

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU ve
OTİSTİK SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ
ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN YAŞAM
KALİTELERİNİN İNCELENMESİ**

Uğur CECO

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Rehabilitasyon Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ
2018

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU ve
OTİSTİK SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ
ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN YAŞAM
KALİTELERİNİN İNCELENMESİ**

Uğur CECO

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Rehabilitasyon Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nursu Çakın MEMİK

Etik Kurul Onay Nu: KÜ GOKAEK 2016/300

Proje Nu: 2016/19-6

KOCAELİ
2018

KABUL VE ONAY
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Tez Adı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Otistik Spektrum Bozukluğu Tanısı

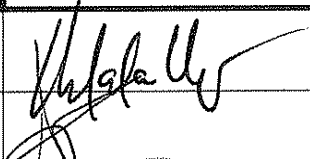
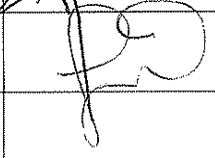
Almış Çocukların Ebeveynlerinin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi

Tez Yazarı: Uğur CECO

Tez Savunma Tarihi: 20 Nisan 2018

Tez Danışmanı: Doç.Dr.Nursu ÇAKIN MEMİK

Bu çalışma, sınav kurulumuz tarafından Ruhsal Rehabilitasyon Anabilim Dalında BİLİM UZMANLIĞI TEZİ olarak kabul edilmiştir.

SINAV KURULU ÜYELERİ		İMZA
ÜNVANI	ADI SOYADI	
BAŞKAN	Prof. Dr. Mustafa YILDIZ	
ÜYE(DANIŞMAN)	Doç. Dr. Nursu ÇAKIN MEMİK	
ÜYE	Doç. Dr. Bül ÜNSAL	
ÜYE		
ÜYE		

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.... /.... /2018

Prof. Dr. Sema Aşkın KEÇELİ

KOÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZET

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Otistik Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Çocukların Ebeveynlerinin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi

Amaç: Otistik Spektrum Bozukluğu (OSB) ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış bir çocuğun iyileştirimi gerçekleştirilirken ebeveynin yaşadığı zorluklardan yaşam kalitesini, bakım veren yükünü ve depresyon düzeylerini etkileyen etkenlerin belirlenip bu alanlara yönelik düzenleyici çalışmaların yapılması ebeveynlerin iyi oluşunu ve iyileştirim sürecini olumlu etkileyebilecektir. Yaptığımız çalışmada bu iki bozukluktan herhangi birisine sahip çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitelerinin, bakım veren yüklerinin ve depresyon düzeylerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini 21.11.2016 – 05.05.2017 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran 30 OSB, 30 DEHB tanısı almış ve sağlıklı grup olarak aynı sayıdaki 3-17 yaşları arasındaki sağlıklı çocukların ebeveynleri oluşturmuştur. Ebeveynlere World Health Organisation Quality of Life-BREF-TR (WHOQOL-BREF-TR), Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Sosyodemografik Bilgi Formu uygulanmıştır.

Bulgular: Analizler sonucunda, OSB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin WHOQOL-BREF-TR puanları DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin WHOQOL-BREF-TR puanlarından anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($z=-4,366$, $p<0.05$). sağlıklı grupta yapılan analizler sonucunda DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin WHOQOL-BREF-TR puanlarıyla sağlıklı gruptaki ebeveynlerin WHOQOL-BREF-TR puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-1.007$, $p>0.05$). OSB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin WHOQOL-BREF-TR puanlarıyla sağlıklı gruptaki ebeveynlerin WHOQOL-BREF-TR puanları karşılaştırıldığında OSB grubunun WHOQOL-BREF-TR puanları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($z=-4.662$, $p<0.05$).

Sonuç: OSB grubunun yaşam kalitesi algılarının, DEHB ve sağlıklı grubuna oranla daha düşük olduğu görülmüştür. Çocuğun tedavisi esnasında çeşitli kararlar veren ve müdahalelerde bulunan ebeveynlerin yaşam kalitesi algılarının tedavi ve iyileştirim sürecine etkisinin olduğu bilinmektedir. Tedavi planlamalarında ebeveynlerin yaşam kalitelerinin süreç içinde önemsenmesinin tedavi başarısını arttırabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Sözcükler: Çocuk Ruh Sağlığı, Ruhsal İyileştirim, Yaşam Kalitesi, DEHB, OSB

ABSTRACT

Assessment of Parents' Quality of Life of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Autistic Spectrum Disorder

Objective: Having a child with Autistic Spectrum Disorder (ASD) and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) can create many difficulties for parents. Determination of the factors that affect the quality of life, caregiver burden and depression levels from the difficulties experienced by the parents during the child's healing and regulatory studies on these areas can both positively affect the parental well-being and the improvement process. The aim of our study was to compare the quality of life, caregiver burden, and depression levels of these childrens' parents whose have any of these two disorders.

Method: The study sample consisted of 30 ASD, 30 ADHD patients who applied to the Kocaeli University Medical Faculty Child and Adolescent Psychiatry Department between 21.11.2016 - 05.05.2017 and the control group consisted of the childrens' parents between the ages of 3- 17. The World Health Organization Quality of Life-BREF-TR (WHOQOL-BREF-TR), Zarid Caregiver Burden Scale, Beck Depression Scale and Sociodemographic Information Form which is developed by researcher were applied to the parents.

Results: As a result, WHOQOL-BREF-TR scores of childrens' parents with ASD were significantly lower than the WHOQOL-BREF-TR scores of childrens' parents with ADHD ($z = -4.336, p < 0.05$). As a result of the control group analysis, no significant difference was found between WHOQOL-BREF-TR scores of childrens' parents with ADHD and WHOQOL- BREF-TR scores of control group parents ($z = -1.007, p > 0.05$). The WHOQOL-BREF-TR scores of childrens' parents with ASD were compared with WHOQOL-BREF-TR scores of control groups' parents, WHOQOL-BREF-TR scores of ASD group were significantly lower ($z = -4.662, p < 0.05$).

Conclusions: The perceptions of the quality of life of parents of children with ASD is worse than ADHD and the control group. There is a positive or negative effect of the quality of life of perceptions the parents who made various decisions during the treatment of the child and the interventions in the treatment and remediation process. Therefore, careful consideration of parental quality of life in treatment planning may increase the treatment success.

Key Words: Child Mental Health, Psychiatric Rehabilitation, Quality of Life, ADHD, ASD

TEŞEKKÜR

Çalıőmama baőladıđım günden bu güne kadar değerli katkılarını hiçbir zaman benden esirgemeyen, desteklerini sabırla ve sürekli hissettiren danışman hocam sayın Doç. Dr. Nursu ÇAKIN MEMİK'e,

yüksek lisans eğitimimi tamamlama sürecimde bana her konuda destek veren ve bilime katkı sağlamamıza ön ayak olan sayın Prof. Dr. Mustafa YILDIZ'a,

ruhsal rehabilitasyon alanında ders veren tüm eğitimcilere,

ruhsal rehabilitasyon alanına iz bırakan kıymetli alan arkadaşlarıma, teőekkürlerimi borç bilirim.

Eğitimim sürecinde attığım her adımda arkamda bulunan, duydukları sonsuz güven ve destekle beni sürekli cesaretlendiren annem, babam ve ağabeyime sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Uğur CECO

ETİK KURUL ONAYI



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ
	Telefon	0262 303 74 50
	Faks	0262 303 74 63
	E-Posta	gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr

Başvuru Bilgileri	Araştırmacının Adı	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Otistik Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Çocukların Ebeveynlerinin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi			
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2016/300			
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Doç. Dr. Nursu Çakın Memik			
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları			
	Araştırma Merkezi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları AD			
	Destekleyici				
	Araştırmacının Türü	Yüksek Lisans Tezi			
	Araştırmaya Katılan Merkezler	Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/>	Çok Merkezli <input type="checkbox"/>	Ulusal <input checked="" type="checkbox"/>	Uluslararası <input type="checkbox"/>

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Var	Yok	Açıklama
	Başvuru Dilekçesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başvuru Formu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırmacının Türü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anket Çalışması
	Araştırma Protokolü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kullanılacak Form Örnekleri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aydınlatılmış Onam Formu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırma Bütçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Literatür Örneği	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Taahhütname	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	İzin Belgeleri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başhekimlik Onayı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Özgeçmişler	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Değişiklik Bilgi Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Proje Sonuç Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu

Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
Onay formu	21.09.2016/KOGOEK01.1	1/2

Karar Bilgileri	Karar No: KÜ GOKAEK 2016/300	Proje No: 2016/19-6	Tarih: 16/11/2016
	Doç. Dr. Nursu Çakın Memik sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan,		
	<input type="checkbox"/> Uygun bulunmuştur. <input checked="" type="checkbox"/> Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* <input type="checkbox"/> Uygun bulunmamıştır.*		

Dayanakları	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi
-------------	--

Etik Kurul Üyeleri

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Toplantıda Bulunma		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kotluoğlu
Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Canan Baydemir Üye	Biyostatistik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Selcen Göçmez Üye	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Haluk Emre Özel Üye	Restoratif Diş Tedavisi	Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yusufhan Yazır Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Aslıhan Akpınar Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ceyla Eraldemir Üye	Biyokimya	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kotluoğlu

* Gerekçe ve öneriler:

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu

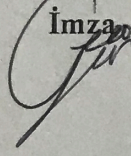
Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
Onay formu	21.09.2016/KOGOEK01.1	2/2

TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ

Tezimde başka kaynaklardan yararlanılarak kullanılan yazı, bilgi, çizim, çizelge ve diğer malzemeler kaynakları gösterilerek verilmiştir. Tezimin herhangi bir yayından kısmen ya da tamamen aşırma olmadığını ve bir İntihal Programı kullanılarak test edildiğini beyan ederim.

20... / 04 / 2018

Uğur CECO

İmza


İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	iii
ÖZET	iv
İNGİLİZCE ÖZET	v
TEŞEKKÜR	vi
ETİK KURUL ONAYI	vii
TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ	ix
İÇİNDEKİLER	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
ÇİZELGELER DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Genel Bilgiler	1
1.2. Yaşam Kalitesi	3
1.2.1. Yaşam Kalitesinin Tanımlanması	3
1.2.2. Ruhsal İyileştirimde Yaşam Kalitesinin Yeri	4
1.2.3. Aile Sistemi İçerisinde Yaşam Kalitesi	6
1.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	6
1.3.1. DEHB'nin Tanım ve Tarihçesi	6
1.3.2. DEHB'nin Epidemiyolojisi	7
1.3.3. DEHB'nin Etiyolojisi	8
1.3.4. DEHB'nin Tanı Ölçütleri	8
1.3.5. DEHB'de Eş Hastalanım ve Ayırıcı Tanı	10
1.3.6. DEHB'de Tedavi	11
1.3.6.1. DEHB'de İyileştirim Süreci	12
1.4. Otistik Spektrum Bozukluğu	13
1.4.1. Tanım ve Tarihçe	13
1.4.2. OSB'nin Epidemiyolojisi	14
1.4.3. OSB'nin Etiyolojisi	15
1.4.4. OSB'nin Tanı Ölçütleri	15

1.4.5. OSB’de Eş Hastalanım ve Ayırıcı Tanı	18
1.4.6. OSB’de Tedavi	19
1.4.6.1. OSB’de İyileştirim Süreci	20
1.5. Bakım Veren Yükü	21
1.5.1. Bakım Veren Yükü’ne Genel Bakış	21
1.5.2. DEHB’de Bakım Veren Yükü	22
1.5.3. OSB’de Bakım Veren Yükü	23
1.6. DEHB ve OSB’si Olan Çocuğun Ebeveyninde Depresyon	24
2. AMAÇ	26
3. YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Tipi	28
3.2. Araştırma Yerinin Seçimi	28
3.3. Araştırma Evreni Örneği ve Özellikleri ile Örnekleme Tekniği	28
3.4. Sağlıklı Grubunun Özellikleri, Seçimi, Sağlıklı Grup Kaynakları ve Araştırma Gruplarının Benzerliği	29
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlerinin Belirlenmesi	29
3.6. Araştırmada Kullanılan Terim, Sınıflandırma, Yöntem ve Ölçütlerin Açıklanması	30
3.7. Araştırmada Kullanılan Araç-Gereçlerin Tanımlanması	30
3.7.1. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu	30
3.7.2. Beck Depresyon Ölçeği	31
3.7.3. Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği	32
3.7.4. Sosyodemografik Bilgi Formu	32
3.8. Alınan Etik Kurul Onayının Yeri ve Numarası	32
3.9. Veri Çözümlemesi, Kullanılan İstatistiksel Testlerin ve Hesaplamaların Tanımlanması	32
4. BULGULAR	34
5. TARTIŞMA	69
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	79
KAYNAKLAR DİZİNİ	83
ÖZGEÇMİŞ	96
EKLER	97

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

OSB: Otistik Spektrum Bozukluğu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ÖG: Öğrenme Güçlüğü

KOKGB: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu

DB: Davranım Bozukluğu

BVY: Bakım Veren Yüğü

WHOQOL-BREF-TR: World Health Organisation Quality of Life-BREF-TR

ZBVYÖ: Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeği

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

SBF: Sosyodemografik Bilgi Formu

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1.1. Katılımcıların Ebeveynlik Rolü Dağılımı	34
Çizelge 1.2. Katılımcıların Yaş Ortalamaları	35
Çizelge 1.3. Katılımcıların ve Eşlerinin Eğitim Durumları	35
Çizelge 1.4. Katılımcıların ve Eşlerinin Mesleki Durumları	36
Çizelge 2.1. Ölçeklerin İç Tutarlılık Değerleri	36
Çizelge 2.2. Yaşam Kalitesi Puanları ile Bakım Veren Yükü ve Depresyon Puanlarının İlişkisi	37
Çizelge 2.3. Katılımcıların Depresyon Puanları ile Bakım Veren Yükü Puanlarının İlişkisi	37
Çizelge 2.4. Grupların Algılanan Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması	38
Çizelge 3.1. Gruplara Göre Yaşam Kalitesi, Bakım Veren Yükü ve Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması	39
Çizelge 3.2. Gruplara Göre Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puanlarının Bakım Veren Yükü Puanlarıyla İlişkisi	41
Çizelge 3.3. Gruplara Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ile Depresyon Puanlarının İlişkisi	44
Çizelge 3.4. Grupla Göre Bakım Veren Yükü ile Depresyon Puanlarının İlişkisi	45
Çizelge 4.1. Gruplara göre Annelerin Yaşı ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının İlişkisi	46
Çizelge 4.2. Gruplara göre Babaların Yaşı ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının İlişkisi	45
Çizelge 4.3. Formları Dolduran Ebeveyne Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Değerlendirilmesi	46
Çizelge 4.4. Anne Eğitim Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması	47
Çizelge 4.5. Baba Eğitim Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması	47
Çizelge 4.6. Ailenin Aylık Gelirine Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması	48
Çizelge 4.7. Gruplarda Ailede Yaşayan Kişi Sayısı ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması	48

