



**DİKKAT EKSİKLİĞİ/HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
OLAN ÇOCUKLARA VERİLEN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI
TERAPİ TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMA VE UMUDA ETKİSİ**

Rıdvan YILMAZ

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**Tez Danışmanı
Doç.Dr. Funda KAVAK BUDAK**

Doktora Tezi - 2022

**T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ/HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARA
VERİLEN BİLİŞSEL DAVRANIŞCI TERAPİ TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE UMUDA ETKİSİ**

Rıdvan YILMAZ

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Programı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç.Dr. Funda KAVAK BUDAK**

**MALATYA
2022**

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGE VE KISALTMALAR	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. DEHB Tanım ve Tanı Ölçütleri.....	3
2.1.1. DEHB Belirtileri ve Değerlendirilmesi	3
2.1.2. DEHB Sınıflandırma.....	5
2.2. DEHB Epidemiyolojisi	6
2.3. DEHB İle Birlikte Görülebilecek Bozukluklar	7
2.4. DEHB Etiyolojisi	7
2.4.1. Bireysel ve Genetik Faktörler	7
2.4.2. Çevresel Faktörler.....	8
2.5. DEHB Tedavisi.....	9
2.6. DEHB Prognozu	9
2.7. Bilişsel Davranışçı Terapi.....	10
2.7.1. Temel inançlar	11
2.7.2. Ara inançlar.....	11
2.7.3. Otomatik olumsuz düşünceler	11
2.8. Bilişsel Davranışçı Terapi Ve DEHB	14
2.9. DEHB Olan Çocuklarda İçselleştirilmiş Damgalanma ve Umut.....	15
2.10. DEHB ve Hemşirelik Yaklaşımları	16
2.10.1. DEHB Olan Çocuğa Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları	17
3. MATERYAL VE METOT	19
3.1. Araştırmanın Türü.....	19
3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı	19
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	19
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	20
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	20

3.4. Veri Toplama Araçları	21
3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu	21
3.4.2. Çocuklar ve Ergenler İçin İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (ÇEİİDÖ)	22
3.4.3. Çocuklarda Umut Ölçeği (ÇUÖ)	22
3.5. Verilerin Toplanması	23
3.6. Hemşirelik Girişimi	23
3.6.1. BDT Temelli Psikoeğitim Oturum İçerikleri	24
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	26
3.8. Araştırma Gruplarının Homojenliği	27
3.9. İstatistiksel Analiz	29
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	40
KAYNAKLAR	42
EKLER	51
EK-1. Özgeçmiş	51
EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu	52
EK-3. Çocuklar ve Ergenler İçin İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (ÇEİİDÖ)	53
EK-4. Çocuklarda Umut Ölçeği (ÇUÖ)	56
EK-5. Etik Kurul Onay	57
EK-6. Kurum İzni	58
EK-7. Veli Gönüllü Katılım Formu	59
EK-8. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Çocuk Rıza Formu	60
EK-9. Eğitim Kitapçığı	61
EK-10. BDT Psikoeğitim Oturum Ev Ödevleri	62
EK-11. BDT Katılım Belgesi	63
EK-12. Çocuklar ve Ergenler İçin İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (ÇEİİDÖ) Kullanım İzni	64
EK-13. Çocuklarda Umut Ölçeği (ÇUÖ) Kullanım İzni	65

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, önerileri, deneyimleri ve bilimsel birikimiyle yolumu aydınlatan değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK'a,

Lisans ve lisansüstü eğitimim boyunca varlığını hissettiğim bilimsel ve manevi desteğini esirgemeyen kıymetli hocam Prof. Dr. Rukuye AYLAZ'a,

Tez çalışmamın başından sonuna kadar bilgi ve ön görüleri ile çalışmama yardımcı ve destek olan Sayın Doç. Dr. Ayşegül ULUTAŞ KESKİNKILIÇ'a,

Bu süreçte destek, anlayış ve katkısından dolayı yanımda olduğunu her daim hissettiğim değerli arkadaşım Dr. Öğr. Üyesi Habip BALSAK'a,

Çalışmamın yürütülmesinde işbirliği ve desteklerinden dolayı Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi tüm personellerine,

Çalışmama katılmayı kabul eden tüm çocuklara ve ebeveynlerine,

Yaşamım boyunca bana hep güvenen, inan, her zaman yanımda olan sevgili aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Rıdvan YILMAZ

ÖZET

Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklara Verilen Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitimin İçselleştirilmiş Damgalanma Ve Umuda Etkisi

Amaç: Bu araştırmanın amacı DEHB tanısı almış çocuklara verilen Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) Temelli Psikoeğitimin içselleştirilmiş damgalanma ve umuda etkisini belirlemektir.

Materyal ve Metot: Araştırma randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır. Araştırma Mayıs 2020- Ocak 2022 tarihleri arasında Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk Psikiyatri polikliniğinde takip edilen DEHB tanılı çocuklar ile yürütüldü. Araştırmanın örneklem büyüklüğü yapılan güç analizi ile 128 (64 kontrol, 64 deney) olarak belirlenmiş olup araştırma 145 çocuk (75 kontrol, 70 deney) ile tamamlandı. Veriler tanıtıcı özellikler formu, çocuklar ve ergenler için içselleştirilmiş damgalanma ölçeği (ÇEİİDÖ), çocuklarda umut ölçeği (ÇUÖ) aracılığı ile toplandı. Deney grubuna sekiz oturum BDT Temelli Psikoeğitim uygulanırken kontrol grubuna herhangi bir girişimde bulunulmadı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin (sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma) yanı sıra; ki kare, bağımlı örneklem *t* testi ve bağımsız örneklem *t* testleri kullanıldı.

Bulgular: Deney grubuna uygulanan BDT temelli psikoeğitim öncesi ve sonrasında yapılan ölçümler sonucunda, DEHB tanılı çocuklarda içselleştirilmiş damgalanma azalırken, umut düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmıştır ($p<0.05$). Deney grubundaki bu değişimin kontrol grubuna göre de anlamlı düzeyde değişim gösterdiği tespit edilmiştir.

Sonuç: DEHB tanılı çocuklarda BDT Temelli Psikoeğitim programının içselleştirilmiş damgalanmayı azalttığı ve umudu arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel Davranışçı Terapi, Çocuk, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, hemşire, içselleştirilmiş damgalanma, psikoeğitim, umut

ABSTRACT

The Effect of Cognitive Behavioral Therapy-Based Psychoeducation Given to Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder on Internalized Stigma and Hope

Aim: The aim of this study is to determine the effect of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Based Psychoeducation given to children diagnosed with ADHD on internalized stigma and hope.

Material and Method: The research is a randomized controlled experimental study. The research was carried out with children with ADHD who were followed up in Diyarbakır Pediatrics Hospital Pediatric Psychiatry outpatient clinic between May 2020 and January 2022. The sample size of the study was determined as 128 (64 control, 64 experimental) with the power analysis and the study was completed with 145 children (75 control, 70 experimental). Data were collected using the descriptive characteristics form, the internalized stigma scale for children and adolescents (CAIS), and the hope scale for children (CHS). While eight sessions of CBT Based Psychoeducation were applied to the experimental group, no attempt was made to the control group. In addition to descriptive statistics (number, percentage, arithmetic mean, standard deviation) in the analysis of data; chi-square, dependent sample t-test and independent sample t-test were used.

Results: As a result of the measurements made before and after the CBT-based psychoeducation applied to the experimental group, internalized stigmatization decreased in children with ADHD, while the level of hope increased statistically significantly ($p<0.05$). It was determined that this change in the experimental group also showed a significant change compared to the control group.

Conclusion: It has been concluded that the CBT Based Psychoeducation program reduces internalized stigma and increases hope in children with ADHD.

Key Words: Cognitive Behavioral Therapy, child, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, nurse, internalized stigma, psychoeducation, hope

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
ÇEİİDÖ	: Çocuklar ve Ergenler İçin İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
ÇUÖ	: Çocuklarda Umut Ölçeği
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FDA	: Amerika Gıda ve İlaç Dairesi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 3.1. Araştırma Akış Diyagramı	21



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. BDT Temelli Psikoeğitim Uygulama Planı	26
Tablo 3.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	27
Tablo 3.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Çocukların Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	28
Tablo 3.4. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	29
Tablo 4.1. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	31
Tablo 4.2. Çocukların Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	32
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Çocukların Ön Test, Son Test ÇEİİDÖ Başkaları Tarafından Damgalanma Alt Boyut Puan Ortalamasının Karşılaştırılması	33
Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Çocukların Ön Test, Son Test ÇEİİDÖ Kendini Damgalama Alt Boyut Puan Ortalamasının Karşılaştırılması	34
Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Çocukların Ön Test, Son Test ÇEİİDÖ Toplam İçselleştirilmiş Damgalanma Puan Ortalamasının Karşılaştırılması	34
Tablo 4.6. Kontrol ve Deney Grubundaki Çocukların Ön Test, Son Test Umut Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35

1. GİRİŞ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocukluk döneminin en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklarından biridir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün verileri incelendiğinde DEHB'nun okul çağındaki çocuklardaki prevalansı %7.2'si (129 milyon), yetişkinlerde ise %4.4'tür (2, 3). Bu durum DEHB'nun Dünya'da özellikle çocukluk çağını etkileyen önemli bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir.

DEHB tanılı çocuklar aile, arkadaş ve akran ilişkilerinde iletişim ve çatışma kaynaklı sorunlar yaşamaktadırlar (4). Bu durum DEHB olan çocukların ailevi, eğitim ve sosyal hayatında önemli sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunları gidermek için uygulanan farmakolojik yöntemler çocuklarda semptomatik iyileşmeler sağlasa da, etkileri sınırlı kalmaktadır. Bu nedenle tedaviye ek olarak davranışsal tedavi yöntemlerinin uygulanması DEHB'nun kontrol altına alınmasında temel yöntemdir (5).

DEHB olan çocuklar hareketli olmaları ve dürtüsel davranışlarından dolayı toplumda çok kolay fark edilmektedir. Bu özelliklerinden dolayı ailesi ve sosyal çevresi tarafından sürekli damgalanmaya maruz kalan DEHB'li çocuklarda bu damgalanmayı kanıksama durumu söz konusu olabilir. İçselleştirilmiş damgalanma denilen bu durumun DEHB olan çocuklarda meydana gelmesinin temel nedenleri çocuğun aşırı hareketliliği ve ilaç kullanması olduğu bildirilmiştir (6). Kendall ve Shelton, DEHB olan çocukların hastalıklarından utandığını ve kendilerini aşağılanmış hissettiklerini ve bu durumun içselleştirilmiş damgalanmaya neden olduğunu belirtmişlerdir (6). Taşkın, DEHB olan çocuklarda belirtilerin şiddeti ile hastalığın damgalayıcı etkisi arasında pozitif korelasyon olduğunu belirlemiştir (7). İçsel damgalanma yaşayan kişiler, başkalarının da kendilerini damgalayacağını düşünmekte ve damgalanma korkusuyla sağlık kuruluşuna gitmekten çekinmektedirler. Bu durum ruhsal bozukluğu olan çocukların semptomlarını kötüleştirmesine ve iyileşmeyi geciktirmesine neden olmaktadır (8, 9). DEHB olan çocuklarda damgalanmanın tedaviye uyumu, tedavi etkinliğini, semptom şiddetini, yaşam doyumunu ve iyilik halini etkilediği bildirilmiştir (10).

DEHB olan çocuklar akranları, öğretmenleri ve aileleriyle sosyal sıkıntılar yaşayabilmektedirler. Bu durum da onların yeterlilik ve umut duygularını etkileyebilmektedir (11). DEHB olan çocuk ve ergenler üzerinde yapılan farklı bir çalışmada DEHB'li çocuklarda umut düzeyinin artması onların sosyal alanda yaşadıkları

sıkıntılar ile baş edebilmede ve semptomların giderilmesinde önemli katkı sunduğu bildirilmiştir (12). DEHB olan çocuklarda umut, olumsuzluklarla başa çıkmada koruyucu bir faktör olarak rol oynamaktadır.

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda DEHB olan çocuk ve ergenlerde bilişsel davranışçı terapi (BDT) uygulamaları literatürde önemli yer tutmaktadır (13, 14). Maccinnes ve Lewis, DEHB'li çocuklar üzerinde yaptıkları araştırmada bilişsel davranışçı terapinin çocukların içselleştirilmiş damgalama düzeyinde azalma meydana geldiğini belirlemiştir (15).

DEHB tanısı alan çocukların sayısı her geçen gün artmaktadır ve bilimsel çalışmalar hız kazanmaktadır. DEHB tedavi edilmediğinde ise bireye ve aileye verdiği zararın ve topluma maliyetinin yüksek olması, klinik görünümünün heterojen olması ve kalıtımı en yüksek psikiyatrik hastalıklar arasında yer alması nedeniyle bugüne kadar birçok çalışma yapılmıştır (16). Bu araştırma ile sağlık profesyonellerine, araştırmacılara, bakım vericilerine, tanıyı alan çocuklara, BDT temelli psikoeğitimin içselleştirilmiş damgalanmayı azaltma ve önlemede gerekliliğini ortaya koyacaktır. Böylece bu tanıyı alan çocukların ve çocuklar ile iletişimde olan tüm kesimlerin iletişim düzeyi artırılarak daha etkili ve verimli bir bakım verme olanağı sağlayacağından dolayı umut faktörünün de artması beklenmektedir. Bu konuda literatürde eksik kalan BDT temelli psikoeğitim yaklaşımı daha ayrıntılı irdelenecek olması psikiyatri hemşireliği alanında daha sonra yapılacak olan araştırmalara öncülük yapacaktır.

Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, DEHB tanısı almış çocuklara verilen BDT Temelli Psikoeğitimin içselleştirilmiş damgalanma ve umuda etkisini belirlemektir.

Araştırmanın Hipotezleri

H1. DEHB tanılı çocuklara BDT Temelli Psikoeğitim verilmesi çocukların içselleştirilmiş damgalanmasını azaltır.

H2. DEHB tanısı almış çocuklara verilen BDT Temelli Psikoeğitim çocukların umudunu artırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DEHB Tanım ve Tanı Ölçütleri

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), gelişimsel düzeye uygun olmayan, toplum, okul veya çalışan alanı ilgili etkinlikleri doğrudan bir şekilde olumsuz etkileyen dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle karakterize bir bozukluktur (17). DEHB en sık görülen çocukluk çağı psikiyatrik bozuklukları arasında olmakla birlikte, belirtileri genellikle yaşam boyu devam eden, nörogelişimsel bir bozukluktur (17, 18). DEHB'nun çok yönlü genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile meydana geldiği düşünülmektedir (19).

2.1.1. DEHB Belirtileri ve Değerlendirilmesi

DEHB'nun tanısallık değerlendirilmesi; kapsamlı bir doğum öncesi ve perinatal değerlendirme, aile öyküsü, okul performansı, çevresel faktörler ve ayrıntılı bir fizik muayeneyi içermelidir (19). DEHB'nun belirtilerinin değerlendirilmesinde dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik tanı değeri çok önemli belirtilerdir. Bu belirtilerin değerlendirilmesinde DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı ölçütleri kullanılmaktadır (1, 19).

Dikkatsizlik

DEHB'nun en belirgin özelliklerinden birisi dikkatsizliktir. Dikkatsizlik kavramı günlük hayatta birçok eylemde kullanılmak ile birlikte DSM V tanı kriterine göre dikkatsizlik belirli kriterler göre değerlendirilmektedir. DEHB'na konu olabilecek dikkatsizlik gelişimsel düzeye uygun olmayan, toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinliklerin olumsuz etkilenmesine sebep olan ve en az altı aydır devam etmekte olan semptomlardır. DSM V tanı kriterlerine göre aşağıda belirtilen dikkatsizlik semptomlarının en az beş tanesinin gösterilmesi kişinin dikkatsiz kabul edilmesi için yeterlidir (1, 20).

- Çoğu zaman ayrıntılara özen göstermez ya da okulla alakalı çalışmalarda, işte ya da etkinlikler esnasında dikkatsizce hatalar yapar.
- Çoğu zaman, iş yaparken ya da oyun sırasında dikkatini sürdürmekte zorlanır.
- Çoğu zaman, kendisine doğru konuşulduğunda dinlemiyormuş gibi görünür.

- Çoğu zaman, verilen yönergeleri takip edemez ve okulda verilen ödevleri, günlük işleri, ya da iş yerinde verilen sorumluluklarını tamamlayamaz.
- Çoğu zaman, işlerini düzenlemekte zorlanır.
- Çoğu zaman, zihinsel çaba gerektiren işleri yapmak istemez, bu gibi işleri sevmez veya bu tarz işlere girmek istemez.
- Çoğu zaman işi veya etkinlikleri için gerekli olan nesneleri kaybeder.
- Çoğu zaman dış uyaranlarla dikkati kolayca dağılır.
- Çoğu zaman günlük etkinlikler sırasında unutkanır (1).

Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik

Aşırı hareketlilik ve dürtüsel hareketler subjektif özellik gösteren DEHB tanısı için oldukça önemli semptomlardır. Günlük hayatımızda birçok çocuğu tarif etmede sıklıkla aşırı hareketlilik ve dürtüsellik kavramları kullanılır. Ancak çocuğun yaş grubu içerisinde gelişim düzeyine uygun olmayan sosyal ve eğitim yaşamını olumsuz etkileyecek düzeyde en az altı ay süre ile devam etmiş olması, DSM V tanı kriterlerine göre aşırı hareketli ve dürtüsellik örüntüsü olduğu kabul edilir. Aşağıda belirtilen dokuz semptomun 17 yaş ve altındakiler için en az altısı, 18 yaş ve üzerindeki için ise en az beşinin altı ay süre ile devam etmesi kişide aşırı hareketlilik ve dikkatsizlik örüntüleri olduğu kabul edilmektedir (19, 20).

- Çoğu zaman kıpırdanır veya ellerini ve ayaklarını vurur veya oturduğu yerde kıvrılır.
- Çoğu zaman oturması gerektiği hallerde oturduğu yerden kalkar.
- Çoğu zaman uygunsuz ortamlarda ortalıkta koşturur veya bir yerlere tırmanır.
- Çoğu zaman boş zaman etkinliklerine sessiz bir şekilde katılamaz ya da sessiz bir şekilde oyun oynayamaz.
- Çoğu zaman sürekli hareket halindedir, tıpkı ‘’bir motor takılmış’’ gibi davranır.
- Çoğu zaman aşırı konuşurlar.
- Çoğu zaman sorulan sorunun tamamlanmasını beklemeden cevabı yapıştırır.
- Çoğu zaman sırasını bekleyemez.

- Çoğu zaman başkalarının sözünü keser veya araya girer (1).

DEHB belirtilerinin değerlendirilmesinde semptomların 12 yaşından önce başlaması, iki veya daha fazla ortamda bu semptomların gözlemlenmesi gerekmektedir. Ayrıca, semptomların okul veya iş hayatında işlevselliği düşürecek seviyede olması ve bu durumu tetikleyecek başka bir psikiyatrik rahatsızlığın olmaması gerekmektedir. Bu semptomların objektif bir şekilde belirlenmesi hem tanının konmasına hem de mevcut DEHB türünün belirlenmesine önemli katkısı olacaktır. Semptomlar dikkate alınarak yapılan değerlendirme DEHB üç çeşit değerlendirilir (1, 21).

2.1.2. DEHB Sınıflandırma

DEHB klinik seyri birbirinden farklı üç semptomun bir araya gelmesi ile kendini göstermektedir. Yukarıda maddeler halinde verilen DEHB belirtilerinin tamamını hastalarda görülmesi söz konusu olmayacağı gibi, semptomların şiddetleri de birbirinden farklı olabilir. Bu semptomların görülme şekli ile ilgili olarak farklı iki sınıflandırma yapılmaktadır (21).

Üç semptomun bir arada görüldüğü DEHB, semptomların baskın olma durumuna göre üç farklı şekilde sınıflandırılmaktadır (20, 21).

Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm

En az son altı aylık süre içinde, dikkatsizlik tanı kriteri karşılanmış, ancak aşırı hareketlilik-dürtüsellik tanı kriteri karşılanmamıştır. Bu çocukların genellikle ders başarıları istenilenin çok altındadır. Aşırı hareketlilik semptomlarını çok az ya da hiç göstermezler. Ebeveynler ve öğretmenler ilk aşamada derslerdeki başarısızlığı genellikle çocuğun kapasitesinin yetersiz olmasına bağlarlar ancak, bu çocuklarda temel sorun odaklanamama ve dikkat dağınıklığıdır (1, 21).

Aşırı hareketlilik-dürtüsellliğin baskın olduğu görünüm

En az altı aylık zaman dilimi içinde DSM V tanı kriterlerine göre aşırı hareketlilik ve dürtüsellik tanı kriteri karşılanmış; ancak dikkatsizlik tanı kriteri karşılanmamıştır. Bu çocuklarda genellikle okul başarısında dikkat çeken olumsuz bir durum olmamak ile birlikte, çok ciddi uyum sorunları yaşarlar. Özellikle belli bir kural dahilinde davranılması gereken okul, dersane, kreş ve yemekhane gibi ortak alan kullanımında uyum problemleri daha fazla ön plana çıkar (1, 21).

Bileşik Tip

En az altı aylık zaman dilimi içinde DSM V tanı kriterlerine göre dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik tanı kriterlerinin hepsinin karşılanmış olması bileşik tip DEHB olarak tanımlanır. DEHB sınıflandırması içerisinde en çok görülen türdür. Bileşik tip belirti gösteren DEHB okul ve aile ortamında kolaylıkla fark edilir. Okul çağı çocuklarında önemli düzeyde başarısızlık ve uyum sorunlarının nedenidir (1, 21).

DEHB semptomların şiddetine göre ağır olmayan, orta ve ağır dereceli DEHB olmak üzere üç başlıkta incelenir (1, 22).

Ağır Olmayan DEHB

Hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkat eksikliği semptomlarını minimal düzeyde karşılayan DEHB türüdür. Akademik, iş ve aile hayatında önemli düzeyde işlev kaybına neden olmadıkları için çok geç fark edilirler. Erken yaşta tespit edilemediği için, tedavi imkanını diğerlerine göre daha geç bulurlar. Genellikle davranışsal tedavi türlerine uyum göstermekte sorun yaşamazlar (1, 22, 23).

Orta Derece DEHB

DSM V tanı kriterlerinin önemli bir bölümünü karşılarlar. Aile, akademik ve iş hayatlarında ki işlevsellik kaybı hafif ile ağır düzey arasında bir noktadadır. Genellikle okul döneminde fark edilirler (1, 23).

İleri Derece DEHB

DSM V tanı kriterlerinin önemli bir bölümünü karşılarlar. Çok erken yaşta fark edilen DEHB, bireylerin hayatında erken dönemde önemli düzeyde işlevselliğin bozulmasına neden olur. Tedavide genellikle tek başına davranışsal yöntemler etkili olmaz. Bunlara ilaveten ilaç tedavisi de genellikle kullanılır (1, 23).

2.2. DEHB Epidemiyolojisi

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun epidemiyolojisi üzerine birçok çalışma yapılmıştır. Çocukluk ve ergenlikte DEHB prevalansına ilişkin yapılan uluslararası çalışmalarda, prevalans % 1 ile % 20 arasında değişmektedir (1, 24). Türkiye’de yapılan çalışmalar incelendiğinde ise DEHB prevalans aralığı %8 ile %13.38 olarak belirlenmiştir (25, 26). DEHB ile ilgili epidemiyolojik çalışmalardaki farklı sonuçların demografik, coğrafi, kültürel, sosyal ve gelişimsel bağlamın, semptom ve

davranış üzerindeki etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir (27-30). Ayrıca bu prevelans bulguları arasındaki farklılıkların sebep olarak farklı bilgi kaynakları (ebeveynler, öğretmenler gibi), tanı sistemleri türü (ICD ve DSM) ve klinik değerlendirme farklılıkları da yer almaktadır (31).

Literatür incelendiğinde dürtüselliğin ön planda olduğu DEHB’da ilk ve ortaöğretim döneminde, dikkatsizliğin belirgin olduğu DEHB ise daha çok lise ve yakın dönemlerde tanılanmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada DEHB tanısı alan kız çocuklarında dikkatsizlik, erkek çocuklarında ise aşırı hareketliliğin ön planda olduğu belirtilmektedir. Hafif semptomlar ile seyreden DEHB’da tanı yaşı ilerlerken, ağır DEHB semptomlarının yaşandığı durumlarda ise tanı yaşının düştüğü belirtilmektedir (23, 32).

2.3. DEHB İle Birlikte Görülebilecek Bozukluklar

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, tanısına çeşitli psikiyatrik ve motor problemler eşlik edebilmektedir. En sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar şunlardır;

- Karşıt Gelme Bozukluğu,
- Dürtü Kontrol Bozukluğu,
- Davranış Bozuklukları,
- Öğrenme Bozuklukları,
- Duygu Durum Bozukluklarıdır (En sık Majör Depresyon ve Bipolar Bozukluk) (33).

2.4. DEHB Etyolojisi

DEHB nedenleri halen araştırma konusu olmakla birlikte, çok farklı nedensellikleri barındırmaktadır. Genel olarak DEHB nedenleri bireysel genetik ve çevresel faktörler başlıkları altında incelenmektedir.

2.4.1. Bireysel ve Genetik Faktörler

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, %70-76 oranında genetik olarak aktarılmaktadır (34-37). Bu nedenle DEHB genetik geçişi en yüksek psikiyatrik bozukluklar arasındadır. Her ne kadar DEHB üzerinde tanımlanmış bir gen bulunmasa da DEHB duyarlılığını arttıran DNA varyantları tanımlanmıştır (38, 39).

DEHB olan çocuklar nörobiyolojik gelişimleri incelendiğinde, DEHB'nin davranışsal ve bilişsel eksikliklerinin altta yatan yapısal ve işlevsel beyin anormallikleriyle ilişkili olduğuna dair kanıtlara ulaşılmaktadır (40). Özellikle görüntüleme yöntemleri kullanılarak yapılan çalışmalarda, beyinin frontal lobunda bazı değişimler ve toplam beyin hacminde sağlıklı çocuklara göre azalmalar bildirilmiştir (41).

2.4.2. Çevresel Faktörler

DEHB üzerinde etkili olan çok sayıda prenatal, perinatal ve postnatal faktör bildirilmiştir. Prenatal ve perinatal risk faktörleri genel olarak;

- İleri Anne Yaşı,
- Ebeveynin Sigara ve Alkol Kullanımı,
- Hamilelikte Geçirilen Enfeksiyonlar,
- Erken Doğum ve Düşük Doğum Ağırlığı,
- Hamilelikte Sigaraya Maruz Kalma ve Uyuşturucu Madde Kullanımı,
- Hamilelikteki Düşük Folik Asit Miktarı,
- Doğum Sırasında Gerçekleşen Komplikasyonlar,
- Hamilelikte Fetüsün Oksijensiz Kalması,
- Omega-3 Eksikliği,
- Ebeveyn Stresi,
- Ebeveyni ve Çocuk Arasındaki Olumsuz Sosyal Deneyimler,
- Anne Depresyonu (1, 32).

Postnatal Risk Faktörleri;

- Beyin Travmaları,
- Menenjit,
- Metabolik ve Hormonal Hastalıklar,
- Tiroid Disfonksiyonu, İlaçlar,
- Beslenme Yetersizlikleri,
- Besin Katkı Maddeleri,

- Çocuğun Televizyon ve Video Üzerinden İzlediği İçerikler (1, 32, 42).

2.5. DEHB Tedavisi

DEHB için ilaç dışı davranışsal tedavi öncelikli başvuru olan yöntem olmak ile birlikte, yetersiz kalınan durumlarda ek olarak ilaçlı tedavi seçeneği de bulunmaktadır (43).

Uzun süreli yapılan kohort çalışmaları, hiperaktivitenin gelecekteki problemler için önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (44). DEHB tanısı konan çocuklarda sıklıkla anksiyete, depresyon, karşıt olma ve karşı gelme bozukluğu gibi komorbid durumların yanı sıra ilişki güçlükleri gibi çok sayıda sorun bulunur. Bu nedenle DEHB için karmaşık tedavi kullanılması tavsiye edilir (45).

DEHB olan çocuklara yönelik en önemli psikososyal müdahalelerden biri ebeveynlik eğitimidir. Aile ebeveynlik programları, çocuklarına zorlu davranışlarını yönetmek için kullanabilecekleri davranışsal veya bilişsel davranışsal teknikleri öğretmeyi amaçlayan psikososyal müdahalelerdir. Programlar stil ve içerik bakımından farklılık gösterir (46).

DEHB tedavilerini araştırırken hem ebeveynler hem de aile ve davranışsal eğitim önemlidir. Bunun için ebeveynlik eğitimi, sınıf yönetimi ve bireyselleştirilmiş davranışsal eğitim önerilmektedir (47). Davranışçı terapinin tek başına DEHB'li çocuklarda semptomlar veya işlev üzerinde yalnızca sınırlı bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir, ancak davranışçı terapi tedavisini ilaçlarla birleştirmek işlevselliği artırabilir ve gerekli (uyarıcı) ilaç miktarını azaltabilir (48).

2.6. DEHB Prognozu

DEHB belirtileri erişkinlik döneminde de devam etmekte olup, genellikle hiperaktivite semptomları yaşla birlikte azalma eğilimi gösterirken, dikkat dağınıklığı belirtileri devam edebilmektedir. Yapılan çalışmalarda DEHB semptomları %30-65 oranlarında erişkinlik döneminde de devam etmektedir (32, 49, 50).

DEHB'de erken tanı ve tedavinin yapılması prognozu belirleyen en önemli faktördür. Çocukluk döneminde stimulan tedavisine geç başlamanın erişkinlik çağında antisosyal kişilik özellikleri geliştirilmesi ve madde kullanım bozukluğu riskini arttırdığı bulunmuştur (50, 51). DEHB'nin erişkinlik döneminde de devam etmesini öngören

faktörler arasında DEHB semptom şiddetinin ağır seyretmesi, eş tanı varlığı ve hastanın tedavi alıp almaması sayılabilir (51).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun tedavisinde en sık kullanılan farmakolojik ajanlar uyarıcılardır (47). Genel olarak üç tür uyarıcı vardır; bunlar metilfenidat, dekstroamfetamin ve amfetamin bileşikleridir. Uyarıcıların etki mekanizması iki nörotransmitter yolu ile olup, sinaptik aralıkta dopamin ve norepinefrini artırarak etki gösterirler (48). Metilfenidatın, dopamin ve norepinefrinin presinaptik taşıyıcılarını inhibe ederek sinaptik boşlukta dopamini düzenlerken, amfetaminler ise presinaptik nöron tarafından norepinefrin ve dopaminin geri alımını bloke eder ve veziküler taşıyıcının rekabetçi inhibisyonu ile veziküllerden dopamin salınımını indükler (52). DEHB tedavisinde ülkemizde kullanımı onaylanmış tek uyarıcı metilfenidattır. Ağızdan kullanılan kısa ve uzun etkili formları vardır ve DEHB tanısı konan çocukların dörtte üçünde metilfenidat ile semptomlar düzelmiştir. Metilfenidat tedavisinin en sık görülen yan etkileri uyku bozukluğu, iştahsızlık, karın ağrısı, baş ağrısı ve kalp çarpıntısıdır (52).

Psikostimulanlar uzun süredir üzerinde çalışma yapılan ajanlardır. Güvenli ve etkili tedaviler olmasına rağmen, bu ajanlardan biri veya birkaçı ile tedavi edilen hastaların %30'a kadarında yetersiz klinik yanıt olabileceği gibi, tedaviyi sınırlandıran yan etkilerde görülebileceği bildirilmiştir (49).

Uyarıcıların işe yaramadığı veya yan etki yaptığı hastalarda kullanılabilecek bir diğer alternatif ilaç ise uyarıcı olmayanlar grubuna ait atomoksetindir. Atomoksetin, seçici bir norepinefrin geri alım inhibitörüdür. Atomoksetin, DEHB tedavisi için Amerika Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmış tek seçici serotonin geri alım inhibitörüdür (51).

2.7. Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) çatısı altında birçok farklı terapötik yaklaşım bulunmaktadır. BDT'de temel amaç, danışanların düşünceleriyle gerçekçi bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olmak ve böylece duygusal ve davranışsal değişiklikler meydana getirmektir (53).

Psikopatoloji ile ilişkili bu bilişsel yapı üç boyutta incelenmiştir bunlar; temel inançlar, ara inançlar ve otomatik olumsuz düşüncelerdir.

2.7.1. Temel inançlar

İnsanların kendileri, diğer insanlar ve dünya hakkında sahip olduğu genelleştirilmiş, koşulsuz olarak doğru inançlar ve katı fikirlere temel inançlar denir. Temel inançlar üç grupta toplanır: Çaresizlik, değersizlik ve hoşlanmama (53, 54).

