmesi için DSM-V tanılama rehberinde, dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellğe yönelik belirtileri içeren 18 maddelik bir liste belirlenmiştir. Bu listeye göre;

DSM-V' e göre DEHB tanı ölçütleri:

DEHB tanısının konulabilmesi için, en az altı ay aşağıda belirtilen dikkatsizlik/hiperaktivite/dürtüsellik maddelerinin en az altısının/ daha fazlasının gelişim düzeyine uygun olmayan bir şekilde devam etmesi gerekmektedir (APA, 2013; CDC, 2016; DSM-V, 2013).

A. Aşağıdakilerden (1) ve/ ya da (2) ile belirli, işlevselliği/ gelişimi bozan, sürekli bir dikkatsizlik ve/ya da hiperaktivite/ dürtüsellik örüntüsü:

Dikkatsizlik:

Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/ işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı/ daha çok belirti en az altı ay sürmektedir.

- Çoğunlukla ayrıntılara özen göstermez/ okul çalışmalarında (derslerde), işte/ etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar (Ayrıntıları gözden geçirir/ atlar, yaptığı iş yanlışır).
- Çoğunlukla iş yaparken/ oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker (Ders dinlerken, konuşmalar/ uzun bir okuma sırasında odaklanmakta güçlük çeker).
- Çoğunlukla doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür (Dikkatini dağıtacak açık bir dış uyaran olmasa bile, akli başka yerde gibi görünür).
- Çoğunlukla verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri/ sorumlulukları tamamlayamaz (İşe başlar ancak hızlı bir biçimde odağını yitirir ve dikkati dağılır).
- Çoğunlukla işleri ve etkinlikleri düzene koymakta güçlük çeker (Ardışık işleri yönetmekte güçlük çeker, kullandığı gereçleri ve kişisel eşyalarını düzenli tutmakta güçlük çeker, dağınık ve düzensiz çalışır, zaman yönetimi kötüdür, zaman sınırlamalarına uyamaz).
- Çoğunlukla sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez/ bu tür işlere girmek istemez (Okulda verilen görevler/ ödevler; yaşı ileri gençlerde

ve erişkinlerde ise, rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları gözden geçirmek).

- Çoğunlukla işi/ etkinlikleri için gerekli nesnelere kaybeder (Okul gereçleri, kalemler, kitaplar, gündelik araçlar, cüzdanlar, anahtarlar, yazılar, gözlükler, cep telefonları).
- Çoğunlukla dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır (Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, ilgisiz düşünceleri kapsayabilir).
- Çoğunlukla günlük etkinliklerde unutkanır (Sıradan günlük işleri yaparken, getir götür işleri yaparken; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde telefonla aramalara geri dönmeye, faturaları ödemeye, randevularına uymakta) (APA, 2013; CDC, 2016; DSM-V, 2013).

Hiperaktivite ve dürtüsellik:

Gelişimsel düzeye uygun olmayan, toplumsal ve okulla/ işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı/ daha çok belirti en az altı aydır devam etmektedir (APA, 2013; CDC, 2016; DSM-V, 2013).

- Çoğunlukla kıpırdanır/ ellerini/ ayaklarını vurur/ oturduğu yerde kıvrılır.
- Çoğunlukla oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar (Sınıfta, ofiste, işyerinde/ yerinde durması gereken diğer durumlarda yerinden kalkar).
- Çoğunlukla uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur/ bir yerlere tırmanır (Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir).
- Çoğunlukla boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz/ sessiz bir biçimde oynayamaz.
- Çoğunlukla her an hareket halindedir (Restoranlar, toplantılar gibi yerlerde uzun bir süre sessiz-sakin duramaz/ sabit durmaktan rahatsız olur; başkalarınınca, yerinde duramayan/ izlemekte güçlük çekilen kişiler olarak görülürler) (APA, 2013; CDC, 2016; DSM-V, 2013).
- Çoğunlukla aşırı konuşur.
- Çoğunlukla sorulan soru tamamlanmadan cevabını verir (İnsanların cümlelerini tamamlar, konuşma sırasında sırasını bekleyemez).
- Çoğunlukla sırasını bekleyemez (Kuyrukta beklerken).
- Çoğunlukla başkalarının sözünü keser/ araya girer (Konuşmaların, oyunların/ etkinliklerin arasına girer; sormadan/ izin almadan başka insanların eşyalarını

kullanmaya başlayabilir; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde ise, başkalarının yaptığının arasına girer/ başkalarının yaptığını birden kendi yapmaya başlar).

Not: Belirtiler karşıt olmanın, karşıt gelmenin, düşmanlı tutumun/ verilen görevleri/ yönergeleri anlayamamanın sonucu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekmektedir.

B. On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik/ aşırı hareketlilik/ dürtüsellik belirtisi olmuştur.

C. Birkaç dikkatsizlik/ aşırı hareketlilik/ dürtüsellik belirtisi iki/ daha çok ortamda vardır (Ev, okul/ işyerinde arkadaşları/ akrabalarıyla etkinlikler sırasında).

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

E. Bu belirtiler, yalnızca, şizofreni/ psikozla giden bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (Duygu durum bozukluğu, kaygı bozukluğu, çözümlenme bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde esikliği/ yoksunluğu) (APA, 2013; CDC, 2016; DSM-V, 2013).

2.1.5 Alt tipleri

DEHB'nin alt tipleri yaşa ve cinsiyete göre belirgin farklılıklar göstermektedir. Bu farkların iyi bilinmesi sonucu, hastalığın tanınması ve tedavisine önemli katkılar sağlayacağı belirtilmektedir (Ramtekkar, Reiersen, Todorov ve Todd, 2010). Bunlar; bileşik, dikkatsizliğin ve hiperaktivite/dürtüsellik baskın olduğu tip olarak üç kısımda incelenmektedir.

Bileşik tip;

En az altı aydır, dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin her ikisi de mevcuttur (CDC, 2016).

Dikkatsizliğin baskın olduğu tip;

En az altı aydır ve dikkatsizlik belirtisi vardır fakat hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri yoktur (CDC, 2016).

Hiperaktivite/dürtüselliğin baskın olduğu tip;

En az altı aydır, hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri vardır fakat dikkatsizlik yoktur. Belirtiler zamanla değişebileceği için, DEHB tipleri de zamanla değişebilir (CDC, 2016).

2.1.6 Eşlik eden diğer psikiyatrik problemler

DEHB ile birlikte sık olarak diğer psikiyatrik problemler de görülebilmektedir. Bu problemlerden yaygın olanları, çocukların yaklaşık %60'ında görülen karşıt olma/karşıt gelme bozukluğu ve %25 oranında görülen davranış bozukluklarıdır. Bu bozuklukların yüksek bir eş hastalanım insidansına sahip olduğu belirtilmektedir (Deniz ve diğerleri, 2008, Ougrin ve diğerleri, 2010). Benzer şekilde bu çocuklarda DEHB'ye öğrenme bozuklukları, anksiyete, depresyon ve tik bozuklukları da eşlik etmektedir (Ougrin ve diğerleri, 2010).

DEHB olan çocuklarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin incelendiği Xia, Shen ve Zhang (2015) tarafından yapılan çalışmada, DEHB olgularında depresyon ve anksiyete bozuklukları eş hastalanımın sık görüldüğü, yine bu grupta depresyon ve anksiyete puanlarının kontrol grubuna göre önemli derecede yüksek olduğu bildirilmiştir. Yine DEHB olan çocuklarda eşlik eden psikiyatrik bozuklukların incelendiği başka bir çalışmada da DEHB tanısı alan çocuklarda ek psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda görüldüğü, en sık eşlik eden psikiyatrik sorunların yıkıcı davranış ve kaygı bozuklukları olduğu bildirilmiştir (Herguner ve Herguner (2012)). Yine aynı çalışmada ergenlerde madde kullanımının, davranım-duygu durum bozukluklarının çocuk grubuna göre daha sık görüldüğü, DEHB'nin alt tiplerinden olan bileşik tip tanısı alanlarda ise yıkıcı davranış bozukluklarının daha yüksek oranda olduğu belirtilmiştir (Herguner ve Herguner 2012). Xia ve diğerleri (2015) ile Herguner ve Herguner (2012)'in çalışmalarına benzer şekilde Barkley (2008)'de çalışmasında, allerjik ve nörolojik hastalıkların, obezite ve yeme bozukluklarının, travmatik yaralanmaların, riskli cinsel davranışların, uyku bozukluklarının, mesleki, adli ve akademik sorunların DEHB olan hastalarda yüksek oranlarda görüldüğünü bildirmiştir (Barkley, 2008).

2.1.7 Tedavi

Okul öncesi ve okul dönemini etkileyen önemli bir sağlık sorunu olan DEHB, zamanında tedavi edilmediğinde çocuğun sosyal ve eğitim hayatını önemli ölçüde negatif olarak etkileyebilmektedir (Danciu, 2011). DEHB, çocuğun işlevselliğini çeşitli alanlarda etkilediği için tedavisi kapsamlı olmalıdır. Tedavide temel amaç; davranışsal, bilişsel, sosyal, ve ailesel alanlarda meydana gelen problemleri çözmektir. DEHB’de kapsamlı bir tedavi; ilaç, psikoterapi ve psikososyal girişimleri kapsamaktadır. Hangi tedavinin uygulanacağı ve tedavinin nasıl yapılacağını ise bireyin yaşı ve hastalığının ciddiyeti belirlemektedir (Kooij ve diğerleri, 2010).

İlaç tedavisi (Farmakoterapi); DEHB’nin tedavisinde başta stimülanlar olmak üzere ilaç tedavisinin önemli bir yeri olduğu görüşü 1950’li yıllardan beri kabul edilmektedir. Stimülanlar ilaç tedavisinde etkili bir yöntem olarak kısa ve uzun dönemde kullanılmaktadır (Biederman ve diğerleri, 2008). Fakat bazı nedenlerden dolayı stimülanlar dışında tedavi seçeneklerine ihtiyaç duyulmaktadır. Çünkü stimülanların DEHB’nin %70-80’inde etkili olduğu, olguların %20-30’unda yeterli etkinliğe ulaşamadığı ya da bu ilaçların yan etkileri nedeniyle tedaviye devam edilemediği bildirilmiştir. Ayrıca DEHB olan çocukların aileleri, ilacı sadece kırmızı reçeteye alabildiklerinden bu ilacın kullanımına karşı önyargılı olabilmektedirler. Yine DEHB’de eş hastalanım olarak alkol-madde kullanım bozukluğu, anksiyete/tik bozukluğu olan çocukların bir bölümünde stimulan dışı ilaç kullanılması gerekebilmektedir (Ercan ve diğerleri, 2012).

DEHB tedavisinde Amerika Gıda ve İlaç Birliği’nin onayladığı ve en sık kullanılan ilacın psikostimulan grubundan amfetamin ve metilfenidat, stimülan olmayan ilacın ise atomoksetin olduğu belirtilmektedir (Durukan, Erdem, Kara ve Karaman, 2013). Türkiye’de stimulan ilaç olarak metilfenidat kullanılmakta ve kırmızı reçete ile verilmektedir (Durukan, Erdem, Kara ve Karaman, 2013).

Psikososyal yaklaşım ve non-farmakolojik tedaviler; DEHB’nin tedavisinde aile, okul ve çocuğu kapsayan psikososyal yaklaşım yer almaktadır. DEHB tanısının sadece çocuklar üzerinde değil, aynı zamanda aileler üzerinde de etkisi bulunmaktadır. Hastalığın prognozu aileler tarafından merak edilen bir konu olduğu için tedavinin planlanması aile ve çocuk ile birlikte yapılması gerekmektedir (NICE, 2009).

DEHB'nin tedavi girişimlerinden biri davranış değiştirmedir ve bu girişim 1990'ların başından beri tedavi yöntemi olarak psikososyal rahatsızlıklarda kullanılmaktadır. Bu yöntemle çocukta istenmeyen davranışı değiştirme amaçlandığından fiziksel ve sosyal çevrenin uygun hale getirilmesi gerekmektedir (Fabiano ve diğerleri, 2009). Ayrıca bu programda ailelere yönelik ortalama 1–2 saat süren 10–20 seansdan oluşan eğitim uygulanmaktadır. Bu eğitimde ailelere bozukluk hakkında bilgi verilmekte, çocuğun yanlış davranışlarına dikkatli yaklaşmayı öğretmektedir (Pliszka, 2007).

Multidisipliner yaklaşım; DEHB'nin üç ayrı noktada incelenmesini içeren multidisipliner yaklaşımın birinci noktası, çocuğun hangi DEHB alt tipine ait olduğunun belirlenmesi ve tıbbi tedavinin yer almasıdır. İkinci nokta yani psikososyal yaklaşım, davranışsal teknikleri DEHB tedavisine entegre edilmesidir. Üçüncü nokta ise, eğitim noktasında bakış açısı geliştirebilmeyi içermektedir. Burada tedavinin etkinliği ve başarısını artırmak için DEHB olan çocukların ailelerinin ve öğretmenlerinin bilgilendirilmeleri sağlanır (Danciu, 2011).

2.2 Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, tüm yaş gruplarında mental sağlığın değerlendirilmesi için klinik çalışma ve araştırma sonuçlarının önemli bir ölçütüdür (Uneri ve diğerleri, 2015). Sağlık biliminde, "sağlığı koruma" kavramından "sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesi" sürecine geçildiği için yaşam koşullarının araştırılması, etkileri ve sonuçları açısından yaşam kalitesigiderik önem kazanmaktadır (Coghill ve diğerleri, 2009).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu (WHOQOL, 1995) yaşam kalitesini, "bireyin hayattaki konumunu, içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında, hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilişkili olarak algılaması" şeklinde tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi, bir kişinin sağlık durumunun fiziksel, sosyal ve mental işlevleri üzerindeki etkisini kapsayan çok yönlü bir yapı olarak ele alınmaktadır. Yaşam kalitesi kavramının çeşitli tanımları bulunmasına rağmen genel olarak, ideal durumun bir genel iyilik hali olarak vurgulandığı, hastalık/bozukluğun potansiyel olarak olumsuz etkisi ile engellenmediği, bireyin gün

geçtikçe geniş bir alan yelpazesinde işlevselliğini sürdürdüğü şeklinde ifade edilmektedir (Danckaerts ve diğerleri, 2010).

“Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Kavramı (Health-Related Quality of Life-HRQOL)”, son zamanlarda bedensel sağlık sorunlarının psikososyal sonuçlarını inceleyen bir yaklaşım olarak çocuk psikiyatrisi alanında yaygın olarak kullanılmakla birlikte, hastalık durumu ve belirtileri, fiziksel durum, psikolojik ve sosyal durum olmak üzere dört temel alan üzerine yoğunlaşmaktadır (Eser ve diğerleri, 2008). Ayrıca literatür incelemelerinde fiziksel hastalıklarda olduğu kadar ruhsal hastalıklarda da yaşam kalitesinin önemli derecede etkilendiği görülmektedir. (Moss,Hoffman, Mossey ve Rovine, 2007). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Kavramı’na göre; sorunu ile karşılaşan çocuğun etkili baş etme becerisi belirleme noktasında yeterli destek almadığı zaman, normal gelişemeyeceği ve sağlıklı bir erişkin olarak olgunlaşamayacağı belirtilmektedir (Döpfner ve diğerleri, 2006).

Yaşam kalitesini etkileyen aile, arkadaşlık gibi içsel, sosyoekonomik durum, kültürel yapı gibi dışsal faktörler bulunmasına rağmen, fiziksel hastalık varlığı en temel sorun olarak görülmektedir. DEHB’yi de içine alan ruhsal rahatsızlıkların yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin belirlenmesi pediatri hemşireleri için bilgilendirici olmaktadır (Çetin, 2013). Güvenilir şekilde değerlendirilen yaşam kalitesi, çocuk ruh sağlığı hizmet sunumunun planlanması ve izlenmesinde, klinik araştırmalarda ve rutinsağlık uygulamalarında önemli bir tedavi çıktı ölçümü olarak kullanılmaktadır (Danckaerts ve diğerleri, 2010). Ayrıca farklı ruhsal ve fiziksel sağlık sorunu bulunan çocuklarda yaşam kalitesi ölçümü, hastalıkların bireyler ve topluluklar üzerindeki etkisinin karşılaştırılmasında da kullanılmaktadır (Çetin, 2013).

Çocukluk çağı hastalıklarında yaşam süresi oranlarının artması ile birlikte, kronik hastalığı olan çocukların değerlendirilmesi için yaşam kalitesi önemli bir yer tutmaktadır. Kronik hastalıklar ve tedavileri, çocukların yaşam standartlarında değişikliklere neden olduğu için yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir (Öztürk ve Ayar, 2013). Çocuklarda yaşam kalitesi incelemelerinin ortaya çıkmasının diğer bir önemli nedeni, yetişkinlik döneminde yaşam kalitesi düşük olan bireylerin çocukluk döneminde ortaya çıkan yaşam kalitesi sorunları ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle çocukluk döneminde belirlenen sorunların iyileştirilmesi ile birlikte erişkinlik

döneminde bireylerin bu sorunlar çıkmadan sağlıklı bir yaşam kalitesine kavuşabildiği belirtilmektedir (Sezer, 2012).

2.2.1 Çocuklarda yaşam kalitesi ölçeklerinin özellikleri

Çocuklarda yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi yetişkinlere göre bazı farklılıklar içermektedir. Çocukların gelişim dönemleri ile ilgili olan bu farklılıkların bilinmesi yaşam kalitesi ölçeklerini geliştiren ve kullanan araştırmacılar için önem taşımaktadır. Yetişkinlerin yaşam kalitesini belirlemede rol oynayan alanlardan bir tanesi olan “fiziksel işlevsellikte”; iş yaşamı, öz bakım, aile içindeki roller, merdiven çıkabilme, evi süpürebilme gibi eylemler değerlendirilirken, çocuklarda yemek yiyebilme, kendi başına tuvalete gidebilme, banyo yapabilme, gündelik işleri yerine getirebilme ve oyun oynama gibi aktiviteler incelenmektedir. Yetişkinlerin “sosyal işlevselliğinin” değerlendirilmesinde okul alanı/arkadaş ilişkisi önemli bir etken olarak görülmemesine rağmen, çocuklarda bu değerlendirme yapılırken arkadaşları ile ilişkileri, onlarla oyun oynama, okula uyum seviyeleri önemli bir yer tutmaktadır. “duygusal ve bilişsel işlevsellik”; beden algısı, özerklik, aile içi ilişkiler, gelecekte beklenenler gibi alanların yetişkin, ergen ve çocuk yaş grubu için farklılık göstermesi nedeniyle yetişkinlerde kullanılan ölçeklerin çocuklarda kullanılmasının uygun olmadığı belirtilmektedir (Dale, Cochran ve Jernigan, 2011; İşcan, 2010).

Çocuklarda yaşam kalitesi ile ilgili ilk yapılan çalışmalar incelendiğinde; 1986 yılında Herndon ve diğerleri tarafından ağır yanığı olan 12 çocuğun yaşam kalitesini fiziksel işlevsellik, yanık izi derecesi, psikososyal uyum ile değerlendirdikleri görülmektedir (Herndon ve diğerleri, 1986). 1987 yılında Ditesheim ve Templeton tarafından, anal atrezili bebeklere uyguladıkları cerrahi tedavi sonrasında bu çocukların okula devamlılığını, sosyal ilişkilerini ve fiziksel yetilerini ölçüt olarak yaşam kalitelerini inceledikleri saptanmakta, Henning, Tomlinson, Rigden, Haycock ve Chantler (1988) ise son dönem böbrek hastalığı olan çocuklarda işlevsellik, boy ve davranış analizi yaparak yaşam kalitelerini değerlendirdikleri belirtilmektedir. Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeklerinin gelişimine öncülük etmeleri nedeniyle, basit düzeyde olmasına rağmen çocuklarda yapılan bu ilk değerlendirmelerin önemli oldukları ifade edilmektedir (Üneri ve Memik, 2007).

Çocukların yaşam kalitesi değerlendirmelerinin ebeveynleri tarafından mı yoksa kendilerinin mi yapılması gerektiği sorusu tartışılmaya devam etmesine rağmen çocukların yaşam kalitelerini olabildiğince kendilerinin değerlendirmesi gerektiği düşünülmektedir. Anne-babaların ve çocukların paralel olarak doldurabilecekleri ölçeklerin sayısı yetersizdir ve anne-baba ile çocuk formları sonuçlarının her zaman birbiri ile uyumlu bulunması beklenmemektedir. Bu uyumun sağlanamamasının en temel nedeni ise çocukların hastalıklarını algılamaları/tedavi etkinliğini değerlendirmelerinin ebeveynlerinden farklı olması görülmektedir (Çetin, 2013). Paralel formlarda, anne-baba ve çocuklar arasında “fiziksel işlevsellik” değerlendirmesinde yüksek bir uyum gözlenirken, “sosyal işlevsellik” ve “duygusal işlevsellik” alanlarında uyumun daha düşük olduğu belirtilmektedir. Anne-babaların çocuğun yaşadığı sorunları, akran ilişkilerini/gelecekle ilgili endişelerini tam olarak bilememeleri, formları doldururken diğer çocuklarından etkilenmeleri, kendi beklenti ve umutlarının, o andaki kaygı/mental durumlarından etkilenme ihtimallerinin bulunması anne-baba formlarının zayıf yönleri olarak değerlendirilmektedir. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde anne-baba formlarının kullanılmasının önerildiği durumlar, çocukların ölçek sorularına cevap veremeyecek kadar hasta/soruları anlamada yetersiz kalacak kadar küçük olmaları/soruları yanıtlamak istememeleri durumlarıdır (Demirsoy, 2013). Anne-baba ve çocuk formları eş zamanlı olarak değerlendirildiğinde, çoğunlukla çocukların anne-babalarından farklı olarak hastalığın nedeni ve tedavisi ile ilgilenmediği, hastalıklarına daha iyimser baktıkları tespit edilmiştir. Çocuklar için arkadaşlarının olması, oyun alanlarına katılabilmesi, sahip olmaları gereken temel becerilere göre daha fazla önem taşımaktadır. Ayrıca çocuğun psikososyal, mental ve dil gelişim düzeyinin ölçekleri doldurma becerisi üzerine etkisi olduğu da belirtilmektedir (Üneri ve Memik, 2007).