Çizelge 4.8. Çocukla Gün İçerisinde Geçirilen Süreye Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması	49
Çizelge 4.9. Son 1 Ayda Çocukla Ev Dışında Yapılan Aktivite Saatine Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması	49
Çizelge 5.1. Gruplara göre Annelerin Yaşı ile Bakım Veren Yükü Puanlarının Karşılaştırılması	50
Çizelge 5.2. Gruplara göre Babaların Yaşı ile Bakım Veren Yükü Puanlarının Karşılaştırılması	50
Çizelge 5.3. Formları Dolduran Ebeveyne Göre Bakım Veren Yükü Düzeylerinin Değerlendirilmesi	51
Çizelge 5.4. Annelerin ve Babaların Eğitim Durumuna Göre Bakım Veren Yükü Düzeylerinin Karşılaştırılması	52
Çizelge 5.5. Aile Aylık Gelirine Göre Bakım Yükü Düzeylerinin Karşılaştırılması	53
Çizelge 5.6. Ailede Yaşayan Kişi Sayısına Göre Bakım Veren Yükü Düzeylerinin Karşılaştırılması	54
Çizelge 5.7. Çocukla Gün İçerisinde Geçirilen Süreye Göre Bakım Veren Yükü Düzeylerinin Karşılaştırılması	55
Çizelge 5.8. Son 1 Ayda Ev Dışında Çocukla Yapılan Aktivite Süresine Göre Bakım Veren Yükü Düzeylerinin Karşılaştırılması	56
Çizelge 6.1. Gruplara göre Annelerin Yaşı ile Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması	57
Çizelge 6.2. Gruplara göre Babaların Yaşı ile Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması	57
Çizelge 6.3. Formları Dolduran Ebeveyne Göre Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi	58
Çizelge 6.4. Ebeveynlerin Eğitim Durumlarına Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması	59
Çizelge 6.5. Ailenin Aylık Gelirine Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması	60
Çizelge 6.6. Ailede Yaşan Kişi Sayısına Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması	61
Çizelge 6.7. Çocukla Gün İçerisinde Geçirilen Süreye Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması	61
Çizelge 6.8. Son 1 Ayda Ev Dışında Çocukla Yapılan Aktivite Süresine Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması	62
Çizelge 7.1. Tanının Ebeveyn Tarafından Algılanan Önem Düzeyine Göre Verilerin Karşılaştırılması	63

Çizelge 7.2. Tanının Ebeveyn Tarafından Algılanan Şiddeti Düzeyine Göre Verilerin Karşılaştırılması	64
Çizelge 7.3. Tanı Almış Çocuğun Tedavi Süresine Göre Verilerin Karşılaştırılması	65
Çizelge 7.4. Çocuğun Tanısının Ebeveynin Sosyal İlişkileri Üzerine Etkisine Göre Karşılaştırılması	66
Çizelge 7.5. Çocuğun Tanısının Ailenin Ekonomik Durumu Üzerindeki Etkisine Göre Karşılaştırılması	67
Çizelge 7.6. Çocuğun Tanısının Ebeveynin Ev İşi ya da Mesleki Verim Düzeyi Üzerindeki Etkisine Göre Karşılaştırılması	68



1.GİRİŞ

1.1. Genel Bilgiler

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve Otistik Spektrum Bozukluğu (OSB), bir çok kez bilimsel araştırmalara konu olmuştur. Bu çalışmada, bu bozuklukların tanısını almış çocukların ebeveynlerinin yaşam kaliteleri incelenmiştir. DEHB ve OSB'nin iyileştirmesi sürecinde, bozukluğa sahip çocukların ebeveynlerinin destekleri, iyileştirmenin gidişatı açısından önemlidir. Dolayısıyla, yaşam kalitesi algısı düşük olan, depresyon belirtilerini gösteren, bakım verme yükünü fazla algılayan ebeveynler ile bunların tam tersi algılamaları olan ebeveynlerin çocuklarına karşı olan yaklaşımlarının iyileştirmesi sürecine etkileri de farklı olabilecektir.

DEHB ve OSB nörogelişimsel bozukluklar arasında yer almaktadır (APA 2014). DEHB ve OSB, ebeveynlerin ve eğiticilerin bireysel farkındalıklarının artmasıyla günümüzde çocukluk ve gençlik çağında tanısı kolayca konulabilen bozukluklar olarak karşımıza çıkmaktadır (Petermann ve Hampel 2009). Bu bozukluklara sahip çocukların ebeveynlerinin yaşadığı çeşitli yaşam olayları, hayatlarından aldıkları doyum ve bunların çocuğun tedavisine olan etkisi tedavi sürecinde önemli bulunmaktadır.

Çocukluk ağında başlayan DEHB ve OSB gibi nörogelişimsel bozuklukların tedavisi, bozukluğa sahip bireylerin geleceklere açısından oldukça önemli bir konudur. Çünkü gelişim evrelerinin henüz başlarında olan çocuklar, sahip oldukları yaşantılar neticesinde geleceklere temellerini atmaktadırlar. Sahip olunan yaşantılar ise, öncelikli olarak bireyin anne ve babasının kontrolünde gerçekleşmektedir. Dolayısıyla anne ve babanın sunacağı her türlü uyaran çocuğun gelişim evrelerinde ayrı bir öneme sahip olacaktır. Öyle ki ilk temel alışkanlıkların kazanıldığı bu yıllarda, annenin ve babanın çocuğun yaşamındaki yerini düşündüğümüzde mutlu ve doyumlu çocuklar yetiştirebilmek için öncelikle anne ve babanın mutlu ve doyumlu birer birey olması gerekmektedir (Yavuzer 2011). Yaşam kalitesi hakkında iyi bir Şekilde bilgi alabilmek için bireylerin mutluluk düzeylerinin ve mutluluk için var olan beklentilerinin değerlendirilmesi gerekmektedir (McCall 1975). Burada da karşımıza ebeveynin yaşam kalitesi kavramı çıkmaktadır. Yapılan tanımlamaları ele aldığımızda, yaşam kalitesi ile mutluluk kavramlarının i içe geçmiş olduğu görülmektedir. Bireylerin mutluluk düzeylerini etkileyen kavramların incelendiği bir çalışmada, mutluluk ve yaşam kalitesinin ayrı ayrı değerlendirilemeyen ve ihtiyaçları uçsuz

olan insanoğlunun algılamaları temelinde değişkenlik gösterebilen kavramlar olduğu bildirilmiştir (Akın ve Şentürk 2012). Çocuğunda DEHB ya da OSB bulunan ebeveynler için yaşam kalitesi algısı önemli bir hal almaktadır. DEHB'li çocukların aile işlevselliğinin ve anne kaygısını incelediğimizde, işlevselliğinin sağlıklı kontrollere göre daha az olduğu görülmüş ve buna hastalığın belirtilerinin neden olabileceği düşünülmüştür. Aynı zamanda annelerin yaşadığı kaygı düzeyinde de anlamlı bir farklılık elde edilmiştir (Özyurt ve diğ. 2015). Bu da çocuğun yaşadığı bozukluk belirtilerinin, çocuğun ve ailenin günlük yaşamını etkilediğini göstermektedir. Benzer bir durum OSB tanısı almış çocukların ebeveynleri için de geçerlidir. OSB tanısı almış çocukların sosyal iletişiminin ve etkileşiminin kısıtlı olması ebeveyn ve çocuk arasındaki bağı güçsüzleştirebilmektedir. Yaşanılan bu duruma ek olarak ebeveynler, çocukların zaman zaman yaşadığı ağlama davranışlarının nedeninin ne olduğunu tam olarak anlayamadıklarını, bunun da kendilerini kötü etkilediğini ve bu durumdan dolayı üzüntü duyduklarını bildirmişlerdir (Esposito ve Venuti 2008). Bu ve bunun gibi yaşantılar, ebeveynler tarafından sıklıkla deneyimlenmesi muhtemel durumlardır. Nörogelişimsel bozukluğa sahip bir çocuğun ebeveyni olmak, ruhsal gerilim yaratan karmaşık bir durumdur. Oluşan bu ruhsal gerilimin çeşitli yöntemlerle azaltılması, ebeveynin yaşam kalitesini arttırmak için önemli bir adımdır (Jones ve Passey 2004). Çünkü bilinmektedir ki ebeveynlere yönelik yaşam kalitesini arttırıcı müdahaleler ruhsal gerilimi azaltmayı da içeren bir süreçtir (Dardas ve Ahmad 2014). DEHB ve OSB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin, yaşam kalitelerini arttırmak için yapılabilecek müdahalelere yönelik ihtiyaçların sorgulandığı bir çalışmada, DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin bu ihtiyaçlarının, OSB tanısı almış çocukların ebeveynlerine oranla daha az olduğu bulgusu elde edilmiştir (Sipos ve diğ. 2012). Araştırmacılar ve ruh sağlığı çalışanları, ebeveynlerin çocuklarına daha iyi bir ortam sunabilmeleri ve daha fazla yardım edebilmeleri için hem kendi yaşamlarından hem de çocuklarının yaşamlarından daha fazla doyum alabilmelerini sağlayabilmek maksadıyla destek olabilmeyi bu alanda temel amaçlarından bir tanesi olarak edinmişlerdir (Milgram ve Atzil 1988).

Nörogelişimsel bozukluk çatısı altında bulunan DEHB'nin ve OSB'nin ebeveynlerin yaşam kalitesini etkilediği görülmektedir. Bu etkinin düzeyinin aynı olmadığı ve çeşitli değişkenler tarafından etkilendiği düşünülmektedir. Yaşam kalitesinin etkilendiği değişkenlerden bir tanesi de depresyondur. Depresyon düzeyi arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir (Aydemir ve diğ. 2009). Nörogelişimsel bozukluğa sahip çocukların ebeveynlerinin yaşadığı ruhsal gerilimler, duygusal zorlanmalar depresyon belirtilerine

neden olabilmektedir. Ebeveynlerde depresyon tespit edildiğinde elbette ki psikososyal destek verilmelidir. Yaşam kalitesinin etkilendiği düşünülen değişkenlerden birisi de ailenin algıladığı bakım veren yüküdür. Psikodinamik bakış açısıyla bakım veren yükü ya da sistemik bakış açısıyla aile yükü kavramına baktığımızda, aile üyelerinden birisinin yaşadığı rahatsızlık sonucunda aile bireylerinin algıladığı, yaşadığı tüm zorluklar ve bunlarla başa çıkma durumu anlaşılmaktadır (Sarı ve Başbakkal 2008). OSB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin aile yükünün yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu bilinmektedir (Hıdıroğlu ve diğ. 2013). Dolayısıyla ebeveynin yaşam kalitesi düzeyinin, algılanan aile yükünden de etkilendiği açıktır.

Klinisyenler tarafından yaşam kalitesini artırıcı müdahalelerin temel olarak, ailelerin başa çıkma yöntemlerini geliştirici ve olumlu yaşam algısı oluşturmalarını sağlayıcı çalışmaları kapsamı önerilmektedir. Bu kapsamda yapılabilecek çalışmalar, aile danışmanlığı, bireysel danışmanlık ve kendi kendine destek gruplarıyla olabilmektedir (Grupta ve Singhal 2004). Böylelikle çalışmalar ebeveynlerin farkındalık düzeylerini arttırabilecek, yaşadıkları sorunlarını çözmelerini sağlayabilecektir. Kendi yaşadığı sorunlarıyla baş etmeyi öğrenmiş ve bunu başarmış bir ebeveynin çocuklarına olan ilgisi elbette daha farklı olacaktır.

1.2. Yaşam Kalitesi

1.2.1. Yaşam Kalitesinin Tanımlanması

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre yaşam kalitesi kişinin içerisinde bulunduğu kültür ve değer sistemleri bağlamında amaçlarını, beklentilerini, standartlarını ve ilgilerini kapsayarak yaşamdaki pozisyonunu algılamasıdır (WHO 1997). Yaşam kalitesine yönelik bir diğer tanımlama, kişisel refah ya da yaşamdan tatmin olmayı, maddi manevi iyi oluşu, sosyal faaliyetlere katılımı, kişisel gelişimi, yerinde akıl sağlığını ve bedensel sağlığı içeren bir kavram olduğu yönündedir (Eriksson ve Lindström 2007). Yaşam kalitesi, hem iç hem de dış güçler tarafından belirlenen yaşam koşullarını ve yaşam tecrübesini içerir. Kişinin refah duygusu kişinin kişisel özelliklerine ve durumun nesnel özelliklerine bağlıdır. Yaşam kalitesini etkileyen iç (öznel) etmenler, özlem seviyesini, geçmiş deneyimi, kişisel beklentileri ve mevcut koşulların algılanışlarını içerir (Lehman 1988, Cummins 1996, Davern ve Cummins 2005). Küresel yaşamın tanımları, yaşamın bir bütün olarak değerlendirilmesiyle ilgilidir. Bir kişinin yaşam kalitesi ise yaşadıklarını algıladığı biçimiyle

değerlendirilmesidir. Bireyin yaşadıklarını küresel yaşam kapsamında bütüncül bir incelemeyle ele alırsak yaşam kalitesini daha iyi anlayabiliriz (Vincent ve diğ. 2006). Yaşam kalitesi, çeşitli sosyal göstergelerin belirttiği çevre kaynakları ve stres faktörlerinin seviyesinden de etkilenir (Schalock ve diğ. 1989). Bazı araştırmacılar, yaşam kalitesini, bir kişinin yaşamı hakkında düşündüğü, davranışları sosyal ilişkileri ve faaliyetleri değerlendiren dış etkenlerle ilgili iç faktörlerden oluştuğunu düşünür (Barry ve diğ. 1993, Cummins 2005). Araştırmacılar, bireysel ihtiyaçların, arzuların ve arzuların tatmininin sağlanması için gerekli kaynakları bulundurma tanımında, kişisel gelişim ve kendini gerçekleştirme imkânı veren etkinliklere katılımı ve kendi aralarında bir mukayesede bulunarak kendi değerlendirmelerinin karşılaştırmalı olarak dahil edilmesiyle bu temayı geliştirmişlerdir (Diener diğ. 2002, Mauceri ve Di Marco 2014).