2.7.2. Ara inançlar

Temelde yatan inançlara dayanan ve benlik saygısı ile duyguları etkileyen kurallar ve varsayımlar olarak tanımlanmaktadır (54). Temel inançlar koşulsuz ifadeler içerir (örneğin, "başarısız olurum", "sevilmiyorum"), orta düzey inançlar veya varsayımlar "eğer ... öyleyse" gibi koşullu ifadeler içerir (örneğin, "başarılı olursam kabul edilirim "), (53, 54).

2.7.3. Otomatik olumsuz düşünceler

Herhangi bir olay karşısında beliren ya da, farkında olmadan kendiliğinden ortaya çıkan ve duygusal stres anlarına eşlik eden düşünceler imgelerdir (54). Temel inançlara dayanan bu düşünceler kayıtsız şartsız kabul edilir ve genellikle bu düşüncelerle gerçekleştirilmez. Otomatik düşünceleri tespit etmek genellikle özel dikkat gerektirir (53).

BDT seanslarında ara inançları ve temel inançları değiştirmek zaman alırken, otomatik düşünceler değişime daha açıktır. Bu nedenle, seans sırasında bilişsel müdahalelerde ilk adım otomatik düşüncelerin işlenmesidir. Bu nedenle BDT’ de ilk amaç problemle ilgili otomatik düşünceleri tespit etmek ve ardından bu fikirleri çeşitli yöntemlerle olumlu düşüncelere dönüştürme hedeflenir (53). Otomatik düşünceler, çeşitli teknikler kullanılarak keşfedilebilir. Keşfedilen otomatik düşüncelerin içeriği kanıtları inceleme, alternatif açıklamalar arama gibi bilişsel işlem türleri ile değiştirilebilir (54). Her insanda mevcut olan ancak kötüye kullanıldığında duygusal strese neden olan bu bilişsel işlem türlerinden bazıları aşağıda özetlenmiştir (53, 54).

Seçici soyutlama (zihinsel filtreleme)

Bir olayın bir ayrıntısının odaklandığı ve diğer ayırt edici özelliklerin göz ardı edildiği bu tür bilişsel işlemede, olaylar ve deneyimler bu olumsuz ayrıntılar bağlamında görülür. Örnek olarak, tüm derslerde yazılı sınavlarda yüksek puan alan bir öğrencinin ortalama bir not aldığı derse odaklanması ve dersi geçemeyeceğini düşünmesidir (53, 54).

Ya hep ya hiç tarzı düşünme

Yaşantıların siyah ve beyaz olarak iki uç kutupta değerlendirilmesi anlamına gelir. Bir öğrencinin “Tüm soruları doğru yapmazsam bu benim başarısız olduğum anlamına gelir” şeklinde düşünmesi bu bilişsel işleme tipine örnek olarak verilebilir (53, 54).

Aşırı genelleme

Yaşanılan olumsuzluk ile ilgili olan veya olmayan her durum için bir veya daha fazla olayın sonuçlarının bir genellemesidir. Bir matematik dersinde bir konuyu anlamakta zorlanan bir öğrencinin "Asla başarılı bir öğrenci olmayacağım" diye düşünmesi aşırı genellemenin bir örneğidir. Böyle bir yanlış anlamının bir örneği, öğrencinin başarılarını önemsiz görmesi ve başarılarını herkesin yapabileceği bir şey olarak görmesi, başarısızlıklarını abartmaya ve eksikliklerini abartmaya meyilli olmasıdır (53, 54).

Artış ve azalma

Bu tür bilişsel işlemede olumsuz olaylara verilen önem abartılırken, olumlu olaylara önem verilmemektedir. Böyle bir yanlış anlamının bir örneği, öğrencinin başarılarını önemsiz görmesi ve başarılarını herkesin yapabileceği bir şey olarak görmesi, başarısızlıklarını abartmaya ve eksikliklerini abartmaya meyilli olmasıdır (53, 54).

Kişiselleştirme

Kendisiyle çok az ilgisi olan veya hiç ilgisi olmayan olayların sorumluluğunu almak ve sebepsiz yere meydana gelen olumsuz olayların sorumluluğunu almak, kişiselleştirme olarak tanımlanır. Bir öğrencinin sınıfta iki arkadaşının birbiriyle konuşarak gülmesini “Kesin bana gülüyorlar” diye yorumlaması kişiselleştirmeye verilebilecek bir örnektir (53, 54).

Felaketleştirme

Tehlikedeki kişi, diğer olası sonuçları düşünmeden ve yeterli kanıt olmadan geleceği olumsuz olarak tahmin eder. Sınavda istenen başarıyı elde edemeyen bir öğrenci "Üniversiteyi asla kazanamayacağım" diye düşünmesi felaketleştirmeye örnek verilebilir (53, 54).

Meli-Malı ifadeleri

"Zorunlu" ifadeler olarak da bilinen bu tür bilişsel işlemeye göre, insanların kendileri ve başkalarının davranışları veya dünyanın işleyişi hakkında belirli kuralları vardır. Bu katı kurallara uyulmazsa, potansiyel olumsuz sonuçları abartma eğilimindedirler. Örneğin, bu düşünce tuzağına düşen ve kendisine günde 1000 soru çözme hedefini koyan bir öğrenci, bu amaca ulaşamazsa kendini suçlu hissedebilir ve sonuçları abartabilir (53, 54).

Zihin okuma

Başkalarının kafasında ne olduğunu bildiğimize veya aklımızda ne olduğunu bilmeleri gerektiğine inanmak olarak tanımlanır (53, 54).

Duygudan sonuca geçiş

Bu tür bilişsel işleme, kişinin duygusal olarak hissettiği şeyin doğru olduğu ve duyguları gerçekliğin kanıtı olarak görmesi ve aksi yöndeki kanıtlara rağmen bu kanıtı göz ardı etmesi olarak tanımlanır. Duygusal çıkarım olarak da adlandırılan bu tür bilişsel işlemenin bir örneği, "Endişeliyim, sana kötü bir şey olacak" ifadesidir (53, 54).

Etiketleme

Bu, tek bir olumsuz deneyim sonuç ya da, kanıtlar dikkate alınmadan kişinin kendisini veya başkalarını olumsuz olarak etiketlemek olarak tanımlanır. Bu tür bilişsel işlemeye örnek olarak, sınavlarda istenen sonuçlara ulaşamayan bir öğrencinin kendisine "Ben aptalım" demesi örnek olarak verilebilir (53, 54).

Geleneksel BDT’de otomatik düşüncelerle çalışıldıktan sonra, bu düşüncelerden daha derinde olan ve değişime otomatik düşünceler gibi açık olmayan ara inançlar ve temel inançlarla çalışılmaktadır. Bu aşamada da ilk yapılması gereken tıpkı otomatik düşüncelerle çalışırken izlenen yol gibi ara inançların ve temel inançların açığa çıkarılmasıdır. Temel inançlar otomatik düşüncelerdeki ortak temalardan keşfedilebilirken, ara inançların saptanması için ise doğrudan sorular sorulabileceği gibi derine doğru inme gibi teknikler de kullanılabilir. Daha derinde yer alan ve uzun yıllardan beri hayatlarını bu inanç ve kurallara göre düzenleyen bireylerin temel inanç ve ara inançlara olan inancı daha yüksektir. Bu nedenle bu inançların gerçeğe uygun hale getirilmesi sürecinde davranış deneyleri de önemli rol oynamaktadır (53, 55).

Bilişsel Davranışçı Terapi seans sürecinde bilişsel tekniklerle birlikte davranışçı tekniklere de yer vermektedir. Bu teknikler arasında özellikle fobilerin tedavisinde kullanılan sistematik duyarsızlaştırma, aşamalı karşılaştırma (maruz bırakma), ilerleyici (progresif) kas gevşetme egzersizleri, nefes egzersizi, yine özellikle travma sonrası stres bozukluğu tedavisinde uzatılmış karşılaştırma, davranışsal aktivasyon gibi teknikler yer almaktadır (55). Tüm bu teknikler geleneksel bilişsel davranışçı terapisinin bazı temel ilkeleri çerçevesinde yürütülür.

2.8. Bilişsel Davranışçı Terapi ve DEHB

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT): Biliş, davranış ve duygu arasındaki etkileşime odaklanan bir psikoterapi yöntemidir. Ruhsal bozuklukların tedavisinde BDT’de düşünceler, imgeler ve inançlar gibi bilişsel unsurları kullanır. BDT süreci, insanların halihazırda sahip oldukları uyumsuz bilişsel ve davranışsal kalıpların farkına varmasını sağlar. Bu aşamadan sonra insanlara alternatif düşünceler, davranışlar ve alışkanlıklar verilir; uyumsuz bilişsel ve davranış kalıplarını uyarlayabilirler (54). DEHB olan kişilerin bilişsel ve davranışsal kalıpları etkilendiği için insanların yaşamlarını olumsuz etkilemektedir. DEHB’li bireyler, erken yaşlardan itibaren konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık, problem çözme becerilerinin eksikliği ve hazzı geciktirememe gibi nöropsikolojik bozukluklara sahiptir. İnsanların durumundaki bu bozulmalar; akademik başarısızlık, mesleki sorunlar, ilişkilerde sosyal ve duygusal sorunlar, yenilikçilik ve riskli davranışlar gibi olumsuz yaşam deneyimlerine neden olur. Bu deneyimlerin yarattığı düşünce ve inançlar, davranışlar ve duygularla etkileşime girerek, DEHB’li kişilerin mevcut uyumsuz kalıplarını gün geçtikçe pekiştirmektedir (54-56).

DEHB tanısı almış kişilerin günlük yaşamlarının yanı sıra kapsayıcı bir benlik duygusuyla ilgili kurallar veya koşullu ifadeler şeklinde özelleşmiş ifadeleridir (55). Hayatlarının çeşitli alanlarında, özellikle kişisel ilişkilerinde ve yerine getirilmesi gereken becerilerde zorluk yaşadıkları anlaşılabilir bir durumdur. Bu bağlamda, zor bir çocukluk geçiren DEHB’li çocuklar, göze batmayan bir çocukluk geçirenlere göre çok daha olumsuz eleştirilere maruz kalır. Bu deneyimler sonucu, DEHB’li yetişkinlerde belirli kalıplar yaratır (56). Bundan dolayı ileri zamanlarda DEHB, bir yetişkinin hayatını yaşamasında birçok engelle karşılaşmasına neden olur. Bu nedenle BDT yetişkinler içinde kısa vadede faydalı olan telafi edici stratejilerin geliştirilmesini sağlar.

2.9. DEHB Olan Çocuklarda İçselleştirilmiş Damgalanma ve Umut

DEHB belirtileri, süregelen dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve/veya dürtüsellik davranışlarını içermektedir (57, 58). DEHB tanı kriterleri içerisinde dikkat eksikliği belirtilerini taşıyanlar çocuk, ergen ya da yetişkin olabilirler. Hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerini ağırlıklı gösterenler ise genellikle okul öncesi dönemdeki (3-5 yaş) çocuklardır. Her iki grup belirtileri gösteren DEHB'li lilerin ise genellikle 6-12 yaş çocukları olduğu belirtilmiştir (43). Literatür incelendiğinde DEHB olan çocukların hangi yaş grubunda olursa olsun damgalanmaya maruz kaldıkları bilinmektedir (57, 58). DEHB tanısı alan çocukların, diğer DEHB tanısı almış çocuklar ile ilgili olumsuz düşünce ve inançlara sahip olduğu görülmüştür. Nitekim DEHB'li çocuklarda bu durum kendilerinde olan bir özelliğe karşı olumsuz tutum sergiledikleri dolayısı ile damgalamayı içselleştirdikleri görülmüştür (59). DEHB olan çocukların damgalamasının nedenleri incelendiğinde öğretmenlerin bilgi düzeylerinin yanında, kendileri gibi DEHB tanısı almış çocuklar ile ne kadar zaman geçirdiklerinin de önemli katkısı olduğu görülmüştür (60). DEHB'li çocuklarda olduğu gibi ailelerinde çocukları üzerindeki damgalanmayı içselleştirdikleri görülmüştür. Ebeveynlerin içselleştirilmiş damgalanması, başkalarının çocuklarına karşı tutumu ve ilaç kullanımı gibi konuları kapsamaktadır (61). Ebeveynlerin bu tutumları incelendiğinde DEHB'li çocukların babalarından ziyade annelerinin içselleştirilmiş damgalanmaya eğilimli oldukları gözlenmiştir (62).

Tüm damgalama davranışlarında gözlemlendiği üzere, DEHB ile ilgili damgalama da birçok değişkenden etkilenmektedir. Örneğin DEHB tanısı incelendiğinde kadınların erkeklerden daha fazla damgalama deneyimlediği gözlemlenmiştir (63). DEHB davranışlarının belirlenmesi ve yönetilmesinde ebeveyn ve öğretmenlerin rolleri oldukça önem taşımaktadır. Öğretmenlerin DEHB hakkındaki bilgi ve davranışlarını değerlendirmek üzere yapılan çalışmalar, birçok farklı ülkede çalışan öğretmenlerin doğru davranış ve tutum içerisinde olmadıkları ve DEHB olan öğrencilerin damgalanma süreçlerine katkı sunduğu belirtilmiştir (64).

DEHB'li çocukların içselleştirilmiş damgalanmalarının nedenleri araştırıldığında, çocuğun yakın çevresindeki söylemler ve madde kullanımı en önemli etkenlerdir (65). DEHB tanılı çocuklarda benlik saygısının, bu yan etkiler ortaya çıktığında klinik tedaviye uyum ile ilişkili olduğu tartışılırken, akademik başarısızlıklarının nedeni olarak DEHB tanısı aldıklarını göstermektedir (59).

Çocuklar ve ergenler için içsel damgalanmanın bir başka etkisi de semptomların alevlenmesidir (66). DEHB tanılı erkek çocukların matematik derslerinden beklentilerinin düşük olması nedeniyle gerçek potansiyellerine ulaşamadıkları belirtilmiş ve bunun nedeni olarak içsel damgalanma gösterilmiştir (67). DEHB olan kişilerde damgalanmanın hafife alınan bir risk faktörü olduğu ve damgalanmanın tedaviye uyumu, tedavi etkinliğini, semptom şiddetini, yaşam doyumunu ve iyilik halini etkilediği bildirilmiştir (68). Benzer şekilde, çocukluk ya da ergenlik döneminde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ya da depresyon tanısı konan kişilerin retrospektif bir çalışmada üç ana tema ortaya çıkmıştır. Bu başlıklar, diğerlerinden farklı hissetme, akran damgalamasına yatkınlık (zorbalık) ve seçici açıklama (hastalığı örtbas etme) olarak sıralanmıştır (69).

Literatürde ilk kez umut, bir amaca ulaşma sürecindeki olumlu beklentiler olarak tanımlanmıştır (70). Daha sonra Snyder (2002) bunu, istediğimizi elde etmek için harekete geçme motivasyonu ve bu hedeflere ulaşmanın yollarını düşünme süreci olarak kavramsallaştırmıştır (71).

Umutsuzluk, gelecekte iyi bir durumun ortaya çıkmayacağına ya da kötü bir durumun olacağına dair inanç olarak tanımlanmaktadır (72). Literatür incelendiğinde, umut ve içsel damgalanmanın birbiriyle bağlantılı olduğu fark edilmiştir. Araştırmalar, psikolojik sorunları olan ve işlevselliği bozan kişilerin içsel damgalayıcı inançları arttıkça geleceğe dair umutlarının azaldığını göstermektedir (73,74).

Yukarıda bahsedildiği gibi, içsel damgalanma büyüdükçe umudun ve iyileşmenin azaldığını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (75). İçsel damgalanma ile umut arasındaki ilişki incelendiğinde benlik saygısının aracı bir rol oynadığı görülmektedir (76). Dolayısıyla umut, içselleştirilmiş damgalanmanın tedavisinde önemli bir bulgu olarak görünmektedir.

2.10. DEHB ve Hemşirelik Yaklaşımları

DEHB semptomlarının görüldüğü çocuklar aile ve sosyal çevreleri ile ilgili çok sayıda olumsuzluklar yaşarlar. Bu semptomları giderebilmek için farmakolojik ya da non farmakolojik birçok yöntem kullanılmaktadır. Birlikte uygulanabilen tedavi yöntemleri farmakolojik tedavinin dozunun azalmasına neden olabildiği için, farklı tedavi modelleri mevcuttur (77). Çok sayıda psikososyal müdahale ve iletişim becerilerinin kullanıldığı tedavi modellerinde disiplinler arası çalışma oldukça önem kazanmaktadır. Bu nedenle

hem aile hem de çocuk özelinde DEHB tedavisinin sürdürülmesi ve bakımında hemşirenin önemi büyüktür. Özellikle çocukların kendilerine ve çevrelerine zarar vermesinin önlenmesi, aile ve çocuğa eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin yürütülmesinde hemşireler kilit role sahiptirler (78). Bu nedenle DEHB olan çocukların hem doğrudan kendilerinde hem de dolaylı olarak ailesi ve okul hayatlarına yönelik çok sayıda hemşirelik yaklaşımının uygulanması söz konusudur.