2.2.2 Çocuklarda yaşam kalitesini ölçen genel ölçekler

Çocukların yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılan genel ölçüm araçları; Child Health Questionnaire, Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL 4.0TM) (Varni ve Burwinkle, 2006), Functional Status II-R Scale (FSII-R), Child Health and Illness Profile (CHIP), Nordic Quality of Life Questionnaire for Children, Child Quality of Life Questionnaire, German Quality of Life Questionnaire (KINDL), Infant Quality of Life (QUALIN), Exeter Health Related Quality of Life (EHRQOL) ölçekleri sayılabilir (Çetin, 2013). Bunlardan KINDL, CHQ (Çocuk Sağlığı Anketi-

CSA) ve PedsQL 4.0TM (Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-ÇİYKÖ) ölçeklerinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (Üneri ve Memik, 2007).

2.2.3 DEHB tanısı ile ilişkili yaşam kalitesi ölçekleri

DEHB bulunan çocuklarda yaşam kalitesi değerlendirilmesi, genel yaşam kalitesi ölçekleri kullanarak mümkün olmaktadır. PedsQL, CHQ, Child Health Illness Profile-Child Edition (CHIP-CE), Youth Quality of Life Instrument-Research Version (YQOL-R), KINDL, TNO AZL Child Quality of Life (TACQOL), EuroQoL Five-Dimension Questionnaire (EQ-5D) ve Global Impression of Perceived Difficulties (GIPD), DEHB tanısı almış çocuklarda kullanılan yaşam kalitesi ile ilgili genel ölçekler arasında yer almaktadır (Danckaerts ve diğerleri, 2010).

Dolgun ve diğerleri (2005) tarafından Türkçe dilinde geliştirilen bir DEHB yaşam kalitesi ölçeği bulunmaktadır. Bu ölçeğin Türkçe dilinde geliştirilmiş olması, DEHB'nin görülme sıklığı dikkate alındığında oldukça önem taşımaktadır. 30 maddeden oluşan ve çocuklarla yüz yüze görüşülerek doldurulanbu ölçek ile DEHB tanısı almış olan 8-12 yaş grubu çocukların evde ve okuldaki yaşam kalitesini değerlendirmek amaçlanmaktadır. (Dolgun ve diğerleri, 2005).

2.2.4 DEHB'nin yaşam kalitesi üzerine etkisi

DEHB erken başlangıçlı kronik ve yaygın dikkatsizlik, aşırı aktivite ve dürtüsellik tablosunun olduğu bir bozukluktur ve yaşamın çeşitli alanlarında kendini gösteren ilişkilidir. DEHB'nin temel belirtilerinden (dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik) kaynaklanan güçlükler, çocukların ve ailelerinin hayatının birçok yönünü etkilemektedir. Ayrıca gelişimsel, bilişsel, sosyal ve akademik yetersizlikler ile DEHB arasında bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir (Becker ve diğerleri, 2011). DEHB bulunan çocukların sosyal ilişkilerinde, özellikle bir ilişki kurma açısından, DEHB olmayan akranlarına göre daha fazla güçlükle karşılaştıkları bildirilmektedir (Wehmeier ve diğerleri, 2010). Bu nedenler göz önüne alındığında yaşam kalitesini değerlendirme, özellikle DEHB gibi hayatın neredeyse her alanında güçlük çeken kronik bir rahatsızlıkta daha fazla önem taşımaktadır (Uneri ve diğerleri, 2015).

Literatürde DEHB'de yaşam kalitesi ile ilgili yapılmış olan çeşitli çalışmalar, DEHB tanısı almış hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Yaşam kalitesinin belirlenmesinde, DEHB ile ilgili birkaç ana unsurun ele alınması

gerekmektedir. Bunlar; DEHB'nin yaşam kalitesine etkisi, DEHB belirtileri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki, DEHB tedavilerinin yaşam kalitesi alanlarına etkisinin belirlenmesidir (Uneri ve diğerleri, 2015).

Yaşam kalitesinde pek çok tanım ve ölçütler fiziksel, psikolojik ve sosyal alanları içermektedir. Her ne kadar bu üç ana alan üzerinde genel bir görüş sağlansa da, birçok farklı yoldan alt bölümlere ayrılmıştır ve sonuç olarak, karşılaştırılmasının zor olduğu geniş bir anket formları ve psikometrik araçlar ortaya çıkmıştır (Coghill ve diğerleri, 2009). Bu metodolojik zorluklara rağmen, yaşam kalitesi ölçüm araçları psikiyatrik bozukluğu olan çocuklarda kullanılabilir (Uneri ve Memik, 2007).

DEHB olan çocukların yaşam kalitelerini değerlendiren çalışmalar incelendiğinde; Danckaerts ve diğerleri (2010), toplam 36 yaşam kalitesi ve DEHB araştırması olduğunu ve bunların 29'unun DEHB olan çocukların yaşam kalitesini genel yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak değerlendirdiği bildirmektedir. Bu çalışmaların bazıları, ölçümü yapılabilen tüm alanlarda önemli bir düşüşün olduğunu göstermektedir (Escobar ve diğerleri, 2005; Uneri ve diğerleri, 2010; Varni, Seid ve Rode, 1999). Yine yapılan bir çalışmada, ruhsal bozukluğa sahip çocukların yaşamın herhangi bir alanında yardıma ve desteğe ihtiyaç duydukları ve buna yönelik girişimlerde bulunulduğunda çocukların yaşam kalitelerini artırabileceği bildirilmektedir (Sawyer ve diğerleri, 2002). Yine ÇİYKÖ (PedsQL 4.0TM)'yü hazırlayan araştırmacı Varni ve Burwinkle 2006 yılındaki bir araştırmasında, DEHB'nin kronik diğer hastalıklar kadar çocukların yaşam kalitelerini etkilediğini belirtmektedir.

2.3 DEHB Olan Çocuklarda Pediatri Hemşiresinin Rolü

DEHB'nin belirti ve bulguları diğer sağlık problemleri ile karıştırılabilir yani yanlış tanı konulma ihtimali yüksektir. Bu nedenle erken tanı ve tedavi için kapsamlı bir değerlendirme gerekmektedir (Dang, Warrington, Tung, Baker ve Pan, 2007). DEHB olan çocukların akranlarından ayırt edilerek fark edilmeleri, erken tanı ve tedavinin sağlanması pediatri hemşirelerinin temel rolleri arasındadır. Çünkü pediatri hemşireleri çocukların davranışlarını ve tedavi yanıtlarını kolayca gözlemleyebilecek sağlık hizmetleri sunan ilk ve öncü profesyonellerdir (Vlam, 2006).

Pediatric hemşireleri; DEHB yönünden risk altında olan çocukları belirlemeli, erken tanı ve tedavisini sağlamalı, çocuğun büyüme ve gelişmesini izlemeli, davranışlardaki gelişmeleri takip etmeli ve hastalığın tedavisinde aile, öğretmen ve sağlık ekibinin diğer üyeleriyle işbirliği yapılmasını sağlamalıdır (Dolgun, Savaser ve Yazgan, 2014).

Bunun için pediatri hemşireleri;

*DEHB'nin çocuklar ve aileler üzerindeki etkilerini bilmelidir (Özmen, 2010).

*DEHB'nin kalıtsal olabileceğini bilmeli, ailesinde/akrabalarında DEHB tanısı bulunan çocukları belirleyerek, riskli grubun belirlenmesinde danışmanlık rolünü yerine getirmelidir.

*Ailelerin tanıtıcı özelliklerini bilmeli, DEHB olan çocuklarda gözlemledikleri davranışları değerlendirmeli ve bu çocuklarda olumlu davranış kazandırma oldukça önemli olduğu için çocukları ve ailelerini uygun rehabilitasyon merkezlerine yönlendirmelidir (Reeve, 2006).

*Hiperaktivite belirtileri diğer davranışsal sağlık bozukluklarında da görüldüğünden ayrıntılı öykü toplama ve çocuğun doğrudan gözlemi yapma gibi işlemleri dikkatli bir şekilde yerine getirmeli, DEHB olan çocuklarda eş tanılarının olabileceği bilincinde olmalıdır (Betz, 2006).

*DEHB olan çocukları değerlendirmek için güncel araştırmaların takibini yapmalı ve belirli değerlendirme ölçekleri kullanmalıdır (Lin, Huang ve Hung, 2009; Vlam, 2006).

*Yetersiz/yanlış kaynaktan edinilen bilgi DEHB olan çocuklara yönelik stigma düzeyini arttıracığı için yanlış bilgilenme ve stigmanın azaltılması nedeniyle, ayrıca pediatri hemşiresinin savunuculuk rolünü yerine getirmesi amacıyla anne-babalara ve öğretmenlere yönelik yapılandırılmış eğitim programları düzenlemelidir (Karabekiroğlu ve diğerleri, 2009; Akça ve Gözen, 2013; Lin ve diğerleri, 2009).

*DEHB'de kültürel farklılıkları göz önüne alarak toplum temelli eğitimler gerçekleştirmeli ve bilgilendirmeler yapmalıdır (Lin ve diğerleri, 2009; Vlam, 2006).

*DEHB olan çocukların aile ve kardeşleriyle ilişkilerinin olumsuz etkilenmesini önlemek amacıyla; aile, özellikle kardeş ve çocuk arasında sıcak bir iletişimin kurulmasına ortam hazırlamalı ve aile ile işbirliği yapmalıdır (Göl ve Bayık, 2013).

*Okul, aile ve çocuk arasında iletişimin kurulmasını sağlamalı (Göl ve Bayık, 2013), aile görüşmeleri yaparak çocukların ev hayatını aile gözüyle, öğretmen ile görüşmeler yaparak çocukların sınıf içindeki davranışlarını öğretmen gözü ile değerlendirmeli ve çocuklar ile baş başa yapılacak görüşmeler sağlamalıdır (Göl ve Bayık, 2013).

*DEHB olan çocuklarla güvene dayalı bir ilişki kurmak önemli olduğu için, rol oynama, küçük grup oyunları ve model oluşturma yöntemiyle çocukta sosyal becerilerinin artırılmasını sağlamalıdır (Törüner ve Büyükgöneç, 2015).

*Değerlendirme ve teşhis ile birlikte, çocukların davranışsal yönetim programına tepkisini ve eşlik eden belirtileri bilmeli (Özcan ve Öğülmüş, 2010), risk altındaki davranışları ve kullandığı ilaçların komplikasyonlarını izlemelidir.

*Yapacağı sürekliliği sağlanmış izlem ve rehberlik çalışmaları ile DEHB olan çocukların yaşam kalitelerini arttırmada ortaya çıkabilecek problemlerin azaltılmasında ve önleminde rol almalıdır (Törüner ve Büyükgöneç, 2015).

3. MATERYAL ve YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, DEHB'li çocukların yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Eylül 2017-Nisan 2018 tarihleri arasında, Çorum İl Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı Rehberlik Araştırma Merkezi'nde yapılmıştır. Çorum Rehberlik ve Araştırma Merkezi'nde alanında uzman toplam 18 öğretmen bulunmaktadır. Bu öğretmenler rehberlik ve psikolojik danışmanlık ve özel eğitim hizmetleri alanlarında çalışmalar yapmaktadır. Çorum Rehberlik ve Araştırma Merkezi hafta içi saat 08.00-12.00 ve 13.00-17.00 saatleri arasında hizmet vermektedir. DEHB'ye sahip olan çocuklar tıbbi tanı aldıktan sonra merkeze gelmekte ve burada onlara özel eğitsel rapor oluşturulmaktadır.

3.3 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, DEHB nedeniyle Çorum Rehberlik ve Araştırma Merkezi'ne başvuruda bulunan 8-12 yaş arası çocuklar oluşturmuştur.

3.4 Araştırmanın Örneklemini

Araştırmanın örneklemini, belirtilen tarihlerde (Eylül 2017-Nisan 2018) Çorum Rehberlik ve Araştırma Merkezi'ne DEHB ile ilgili tanı alarak başvuruda bulunan, örneklem seçim kriterlerine uyan, kendisi ve ailesi çalışmaya katılmayı kabul eden 75 çocuk oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğünün yeterliliğinin belirlenmesi için yapılan post-hoc güç analizinde 0,05 anlamlılık seviyesinde %95 güven aralığında DEHB olan 75 çocuk alındığında araştırmanın gücü %80 olarak hesaplanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan çocukların örneklem seçim kriterleri;

- DSM-V tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı almış,
- 8-12 yaş grubunda,
- Ankette yer alan soruları okuyabilme ve anlayabilme yeteneğine sahip,
- Kendisi ve ailesi çalışmaya katılmaya gönüllü olan çocuklar araştırma kapsamına alınmıştır.

Örneklemden dışlanma kriterleri;

- Epilepsi, psikoz, mental retardasyon, otizm, nörolojik bozukluğu, kronik hastalığı olan çocuklar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.5 Veri Toplama Araçları

3.5.1 Tanıtıcı bilgi formu

Uzman görüşleri doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan form; DEHB’li çocuklar ve ailelerine ilişkin tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, ailenin ekonomik durumu, anne ve babanın birliktelik durumu, annenin eğitim ve çalışma durumu, annenin mesleği, babanın eğitim ve çalışma durumu, babanın mesleği) ve DEHB’li çocukların klinik özelliklerini (DEHB’nin tanılanma zamanı, daha önce DEHB’yi bilme, DEHB tanılı kardeş/kuzen bulunma, DEHB için ilaç tedavisi alma, DEHB’ye eşlik eden hastalık ve tanı durumu) belirlemeye yönelik sorulardan oluşmuştur (Ek 1).

3.5.2 Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan 8-12 yaş grubu çocuklarda yaşam kalitesi ölçeği (DE/HB-YKÖ)

Dolgun ve Savaşer tarafından 2003 yılında geliştirilen ölçek, DEHB’ye özel bir yaşam kalitesi ölçeğidir. DE/HB-YKÖ, Türk dilinde geliştirilmiş olması özel önem taşımaktadır. DEHB olan 8-12 yaş grubu çocukların evde ve okuldaki yaşam kalitelerini değerlendirmek üzere geliştirilmiş olan bu ölçeğin geliştirilme aşamasında, DEHB tanısıyla en az 6 ay süre ayaktan izlenen, ek psikiyatrik tanı almamış, organik hastalığı bulunmayan, çalışmaya katılmaya istekli, %83’ü erkek ve %74,7’si ilaç kullanmakta olan toplam 79 çocuk alınmıştır. 5’li likert tipi hazırlanan ölçeğin madde puanları, 0: “Hiç katılmıyorum” ve 4 “Tamamen katılıyorum” arasında değişmektedir.

Bir sorudan alınan en düşük ham puan 0, en yüksek ham puan ise 4'tür. Ölçek toplam puanı hesaplanırken iki madde hariç (20,24) diğer maddelere verilen yanıtların puanı tersine çevrilmektedir. Ölçeğin alt gruplarının belirlenmesi için faktör analizi yapılmış olup, ortaya çıkan faktörler bilişsel (1,3,6,7,8,10,11,13,16,17), sosyal (2,4,5,9,12,14,15,18,19,20), duygusal (21,22,23,24,25,26,27,28,29,30) olarak 3 alt boyut elde edilmiştir. Sonuç olarak ölçeğin okul ve ev formunun geçerlik ve güvenilirlik düzeyi yüksek bulunduğu, okulda yaşam kalitesinin eve göre daha fazla olumsuz etkilendiğinin belirlendiği rapor edilmiştir (Dolgun ve diğerleri, 2005). Ölçeğin Cronbach's Alfa katsayısı okulda 0,91; evde 0,89'dur. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach's Alfa katsayısının okulda 0,88; evde 0,90 olduğu görülmüştür. Ölçekten ve alt boyutlarından alınan toplam puan, 100'e ne kadar yakın ise çocuğun yaşam kalitesinin o kadar iyi olduğunu, 100'den uzaklaşması ise yaşam kalitesinin kötü olduğunu yani DE/HB'nin çocuğun yaşamını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (Ek 2).

3.6 Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, Çorum Rehberlik ve Araştırma Merkezi'ne DEHB tanısı ile gelen ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan çocuklardan elde edilmiştir. Veriler "tanıtıcı bilgi formu" ve "Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Olan 8-12 Yaş Grubu Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeği (DE/HB-YKÖ)" kullanılarak toplanmıştır.

Veriler, araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme tekniği kullanılarak ortalama 30 dk. içerisinde toplanmıştır. Anketlerin uygulanmasında Çorum Rehberlik ve Araştırma Merkezi'nde kayıtları ve iletişim bilgileri bulunan çocukların velileri telefonla aranarak çocuklarla birlikte kuruma davet edilmiş ve rehber öğretmenlerin gözetimi altında araştırmacı tarafından çalışmanın amacı anlatılarak, gönüllü onamları alındıktan sonra anket formları doldurulmuştur.

3.7 Ön Uygulama

Anket formlarındaki soruların anlaşılabilirliği ve formların doldurulması gereken sürenin belirlenmesi için form ve ölçekler örnekleme dâhil edilmeyen 8-12 yaş arası DEHB tanısı alan 5 çocuğa uygulanmıştır. Ön uygulama sonrası formlarda gerekli düzeltmeler yapılarak anket formlarına son şekli verilmiştir.

3.8 Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (Version 22.0) paket programı ile yapılmıştır. Sayısal değişkenler ortalama ve standart sapma olarak, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare, çocuk ve ailelerinin tanıtıcı özelliklerine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırmalarında ise veri normallik dağılımına uygun olarak iki örneklem için bağımsız örneklem t testi (Independent-Sample T Test), ikiden fazla grup karşılaştırmaları için One-Way ANOVA (post-hoc Tukey HSD) testi, DE/HB-YKÖ evde ve okuldaki puan ortalamalarının karşılaştırmaları için eşleştirilmiş örneklem t testi (Paired-Samples T Test) kullanılmıştır. İstatistiksel olarak $p < 0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

	Haziran-Aralık 2017	Kasım 2017	Aralık 2017	Ocak-Mayıs 2018	Haziran-Temmuz 2018	Ağustos-Kasım 2018	Kasım 2018	Aralık 2018	Ocak-Mart 2019
Hazırlık-Literatür Tarama	X								
Konu ile İlgili Spesifik Okuma		X	X	X	X				
Tez Önerisi Sunumu			X						
Veri Toplama Araçlarını Hazırlama			X						
Gerekli İzinlerin Alınması	X		X						
Ön Uygulama					X				
Uygulama	X	X	X	X					
Tezin Yazılması						X	X		
Verilerin Değerlendirilmesi								X	
Genel Değerlendirme									X
Tez Sunumu									X

Şekil 3.1: Araştırmanın akış şeması

3.9 Araştırmanın Değişkenleri

Çalışmaya katılan DEHB olan çocukların tanıtıcı ve DEHB'ye ait klinik özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini, çocukların DE/HB-YKÖ'den aldıkları puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

3.10 Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce Çorum İl Milli Eğitim Müdürlüğünden yazılı izin (Ek 3) ve Hitit Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (Ek 4) alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce çocuklara ve ailelerine araştırmanın amacı ve yapmaları gerekenler anlatılarak "Aydınlatılmış Onam", araştırmaya katılma ya da katılmama konusunda özgür oldukları şekilde bilgi verilerek "Özerkliğe Saygı" ve araştırmaya katılacak çocuklara, bireysel bilgilerinin başkalarına açıklanmayacağı konusunda güvence verilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkeleri yerine getirilmiş oldu. Ayrıca veri toplamadan önce çocukların ve ailelerinin soruları yanıtlanmış ve konu ile ilgili bilgi verildikten sonra yazılı onamları (Ek 5) alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, elde edilen verilerin istatistiksel analizleri yapılarak;

- 4.1: DEHB olan çocukların tanıtıcı özelliklerine,
- 4.2: DEHB olan çocuğa sahip ailelerin tanıtıcı özelliklerine,
- 4.3: DEHB olan çocukların klinik özelliklerine,
- 4.4: DEHB olan çocukların DE/HB-YKÖ ve ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına,
- 4.5: DEHB olan çocukların tanıtıcı özelliklerine göre DE/HB-YKÖ bilişsel alt boyut puan ortalamalarına,
- 4.6: DEHB olan çocuğa sahip ailelerin tanıtıcı özelliklerine göre DE/HB-YKÖ bilişsel alt boyut puan ortalamalarına,
- 4.7: DEHB olan çocukların tanıtıcı özelliklerine göre DE/HB-YKÖ sosyal alt boyut puan ortalamalarına,
- 4.8: DEHB olan çocuğa sahip ailelerin tanıtıcı özelliklerine göre DE/HB-YKÖ sosyal alt boyut puan ortalamalarına,
- 4.9: DEHB olan çocukların tanıtıcı özelliklerine göre DE/HB-YKÖ duygusal alt boyut puan ortalamalarına,
- 4.10: DEHB olan çocuğa sahip ailelerin tanıtıcı özelliklerine göre DE/HB-YKÖ duygusal alt boyut puan ortalamalarına,
- 4.11: DEHB olan çocukların yaşam kalitelerini algılama düzeylerine,
- 4.12: DEHB olan çocukların yaşam kalitelerini algılama düzeylerine ilişkin bulgular olmak üzere 12 başlık altında incelenmiştir.