1.2.2. Ruhsal İyileştirmede Yaşam Kalitesinin Yeri

Yetiyitimi, önemli olarak adledilebilen günlük yaşamsal faaliyetleri kapsayan, bireysel ve toplumsal bağımsızlıkla ilişkili olan, iş, aile, toplum ve eğlenti davranışlarımızı engelleyebilen bir durumdur. Bunun karşısında ise iyileşme bulunur. Bireyin arzu ettiği yaşam kalitesine dönebilmiş olması iyileşme tanımını karşılamakta, bu dönüşüm süreci de iyileştirim olarak isimlendirilmektedir (Lieberman 2011). İyileştirim kavramı, tedavi süreci içerisinde yer alan, bilişsel iyileştirimi, ruhsal toplumsal beceri eğitimi, bilişsel davranışçı tedaviyi, grup tedavilerini, aile girişimlerini, toplumsal destekleri ve bakımevlerini kapsayan bir işevurukluğa geçirir (Yıldız 2009). Çalışmamız kapsamında bulunan iyileştirim kavramının, DEHB ve OSB tanısı almış çocukların tedavi süreçlerinde önemli bir kavram olarak karşımıza çıktığı düşünülmektedir.

Yaşam kalitesine yönelik yapılan araştırmalar gittikçe daha yaygın bir hal almaktadır (Turnbull ve diğ. 2004). Günümüzde ruhsal iyileştirimi kapsayan meslek dallarında, yaşam kalitesinin ölçümü, araştırma sahasında ve klinik ortamlarda önemli ve değerli bir belirteç haline gelmiştir (Agarwal ve diğ. 2012). Bu konuda yapılan araştırmalar arttıkça, çalışmaların bir kısmı ailelerin yaşam kalitesinin incelenmesine yönelik olmuştur. Bu yaklaşım, engelli bir bireyin ailesinde de çeşitli sorunların bulunabileceği ve bunun da araştırmalara konu olması gerektiği ve yaşam kalitesinin de bu durumla ilişkili olabileceği görüşüyle gelişmeye devam etmiştir (Gray 2002). Literatür incelendiğinde, gelişimsel bozukluğu bulunan bir çocuğun üyesi olduğu bir ailede, çocuğun bakımıyla ilgilenen kişinin çoğunlukla anne olduğu görülmektedir (Turnbull ve diğ. 2004). Yaşam kalitesi açısından

bakıldığında annenin yaşam kalitesini algılayışının, kendi sosyal yaşamında ve çocuğun tedavisinde bir etkisi olabileceği beklenmektedir.

Ruhsal iyileştirim odaklı danışmanlıklarda, yaşam kalitesi, önemli bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır (Livneh 2001). Dolayısıyla ruhsal iyileştirim alanında çalışırken yapılan yaşam kalitesi incelemelerinde, bireylerin içerisinde buldukları sosyal yaşamın ve bunun bireylerin ruhsal yaşamı üzerindeki etkilerinin göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Ruhsal iyileştirimin genel kabul gören felsefi amacının altında da tam olarak bu yatmaktadır (Bishop ve Feist-Price 2001). İyileştirim sürecinde, yaşam kalitesinin öncelikli olarak ele alınması gerekliliğine yönelik yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Ruhsal iyileştirim odaklı bir danışmanlık sürecinde, danışanların yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik müdahalelerin ve bunların sonuçlarının planlı bir şekilde değerlendirilmesinin gerekliliği bildirilmektedir (Rossler 1990).

Yaşam kalitesi, sağlık hizmeti verenler açısından tanımlandığında, 5 grup halinde ele alınabilir bir değerlendirme yapılmaktadır (Ferrans 1990):

1) Normal yaşam standartları: İçerisinde bulunan topluluktaki aynı yaşta ve sağlıklı insanların algılarıyla yapılan kıyaslama sonucu elde edilen veriler. Normatif yordamayı içerir.

2) Mutluluk ve tatmin olma: Bireyin yaşantıları sonucu elde ettiği doyumun verdiği bilgiler. Bireyin içsel süreçlerini içerir.

3) Kişsel hedeflerdeki başarı: Bireyin yaşamı süresince sahip olduğu hedeflere yönelik elde ettiği başarılar. Kişisel tatmin olma süreçlerini içerir.

4) Sosyal fayda: Bireyin içerisinde bulunduğu topluluğa yönelik faydalı olabilme hissiyatı ve yapılan çalışmalar sonucu topluma sağlanan fayda. İşlevselliği içerir.

5) Doğal kapasite: Bireyin yaradılışı itibariyle sahip olduğu fiziksel ve ruhsal sınırlılıklar/yeterlilikler çerçevesinde yapabilecekleri ve bunun farkındalığı. Varoluşsal yeterlilikleri içerir.

Yapılan bu gruplandırma ile, iyileştirim sürecinde yaşam kalitesi incelenirken, değerlendirme yapmanın kolaylaşabileceği ve doğru bir tespit yapmak için ruhsal iyileştirim uzmanlarına kolaylık sağlayabileceği öngörülmektedir. Buna ek olarak yaşam kalitesinin parametrelerini ele aldığımızda sağlık ve işlevsellik, manevi ve psikososyal düzey, sosyoekonomik konum, ailenin çok boyutlu yapısı olmak üzere dört farklı başlık

çıkmaktadır. Bu dört başlık, bireyleri değerlendirirken bizlere farklı pencerelerden bakmayı ve normatif bir sonuca varmayı sağlayabilmektedir (Nilson 2012).

1.2.3. Aile Sistemi İçerisinde Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi hem dinamik hem de çok boyutlu bir özelliğe sahip olduğundan, zamanla değişebilecek bir yapıya sahiptir. Dolayısıyla farklı zamanlarda değerlendirildiğinde farklı sonuçlar elde edilebilmektedir. Yaşam kalitesinin bütüncül bir yaklaşımla ele alınması, bu açıdan gerekliliktir (Renwick ve Brown 1996).

Ebeveyn yaşam kalitesi, aile sistemini, aile özelliklerini ve aile içi dinamiklerini içeren bir kavramdır. Bu kavram ailenin demografik özelliklerinden, sosyoekonomik değişkenlerden ve içerisinde bulunulan kültürden etkilenmektedir (Zuna ve diğ. 2010). Nörogelişimsel bozukluğu olan çocuğa sahip bir aile sisteminde, ebeveynin algıladığı yaşam kalitesiyle, çocuğun sahip olduğu hastalığın ya da bozukluğun belirtilerinin şiddetli ve belirgin olması arasında bir ilişki vardır (Xiang ve diğ. 2009). Ebeveyn alt sistemi içerisindeki ilişkinin, bu ilişkinin kalitesinin, ebeveyn olma gerginliğinin ve sosyoekonomik düzeyin çocuğun davranışlarını etkilediği düşünüldüğünde, nörogelişimsel bozukluğa sahip bir çocuğun bu durumdan etkilenmemesi düşünülemez bir durumdur (Mahoney ve diğ. 1997). Çocukların ruhsal durumunun, ebeveynlerin gerginliğini arttırdığı, rol memnuniyetsizlikleri oluşturduğu, zaman zaman alkol tüketiminin arttırdığı da düşünüldüğünde ise, aile sisteminde ebeveyn ve çocuk alt sistemlerinin birbirlerine olan etkilerinin önemi yadsınamaz bir hal almaktadır. Dolayısıyla aile sistemi çatısında ebeveynlerin yaşam kalitesi algıları, çocuklarının iyileştiriminde önemli bir rol oynayabilecek değişkenlerden birisi olarak görülmektedir (Johnston ve Mash 2001).

1.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

1.3.1. Tanım ve Tarihçe

DEHB günümüzde aşırı hareketlilik, dikkatsizlik ve dürtüsellikle seyreden, davranış kontrolünün zor olduğu bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (NIMH 2009). DEHB, çocukluk çağıının en sık gözlemlenen bozukluklardandır (NIH 2000).

DEHB'ye yönelik alanyazına geçen ilk tanımlama 1902 yılında George Still tarafından yapılmıştır (Barkley 1990). "Çocuklarda düzgü dışı davranışlar" ismiyle yayınlanan Still'in makalesinde DEHB; dikkatsizlik, çok hareketli olma, disiplinsizlik,

yüksek heyecan, saldırganlık ve kural tanımazlıkla tanımlanan bir bozukluk olarak ele alınmıştır. 1920li yıllarda, kavramın, beyin iltihabı veya örselenmiş doğum sonrası yaşanan rahatsızlıklar gibi beyin hasarından ya da minimal beyin işlevsizliğinden kaynaklandığı düşünülmüştür (NCCMH 2009). 1968’de Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nın ikinci baskısının (DSM-II) yayınlanmasıyla ruhsal hastalıkların kategorileştirilmesi çabası sonucu günümüzde DEHB olarak adlandırılan bu bozukluk farklı bir tanımlamaya sahip olmuş ve “çocukluk çağı hiperkinetik sendromu” olarak adlandırılmış, belirti kategorisi altına ise dürtüsellik ve aşırı hareketli olma koyulmuştur (APA 1960, Lewis 2002). 1980 yılında Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nın üçüncü baskısının (DSM-III) yayınlanmasıyla bu bozukluk, dikkat eksikliği bozukluğu olarak ele alınmış, aşırı hareketliliğin eşlik ettiği dikkat eksikliği, eşlik etmediği dikkat eksikliği ve rezidüel tip şeklinde üç alt kategoride değerlendirilmiştir. Belirtilere dürtüsellik ve aşırı hareketli olmanın yanında dikkat eksikliği de eklenmiştir (APA 1980, Laurence ve Greenhill 1990). DSM III’ün yeniden düzenlenmiş hali olan DSM III-R’da ise dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ismi kullanılmış ve Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nın dördüncü baskısında (DSM IV) yıkıcı davranış bozukluklarının altında yer alan DEHB, Davranım Bozuklukları (DB) ve Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu (KOKGB) ile aynı kategoride yer almıştır (APA 1994). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının beşinci versiyonunda (DSM 5) ise DEHB, nörogelişimsel bozukluklar altında yer almakta olup dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu adıyla tanımlanmaktadır (APA 2014).

1.3.2. DEHB’nin Epidemiyolojisi

Çocukluk çağında başlayan ve kişinin gelişim seviyesine uygun olmayan davranışlarla seyreden, dürtüsellik, aşırı hareketlilik ve dikkatsizlik ile seyreden DEHB, Amerikan Psikiyatri Birliğine göre okul çağında olan çocukların yaklaşık %7’sinde gözlenmektedir (APA 2000). Dünya genelinde yapılan çalışmalar da bu bulguyu desteklemekte, farklı ülkelerde DEHB’nin çocukluk çağında görülme oranının %4-10 arasında değiştiği gözlenmektedir (Faraone ve diğ. 2003). Ülkemizde, eğitim çağında bulunan çocuklarda DEHB’nin görülme yaygınlığı ise %8 olarak belirlenmiştir (Erşan ve diğ. 2004). Bu da ortalama 30 kişilik bir sınıfta 2-3 öğrencinin DEHB’ye sahip olması anlamına gelmektedir. Erişkinlik ve yetişkinlik döneminde DEHB’nin görülme yaygınlığı %4 ile %6 arasında değişmektedir (Tuğlu ve Şahin 2014).

DEHB'yi cinsiyet farklılıkları açısından ele aldığımızda, erkek çocuklarda DEHB'nin görülme olasılığının kız çocuklarda görülme olasılığından 2.3 ile 4 kat daha fazla olduğu karşımıza çıkmaktadır (Barbaresi ve diğ. 2002). Klinik örneklemede 1/9'a kadar çıkan bu oran, tedavi safhasında ise bir farklılık yaratmamakta; uygulanan yöntemlerden ilaç tedavileri ve davranışsal yöntemler, kızlar ve erkeklerde eşit düzeyde etki yaratmakta ve başarıya ulaşmaktadır (Staller ve Faraone 2006).

1.3.3. DEHB'nin Etiyolojisi

DEHB, güçlü bir genetik yatkınlığı bulunan ve karmaşık etiyolojiye sahip bir bozukluktur (Faraone ve Biederman 2005). Etiyolojisinin karmaşık olması ve kesin olarak belirlenememesi, tanı ve tedavi yöntemleri hakkında tartışmalara neden olmaktadır (Halperin ve Schulz 2006). Yapılan ikiz kardeş çalışmaları, DEHB'nin genetik geçişli bir bozukluk olduğunu göstermektedir (Ercan ve Aydın 2005, Lehn ve diğ. 2007). Çeşitli risk faktörleri olmakla birlikte DEHB'nin meydana gelmesinde genetik geçişin yanı sıra çevresel etmenlerin de rol oynadığı bilinmektedir (Haberstick ve diğ. 2008, Thapar ve diğ 2013). Annenin gebelik sürecinde nikotin alımının olması, sekizinci aydan önce gerçekleşen erken doğum, çeşitli toksinlere maruz kalmak da DEHB'nin oluşumunda çevresel faktör kategorisine koyulabilecek nedenlerdir (Banerjee ve diğ. 2007).