2.10.1. DEHB Olan Çocuğa Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

DEHB tanılı çocukların öncelikle yaşadıkları güçlüklerin nedenleri, ilaç tedavisi, ortaya çıkan sorunları çözme yol ve yöntemleri hakkında bilgilendirilmesi önemlidir. Eğitim bireysel farklılıkları dikkate almalı ve planlama bireyselleştirilmelidir (79). Çocuklar, dürtülerini kontrol etmek, özsaygı oluşturmak ve iç görü kazanmak için bilişsel davranışçı terapiye ihtiyaç duyabilirler. Çocukların dikkatini ve yönetsel işlevselliğini geliştirilirken, öfke yönetimi, problem çözme teknikleri, sosyal becerilerin üzerinde durulmalıdır. Öğrenme sürecinde çocuğun iletişim becerileri ve sosyal çevreyi edinmesi gibi konulara özellikle dikkat edilmelidir (80).

DEHB'li bir çocuk ev işlerinde okul hayatında sürekli bir programa bağlı kalmakta zorlanır. Bu nedenle sorumluluklarını yerine getirmekte yetersiz kalabilir. Bu durum anne baba tarafından çocuğa karşı giderek daha ağır cezalara ve daha sert cezalara yol açmaktadır (81).

DEHB'li çocukların ebeveynleri genellikle umutsuzluk ve güvensizlik duyguları yaşadıklarından, tepkilerinin aşağılayıcı, kırıncı ve moral bozucu olduğunu fark etmeyebilirler (82). Bu durum çocukların daha tepkisel ve daha az işbirliğine yatkın olmalarına sebep olur. Yabancılaşmaya neden olan çocuğun bu tutumu, ebeveynlerin DEHB'yi nörolojik bir hastalık olarak değil, çocuğun giderek artan olumsuz bir davranışı olarak algılamasına neden olur. Davranışlarından bıkmış bir aile, çocuğa karşı daha az anlayışlı ve daha hoşgörüsüz olacaktır. Bu kısır döngüde çocuğun aile içindeki yeri problemlili çocuk, kaba çocuk, şımarık çocuk gibi tanımlarla belirlenecektir. DEHB olan bir çocuk, ailede ters giden her şeyden sorumlu tutulacaktır (81, 83).

Büyükler tarafından sık sık eleştirilmek, azarlanmak, hatta dövülmek, arkadaş gruplarına alınmamak ve çoğunlukla derslerde başarısız olmak çocuğun benlik saygısının azalmasına, çocuğun iç dünyasında huzursuz olmasına ve üzüntü duymasına yol açabilir.

Çocuk temelde kendine saygısını yitirirken, görünürde aldırmaz ve vurdumduymaz görünebilir (81).

Bütün bu olumsuzluklar DEHB'li çocuğun semptomlarının artmasına dolayısı ile içselleştirilmiş damgalanmanın artmasına ve umudun azalmasına neden olabilir. Bu durumun önüne geçmek umudu arttırmak ve içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmak için, BDT, sosyal beceri eğitimleri ve ebeveyn eğitimleri başlıca hemşirelik yaklaşımları olup, aşağıda belirtilen uygulanması önemlidir.

- DEHB'li çocuk ya da ergen ile aynı hanede yaşayan aile bireylerinin eğitilmesi özellikle içselleştirilmiş damgalanma üzerinde önemli katkısı olacaktır. Bu eğitimlerde DEHB belirtilerinin neler olduğunu, çocuğun çevresi tarafından damgalanmasına neden olan bu belirtilerin çocuğun elinde olmadığını aileye anlatmak çevrenin olumsuz etkisini önlemek açısından önemli bir hemşirelik yaklaşımıdır (83).
- Aile içi ilişkilerin düzenlenmesi çocukların yıkıcı davranışlarında azalmaya neden olduğu bilinmektedir (84). Bu durum aynı zamanda çocuklarda umudu artırma üzerinde olumlu etkisi düşünüldüğünde yine psikoeğitim uygulamalarının aile içi iletişimi arttırmaya yönelik uygulanması umudu arttıracaktır (85).
- Çocuğun okul ve sosyal çevresinde içselleştirilmiş damgalanma sorunlarının giderilmesi için hemşire, öğretmenle iletişimde aileye destek olmalıdır. Aile, öğretmen ve terapist arasındaki sürekli iletişim çocuğun gelişimi için faydalıdır (85).
- Öğretmenlerin karşılaştığı zorluklar tartışılmalıdır. Özellikle çocuğun sosyal becerilerini geliştirmesi için öğretmen iş birliği ile sosyal beceri eğitimleri düzenlenebilir. Çocuğun kendi yarattığı sorunları kasıtlı olarak yaratmadığı anlatılmalı ve çözüm önerileri getirilmelidir. Okuldaki faaliyetlerde rehberlik servisi ile işbirliği içinde olunmalıdır (84).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak yapıldı.

3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırma Mayıs 2020 - Ocak 2022 tarihleri arasında Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde yürütüldü. Belirtilen tarihlerde hastanede üç adet çocuk psikiyatri polikliniği bulunmakta olup, her bir poliklinikte bir çocuk psikiyatri uzmanı ve bir tıbbi sekreter hizmet vermektedir. Hastanede toplam altı çocuk psikiyatri hekimi hizmet vermektedir. T.C Sağlık Bakanlığı merkezi hekim randevu sisteminde her bir poliklinik için 50 hasta randevu verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk Psikiyatri bölümünde DEHB tanısı ile tedavi alan çocuklar oluşturdu. Hastanenin mevcut çocuk psikiyatri polikliniklerinde aylık ortalama 90-100 arası DEHB tanılı çocuk ya da ergen hizmet almaktaydı. Örneklem büyüklüğünü belirlemek amacı ile hastane otomasyon sisteminden alınan bilgiler incelendiğinde 2020 yılı içerisinde 1029 DEHB tanılı hastanın çocuk psikiyatri bölümlerinden hizmet aldığı görüldü. Araştırmanın verilerinin toplandığı 2021 yılı ilk altı ay içerisinde ise bu sayı 691'dir.

Araştırmada örneklem büyüklüğünü belirlemek amacı ile G-Power 3.1.9.2 programı kullanıldı. Araştırmaya başlamadan önce yapılan literatür incelemelerinde referans sonuçlar esas alınarak yapılan değerlendirmede alfa: 0.05, etki büyüklüğü 0.8 iken her bir grup için araştırmaya dahil edilmesi gereken katılımcı sayısı 64 olarak elde edildi. G Power 3.1.9.2 programına girilen veriler ile alınan çıktılar aşağıda verildi (6-8).

T test- Means Difference between two independent means (two group)

Analysis: A Priori A Compute required sample size

Input:	Tail(s)	= One
	Effect Size d	= 0.5
	α err prob	= 0.05
	Power (1- β err prob)	= 0.80

	Allocation ratio N2/N1	= 1
Output:	Noncentrality parameter	= 2.5248762
	Critical t	= 1.6602343
	Df	= 100
	Simple Size Group 1	= 64
	Simple Size Group 2	= 64
	Total Simple Size	= 128

Örnekleme seçim kriterlerine uygun olan DEHB tanısı ile tedavi alan bireyler random.org sitesinin Numbers alt başlığında yer alan Random Integer Generator (random.org - Erişim Tarihi: 12.01.2020) yöntemi kullanılarak 1-150 arasında tek gruplu sütunlar oluşturuldu. Sütunda 1 ve 3 rakamları gözetilerek (1 kontrol, 3 deney) bireyler gruplara randomize olarak atandı.

Araştırmaya toplam 128 çocuğun (64 deney, 64 kontrol) dahil edilmesi tasarlandı. Ancak, araştırmadan, ayrılma, devamsızlık, vazgeçme vs. gibi durumlar göz önüne alınarak deney ve kontrol gruplarının her birine 75 kişi olacak şekilde toplam 150 kişi araştırmaya dahil edildi. Deney grubundan beş hasta (iki çocuğun ailesi boşanma aşamasında olması, bir kişinin ailesi başka yere taşınması, iki kişinin babasının izin vermemesi) eğitime devam etmediği için araştırmadan çıkarıldılar. Araştırma toplam 145 çocuk (70 deney, 75 kontrol) ile tamamlandı. Konsort araştırma uygulama akış şemasında (Şekil 3.1) gösterildi.

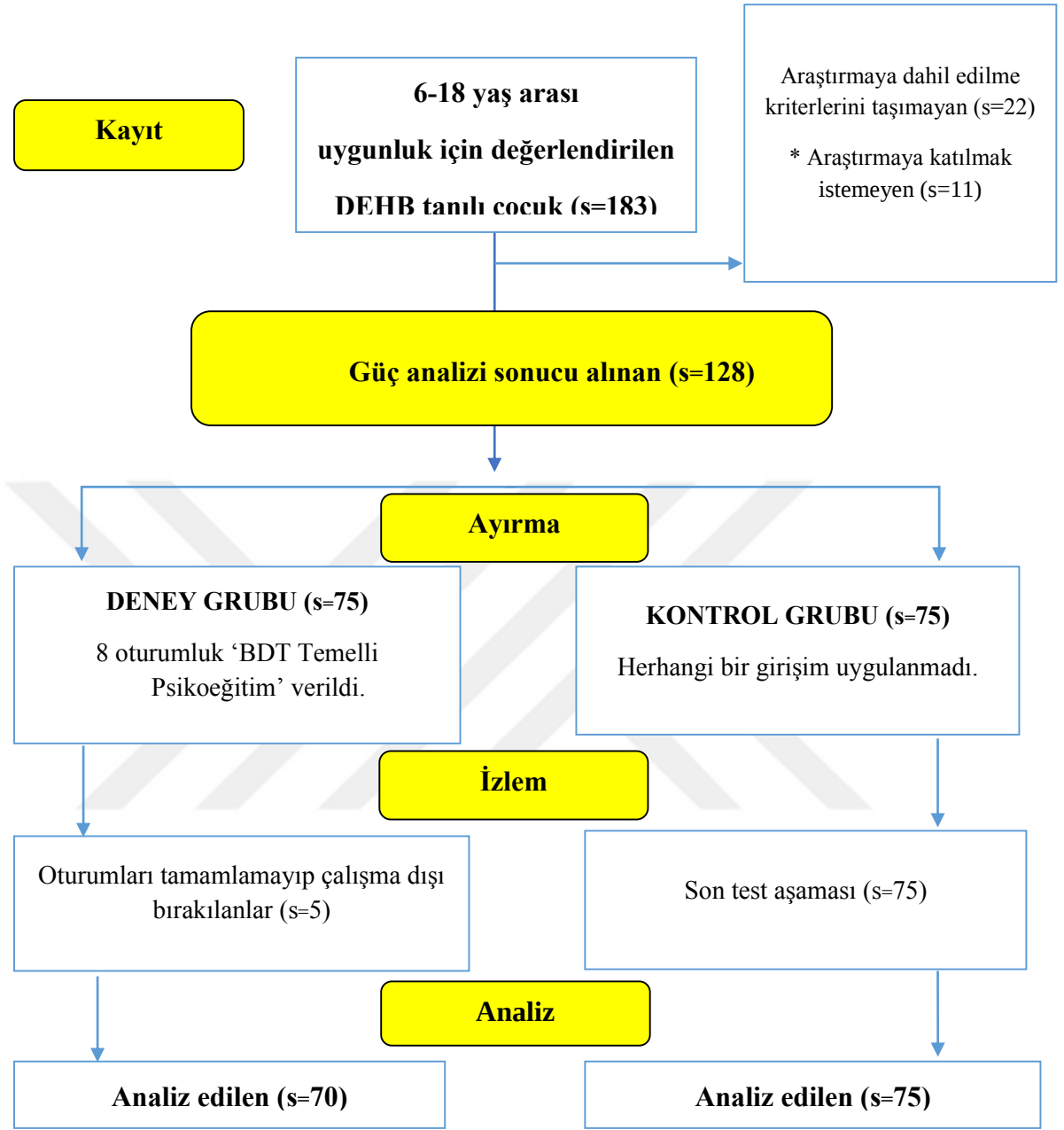
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 6-18 yaş arasında olma,
- İletişim ve iş birliğine açık olma,

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Daha önce BDT Temelli Psikoeğitim Programına katılmış olması

ARAŞTIRMA KONSORT ŞEMASI



Şekil 3.1. Araştırma Akış Diyagramı

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2)

Literatür taraması doğrultusunda oluşturulan formda çocuğa ilişkin bilgilerde; yaş, eğitim durumu, çocuğun cinsiyeti, çocuğun kardeş sayısı. Aileye ilişkin bilgilerde; yaş,

çocuğa yakınlık derecesi, cinsiyeti, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durumu, gelir düzeyi bilgilerine ilişkin sorular yer almaktadır (9-15).

3.4.2. Çocuklar ve Ergenler İçin İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (ÇEİİDÖ) (EK-3)

ÇEİİDÖ, 2019 yılında Çağlayan tarafından geliştirilmiştir. 32 maddeden oluşan ölçeğin maddeleri 1-5 (1: Ben bu düşüncenin doğru olduğuna hiç inanmıyorum, 5: Ben bu düşüncenin doğru olduğuna kesinlikle inanıyorum) arasında puanlanmaktadır. ÇEİİDÖ kendini damgalama ve başkası tarafından damgalama olmak üzere iki ayrı şekilde puanlanmaktadır. Her grup için alınabilecek en düşük puan 32 iken en yüksek puan 160'dır. ÇEİİDÖ geçerlilik ve güvenirlilik çalışmaları DEHB tanılı çocuk ve ergenler üzerinde yapılmıştır. Bu özelliği ile DEHB tanılı çocuklarda içselleştirilmiş damgalanmanın değerlendirilmesinde ÇEİİDÖ, diğer içselleştirilmiş damgalanma ölçeklerinden daha çok tercih edilmektedir. Bu durum ÇEİİDÖ'nün güvenirliliği yüksek bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar damgalanmanın yüksek olduğunu göstermekte olup alınan puanın düşmesi içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin azalması olarak yorumlanmaktadır. Çağlayan tarafından geliştirilen ÇEİİDÖ'nün Cronbach's alfa güvenirlilik kat sayısı 0.92 olarak elde edilmiş ve yüksek güvenirlilik düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir (86). Bu araştırmada ise yapılan ölçümlerde Cronbach's alfa güvenirlilik kat sayısı 0.93 olduğu belirlendi.

3.4.3. Çocuklarda Umut Ölçeği (ÇUÖ) (EK-4)

ÇUÖ, 1997 yılında Snyder ve ark. tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçeye uyarlanması ise 2009 yılında Atik ve Kemer tarafından yapılmıştır (87). Altı maddeden oluşan ölçek altılı likert (1: Hiçbir zaman, 6: Her zaman) ile yanıtlandırılmaktadır. Ölçek, amaca ulaşma yolları ve amaca güdülenme olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 6 iken en yüksek puan 36'dır. Puanın artması, kişinin umudunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlilik çalışmasında Cronbach's alfa güvenirlilik katsayısının 0.71 olduğu belirtilmiştir (87). Bu araştırmada ise Cronbach's alfa güvenirlilik katsayısının 0.90 olduğu belirlendi.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler Haziran 2020 – Eylül 2021 tarihleri arasında Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde özel görüşmenin yapılabileceği bir odada Pazartesi ve Cuma günleri olmak üzere haftanın iki günü yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplandı. Kontrol ve deney grubuna ön test için tanıtıcı özellikler formu, ÇEİİDÖ, ÇUÖ, 4 haftalık eğitim sonrası son test verileri için ise ÇEİİDÖ, ÇUÖ uygulandı. Veri toplama araçlarının uygulanma süresi yaklaşık olarak 15-20 dakika sürdü.

3.6. Hemşirelik Girişimi

Hemşirelik girişimi materyali olarak araştırmacı tarafından oluşturulan, “Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitim” kitapçığı kullanıldı. Bilişsel Davranış Terapi (BDT) Temelli Psikoeğitim uygulayan araştırmacı, Fırat Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezinden 21 Aralık 2019 – 19 Ocak 2020 tarihinde verilen “Uygulamalı Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi” adlı eğitim programına katılmış ve katılım belgesini aldı (Ek-11).