4.1 DEHB Olan Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

DEHB'li çocukların tanıtıcı özellikleri Çizelge 4.1'de verilmiştir. Çalışmaya katılan DEHB olan çocukların %8,0'ının 8 yaşında, %14,7'sinin 9 yaşında, %25,3'ünün 10 ve 11 yaşında ve %26,7'sinin 12 yaşında olduğu belirlenmiş olup, yaş ortalamaları $10,48 \pm 1,25$ 'tir. Araştırmadaki çocukların %70,7'sinin erkek, %29,3'ünün kız olduğu belirlenmiştir. Çalışmadaki çocukların kardeş sayısı incelendiğinde; %18,7'sinin kardeşinin olmadığı, %41,3'ünün tek kardeşi, %17,3'ünün 2 kardeşi ve %22,7'sinin 3 ve daha fazla kardeşe sahip olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1: DEHB Olan Çocukların Tanıtıcı Özellikleri (F=75)

Tanıtıcı özellikler	f	%
Yaş		
8	6	8,0
9	11	14,7
10	19	25,3
11	19	25,3
12	20	26,7
Yaş ort. (ort.±SS)	10,48±1,25	
Cinsiyet		
Kadın	22	29,3
Erkek	53	70,7
Kardeş sayısı (kendi hariç)		
Kardeşi yok	14	18,7
1	31	41,3
2	13	17,3
3 ve üzeri	17	22,7
Toplam	75	100

4.2 DEHB Olan Çocuğa Sahip Ailelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya alınan DEHB olan çocuğa sahip ailelerin tanıtıcı özellikleri Çizelge 4.2'de yer almıştır. Araştırmadaki çocukların ekonomik durumları incelendiğinde; geliri giderine eşit olanların oranı %46,7'dir. Çocukların %20'sinin anne-babası ayrı yaşamaktadır. Araştırmadaki çocukların annelerinin eğitim durumları incelendiğinde; çocukların annelerinin %12,0'ının üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Çalışmadaki çocukların annelerinin çalışma durumuna bakıldığında; çocukların annelerinin %42,7'sinin çalıştığı ve çalışan annelerin %16,0'ının serbest meslek sahibi olduğu görülmüştür. Araştırmadaki çocukların babalarının eğitim

durumu incelendiğinde; çocukların babalarının %24,0'ının üniversite ve üzeri eğitim seviyesine sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmadaki çocukların babalarının %93,3'ünün çalıştığı, çalışanların %40,0'ının işçi, %28,0'ının memur ve %25,3'ünün serbest meslek sahibi olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2: DEHB Olan Çocuğa Sahip Ailelerin Tanıtıcı Özellikleri (F=75)

Tanıtıcı özellikler	f	%
Ailenin ekonomik durumu		
Gelir < gider	28	37,3
Gelir = gider	35	46,7
Gelir > gider	12	16,0
Anne-babanın birliktelik durumu		
Birlikte yaşıyor	60	80,0
Ayrı	15	20,0
Annenin eğitimi		
İlköğretim	25	33,3
Ortaöğretim	41	54,7
Üniversite ve üzeri	9	12,0
Annenin çalışma durumu		
Çalışan	32	42,7
Çalışmayan	43	57,3
Annenin mesleği		
Serbest Meslek	12	16,0
İşçi	11	14,7
Memur	9	12,0
Ev Hanımı	43	57,3
Babanın eğitimi		
İlköğretim	17	22,7
Ortaöğretim	40	53,3
Üniversite ve üzeri	18	24,0
Babanın çalışma durumu		
Çalışan	70	93,3
Çalışmayan	5	6,7
Babanın mesleği		
Serbest Meslek	19	25,3
İşçi	30	40,0
Memur	21	28,0
Çalışmıyor	5	6,7
Toplam	75	100

4.3 DEHB Olan Çocukların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına alınan DEHB'li çocukların klinik özellikleri Çizelge 4.3'te verilmiştir. Çizelge 4.3 incelendiğinde; araştırmaya alınan çocukların hastalığının tanılanma zamanı en az 6 ay olanların oranının %38,7 olduğu ve %73,3'ünün daha önce DEHB'yi bilmediği saptanmıştır. Çalışmadaki çocukların %93,3'ünün kardeş/kuzeninde DEHB tanısı konmadığı görülmüş olup, tanı konan çocukların %42,7'sinin hastalığı ile ilgili ilaç kullandığı belirlenmiştir. DEHB'ye eşlik eden bir hastalığı olan çocukların oranı %38,7'dir ve bu oranın (n=29) %34,5'inde anksiyete ve davranım-duygudurum bozukluğu olduğu görülmüştür.

Çizelge 4.3: DEHB Olan Çocukların Klinik Özellikleri (F=75)

Klinik Özellikler	f	%
DEHB tanılanma zamanı		
6 ay	29	38,7
7ay- 1 yıl	18	24,0
1-3 yıl	24	32,0
4 yıl ve üzeri	4	5,3
Daha öncesi DEHB'yi bilme durumu		
Bilen	20	26,7
Bilmeyen	55	73,3
DEHB tanılı kardeş/kuzen bulunma durumu		
Var	5	6,7
Yok	70	93,3
DEHB için ilaç tedavisi alma durumu		
Alan	32	42,7
Almayan	43	57,3
DEHB'ye eşlik eden hastalık durumu		
Var	29	38,7
Yok	46	61,3
DEHB'ye eşlik eden tanı (f=29)		
Anksiyete	10	34,5
Ayrılık kaygısı	9	31,0
Davranım-duygudurum bozukluğu	10	34,5

4.4 DEHB Olan Çocukların DE/HB-YKÖ ve Ölçeğin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

DEHB olan çocukların DE/HB-YKÖ ve ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulgular Çizelge 4.4 ve Şekil 4.1'de verilmiştir.

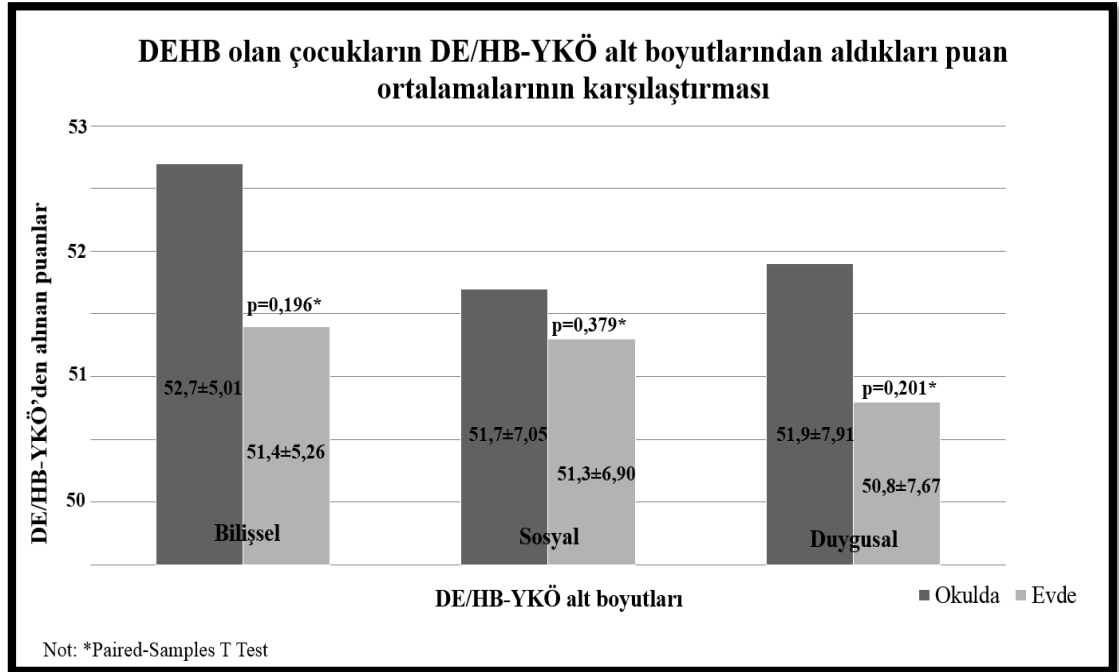
Çizelge 4.4'te DEHB olan çocukların DE/HB-YKÖ puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almıştır. Araştırmaya alınan çocukların DE/HB-YKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; çocukların ölçekten aldıkları puan ortalamalarının okulda: $48,14 \pm 17,67$; evde: $46,72 \pm 18,68$ olduğu saptanmıştır. DEHB olan çocukların okulda ve evde ölçekten aldıkları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,036$).

Çizelge 4.4: DEHB Olan Çocukların DE/HB-YKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

	$\bar{X} \pm SS$	Çalışma için en büyük-en küçük değer	Ölçek için en büyük-en küçük değer	P
Okulda	$48,14 \pm 17,67$	11-100	0-100	0,036*
Evde	$46,72 \pm 18,68$	14-100	0-100	

*Paired-Samples T Test; $p < 0,05$; $r = 0,919$

Şekil 4.1'de çocukların DE/HB-YKÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları verilmiştir.



Şekil 4.1: Çocukların DE/HB-YKÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

Araştırmaya katılan çocukların DE/HB-YKÖ bilişsel, sosyal ve duygusal alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; çocukların ölçeğin bilişsel alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları, okulda: $52,7 \pm 5,01$; evde $51,4 \pm 5,26$, sosyal alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları okulda: $51,7 \pm 7,05$; evde $51,3 \pm 6,90$ ve duygusal alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları okulda: $51,9 \pm 7,91$; evde $50,8 \pm 7,67$ 'dir. Araştırmadaki çocukların DE/HB-YKÖ bilişsel, sosyal ve duygusal alt boyutlarından okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (sırasıyla $p=0,196$; $p=0,379$ ve $p=0,201$; Şekil 4.1.).

4.5 DEHB Olan Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre DE/HB-YKÖ Bilişsel Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya alınan DEHB olan çocukların tanıtıcı özelliklerine göre DE/HB-YKÖ bilişsel alt boyut puan ortalamaları Çizelge 4.5'te verilmiş olup, çalışmadaki çocukların yaşlarına göre ölçeğin okulda ve evde bilişsel alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları grup içi farklılıkların anlamlı olmadığı görülmüştür (okulda: $p=0,456$ ve evde: $p=0,450$). Araştırmadaki çocukların yaşlarına göre ölçeğin bilişsel alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çalışmadaki çocukların cinsiyetine göre DE/HB-YKÖ bilişsel alt boyutundan okulda aldıkları ölçek puan ortalamaları; kadınlar için $15,72 \pm 4,25$, erkekler için $14,56 \pm 5,30$, evde aldıkları puan ortalamaları; kadınlar için $15,09 \pm 4,51$, erkekler için $14,07 \pm 5,55$ olarak bulunmuş, olup, grup içi farkların (okulda: $p=0,365$ ve evde: $p=0,450$) ve çocukların cinsiyetine göre ölçeğin bilişsel alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$; Çizelge 4.5).

Araştırmaya alınan çocukların kardeşi olma durumuna göre DE/HB-YKÖ bilişsel alt boyut puan ortalamaları Çizelge 4.5'te verilmiştir. Araştırmadaki çocukların kardeşi olma durumuna göre ölçeğin okulda ve evde bilişsel alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları grup içi farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (okulda: $p=0,402$ ve evde: $p=0,409$). Araştırmadaki çocukların kardeşi olma durumuna göre ölçeğin bilişsel alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan

ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Çizelge 4.5: DEHB Olan Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre DE/HB-YKÖ Bilişsel Alt Boyutundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı özellikler	Okulda	Evde	p^b
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	
Yaş			
8	14,50±2,66	12,16±3,25	0,204
9	16,54±3,90	16,18±3,68	0,825
10	15,15±4,58	16,63±3,43	0,253
11	17,05±4,74	17,05±5,32	0,996
12	17,35±7,96	17,15±8,83	0,940
Test	F=1,020	F=1,020	
p^a	p=0,456	p=0,450	
Cinsiyet			
Kadın	15,72±4,25	15,09±4,51	0,648
Erkek	14,56±5,30	14,07±5,55	0,227
Test	t=0,911	t=0,759	
p^c	p=0,365	p=0,450	
Kardeşi Olma Durumu			
Olan	15,42±5,72	15,38±5,90	0,533
Olmayan	15,35±5,54	14,13±5,16	0,690
Test	t=0,843	t=0,831	
p^c	p=0,402	p=0,409	

Not: a: One Way ANOVA Testi; b: Paired-Samples T Testi; c: Independent-Samples T Testi.

4.6 DEHB Olan Çocuğa Sahip Ailelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre DE/HB-YKÖ Bilişsel Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya alınan çocukların ailelerinin tanıtıcı özelliklerine göre DE/HB-YKÖ bilişsel alt boyut puan ortalamaları Çizelge 4.6'da verilmiştir. Araştırmadaki çocukların ailelerinin ekonomik durumuna göre ölçeğin okulda ve evde bilişsel alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları grup içi farkların anlamlı olmadığı görülmüştür (okulda: $p=0,782$ ve evde: $p=0,792$). Araştırmadaki çocukların ailelerinin ekonomik durumuna göre ölçeğin bilişsel alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.6: DEHB Olan Çocuğa Sahip Ailelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre DE/HB-YKÖ Bilişsel Alt Boyutundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı özellikler	Okulda	Evde	p ^b
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	
Ekonomik Durum			
Gelir < Gider	14,82±6,01	13,89±6,17	0,928
Gelir = Gider	14,65±4,56	14,51±5,29	0,715
Gelir > Gider	15,83±3,90	15,08±2,19	0,432
Test	F=0,247	F=0,234	
p ^a	p=0,782	p=0,792	
Anne-Babanın Birliktelik Durumu			
Birlikte	15,21±4,97	14,50±5,29	0,886
Ayrı	13,66±5,17	13,86±5,26	0,228
Test	t=1,071	t=0,415	
p ^c	p=0,288	p=0,680	
Annenin Eğitimi			
İlköğretim	15,44±5,86	14,48±6,38	0,551
Ortaöğretim	14,78±4,86	14,29±5,04	0,081
Üniversite ve üzeri	14,00±3,08	14,44±2,50	0,691
Test	F=0,295	F=0,010	
p ^a	p=0,745	p=0,990	
Annenin Çalışma Durumu			
Çalışan	15,31±4,53	15,06±4,02	0,095
Çalışmayan	14,60±5,38	13,86±6,01	0,478
Test	t=-0,601	t=-0,979	
p ^c	p=0,549	p=0,331	
Annenin Mesleği			
Serbest Meslek	15,66±4,83	15,25±4,84	0,537
İşçi	15,45±5,52	15,00±4,53	0,481
Memur	14,00±3,08	14,44±2,50	0,182
Test	F=0,241	F=0,247	
p ^a	p=0,868	p=0,863	
Babanın Eğitimi			
İlköğretim	15,23±6,24	13,82±7,25	0,066
Ortaöğretim	14,57±5,01	14,30±4,98	0,766
Üniversite ve üzeri	15,33±3,85	15,05±3,62	0,478
Test	F=0,185	F=0,243	
p ^a	p=0,832	p=0,785	
Babanın Çalışma Durumu			
Çalışan	15,22±4,94	14,67±5,28	0,836

Çalışmayan	10,40±4,03	10,20±2,68	0,488
Test	t=-2,127	t=-1,867	
p ^c	p=0,037	p=0,066	
Babamın Mesleği			
Serbest Meslek	12,52±4,20	13,00±4,96	0,599
İşçi	16,10±4,95	14,66±5,62	0,029
Memur	16,42±4,84	16,19±4,81	0,872
Test	F=4,549	F=2,489	
p ^a	p=0,006	p=0,067	

Not: a: One Way ANOVA Testi; b: Paired-Samples T Testi; c: Independent-Samples T Testi.

Çalışmadaki çocukların anne-babalarının birliktelik durumuna göre DE/HB-YKÖ bilişsel alt boyutundan okulda aldıkları puan ortalamaları; anne-babaları birlikte olanlar için 15,21±4,97, ayrı olanlar için 13,66±5,17, evde aldıkları puan ortalamaları; çocukların anne-babaları birlikte olanlar için 14,50±5,29, ayrı olanlar için 13,86±5,26 olduğu belirlenmiş olup, grup içi farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (okulda: p=0,288 ve evde: p=0,680). Araştırmadaki çocukların anne-babalarının birliktelik durumuna göre ölçeğin bilişsel alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0,05; Çizelge 4.6).

Araştırmadaki çocukların annelerinin eğitim durumuna göre DE/HB-YKÖ bilişsel alt boyutundan okulda aldıkları puan ortalamaları; çocuklardan anneleri ilköğretim düzeyinde olanlar için 15,44±5,86, ortaöğretim düzeyinde olanlar için 14,78±4,86, üniversite ve üzeri düzeyinde eğitime sahip olanlar için 14,00±3,08 olduğu görülmüş olup, grup içi farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p=0,745). Araştırmadaki çocukların ölçeğin bilişsel alt boyutundan evde aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde ise çocuklardan anneleri ilköğretim düzeyinde olanlar için 14,48±6,38, ortaöğretim düzeyinde olanlar için 14,29±5,04, üniversite ve üzeri düzeyinde eğitime sahip olanlar için 14,44±2,50 saptanmış olup, grup içi farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p=0,990). Çalışmadaki çocukların annelerinin eğitim durumuna göre ölçeğin bilişsel alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (p>0,05; Çizelge 4.6).

Araştırmaya alınan çocukların annelerinin çalışma durumuna göre DE/HB-YKÖ bilişsel alt boyut puan ortalamaları Çizelge 4.6'da verilmiştir. Çalışmadaki

çocukların annelerinin çalışma durumuna göre ölçeğin okulda ve evde bilişsel alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları grup içi farkların anlamlı olmadığı belirlenmiştir (okulda: $p=0,549$; evde: $p=0,331$). Araştırmadaki çocukların annelerinin çalışma durumuna göre ölçeğin bilişsel alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Ayrıca çalışmadaki çocukların annelerinin mesleğine göre DE/HB-YKÖ okulda ve evde bilişsel alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları grup içi farkların anlamlı olmadığı görülmüş (okulda: $p=0,868$ ve evde: $p=0,863$) olup, ölçeğin bilişsel alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Araştırmadaki çocukların babalarının eğitim durumuna göre DE/HB-YKÖ bilişsel alt boyutundan okulda aldıkları puan ortalamaları; çocuklardan babaları ilköğretim düzeyinde olanlar için $15,23\pm 6,24$, ortaöğretim düzeyinde olanlar için $14,57\pm 5,01$, üniversite ve üzeri düzeyinde eğitime sahip olanlar için $15,33\pm 3,85$, evde aldıkları puan ortalamaları; DEHB'li çocuklardan babaları ilköğretim düzeyinde olanlar için $13,82\pm 7,25$, ortaöğretim düzeyinde olanlar için $14,30\pm 4,98$, üniversite ve üzeri düzeyinde eğitime sahip olanlar için $15,05\pm 3,62$ olup, grup içi farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (okulda: $p=0,832$ ve evde: $p=0,785$). Çalışmadaki çocukların babalarının eğitim durumuna göre ölçeğin bilişsel alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$; Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6'da araştırmaya alınan çocukların babalarının çalışma durumuna göre DE/HB-YKÖ bilişsel alt boyut puan ortalamaları verilmiştir. Araştırmadaki çocukların babalarının çalışma durumuna göre ölçeğin bilişsel alt boyutundan okulda aldıkları puan ortalamaları; DEHB olan çocuklardan babaları çalışmayanlar için $10,40\pm 4,03$, çalışanlar için $15,22\pm 4,94$ olduğu belirlenmiş olup, grup içi farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,037$). Araştırmadaki çocukların babalarının çalışma durumuna göre ölçeğin bilişsel alt boyutundan evde aldıkları puan ortalamaları; DEHB olan çocuklardan babaları çalışmayanlar için $10,20\pm 2,68$, çalışanlar için $14,67\pm 5,28$ olduğu belirlenmiş olup, grup içi farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0,066$). Araştırmadaki çocukların babalarının çalışma durumuna göre ölçeğin bilişsel alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür

($p>0,05$). Çalışmadaki çocukların babalarının mesleğine göre DE/HB-YKÖ bilişsel alt boyutundan okulda aldıkları puan ortalamaları; çocukların babaları serbest meslek sahibi olanlar için $12,52\pm 4,20$, işçi olanlar için $16,10\pm 4,95$, memur olanlar için $16,42\pm 4,84$ olduğu belirlenmiş olup, grup içi farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,006$). DE/HB-YKÖ bilişsel alt boyutundan okulda aldıkları puan ortalamaları grup içi farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için uygulanan Tukey HSD testi sonucunda bunun babası serbest meslek sahibi olan çocukların ölçek puan ortalamalarının babası memur olan çocuklara göre düşük olmasından kaynaklı olduğu belirlenmiştir ($p=0,048$). Çocukların ölçeğin bilişsel alt boyutundan evde aldıkları puan ortalamaları ise çocukların babaları serbest meslek sahibi olanlar için $13,00\pm 4,96$, işçi olanlar için $14,66\pm 5,62$, memur olanlar için $16,19\pm 4,81$ olduğu belirlenmiş olup grup içi farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0,067$). Araştırmadaki çocukların babalarının mesleğine göre ölçeğin bilişsel alt boyutundan babası serbest meslek sahibi ve memur olanların okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülürken (sırasıyla $p=0,599$ ve $p=0,872$), babası işçi olanların okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,029$).