1.3.4. DEHB'nin Tanı Ölçütleri

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM), günümüzde klinik kararlara rehberlik etmek ve psikiyatrik anlamda sınıflandırma yapmak adına kullanılan en güvenilir kaynaktır (Vieta 2016). Dolayısıyla DEHB'nin tanı ölçütleri ele alınırken DSM'nin en son baskısı olan DSM 5 göz önünde tutulmuştur. DSM 5'e göre DEHB'nin tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (APA 2014):

A. Aşağıda kategorileştirilen 2 ana başlıktan (1 ve/veya 2) işlevselliği ya da gelişimi bozan süregiden bir dikkatsizlik ve/veya aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü:

1. **Dikkatsizlik:** Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı ya da daha çok belirti en az altı aydır sürmektedir:

Not: Belirtileri yalnızca, karşıt olmanın, karşıt gelmenin, düşmanlık tutumunun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 ve daha büyük yaşlarda) en az beş belirti olması gereklidir.

- a. Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında, işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar.
- b. Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.
- c. Çoğu kez, doğrudan kendisine konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür.
- d. Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz.
- e. Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzene koymakta güçlük çeker.
- f. Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez.
- g. Çoğu kez, iş ya da etkinlikleri için gerekli nesnelere kaybeder.
- h. Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolayca dağılır.
- i. Çoğu kez günlük etkinliklerinde unutkanlıktır.

2. **Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik:** Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı ya da daha çok belirti en az altı aydır sürmektedir:

Not: Belirtileri yalnızca, karşıt olmanın, karşıt gelmenin, düşmanlı tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 ve daha büyük yaşlarda) en az beş belirti olması gereklidir.

- a. Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrınır.
- b. Çoğu kez oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- c. Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yere tırmanır.
- d. Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılmaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.
- e. Çoğu kez, “her an hareket halinde”dir, “motor takılmış” gibi davranır.
- f. Çoğu kez, aşırı konuşur.
- g. Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapılandırır.
- h. Çoğu kez, sırasını bekleyemez.
- i. Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer.

B. On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.

- C. Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır (örn. ev, okul ya da işyeri; arkadaşları ya da akrabalarıyla; diğer etkinlikler sırasında).
- D. Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.
- E. Bu belirtiler, yalnızca şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. duygudurum bozukluğu, kaygı bozukluğu, çözülme bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde eserikliği ya da yoksunluğu).

DEHB, dört farklı boyutta gözlemlenebilir. Bileşik görünüm için, son altı ay içerisinde hem A1 (dikkatsizlik) hem de A2 (aşırı hareketlilik/ dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır. Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm için, son altı ay içerisinde, A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır. Aşırı hareketlilik/dürtüsellik baskın olduğu görünüm için, son altı ay içerisinde, A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır. Tam olmayan yatışma gösteren için, daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı ay içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.

DEHB, üç farklı ağırlık düzeyinde sınıflandırılabilir. Ağır olmayan DEHB tanısı koymak için yeterli belirtilerden, varsa bile, biraz daha çoğu vardır ve belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktan öteye gitmemiştir. Orta derecede DEHB’de, belirtiler ya da işlevsellikte bozulma “ağır olmayan”la “ağır” arasında orta bir yerdedir. Ağır DEHB, tanısı koymak için gerekli belirtilerden çok daha fazlası ya da birkaç ağır belirti vardır ya da belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozmuştur.

1.3.5. DEHB’de Eş Hastalanım ve Ayırıcı Tanı

Çocuk ve ergen ruh sağlığında tanımlanan eş hastalanımlar, duygusal, davranışsal ve eğitsel anlamda bir çok bozulmanın seviyesini arttırmakta ve hastalığın tanısını tedavisini ve seyrini büyük ölçüde etkileyerek var olan ihtiyacın daha da artmasına neden olmaktadır (Mansour ve diğ. 2017). Yaşanan bu eş hastalanımlar, hastalığın tanısını, tedavisini ve seyrini ciddi anlamda etkileyerek hastalığın yükünü de belirlemektedir (Kunwar ve diğ. 2007). DEHB tanısı almış çocukların %33’ünde bir, %16’sında iki ve %18’inde en az üç

adet eş hastalanım belirlenmiştir (Larson ve diğ. 2011). OSB, takıntılı zorlantılı bozukluk, tourette sendromu, KOKGB, DB, majör depresif bozukluk, madde kullanım bozuklukları eş hastalanımlardan bazılarıdır (Biederman ve diğ. 1993, Yavuzer 2000). DEHB tanısı almış kişilerden %4-24'ünde depresyon, %20-25'inde kaygı bozukluğu, %40-80'inde KOKGB, %0-12'sinde öğrenme güçlüğü (ÖG) ve %0-4'ünde yeme bozukluğu gözlenmiştir (Barkley ve diğ. 1996, Bartholomew ve Owens 2006, Jarret ve Ollendick 2008). Uzak doğuda yapılan bir çalışmada, DEHB tanısı alan çocukların %8.4'ünde OSB ve %2.8'inde de depresyon gözlenmiştir (Kim ve diğ. 2017).

Çocukluk çağında, en çok zorlanılan ayırt edici tanı problemi, normal çocuk hareketliliği ve dikkatsizliği ile DEHB tanısı almış çocuk hareketliliği ve dikkatsizliği arasında yaşanmaktadır. Gerçekten DEHB'si olan çocuklarda gözlemlenen bulgular süreklilik göstermekte, her ortamda ve her zaman benzeri davranışlar gözlenmektedir. Mental retardasyon olan çocuklarda da DEHB belirtileri gözlenebilmektedir. Gözlenen bu belirtiler, o zeka yaşının daha altındaysa DEHB tanısı ek olarak konulmalıdır. ÖB de DEHB'den ayırt edilmelidir. ÖB, okuma, yazma ya da hesaplama gibi özgül alanlarda karşılaşılan sorunları karşılar. DEHB'de, karşılaşılan sorunlar sadece bu alanları değil bir çok alanı kapsamaktadır ve genel bir etkilenme söz konusudur. DB belirtileri ile DEHB belirtileri de benzerlik gösterebilmektedir. DB'de huzursuzluk ve dikkatsizlik gözlenebilmektedir. Ancak DEHB'deki davranım problemleri DB'deki davranım sorunlarından daha hafif düzeydedir (Kayaalp 2008).

1.3.6. DEHB'de Tedavi

DEHB'nin tedavisinde ilaç kullanımını içeren tıbbi müdahaleler, terapi süreçlerini ve ebeveyn eğitimini içeren psikososyal müdahaleler bulunmaktadır (Doğangün ve Yavuz 2011). Uygulanan psikososyal, davranışsal ve bilişsel müdahalelerin, DEHB'ye eşlik eden sorunlardan olan sosyal becerilerinin geliştirilmesinde, ebeveynle çocuk arasındaki ilişkinin normal seviyede dengede tutulmasında ve okul başarısında olumlu bir etkiye sahip olduğu gözlenmiştir (Remschmidt 2005). Bunun yanı sıra DEHB'ye yönelik dikkatsizlik dürtüsellik gibi ana belirtiler olarak değerlendirilebilecek belirtiler üzerinde ilaç tedavisinin daha etkili ve yoğun olduğu saptanmış, uygulanabilecek en iyi tedavi yönteminin ilaç tedavisinin yanında psikososyal anlamda yapılan çeşitli davranışsal müdahaleler olduğu belirtilmiştir (Brown ve diğ. 2005). Okul çağındaki çocukların öğretmenlerine ve ebeveyn görüşlerine göre en iyi tedavi yönteminin ilaç tedavisi ve danışmanlık hizmetinin eş zamanlı devamı

şeklinde olduğu yönündedir. Fakat bazı ebeveynler çocuklarının ilaçlar ile tedavi edilmesine karşı gelmektedirler (McLeod ve diğ. 2007). Uygulanan tedavi yöntemlerinde okul çağı çocuklarında görülen DEHB'nin tedavisinde kullanılan ilaçların damgalamaya neden olabileceği ve bunun da çocuğun okulla olan ilişkisini etkileyebileceği bildirilmiştir (Santosh ve Taylor 2000).

Özellikle okul öncesi dönemde DEHB tanısı almış çocuklara yönelik planlanan psikososyal müdahaleler ele alındığında, etkili anne-baba girişim programlarından DEHB ve yıkıcı davranış örüntüleri olan çocuklarda başarılı sonuçlar alınmasıyla, anne-babanın planlanmış eğitim programlarıyla müdahaleye dahil edilmesi ve ailelerin katılım oranının artırılması için farklı yöntemlerin araştırılması bir gereklilik haline gelmiştir (Gündoğdu ve diğ. 2016). Dolayısıyla DEHB'nin tedavisinde psikososyal müdahalelerin bir gereklilik olduğu ve bu müdahalelerden olumlu sonuçların alınabileceği açıktır.

Günümüzde DEHB'nin ilaçla tedavisinde, çocukla stimülanlardan ve alternatif olarak ise atomoksetinden yararlanılmaktadır (Ercan ve diğ. 2009). Uygulanan bu ilaç tedavilerinde, tıbbi bakış açısının yanı sıra kültürel ve sosyoekonomik değişkenlerin dikkate alınması, ilaçların etki, yan etki, kötüye kullanımı ve tedavi konularında çocuğun anne babasının yeterli bir şekilde bilgilendirilmesi ve onamlarının alınması önemli bir konudur (Aras ve Şemin 2005). Bunun dışında, çocuklarda meydana gelen sorunlu davranışların istemli davranışlar olmadığını, bunların ebeveynlerin kendi kötü davranışlarından da kaynaklanmadığını, çocuklarının “yaramaz” ya da “kötü” çocuk diye nitelendirmekten ziyade onlara bir “bozukluktan muzdarip çocuk” gözüyle bakmanın daha gerçekçi olacağı şeklinde yeniden çerçeveleme yaparak ebeveyne bildirmek, ebeveynin tedaviye uyumunu ve tedavi sürecini olumlu yönde etkileyebilmektedir (Klasen 2000).

1.3.6.1. DEHB’de İyileştirim Süreci

Klinik ortamda, DEHB tanısı almış bireylerden oluşturulmuş gruplar ile yapılan iyileştirim çalışmalarında, bilişsel davranışçı yöntemler ile yapılan iyileştirim yöntemlerinin tanı almış bireylerin belirtilerinde iyileşme sağladığı gözlenmiştir (Virta ve diğ. 2008). Bilişsel davranışçı yönelimli grup iyileştirmesi sürecinde, DEHB tanısı almış olan katılımcıların belirtilerinde yaşanan düzelmeler, uygulanan bu metodla uzun vadede fayda elde edilebileceği görüşünü doğurmuştur (Salakari ve diğ. 2009). Grup çalışmalarının haricinde yapılan bireysel iyileştirim çalışmalarında, DEHB'nin işleyen bellek üzerindeki olumsuz etkilerinin sağaltımı yönüne odaklanılmıştır (Rapport 1999). İşleyen belleğin

akademik başarıyla ilişkili olmasından dolayı, DEHB’de gözlemlenen okul başarısızlığını gidermek ve çocukların akademik alandaki başarılarını yukarıya çekebilmek adına işleyen belleği geliştirme çabasına girildiği söylenebilir (Karatekin 2004, Siegel ve Ryan 1992). DEHB tanısı almış çocuklara yönelik yapılan işleyen bellek çalışmaları sonrasında, ebeveynlerin geri bildirimleri değerlendirildiğinde DEHB belirtilerinde belirgin bir azalma ve okul başarısında bir miktar artma bulgularına ulaşılmıştır (Klingberg ve diğ. 2005, Kermani ve diğ. 2016).

DEHB’yi yönetmenin önemli unsurlarından bazıları, ebeveynlerin tutumlarının ve yaşam olaylarını algılayışlarının değerlendirilmesidir (McLeod ve diğ. 2007b). Ebeveynler, DEHB tanısı almış olan çocuklarının fiziksel, duygusal ve psikososyal alanda yaşadıkları zorlukların, çocukların bildirdiklerinden daha fazlası olduğunu bildirmişlerdir. Yaşanılan bu durum, ebeveynlerin içerisinde buldukları pozisyonu daha olumsuz algıladıklarını göstermektedir (Hemmingsson ve diğ. 2016). Dolayısıyla DEHB’nin tedavi ve iyileştirim sürecinde, ebeveynin tutumlarının, davranışlarının ve yaşam kalitesi algılarının incelenip tedavi planı oluşturulurken bunların da hesaba katılmasının, tedavinin ve iyileştirimin başarılı olmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.4. Otistik Spektrum Bozukluğu

1.4.1. Tanım ve Tarihçe

Otistik Spektrum Bozuklukları (OSB), beynin çalışma şeklini etkileyen nörogelişimsel bir bozukluktur. OSB, her çocuğu farklı şekilde etkileyebilmekle birlikte sosyal etkileşim, iletişim ve yineleyici davranışlar olmak üzere üç alanda etkisini yoğun bir şekilde göstermektedir. OSB, genetik temelleri olan, kişiler arası iletişimde belirli sorunların yaşandığı, bu sorunların süreklilik arz ettiği bir bozukluktur. Kendi etrafında dönmeye süre gelen törensel davranışlar, kendi etrafında dönen eşyalara fazlaca ilgi duyma, sürekli olarak belirli parçaların belirli kısımlarıyla oynama gibi davranış örüntüleri OSB’ye eşlik eden belirtilerdir (Çuhadaroğlu 2008).