Deney grubundaki çocuklara ilk oturumda, Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde eğitimin yapılabileceği bir odada, araştırmacı tarafından BDT Temelli Psikoeğitim programı hakkında bilgi verildi. Bilgilendirme sonrası deney grubundaki çocuklara ön testler (Tanıtıcı Özellikler Formu, ÇEİİDÖ ve ÇUÖ) uygulanıp, çocuklarla BDT Temelli Psikoeğitim günleri belirlendi. Bu eğitimler haftada iki gün (Pazartesi, Cuma) 4 hafta boyunca devam edildi. Oturumlar 6-10 yaş arasındaki çocuklara yaklaşık 20-30 dakika, 11-18 yaş arasındaki çocuklara ise yaklaşık 30-40 dakika süre ile gerçekleştirildi. Eğitimler 8-10 kişilik gruplara ayrılarak grup eğitimi şeklinde yapıldı. Ayrıca çeşitli nedenlerle oturumlara katılamayan ya da programa (gün/tarih olarak) uymakta güçlük çeken çocuklar için telafi oturumları (Salı, Perşembe) düzenlendi. Kontrol grubundaki çocuklara herhangi bir girişimde bulunulmadı. Deney grubuna BDT Temelli Psikoeğitim kitapçığı (Ek-9), oturum planı ve oturum ödevleri (Ek-10) verildi. Araştırmanın yapıldığı süreç içerisinde kontrol ve deney grubundaki çocuklar rutin tedavi ve uygulamalarına devam edildi.

3.6.1. BDT Temelli Psikoeğitim Oturum İçerikleri

Çalışma kapsamına alınan çocuklara uygulanan BDT Temelli psikoeğitim, çocukların semptomlarını azaltmasının yanında uygun davranış biçimlerini kazandırmaya yönelik sekiz oturum olarak düzenlendi. BDT Temelli Psikoeğitim Uygulama Planı Tablo 3.1’de verildi. Her bir oturumda yapılan eğitimlerin ayrıntılı içeriği aşağıda verildi:

1. Oturum: Temel amaç eğitimin uygulayıcısı ile eğitim alanların tanışması sağlandı. Terapi süreci, amaçlar ve kurallar hakkında grup üyeleri bilgilendirildi. Grup üyeleri ile eğitimci arasında terapötik iletişim yöntemleri kullanılarak DEHB tanılı çocukların eğitim sürecine katılmaları sağlandı. Terapi sürecinin esasları ve devam edilmesinin önemi birinci oturumda önemle belirtildi. Çocukların bir sonraki oturuma hazırlanmaları yönünde çalışmalar yapıldı.

2. Oturum: DEHB hakkında bilgilendirme yapıldı. Çocukların farklılıklarının belirlenmesi, kontrol stratejilerinin değerlendirilmesi, davranış değişiklikleri kazandırma yönünde güdüleme amaçları belirlendi. Bir sonraki terapi oturumuna kadar kendilerini gözlemlmeleri amacıyla araştırmacı tarafından verilen formun, çocukların özelliklerini anlatabilecek, rahatsızlıklarını vurgulayabilecek kişiler olan anne-baba, öğretmeni, sınıf arkadaşı ve beraber vakit geçirdikleri diğer yakın çevresi (kuzen, amca, dayı vs.) tarafından doldurulmaları için DEHB tanılı çocuklara ev ödevi verildi.

3. Oturum: Dürtüsel davranışlarının tanımlanması bu davranışların olumsuz yönleri anlatılarak önlenmeye yönelik çalışmalar üzerinde duruldu. Özellikle ani gelişen durumlarda DEHB tanılı çocukların düşünerek hareket etmesini sağlayacak yöntemler oyun terapisi, rol play yöntemleri ile anlatılarak stratejiler geliştirildi. BDT Temelli yöntemleri ile DEHB tanılı çocuklar arasında sorun çözme becerileri geliştirildi. Ebeveynlere çocukların dürtüsel davranışlarını takip etmesi için gözlem formu verildi.

4. Oturum: Ebeveynlerden gelen gözlem formları incelenip değerlendirmeler yapıldıktan sonra bir önceki haftanın kısa bir tekrarı yapıldı. Bu hafta görsel materyaller kullanılarak dikkat geliştirme çalışmaları üzerinde duruldu. Çocuğun günlük rutin işlemleri ve yapması gerekenler bir programı oluşturularak, bunları aşamalı bir şekilde yerine getirmesi sağlandı. Günlük yaptığı görevlerin her biri basamaklar halinde yerine getirilmesi ve gerekirse bunlar için ek süre verilmesi hakkında ebeveynler bilgilendirildi. Bunun için hazırlanan görev listesi formunu çocuğun oluşturması için ödev verildi.

5. Oturum: Çocuklardan gelen ödevler değerlendirildi ve kısa bir tekrar yapıldı. Dikkat toplama ve düşünce faaliyetleri ile katılımcılarda oto kontrol mekanizmaları geliştirildi. Bu oturuma özellikle ebeveynler dahil edilerek katılımcıların enerjilerini doğru kullanmaları adına günlük fiziksel aktiviteler yapılması ve kazaların önlenmesi için önlemler anlatıldı. Günlük diyetinde kaçınılması gereken gıda listesi verildi. Bu hafta hem ebeveynler hem de çocuk için hazırlanan fiziksel aktivite ve beslenme takipleri verildi.

6. Oturum: İçselleştirilmiş damgalanma ele alındı ve ebeveyn tutumları belirlendi. Çocukların öz yeterliliği desteklenerek benlik saygısı artırıldı. Oturum 4 ödevi ebeveynleri yerine akranları ile oynaması ve oturum 7 ödevi verildi.

7. Oturum: Bu oturumda çocukların umut kavramı tanımları sağlanarak umut düzeyleri tespit edildi. Psikolojik olarak iyi olmaları için hem çocuk ya da ergenler hem aileleri ile değerlendirmeler yapıldı. Çocukların motivasyonu artırılması için çalışmalar yapıldı. Umutlu düşünebilme becerileri geliştirildi. İlk beş hafta işlenen konular tekrar içselleştirilmiş damgalanma ve umut kavramları yönünde değerlendirildi. Yedi hafta boyunca elde edilen veriler ebeveynleri ile önem sırasına konularak puanlandırıldı.

8. Oturum: Çocuklardan geribildirimler alınarak eğitim sürecinde meydana gelen davranış değişiklikleri değerlendirildi. Belli bir puan toplayan çocuklara ödüllendirmeler verildi. Genel değerlendirme ve öneriler verilerek terapi süreci tamamlandı. Son testlerin uygulanması gerçekleştirildi. BDT Temelli Psikoeğitimin oturum ödevleri verildi (EK-10).

Tablo 3.1. BDT Temelli Psikoeğitim Uygulama Planı

DEHB Olan Çocuklarda BDT Eğitim Programı	
1. Oturum: Giriş	2. Oturum: DEHB' nu Anlama
Amaçlar: ➤ Eğitimin uygulayıcısı ile eğitim alanların tanışması ➤ Terapi süreci, amaçlar ve kurallar hakkında grup üyelerinin bilgilendirilmesi ➤ Grup üyeleri ile eğitimci arasında terapötik iletişim kurma	Amaçlar: ➤ DEHB nedir? ➤ Farklılıkların belirlenmesi ➤ Kontrol stratejilerinin değerlendirilmesi ➤ Davranış değişiklikleri kazandırma yönünde güdüleme
3. Oturum Konu: Dürtüsellik	4. Oturum: Dikkatsizlik
Amaçlar: ➤ Dürtüsel davranışların tanımlanması ➤ Dürtüsel davranışların olumsuz yönlerinin anlatılması ➤ Beklenmedik olayların yönetimi ➤ Ev ödevleri	Amaçlar: ➤ İmpuls (dürtü) kontrolü sağlama ➤ Daha uzun süre düşünerek hareket etme ➤ Motor hareketlerin uygun bir şekilde yönetimi ➤ Dikkat toplama ➤ Ev ödevleri
5. Oturum: Hiperaktivite	6. Oturum: İçselleştirilmiş Damgalanma
Amaçlar: ➤ Oto kontrolü geliştirme ➤ Enerjisini doğru kullanabilme ➤ Beklenmedik kazaları engelleme ➤ Beslenme tarzının düzenlenmesi ➤ Fiziksel aktivite ve beslenme takibi	Amaçlar: ➤ İçselleştirilmiş damgalanma nedir? ➤ Çocuğun öz yeterliliğinin desteklenmesi ➤ İçselleştirilmiş damgalanmada ebeveyn tutumlarının belirlenmesi ➤ Çocuğun benlik saygısının artırılması
7. Oturum: Umut	8. Oturum: Genel Değerlendirme
Amaçlar: ➤ Umut kavramının tanımı ➤ Çocuğun psikolojik iyi oluş durumunun değerlendirilmesi ➤ Çocuğun motivasyonun artırılması ➤ Umutlu düşünebilme becerilerinin geliştirilmesi	Amaçlar: ➤ Genel tekrar ➤ Eğitim sürecinde meydana gelen davranış değişikliklerinin değerlendirilmesi

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: İçselleştirilmiş damgalanma ve umut

Bağımsız Değişken: Bilişsel Davranışçı Terapi Temeli Psikoeğitim.

Kontrol Değişkenleri: Çocuğa ilişkin bilgilerde; yaş, eğitim durum, çocuğun cinsiyeti, çocuğun kardeş sayısı. Aileye ilişkin bilgilerde ise; yaş, çocuğa yakınlık derecesi, cinsiyeti, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durumu, gelir düzeyi ile ilgilidir.

3.8. Araştırma Gruplarının Homojenliği

Araştırma kapsamında oluşturulan deney ve kontrol gruplarının homojenliğinin değerlendirilmesinde çocuk ve ebeveynlerinin özellikleri ayrı ele alınmıştır.

Tablo 3.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Çocuk Eğitim Durumu		Kontrol (s=75)	Deney (s=70)	Test Değeri
İlköğretim ve Alt	n	37	43	$\chi^2:0.964$ p:0.207
	%*	49.3%	61.4%	
Orta ve Lise	n	38	27	38.6%
	%*	50.7%	38.6%	
Çocuk Cinsiyeti		Kontrol	Deney	Test Değeri
Kız	n	24	23	$\chi^2:0.217$ p:0.560
	%*	32.0%	32.9%	
Erkek	n	51	47	67.1%
	%*	68.0%	67.1%	
Kardeş Sayısı		Kontrol	Deney	Test Değeri
Tek Çocuk	n	9	7	$\chi^2:3.807$ p:0.149
	%*	12.0%	10.0%	
2-3 Çocuk	n	49	40	57.1%
	%*	65.3%	57.1%	
4 ve Daha Fazla	n	17	23	32.9%
	%*	22.7%	32.9%	
Yaş		Kontrol (x±ss)	Deney (x±ss)	Test Değeri
Çocuğun Yaşı		10.64±3.48	10.80±3.62	t:-0.371 p:0.711

*Sütun Yüzdesi

Araştırmada çocukların eğitim, cinsiyet, kardeş sayısı ve yaş özellikleri incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir (Tablo 3.2, $p>0.05$). Katılımcıların kontrol değişkenleri açısından homojen olduğu saptanmıştır.

Tablo 3.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Çocukların Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Yakınlık Derecesi		Kontrol (s=75)	Deney (s=70)	Test Değeri
Anne	n	56	51	χ^2 :0.161 p:0,922
	%*	74.7%	72.9%	
Baba	n	15	15	
	%*	20.0%	21.4%	
Kardeş/Abi vs.	n	4	4	
	%*	5.3%	5.7%	
Cinsiyeti		Kontrol	Deney	Test Değeri
Kadın	n	60	52	χ^2 :0.350 p:0.347
	%*	80.0%	74.3%	
Erkek	n	15	18	
	%*	20.0%	25.7%	
Eğitim Düzeyi		Kontrol	Deney	Test Değeri
Okur-Yazar	n	14	18	χ^2 :2.263 p:0.520
	%*	18.7%	25.7%	
İlköğretim	n	23	21	
	%*	30.7%	30.0%	
Lise	n	28	19	
	%*	37.3%	27.1%	
Yükseköğretim ve Üzeri	n	10	12	Test Değeri
	%*	13.3%	17.1%	
Çalışma Durumu		Kontrol	Deney	
Çalışıyor	n	24	16	
	%*	32.0%	22.9%	
Çalışmıyor	n	51	54	
	%*	68.0%	77.1%	
Medeni Durum		Kontrol	Deney	Test Değeri
Evli	n	7	7	χ^2 :2.524 p:0.283
	%*	9.3%	10.0 %	
Bekar	n	68	63	
	%*	90.7%	90.0%	
Gelir Durumu		Kontrol	Deney	Test Değeri
İyi	n	5	5	χ^2 :1.402 p:0.497
	%*	6.7%	7.1%	
Orta	n	49	47	
	%*	65.3%	67.1%	
Kötü	n	21	18	Test Değeri
	%*	28.0%	25.7%	
Yaş		Kontrol (x±ss)	Deney (x±ss)	
Görüşme Yapılan Ebeveyn Yaşı		39.20±7.66	38.97±6.96	t:0.266 p:0.790

*Sütun Yüzdesi

Araştırmada çocukların ebeveynleri ve aile yapılarına ilişkin cinsiyet, eğitim durumu, çalışma, medeni durum, gelir durumu ve yaş özelliklerine göre yapılan değerlendirmede gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 3.3, $p>0.05$). Ebeveynlerin kontrol değişkenleri açısından homojen olduğu belirlenmiştir.

3.9. İstatistiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesi için SPSS 24.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Deney ve kontrol gruplarına ilişkin tanımlayıcı istatistiklerin verilmesinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Grupların homojenliğinin belirlenmesinde kategorik verilerde ki kare testi kullanılırken, sayısal değişkenlerin mukayese edilmesinde ise bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Ölçeklerden elde edilen puanlar aynı grup içerisinde ön test ve son test değerlendirmelerinde Paired Sample t test (Bağımlı Gruplar t testi), farklı grupların ölçek puanlarının kıyaslanmasında ise Independent Sample t Test (Bağımsız Gruplar t Testi) kullanılmıştır. Bağımlı değişkenlerin normal dağılımının değerlendirilmesinde Kolmogorov-Smirnov testlerinin yanı sıra Skewness-Kurtosis (Basıklık-Çarpıklık) değerleri ve histogram grafikleri kullanılmıştır. Hipotezlerin değerlendirmesinde p değerinin 0.05'in altında olması anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 3.4. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin 'Tanıtıcı Özellikler' verileri	• Yüzdelik dağılım • Aritmetik ortalama • Ki-kare testi • Standart sapma • Min-max (minimum maximum değerleri)
ÇEİİDÖ, ÇUÖ puan ortalamalarının deney ve kontrol grubunda karşılaştırılması	• Bağımsız gruplarda <i>t</i> testi
Deney ve kontrol gruplarının ÇEİİDÖ, ÇUÖ eğitim öncesi ve sonrası toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	• Bağımlı gruplarda <i>t</i> testi

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan onay (EK-5) ve araştırmanın yapıldığı kurumdan yasal izin (EK-6) alındı. Çocuklara ve ebeveynlerine verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı, başka hiçbir yerde kullanılmayacağı ve istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahip oldukları açıklanmıştır. Araştırmaya başlamadan çocuklara ve ailelerine araştırmanın amacı açıklanıp, sözel ve yazılı izinleri alınmıştır (EK-7, EK-8). Deney grubuna verilecek olan BDT Temelli Psikoeğitim programı sonrası son test verileri toplandıktan sonra kontrol grubundan isteyenlere BDT Temelli Psikoeğitim verildi. Ayrıca kontrol grubundaki çocuklara BDT Temelli Psikoeğitim kitapçığı, oturum planı ve oturum ödevleri verildi.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın tek merkezde yapılması ve pandemi nedeniyle çocuklara ulaşmada sıkıntı yaşanması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular araştırmanın hipotezleri doğrultusunda sunulmuştur.