4.7 DEHB Olan Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre DE/HB-YKÖ Sosyal Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya alınan DEHB olan çocukların tanıtıcı özelliklerine göre DE/HB-YKÖ sosyal alt boyut puan ortalamaları Çizelge 4.7'de verilmiştir. Çalışmadaki çocukların ölçeğin sosyal alt boyutundan okulda aldıkları puan ortalamaları; 8 yaş için $10,66\pm 2,33$, 9 yaş için $13,05\pm 3,13$, 10 yaş için $15,18\pm 7,04$, 11 yaş için $16,94\pm 6,18$ ve 12 yaş için $19,35\pm 9,49$ olduğu belirlenmiş olup, grup içi farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,016$). DE/HB-YKÖ sosyal alt boyutundan okulda aldıkları puan ortalamaları grup içi farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için uygulanan Tukey HSD testi sonucunda bunun DEHB olan 8 yaş grubundaki ile 9 yaş grubundaki çocukların ölçek puan ortalamalarının 12 yaş grubundaki çocuklara göre düşük olmasından kaynaklı olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $p=0,050$ ve $p=0,034$). Yine çocukların ölçeğin sosyal alt boyutundan evde aldıkları puan ortalamaları ise 8 yaş için $10,00\pm 2,89$, 9 yaş için $13,15\pm 3,87$, 10 yaş için $15,09\pm 6,51$, 11 yaş için $16,94\pm 6,43$ ve 12 yaş için $18,70\pm 8,93$ olduğu tespit edilmiş olup, grup içi farkın anlamlı olduğu

görülmüştür ($p=0,021$). DE/HB-YKÖ sosyal alt boyutundan evde aldıkları puan ortalamaları grup içi farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için uygulanan Tukey HSD testi sonucunda bunun 8 yaş grubundaki çocukların ölçek puan ortalamalamasının 12 yaş grubundaki çocuklara göre düşük olmasından kaynaklı olduğu tespit edilmiştir ($p=0,043$). Araştırmadaki çocukların yaşlarına göre ölçeğin sosyal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çalışmadaki çocukların cinsiyetine göre DE/HB-YKÖ sosyal alt boyutundan okulda aldıkları ölçek puan ortalamaları; kadınlar için $17,18\pm 7,31$, erkekler için $15,28\pm 6,94$, evde aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde ise kadınlar için $18,00\pm 6,42$, erkekler için $14,64\pm 6,91$ olduğu belirlenmiş olup, grup içi farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (okulda: $p=0,292$ ve evde: $p=0,055$). Araştırmadaki çocukların cinsiyete göre ölçeğin sosyal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$; Çizelge 4.7).

Çizelge 4.7: DEHB Olan Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre DE/HB-YKÖ Sosyal Alt Boyutundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı özellikler	Okulda $\bar{X}\pm SS$	Evde $\bar{X}\pm SS$	p^b
Yaş			
8	10,66±2,33	10,00±2,89	0,614
9	13,05±3,13	13,15±3,87	0,989
10	15,18±7,04	15,09±6,51	0,821
11	16,94±6,18	16,94±6,43	0,840
12	19,35±9,49	18,70±8,93	0,906
Test	F=3,286	F=3,099	
p^a	p=0,016	p=0,021	
Cinsiyet			
Kadın	17,18±7,31	18,00±6,42	0,769
Erkek	15,28±6,94	14,64±6,91	0,610
Test	t=1,062	t=1,954	
p^c	p=0,292	p=0,055	
Kardeşi Olma Durumu			
Olan	14,64±7,68	14,78±7,52	0,473
Olmayan	16,51±7,57	15,90±7,25	0,938
Test	t=-0,701	t=-0,503	
p^c	p=0,485	p=0,617	

Not: a: One Way ANOVA Testi; b: Paired-Samples T Testi; c: Independent-Samples T Testi

Araştırmaya alınan çocukların kardeşi olma durumuna göre DE/HB-YKÖ sosyal alt boyut puan ortalamaları Çizelge 4.7’de verilmekte olup, çocukların kardeşi olma durumuna göre ölçeğin okulda ve evde sosyal alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları grup içi farkların anlamlı olmadığı görülmüştür (okulda: $p=0,485$; evde: $p=0,617$). Araştırmadaki çocukların kardeşi olma durumuna göre ölçeğin sosyal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

4.8 DEHB Olan Çocuğa Sahip Ailelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre DE/HB-YKÖ Sosyal Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Çizelge 4.8’de araştırmaya alınan çocukların ailelerinin tanıtıcı özelliklerine göre DE/HB-YKÖ sosyal alt boyut puan ortalamaları verilmiştir. Araştırmadaki çocukların ailelerinin ekonomik durumuna göre ölçeğin okulda ve evde sosyal alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları grup içi farkların anlamlı olmadığı görülmüştür (okulda: $p=0,817$ ve evde: $p=0,971$). Araştırmadaki çocukların ailelerinin ekonomik durumuna göre ölçeğin sosyal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çalışmadaki çocukların anne-babalarının birliktelik durumuna göre DE/HB-YKÖ okulda ve evde sosyal alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları grup içi farkların anlamlı olmadığı görülmüştür (okulda: $p=0,475$ ve evde: $p=0,206$). Araştırmadaki çocukların ailelerinin ekonomik durumuna göre ölçeğin sosyal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$; Çizelge 4.8).

Araştırmadaki çocukların annelerinin eğitim durumuna göre DE/HB-YKÖ sosyal alt boyutundan okulda aldıkları puan ortalamaları; çocukların anneleri ilköğretim düzeyinde olanlar için $16,56\pm 7,96$, ortaöğretim düzeyinde olanlar için $15,78\pm 6,80$, üniversite ve üzeri düzeyinde olanlar için $14,11\pm 5,79$, evde aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde ise çocukların anneleri ilköğretim düzeyinde olanlar için $16,24\pm 8,56$, ortaöğretim düzeyinde olanlar için $15,46\pm 6,43$, üniversite ve üzeri düzeyinde eğitime sahip olanlar için $14,66\pm 3,39$ olduğu saptanmış olup, grup içi farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (okulda: $p=0,675$ ve evde:

p=0,825). Çalışmadaki çocukların annelerinin eğitim durumuna göre ölçeğin sosyal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (p>0,05; Çizelge 4.8).

Çizelge 4.8: DEHB Olan Çocukların Ailelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre DE/HB-YKÖ Sosyal Alt Boyutundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı özellikler	Okulda $\bar{X} \pm SS$	Evde $\bar{X} \pm SS$	p^b
Ekonomik Durum			
Gelir < Gider	15,60±6,95	15,50±7,02	0,090
Gelir = Gider	14,91±7,64	15,33±6,12	0,750
Gelir > Gider	16,34±7,10	15,82±7,24	0,967
Test	F=0,202	F=0,030	
p ^a	p=0,817	p=0,971	
Anne-Babanın Birliktelik Durumu			
Birlikte	16,13±7,04	16,13±6,97	0,615
Ayrı	14,66±7,24	13,60±6,45	0,840
Test	t=0,718	t=1,276	
p ^c	p=0,475	p=0,206	
Annenin Eğitimi			
İlköğretim	16,56±7,96	16,24±8,56	0,634
Ortaöğretim	15,78±6,80	15,46±6,43	0,387
Üniversite ve üzeri	14,11±5,79	14,66±3,39	0,428
Test	F=0,395	F=0,193	
p ^a	p=0,675	p=0,825	
Annenin Çalışma Durumu			
Çalışan	15,12±6,05	14,93±5,19	0,964
Çalışmayan	16,37±7,74	16,13±7,96	0,345
Test	t=0,755	t=0,743	
p ^c	p=0,453	p=0,460	
Annenin Mesleği			
Serbest Meslek	15,50±5,07	16,16±5,28	0,579
İşçi	15,81±7,44	14,09±6,30	0,745
Memur	14,11±5,79	14,66±3,39	0,833
Test	F=0,243	F=0,314	
p ^a	p=0,866	p=0,815	
Babanın Eğitimi			
İlköğretim	16,50±7,24	15,52±9,50	0,013
Ortaöğretim	15,25±6,09	15,05±6,10	0,076
Üniversite ve üzeri	16,52±9,06	17,00±5,86	0,126
Test	F=0,294	F=0,490	
p ^a	p=0,746	p=0,615	

Babanın Çalışma Durumu			
Çalışan	16,04±7,21	15,74±7,00	0,834
Çalışmayan	13,00±3,67	14,00±5,78	0,493
Test	t=-1,034	t=-1,256	
p ^c	p=0,305	p=0,213	
Babanın Mesleği			
Serbest Meslek	13,63±5,05	13,52±5,89	<001
İşçi	16,03±7,71	15,26±7,40	<001
Memur	18,42±6,76	18,23±7,71	<001
Test	F=1,758	F=1,927	
p ^a	p=0,163	p=0,133	

Not: a: One Way ANOVA Testi; b: Paired-Samples T Testi; c: Independent-Samples T Testi.

Araştırmaya alınan çocukların annelerinin çalışma durumuna göre DE/HB-YKÖ sosyal alt boyut puan ortalamaları Çizelge 4.8’de verilmiştir. Çalışmadaki çocukların annelerinin çalışma durumuna göre ölçeğin okulda ve evde sosyal alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları grup içi farkların anlamlı olmadığı belirlenmiştir (okulda: p=0,453 ve evde: p=0,460). Araştırmadaki çocukların annelerinin çalışma durumuna göre ölçeğin sosyal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları gruplar arası puan ortalamaları farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0,05). Ayrıca çalışmadaki çocukların annelerinin mesleğine göre DE/HB-YKÖ okulda ve evde sosyal alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları grup içi farkların anlamlı olmadığı görülmüştür (okulda: p=0,866 ve evde: p=0,815). Araştırmadaki çocukların annelerinin mesleğine göre ölçeğin sosyal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (p>0,05).

Araştırmadaki çocukların babalarının eğitim durumuna göre DE/HB-YKÖ sosyal alt boyutundan okulda aldıkları puan ortalamaları; çocukların babaları ilköğretim düzeyinde olanlar için 16,50±7,24, ortaöğretim düzeyinde olanlar için 15,25±6,09, üniversite ve üzeri düzeyinde olanlar için 16,52±9,06, evde aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde ise DEHB’li çocuklardan babaları ilköğretim düzeyinde olanlar için 15,52±9,50, ortaöğretim düzeyinde olanlar için 15,05±6,10, üniversite ve üzeri düzeyinde olanlar için 17,00±5,86 olduğu saptanmış olup, grup içi farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (okulda: p=0,746 ve evde: p=0,615). Çalışmadaki çocukların babalarının eğitim durumuna göre ölçeğin sosyal alt

boyutundan babası ortaöğretim, üniversite üzeri düzeyinde olanların okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüş olup (sırasıyla $p=0,076$ ve $p=0,126$), babası ilköğretim düzeyinde olanların okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkının anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0,013$; Çizelge 4.8).

Çizelge 4.8’de araştırmaya alınan çocukların babalarının çalışma durumuna göre DE/HB-YKÖ sosyal alt boyut puan ortalamaları verilmiştir. Çalışmadaki çocukların babalarının çalışma durumuna göre ölçeğin okulda ve evde sosyal alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları grup içi farkların anlamlı olmadığı görülmüş (okulda: $p=0,305$ ve evde: $p=0,213$) olup, çocukların babalarının çalışma durumuna göre ölçeğin sosyal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Ayrıca çalışmadaki çocukların babalarının mesleğine göre DE/HB-YKÖ okulda ve evde sosyal alt boyut puan ortalamaları grup içi farkların anlamlı olmadığı görülmüş (okulda: $p=0,163$ ve evde: $p=0,133$) olup, çocukların babalarının serbest meslek, işçi ve memur olma durumlarına göre ölçeğin sosyal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

4.9 DEHB Olan Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre DE/HB-YKÖ Duygusal Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya alınan çocukların tanıtıcı özelliklerine göre DE/HB-YKÖ duygusal alt boyut puan ortalamaları Çizelge 4.9’da verilmiştir. Çalışmadaki çocukların yaşlarına göre DE/HB-YKÖ okulda ve evde sosyal alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları grup içi farkların anlamlı olmadığı görülmüştür (okulda: $p=0,075$ ve evde: $p=0,204$). Araştırmadaki çocukların yaşlarına göre ölçeğin duygusal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çalışmadaki çocukların cinsiyetine göre DE/HB-YKÖ duygusal alt boyut puan ortalamaları Çizelge 4.9’da bulunmaktadır. Araştırmadaki çocukların cinsiyetine göre ölçeğin okulda ve evde duygusal alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları grup içi farkların anlamlı olmadığı görülmüştür (okulda: $p=0,558$ ve evde: $p=0,248$).

Araştırmadaki çocukların cinsiyete göre ölçeğin duygusal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Araştırmaya alınan çocukların kardeşi olma durumuna göre DE/HB-YKÖ duygusal alt boyut puan ortalamaları Çizelge 4.9’da yer almaktadır. Çocukların kardeşi olma durumuna göre ölçeğin okulda ve evde duygusal alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları grup içi farkların anlamlı olmadığı görülmüştür (okulda: $p=0,167$ ve evde: $p=0,685$). Araştırmadaki çocukların kardeşi olma durumuna göre ölçeğin duygusal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.9: DEHB Olan Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine DE/HB-YKÖ Duygusal Alt Boyutundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı özellikler	Okulda $\bar{X}\pm SS$	Evde $\bar{X}\pm SS$	p^b
Yaş			
8	16,00±6,32	14,16±5,38	0,849
9	16,36±7,27	15,72±7,29	0,828
10	12,00±5,54	11,68±5,08	0,769
11	16,05±8,16	16,57±8,64	0,288
12	19,30±9,27	18,00±8,70	0,940
Test	F=2,224	F=1,528	
p ^a	p=0,075	p=0,204	
Cinsiyet			
Kadın	16,77±7,69	17,00±7,23	0,834
Erkek	15,58±8,05	14,73±7,82	0,410
Test	t=0,589	t=1,165	
p ^c	p=0,558	p=0,248	
Kardeşi Olma Durumu			
Olan	13,28±8,50	14,64±7,93	0,488
Olmayan	16,96±7,84	16,48±7,63	0,736
Test	t=-1,396	t=-0,407	
p ^c	p=0,167	p=0,685	

Not: a: One Way ANOVA Testi; b: Paired-Samples T Testi; c: Independent-Samples T Testi.

4.10 DEHB Olan Çocuğa Sahip Ailelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre DE/HB-YKÖ Duygusal Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Çizelge 4.10’da araştırmaya alınan çocukların ailelerinin tanıtıcı özelliklerine göre DE/HB-YKÖ duygusal alt boyut puan ortalamaları verilmiştir. Araştırmadaki çocukların ailelerinin ekonomik durumuna göre ölçeğin okulda ve evde duygusal alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları grup içi farkların anlamlı olmadığı görülmüştür (okulda; $p=0,364$ ve evde: $p=0,701$). Araştırmadaki çocukların ailelerinin ekonomik durumuna göre ölçeğin duygusal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.10:DEHB Olan Çocukların Ailelerinin Tanıtıcı Özelliklerine DE/HB-YKÖ Duygusal Alt Boyutundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı özellikler	Okulda	Evde	p^b
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	
Ekonomik Durum			
Gelir < Gider	15,32±8,40	14,92±8,74	0,787
Gelir = Gider	17,20±7,93	16,17±7,26	0,988
Gelir > Gider	13,66±6,48	14,25±6,48	0,371
Test	F=1,024	F=0,358	
p^a	$p=0,364$	$p=0,701$	
Anne-Babanın Birliktelik Durumu			
Birlikte	16,36±7,64	15,70±7,82	0,423
Ayrı	14,20±9,00	14,20±7,17	0,639
Test	t=0,947	t=0,674	
p^c	$p=0,347$	$p=0,502$	
Annenin Eğitimi			
İlköğretim	17,96±9,89	16,33±4,69	0,910
Ortaöğretim	14,95±6,80	14,75±6,42	0,795
Üniversite ve üzeri	14,77±5,91	16,12±10,20	0,189
Test	F=1,238	F=0,315	
p^a	$p=0,296$	$p=0,731$	
Annenin Çalışma Durumu			
Çalışan	14,31±7,07	14,43±6,38	0,495
Çalışmayan	17,13±8,36	16,11±8,51	0,643
Test	t=1,544	t=0,936	
p^c	$p=0,127$	$p=0,353$	
Annenin Mesleği			
Serbest Meslek	14,75±6,42	15,41±6,50	0,922

İşçi	13,18±9,19	11,45±7,35	0,858
Memur	14,77±5,91	16,33±4,69	0,765
Test	F=0,967	F=1,180	
p ^a	p=0,413	p=0,324	
Babanın Eğitimi			
İlköğretim	18,05±10,29	16,50±7,22	0,336
Ortaöğretim	15,02±7,07	14,57±6,62	0,561
Üniversite ve üzeri	15,94±7,20	16,17±10,31	0,986
Test	F=0,873	F=0,496	
p ^a	p=0,422	p=0,611	
Babanın Çalışma Durumu			
Çalışan	15,98±7,79	15,61±7,59	0,511
Çalışmayan	15,20±10,49	12,40±9,12	0,312
Test	t=-0,213	t=-0,903	
p ^c	p=0,832	p=0,369	
Babanın Mesleği			
Serbest Meslek	12,05±6,72	12,10±6,27	0,976
İşçi	17,26±8,03	15,70±7,47	0,180
Memur	17,71±7,41	18,66±7,83	0,970
Test	F=2,287	F=1,562	
p ^a	p=0,086	p=0,194	

Not: a: One Way ANOVA Testi; b: Paired-Samples T Testi; c: Independent-Samples T Testi.

Çalışmadaki çocukların anne-babalarının birliktelik durumuna göre DE/HB-YKÖ okulda ve evde duygusal alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları grup içi farkların anlamlı olmadığı görülmüştür (okulda: $p=0,347$ ve evde: $p=0,502$). Araştırmadaki çocukların anne-babalarının birliktelik durumuna göre ölçeğin duygusal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$; Çizelge 4.10).

Araştırmadaki çocukların annelerinin eğitim durumuna göre DE/HB-YKÖ duygusal alt boyutundan okulda aldıkları puan ortalamaları; çocukların anneleri ilköğretim düzeyinde olanlar için $17,96±9,89$, ortaöğretim düzeyinde olanlar için $14,95±6,80$, üniversite ve üzeri düzeyinde olanlar için $14,77±5,91$, evde aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde ise çocukların annelerinin ilköğretim düzeyinde olanlar için $16,33±4,69$, ortaöğretim düzeyinde olanlar için $14,75±6,42$, üniversite ve üzeri düzeyinde olanlar için $16,12±10,20$ olduğu saptanmış olup, grup içi farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (okulda: $p=0,296$ ve evde: $p=0,731$). Çalışmadaki çocukların annelerin eğitim durumuna göre ölçeğin duygusal

alt boyutundan çocukların okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$; Çizelge 4.10).

Araştırmaya alınan çocukların annelerinin çalışma durumuna göre DE/HB-YKÖ duygusal alt boyut puan ortalamaları Çizelge 4.10'da verilmiştir. Çalışmadaki çocukların annelerinin çalışma durumuna göre ölçeğin okulda ve evde duygusal alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının grup içi farkların anlamlı olmadığı belirlenmiştir (okulda: $p=0,127$ ve evde: $p=0,353$). Araştırmadaki çocukların annelerinin çalışma durumuna göre ölçeğin duygusal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Aynı şekilde çalışmadaki çocukların annelerinin mesleğine göre DE/HB-YKÖ okulda ve evde duygusal alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları grup içi farkların anlamlı olmadığı görülmüştür (okulda: $p=0,413$ ve evde: $p=0,324$). Araştırmadaki çocukların annelerinin mesleğine göre ölçeğin sosyal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Araştırmadaki çocukların babalarının eğitim durumuna göre DE/HB-YKÖ duygusal alt boyutundan okulda aldıkları puan ortalamaları; çocukların babaları ilköğretim düzeyinde olanlar için $18,05\pm 10,29$, ortaöğretim düzeyinde olanlar için $15,02\pm 7,07$, üniversite ve üzeri düzeyinde olanlar için $15,94\pm 7,20$, evde aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde ise DEHB'li çocuklardan babaları ilköğretim düzeyinde olanlar için $16,50\pm 7,22$, ortaöğretim düzeyinde olanlar için $14,57\pm 6,62$, üniversite ve üzeri düzeyinde olanlar için $16,17\pm 10,31$ olduğu saptanmış olup, grup içi farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (okulda: $p=0,422$ ve evde: $p=0,611$). Çalışmadaki çocukların babalarının eğitim durumuna göre ölçeğin duygusal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$; Çizelge 4.10).

Araştırmaya alınan çocukların babalarının çalışma durumuna göre DE/HB-YKÖ duygusal alt boyutundan okulda aldıkları puan ortalamaları; çocukların babaları çalışanlar için $15,98\pm 7,79$, çalışmayanlar için $15,20\pm 10,49$ olduğu belirlenmiş olup, aralarındaki grup içi farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0,832$). Araştırmadaki çocukların ölçeğin duygusal alt boyutundan evde aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde ise çocukların babaları çalışanlar için $15,61\pm 7,59$, çalışmayanlar için

12,40±9,12 olduğu bulunmuş olup, aralarındaki grup içi farkın istatistiksel analizinde anlamlı olmadığı görülmüştür (p=0,369). Çalışmadaki çocukların babalarının eğitim durumuna göre ölçeğin duygusal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0,05; Çizelge 4.10).