Otizm, ilk olarak 1943 yılında Amerikalı Psikiyatrist Leo Kanner tarafından bu hastalığın şizofreniden farklılığı üzerinde durularak tanımlanmıştır. Tanımlama yapılırken yineleyici hareketler, saplantılar, ekolali gibi belirtiler kriter olarak ele alınmış ve otizimli çocukların iletişimde zorluklar yaşadığı, hep aynı kalıplarla davrandığı ve cümlelerinin

düzenli olmadığı belirtilmiştir (Kanner 1943). 1944 yılında ise Avusturyalı çocuk doktoru Hans Asperger, bugün Asperger sendromu adıyla tanımlanan otistik patoloji'yi tanımlamıştır. Hans Asperger'in Almanya'da Almanca olarak yayınlanan yazısı, 2. Dünya Savaşının siyasi gelişme ve sonuçlarından etkilenerek dünyaya yayılamamış ve dönemin tıp dünyasında akademik dilin İngilizce olmasından dolayı da 1970'li yıllara kadar yazı hakkında bilgi sahibi olunamamıştır (Wing 1981). Çocukluk çağında gözlemlenen otizmle ilgili tanınan ve onaylanan ilk tanımlama, DSM III'te yaygın gelişimsel bozukluk adı altında yapılmıştır. Bu tanımlamaya göre tanı kriterlerinin karşılanması için şizofreni belirtilerinin bulunmaması şartıyla; 30 ayı doldurmamış olmak, çevresine karşı ilgisiz olmak, dil gelişiminde gecikmenin olması, çevresel uyaranlara verilen tuhaf tepkilerin varlığı belirtileri ele alınmıştır (APA 1980b). DSM III'teki tanımlamaların yetersiz kalması, bozukluğun yaygın doğasının tam olarak anlaşılabilmesi ve tanılamamının sadece bebeklerle sınırlı kalınmaması gerektiği görüşü üzerine OSB'nin DSM III-R'da kapsamı genişletilmiştir. Bu kapsam içerisinde, 16 tanı kriterinden 8'inin görülmesi gerektiği, başlangıç yaşının bebeklik için 36 ay öncesi ve erken çocukluk dönemi için 36 ay sonrası ele alınarak değerlendirileceği bulunmaktadır (Volkmar ve diğ. 1988). Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınlamış olduğu DSM IV'te ise OSB için; Otistik Bozukluk, Asperger Sendromu, Rett Bozukluğu, Çocukluk Çağı Dezingratif Bozukluk tanı grupları şeklinde tanımlama yapılmış fakat daha sonra güncellenen DSM 5'te bu tanı kategorileri tek bir başlık altında toplanmış ve Otizm Açılımı Kapsamında Bozukluk adı kullanılmıştır (Özkaya 2013).

1.4.2. OSB'nin Epidemiyolojisi

Günümüzde sıkça gözlemlenebilen bir hastalık olan OSB'nin dünya genelinde yaygınlığı 14,9/10000 olarak belirlenmiştir (Fombonne 2003). Yapılan farklı çalışmalar da Fombonne'un çalışmasını desteklemektedir (Canitano ve Scandurra 2008). Asya'da geçmişten günümüze OSB'nin görülme sıklığı ele alındığında oranın 1980'lerde 1,9/10000'den 2010'larda 14,8/10000'e kadar arttığı görülmektedir (Sun ve Alisson 2010). 1996-2001 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri, Japonya ve İskandinav ülkelerinde yapılan bir çalışmada ise OSB'nin yaygınlığının 30/10000 ile 60/10000 arasında değiştiği gözlenmektedir. Amerika Birleşik Devletlerindeki son çalışmalardan birisinde, OSB'nin görülme oranı 1/68 olarak verilmiştir (CDC 2014) Genel perspektifte yaygın gelişimsel bozukluk olarak ele alındığında sıklığın 60/10000, bunun içerisinde otizmin 13/10000, asperger sendromunun 3/10000, rett sendromunun 1/15000, çocukluk çağı dezingratif bozukluğunun 0,2/10000 gibi bir sıklıkta olduğu bildirilmiştir (Fombonne 2005). OSB'nin

görülmesine ilişkin ülkemizde cinsiyet farklılıklarına yönelik yapılan çalışmalarda kız/erkek oranının 1/5 olduğu bildirilmiştir (Doğangün 2008).

1.4.3. OSB'nin Etiyolojisi

Kanner'in OSB'ye yönelik yapmış olduğu tanımlamalarda, aile üyelerinin eğitim seviyesinin, dönemin şartlarına göre yüksek seviyede olduğu ve ebeveynlerin takıntılı ve bazı belirli kişilik yapılarına sahip olduğu öne sürülmekteydi. Bu tanımlamaların ardından geçen yıllar içerisinde, bu görüşler yanlışlanmış ve aile işlevlerindeki bozulmaları veya psikodinamik etmenleri OSB'nin ortaya çıkmasıyla ilişkilendirilebilecek bir delil bulunamamıştır (Doğangün 2008).

OSB'nin etiyojisinin yıllardır tam olarak belirlenememiş olmasına karşılık bu konuda kabul gören genel kanı, var olan genetik yatkınlığın yanısıra çevresel faktörlerin de ciddi anlamda rol oynadığı yönündedir (Holmes 1998, Newschaffer 2007). OSB'nin etiyojisindeki genetik nedenlere bakıldığında, çeşitli kromozom anomalileri (yaklaşık %5 düzeyinde), genomdaki kopya sayılarındaki bazı değişiklikler (yaklaşık %10-20 düzeyinde) ve OSB belirtilerine neden olan tek gen mutasyonunun sebebiyet verdiği genetik bozulmalar görülmektedir (Yosunkaya 2013).

1.4.4. OSB'nin Tanı Ölçütleri

OSB'nin tanı ölçütleri ele alınırken, DSM'nin en son baskısı olan DSM 5 göz önünde tutulmuştur. DSM 5'e göre Otizm Açılımı Kapsamında Bozukluk olan OSB'nin tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (APA 2014):

A. O sırada ya da öyküden alınan bilgilere (ayrıntılılamaktan çok örnekleyen) göre, aşağıdakilerle kendini gösteren, değişik biçimleriyle toplumsal iletişim ve toplumsal etkileşimde süregiden eksiklikler:

1. Sözelimi, olağandışı toplumsal yaklaşım ve karşılıklı konuşamamadan, ilgilerini, duygularını ya da duygulanımını paylaşamamaya, toplumsal etkileşimi başlatamamaya ya da toplumsal etkileşime girememeye dek değişen aralıkta, toplumsal-duygusal karşılıklık eksikliği.
2. Sözelimi, sözel ve sözel olmayan tümleşik iletişim yetersizliğinden, göz iletişimi ve beden dilinde olağandışılıklara ya da el-kol devinimlerini anlama ve kullanma eksikliklerine, yüz ifadesinin ve sözel olmayan iletişimin hiç

olmamasına dek değişen aralıkta, toplumsal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişim davranışlarında eksiklikler.

3. Sözelimi, değişik toplumsal ortamlara göre davranışlarını ayarlama güçlüklerinden, imgesel oyunu paylaşma ya da arkadaş edinme güçlüklerine, yaşıtlarına ilgi göstermemeye dek değişen aralıkta, ilişkiler kurma, ilişkilerini sürdürme ve ilişkilerini anlama eksiklikleri.

B. O sırada ya da öyküden alınan bilgilere (ayrıntılmaktan çok örnekleyen) göre, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, sınırlı, yineleyici davranış örüntüleri, ilgiler ya da etkinlikler:

1. Basmakalıp ya da yineleyici devinsel (motor) eylemler, nesne kullanımları ya da konuşma (örn. yalınsal devinsel basmakalıp davranış örnekleri, oyuncakları ya da oynar nesnelere sıraya dizme, yankılama [ekolali], kendine özgü deyişler).
2. Aynılık konusunda direnme, sıradanlık dışında esneklik göstermeme ya da törensel sözel olmayan davranışlar (örn. küçük değişikler karşısında aşırı sıkıntı duyma, geçişlerde güçlükler yaşama, katı düşünce örüntüleri, törensel selamlama davranışları, her gün aynı yoldan gitmek, ve aynı yemeği yemek isteme).
3. Yoğunluğu ya da odağı olağandışı olan, ileri derecede kısıtlı, değişkenlik göstermeyen ilgi alanları (örn. alışılmadık nesnelere aşırı bağlanma ya da bunlarla uğraşıp durma, ileri derecede sınırlı ya da saplantılı ilgi alanları).
4. Duyusal girdilere karşı çok yüksek ya da düşük düzeyde tepki gösterme ya da çevrenin duyusal yanlarına olağandışı bir ilgi gösterme (örn. ağrı/ısıya karşı aldırışsızlık, özgül bir takım seslere ya da dokulara karşı ters tepki gösterme, nesnelere aşırı koklama ya da nesnelere aşırı dokunma, ışıklardan ya da devinimlerden görsel büyülenme).

C. Belirtiler erken gelişim evresinde başlamış olmalıdır (toplumsal gerekler sınırlı yeterliğin üzerine çıkana dek tam olarak kendini göstermeyebilir ya da daha sonraki yıllarda, öğretilen yöntemlerle maskelenebilir).

D. Belirtiler, toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında klinik açıdan belirgin bozulmaya neden olur.

E. Bu bozukluklar, anlıksal yetiyitimi (anlıksal gelişimsel bozukluk) ya da genel gelişimsel gecikme ile daha iyi açıklanamaz. Anlıksal yetiyitimi ve otizm açılımı kapsamında bozukluk sıklıkla bir arada ortaya çıkar. Otizm açılımı kapsamında bozukluk ve anlıksal yetiyitimi eştanı tanısı koymak için, toplumsal iletişim, genel iletişim düzeyine göre beklenenin altında olmalıdır.

Not: DSM-IV otistik bozukluk, Asperger bozukluğu ya da başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk kesin tanısı almış olan kişilere otizm açılımı kapsamında bozukluk tanısı konmalıdır. Toplumsal iletişimde belirgin eksiklikleri olan, ancak belirtileri, otizm açılımı kapsamında bozukluk için başka türlü tanı ölçütlerini karşılamayan kişiler, toplumsal iletişim bozukluğu açısından değerlendirilmelidirler.

Eşlik eden anlıksal bozukluk olan ya da olmayan; eşlik eden dil bozukluğu olan ya da olmayan; eşlik eden, bilinen bir sağlık durumu ya da kalıtsal durum ya da çevre etkeni olan; eşlik eden diğer bir nörogelişimsel, ruhsal ya da davranışsal bozukluk olan; katatoni ile giden eş tanıları varsa ayrıca belirtilmelidir.

Otizm açılımı kapsamında bozukluğun ağırlık düzeyi, toplumsal iletişim bozukluklarına ve kısıtlı yineleyici davranış örüntülerine göre değişir:

1. Üçüncü düzey “Çok önemli ölçüde desteği gerektirir”: Sözel ve sözel olmayan toplumsal iletişim becerilerindeki ağır eksiklikle, işlevsellikte ağır bozukluklara neden olur, çok sınırlı bir biçimde toplumsal etkileşim başlatır ve başkalarından gelen toplumsal ilişki kurma yaklaşımlarına çok az tepki gösterir. Sözelimi, anlaşılabilir ancak birkaç kelime kullanabilen ve çok seyrek olarak etkileşim başlatan ve başlattığında da toplumsal gerekleri karşılamak üzere olağandışı yaklaşımlarda bulunan ve ancak, doğrudan toplumsal yaklaşımlara tepki veren bir kişi. Davranışlarından esneklik göstermeme, değişiklik karşısında aşırı güçlük çekme ya da diğer kısıtlı/yineleyici davranışlar bütün alanlarda işlevselliği belirgin olarak bozar. Odağını ve yaptığı eylemi değiştirmekte büyük sıkıntı/güçlük yaşar.
2. İkinci düzey “Önemli ölçüde desteği gerektirir”: Sözel ve sözel olmayan toplumsal iletişim becerilerindeki ağır eksiklikler; destek gördüğü bir sırada bile toplumsal bozukluklar görülür ve başkalarından gelen toplumsal ilişki kurma yaklaşımlarına çok az tepki ya da olağandışı tepkiler gösterir. Sözelimi, yalın cümlelerle konuşan, kısıtlı özel ilgileriyle sınırlı etkileşim içinde olan ve sözel olmayan iletişimde yadırganacak yönler bulunan kişi. Davranışlarında esneklik göstermeme, değişiklik karşısında güçlük çekme ya da diğer kısıtlı/yineleyici davranışlar, sıradan bir gözlemcinin görebileceği denli sık ortaya çıkar ve değişik bağlamlarda işlevselliği bozar. Odağını ve yaptığı eylemi değiştirmekte büyük sıkıntı/güçlük yaşar.

3. Birinci düzey “Destegi gerektirir”: Destek görmediğinde toplumsal etkileşimindeki eksiklikler görünür bozukluklara neden olur. Toplumsal etkileşimleri başlatmakta güçlük çeker ve başkalarından gelen toplumsal ilişki kurma yaklaşımlarına karşı sıradışı ya da başarısız tepkiler verdiğiine ilişkin açık örnekler vardır. Toplumsal etkileşimlere karşı ilgisi azmış gibi görünebilir. Sözelimi, tam cümlelerle konuşan ve iletişim kuran, ancak karşılıklı konuşmayı pek beceremeyen, arkadaş edinme girişimleri yadrgatıcı ve başarısız olan bir kişi. Davranışlarında esneklik göstermeme, bir ya da birden çok bağlamda işlevselliğın belirgin olarak bozulmasına neden olur. Etkinlikler arasında geçiş yapmakta güçlük çeker. Düzenleme ve tasarlama sorunları, bağımsız olmasına engel olur.

1.4.5. OSB’de Eş Hastalanım ve Ayırıcı Tanı

Yaşam boyu süren bir gelişimsel bozukluk olan OSB tanısını alan çocuklarda, bozukluğun asıl belirtilerinin yanı sıra pek çok davranışsal sorun ve eş hastalanım gözlenebilmektedir. Bu spektrumda en çok gözlemlenen psikiyatrik bozukluklar; kaygı bozuklukları, depresif bozukluklar, DEHB, uyku bozuklukları, yeme bozuklukları, tik bozuklukları öne çıkmaktadır. Dolayısıyla OSB tanısı almış bireylerin iyileştirim sürecinde, eş hastalanımları tanımak ve tedavisini etkin bir biçimde yapmak hem bireyin hem de bakım veren ebeveynlerin yaşam kalitesini arttırabilecektir (Mukaddes ve Tanıdır 2015).