Tablo 4.1. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Çocuk Eğitim Durumu		Kontrol (s=75)	Deney (s=70)
İlköğretim ve Alt	n	37	43
	%*	49.3%	61.4%
Orta ve Lise	n	38	27
	%*	50.7%	38.6%
Çocuk Cinsiyeti		Kontrol	Deney
Kız	n	23	23
	%*	30.7%	32.9%
Erkek	n	52	47
	%*	69.3%	67.1%
Kardeş Sayısı		Kontrol	Deney
Tek Çocuk	n	9	7
	%*	12.0%	10.0%
2-3 Çocuk	n	47	40
	%*	62.7%	57.1%
4 ve Daha Fazla	n	19	23
	%*	25.3%	32.9%
Yaş Çocuğun Yaşı		Kontrol (x±ss) 10.64±3.48	Deney (x±ss) 10.80±3.62

*Sütun Yüzdesi

Araştırmaya katılan deney ve kontrol gruplarındaki çocukların tanıtıcı özelliklerine bakıldığında; deney grubundaki çocukların %61.4'ü ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde, %67.1'i erkek, %57.1'i 2-3 kardeşe sahip olduğu ve yaş ortalamasının 10.80±3.62 olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan kontrol grubundaki çocukların %50.7'si orta ve lise eğitim düzeyinde, %69.3'ü erkek, %62.7'sinin 2-3 kardeşe sahip olduğu ve yaş ortalamasının 10.64±3.48 olduğu belirlendi (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Çocukların Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Yakınlık Derecesi		Kontrol (s=75)	Deney (s=70)
Anne	n	58	51
	%*	77.3%	72.9%
Baba	n	14	15
	%*	18.7%	21.4%
Kardeş/Abi vs.	n	3	4
	%*	4.0%	5.7%
Cinsiyeti		Kontrol	Deney
Kadın	n	60	52
	%*	80.0%	74.3%
Erkek	n	15	18
	%*	20.0%	25.7%
Eğitim Düzeyi		Kontrol	Deney
Okur-Yazar	n	17	18
	%*	22.7%	25.7%
İlköğretim	n	22	21
	%*	29.3%	30.0%
Lise	n	26	19
	%*	34.7%	27.1%
Yükseköğretim ve Üzeri	n	10	12
	%*	13.3%	17.1%
Çalışma Durumu		Kontrol	Deney
Çalışıyor	n	23	16
	%*	30.7%	22.9%
Çalışmıyor	n	52	54
	%*	69.3%	77.1%
Medeni Durum		Kontrol	Deney
Bekar	n	6	7
	%*	8.0%	10.0 %
Evli	n	69	63
	%*	92.0%	90.0%
Gelir Durumu		Kontrol	Deney
İyi	n	4	5
	%*	5.3%	7.1%
Orta	n	47	47
	%*	62.7%	67,1%
Kötü	n	24	18
	%*	32.0%	25.7%
Yaş		Kontrol (x±ss)	Deney (x±ss)
Görüşme Yapılan Ebeveyn Yaşı		39.20±7.66	38.97±6.96

*Sütun Yüzdesi

Araştırmaya katılan deney ve kontrol gruplarındaki çocukların ebeveynlerinin tanıtıcı özelliklerine bakıldığına; deney grubundaki çocukların %72.9'nun annesi, %74.3'ü kadın, %30'u ilköğretim mezunu, %90'ı evli, %67.1'inin gelir düzeyinin orta olduğu, %77.1'sinin çalışmadığı ve yaş ortalamasının 38.97 ± 6.96 olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan kontrol grubundaki çocukların %77.3'ünün annesi, %80'inin kadın, %34.7'sinin lise mezunu, %92'sinin evli, %62.7'sinin gelir düzeyini orta olduğu, %69.3'ünün çalışmadığı ve yaş ortalamasının 39.20 ± 7.66 olduğu belirlendi (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Çocukların Ön Test, Son Test ÇEİİDÖ Başkaları Tarafından Damgalanma Alt Boyut Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Bşkaları Tarafından Damgalanma	Kontrol (s=75)		Deney (s=70)		Test Değerleri
	X	Ss	X	ss	
Ön Test	98.77	19.50	97.86	19.84	t**:0.282 p:0.778
Son Test	103.49	18.94	76.38	16.73	t**:9.108 p:0.001
Test Değerleri	t*:-1.504 p:0.135		t*:7.022 p:0.001		

t* Bağımlı Örneklem t Testi t**Bağımsız Örneklem t Testi

Deney ve kontrol grubunun ön test başkaları tarafından damgalanma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir (t:0.282; p:0.778). Benzer puan ortalamalarına sahip grupların müdahale sonrası yapılan son test değerlendirmesinde başkaları tarafından damgalanma puan ortalamasının deney grubunda anlamlı düzeyde daha az olduğu tespit edilmiştir (t:9.108 p:0.001). Benzer olarak; deney grubunda ön test ve son test değerlendirmesinde başkaları tarafından damgalanma puan ortalamasının anlamlı düzeyde azaldığı tespit edilirken (t:7.022; p:0.001); kontrol grubunda ön test son test başkaları tarafından damgalanma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir (t:-1.504; p:0.135; Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Çocukların Ön Test, Son Test ÇEİİDÖ Kendini Damgalama Alt Boyut Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Kendini damgalama	Kontrol (s=75)		Deney (s=70)		Test Değerleri
	X	ss	X	ss	
Ön Test	79.22	16.25	76.16	15.42	t**:1.185 p:0.238
Son Test	84.06	16.15	64.34	13.70	t**:7.899 p:0.001
Test Değerleri	t*:-1.829 p:0.069		t*:4.863 p:0.001		

t* Bağımlı Örneklem t Testi t**Bağımsız Örneklem t Testi

Deney ve kontrol gruplarının ön test kendini damgalama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmemiştir (t:1.185; p:0.238). Son test kendini damgalama puan ortalamasının deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir (t:7.899; p:0.001). Kontrol grubunda ön test ve son test kendini damgalama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (t:-1.829; p:0.069). Deney grubunda ön test son test kendini damgalama puanında anlamlı düzeyde azalma tespit edilmiştir (t:4.863; p:0.001; Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Çocukların Ön Test, Son Test ÇEİİDÖ Toplam İçselleştirilmiş Damgalanma Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.

Damgalanma Toplam	Kontrol (s=75)		Deney (s=70)		Test Değerleri
	X	ss	X	ss	
Ön Test	178.00	33.19	174.02	32.97	t**0.735 p:0.463
Son Test	187.56	28.51	140.72	28.51	t**9.257 p:0.001
Test Değerleri	t*:-1.792 p:0.075		t*:6.184 p:0.001		

t* Bağımlı Örneklem t Testi t**Bağımsız Örneklem t Testi

Deney ve kontrol gruplarının ön test toplam içselleştirilmiş damgalanma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmemiştir (t:0.735; p:0.463). Son test toplam içselleştirilmiş damgalama puan ortalamasının deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir (t:9.257; p:0.001). Kontrol grubunda ön test ve son test toplam içselleştirilmiş damgalama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (t:-1.792;

p:0.075). Deney grubunda ön test son test toplam içselleştirilmiş damgalanma puanında anlamlı düzeyde azalma tespit edilmiştir (t:6.184; p:0.001; Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Kontrol ve Deney Grubundaki Çocukların Ön Test, Son Test Umut Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

ÇUO	Kontrol (s=75)		Deney (s=70)		Test Değerleri
	X	ss	X	ss	
Ön Test	15.28	3.89	14.20	3.82	t**:-1.713 p:0.089
Son Test	13.78	3.66	19.21	2.95	t**:-9.769 p:0.001
Test Değerleri	t*:-2.416 p:0.017		t*:-8.793 p:0.001		

t* Bağımlı Örneklem t Testi t**Bağımsız Örneklem t Testi

Deney ve kontrol grubunun ön test çocuklarda umut ölçek toplam puan ortalamasının değerlendirmesinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (t:1.713; p:0.089). Gruplar arasında yapılan son test değerlendirmesinde kontrol grubu lehine anlamlı farklılık görülmüştür (t:-9.769; p:0.001). Kontrol grubunda yapılan ön test ve son test değerlendirmesinde çocuklarda umut ölçek toplam puan ortalamasının anlamlı düzeyde azaldığı tespit edilmiştir (t:2.416; p:0.017). Deney grubunda yapılan ön test son test çocuklarda umut ölçek toplam puan ortalamasının değerlendirmesinde ise son testte çocuklarda umut ölçek toplam puan ortalamasının anlamlı düzeyde arttığı tespit edilmiştir (t:-8.793; p:0.001; Tablo 4.6).

5. TARTIŞMA

DEHB tanısı almış çocuklara verilen BDT Temelli Psikoeğitimin içselleştirilmiş damgalanma ve umuda etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Kanıtı dayalı uygulamalar DEHB tedavisinde ve semptomlarının kontrolünde davranışsal eğitimlerin önemini göstermektedir (47, 48). Pelham ve ark. çalışmalarında ebeveyn eğitimi, sınıf yönetimi ve bireysel eğitimlerin DEHB tedavisinde en önemli tedavi seçenekleri olduğunu belirtmişlerdir (47). Bu duruma karşılık DEHB tedavisinde farmakolojik yaklaşımların önemli bir yeri olduğunu gösteren çalışmalarda mevcuttur (49- 52). Hemşirelik girişimlerinde non farmakolojik yaklaşımlar esas alındığından dolayı bu çalışmada davranışçı yaklaşımlar ile DEHB semptomlarını kontrol altına alınması hedeflenmektedir.

Yapılan taramalarda DEHB tanısı almış çocuklarda BDT Temelli eğitim müdahalelerini içselleştirilmiş damgalanma ve umut üzerinde etkinliğini birlikte değerlendirildiği başka bir araştırmaya literatürde rastlanılmamıştır. Bu açıdan araştırma bulguları literatürde ilk olma özelliği taşımaktadır. Sonuçlar en yakın literatür ile tartışılmaya çalışılmıştır.

BDT eğitimi öncesi, deney grubundaki çocukların ön test ÇEİİDÖ başkaları tarafından damgalanma, kendini damgalanma alt boyutları ve toplam içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile kontrol grubundaki çocukların ön test başkaları tarafından damgalanma, kendini damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.3, 4.4, 4.5). Deney ve kontrol grubundaki çocukların başkaları tarafından damgalanma, kendini damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma toplam puanlara baktığımızda başkaları tarafından damgalanma, kendini damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğunu söyleyebiliriz. Birçok mental hastalıkta damgalanma durumu söz konusu olmak ile birlikte, DEHB’li çocuklarda damgalanma hem çevrelerinde hem de kendilerinde sıkça karşılaşılan bir durumdur (59). Kaushik ve ark. tarafından mental rahatsızlıkları olan çocuk ve ergenlerin damgalanma düzeyinin araştırıldığı bir meta analizde çoğunlukla DEHB tanılı çocuklar üzerinde yapılan çalışmalar incelenmiştir. Bu çalışmaya göre, çocuk ve ergenlerin önemli düzeyde

damgalanma yaşadıkları bildirilmiştir (60). DEHB tanılı çocukların aile bireyleri ile yapılan görüşmelere dayanan kalitatif bir çalışmanın sonuçlarına göre, ailelerin çocukları ile ilgili çok fazla damgalayıcı düşüncelere sahip oldukları ifade edilmiştir (61). DEHB’li çocukların çevreleri tarafından damgalayıcı birçok davranış içerisinde olmaları onların damgalanma düzeyini arttıran önemli etkidir. Bu nedenle DEHB’li çocuk ve ergenlerin yüksek düzeyde damgalanma yaşamaları çalışmanın beklenen bir sonucu olmasının yanında, literatür ile de doğrulanmaktadır.

Araştırmada BDT eğitimi sonrası, deney grubundaki çocukların son test başkaları tarafından damgalanma, kendini damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin kontrol grubundaki çocukların son test başkaları tarafından damgalanma, kendini damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.3, 4.4, 4.5). Deney grubundaki çocukların başkaları tarafından damgalanma, kendini damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin kontrol grubuna oranla azaldığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, DEHB’li çocuklarda BDT temelli psikoeğitimin çocukların damgalanma düzeyinin direkt olarak incelendiği bir çalışma görülmemiştir. DEHB’li bir öğrenci grubu üzerinde BDT’nin DEHB üzerinde etkisini değerlendirmek amacı ile yapılan bir çalışmada, öğrencilere 13 oturumluk BDT uygulanmıştır. Sonuç olarak deney grubunda DEHB semptomlarında anlamlı düzeyde azalmalar görülmüştür (88). Yapılan farklı bir çalışmada DEHB semptomlarının artmasının DEHB’li bireylerde içselleştirilmiş damgalanmayı arttırdığını göstermektedir (89). Bu iki araştırma sonucu ile bağlantı kurulduğunda BDT temelli psikoeğitimin DEHB’li bireylerde semptomlarda azalma meydana getirerek içselleştirilmiş damgalanmayı azalttığı söylenebilmektedir.

DEHB’de BDT uygulanması hem tedavi edici etkisi hem de semptomların kontrol altına alınmasındaki rolü düşünüldüğünde çalışma kapsamında uygulanan BDT temelli psikoeğitimin DEHB yönetiminde etkisi açıktır. Araştırma kapsamında hazırlanan BDT temelli psikoeğitim programının altıncı oturumunda özellikle DEHB’li çocukların kendi içerisinde yaşadığı damgalanmayı azaltmada etkili olduğu düşünülmektedir. Bu oturumda çocuğun benlik saygısını geliştirmeye yönelik yapılan çalışma ve uygulamalar sonrasında içselleştirilmiş damgalanmanın olumsuz etkilerinin azaldığı görülmektedir. İlgili literatür incelendiğinde, DEHB’li bireylerde çevrenin olumsuz tepkilerinin sonucunda, benlik saygısındaki azalmaya bağlı olarak DEHB semptomlarının arttığı sonucu çıkmaktadır (59, 65). Bu süreçte özellikle ebeveynlerin dahil edilmesi ise

çocukların çevresi tarafından damgalanmayı olumlu yönde etkileyen önemli bir husus olarak ön plana çıkmaktadır.

Sonuç olarak araştırma kapsamında uygulanan BDT temelli psikoeğitim ile DEHB’li çocuklarda içselleştirilmiş damgalanmasının hem kendi düşüncelerinde hem de başkalarının gözünde azalması literatür ile uyumlu bir sonuçtur. Böylece; **H₁. “DEHB tanılı çocuklara BDT temelli psikoeğitim verilmesi çocukların içselleştirilmiş damgalanmayı azaltır”** hipotezi doğrulanmıştır. Araştırma sonuçları doğrultusunda BDT temelli psikoeğitim uygulamasının DEHB’li çocuklarda başkaları tarafından damgalanma, kendini damgalama ve içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmada etkili bir müdahale olduğu söylenebilir.

BDT eğitimi öncesi, deney grubundaki çocukların umut düzeyi ile kontrol grubundaki çocukların umut düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.6). Deney ve kontrol grubundaki çocukların umut ölçeğinden aldıkları toplam puanlara baktığımızda umut düzeylerinin ortalamanın altında olduğunu görüyoruz. Damgalanmaya maruz kalan farklı gruplar üzerinde yapılan bir çalışmada bireylerde umut düzeyinde azalmalar olduğu tespit edilmiştir (73). Ağır mental sorunlar yaşayan bir grup üzerinde yapılan bir çalışmada umut düzeyinin düşük olduğu, damgalanma ve işlevsellik azalması gibi olumsuzlukların artması ile umut düzeyinde de azalmaya neden olduğu bildirilmiştir (75). Bu nedenle DEHB’li çocuk ve ergenler genellikle çevreleri tarafında sürekli olumsuz geri dönüşlere maruz kalmaları düşük umut düzeyine sahip olmalarının önemli bir nedeni olduğu düşünülmektedir. Ayrıca çalışmanın bir diğer sonucu olan çocuklarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olması çocukların düşük umut düzeyi sonucu ile örtüşmektedir.

BDT eğitimi sonrası, deney grubundaki çocukların son test umut düzeyinin kontrol grubundaki çocukların son test umut düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.6). Deney grubundaki çocukların son test umut düzeylerinin kontrol grubundaki çocuklara oranla arttığı belirlenmiştir. DEHB’li bireyler üzerinde umut ve umutsuzluk kavramlarının incelendiği çalışmalar literatürde mevcuttur (90-92). Çocuklarda umut düzeyinin bilişsel davranışçı terapiler ile artırılabilirdiği ve bu yolla istendik davranışların oluşturulabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (92, 93). Çocuklarda bilişsel davranışçı oyun müdahalelerinin umut üzerine olan etkisinin araştırıldığı deneysel bir çalışmada, bilişsel davranışçı oyunların çocukların umudunu arttırmada etkili bir yöntem olduğu sonucuna ulaşılmıştır (94). Umut ve

umutsuzluk kavramları ile ilgili yukarıda verilen literatür incelendiğinde; umutsuzluğun DEHB’li bireylerde semptomları doğrudan ya da dolaylı olarak arttırabildiği ve BDT temelli müdahalelerin umudu arttırdığı gözlemlenmektedir (90, 92, 93, 95). BDT temelli psikoeğitimin yedinci oturumunda motivasyonu arttırmaya yönelik yapılan çalışmalar ve umut kavramının tanıtılarak umutlu düşünebilme yeteneğinin geliştirilmesi deney grubunda umut düzeyini arttıran önemli bir etken olduğu düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda elde edilen müdahale sonrasında DEHB’li çocukların umudunun kontrol grubuna göre ve müdahale öncesine göre artması literatür ile uyumlu bir sonuçtur. Buna bağlı olarak **H₂. “DEHB tanısı almış çocuklara verilen BDT Temelli Psikoeğitim çocukların umudunu arttırır”** hipotezi doğrulanmıştır. Araştırma sonuçları doğrultusunda BDT temelli psikoeğitim uygulamasının DEHB’li çocuklarda umudu arttırmada etkili bir müdahale olduğu söylenebilir.