Çalışmadaki çocukların babalarının mesleğine göre DE/HB-YKÖ duygusal alt boyutundan okulda aldıkları puan ortalamaları; çocukların babaları serbest meslek sahibi olanlar için 12,05±6,72, işçi olanlar için 17,26±8,03, memur olanlar için 17,71±7,41, evde aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde ise çocukların babaları serbest meslek sahibi olanlar için 12,10±6,27, işçi olanlar için 15,70±7,47, memur olanlar için 18,66±7,83 olduğu belirlenmiş olup, istatistiksel analizde grup içi farkların anlamlı olmadığı saptanmıştır (okulda: p=0,086 ve evde: p=0,194). Çalışmadaki çocukların babalarının mesleğine göre ölçeğin duygusal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (p>0,05; Çizelge 4.10).

4.11 DEHB Olan Çocukların Yaşam Kalitelerini Algılama Düzeylerine İlişkin Bulgular

DEHB olan çocukların yaşam kalitelerini algılama düzeyleri Çizelge 4.11’de verilmiştir. Araştırmadaki çocukların yaşam kalitelerini algılama düzeyleri incelendiğinde; çocukların %21,3’ünün yaşam kalitelerini kötü, %44,0’inin orta, %34,7’sinin iyi düzeyde algıladıkları belirlenmiştir.

Çizelge 4.11:DEHB Olan Çocukların Yaşam Kalitelerini Algılama Düzeylerinin Dağılımı

Algılanan Yaşam Kalitesi	n	%
Kötü	16	21,3
Orta	33	44,0
İyi	26	34,7
Toplam	75	100,0

4.12 DEHB Olan Çocukların Aile, Arkadaş ve Öğretmen Desteğini Algılama Düzeylerine İlişkin Bulgular

DEHB olan çocukların aile, arkadaş ve öğretmen desteğini algılama düzeyleri Çizelge 4.12’de verilmiştir. Çalışmadaki çocukların %26,7’si aile desteğini, %13,3’ü arkadaş desteğini, %17,3’ü de öğretmen desteğini her zaman aldıklarını bildirmiştir.

Çizelge 4.12: DEHB Olan Çocukların Aile, Arkadaş ve Öğretmen Desteğini Algılama Düzeyleri

Destek Alınan Kişi	Desteği Algılama Düzeyleri							
	Hiç-Nadiren		Bazen		Çoğunlukla		Her zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aile	1	1,3	17	22,7	37	49,3	20	26,7
Arkadaş	12	16,0	22	29,3	31	41,3	10	13,3
Öğretmen	3	4,0	25	33,3	34	45,3	13	17,3

5. TARTIŞMA

Çocuk gelişiminin tüm basamaklarında DEHB'nin sosyal, akademik ve psikolojik yetersizliklere yol açtığı bildirilmektedir. Bu yetersizlikler sonucu kişiler arası, aile içi ilişkilerde bozulma ve ruhsal iyilik hali olumsuz etkilenmektedir. DEHB'de, yaşamın hemen her alanında görülen bu yetersizlikler sonucu; fiziksel, psikolojik, sosyal ve akademik işlevsellik boyutları ile tanımlanan yaşam kalitesi düşmektedir (Danckaerts ve diğerleri, 2010). Yine çalışmalarda, bu etkilenmenin en az diğer ruhsal bozukluklar kadar kronik fiziksel bozukluğa sahip olgular ile karşılaştırılabilir düzeylerde olduğu gösterilmektedir (Danckaerts ve diğerleri, 2010; Escobar ve diğerleri, 2005; Varni ve Burwinkle, 2006). Bu bağlamda kronik bir bozukluk olan DEHB'nin yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi sonucu; bu bozuklukla ilgili sürecin tanımlanmasında, DEHB tanısı alan çocukların yaşadığı çevrenin, toplumsal girişimlerin ve ulusal sağlık politikalarının yeniden gözden geçirilmesinde etkili olacağı belirtilmektedir (Varni ve Burwinkle, 2006).

DEHB'nin belirti ve bulgularının diğer sağlık problemleri ile karıştırılabildiği yani yanlış tanı konulabilme ihtimali yüksek olduğu düşünüldüğünde, erken tanı ve tedavi için kapsamlı bir değerlendirme gerektiği belirtilmektedir (Dang ve diğerleri, 2007). DEHB olan çocukların akranlarından ayırt edilerek fark edilmeleri, erken tanı ve tedavinin sağlanması pediatri hemşirelerinin temel rolleri arasındadır. Çünkü pediatri hemşireleri çocukların davranışlarını ve tedavi yanıtlarını kolayca gözlemleyebilecek sağlık hizmetleri sunan ilk ve öncü profesyonellerdir (Vlam, 2006).

8-12 yaş arasındaki 75 DEHB tanılı çocuğun yaşam kalitesinin belirlenmesi amaçlanan bu çalışmada araştırmanın bulguları;

5.1: DEHB olan çocukların ve ailelerinin tanıtıcı özelliklerine,

5.2: DEHB olan çocukların klinik özelliklerine,

5.3: DEHB olan çocukların DE/HB-YKÖ ve ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına,

5.4: DEHB olan çocukların ve ailelerinin tanıtıcı özelliklerine göre DE/HB-YKÖ bilişsel alt boyut puan ortalamalarına,

5.5: DEHB olan çocukların ve ailelerinin tanıtıcı özelliklerine göre DE/HB-YKÖ sosyal alt boyut puan ortalamalarına,

5.6: DEHB olan çocukların ve ailelerinin tanıtıcı özelliklerine göre DE/HB-YKÖ duygusal alt boyut puan ortalamalarına,

5.7: DEHB olan çocukların yaşam kalitelerini ve aile, arkadaş ve öğretmen desteğini algılama düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması olmak üzere 7 başlık altında ele alınmıştır.

5.1 DEHB Olan Çocukların ve Ailelerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Önemli akademik, sosyal ve psikiyatrik sorunlara yol açabilen ve olumsuz etkileri yaşam boyu sürebilen bir bozukluk olan DEHB, çocukluk çağının en sık görülen psikiyatrik bozukluklarından birisidir (Pliszka, 2007) ve genellikle okul öncesi dönemde başlamaktadır. Yapılan çalışmalarda olguların %50'sinden fazlasında belirtilerin yedi yaşından, %93,0'ında 12 yaşından, %98,0'ında ise 16 yaşından önce başladığı belirtilmektedir (Barkley, 2014; Cansız, 2018). Sunulan bu çalışmada DEHB olan çocukların yaş ortalamasının $10,48 \pm 1,25$ olduğu göz önüne alındığında yapılan çalışmanın DEHB'nin sık görüldüğü yaş grubunda planlanmış olması literatüre katkı sağlayacağını düşündürmektedir (Çizelge 4.1).

Literatür incelemelerinde, DEHB'nin kadınlara oranla erkeklerde daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Aslan, 2013; Skounti, Philalithis ve Galanakis, 2007). 1978-2005 yılları arasındaki araştırmaların derlendiği bir meta analiz çalışmasında DEHB sıklığının erkeklerde kadınlara göre 2,4 kat fazla olduğu bildirilmektedir (Polanczyk ve Jensen, 2008). Sunulan bu çalışmada da DEHB tanısı almış çocukların

2/3'sinin erkek olması çalışmanın literatür (Aslan, 2013; Polanczyk ve Jensen, 2008; Skounti ve diğerleri, 2007) ile uyumlu olduğunu göstermektedir (Çizelge 4.1). DEHB belirtilerinin görülme oranının cinsiyetler arasındaki farkının, çocukluk dönemi sonrasında azaldığı bildirilmektedir (Davies, 2014). Erkeklerde dikkatsizliğin ve bilişsel sorunların kadınlara göre daha fazla olduğu, kadınlarda ise davranışsal sorunların erkeklere göre daha az ortaya çıktığı göz önüne alındığında; bu durumun tedavi başvuru sıklığının kadınlarda daha düşük olmasından ve kadınların daha geç yaşlarda tanı almasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalar DEHB tanılı çocukların ailelerinin genellikle tek veya ilk çocukları olduğunu göstermekte, DEHB'li çocuğa sahip ailelerin ilişkileri olumsuz etkilendiği için yeniden çocuk sahibi olmak istemedikleri görülmektedir (Cansız, 2018; Dogangun ve Yavuz, 2011). DEHB'nin kardeş ilişkilerinin niteliğini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Doğaroğlu, 2013). Sunulan bu çalışmada da literatürü destekler nitelikte DEHB grubundaki çocukların yarıya yakınının (%41,3) bir kardeşinin olduğu görülmektedir (Çizelge 4.1). Bu bulgu, DEHB olan çocuktan kaynaklı aile bireylerinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi sonucu aile ilişkileri de olumsuz etkilendiğinden, ailelerin tek çocuk sahibi oldukları yorumunu yaptırmaktadır.

DEHB ile sosyoekonomik düzey arasındaki ilişki tam olarak açıklanamamış olmasına rağmen, yüksek eğitim düzeyi olan ailelerin hastalık hakkındaki bilgi düzeylerinin ve tedaviye başvuru oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Polanczyk ve Jensen, 2008). Ercan, Bilac, Ozaslan ve Ardic (2016)'ın anne-baba eğitim düzeyine, medeni ve sosyoekonomik durumuna göre çocuğun DEHB'si arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, DEHB tanısı alan olguların tanı almayan olgulara göre, anne-baba eğitim düzeyinin ve sosyoekonomik durumunun daha düşük olduğu belirtilmektedir. Güler ve diğerleri tarafından 2017 yılında İstanbul'da 7-14 yaş arası 3110 ilköğretim öğrencisiyle yapılan bir çalışmada ise düşük sosyoekonomik durumda DEHB'nin anlamlı bir şekilde daha sık görüldüğü rapor edilmektedir. Diğer bir yandan anne-baba eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durumu ile DEHB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığını belirten çalışmalar da yer almaktadır (Bauermeister ve diğerleri, 2007; ve Faraone, 2005; Cansız, 2018; Gross-Tsur ve diğerleri, 2006). Sunulan bu çalışmada ise Ercan ve diğerleri (2016) ile Güler ve diğerleri (2017)'nin çalışmasına benzer şekilde, DEHB tanısı alan çocukların

ailelerin gelirinin giderinden az ve eşit olanlar ile anne-babalarının eğitim düzeyi düşük olanların oranının yüksek olduğu görülmektedir (Çizelge 4.2). Bu bulgu, DEHB olan çocukların anne-babalarının tanı almamış DEHB’li olabilecekleri, DEHB’nin kalıtsal bir hastalık olduğu ve birkaç nesil devam ettiği (Akgün, Tufan, Yurteri ve Erdoğan,2011) düşünüldüğünde; bu ebeveynlerin akademik hayatlarının, dolayısıyla sosyoekonomik durumlarının olumsuz etkilendiği yorumunu yaptırmaktadır.

5.2 DEHB Olan Çocukların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

DEHB; çocukları, aileleri, okul ortamını, birinci basamak ve okul ortamında bakım veren hemşireleri en çok zorlayan kronik sorunlardan birisidir (Dang ve diğerleri, 2007). Literatürde DEHB’nin çocuk, ailesi ve çevresi için uygun zamanda ve doğru şekilde tedavi edilebilmesinin gerekliliği bildirilmektedir. Bu nedenle erken tanılama sürecinde, DEHB ile ilgili sahip olunan bilgi ve hastalığa yaklaşımların etkili olduğu belirtilmekte, hemşirelerin, öğretmenlerin, özellikle ailelerin rolünün önemi gündeme gelmektedir (Özmen, 2010; Padilla ve diğerleri, 2018). Sunulan bu çalışmada DEHB olan çocukların %5,3’ünün 4 yıl ve üzeri süredir tanı aldığı ve tanı alan çocukların %73,3’ünün daha öncesinde DEHB’yi bilmediği görülmektedir. Bu bulgu, hemşireler tarafından çocuk, öğretmen ve ailelere DEHB ile ilgili eğitim programlarının düzenlenmesi gerekliliğini vurgulaması bakımından önemlidir (Çizelge 4.3).

Literatür incelemelerinde DEHB tanısı alan çocukların kardeşlerinde DEHB tanı sıklığının 2,1 ile 3,5 kat arasında arttığı belirtilmektedir (Akgün ve diğerleri, 2011; Aydın, Diler, Yurdagül, Uğuz ve Şeydaoğlu, 2006). Castellanos ve diğerleri (2002), tarafından yapılan bir çalışmada DEHB tanılı çocukların yakın akrabalarında bozukluğun görülme riskinin %10-35, kardeşlerinde ise %25-35 arasında olduğu ve riskin normal popülasyona göre yaklaşık üç kat arttığı, hem anne hem de babasında DEHB olan çocuklarda ise bu riskin %57,0’lara çıktığı bildirilmektedir. Bu çalışmada da DEHB olan çocukların %6,7’sinde DEHB tanısı olan kardeş/kuzen varlığının saptanması (Çizelge 4.3), bu bulgunun literatüre paralel olduğunu göstermektedir.

DEHB’nin tanı ve tedavisini standardize etmek amacıyla, DEHB’de ilaç tedavisinin çok önemli bir yer tuttuğunu belirten “DEHB Uygulama Kılavuzları” bulunmaktadır (Pliszka ve diğerleri, 2006; Taylor ve diğerleri, 2004). Fakat Aslan

(2013)'ın DEHB olan çocuğa sahip ebeveynler ile yapmış olduğu çalışmada, ebeveynlerin çoğunluğunun (%51,3) DEHB'yi tedavi gerektiren bir durum olarak görmediği ve "böyle bir durum için tedavi gerekmez ki, büyüyünce geçer" şeklinde ifade ettikleri belirtilmektedir. Karabekiroğlu, Akbaş ve Taşdemir'in 2009 yılında yaptıkları çalışmada ise ebeveynlerin %42,8'inin DEHB'nin en uygun tedavisinin özel eğitim, %39,9'u da ilaç tedavisi olduğunu ifade ettikleri belirtilmektedir. Bussing ve diğerleri (2012) tarafından yapılan çalışmada da, ailelerin çoğunluğunun (%89) DEHB'nin tedavisinde ilaçların kullanılabileceğini bildirmektedir. Sunulan bu çalışmada da çocukların %42,7'sinin ilaç kullandığının belirlenmesi (Çizelge 4.3), Karabekiroğlu ve diğerleri (2009) ile Bussing ve diğerleri (2012)'nin çalışma bulguları ile benzer bulgular olduğunu göstermekle birlikte çalışmalar arasındaki oranlarda farklılıklar olduğu görülmüştür. Bu farklılıkların görülmesi DEHB'nin tanı ve tedavisinin coğrafi ve kültürel özelliklerden etkilenebileceği ve ailelerin bu konu ile ilgili farkındalık düzeylerinden kaynaklı olabileceği yorumunu yaptırmaktadır.

Yapılan çalışmalarda DEHB'de eş tanı oranlarının farklılık gösterdiği, en sık görülen ek psikiyatrik bozukluğun ise "Yıkıcı Davranış Bozuklukları" olduğu (%40-80) bildirilmektedir (Bilgiç, Kılıç, Gürkan ve Aysev, 2006; Gündoğdu, Taş, Özyurt, Dönder ve Memik, 2016). Herguner ve Herguner tarafından 2012 yılında yapılan geniş örneklemlili retrospektif çalışmada DEHB'de eş tanı oranının %73,7 olduğu, Aktepe (2011)'nin çalışmasında ise DEHB olgularının %89,5'ine en az bir ek tanının eşlik ettiği ve en sık "Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu" tanısının konulduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada da çocukların %38,7'sinde DEHB'ye eşlik eden bir psikiyatrik hastalık olduğunun görülmesi literatüre paralel olduğunu göstermektedir. Fakat bunların içerisinde en yüksek oranla (%34,5) "Anksiyete" ve "Davranım-Duygu Durum Bozukluğu"nun belirlenmesi (Çizelge 4.3), eş tanı oranının literatüre göre düşük olduğunu göstermektedir. Sunulan bu çalışmada eş tanı oranlarının literatüre göre düşük olmasının nedeni olarak; seçilen örneklem sayısının daha küçük olması, DEHB grubunun homojen dağılım göstermesine dikkat edilmesi ve işlevsellikte bozulmaya neden olan ilk tanısının DEHB olmasından kaynaklı olabileceği düşünülebilir.

5.3 DEHB Olan Çocukların DE/HB-YKÖ'den ve Ölçeğin Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlara İlişkin Bulguların Tartışılması

DEHB, okul başarısında düşme, aile ve akran ilişkilerinde bozulma, yıkıcı davranışlarda ve maddeyi kötüye kullanım riskinde artma, iş olanaklarında azalma ve suça ilişkin etkinlikte artma gibi sorunlara yol açmaktadır. Bu sorunlar çocukların ruhsal iyilik halini olumsuz yönde etkilediği için DEHB’de, fiziksel, psikolojik, sosyal ve akademik işlevsellik boyutları ile tanımlanan yaşam kalitesinde düşme söz konusudur (Çetin ve Akay, 2014; Danckaerts ve diğerleri, 2010). Sunulan bu çalışmada ölçeğin puan ortalamasının okulda: $48,14 \pm 17,67$, evde: $46,72 \pm 18,68$ olduğunun belirlenmesi, DEHB olan çocukların yaşam kalitelerinin orta düzeyinde olduğu yorumunu yaptırmaktadır. Ayrıca DEHB olan çocukların okulda ve evde ölçekten aldıkları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunun görülmesi ($p < 0,05$; Çizelge 4.4) “DEHB çocukların yaşam kalitesini etkiler mi?” birinci sorusunun yanıtını vermektedir. Yine çalışmada Cronbach’s Alfa katsayısının okul için 0,88, ev için 0,90 çıkması ölçeğin güvenilir olduğu yorumunu yaptırmaktadır. Çünkü yapılan çalışmalarda (Dolgun ve diğerleri, 2005; Karadağlı ve Alpar, 2017) ölçeğin Cronbach’s Alfa katsayısının 0-1 arasında değiştiği, değerlendirme kriterlerine göre $0.00 < 0.40$ ise ölçek güvenilir değil, $0.40 < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirlikte, $0.60 < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilir ve $0.80 < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçek” olarak değerlendirildiği ifade edilmektedir.

Çalışmalarda DEHB’de sosyal, duygusal, davranışsal sorunlar ve yönetici işlev bozuklukları gibi bilişsel bozuklukların sıklıkla izlendiği (Spencer, Biederman ve Mick, 2007; Tsai ve diğerleri, 2013) ve sonucunda yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (Dolgun ve diğerleri, 2005). Bu çalışmada da çocukların DE/HB-YKÖ’nün bilişsel (okulda $52,7 \pm 5,01$; evde $51,4 \pm 5,26$), sosyal (okulda $51,7 \pm 7,05$; evde $51,3 \pm 6,90$) ve duygusal (okulda $51,9 \pm 7,91$; evde $50,8 \pm 7,67$) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmaması ($p > 0,05$; Şekil 4.1.), çalışmadaki çocukların bilişsel, sosyal ve duygusal olarak orta düzeyde yaşam kalitelerine sahip oldukları yorumunu yaptırmakta, bu çocukların 6 ay öncesinde tanı aldıkları ve tedaviye başladıkları düşünüldüğünde DEHB olan çocukların gerek okulda gerekse evde bilişsel, sosyal ve duygusal açıdan desteklenmelerinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

5.4 DEHB Olan Çocukların ve Ailelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre DE/HB-YKÖ Bilişsel Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

DEHB olan çocuklarda, DEHB bulgularının yanı sıra bilişsel, psikososyal ve akademik işlevsellikte bozulmalar görülmekle birlikte (Biederman, Monuteaux, Kendrick, Klein ve Faraone 2005; Cormier, 2008; Özcan ve Ögülmüş, 2010), DEHB'nin etiolojisinde, son yirmi yılda yürütücü işlevlerin ya da bilişsel kontrolün rolünü vurgulayan bilişsel kuramların yer almaya başladığı belirtilmektedir (Öztürk, Özyurt, Tufan ve Pekcanlar, 2018). Klassen, Miller ve Fine (2004)'ın DEHB olan 131 çocuk ve ailesinin yaşam kalitesini değerlendirdiği araştırmada, çocukların zihinsel sağlık konularında sorunlar yaşadıklarını ve DEHB belirtilerini daha fazla gösteren çocukların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu rapor edilmiştir. 8-12 yaş arasındaki 75 DEHB tanımlı çocuğun yaşam kalitesinin belirlenmesi için yapılan bu çalışmada, DEHB olan çocuklardan 8 yaşındakilerin diğer yaş grubundakilere, erkeklerin kadınlara, kardeşi olmayanların olanlara, geliri giderinden düşük ve eşit olanların geliri giderinden yüksek olanlara, anne babası ayrı olanların birlikte olanlara, annesi ortaöğretim, üniversite ve üzeri düzeyinde olanların ilköğretim düzeyinde olanlara, annesi çalışmayanların çalışanlara, annesi işçi ve memur olanların serbest meslek sahibi olanlara, babası ilköğretim ve ortaöğretim düzeyinde olanların üniversite ve üzeri düzeyinde olanlara göre DE/ HB-YKÖ okulda ve evde bilişsel alt boyut puan ortalamalarının düşük olduğu görülmüş olup, grup içi farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$; Çizelge 4.5., Çizelge 4.6). Araştırmada DEHB olan çocukların annesi çalışmayanların çalışanlara göre DE/ HB-YKÖ bilişsel alt boyut puan ortalamalarının düşük olması çalışan annelerin DEHB olan çocuklarını bilişsel anlamda desteklediklerini göstermektedir. Yine babası çalışmayanların çalışanlara, babası serbest meslek ve işçi olanların memur olanlara göre ölçeğin okulda ve evde bilişsel alt boyut puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiş olup, okulda aldıkları puan ortalamaları grup içi farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$), evde aldıkları puan ortalamaları grup içi farkların anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Çizelge 4.6). Araştırmadaki çocukların babalarının çalışma durumu ve mesleğine göre okuldaki DE/ HB-YKÖ bilişsel alt boyut puan ortalamalarının evde aldıkları puan ortalamalarına göre yüksek olması, toplumumuzda ağırlıklı olarak geleneksel yaşam tarzının egemen olduğu ataerkil anlayışa bağlı olarak ailelerin geçim kaynağının babaların çalışması ile sağlanması sonucunda (Mora, 2014), babaların çalışma durumları/mesleklerinin çocukları ilk sosyalleştikleri okul alanında daha çok etkilemeleri ile açıklanabilir. Bu yorumu özellikle babası işçi olan çocukların okulda aldığı ölçeğin bilişsel alt boyut puan ortalamasının evde aldığı puan

ortalamasına göre yüksek olması ve gruplar arası farkın anlamlılığı ($p<0,05$; Çizelge 4.6) pekiştirmektedir. Bu bulgular ile araştırmanın “DEHB tanısı konan çocukların ve ailelerinin tanıtıcı özellikleri ile DE/HB-YKÖ bilişsel alt boyutu arasında fark var mıdır?” ikinci sorusunun yanıtı verilmektedir.