Her 100 OSB tanısı almış çocuğun 72’sinde eş hastalanım görülebileceği belirtilmiştir. DEHB, bu oranlamanın içerisinde %30 ile %78 gibi geniş bir aralıkta gözlemlenebilmekteyken, ağır depresyon dönemi ise %10 oranlarında gözlemlenebilmektedir (Leyfer ve diğ. 2006, Simonoff ve diğ. 2008, Ghaziuddin ve Greden 1998, Wozniak ve diğ. 1997, Lee ve Ousley 2006). Mental retardasyon OSB tanısı almış çocuklarda %67 ile %90 arasında karşımıza çıkmaktadır (Edelson 2006). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise OSB’de mental retardasyonun %92, DEHB’nin %70 ve depresif belirtilerin ise %3.7 düzeyinde olduğu tespit edilmiştir (Akbaş ve diğ. 2009). Görüldüğü gibi OSB’ye çoklukla eşlik eden bozukluk mental retardasyondur. 1960’ların başından beri öne sürülen görüş bugünkü çalışmalarla desteklenmekte ve önemi daha iyi anlaşılmalıdır (Creak 1961, Rutter 1999, Matson ve diğ. 2013).

OSB’nin ayırıcı tanısında, klinik bulguların haricinde alanyazında sınırlı bilgi bulunmakla birlikte, seçici mutizm, dil bozuklukları, sosyal iletişim bozukluğu, motor

bozukluklar, rett sendromu, mental retardasyon, tepkisel bağlanma bozukluğu, erken başlangıçlı şizofreni ve landau-kleffner sendromu gibi epileptik durumlar karşımıza çıkabilmektedir (APA 2003, Stefanos 2011). Ayrıca bunların yanı sıra DEHB, anksiyete bozukluğu, takıntılı zorlantılı bozukluk, frajil X sendromu, nörofibromatozis, tüberoskleroz, fenilketonüri, hipotiroidizm, epilepsi, herpes ensefalopatisi gibi genetik ve metabolik diğer hastalıklardan OSB'yi ayırmak önemlidir (Stubbs ve Cheng 2005, Aysev ve Taner 2007).

1.4.6. OSB'de Tedavi

OSB'nin tedavisindeki temel amaç, bireyin sosyal becerilerini olabildiğince üst seviyelere çıkartabilmek ve bireye uygun bir planlamayla eğitim almasını sağlayabilmektedir. Bunun yanı sıra uygulanan ilaç tedavileri ise çocuğun ve çocuğun ailesinin yaşam düzeninin bozulması durumunda tercih edilmekte ve OSB'ye eşlik eden çeşitli davranış sapmalarını kontrol etmek için gerekmektedir (Krokmaz 2001). Kullanılan bu ilaçlar karşılaşılan psikomotor ajitasyon, aşırı hareketlilik, agresif davranışlar ve bunlarla ilintili olabilecek sorunlara karşı tercih edilmekte ve bireyin sosyal ve eğitsel becerilerden daha fazla yarar elde etmesine katkı sağlamaktadır (Novaes ve diğ. 2008). Bilinmektedir ki uygun eğitim planı derlendiğinde ve uygun bir ilaç tedavisi başlandığında, bireyin kapasitesi çerçevesinde varabileceği en üst noktaya ulaşabilme imkanına sahip olunabilmektedir (Kayaalp 2000).

OSB'li bir çocukta, bu tanının erken teşhis edilmesi çok önemlidir. Ne kadar erken tanı konulursa, çocuğun tedavisine başlanma süreci de o kadar erken olacak ve çocuğun eğitime katılımı da aynı oranda artacaktır (Özbey 2012).

Klinik uygulamalara bakıldığında, ilaç tedavileri, davranışsal yöntemler, çeşitli eğitim programları, psikoterapiler, yeme düzenlemeleri ve bunlara benzer bir çok yöntem OSB'nin tedavisinde kullanılabilmektedir (Özcan 1998). Fakat yeme düzenlemelerinin ne derecede etkili olduğu henüz tam olarak bilinemediğinden bu konuda daha fazla araştırmanın yapılmasına ihtiyaç vardır (Millward ve diğ. 2008). Çocuğun ihtiyaç duyduğu davranış örüntülerinin ve becerilerinin belirlenip doğru bir planlamayla bu alanlarda gelişim kazanılmasını sağlamak tedavi sürecindeki temel amaçtır (Darıca ve diğ. 2005). Uygulanan bilişsel davranışçı yöntemlerle mevcut davranış sapmaları kontrol edilebilmektedir. Bu alanda çeşitli alt eğitimlerle bireyin kendi seviyesini daha yukarı taşıması ve yetersizlik yaşanan alanların sayısının azaltılması sağlanabilmektedir (Karpaz 2011). Uygulanabilen bir diğer yöntem, anne ile çocuk arasındaki bağlanmayı kuvvetlendirmeyi hedefleyen, göz

kontağı kurmak ve kucaklaşmak odaklı olan kucaklaşma veya tutma terapisi isimli yöntemdir (Vural 2007). İş uğraşı terapistlerinin kullandığı işitsel bütünleştirme ve duyu bütünleştirme terapileri ise yapılan çeşitli etkinliklerle çocuğun hareketlerinin denge içerisinde olabilmesini ve davranışların organizasyonunun sağlanabilmesini içermektedir (Kayaoğlu ve Görür 2008).

Günümüzde çoklukla OSB'nin tedavisinin tamamıyla gerçekleştirilebilmesi mümkün gözükme de çoklu iyileştirim yöntemleriyle hastalığın belirtilerinde azalma sağlanabilmektedir. Tek başına özel eğitim seçeneğinin yeterli olamamasıyla, OSB'nin tedavisinde genetik temelli araştırmalara yönelinmiş ve bu sayede bozukluğa neden olan yeni genlerin tespitiyle tedavinin süreci farklı bir boyuta ulaşabileceği beklentisi oluşmuştur (Şener ve Özkul 2013).

1.4.6.1. OSB'de İyileştirim Süreci

Çocuğunda OSB bulunan ailelerin yansıttıklarına göre bilinmektedir ki bu ailelerde, diğer ailelere kıyasla ebeveynde depresyon, kaygı, parasal endişeler gibi stres yaratıcı durumların varlığı daha fazladır (Hastings ve Johnson 2001, Sivberg 2002, Tarakeshwar ve Pargament 2001). OSB'de görülebilen kimi davranışlar, OSB'nin halk tarafından tam olarak anlaşılamadığından bakım verenler ciddi anlamda stres yaşamaktadırlar. Oluşan bu stres, kuşkusuz bakım verenlerin yaşamsal faaliyetlerini etkilemektedir (Higgins ve diğ. 2005). OSB'li çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitelerinin öngörücüsü olarak gösterilen aile işlevselliği, baş etme yöntemleri, aile yükü, sosyal destek aynı zamanda birbirini de etkilemektedir. Dolayısıyla bu alanlarda ailelere yönelik yapılacak olan müdahaleler, aile sistemi içerisinde bulunan çocuğun hem ruhsal hem fiziksel iyi oluşunu da etkileyebilecektir (Ji ve diğ. 2014).

Ebeveynler, otizmlili bir çocuğun iyileştiriminde önemli bir rol oynamakta olup çoklukla eğitilmiş bir eş-terapist olarak kabul edilmektedir (Pakenham ve diğ. 2005). OSB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin hastalığın ilerleyen süreçleriyle ilgili verdiği kararlar ve yaptıkları müdahaleler, hastalık üzerinde belli bir etkiye sahiptir (Mandell ve Novak 2005). Ruh sağlığı çalışanları buna istinaden hem ailede hem de çocukta bulunan gerilim, tükenmişlik, aile yükü, sosyal destek gibi yaşam kalitesini yordayıcı unsurlar üzerinde çalışmaktadır (Layne ve diğ. 2004). Dolayısıyla aile, çocuk ve iyileştirim uzmanı arasındaki etkileşim birbirinden ayrı tutulamayacak, içiçe geçmiş unsurlar olarak görülebilmektedir. OSB'de gözlemlenen çeşitli sorunların tedavisi için kullanılmakta olan aile terapisini temel

alan bir çok program bulunmaktadır. Öyle ki bireylerin varolan güçlü yönlerini öne çıkartan, aile sistemlerine destek sağlayan ve zaman zaman psikoeğitim süreçlerini de içeren bu programlar, ailenin ruhsal gerilimini ve ailenin yaşam kalitesini arttırdığı gibi, OSB'li çocukların iyileştiriminde de önemli rol almaktadır (Chandrasekhar ve Sikich 2015).

İyileştirim sürecinde genel olarak kullanılan yöntemlerden birisi psikoeğitimidir. Gerek ebeveyne yönelik, gerekse OSB'li çocuğa yönelik uygulanabilen psikoeğitim depresyon ve stres odaklı görüşmeleri içermektedir (Hastings ve Johnson 2001). Bunun yanısıra OSB'li çocuklara yönelik olarak uygulanan, tetikleyici unsurların tanınmasına yönelik ruhsal beceri eğitimi, yaşadıkları fiziksel uyarılmaları kontrol etme becerilerine yönelik eğitim, rollere girebilme konusunda strateji geliştirmesine olanak tanıyan çeşitli programlar, çeşitli öfke kontrol programları uygulanabilmekte ve etkili olabilmektedir (Kellner ve Tutin 1995). Yapılan tüm iyileştirim çalışmalarında görülen ortak nokta şudur ki en iyi iyileştirim süreci, değişmesi gereken bir çocuğun bu değişim sürecine yönelik aileyi ve çocuğu içine alan duygudaşlığın ve esnekliğin sürece dahil olduğu çalışmalardır (Jordan 2005). Aile sistemi içerisinde işlevselliğin sürdürülebilmesi ve bakım verenlerin ve çocukların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi adına OSB'li çocukların davranışlarını ve aile sistemini hedef alan çalışmaların daha fazla çeşitlilik göstermesi gerekmektedir (Higgins ve diğ. 2005). Hedeflenen çalışmalar yapıldığı takdirde yaşam kalitesinin yükselmesiyle iyileştirim sürecinde olumlu anlamda ilerlemelerin gözlenilebilmesi kaçınılmaz bir durum olacaktır.

1.5. Bakım Veren Yükü

1.5.1. Bakım Veren Yükü'ne Genel Bakış

Aile yükü ya da aynı anlamda kullanılabilen bakım veren yükü (BVY) kavramı, bakımı üstlenilen kişiye yönelik bakım sunulurken karşılaşılabilecek çeşitli fiziksel, psikolojik, ekonomik ya da sosyal durumların zorluklarını tanımlamak için kullanılan bir kavramdır (Zarit ve diğ. 1980). BVY içerisinde hüznü barındırır. Hayaller, beklentiler, umudun yitirilmesi ve her yinelemede çaresizliğin yeniden ortaya çıkması bu hüznü tarifleyebilmektedir. BVY, sağlık sistemindeki tüm kısıtlamalardan, sosyal damgalanmadan, erimiş sosyal yaşamdan, bakımı üstlenilen kişinin rahatsızlık belirtilerinden, ekonomik zorlanmalardan ve bakım vericilerin şahsi olarak yaşadığı sağlık problemlerinden etkilenmektedir (Schene 1990).

Genellikle ebeveynler olmak üzere birinci dereceden yakınların üstlenmiş olduğu bakım verme görevi, tercih edilemeyen, durum içerisinde meydana gelen bir durumdur. Dolayısıyla bakım veren yükü de hastanın bakımının üstlenilmesiyle kendiliğinden gerçekleşen bir sürecin ürünüdür (Eicher ve Batshaw 1993). Süreç, uzunca zamana yayılan ve bakımı veren ile bakımı alan kişi arasında tek taraflı bir ilişkiyi besleyen, bağımlılıktan ayrı düşünülmemeyen bir mecburiyete döndüğünde, bakım veren için zorlayıcı bir durum haline alabilmektedir. Bu zorlayıcı durumla birlikte bakım alan kişinin kronik yapısı ve bakım veren ve bakım alan kişinin iş, aile ve sosyal yaşantılarındaki uyumsuzluklarının çoğalması, BVY'nin artmasına neden olabilmektedir (Silver ve Wellman 2002). Günümüzde yapılan çalışmalar da bu görüşü destekler niteliktedir. Nitekim, DEHB tanısı almış çocukların bakım vericilerinin yaklaşık %6'sı mevcut işlerinden ayrılmak zorunda kaldıklarını, %28'i işlerini değiştirmek ya da düzenlemek zorunda kaldıklarını ve ayda toplam yaklaşık olarak 9 saat mesaiyi kaçırdıklarını bildirmişlerdir. Bu katılımcıların ¼'ünden fazlası, günlük eğlenti faaliyetlerini çocuklarına göre ayarladıklarını ve %14'ü, sosyal aktivitelerden kaçındıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca bakım vericilerin %20'si çevrelerindeki insanların çocuklarındaki bozukluklara yönelik algılamalarının kendilerini neredeyse tamamen endişelendirdiklerini belirtmişlerdir. Bakım vericilerin, eşleri ve diğer çocuklarıyla yaşadıkları gerginliğin yanı sıra, %29'u çocukları hakkında ciddi anlamda endişe duydukları ve bunun da kendilerinde büyük miktarda stres yarattığını bildirmişlerdir (Fridman ve diğ. 2017). Tüm bu durumları ve daha fazlasını kapsayan BVY aşağıdaki özellikler çerçevesinde değişkenlik ve dalgalanma gösterebilmektedir (Schene ve diğ. 1998):

- 1- BVY, genellikle birden fazla kavramdan etkilenen çok boyutlu bir yapıya sahiptir.
- 2- BVY'nin öznel ve nesnel boyutları vardır.
- 3- BVY kavramı, sadece olumsuz yüklemelere odaklanır,
- 4- BVY kavramı, aile üyelerinden birden fazla kişi bu durumdan etkilense de sadece kişinin bakımıyla en çok ilgilenen kişiyi, birincil bakım veren kişiyi önemser.
- 5- BVY, bakım verenin duygusal durumunu da içermektedir.