Çalışmaya katılan çocuk ve ergenlerin kontrol gruplarında içselleştirilmiş damgalanma ön test ve son testinde bir farklılık görülmez iken, umut ile ilgili puan ortalamaları incelendiğinde durum farklıdır. Çalışma süresi kapsamında kontrol grubunda yapılan ölçümlerde zamana bağlı olarak umudun anlamlı düzeyde azaldığı görülmektedir (Tablo 4.6). Bu durum müdahale olmadığında DEHB’li çocuklarda zamana bağlı olarak umudun azaldığını gösteren önemli bir bulgudur. Çalışma kapsamında deney grubundaki son test puanları incelendiğinde, umut toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarında hem ilk değerlendirmeye göre artış olduğu hem de, kontrol grubunun son değerlendirmesine göre artış olması BDT’nin DEHB’li çocuk ve ergenlerde umudun azalmasını engellediğini gösteren bir diğer bulgudur. Bu sonuç BDT’nin DEHB’li çocuk ve ergenler üzerinde olumsuz geri gidişlerin önlenmesi yönünden önemli bir uygulama olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

DEHB tanısı almış çocuklarda BDT ile geliştirilen psikoeğitimin içselleştirilmiş damgalanma ve umut düzeyi üzerinde etkisini incelemek amacı ile yapılan kontrol gruplu deneysel çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

- DEHB tanılı çocuklara uygulanan BDT programı, çocukların başkaları tarafından içselleştirilmiş damgalanma düzeyini uygulama öncesine göre azaltmıştır.
- DEHB tanılı çocuklara uygulanan BDT programı, çocukların başkaları tarafından içselleştirilmiş damgalanma düzeyini kontrol grubuna göre azaltmıştır.
- DEHB tanılı çocuklara uygulanan BDT programı çocukların kendilerini damgalanma düzeyini uygulama öncesine göre azaltmıştır.
- DEHB tanılı çocuklara uygulanan BDT programı çocukların kendilerini damgalanma düzeyini kontrol grubuna göre azaltmıştır.
- DEHB tanılı çocuklara uygulanan BDT programı çocukların içselleştirilmiş damgalanma düzeyini uygulama öncesine göre azaltmıştır.
- DEHB tanılı çocuklara uygulanan BDT programı çocukların içselleştirilmiş damgalanma düzeyini kontrol grubuna göre azaltmıştır.
- DEHB tanılı çocuklara uygulanan BDT programı çocukların umut düzeyini uygulama öncesine göre arttırmıştır.
- DEHB tanılı çocuklara uygulanan BDT programı çocukların umut düzeyini kontrol grubuna göre arttırmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- DEHB tanılı çocukların semptomlarının kontrol altına alınmasında BDT temelli psikoeğitimler oluşturulabilir.
- BDT temelli psikoeğitim programlarına ailelerin dahil edilmesi ve aktif rol alması eğitim etkinliklerinin yürütülmesine katkı sunabilir.
- DEHB tanılı gruplara bakım veren hemşirelerin BDT uygulamalarını kullanması daha etkin bakım hizmeti sunmasını sağlayacaktır.

- DEHB tanılı çocukların içselleştirilmiş damgalanma ve umut dışındaki diğer semptom ve duygu durumlarının kontrol altına alınmasında BDT temelli psikoeğitimin kullanılması etkili olabilir.
- BDT temelli psikoeğitimin diğer tanı gruplarında uygulanabilirliği değerlendirilebilir.



KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). Washington, DC, 2013.
2. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD Prevalence Estimates across Three Decades: An Updated Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *Int J Epidemiol* 2014, 43(2): 434-42.
3. World Health Organization. *General Prevalance of ADHD*. <https://chadd.org/about-adhd/general-prevalence/> Son Erişim Tarihi: 16.01.2020.
4. unkuş N, Taşdemir Yiğitoğlu G. Peplau'nun Kişiler Arası İlişkiler Kuramı'na göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Hastaya Hemşirelik Bakımı. *Turkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2018, 10(4): 370-80.
5. Barkley RA. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Wolfe DA, Mash EJ (ed). *Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents: Nature, Assessment and Treatment*. The Guilford Press, Newyork, 2006: 91-153.
6. Kendall J, Shelton K. A Typology of Management Styles in Families with Children with ADHD. *J Fam Nurs* 2003, 9(3): 257-80.
7. Taşkın EO. İselleştirilmiş Damgalama ve Damgalama Algısı. İinde: Taşkın EO (editör). *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalanma*, 1. Baskı. İmir, Meta Basım ve Matbaacılık, 2007, 31-40.
8. am O, uhadar D. Stigma Process and Internalized Stigma among Individuals with Mental Illness. *J Psychiatr Nurs* 2011, 2(3): 36-40.
9. Okanlı A, Karakaş S, Kavak F. The Effect of Internalized Stigma on Self-Esteem in Schizophrenia Patients. *Horatio, European Psychiatric Nursing Congress, 'Poster Presentation'*, 2013, İstanbul, 146.
10. Mueller AK, Fuermaier AB, Koerts J, Tucha L. Stigma in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Atten Defic Hyperact Disord* 2012, 4(3): 101-14.
11. Chu PS, Saucier DA, Hafner E. Meta-Analysis of The Relationships between Social Support and Well-Being in Children and Adolescents. *J Soc Clin Psychol* 2010, 29(6): 624-45.

12. M A, Lai-Chong J, Lai KYC, Xia LLL. Perceived Social Support, Perception of Competence, and Hope among Chinese Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in A Chinese Context: Children's Perspective. *Child Fam Soc Work* 2020, 25: 74–82.
13. Süler M. Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulamaları: Bir Gözden Geçirme. *Çocuk ve Medeniyet Dergisi* 2017 2(3): 29-42.
14. Huang HL, Lu CH, Tsai HW, Chao CC, Ho TY, Chuang SF, Yang PC. Effectiveness of Behavioral Parent Therapy in Preschool Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Kaohsiung J Med Sci* 2009, 25(7): 357-65.
15. Macinnes DL, Lewis M. The Evaluation of A Short Group Programme to Reduce Self-Stigma in People with Serious and Enduring Mental Health Problems. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008, 15(1): 59-65.
16. Banaschewski T, Becker K, Scherag S, Franke B, Coghill D. Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: An Overview. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010, 19: 237-57.
17. Faraone SV, Biederman J. Neurobiology of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Biol Psychiatry* 1998, 44(10): 951-8.
18. Curatolo P, D'Agati E, Moavero R. The Neurobiological Basis of ADHD. *Ital J Pediatr* 2010, 36: 79.
19. Wolraich ML, Chan E, Froehlich T, Lynch RL, Bax A, Redwine ST, Hagan JF. ADHD Diagnosis and Treatment Guidelines: A Historical Perspective. *Pediatrics* 2019 144(4): e20191682.
20. Elosúa MR, Del Olmo S, Contreras MJ. Differences in Executive Functioning in Children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD). *Front Psychol* 2017, 8: 976.
21. Cesur E, Akyol AK. Annelerinin Görüşlerine Göre DEHB Tanılı Çocukların Okullarda Karşılaştıkları Sorunlar. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi* 2019, 50: 80-95.
22. Şahan N. Motor Beceri, Görsel Algılama ve Yaşam Kalitesinin Çocukluk Çağı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun (DEHB) Farklı Eş Tanı Grupları

- Arasında İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2019.
23. İlik ŞŞ. Türkiyede Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Bireyler ile İlgili Araştırma Eğilimleri: 2015-2020 Dönemi Makalelerinin Derleme Çalışması. İçinde: Cizrelioğulları MN, Kılılı R (editörler). *Proceedings Book*, Kyrenia, 2020: 293-304.
 24. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The Worldwide Prevalence of ADHD: Is It An American Condition? *World psychiatry* 2003, 2(2): 104-13.
 25. Ercan ES, Bilaç Ö, Özaslan TU, Ardic UA. Prevalence of Psychiatric Disorders among Turkish Children: The effects of Impairment and Sociodemographic Correlates. *Child Psychiatry Hum Dev* 2016, 47(1): 35-42.
 26. Zorlu A, Unlu G, Cakaloz B, Zencir M, Buber A, Isildar Y. The Prevalence and Comorbidity Rates of ADHD among School-Age Children in Turkey. *J Atten Disord* 2020, 24(9): 1237-45.
 27. Rappley MD. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *NEJM* 2005, 352(2): 165-73.
 28. Singh I. A Disorder of Anger and Aggression: Children's Perspectives on Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in The UK. *Soc Sci Med* 2011, 73(6): 889-96.
 29. Caron KG, Schaaf RC, Benevides TW, Gal E. Cross-Cultural Comparison of Sensory Behaviors in Children with Autism. *Am J Occup Ther* 2012, 66(5): e77-80.
 30. Norbury CF, Sparks A. Difference or Disorder? Cultural Issues in Understanding Neurodevelopmental Disorders. *Dev Psychol* 2013, 49(1): 45-58.
 31. Polanczyk G, Jensen P. Epidemiologic Considerations in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Review and Update. *Child and Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2008, 17(2): 245-60.
 32. Bob P, Konicarova J. Definition, Diagnosis and Epidemiology of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. In: Bob P, Kornicarova J (eds). *ADHD, Stress, and Development*, Springer, Cham, 2018: 1-10.
 33. Mukaddes NM. *Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2015.

34. Coolidge FL, Thede LL, Young SE. Heritability and the Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Behavioral Disorders and Executive Function Deficits: A Preliminary Investigation. *Dev Neuropsychol* 2000, 17(3): 273-87.
35. Thapar A, Harrington R, Ross K, McGuffin P. Does the Definition of ADHD Affect Heritability? *J A Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, 39(12): 1528-36.
36. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, Sklar P. Molecular Genetics of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biol Psychiatry* 2005, 57(11): 1313-23.
37. Burt SA. Rethinking Environmental Contributions to Child and Adolescent Psychopathology: A Meta-Analysis of Shared Environmental Influences. *Psychol Bull* 2009, 135(4): 608-37.
38. Faraone SV, Mick E. Molecular Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2010, 33(1): 159-80.
39. National Collaborating Centre for Mental Health. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: The NICE Guideline on Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People, and Adults. *BPS*, 2009.
40. Nakao T, Radua J, Rubia K, Mataix-Cols D. Gray Matter Volume Abnormalities in ADHD: Voxel-Based Meta-Analysis Exploring The Effects of Age and Stimulant Medication. *Am J Psychiatry* 2011, 168(11): 1154-63.
41. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, Blumenthal JD, James RS, Ebens CL, Walter JM, Zijdenbos A, Evans AC, Giedd JN, Rapoport JL. Developmental Trajectories of Brain Volume Abnormalities in Children and Adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA* 2002, 288(14): 1740-8.
42. Cortese S, Kelly C, Chabernaud C, Proal E, Di Martino A, Milham MP, Castellanos FX. Toward Systems Neuroscience of ADHD: A Meta-Analysis of 55 fMRI Studies. *Am J Psychiatry* 2012, 169: 1038-55.
43. Jensen PS. A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999, 56(12): 1073-86.

44. Görmez V. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Psikofarmakolojik Tedavisi. İçinde: Akay AP, Ercan ES (editörler), *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, 2. Baskı, Ankara, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları, 2016, 56-74.
45. Sourander A, Helstelä L. Childhood Predictors of Externalizing and Internalizing Problems in Adolescence. A Prospective Follow up Study from Age 8 to 16. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005, 14(8): 415-23.
46. Webster-Stratton C, Hancock L. Training for Parents of Young Children with Conduct Problems: Content, Methods, and Therapeutic Processes. In: Briesmeister JM, Schaefer CE (eds). *Handbook of Parent Training*, New York, John Wiley, 1998: 98-152.
47. Pelham Jr WE, Fabiano GA. Evidence-Based Psychosocial Treatments for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008, 37(1): 184-214.
48. Brown RT, Amler RW, Freeman WS, Perrin JM, Stein MT, Feldman HM, Pierce K, Wolraich ML. Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Overview of The Evidence. *Pediatrics* 2005, 115(6): e749-57.
49. Mayhew M. Drugs for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *JNP* 2007, 3: 50-2.
50. Hamrakova A, Ondrejka I, Sekaninova N, Peregrim L, Tonhajzerova I. Pupillary Light Reflex in Children with ADHD. *AMM* 2019, 19(1): 30-7.
51. Childress AC, Sallee FR. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder with Inadequate Response to Stimulants. Approaches to Management. *Cns Drugs* 2014, 28(2): 121-9.
52. Kayaalp L. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi* 2008, 62: 147-52.
53. Beck JS. İçinde: Bilişsel Davranışçı Terapi: Temelleri ve Ötesi, Şahin M (Çeviri editörü). *Cognitive Behavior Thereapy: Basic and Beyond*, Beck JS. 2. Baskı. Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 2014.
54. Türkçapar MH. Bilişsel Kurama Göre Ruhsal Yapı ve Psikopatoloji. İçinde: Yavaş Y (editör). *Bilişsel Davranışçı Terapi Temel İlkeler ve Uygulama*, 15. Baskı. İstanbul, Epsilon Yayınevi, 2019: 108-26.

55. Özdel K. Düünden Bugüne Bilişsel Davranışçı Terapiler: Teori ve Uygulama. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2015, 8(2): 10-20.
56. Newark PE, Stieglitz RD. Therapy-Relevant Factors in Adult ADHD from a Cognitive Behavioural Perspective. *Atten Defic Hyperac Disord* 2010, 2(2): 59-72.
57. Gallo KM. First Person Account: Self-Stigmatization. *Schizophr Bull* 1994, 20(2): 407-10.
58. Corrigan PW, Larson JE, Ruesch N. Self- Stigma and The “Why Try”Effect: Impact on Life Goals and Evidence- Based Practices. *World Psychiatry* 2009, 8(2): 75-81.
59. Kellison I, Bussing R, Bell L, Garvan C. Assessment of Stigma Associated with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Psychometric Evaluation of The ADHD Stigma Questionnaire. *Psychiatry Res* 2010, 178(2): 363-9.
60. Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M. The Stigma of Mental Illness in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Psychiatry Res* 2016, 243: 469- 94.
61. Dosreis S, Barksdale CL, Sherman A, Maloney K, Charach A. Stigmatizing Experiences of Parents of Children with A New Diagnosis of ADHD. *Psychiatr Serv* 2010, 61(8): 811-6.
62. Tuchman G. Invisible Differences: On The Management of Children in Postindustrial Society. *Sociological Forum* 1996, 11(1): 3-23.
63. Lebowitz MS. Stigmatization of ADHD: A Developmental Review. *J Atten Disord* 2016, 20(3): 199-205.
64. Sciutto MJ, Terjesen MD, Kuèerová A, Michalová Z, Schmiedeler S, Antonopoulou K, Shaker NZ, Lee J, Alkahtani K, Drake B, Rossouw J. Cross-National Comparisons of Teachers’ Knowledge and Misconceptions of ADHD. *Int Perspect Psychol* 2016, 5(1): 34-50.
65. Kendall J, Shelton K. A Typology of Management Styles in Families with Children with ADHD. *J Fam Nurs* 2003, 9(3): 257-80.
66. Burch RJ. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Disorder of Self-Awareness. Nair J, Beitman BD (eds). *Self-Awareness Deficits in Psychiatric Patients: Neurobiology, Assessment and Treatment*, New York, W.W. Norton & Company, 2004: 229-54.