5.5 Çocukların ve Ailelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre DE/HB-YKÖ Sosyal Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

DEHB olan çocukların dikkat sürelerinin kısa olması, davranışlarının sonuçlarını düşünmeden hareket etmeleri, isteklerini erteleyememeleri ve atak olmaları sonucunda sosyal kuralları öğrenmekte ve anlamakta güçlük yaşamaktadırlar (Koçak, 2017). Caci ve diğerleri (2015)’nin yapmış olduğu “Avrupa Yaşam Boyu Bozukluk Anketi”nde, DEHB olan yetişkinlerde, çocukluk deneyimlerinin sonraki yaşamları ve diğer başarıları üzerinde olumsuz etkisi bulunduğu bildirilmektedir. Gudjonsson, Sigurdsson, Eyjolfsdottir, Smari ve Young tarafından 2009 yılında yapılan çalışmada, DEHB’nin neden olduğu sosyal fonksiyon bozukluğuna bağlı problemlerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Yine O’Callaghan ve Sharma (2014) tarafından yapılan çalışmada DEHB olan öğrencilerin sosyal işlevlerinde yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği ve bu etkilenmenin DEHB belirtilerinin şiddeti ile ilişkili olduğu gösterilmektedir. Sunulan bu çalışmada DEHB olan 8 yaş grubundaki çocukların ölçeğin okulda ve evde sosyal alt boyut puan ortalamalarından en düşük, 12 yaş grubundaki çocukların da en yüksek puanı aldıklarının görülmesi ve grup içi farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğunun belirlenmesi ($p<0,05$; Çizelge 4.7), DEHB olan çocukların yaşları arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığı yorumunu yaptırmaktadır. Bu durum daha küçük yaş grubunda olan çocukların hastalıkları ile ilgili problemlerle başetmede yeterli gelişimsel özelliğe erişmemeleri ile açıklanabilir (Sezer, 2012). Yine sunulan bu çalışmada erkeklerin kadınlara, kardeşi olanların olmayanlara, geliri giderinden düşük ve eşit olanların geliri giderine yüksek olanlara, anne babası ayrı olanların birlikte olanlara, annesi ortaöğretim, üniversite ve üzeri düzeyinde olanların ilköğretim düzeyinde olanlara, annesi çalışanların çalışmayanlara, annesi işçi ve memur olanların serbest meslek sahibi olanlara, babası ilköğretim ve ortaöğretim düzeyinde olanların üniversite ve üzeri düzeyinde olanlara, babası çalışmayanların çalışanlara, babası serbest meslek ve işçi olanların memur olanlara göre ölçeğin okulda ve evde sosyal alt boyut puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiş olup, grup içi farkların istatistiksel olarak

anlamli olmadigi gorulmüstür ($p>0,05$; Çizelge 4.7, Çizelge 4.8). Bu bulgulara genel olarak bakildiğinde DEHB olan çocukların sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyi düşük olduğunda ölçeğin sosyal alt boyutundan okulda ve evde aldıkları puan ortalamalarının da düşük olduğunun görülmesi literatürü (Koçak, 2017; Caci ve diğerleri, 2015; Gudjonsson ve diğerleri, 2009; O'Callaghan ve Sharma, 2014) desteklemekle birlikte annesi ilköğretim düzeyinde olan DEHB'li çocukların ölçeğin sosyal alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının yüksekliği bu çocukların sosyal yaşamda maruz kaldıkları problemlerin ortaöğretim, üniversite ve üzeri düzeyinde olan annelerin çocuklarına göre daha fazla olmasından kaynaklı başetme becerilerini geliştirmiş olmalarından dolayı olabileceği yorumunu yaptırmaktadır. DEHB olan çocukların arkadaşlık kurmada ve sürdürmede yaşadıkları zorluklar nedeniyle, daha içe kapanık, yalnız ve öfkeli olmaları sonucu, dürtüsellik, sabırsızlık ve öfkelerini etkili biçimde yönetmek ya da engelleyebilmek için gereken beceriye sahip olmamalarından dolayı sosyal alanda yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği düşündürmekte, araştırmanın "DEHB tanısı konan çocukların ve ailelerinin tanıtıcı özellikleri ile DE/HB-YKÖ sosyal alt boyutu arasında fark var mıdır?" üçüncü sorusunun yanıtını vermektedir. Ayrıca Çizelge 4.7'de çalışmadaki DEHB olan çocukların babası ilköğretim düzeyinde olanların okulda ve evde ölçeğin sosyal alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasındaki farkın ve babası serbest meslek, işçi ve memur olanların okulda ve evde ölçeğin sosyal alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları gruplar arası farkların anlamlı olduğunun görülmesi Çizelge 4.6'da yapılan yorumu desteklemekte ataerkil anlayışa bağlı (Mora, 2014), babaların çalışma durumları/mesleklerinin çocukları ilk sosyalleştikleri okul alanında daha çok etkiledikleri yorumunu yaptırmaktadır.

5.6 Çocukların ve Ailelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre DE/HB-YKÖ Duygusal Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bunford, Evans ve Wymbs (2015) çalışmalarında duygu düzenleme sorunlarının DEHB'nin temel bir özelliği olduğunu bildirmekte, DEHB'deki duygu düzenlemenin işlevselliği önemli ölçüde etkilendiğini belirtmektedir. Yine çalışmalarda DEHB olan çocukların duygusal bozuklukları ve duygularını düzenlemede yetersizlik, özellikle öfke ve saldırganlığı içeren duygusal ifadelerde aşırılık, hayal kırıklığı ile başa çıkmada daha büyük problemler yaşadıkları bildirilmektedir. DEHB olan çocuklarda meydana gelen duygu durumlarındaki bu sorunlar yaşam kaliteleri

üzerinde önemli bir etki oluşturmaktadır (Escobar ve diğerleri, 2005; Strine ve diğerleri, 2006; Ustun, 2007; Wehmeier ve diğerleri, 2010). Bu etkilerin giderilmesinde anne-babaların DEHB olan çocuklarına yönelik; sevinç, sevgi gösterimi vb. davranışları içeren olumlu uyarıların yanı sıra, öfke, üzüntü gibi olumsuz her türlü uyarılar karşısında davranış kontrolünü sağlayan en uygun tepkinin gösterilmesinin önemli olduğu belirtilmektedir (Karaman, Durukan ve Kara, 2012). Sunulan bu araştırmada da DEHB olan çocuklardan 10 yaşında olanların diğer yaş grubundakilere, erkeklerin kadınlara, kardeşi olanların olmayanlara, geliri giderinden düşük ve yüksek olanların geliri giderine eşit olanlara, anne babası ayrı olanların birlikte olanlara, annesi ortaöğretim, üniversite ve üzeri düzeyinde eğitime sahip olanların ilköğretim düzeyinde olanlara, annesi çalışanların çalışmayanlara, annesi işçi ve serbest meslek sahibi olanların memur olanlara, babası ortaöğretim, üniversite ve üzeri düzeyinde eğitime sahip olanların ilköğretim düzeyinde olanlara, babası çalışmayanların çalışanlara, babası serbest meslek ve işçi olanların memur olanlara göre ölçeğin okulda ve evde duygusal alt boyut puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiş olup, grup içi farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Çizelge 4.9, Çizelge 4.10). Bu çalışmanın en çarpıcı bulgularından bir tanesi DEHB olan çocuklardan 10 yaşında olanların okulda ve evde ölçeğin duygusal alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının diğer yaş grubundakilere göre düşük olduğunun görülmesidir. Bu bulgu, 10 yaşındaki çocukların ergenlik döneminde bulunmaları nedeniyle arkadaşlık/akran ilişkilerinin önem kazanması gerekirken, DEHB olan çocukların hastalıkları nedeni ile soyutlanmaları sonucunda DE/HB-YKÖ duygusal alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu yorumunu yaptırmaktadır. Yine sunulan çalışmanın en çarpıcı bulgularından bir diğeri ise, annesi çalışanların okulda ve evde ölçeğin gerek sosyal gerekse duygusal alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının çalışmayan annelere göre düşük olduğunun görülmesidir. Bu bulgu kadın çalışanların önceliğinin annelik olmasına rağmen çalışma yaşamının sorumluluklarıyla annelik sorumlulukları arasında denge kurmalarının oldukça zorlayıcı olması, meslekleri ile ilgili çeşitli sorun ve zorluklarla karşılaşmaları ve zamanı yetiştirememesi problemi yaşamaları ile yorumlanabilir (Akyol, 2018). Bu duruma anneleri zorlayıcı bir hastalık olarak karşımıza çıkan DEHB’li bir çocuğun eşlik etmesi göz önüne alındığında toplumun tüm kesimlerinin anne ve çocuk dostu iş çevresi sağlayarak çalışan annelerin ve dolayısıyla çocukların sosyal ve duygusal anlamda desteklenmelerinin önemini

gündeme getirmektedir. Ayrıca bu bulgu DEHB olan çocukların duygusal huzursuzluklarını, şikâyetlerini, içe kapanıklıklarını, duyarsız ve saldırgan davranışlarını sorun çözücü düşünme biçimini kazanmamaları sonucu yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği yorumunu yaptırmakta, araştırmanın “DEHB tanısı konan çocukların ve ailelerinin tanıtıcı özellikleri ile DE/HB-YKÖ duygusal alt boyutu arasında fark var mıdır?” dördüncü sorusunun yanıtını vermektedir.

5.7 DEHB Olan Çocukların Yaşam Kalitelerini ve Aile, Arkadaş ve Öğretmen Desteğini Algılama Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Literatür incelemelerinde DEHB olan çocukların yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği bildirilmektedir (Çetin ve Akay, 2014; Hakkaart-von Roijen ve diğerleri, 2007; Taurines ve diğerleri, 2010; Yıldız, Cakın ve Agaoglu, 2010). Bu çalışmada ise çocukların yaşam kalitesini, %21,3’ünün kötü, %44,0’ının orta, %34,7’sinin iyi olarak algıladıklarının görülmesi, DEHB olan çocukların yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir (Çizelge 4.11). DEHB tanısı almış çocuklar bilişsel, sosyal ve duygusal olarak olumsuz etkilenmeleri nedeniyle uyum sorunları yaşamaktadırlar (Doğaroğlu, 2013).

DEHB’nin çocuklar üzerinde olduğu kadar, çocukların bakımından sorumlu, aile ve sosyal çevresi ile öğretmen ve arkadaşları üzerinde de olumsuz etkileri görülmektedir. DEHB olan çocuklarda hastalığın doğası gereği sınıfın genel düzenini bozucu davranışlar gözlenmesi nedeniyle bu çocukların öğretmen ve sınıftaki akranları arasındaki ilişkilerde de önemli zorluklar yaşamasına neden olmaktadır (Nuri, 2017). Arslanoğlu (2008) çalışmasında DEHB olan çocukların %68,6’sının ailesinden, %20,0’ının arkadaşlarından, %57,1’inin ise öğretmenlerinden her zaman destek aldığını ve %28,0’ının dikkatsizlik/aşırı hareketliliğin kendilerini en çok okulda rahatsız ettiğini bildirmektedir. Yıldız ve diğerleri 2010 yılında DEHB olan çocukların yaşam kalitelerini değerlendirdikleri çalışmada “Psikososyal Sağlık” ve “Okul İşlevselliği” puanlarının DEHB grubunda anlamlı düzeyde düşük bulunduğu belirtilmektedir. Sunulan bu çalışmada da çocukların %26,7’sinin ailelerinden, %13,3’ünün arkadaşlarından, %17,3’ünün öğretmenlerinden her zaman destek aldığını algılamaları (Çizelge 4.12), araştırmanın “DEHB tanısı konan çocukların aile, arkadaş, öğretmen desteğini algılama düzeyleri farklı mıdır? beşinci sorusunun yanıtını vermektedir. Ayrıca DEHB olan çocukların desteği algılama düzeylerinin bu

kadar düşük olması aile ve öğretmenlerin DEHB olan çocuklara karşı ilgili yaklaşımları ve daha fazla çaba sarf etmeleri sonucunda bu bozukluk ile başa çıkabilmeleri, arkadaşlarının ise uyumsuz ve yıkıcı davranışlar gösterebilen DEHB olan çocukları kabullenmekte sorun yaşamaları ile açıklanabilir ve okulda öğretmen ile sorun yaşayan çocukların arkadaşlarıyla da sorun yaşamasının kaçınılmaz olacağı düşünülmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

DEHB tanısı almış çocukların yaşam kalitelerini belirlemek amacı ile yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Çocukların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; çocukların yaş ortalamasının $10,48 \pm 1,25$, %70,7'sinin erkek olduğu ve %41,3'ünün tek kardeşi olduğu saptanmıştır.

Çocukların ailelerinin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; %46,7'sinin gelirlerinin giderlerine eşit, %80,0'mın anne-babasının birlikte yaşadığı, annelerinin %54,7'sinin ortaöğretim düzeyinde olduğu ve %57,3'ünün çalışmadığı- ev hanımı olduğu, babalarının ise %53,3'ünün ortaöğretim düzeyinde olduğu ve %93,3'ünün çalıştığı ve %40,0'mın işçi olduğu bulunmuştur.

DEHB tanısı almış çocukların klinik özellikleri incelendiğinde; çocukların %38,7'sinin 6 ay öncesinde tanı aldığı, %73,3'ünün daha öncesinde DEHB'yi bilmediği, %93,3'ünün DEHB tanısı alan kardeş/kuzeninin bulunmadığı, %57,3'ünün ilaç tedavisi almadığı, %61,3'ünün de eşlik eden başka sorunlarının olduğu ve bu sorunların sırasıyla “Anksiyete” (%34,5), “Davranım-Duygu Durum Bozukluğu” (%34,5) ve “Ayrılık Kaygısı” (%31,0) olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada DEHB olan çocukların DE/ HB-YKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; okulda: $48,14 \pm 17,67$; evde: $46,72 \pm 18,68$ olduğu saptanmış ve DE/ HB-YKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği ($p < 0,05$) ve DEHB olan çocukların orta düzeyde yaşam kalitesine sahip oldukları belirlenmiştir.

Çalışmada DEHB olan çocukların DE/ HB-YKÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; çocukların bilişsel alt boyut puan ortalamalarının okulda: $52,7 \pm 5,01$; evde: $51,4 \pm 5,26$, sosyal alt boyut puan ortalamalarının okulda: $51,7 \pm 7,05$; evde:

51,3±6,90, duygusal alt boyut puan ortalamalarının ise okulda: 51,9±7,91; evde: 50,8±7,67 olduğu bulunmuş olup, DEHB olan çocukların yaşam kalitelerinin bilişsel, sosyal ve duygusal alanlarda orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Araştırmadaki çocukların DE/HB-YKÖ okulda ve evde bilişsel alt boyut puan ortalamaları gruplar arası incelendiğinde; yaşa, cinsiyete, kardeşi olma durumuna, ekonomik durumuna, anne-babanın birliktelik durumuna, annenin eğitim düzeyine, annenin çalışma durumuna, annenin mesleğine, babanın eğitim düzeyine ve babanın çalışma durumuna göre aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan bir fark bulunmadığı ($p>0,05$) görülürken, babanın mesleğine göre babası işçi olanların puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışmadaki çocukların DE/HB-YKÖ okulda ve evde sosyal alt boyut puan ortalamaları gruplar arası incelendiğinde; yaşa, cinsiyete, kardeşi olma durumuna, ekonomik durumuna, anne-babanın birliktelik durumuna, annenin eğitim düzeyine, annenin çalışma durumuna, annenin mesleğine ve babanın çalışma durumuna göre aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan bir fark bulunmadığı ($p>0,05$) görülürken, babanın eğitim durumuna göre babası ilköğretim düzeyinde olanların puan ortalamaları farkının ($p<0,05$) ve babanın mesleğine göre puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Araştırmadaki çocukların DE/HB-YKÖ okulda ve evde duygusal alt boyut puan ortalamaları gruplar arası incelendiğinde; yaşa, cinsiyete, kardeşi olma durumuna, ekonomik durumuna, anne-babanın birliktelik durumuna, annenin eğitim düzeyine, annenin çalışma durumuna, annenin mesleğine, babanın eğitim düzeyine, babanın çalışma durumuna ve babanın mesleğine göre aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan bir fark bulunmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

DEHB olan çocukların yaşam kalitelerini algılama düzeyleri incelendiğinde; çocukların %21,3'ünün yaşam kalitesini kötü, %44,0'nın orta, %34,7'sinin iyi olarak algıladıkları görülmüştür.

Çalışmadaki çocukların aile, arkadaş ve öğretmen desteğini algılama düzeyleri incelendiğinde; çocukların %26,7'si her zaman aile desteği aldığını, %13,3'ü, arkadaşları tarafından her zaman desteklendiğini, %17,3'ü ise öğretmenlerinin her zaman destek olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir.

6.2 Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre pediatri hemşirelerine yönelik aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- ✓ DEHB tanısı almamış çocuklarda DEHB belirtilerinin olduğundan şüphelenilmesi durumunda uzman görüşün (Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı) alınmasının önemi konusunda anne-babaların bilgilendirilmesi,
- ✓ Hemşirelerin ders müfredatlarında, hizmet içi eğitimlerinde ve bilimsel etkinliklerle DEHB hakkında farkındalık oluşturulmasının sağlanması,
- ✓ Hiperaktivite belirtileri diğer davranışsal sağlık bozukluklarında da görüldüğü için hemşirelerin, DEHB'nin çocuklar ve aileler üzerindeki etkilerini bilmesi, ayrıntılı öykü toplama ve çocuğun doğrudan gözlemi yapma gibi işlemleri dikkatli bir şekilde yerine getirmesi,
- ✓ Pediatri hemşireleri tarafından DEHB ile ilgili çocuğa, aileye, öğretmene ve sosyal çevresine danışmanlık vererek, çocuğun uyumunu ve başarısını artırma yönünde katkı sağlanması,
- ✓ Okullarda, DEHB olan çocukların erken dönemde tanılanabilmesi ve tedaviye yönlendirilmesi için öğretmenlere yönelik eğitimler düzenlemesi, bu konuda öğretmenler ve diğer sağlık disiplinleri ile işbirliği yapılarak öğrencilere yönelik tarama çalışmaları yapabilmesi,
- ✓ Okul, aile ve çocuk arasında sağlıklı iletişimin kurulmasını sağlaması,
- ✓ Aile görüşmeleri yaparak çocukların ev hayatını aile gözüyle, öğretmen ile görüşmeler yaparak çocukların sınıf içindeki davranışlarını öğretmen gözü ile değerlendirebilir. Pediatri hemşireleri tarafından çocuklar ile baş başa yapılacak görüşmeler sonucunda sorunların tespit edilmesine ve çözümüne uygun düzenlemelerin yapılması,
- ✓ Değerlendirme ve teşhis ile birlikte, çocukların davranışsal yönetim programına tepkisini ve eşlik eden belirtileri bilme, risk altındaki davranışları ve kullandığı ilaçların komplikasyonlarını izlemesi,

- ✓ DEHB olan çocuklara yapacağı düzenli izlem ve danışmanlık hizmetleriyle DEHB olan çocuklarda ortaya çıkabilecek problemleri azaltması/önlemesine katkı sağlaması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Akça, S.Ö., Gözen, D. (2013). Çocuk hemşiresinin savunucu rolü. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(3), 213-218.
2. Akgün, G.M., Tufan, A.E., Yurteri, N., Erdoğan, A. (2011). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun genetik boyutu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 15-48.
3. Aktepe, E. (2011). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konan çocuk ve ergenlerde eş tanılar ve sosyodemografik özellikler. *Yeni Symposium*, 49(4), 201-209.
4. Aktepe, E., Demirci, K., Caliskan, A.M., Sonmez, Y. (2010). Symptoms and diagnoses of patients referring to a child and adolescent psychiatry polyclinic. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 23(29), 100-108.
5. Akyol, A. (2018). *Anneliğin kadın çalışanlar üzerine etkileri: Yorumsamacı bir alan araştırması* (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
6. **American Psychiatric Association.** (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. text rev: DSM-IV-TR.
7. **American Psychiatric Association.** (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM - 5), changes from DSM- IV to DSM –5. Erişim adresi: <http://www.psychiatry.org/dsm5>.
8. Aslan, F. (2013). *Farklı sosyodemografik özelliklere sahip olan ailelerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuklara ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi* (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
9. Arslanoğlu, A. (2008). *The relationship between the social skills and perceived quality of life of boys with attention deficit/hyperactivity disorder-predominantly hyperactiveimpulsive subtype (ADHD-H)* (Yüksek lisans tezi). Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

10. Aydın, H., Diler, R.S., Yurdağül, E., Uğuz, Ş., Seydaoğlu, G. (2006). DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB oranı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 70-74.
11. Barkley, R.A. (2008). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 17 (1), 31-33.
12. Barkley, R.A. (2014). ADHD and Executive Functions. 24. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi. 9-12 Nisan 2014, Konya, Türkiye.
13. Bauermeister, J.J., Shrout, P.E., Chávez, L., Rubio-Stipec, M., Ramírez, R., Padilla, L., ... Canino, G. (2007). ADHD and gender: are risks and sequela of ADHD the same for boys and girls? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(8), 831-839.
14. Becker, A., Roessner, V., Breuer, D., Döpfner, M., Rothenberger, A. (2011). Relationship between quality of life and psychopathological profile: Data from an observational study in children with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(Suppl 2), 267-275.
15. Betz, C.L. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder: Nurses are important members of the team. *Journal of Pediatric Nursing*, 21, 171-174.
16. Biederman, J., Monuteaux, M.C., Kendrick, Klein, E.K.L., Faraone, S.V. (2005). The CBCL as a screen for psychiatric comorbidity in paediatric patients with ADHD. *Archives of Disease in Childhood*, 90(10), 1010-1015.
17. Biederman, J., Monuteaux, M., Spencer, T., Wilens, T., Mac Pherson, H., Faraone, S. (2008). Stimulant therapy and risk for subsequent substance use disorders in male adults with ADHD: A naturalistic controlled 10-year follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 165(5), 597-603.
18. Bilgiç, A., Kılıç, B.G., Gürkan, K., Aysev, A. (2006). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konulan bir klinik örnekte yıkıcı davranış bozuklukları ve özgül öğrenme bozuklukları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 13(2), 54-59.
19. Bunford, N., Evans, S.W., Wymbs, F. (2015). ADHD and emotion dysregulation among children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18, 185-217.
20. Bussing, R., Zima, B., Mason, D.M., Johanna, M., White, K., Cynthia, GW. (2012). ADHD Knowledge, Perceptions, and Information Sources:

Perspectives from a community sample of adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 51(6), 593–600.