1.5.2. DEHB'de Bakım Veren Yükü

Yapılan çok yönlü çalışmalar, DEHB'nin, ebeveynin ya da bakım vericinin günlük yaşamsal işlevlerine, ev ortamındaki yaşantısına ya da ev dışı sosyal ilişkilerine olumsuz bir etki yarattığını göstermektedir (Cussen ve diğ. 20212). DEHB tanısı almış bir çocuğun

bulunduğu ailede BVY kavramı, çocuğun komutlara tam anlamıyla uyamaması; ancak kısa yönergeleri yerine getirebiliyor olması, çoklukla sabit duramayışı akabinde ailenin çocuğun oldukça az ödüllendirişi ile süregiden, bakım verende öfke ve üzüntü gibi duyguları ortaya çıkartan kavramlar ile karakterize edilir. Duygusal yükün fazla olduğu bu süreçte, mental retardasyon, depresyon gibi eş hastalanımların yanı sıra; evlilik çatışmaları, boşanma, uyumsuzluklar ve suçluluk algısı nedeniyle hissedilen duygusal yük de bakım veren yükünü etkileyebilmektedir. Buna ek olarak hastalığın tedavisi sürecinde karşılaşılan ekonomik problemler de belli bir miktarda bakım veren yükünü etkilemektedir (Çetin 2008, Svanborg 2009, Coghill 2008). DEHB tanısı almış bir grup çocuğun annelerine yönelik kontrol gruplarıyla karşılaştırmaların yapıldığı çalışmada, annelerin maddi gücünün kontrol grubuna kıyasla üç kat daha az tedavinin gereklerini yerine getirebildiği, çocuklarının ise yedi kat daha fazla ruh sağlığı hizmeti alması gerektiği bulgularına ulaşılmıştır (Metza ve diğ. 2005).

DEHB ve OSB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin, yapabileceklerinin sınırlı olduğunu ve yüklerinin arttığını düşündükleri dönemlerde, çocuklarının gelecekleriyle ilgili ciddi anlamda kaygı yaşadıkları belirtilmiştir (Söderqvist ve diğ. 2017a).

1.5.3. OSB'de Bakım Veren Yükü

Evebeynler, otizmlili bir çocuk yetiştirmeyi kendilerinde ciddi anlamda yük oluşturan bir durum olarak görmektedirler. Varolan bu algılayış, bakım vericilerin depresyona ve kaygı bozukluğu geliştirmeye daha yatkın hale gelmesi anlamına gelebilmektedir (Twoy ve diğ. 2007, Hall ve Graff 2011).

OSB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin sosyal desteklerinin çok olamayışı, aile bireylerinin çalışma saatinde azalmaların olması, bir çok alanda olumsuzluk yarattığı gibi ekonomik anlamda da olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Yapılmış olan bir çalışmada otizmin, ailenin yıllık gelirin yaklaşık olarak %14'ünde azalmaya sebep olduğu ve bakım vericilerin yüklerini arttırdığı belirtilmiştir (Montes ve Halterman 2008).

Bir çok ebeveyn, OSB tanısı almış çocuklarına karşı ciddi anlamda eksiklikleri olduğunu dolayısıyla hem bozukluğa sahip olan çocuğuna karşı, hem de diğer çocuklarına karşı suçluluk duyguları beslediklerini belirtmişlerdir. Algılanan fiziksel ve zihinsel sağlığın iyi olmasına rağmen bu durumun böyle olması, ebeveynlerin çoğunun algıladığı bakım veren yükünün yüksek olmasına neden olabilmektedir ki ebeveynlerin de çoklukla böyle hissettikleri bildirilmiştir (van Tongerloo ve diğ. 2015). OSB'ye sıklıkla mental

retardasyonun eşlik etmesi, bakım vericilerin sahip olduğu BVY'yi daha da arttırabilmektedir (Irazabal ve diğ. 2012).

OSB'li çocuklara yönelik yapılacak olan müdahalelerin, bakım verici kişilerin sahip oldukları BVY'yi azaltabilecek nitelikte olması önemlidir. Yapılan kontrollerin ardından yüksek derecede BVY yüklemesi yapabilme riski taşıyan bakım vericilerin, bakım verdiği çocuğun bozukluğuna ilişkin bu yükü hafifletmeye yönelik çalışmaların yapılması, BVY'nin makul seviyelere gelmesini sağlayabileceği belirtilmektedir (Suresh ve diğ. 2014).

1.6. DEHB ve OSB'si Olan Çocuğun Ebeveyninde Depresyon

Anne baba olmanın yarattığı ebeveynlik bilinci, erken yaşta psikiyatrik bozukluğa sahip olan çocuklarının bakımı için kendilerine fazladan bir sorumluluk yüklemesine yol açmaktadır. Ebeveynler, yüklenilen sorumlulukların akabinde en ufak bir sendeleme sonucu umutlarını yitirme eğilimine girebilmekte ve depresyon belirtileri gösterebilmektedirler (Sandalcı 2002).

DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeyleri incelendiğinde, kontrol gruplarına kıyasla depresyon düzeylerinin yüksek olduğu gözlenmiştir (Brown ve Pacini 1989). Yapılan bir çalışmada, DEHB'li çocukların annelerinin çökküntü düzeyi ölçülmek istenmiştir. Çalışma sonucunda annelerin yaklaşık %18'inde ağır depresyonun olduğu saptanmıştır (McCormick 1995). Ebeveynlerin, DEHB ya da OSB tanısı almış çocuklarına ebeveynlik yaparken yaşadıkları stres, tanısı olmayan çocukların ebeveynlerine oranla daha fazla fazladır. Dolayısıyla, DEHB ya da OSB tanısı almış çocuklara ebeveynlik yaparken hem depresyonun etkisinde kalmak, hem de stres yaşamak, ebeveynliğin işlevselliğini etkileyebilmektedir (Van Steijn ve diğ. 2014).

DEHB'li çocukların anneleriyle yapılan bir başka çalışmada, annelerden herhangi bir işte istihdam edilmeyenlerin yarı zamanlı çalışanlardan daha fazla depresyon belirtileri gösterdiği, yarı zamanlı çalışanların da tam zamanlı çalışanlardan daha fazla depresyon belirtileri gösterdiğini ortaya koyulmuştur. Bunun yanı sıra düşük seviyedeki stres, daha az depresyon belirtisiyle ilişkili bulunmuştur. Dolayısıyla stresin ve depresyonun korele olduğu söylenebilmektedir (Karen ve diğ. 2012). DEHB'li olan çocukların annelerinde depresyon belirtilerinin olması, anne çocuk ilişkisini olumsuz anlamda etkilemektedir.

OSB’li çocukların ebeveynlerinden bakım verme görevini diğerine göre daha fazla üstlenen kişinin, bu genelde anne olmaktadır, depresyon ve stres düzeyleri daha fazla olmaktadır (Bristol ve diğ.1988, Moes ve diğ. 1992, Sanders ve Morgan 1997). Bunun yanı sıra normatif örneklem ile kıyaslanan otizmli çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeyinin ve stresle başa çıkma yöntemlerinin, çocuğun gösterdiği bozukluk belirtilerinin şiddetiyle korelasyon içerisinde olduğu belirtilmiştir (Ingersoll ve Hambrick 2011). Annelerin, babalara kıyasla daha fazla depresyon belirtileri gösteriyor oldukları ve buna karşın annelerin babalara kıyasla daha umutlu bir bakış açısına sahip oldukları bildirilmiştir. Annelerin depresyon belirtilerine sahip olmasının bir savunma mekanizması işlevi olarak olumlu bakış açısı geliştirme isteği uyandırdığı aktarılmıştır (Hastings ve Kovshoff 2005).

2. AMAÇ

DEHB ve OSB tanısı almış çocuklara sahip ebeveynlerin yaşam kalitesi algılarının sağlıklı çocuklara sahip ebeveynlerin yaşam kalitesi algılarıyla karşılaştırılması çalışmanın amacını oluşturmaktadır. Alanyazın incelendiğinde, ülkemizde bu kapsamda yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla fark edilen bu eksikliğin giderilmesi, bozukluktan etkilenen ailelerin ve çocukların iyileştirim süreçlerinde ruh sağlığı çalışanlarına farkındalık kazandıracaktır.

DEHB ve OSB'li çocukları yetiştiren, onları geleceğe hazırlayan bakım verici görevini üstlenen ebeveynlerin yaşadıkları zorlukların değerlendirilmesi hedef noktasını oluşturmaktadır. Ruh sağlığı çalışanları açısından, bozukluğa sahip bireylerin iyileştiriminin yanı sıra, bu bozuklukların ebeveynlerde neden olabileceği çeşitli zorlanmaları da ortadan kaldırmak meslek çalışanlarına farkındalık kazandırarak yeni bir pencere açabilmek de önemli bir konudur. Yani çocuklar iyileştirilirken, ebeveynlerde oluşan ve iyileştirim gerektiren yaşam kalitesi algısı, depresyon, bakım veren yükü algısı v.b. alanlarında da ebeveynlerle çalışmak önemlidir.

DEHB ve OSB'de belirtiler istemsizce gerçekleşmektedir. DEHB ve OSB'de gözlenen belirtilere yaklaşabilmek, belirtilerin giderilmesi adına gerekleri yerine getirebilmek, iyileştirimin sağlanabilmesi için çeşitli koşulların oluşmasına imkan tanımak, ebeveynin, bakım veren kişinin görevidir. Dünya genelinde, reşit olmanın sınırı olan 18 yaşın altındaki bireyler, vasileri var iken tek başlarına yaşamlarını sürdürme noktasında bireysel kararlar alamazlar. Çoklukla ebeveynin dahil olduğu bu yaşam döngüsünde ve karar alma sürecinde beklenen durum, ebeveynin etkisinin çocuğun yaşının büyümesiyle azalmasıdır. Fakat ruhsal bir bozukluğa sahip bir çocuk söz konusu olduğunda, bu konuda beklentiler değişebilmektedir. Dolayısıyla ruhsal bozukluğa sahip bir çocuğun yaşamında beklenilenden daha fazla bir etkiye sahip olan bakım verici konumundaki ebeveynlerin kendi ruhsal durumlarının ve ruhsal durumlarını algılayışlarının; sahip oldukları yaşam kalitesini algılama biçimlerini, çocuğun ruhsal bozukluğunun oluşturduğu bakım verme yükünü algılayış biçimini, depresyon belirtilerini etkilemesi beklenen bir durumdur. Bu durum, hem ebeveynin doyum içerisinde işlevsel bir yaşam sürdürebilmesini hem de çocuğun iyileştirimindeki işevurukluğunu etkileyebilecektir. Yaptığımız çalışma için öncelikli olarak, DEHB ve OSB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitelerinin

incelenmesi, yaşam kalitesini etkileyen değişkenlerin bulunması, depresyon düzeyinin saptanması, bakım veren yükünün düzeyinin belirlenmesi planlanmıştır.



3. YÖNTEM

Çalışmanın planlama aşamasında konuyla ilişkili yazın taramaları yapılmıştır. Araştırmada kullanılmış olan ana ölçek, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen ve Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan Yaşam Kalitesi Ölçeğinin kısa formu World Health Organisation Quality of Life-BREF-TR (WHOQOL-BREF-TR)’dir. Çalışma 3-17 yaşları arasında DEHB ve OSB tanısı almış çocukları bulunan ebeveynlere yönelik yapılmıştır. Hastaneye başvuran DEHB veya OSB tanısı alan çocukların yaş aralıkları, çalışmanın örneklemindeki yaş aralığını etkilemiştir. Ebeveynlerin; bakım veren yükünün ölçülmesi için Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği (ZBVYÖ), depresyon düzeyinin ölçülmesi için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), demografik bilgilerinin edinilmesi için araştırmacılar tarafından oluşturulan Sosyodemografik Bilgi Formu (SBF) kullanılmıştır.

3.1. Araştırmanın Tipi

Yaptığımız çalışma, kesitsel bir biçimde çeşitli değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirdiğinden, analitik çalışma tipine aittir. Toplum içinden, belirli bir kesit alınarak bir çeşit tarama ve toplum araştırması yapılmıştır. Çalışma, 3-17 yaşları arasında olan en az 30 DEHB, 30 OSB tanısı almış ve 30 sağlıklı olan çocukların ebeveynlerine yönelik yapılmıştır. Toplum içinden alınan bu kesitlerden, anket ve ölçek gibi tarama yöntemleriyle veriler toplanmıştır.

3.2. Araştırma Yerinin Seçimi

Araştırma, Kocaeli ilinin Umuttepe ilçesinde bulunan Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda, ilgili üniversitenin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından alınan izin dahilinde yapılmıştır.

3.3. Araştırma Evreni, Örneği ve Özellikleri ile Örnekleme Tekniği

Araştırmanın evreni, Türkiye’de yaşamını sürdüren tüm DEHB ve OSB tanısı almış 3-17 yaşları aralığında bulunan çocukların bakım verme görevini üstlenmiş olan ebeveynlerdir. Araştırmanın amacına hizmet eden en uygun örneklem seçimi tüm evreni ihtiva ediyor olsa da, böyle bir tam sayım yapmak için zaman ve mali kaynaklar konusundaki sınırlılıklar, örneklem seçimini gerekli kılmıştır. Araştırmayı ilgilendiren evreni en iyi şekilde temsil etmesi hedeflenen örneklem grubu için, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’na çocukları için başvuran ebeveynlerden, 3-17 yaşları arasındaki çocuklarında OSB ya da DEHB bulunan ebeveynler seçilmiştir. Araştırmaya 30 DEHB ve 30 OSB tanısı almış çocukların ebeveynleri katılmıştır.

Araştırmanın örnekleme oluşturulurken çeşitli dışlama ölçütleri belirlenmiştir. Çocuklarında DEHB ve OSB birlikte bulunan, kendilerine herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı konulmuş ve tedavisi süren, okuma-yazma becerisine sahip olmayan ebeveynler çalışmanın dışında tutulmuştur.