67. Eisenberg D, Schneider H. Perceptions of Academic Skills of Children Diagnosed with ADHD. *J Atten Disord* 2007, 10(4): 390-7.
68. Mueller AK, Fuermaier AB, Koerts J, Tucha L. Stigma in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Atten Defic Hyperact Disord* 2012, 4(3): 101-14.
69. McKeague L, Hennessy E, O'Driscoll C, Heary C. Retrospective Accounts of Self-Stigma Experienced by Young People with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD) or Depression. *Psychiatr Rehabil J* 2015, 38(2): 158-63.
70. Menninger K. The Academic Lecture: Hope. *Am J Psychiatr* 1959, 116(6): 481-91.
71. Snyder CR. Hope Theory: Rainbows in The Mind. *Psychol Inq* 2002, 13(4): 249–75.
72. Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB. Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression. *Psychol Rev* 1989, 96(2): 358-72.
73. Boyle MP. Identifying Correlates of Self-Stigma in Adults who Stutter: Further Establishing The Construct Validity of The Self-Stigma of Stuttering Scale (4S). *J Fluency Disord* 2015, 43: 17-27.
74. Schrank B, Amering M, Hay AG, Weber M, Sibitz I. Insight, Positive and Negative Symptoms, Hope, Depression and Self-Stigma: A Comprehensive Model of Mutual Influences in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2014, 23(3): 271-9.
75. Hasson-Ohayon I, Mashiach-Eizenberg M, Lysaker PH, Roe D. Selfclarity and Different Clusters of Insight and Self-Stigma in Mental Illness. *Psychiatr Res* 2016, 240: 308-13.
76. Moses T. Stigma and Self-Concept among Adolescents Receiving Mental Health Treatment. *Am J Orthopsychiatry* 2009, 79(2): 261-74.
77. Çunkuş N, Taşdemir Yiğitoğlu G. Peplau'nun Kişiler Arası İlişkiler Kuramı'na Göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Hastaya Hemşirelik Bakımı. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2018, 10(4): 370-80.
78. Çam MO, Topcu EM. Çocukluk Dönemi Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2019, 35 (3): 147-54.
79. Öztürk M, Başgül ŞS. *Çocuklarda Dürtüsellik*, 1. Baskı. İstanbul, Hayy Kitap, 2015.

80. Keskin G. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, İçinde: Çam O, Engin E (Çeviri editörleri). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*, İstanbul, İstanbul Medika Yayınları, 2014.
81. Ercan ES, Aydın C. *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*, İstanbul, Gentaş Kültür, 2006: 67-8, 239-40.
82. Montoya A, Hervás A, Fuentes J, Cardo E, Polavieja P, Quintero J, Tannock R. Cluster-Randomized, Controlled 12-Month Trial to Evaluate The Effect of A Parental Psychoeducation Program on Medication Persistence in Children with Attentiondeficit/Hyperactivity Disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014, 10: 1081-92.
83. Hallowell ME, Ratey JJ. Driven to Distraction. İçinde: Yücel İK (Çeviri editörü). *Dikkat Eksikliği Bozukluğu*, 1. Baskı. İstanbul, Pozitif Yayınları, 2013.
84. Durukan İ, Erdem M, Türkbay T, Cöngöloğlu MA. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Klinik Belirtilerinin Annelerinin Öfke Düzeyleri ve Öfke İfade Tarzları ile İlişkisi, *Gülhane Tıp Dergisi* 2009, 51: 101-4.
85. Corey G. *Psikolojik Danışma, Psikoterapi Kuram ve Uygulamaları*. İçinde: Ergene T (Çeviri editörü). Ankara, Mentis Yayıncılık, 2008.
86. Çağlayan İD. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Çocuk ve Ergenlerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Benlik Saygısı, Umut ve Depresyon ile İlişkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2019.
87. Atik G, Kemer G. Çocuklarda Umut Ölçeğinin Psikometrik Özellikleri: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *İlköğretim Online* 2009, 8(2): 379-90.
88. Ghazaei, M, Hamid N, Mehrabizadeh Honarmand M. The Effect of Cognitive-Behavioural Therapy on Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Its Symptoms in University Students. *JPA's* 2012, 19(2): 63-80.
89. Özaslan A, Yıldırım M. Internalized Stigma and Self Esteem of Mothers of Children Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child Health Care* 2021, 1-13.

90. Chen C, Dai S, Shi L, Shen Y, Ou J. Associations between Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Internet Gaming Disorder Symptoms Mediated by Depressive Symptoms and Hopelessness among College Students. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2021, 17: 2775-82.
91. Laslo-Roth R, Bareket-Bojmel L, Margalit M. Loneliness Experience during Distance Learning among College Students with ADHD: The Mediating Role of Perceived Support and Hope. *Eur J Spec Needs Educ* 2020, 1-15.
92. Goldin PR, Ziv M, Jazaieri H, Werner K, Kraemer H, Heimberg RG, Gross JJ. Cognitive Reappraisal Self-Efficacy Mediates The Effects of Individual Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder. *J Consult Clin Psychol* 2012, 80(6): 1034-40.
93. Shojaei Z, Golparvar M, Bordbar MR, Aghaei A. The Effect of Cognitive-Behavioral Art-Play Therapy and Cognitive-Behavioral Story Therapy on Pain Perception and Hope in Children with Cancer. *JPEN* 2019, 6(1): 39-47.
94. Pearson BL. Effects of A Cognitive Behavioral Play Intervention on Children's Hope and School Adjustment. Department of Psychology. PhD, Cleveland: Case Western Reserve University, 2008.
95. Strohmeier CW, Rosenfield B, DiTomasso RA, Ramsay JR. Assessment of The Relationship between Self-Reported Cognitive Distortions and Adult ADHD, Anxiety, Depression, and Hopelessness. *Psychiatry Res* 2016, 238: 153-8.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu

Bu çalışma DEHB tanısıyla çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran çocukların bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitimin içselleştirilmiş damgalanma ve umuda etkisini belirlemek amacı ile planlanmıştır. Çalışma sırasında verdiğiniz bilgiler, gizli kalacaktır. Sorulara doğru yanıt vermeniz ve gönüllü katılımınız çalışmamızın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Anket no:

Tarih:

Çocuğa İlişkin Bilgiler

1. Yaşınız:

2. Eğitim Durumunuz

- a) Okur-yazar b) Anaokul c) İlköğretim d) Ortaöğretim e) Lise

3.Çocuğun Cinsiyeti?

- a) Kız b) Erkek

4. Çocuğun Kardeş Sayısı?

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

Aileye İlişkin Bilgiler

1. Yaşınız :

2. Çocuğa Yakınlık Dereceniz?

- a) Anne b) Baba c) Kardeş d) Diğer

3. Cinsiyetiniz?

- a) Kız b) Erkek

4. Eğitim Durumunuz?

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

5.Çalışma Durumu?

- a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

6. Medeni Durumunuz?

- a) Bekar b) Evli c) Diğer

7. Gelir düzeyinizi nasıl tanımlıyorsunuz?

- a) İyi b)Orta c)Kötü

EK-3. Çocuklar ve Ergenler İçin İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (ÇEİİDÖ)

Aşağıda duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenlere yönelik bazı tutumlar aktarılmıştır. Her bir madde için sol tarafta diğer insanların bu görüşe ne kadar inandıklarını, sağ tarafta ise sizin bu görüşe ne kadar katıldığınız (görüşün doğru olduğuna ne kadar inandığınız) sorulmaktadır.

İNSANLAR

1. **Hiç kimsenin** böyle düşündüğüne inanmıyorum
2. **Çok az insanın** böyle düşündüğüne inanıyorum
3. **Bazı insanların** böyle düşündüğüne inanıyorum
4. **Çoğu insanın** böyle düşündüğüne inanıyorum
5. **Herkesin** böyle düşündüğüne inanıyorum

BEN

1. Bu düşünceye **hiç inanmıyorum**
2. Bu düşünceye **biraz inanıyorum**
3. Bu düşünceye **inanıyorum**
4. Bu düşünceye **çok inanıyorum**
5. Bu düşünceye **kesinlikle inanıyorum**

	İNSANLAR					DÜŞÜNCELER / GÖRÜŞLER	BEN				
	Hiç				Herkes		Hiç				Kesin
1.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler kendilerine zarar verir.	1	2	3	4	5
2.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler okulda başarılı olamaz.	1	2	3	4	5
3.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan insanlar bu sorunları bir sır olarak tutmak için çabalarlar.	1	2	3	4	5
4.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan insanlar toplumdan dışlanmıştır.	1	2	3	4	5
5.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan insanlar tanıları yüzünden kötü hissederler	1	2	3	4	5
6.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan insanlar tanıları öğrenildiğinde yargılanmaktan korkarlar	1	2	3	4	5
7.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan insanların iyi tarafları görmezden gelir.	1	2	3	4	5
8.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenlere güvenilmez	1	2	3	4	5

9.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler zeki değildir.	1	2	3	4	5
10.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler tehlikelilerdir.	1	2	3	4	5
11.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler kendilerine bakamazlar.	1	2	3	4	5
12.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler tembeldir.	1	2	3	4	5
13.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler şımarıktır.	1	2	3	4	5
14.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler oyunbozandır.	1	2	3	4	5
15.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenlerden iyi arkadaş olamaz.	1	2	3	4	5
16.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler gürültü yapar.	1	2	3	4	5
17.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler sınıfın düzenini bozar.	1	2	3	4	5
18.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler temiz değildir.	1	2	3	4	5
19.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler yalnızdır.	1	2	3	4	5
20.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler mutsuzdur.	1	2	3	4	5
21.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler umursamazdır.	1	2	3	4	5
22.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler çevrelerine zarar verirler.	1	2	3	4	5
23.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler anne ve babalarını üzerler.	1	2	3	4	5
24.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler yorucudur.	1	2	3	4	5
25.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler çok kavgâ ederler.	1	2	3	4	5
26.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler yaramazdır.	1	2	3	4	5
27.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler sinirlidir.	1	2	3	4	5
28.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler üzüldür.	1	2	3	4	5
29.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler utangaçtır.	1	2	3	4	5

30.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler umutsuzdur.	1	2	3	4	5
31.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler hiç iyileşmezler.	1	2	3	4	5
32.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenlerin sorunları kendi hatalarıdır.	1	2	3	4	5



EK-4. Çocuklarda Umut Ölçeği (ÇUÖ)

Aşağıdaki altı cümle sizin genel olarak kendi hakkınızda nasıl düşündüğünüzü ve bazı şeyleri nasıl yaptığınızı tamamlamaktadır. Her bir cümleyi dikkatlice okuyunuz. Her bir cümle için, lütfen çoğunluklar nasıl olduğunuzu düşününüz. Sizi en iyi tanımlayan seçeneğin altına (X) işareti koyarak belirtiniz. Örneğin, eğer “ Hiçbir Zaman ” sizi tanımlıyorsa onun altın (X) işareti koyunuz ya da “ Her Zaman ” size uygunsa onun altını işaretleyiniz. Lütfen tüm cümleleri işaretleyerek cevaplayınız. Doğru veya yanlış yanıt bulunmamaktadır.

Bence işler gayet iyi gidiyor.					
Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Çoğu Zaman	Her Zaman

Hayatta benim için çok önemli olan şeyleri elde etmek için birçok yol düşünebilirim.					
Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Çoğu Zaman	Her Zaman

Benimle aynı yaştaki çocuklar kadar iyiyim.					
Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Çoğu Zaman	Her Zaman

Bir problemim olduğunda, bu problemi çözmek için birçok yol bulabilirim.					
Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Çoğu Zaman	Her Zaman

Geçmişte yaptığım şeylerin bana gelecekte yardımcı olacağını düşünüyorum.					
Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Çoğu Zaman	Her Zaman

Diğerleri vazgeçmek istese bile, problemi çözmek için yöntemler veya yollar bulabileceğimi biliyorum.					
Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Çoğu Zaman	Her Zaman

EK-5. Etik Kurul Onay



EK-6. Kurum İzni



EK-7. Veli Gönüllü Katılım Formu

Bu çalışma İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Doktora program öğrencisi Rıdvan Yılmaz ve Danışmanı Doç. Dr. Funda Kavak Budak tarafından gerçekleştirilmektedir. Çalışmanın amacı Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış çocuklara verilen Bilişsel Davranışçı Temelli Psikoeğitimin içselleştirilmiş damgalanma ve umuda etkisini belirlemektir. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Anketlerin doldurulması için katılımcılardan herhangi bir kişisel bilgi istenmemektedir. Bu gönüllü katılım formu, katılımcıların cevaplayacağı soru kitapçığına eklenmeyecektir. Sorulara verilecek cevaplar tamamen gizli tutulacak ve kimse ile paylaşılmayacaktır. Toplanan veriler sadece araştırmacılar tarafından analiz edilerek tez yazımı ve bilimsel kongre ve makalelerin hazırlanmasında kullanılacaktır. Çalışmada yer alan tüm soruların cevaplanması yaklaşık olarak 10 dakika sürmektedir.

Anketlerde yer alan sorular katılımcılarda herhangi bir psikolojik ya da fizyolojik stres yaratmamaktadır. Ancak soruların cevaplandırılması esnasında herhangi bir neden ile rahatsızlık hissederseniz, vasisi olduğunuz kişinin katılımını çalışmadan çekebilirsiniz. Anketlerin doldurulmasından sonra çalışma hakkında herhangi bir sorunuz varsa bunlar araştırmacılar tarafından cevaplanacaktır. Çalışma ile ilgili bilgi almak istemeniz hâlinde Rıdvan Yılmaz ile iletişime geçebilirsiniz.

Vasisi olduğunuz kişinin katılımı için teşekkür ederiz.

Vasisi olduğum kişinin bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılmasına izin veriyor ve katılımını herhangi bir neden ile çekebileceğini biliyorum. Vasisi olduğum kişinin bu sorulara verdiği cevapların bilimsel amaçlarla kullanılması için izin veriyorum (Lütfen formu imzalayıp araştırmacıya geri veriniz).

Tarih:

Adınız, soyadınız:

Vasisi olduğunuz kişinin adı, soyadı:

İmza:

Araştırmacının;

Adı Soyadı: Rıdvan Yılmaz

Adres: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Bölümü

Email:

EK-8. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Çocuk Rıza Formu

Sevgili Kardeşim,

Benim adım Rıdvan Yılmaz. Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna sahip kişilerle bir araştırma yapıyoruz. Amacımız bu kişilerde damgalama ve umudun etkilerini incelemektir. Araştırma ile yeni bilgiler öğreneceğiz. Bu araştırmaya katılmayı öneriyoruz. Araştırmayı ben, Rıdvan Yılmaz yapıyorum. Bu araştırmaya katılacak olursan sana dağıtılan anketleri tamamlamanı isteyeceğiz. Bu araştırmanın sonuçları senin Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna sahip olan çocuklar için yararlı bilgiler sağlayacaktır. Bu araştırmanın sonuçlarını başka kişilere de söyleyeceğiz, sonuçları bildireceğiz ama senin adını söylemeyeceğiz. Bu araştırmaya katılıp katılmamak için karar vermeden önce anne ve baban ile konuşup onlara danışmalısın. Onlara da bu araştırmadan bahsedip onaylarını/izinlerini alacağız. Anne ve baban tamam deseler bile sen kabul etmeyebilirsin. Bu araştırmaya katılmak senin isteğine bağlı ve istemezsen katılmazsın. Bu nedenle hiç kimse sana kızmaz ya da küsmez. Önce katılmayı kabul etsen bile sonradan vazgeçebilirsin, bu tamamen sana bağlı. Kabul etmediğin durumda da doktorlar muayene ve diğer işlemlerde sana önceden olduğu gibi iyi davranır, önceye göre farklılık olmaz. Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek olan soruları istediğin zaman bana sorabilirsin. Telefon numaram ve adresim bu kağıtta yazıyor. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan aşağıya lütfen adını ve soyadını yaz ve imzanı at. İmzaladıktan sonra sana ve ailene bu formun bir kopyası verilecektir.

Çocuğun adı, soyadı:

Çocuğun imzası: Tarih:

Araştırmacının adı, soyadı, unvanı: Rıdvan Yılmaz, Uzm. Hemşire

Adres: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Bölümü

İmza:

Tarih:

DEHB

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU EĞİTİM KİTAPÇIĞI

DANIŞMAN: Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK

JÜRİ ÜYESİ: Prof. Dr. Rukye|AYLAZ

JÜRİ ÜYESİ: Doç. Dr. Ayşegül ULUTAŞ KEKKİNKILIÇ

EĞİTMEN: Uzm. Hem. Rıdvan YILMAZ

EK-10. BDT Psikoeğitim Oturum Ev Ödevleri

BİLİŞSEL DAVRANIŞ TERAPİ TEMELLİ PSİKOEĞİTİM OTURUM ÖDEVLERİ

İÇİNDEKİLER

OTURUM 2 ÖDEVİ:	2
OTURUM 3 ÖDEVİ:	3
OTURUM 4 ÖDEVİ:	4
OTURUM 5 ÖDEVİ:	6
OTURUM 6 ÖDEVİ:	8
OTURUM 7 ÖDEVİ:	9

EK-11. BDT Katılım Belgesi



**EK-12. Çocuklar ve Ergenler İçin İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
(ÇEİİDÖ) Kullanım İzni**



EK-13. Çocuklarda Umut Ölçeği (ÇUÖ) Kullanım İzni