21. **Caci, H., Asherson, P., Donfrancesco, R., Faraone, S.V., Hervas, A., Fitzgerald, M., ... Döpfne, M.** (2015). Daily life impairments associated with childhood/ adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder as recalled by adults: Results from the European Lifetime Impairment Survey. *CNS Spectrums*, 20(2), 112-121.
22. **Cansız, M.A.** (2018). *Dikkat eksikliği/ hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerde görsel uzamsal becerilerin nöropsikolojik testler ve öz bildirim ölçekleri ile değerlendirilmesi ve yaşam kalitesi ile ilişkilerinin belirlenmesi* (Uzmanlık tezi). Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bolu.
23. **Castellanos, F.X., Lee, P.P., Sharp, W., Jeffries, N.O., Greenstein, D.K., Clasen, L.S., ... Rapoport J.L.** (2002). Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *The Journal of the American Medical Association*, 288 (14), 1740-1748.
24. **Centers for Disease Control and Prevention** (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/index.html>.
25. **Coghill, D., Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E., Sergeant, J.** (2009). Practitioner review: Quality of life in child mental health—conceptual challenges and practical choices. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(5), 544–561.
26. **Cormier, E.** (2008). Attention deficit/hyperactivity disorder: A review and update. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(5), 345-357.
27. **Çetin, N.Y.** (2013). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, Tip 1 diyabetes mellitus ve sağlıklı kontrol gruplarıyla karşılaştırılarak yaşam kalitesine etki eden faktörlerin belirlenmesi* (Uzmanlık Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.
28. **Çetin, N.Y., Akay, A.** (2014). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuklarda yaşam kalitesi: bir gözden geçirme. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 21(2), 139-152.

- 29. Dale, C.J., Cochran, C., Jernigan, E.** (2011). Health-related quality of life in children and adolescents with sickle cell disease. *Journal of Pediatric Health Care*, 25(4), 208-215.
- 30. Danciui E.L.** (2011). Multidisciplinary approach of the attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) between hope and reality. *Procedia-Social Behavioral Sciences*, 15(2011), 2967–2971.
- 31. Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E.J., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Dopfner, M., Hollis, C., ... Coghill, D.** (2010). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(2), 83–105.
- 32. Dang, M.T., Warrington, D., Tung, T., Baker, D., Pan, R.J.** (2007). A school based approach to early identification and management of students with ADHD. *The Journal of School Nursing*, 23(1), 2-12.
- 33. Davies, W.** (2014). Sex differences in attention deficit hyperactivity disorder: Candidate genetic and endocrine mechanisms. *Front Neuroendocrinol*, 35(3), 331-346.
- 34. Demirsoy, N.** (2013). *6–17 yaş grubu çocuklarda “Child Health And Illness Profile-Chip” yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması* (Doktora tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- 35. Deniz, E., Oztop, D.B., Mistik, S.** (2008). Attention deficit hyperactivity disorder. *Turkish Journal of Family Practice*, 12(4), 207-212.
- 36. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- IV. (1994).** American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- 37. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V. (2013).** American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- 38. Ditesheim, J.A., Templeton, J.M.J.** (1987). Short-term vs long term quality of life in children following repair of high imperforate anus. *Journal of Pediatric Surgery*, 22(7), 581-587.
- 39. Dogangun, B., Yavuz, M.** (2011). Attention deficit hyperactivity disorder/Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Turkish Pediatrics Archive*, 46(11), 25-28.

- 40. Doğaroğlu, T.K.** (2013). Türkiye’de dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile ilgili çalışmaların yürütüldüğü lisansüstü tezlerin incelenmesi. *Bilgisayar ve Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 90-112.
- 41. Dolgun, G., Savaşer, S., Yazgan, Y.** (2005). Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu olan 8- 12 Yaş Grubu ocuklarda Yaşam Kalitesi leğinin (DE/HB-YK) Geliştirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 7(1,2), 39-52.
- 42. Dolgun, G., Savaser, S., Yazgan, Y.** (2014). Determining the correlation between quality of life and self-concept in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(7), 601–608.
- 43. Döpfner, M., Steinhausen, H.C., Coghill, D., Dalsgaard, S., Poole, L., Ralston, S.J., ... Group, A.S.** (2006). A and the ADORE study group. Cross-cultural reliability and validity of ADHD assessed by the ADHD Rating Scale in a pan-European study. *European Child Adolescent & Psychiatry*, 15(Suppl 1), 46–55.
- 44. Durukan, İ., Erdem, M., Kara, K., Karaman, D.** (2013). Psikostimlan ilaçların gelişen beyin üzerindeki etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 528-539.
- 45. Elena, D.** (2005). Problem solving capacity of children with ADHD. *The Journal of School Nursing*, 24 (4), 34-39.
- 46. Ercan, E.S.** (2010). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda epidemiyolojik veriler. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatric Sciences*, 6,1-5.
- 47. Ercan, E.S., Kose, S., Kutlu, A., Akyol, ., Durak, S., Aydın, C.** (2012). Treatment duration is associated with functioning and prognosis in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 22(2), 148-160.
- 48. Ercan, E.S., Bilac, ., Ozaslan, U.T., Ardic, A.U.** (2016). Prevalence of psychiatric disorders among Turkish children: The effects of impairment and sociodemographic correlates. *Child Psychiatry and Human Development*, 47(1), 35-42.
- 49. Escobar, R., Soutullo, C.A., Hervas, A., Gastaminza, X., Polavieja, P., Gilaberte, I.** (2005). Worse quality of life for children with newly diagnosed

attention-deficit/ hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*, 116(3), 364-369.

- 50. Eser, E., Yüksel, H., Baydur, H., Erhart, M., Saatlı, G., Özyurt, B.C., ... Sieberer, U.R.** (2008). Çocuklar için genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe sürümünün psikometrik özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(4), 409-417.
- 51. Fabiano, G.A., Pelham, Jr.W.E., Coles, E.K., Gnagy, E.M., Tuscano, A.C., O'Connor, B.C.** (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 129–140.
- 52. Froehlich, T.E., Anixt, J.S., Loe, I.M., Chirdkiatgumchai V., Kuan, L., Gilman, R.C.** (2011). Update on environmental risk factors for attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13(5), 333–344.
- 53. Gentschel, D.A., Mc Laughlin, T.F.** (2000). Attention deficit hyperactivity disorder as a social disability: Characteristics and suggested methods of treatment. *Journal of Development and Physical Disabilities*, 12(4), 333-347.
- 54. Göl, İ., Bayık, A.** (2013). İlköğretim sınıf öğretmenlerinin çocuklarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunu tanıma yeterlikleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6(4), 207-213.
- 55. Gross-Tsur, V., Goldzweig, G., Landau, Y.E., Berger, I., Shmueli, D., Shalev, R.S.** (2006). The impact of sex and subtypes on cognitive and psychosocial aspects of ADHD. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48(11), 901-905.
- 56. Gudjonsson, G.H., Sigurdsson, J.F., Eyjolfsdottir, G.A., Smari, J., Young, S.** (2009). The relationship between satisfaction with life, ADHD symptoms, and associated problems among university students. *Journal of Attention Disorders*, 12(6), 507-515.
- 57. Güler, A.S., Scahill, L., Jeon, S., Taşkın, B., Dedeoğlu, C., Ünal, S., ... Yazgan, Y.** (2017). Use of multiple informants to identify children at high risk for ADHD in Turkish school-age children. *Journal of Attention Disorders*, 21(9), 764-765.

- 58. Gündoğdu, Ö.Y., Taş, F.V., Özyurt, E.Y., Dönder, F., Memik, N.Ç.** (2016). Okul öncesi dönemde DEHB: Psikososyal tedavi yaklaşımlarının gözden geçirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(2), 143-155.
- 59. Hakkaart-van Roijen, L., Zwirs, B.W.C., Bouwmans, C., Tan, S.S., Schulp, T.W., Vlasveld, L., ... Buitelaar, J.K.** (2007). Societal costs and quality of life of children suffering from Attention Deficient Hyperactivity Disorder (ADHD). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(5), 316–326.
- 60. Henning, P., Tomlinson, L., Rigden, S.P.A., Haycock, G.B., Chantler, C.** (1988). Long-term outcome of treatment of end stage renal failure. *Archives of Disease in Childhood*, 63(1), 35-40.
- 61. Herguner, S., Herguner, A.** (2012). Psychiatric comorbidity in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of Neuropsychiatry*, 49(2), 114-118.
- 62. Herndon, D.N., LeMaster, J., Beard, S., Bernstein, N., Lewis, S.R., Rutan, T.C., ... Gore, D.** (1986). The quality of life after major thermal injury in children: An analysis of 12 survivors with greater than or equal to 80% total body, 70% third-degree burns. *The Journal of Trauma*, 26(7), 609-19.
- 63. İşcan, B.** (2010). *Enürezisi olan çocuklarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi* (Uzmanlık tezi). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne.
- 64. Karabekiroğlu, K., Akbaş, S., Taşdemir, GN.** (2009). Anne sütü alma süresi erken çocukluk dönemi psikiyatrik sorunları için özgül bir risk faktörü müdür? *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 3(3), 24-33.
- 65. Karabekiroğlu, K., Memik, N.C., Özel, Ö.Ö., Toros, F., Öztop, D., Özbaran, B., ... Yaman, A.K.** (2009). DEHB ve otizm ile ilgili bilgi düzeyleri ve damgalama: Sınıf öğretmenleri ve anababalarla çok merkezli bir çalışma. *Klinik Psikiyatri*, 12, 79-89.
- 66. Karaca, S., Saleh, A., Canan, F. Potenza, M. N.** (2016). Comorbidity between behavioral addictions and attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 3(15), 701-724.
- 67. Karadağlı, F., Alpar, Ş.E.** (2017). Bir ölçek geliştirme çalışması: Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Özbakım Yetersizliği Kuramına Göre Özbakım

Davranışları Ölçeği. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 168-181.

68. **Karaman, D., Durukan, İ., Kara, K.** (2012). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların aile işlevleri ile annelerinin depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(6), 741-748.
69. **Kayaalp, L.** (2008). Dikkat Eksikliği Hiperkativite Bozukluğu. *Türkiye 'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, 62, 147-152.
70. **Klassen, A.F., Miller, A., Fine, S.** (2004). Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 114(5), 541-547.
71. **Ko, C.H., Yen, J.Y., Chen, C.S., Yeh, Y.C., Yen, C.F.** (2009). Predictive values of psychiatric symptoms for internet addiction in adolescents: A 2-year prospective study. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, 163(10), 937-944.
72. **Koçak, Ş.** (2017). Sınıf yönetiminde, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocukların tanınması üzerine bibliyoterapik bir çalışma (çalıküşü örneği). *Akra Kültür Sanat ve Edebiyat Dergisi*, 13(5), 151-192.
73. **Kofler, M., Rapport, M., Bolden, J., Sarver, D., Raiker, J., Alderson, R.** (2011). Working memory deficits and social problems in children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(6), 805-817.
74. **Kooij, S.J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugué M., Carpentier, P.J., ... Asherson, P.** (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The european network adult ADHD. *BMC Psychiatry*, 10(67), 1-24.
75. **Lin, M., Huang, X.Y., Hung, B.J.** (2009). The experiences of primary care givers raising school-aged children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Nursing*, 18(12), 1693-1702.
76. **Merril, R.M., Lyon, J.L., Baker, R.K., Gren, L.H.** (2009). Attention deficit hyperactivity disorder and increased risk of injury. *Advances in Medical Sciences*, 54(1), 20-26.
77. **Molina, M., Pelham, W.** (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder and risk of substance use disorder: Developmental considerations, potential

- pathways, and opportunities for research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 607–639.
- 78. Mora, N.** (2014). Ataerkil hegemonyanın medya metinlerinde yeniden üretilmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(48), 131-147.
- 79. Moss, M.S., Hoffman, C.J., Mossey, J., Rovine, M.** (2007). Changes over 4 years in health, quality of life, mental health, and valuation of life. *Journal of Aging and Health*, 19(6), 1025–1044.
- 80. National Institute for Health and Clinical Excellence.** (2009). Attention deficit and hyperactivity disorder: National clinical practice guideline 72. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. ISBN: 978-1-85433-471-478.
- 81. Nuri, C.** (2017). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda aile içi sorunlar ve özel eğitim desteği. *Current Debates in Education*, 5, 129-142.
- 82. O'Brien, J.M., Christner, J.G., Biermann, B., Felt, B.T., Van Harrison, R., Kochhar, P.K., ...Treetnman, D.** (2013). Attention-deficit hyperactivity disorder. University of Michigan health system: Guidelines for clinical care ambulatory. Erişim adresi:
<http://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/adhd/adhd.pdf>.
- 83. O'Callaghan, P., Sharma, D.** (2014). Severity of symptoms and quality of life in medical students with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 18(8), 654-658.
- 84. Ougrin, D., Chatterton, S., Banarsee, R.** (2010). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Review for primary care clinicians. *London Journal of Primary Care*, 3(1), 45–51.
- 85. Özcan, C., Öğülmüş, S.** (2010). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklara bilişsel yaklaşıma dayalı kişilerarası sorun çözme eğitiminin katkıları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(4), 391-398.
- 86. Özmen, S.K.** (2010). Okulda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB). *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(2), 1-10.
- 87. Öztürk, C., Ayar, D.** (2013). Tip 1 diabetes mellitus'lu çocuklarda yaşam kalitesi ve önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(2), 99-101.

88. Öztürk, Y., Özyurt, G., Tufan, A.E., Pekcanlar, A.A. (2018). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda duygu düzenleme güçlükleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(2), 188-201.
89. Padilla, A.M., Cuartas, D.B., Duque Henao, L.F., Burgos Arroyo, E.A., Salazar Flórez, J.E. (2018). Knowledge of ADHD among primary school teachers in public schools in Sabaneta, Antioquia, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 47(3), 165–169.
90. Pliszka, S. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescent with attention- deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 894- 921.
91. Pliszka, S.R., Crismon, M.L., Hughes, C.W., Corners, C.K., Emslie, G.J., Jensen, P.S., ...Lopez, M. (2006). The Texas Children's medication algorithm project: Revision of the algorithm for pharmacotherapy of attentiondeficit/ hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(6), 642-657.
92. Polanczyk, G., De Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J., Rohde, L.A. (2007). The Worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta regression analysis *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.
93. Polanczyk, G., Jensen, P. (2008). Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: A review and update. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 245-260.
94. Ramtekkar, U.P., Reiersen, A.M., Todorov, A.A., Todd, R.D. (2010). Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnoses: Implications for DSM-V and ICD-11. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(39), 217–228.
95. Reeve, J. (2006). Group psychotherapy with children on an inpatient unit: The mega group model. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 19(1), 3–12.
96. Sawyer, M.G., Whaites, L., Rey, J.M., Hazell, P.L., Graetz, B.W., Baghurst, P. (2002). Health related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 530-537.

97. **Sezer, T.A.** (2012). *Kronik hastalığa sahip çocuk-ergen ve ebeveynlerinin yaşam kalitesi algıları* (Yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
98. **Singh, A., Yeh, C.J., Verma, N., Das, A.K.** (2015). Overview of attention deficit hyperactivity disorder in young children. *Health Psychology Research*, 3(2), 2115.
99. **Skounti, M., Philalithis, A., Galanakis, E.** (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European Journal of Pediatrics*, 166(2), 117-123.
100. **Spencer, T.J., Biederman, J., Mick, E.** (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 631-642.
101. **Srignanasoundari, E., Vijayalakshmi, S., Kokilavani, N.** (2016). A study to assess the knowledge on attention deficit hyperactivity disorder among primary school teachers at selected schools of kancheepuram district, Tamilnadu. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 8(4), 66-70.
102. **Strine, T.W., Lesesne, C.A., Okoro, C.A., Mc Guire, L.C., Chapman, D.P., Balluz, L.S., ... Mokdad, A.H.** (2006). Emotional and behavioral difficulties and impairments in everyday functioning among children with a history of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Preventing Chronic Disease*, 3(2), A52.
103. **Taurines, R., Schmitt, J., Renner, T., Conner, A.C., Warnke, A., Romanos, M.** (2010). Developmental comorbidity in attention deficit hyperactivity disorder. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 2(4), 267-289.
104. **Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., ... Zuddas, A.** (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(Suppl 1), 17- 30.
105. **Törüner E, Büyükgönenç L.** (2015). *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*. Ankara: Göktuğ Yayıncılık.
106. **Tsai, C.S., Huang, Y.S., Wu, C.L. Hwang, F.M., Young, K.B., Tsai, M.H., ... Chu, S.M.** (2013). Long-term effects of stimulants on neurocognitive

performance of Taiwanese children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *BMC Psychiatry*, 13(1), 330.

107. **Tuğlu, C., şahin, Ö.Ö.** (2010). Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobijoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1), 75-116
108. **Uneri, O.S., Dinc, G.S., Goker, Z.** (2015). The Quality of Life (QoL) in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) (s. 197-230). UK: IntechOpen.
109. **Uneri, O.S., Turgut, S., Oner, P., Bodur, S., Rezaki, B.** (2010). Quality of life in 8-12 years old children with attention deficit hyperactivity disorder. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 17(1), 27-32.
110. **Ustun, T.B.** (2007). Using the international classification of functioning, disease and health in attention-deficit/hyperactivity disorder: separating the disease from its epiphenomena. *Ambulatory pediatrics*, 7(Suppl 1), 132–139.
111. **Üneri, Ö.ř., Memik, N.Ç.** (2007). Çocuklarda yaşam kalitesi kavramı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin gözden geçirilmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 14(1), 48- 56.
112. **Varni JW, Burwinkle, T.M.** (2006). The PedsQL as a patient-reported outcome in children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A population-based study. *Health Qual Life Outcomes*, 21(4), 26.
113. **Varni, J.W., Seid, M., Rode, C.A.** (1999). The PedsQL: Measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Med Care*, 37(2), 126-139.
114. **Vlam, S.L.** (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder: Diagnostic assessment methods used by advanced practice registered nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 32(1), 18–24.
115. **Wehmeier, P.M., Schacht, A., Barkley, R.A.** (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*, 46(3), 209-217.
116. **Weinstein, A., Yaacov, Y., Manning, M., Danon, P., Weizman, A** (2015). Internet Addiction and Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among School children. *The Israel Medical Association Journal*, 17(12), 731-734.
117. **World Health Organisation Quality of Life Assessment.** (1995). Position paper from the World Health Organisation. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409.

- 118. Xia, W., Shen, L., Zhang, J.** (2015). Comorbid anxiety and depression in school-aged children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and self reported symptoms of ADHD, anxiety, and depression among parents of school-aged children with and without ADHD. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 27(6), 356-367.
- 119. Yen, J.Y., Ko, C.H., Yen, C.F., Chen, S.H., Chung W.L., Chen, C.C.** (2008). Psychiatric symptoms in adolescents with Internet addiction: Comparison with substance use. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(1), 9-16.
- 120. Yıldız, O., Cakın, N.M., Agaoglu, B.** (2010). Quality of life in children with (attention-deficit hyperactivity disorder): A cross-sectional study. *Archives of Neuropsychiatry*, 47(4), 314-318.
- 121. Zare, R., Jafari, P., Ghanizadeh, A.** (2017). Do adult attention deficit hyperactivity disorder quality-life (AAQoL) scale and the SF-36 scale measure the same construct of health-related quality of life? *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9(1), 39-45.

EKLER

EK 1:

TANITICI BİLGİ FORMU

Bu form “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” tanısı olan çocukların "Yaşam Kalitesi"nin değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler bilimsel amaçlı kullanılacak ve katılımınız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Katılımınız ve işbirliğiniz için teşekkür ederim.

Cocuk İçin Bilgi Formu

1. Yaşınız

2. Cinsiyetiniz

Kadın

Erkek

3. Toplam kardeş sayınız (siz hariç)

0

1

2

3

4 ve üzeri

4. Ailenizin ekonomik durumunu nasıl değerlendirirsiniz?

Gelir giderden az

Gelir gidere eşit

Gelir giderden fazla

5. Anne ve babanızın birliktelik durumu nedir?

Birlikte yaşıyor

Ayrı

6. Annenizin eğitim durumu nedir?

İlköğretim

Ortaöğretim

Üniversite (Y. Lisans/Doktora)

7. Annenizin çalışma durumu nedir?

Çalışan

Çalışmayan

8. Annenizin mesleği nedir?

Serbest Meslek İşçi Memur

9. Babanızın eğitim durumu nedir?

İlköğretim Ortaöğretim Üniversite (Y. Lisans/Doktora)

10. Babanızın çalışma durumu nedir?

Çalışan Çalışmayan

11. Babanızın mesleği nedir?

Serbest Meslek İşçi Memur

12. "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" tanısı ne zaman konuldu?

6 ay 6ay- 1 yıl 1-3 yıl 4 yıl ve üzeri

13. "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu"nu daha önceden biliyor muydunuz?

Evet Hayır

14. Çevrenizde "Hiperaktivite" olarak adlandırılan kardeş/kuzen var mı?

Var Yok

15. Hastalığınız ile ilgili ilaç alıyor musunuz?

Alan Almayan

16. "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu" dışında başka bir psikolojik sorununuz var mı? Yanıtınız var ise aşağıdaki soruyu yanıtlayınız.

Var Yok

17. "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu"nuza eşlik eden hastalığınızı işaretleyiniz.

- Depresyon
- Anksiyete
- Ayrılık Kaygısı
- Davranım ve Duygu Durum Bozukluğu

EK 2:

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeği					
Aşağıdaki soruların <u>seni ne kadar rahatsız ettiğini</u> düşünerek cevaplayınız	Hayır	Evet	Evet	Evet	Evet
	Hiç	Çok Az	Biraz	Çok Fazla	Aşırı Derecede
1. Kıpır kıpır olman yerinde duramaman, <u>seni ne kadar rahatsız ediyor?</u>	Okulda				
	Evde				
2. İstmeden büyüklerin sözünü kesmen, sürekli bir şeyler anlatmak istemen, <u>seni ne kadar rahatsız ediyor?</u>	Okulda				
	Evde				
3. Dikkatini derslerine, ödevlerine uzun süre verememen, <u>seni ne kadar rahatsız ediyor?</u>	Okulda				
	Evde				
4. Toplu oynanan oyunlarda (futbol, basketbol, saklambaç gibi) kurallara uymakta zorlanman, <u>seni ne kadar rahatsız ediyor?</u>	Okulda				
	Evde				
5. İstemedikleri halde sürekli kardeşlerine, arkadaşlarına sataşman, <u>seni ne kadar rahatsız ediyor?</u>	Okulda				
	Evde				
6. Doğru bildiğin halde dikkatsizce yaptığın hatalar yüzünden sınavlarından, ödevlerinden eksik not alman, <u>seni ne kadar rahatsız ediyor?</u>	Okulda				
	Evde				
7. Kalemelerini, defterlerini, eşyalarını, spor malzemelerini vb eşyalarını bir yerlerde unutman, <u>seni ne kadar rahatsız ediyor?</u>	Okulda				
	Evde				
8. Anlatılanları, okuduklarını anlamada, problem çözmede zorlanman, <u>seni ne kadar rahatsız ediyor?</u>	Okulda				
	Evde				
9. Sıramın sana gelmesini bekleyememek, hep en önde olma isteği, <u>seni ne kadar rahatsız ediyor?</u>	Okulda				
	Evde				
10. Aklına geleni yapmadan duramaman, bir işi bitirmeden diğerine geçmen, <u>seni ne kadar rahatsız ediyor?</u>	Okulda				
	Evde				

Aşağıdaki soruların <u>ne sıklıkla olduğunu</u> düşünerek cevaplayınız.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
11. Sürekli saçın, parmakların, kalemlemlerle oynaman, <u>ne sıklıkla oluyor?</u>	Okulda				
	Evde				
12. İstmeden büyüklerinin sözünü kesmen, hep seni dinlemelerini istemen, <u>ne sıklıkla oluyor?</u>	Okulda				
	Evde				
13. Dikkatinin dağılması, başka şeyler düşünmen, hayal kurman, <u>ne sıklıkla oluyor?</u>	Okulda				
	Evde				
14. Yatma- kalkma, derslere zamanında grime-çıkma gibi kurallara uymakta zorlanman, <u>ne sıklıkla oluyor?</u>	Okulda				
	Evde				
15. Sürekli birilerine, bir şeylere çarparak kaza yapman,	Okulda				

sakarlığın, ne sıklıkla oluyor?	Evde					
16. Doğru bildiğin halde, sınavlarında, ödevlerinde dikkatsizce hatalar yapman, ne sıklıkla oluyor?	Okulda					
	Evde					
17. Eşyalarını toplamayı veya nereye koyduğunu unutman, ne sıklıkla oluyor?	Okulda					
	Evde					
18. Arkadaşlarınla tartışmaların, kavgaların, ne sıklıkla oluyor?	Okulda					
	Evde					
19. Sıranın sana gelmesini bekleyememen, hep ön sırada olma isteğin, ne sıklıkla oluyor?	Okulda					
	Evde					
20. Arkadaşlarının oynamak veya ders çalışmak için size gelmesi, ne sıklıkla oluyor?	Okulda					
	Evde					

Aşağıdaki soruların senin için ne kadar doğru olduğunu düşünerek cevaplayınız.		Hiç doğru değil	Çok az doğru	Biraz doğru	Çok fazla doğru	Tamamen doğru
21. Şaka ile yaptığın tehlikeli hareketlerle arkadaşlarına, kardeşlerime zarar verdiğim için çok üzülürüm.	Okulda					
	Evde					
22. Sürekli konuştuğum için büyüklerim beni sık sık uyarırlar ve ceza verirler.	Okulda					
	Evde					
23. Arkadaşların beni oyunlarına, arkadaş toplantılarına genelde çağırmazlar.	Okulda					
	Evde					
24. Büyüklerim ve arkadaşların ilginç düşünce ve davranışlarından dolayı bana sık sık aferin bravo gibi sözler söylerler.	Okulda					
	Evde					
25. Bilgisayar oynamayı, TV seyretmeyi, yalnız kalmayı, arkadaşlarımla oynamaya tercih ederim.	Okulda					
	Evde					
26. Sık sık öfkelenip, evden okuldan kaçıp gitmeyi düşünürüm.	Okulda					
	Evde					
27. Kendime güvenim yoktur, ürkek ve çekingenimdir.	Okulda					
	Evde					
28. Sık sık ağlarım ve kendimi mutsuz hissederim.	Okulda					
	Evde					
29. Hiç kimseyle uzun süre arkadaşlık yapamam, yalnızlık çekerim.	Okulda					
	Evde					
30. Bir anım bir anıma uymaz, çok keyifli iken birden öfkelenir, sinirlenirim.	Okulda					
	Evde					

1. Yaşam kaliteni nasıl buluyorsun? (Bu soruyu cevaplarken sağlğın, ekonomik durumun, derslerin, arkadaş ilişkilerin, eğlencelerin vb. her şeyi düşünerek cevap vermelisin)

3..... 2..... 1.....
İyi Orta Kötü

2. İhtiyacın olan desteği ailen sana verebiliyor mu?

4..... 3..... 2..... 1.....
Her zaman Çoğunlukla Bazen Hiçbir zaman-Nadiren

3. İhtiyacın olan desteği arkadaşlarından alabiliyor musun?

4..... 3..... 2..... 1.....
Her zaman Çoğunlukla Bazen Hiçbir zaman-Nadiren

4. İhtiyacın olan desteği öğretmenlerinden alabiliyor musun?

4..... 3..... 2..... 1.....
Her zaman Çoğunlukla Bazen Hiçbir zaman-Nadiren

5. Dikkatsizlik ve/ veya aşırı hareketlilik seni en çok nerede rahatsız ediyor?

5..... 4..... 3..... 2..... 1.....
Her yer Okul/Ev Ev Okul Hiçbir yer

TEŞEKKÜRLER



EK 3: Çorum İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izin

**T.C.
ÇORUM VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü**

Sayı : 43436584-44-E.22607747

28/12/2017

Konu: Anket Çalışması.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) Hitit Üniversitesi Rektörlüğünün 20.12.2016 tarih ve 75101170-320.08.01-E.71619 sayılı yazısı.

b) Valilik Makamının 27.12.2017 tarih ve 43436584-44-E.22497461 sayılı onayı.

Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Semra SÖNGÜT'ün "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Pediatri Hemşiresinin Rolü" tez çalışmasında kullanmak üzere hazırlamış olduğu anket çalışmasını; İlimiz Rehberlik ve Araştırma Merkezinde yapması ile ilgili Valilik Makamının ilgi (b) onayı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Azmi YEŞİL
Vali a.
Vali Yardımcısı V.

EK : 1-Valilik Onayı (2 Sayfa)
2-Komisyon tutanağı (1 Sayfa)
3-Anket formu (6 Sayfa)

DAĞITIM

1-Hitit Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri
Dairesi Başkanlığı
2- Rehberlik ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Güvenli Elektronik İmzalı
Aslı ile Aynıdır: 29.12.2017
Sibel YÖRDEM CENGİZ
Millî Eğitim Müdürlüğü Şef 

EK 4: Etik kurul onayı**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Pediatri Hemşiresinin Rolü	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Fen Edebiyat Yerleşkesi Ulukavak Mahallesi Çiftlik Çayırı Cad. No:45 Kat 1 19040 Merkez Çorum
	TELEFON	0364 2230800/ 3465
	FAKS	0364 222 11 02
	E-POSTA	etikkurultip@hitit.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Hitit Üniversitesi		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK 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"/>		
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>		
	Diğer ise belirtiniz: Girişimsel olmayan			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ x	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

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

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Betül BOZKURT

İmza:



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

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Pediatri Hemşiresinin Rolü	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU			
	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"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama	
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	BİYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
	İLAN	<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:	2012-71	Tarih: 15.08.2017
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmannın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmış 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. Betül BOZKURT

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Betül BOZKURT	GENEL CERRAHI	Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İsmail Çağatay ÇAĞLAR	GÖZ HASTALIKLARI	Hitit Ü.T.F.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sertaç ARSLAN	GÖĞÜS HASTALIKLARI	Hitit Ü.T.F.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Kürşat DERİCİ	FARMAKOLOJİ	Hitit Ü.T.F.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yusuf KARAVELİOĞLU	KARDİYOLOJİ	Hitit Ü.T.F.	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ece Yazla ASAFOV	RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI	Hitit Ü.T.F.	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İbrahim Tayfun ŞAHİNER	GENEL CERRAHI	Hitit Ü.T.F.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.-Doç. Dr. Güven GÜNEY	TIBBİ PATOLOJİ	Hitit Ü.T.F.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ferit Kerim KÜÇÜKLER	ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA HASTALIKLARI	Hitit Ü.T.F.	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr Adnan YALÇINKAYA	KALP DAMAR CERRAHİSİ	Hitit Ü.T.F.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr Havva Nur PELTEK KENDİRCİ	ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI	Hitit Ü.T.F.	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Özlem TERZİ	HALK SAĞLIĞI	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Hukuk Mşv. Avukat Gülhan DÜRMEŞBAŞ	HUKUK	Hitit Üniversitesi Rektörlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Biyomedikal Müh. Anıl KARATAŞ	BIYOMEDİKAL	S.B. Çorum Eğitim Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Betül BOZKURT

İmza:

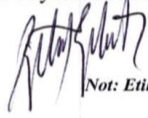
Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Pediatri Hemşiresinin Rolü							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU									
Arif TEKÇAM	SAĞLIK MENSUBU OLMAYAN ÜYE	Tekçamlar Yapı Ltd. Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Betül BOZKURT
İmza:



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

EK 5: Aydınlatılmış onam formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın katılımcı:

"Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Yaşam Kalitesi" konulu çalışma ile Rehberlik Araştırma Merkezi'ne başvurusu bulunan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan 8-12 yaş grubu çocuklara anket uygulanarak bu çocukların yaşam kalitesini belirlemek amaçlanmıştır.

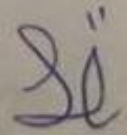
Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan "anket formu ve ölçek" Rehberlik Araştırma Merkezi'ne başvurusu bulunan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış 8-12 yaş grubu çocuklara uygulanacaktır. Anket formu; uzman görüşleri doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Bu formda katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim, vb. bilgilerini içeren sorular yer almaktadır. Araştırmada kullanılacak ölçek ise "Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu Olan 8-12 Yaş Grubu Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeği (DE/HB-YKÖ)"dir. Bu çalışma ile Rehberlik Araştırma Merkezi'ne başvurusu bulunan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan 8-12 yaş grubu çocukların yaşam kalitesi belirlenecektir.

Bu çalışmanın sonucunda, DEHB çocukların yaşam kalitesini etkiler mi?, DEHB tanısı konan çocukların ve ailelerinin tanıtıcı özellikleri ile DE/HB-YKÖ bilişsel alt boyutu arasında fark var mıdır?, DEHB tanısı konan çocukların ve ailelerinin tanıtıcı özellikleri ile DE/HB-YKÖ sosyal alt boyutu arasında fark var mıdır?, DEHB tanısı konan çocukların ve ailelerinin tanıtıcı özellikleri ile DE/HB-YKÖ duygusal alt boyutu arasında fark var mıdır?, DEHB tanısı konan çocukların aile, arkadaş, öğretmen desteğini algılama düzeyleri farklı mıdır? sorularının yanıt bulunacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu konu ile ilgili yapılması planlanan eğitim programlarına temel oluşturması planlanmakta ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışmanın uygulanmasında sağlığınız yönünde yararlı olma ilkesi doğrultusunda herhangi bir risk söz konusu değildir. Bu çalışmaya katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabiliyorsunuz. Araştırmayı kabul etmeme durumunda veya herhangi bir nedenle çalışma programından çıkarıldığınızda herhangi bir aksama olmayacaktır.

Gerek araştırma yürütülürken, gerekse araştırma sonuçları yayımlandığında kimliğiniz gizli tutulacaktır. Bu çalışma sırasında yapılacak işlemler için sizden bir ücret talep edilmeyecek veya bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumunuza bir araştırma gideri yüklenmeyecek ve çalışmada yer aldığı için katılımcılara herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Teşekkür ederim.

Sorumlu Araştırmacının Adı: Doç. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA

imzası: 

Telefon: 06342230732

KATILIMCININ BEYANI

Katılımcının adı:

İmzası:

Sayın Doç. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA danışmanlığında Rehberlik Araştırma Merkezi' ne başvurmuş bulunan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış çocuklara yönelik bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı"(denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırma sırasında bana ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimalla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak olan harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Doç Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA' yı kendi telefonu olan 03642230732 nolu telefondan arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı"(denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU:

Yakında gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı:

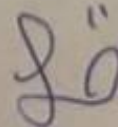
İmzası:

Adresi (varsa telefon no):

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-Soyadı:

İmzası:

Doç Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA



ÖZGEÇMİŞ

Adı – Soyadı : Semra SÖNGÜT

Doğum yeri ve tarihi : Çorum/ 09.11.1988

İletişim adresi ve telefonu : e-mail: karacaoglu_semra@hotmail.com
Tel: (598) 093 8989

Öğrenim Durumu : Lisans
Lisans : 2012, Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Ünvanları

Hemşire

Araştırma Görevlisi

Öğretim Görevlisi

Projelerde Yaptığı Görevler:

1. HİTÜ Çocuk Üniversitesi 2018, TÜBİTAK PROJESİ, Danışman: **Söngüt, S.**,
Danışman: Aydın, Z., Araştırmacı: Özakar, S.A. 18/06/2018 - 29/08/2018 (Ulusal)
2. Uluslararası 4. Adli Hemşirelik, 3. Adli Sosyal Hizmet ve 2. Adli Gerontoloji
Kongresi, Diğer (Ulusal), Yürütücü: Özakar, S.A., Yardımcı Personel: **Söngüt, S.**,
Yardımcı Personel: Aydın, Z. Hitit Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Projeleri
Komisyonu, 18/10/2018 - 20/10/2018 (Ulusal)

Ödüller:

1. Özakar, S.A., **Söngüt, S.**, Uzuner L.A., Çınar, E. (2018). Hemşirelik bölümü
öğrencilerinin flörtler arası şiddet tutumları. *Uluslararası 4. Adli Hemşirelik, 3. Adli
Sosyal Hizmet, 2. Adli Gerontoloji Kongresi*, 18-20 Ekim 2018, Çorum, Sözel
Bildiri İkincilik Ödülü.

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında (proceedings) basılan bildiriler :

1. **Söngüt, S.,** Özakar, S.A, Yelen, Y.A. (2018). Pediatri hemşireleri çocuk istismarının farkında mı?. *Uluslararası 4. Adli Hemşirelik, 3. Adli sosyal Hizmet, 2. Adli Gerontoloji Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)* (Yayın No:4541665)
2. Özakar, S.A, **Söngüt, S.,** Uzuner, L.A., Çınar, E. (2018). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Flörtler Arası Şiddet Tutumları. *Uluslararası 4. Adli Hemşirelik, 3.Adli Sosyal Hizmet, 2. Adli Gerontoloji Kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)* (Yayın No:4541621)
3. **Söngüt, S.,** Özakar, S.A, Aydın, Z. (2018). 0-6 Yaş Gurubu Sığınmacı ve Göçmen Çocuklarda Ev Kazaları. *Uluslararası 4. Adli Hemşirelik, 3. Adli Sosyal Hizmet, 2. Adli Gerontoloji Kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)* (Yayın No:4541648)
4. **Söngüt, S.,** Köksal, İ., Söngüt, O. (2018). Risky Behaviors among University Students. *InternationalCongress of Science, Education and Technology Research, 1-191. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)* (Yayın No:4821629)
5. Özakar, S.A, **Söngüt, S.** (2017). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Pediatri Hemşiresinin Rolü. *6. Ulusal 1. Uluslararası Pediatri Hemşireliği Kongresi (Özet Bildiri/Poster)* (Yayın No:3689744)
6. **Söngüt, S.,** Özakar, S.A. (2017). Çocuk İstismarı ve Pediatri Hemşiresinin Rolü. *Uluslararası III. Adli Hemşirelik II. Adli Sosyal Hizmet I. Adli Gerontoloji Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)* (Yayın No:3689755)
7. Özakar, S.A, **Söngüt, S.** (2017). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Role of Pediatric Nurse. *5th International Spring MT Conference Barcelona, 2017 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)* (Yayın No:3684712)
8. Açıkgöz, A., Şayık, D., **Söngüt, S.,** Kaya, Y., Köksal, İ. (2017). The Burdens of Sitter Mothers at Paediatrics Clinicsand the Effect of Hospital Stay on Depression, Anxietyand Stress Levels. *3rd Annual International Conference on Nursing (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)* (Yayın No:3689775)
9. Açıkgöz, A., Ulukuş, A., Kaya, Y., Şayık, D., **Karacaoğlu, S.,** Derince, D., Musmul, A. (2015). Hemşirelerin iş doyumunun çocuklarıyla kaliteli zaman geçirmeye etkisi. *5. Ulusal 2. Uluslararası Akdeniz Pediatri Hemşireliği Kongresi (Özet Bildiri/)* (Yayın No:1694056)

Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler :

1. Açıkgöz, A., Şayık, D., **Söngüt, S.**, Kaya, Y., Köksal, İ. (2017). Pediatri Kliniklerinde Refakatçi Olarak Kalan Annelerin Yaşadığı Güçlükler ve Hastanede Kalmanın Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeylerine Etkisi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 6(2), 43-47.
2. **Söngüt, S.**, Özakar, S.A. (2018). Çocuk İstismarı ve Pediatri Hemşiresinin Rolü. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49(4), Doi: 10.16948/zktipb.397204 (Ulusal) (Hakemli) (MAKALE Derleme Makale).
3. Özakar, S.A., **Söngüt, S.** (2018). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Padiatri Hemşiresinin Rolü. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49(4), Doi: 10.16948/zktipb.420765 (Ulusal) (Hakemli) (MAKALE Derleme Makale) (Yayın No: 4710482)

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler:

1. Açıkgöz, A., Şayık, D., **Karacaoğlu, S.**, Kaya, Y., Köksal, İ. (2015). Pediatri Kliniklerinde Refakatçi Olarak Kalan Annelerin Yaşadıkları Sorunların ve Depresyon Anksiyete Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. 9. *Ege Pediatri ve 5. Ege Pediatri Hemşireliği Kongresi* (Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No:1694138)
2. Çakırlı, M., **Karacaoğlu, S.**, Ulukuş, A., Açıkgöz, A. (2015). Çocuğu Hastanede Yatan Annelerde Anksiyete ve Depresif Belirtilerin Değerlendirilmesi. 14. *Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi* (Özet Bildiri/) (Yayın No:1693888)
3. **Karacaoğlu, S.**, Açıkgöz, A., Örsal, Ö., Erdek, E., Erkaplan, B., Kartal, A., Sağlam, A., Mangaldağ, M., Yücel, B. (2015). Bir ilköğretim okulunda verilen hijyen eğitiminin etkinliğinin belirlenmesi. *UHOK, Kayseri Hemşirelik Öğrencileri Kongresi* (/) (Yayın No:1693804)