Çalışmanın örnekleme belirlenirken, pratik ve ekonomik olması nedeniyle kota örneklem seçimi tekniği kullanılmıştır. Çalışmanın yapılacağı yerde, hedeflenen evren özelliklerini karşılayan gruptan, ihtiyaç duyulan sayı kadar seçim yapılmış ve seçilen gönüllü katılımcılar çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.4. Sağlıklı Grubunun Özellikleri, Seçimi, Sağlıklı Grup Kaynakları ve Araştırma Gruplarının Benzerliği

Araştırmanın sağlıklı grubunu, ölçümlerin yapıldığı güne kadar herhangi bir psikiyatrik tanı almamış ve çalışmanın odak noktasında bulunan tanı guruplarına ilişkin belirtileri olmayan, yaşları 3-17 arasında değişen çocukların ebeveynleri oluşturmuştur. Sağlıklı gruptaki ebeveynlerin çocuklarının DEHB ve OSB belirtileri gösterenleri dışlamak için ebeveynlere yönelik DSM 5’te bulunan, DEHB ve OSB tanı kriterlerine ilişkin sorular sorulmuştur. Sağlıklı grup, Kocaeli ve İstanbul’un çeşitli bölgelerinde bulunan okullardan ve bu bölgelerde ikamet ederek koşulları karşılayan 30 ebeveyn den oluşturulmuştur.

Çalışmanın içerisine, DEHB ve OSB tanısı almış deney grubu ve bu tanı kriterlerine ilişkin herhangi bir belirtisi olmamakla birlikte herhangi bir ruhsal sorunu olmayan, “sağlıklı” olarak nitelendirilen kontrol grubu dahil edilmiştir. Deney grubu içerisindeki DEHB ve

OSB, nörogelişimsel bozukluklar çatısı altında bulunma benzerliğine sahip olmakla birlikte farklı tanılama özelliklerine sahiptir. Deney ve kontrol gruplarında ise katılımcıların hepsi 3-17 yaş aralığında en az bir çocuğa sahip olma özelliğine sahiptir.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlerinin Belirlenmesi

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, ebeveynlerin yaşam kalitesi algulamaları, depresyon düzeyleri ve bakım verme yükü algulamalarıdır. Bu bağımlı değişkenler bağımsız değişkenlerden etkilenen ve sonuç durumundaki kavramlardır. Bağımsız değişkenler ise DEHB ve OSB tanısı almış çocuklara sahip olmak ve herhangi bir ruhsal problemi olmayan çocuklara sahip olmaktır.

3.6 Araştırmada Kullanılan Terim, Sınıflandırma, Yöntem ve Ölçütlerin Açıklanması

Araştırmada kullanılan terimler, APA'nın kendi kaynaklarında kullandığı ve bilimsel çalışmalarda kullanılan terimlerdir. Terimlerin Türkçe kullanımlarda hassas davranılmış ve bazı kabul gören kavramlar Türkçeleştirilerek ele alınmıştır. Yapılan sınıflandırmalar ve kullanılan ölçütlerde, DSM 5 esas alınmıştır.

3.7 Araştırmada Kullanılan Araç-Gereçlerin Tanımlanması

Araştırmada kullanılan ana ölçek, DSÖ tarafından geliştirilen ve Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan Yaşam Kalitesi Ölçeğinin kısa formu WHOQOL BREF-TR'dir. Ebeveynlerin; bakım veren yükünün ölçülmesi için ZBVYÖ, depresyon düzeyinin ölçülmesi için BDÖ, demografik bilgilerinin edinilmesi için ise araştırmacılar tarafından oluşturulan SBF kullanılmıştır.

3.7.1. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

DSÖ, 1991 yılında başladığı ve bireylerin iyilik hallerini ve yaşam kalitelerini ölçmek amacıyla devam ettiği çalışmalarının sonunda WHOQOL adında bir yaşam kalitesi ölçeği geliştirmiştir (WHOQOL Group 1994). Akabinde 26 sorudan oluşan WHOQOL'un kısa bir formu olan Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

(WHOQOL-BREF) oluşturulmuştur. WHOQOL-BREF, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre olmak üzere çeşitli alanlarda ölçüm yapan 26 maddeden oluşmaktadır (WHO 2017). Ölçeğin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılırken 1 soru daha eklenmiş ve WHOQOL-BREF-TR adında 27 soruluk bir ölçek meydana gelmiştir (Eser ve diğ. 1999).

WHOQOL-BREF-TR, ilk iki soruda genel olarak yaşam kalitesini yordarken diğer sorularda şu alt alanlarda yordama yapmaktadır:

1-Fiziksel Sağlık: Bu alanda, eğlenti faaliyetleri, ilaçlara ve tedaviye bağlılık, hareketlilik ve yorgunluk, acı, rahatsızlık, uyku, dinlenme ve iş gücü değerlendirilmektedir.

2-Psikolojik Sağlık: Bu alanda beden algısı ve dış görünüm, olumsuz ve olumlu hisler, özsaygı, maneviyat, düşünme, dikkat ve bellek değerlendirilmektedir.

3-Sosyal İlişkiler: Bu alanda bireysel ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam değerlendirilmektedir.

4-Çevresel Alan: Bu alanda, ekonomik kaynaklar, özgürlük ve fiziki güvenlik, sağlık ve sosyal hizmetlerine erişim-kullanım, ev ortamı, yeni bilgilere ulaşabilme fırsatı, boş zaman aktiviteleri ve çevrenin fiziki durumu (kirlilik, trafik, iklim, gürültü) ve ulaşım imkanları değerlendirilmektedir (WHO 1996).

5-Ulusal Çevre: Bu alanda ise sosyal baskı değerlendirilmektedir. Ayrıca Ulusal Çevrenin yordanması, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları sonrası oluşan biçime eklenmiştir.

Katılımcıların bu 5 alandan 0-20 arasında değişen puanları yükseldikçe yaşam kalitesinin de yükseldiği kabul edilmektedir (Fidaner ve diğ. 1999).

3.7.2. Beck Depresyon Ölçeği

BDÖ, 1961 yılında Beck tarafından insanların depresyon düzeyini ölçmek amacıyla oluşturulmuştur (Beck 1961). Bireylerin öz bildirimlerine dayanan ve 21 adet sorudan oluşan bu ölçeğin puanlaması 0-63 arasında değişmektedir. Türkiye için yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında, ölçeğin kullanılabilir olduğu bilgilerine ulaşılmıştır (Teğin 1987, Hisli 1988). Toplam puanın, depresyon düzeyinin şiddetini belirlediği BDÖ'nün puanlamasında, 10-17 aralığı hafif, 18-29 aralığı orta, 30-63 aralığı ise ağır depresyona işaret etmekte olup, 17 puan kesme puanı olarak değerlendirilmektedir (Savaşır ve Şahin 1997).

3.7.3. Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeği

ZBVYÖ, 1980 yılında Zarit ve arkadaşları tarafından bakıma ihtiyacı olan bireylerin ihtiyacını karşılayan kişilerin algıladıkları yüğü değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur (Zarit ve diğ. 1980). Ölçek, 22 sorudan oluşmaktadır. Öz bildirimle ya da çalışmacının katılımcıya sormasıyla doldurulabilecek olan ZBVYÖ'nün her sorusu 1-5 arasında puanlanır ve toplam skor, algılanan bakım verme yükünü temsil eder. ZBVYÖ ile bakım veren ile hasta arasındaki ilişki, bakım verenin sosyal hayatı, psikolojik ve fiziksel sağlık durumu ve ekonomik yüğü yordanabilmektedir (Gort ve diğ. 2007). Ölçeğin puanının yüksek oluşu algılanan bakım verme yükünün de yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve kullanılabilir olduğu bildirilmiştir (Özlu ve diğ. 2006, Özer ve diğ. 2006).

3.7.4. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan SBF, çalışmaya katılan kişilere ilişkin çeşitli sosyal verilere ulaşmak, bu verilerin WHOQOL-BREF-TR, BDÖ, ZBVYÖ ile ilişkilerini incelemek ve örneklem grubunun kendi içerisinde sahip olduğu özellikleri belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Çalışmanın amacına uygun olarak oluşturulan bu form; yaş, meslek, gelir durumu, ailedeki kişi sayısı, ailenin sosyal yaşantısı, ebeveynin çocuğun bozukluğuna ilişkin algıladığı şiddet, bozukluğun ebeveyne göre aileye olan etkisi gibi konular hakkında bilgi sağlamaktadır.

3.8 Alınan Etik Kurul Onayının Yeri ve Numarası

Alınan etik kurul onayı, Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Araştırmanın etik kurul karar numarası: KÜ GOKAEK 2016/300 ve proje numarası: 2016/19-6'dır.

3.9 Veri Çözümlemesi, Kullanılan İstatistiksel Testlerin ve Hesaplamaların Tanımlanması

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizinde istatistiksel analizlerin yapılma aracı olan SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows Version 20.0 programı kullanılmıştır. Elde edilen veriler analiz edilirken frekans, ortalama, yüzde alma gibi yöntemler kullanılmıştır. Niceliksel verilerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov Smirnov testi ve grafiksel değerlendirmeler ile sınanmıştır. Normal dağılım göstermeyen niceliksel verilerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U Test, Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların için Kruskal Test kullanıldı. Niteliksel verilerin analizinde Pearson Ki Kare testi kullanıldı. Parametreler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0,05$ ve $p < 0,01$ düzeylerinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinden elde edilen bulgular ile OSB tanısı alan çocukların ebeveynlerinden elde edilen bulguların kendi içlerinde ve sağlıklı grupta yapılan karşılaştırılmaları sonucunda elde edilen bulgular aşağıda bulunmaktadır. Bulgulardan istatistiksel olarak anlamlı olan veriler metin içerisinde detaylı bir şekilde ele alınmışken anlamsız olan verilerden kısaca bahsedilmiştir.

4.1. Sosyodemografik Veriler

Bu bölümde çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden katılımcılara ait bazı sosyodemografik bilgiler bulunmaktadır.

Çizelge 1.1.'de katılımcılardan formu dolduran kişilerin ebeveynlik rollerine ilişkin bilgiler bulunmaktadır. Katılımcıların 30'unu DEHB tanısı almış çocukların ebeveynleri, 30'unu OSB tanısı almış çocukların ebeveynleri, 30'unu ise herhangi bir tanısı bulunmayan ve sağlıklı olarak nitelendirilebilecek çocukların ebeveynleri oluşturmaktadır. DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinden formu dolduranların 24'ü (%80) anne ve 6'sı (%20) babadır. OSB tanısı almış çocukların ebeveynlerinden formu dolduranların 24'ü (%80) anne ve 6'sı (%20) babadır. Sağlıklı gruptaki formu dolduranların ise 19'u (63,33) anne ve 11'i (36,67) babadır. Toplamda katılımcıların 67'sini (74,4) anneler ve 23'ünü (25,6) babalar oluşturmaktadır.

Çizelge 1.1. Katılımcıların Ebeveynlik Rolü Dağılımı

	DEHB		OSB		SAĞLIKLI		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Anne	24	80	24	80	19	63,33	67	74,4
Baba	6	20	6	20	11	36,67	23	25,6
Toplam	30	100	30	100	30	100	90	100,0

Çizelge 1.2.'de katılımcıların ve eşlerinin yaş ortalamaları ile ilgili bilgiler bulunmaktadır. Katılımcılardan annelerin yaş ortalamaları 34,95 iken babaların yaş ortalaması ise 41,30 olarak bulunmuştur. DEHB grubundaki annelerin yaş ortalaması 36,83 babaların yaş ortalaması 39,50'dir. OSB grubundaki annelerin yaş ortalaması 34,04 babaların yaş ortalaması 37,50'dir. Sağlıklı gruptaki annelerin yaş ortalaması 33,78 babaların yaş ortalaması ise 41,30'dür.

Çizelge 1.3. Katılımcıların Yaş Ortalamaları

	DEHB		OSB		SAĞLIKLI		TOPLAM	
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort	S.S.
Anne	36,83	5,01	34,04	6,52	33,78	6,91	34,95	6,26
Baba	39,50	6,02	37,50	1,64	39,03	8,89	41,30	8,01

Çizelge 1.3.'te katılımcıların eğitim durumlarına ilişkin bilgiler bulunmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 30 DEHB grubu ebeveynlerinden 11'i ilkokul, 4'ü ortaokul, 4'ü lise ve 11'i üniversite mezunudur. OSB grubu ebeveynlerinden 6'sı ilkokul, 4'ü ortaokul, 8'i lise ve 12'si üniversite mezunudur. Sağlıklı gruptaki ebeveynlerinden 1'i okur yazar seviyesindeyken 9'u ilkokul 1'i ortaokul, 8'i lise ve 11'i üniversite mezunudur.

Çizelge 1.3. Katılımcıların ve Eşlerinin Eğitim Durumları

		DEHB	OSB	SAĞLIKLI	TOPLAM
Anne Eğitim	Okur Yazar	0	0	1	1
	İlkokul	9	0	9	18
	Ortaokul	3	4	0	7
	Lise	3	8	4	15
	Üniversite	9	12	5	26
Baba Eğitim	Okur Yazar	0	0	0	0
	İlkokul	2	6	0	8
	Ortaokul	1	0	1	2
	Lise	1	0	4	5
	Üniversite	2	0	6	8
	TOPLAM	30	30	30	90

Çizelge 1.4.'te katılımcıların mesleki durumlarına ilişkin bilgiler bulunmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 30 DEHB grubu ebeveynlerinin mesleki durum dağılımları; 14'ü ev hanımı, 2'si işsiz, 5'i devlet, 3'ü özel ve 6'sı diğer şeklindedir. Çalışmaya katılmayı kabul eden 30 OSB grubu ebeveynlerinin mesleki durum dağılımları; 9'u ev hanımı, 7'si işsiz, 3'ü devlet, 3'ü özel ve 8'i diğer şeklindedir. Çalışmaya katılmayı kabul eden sağlıklı

gruptaki ebeveynlerinin mesleki durum dağılımları; 8'i ev hanımı, 2'si işsiz, 9'u devlet, 3'ü özel ve 8'i diğer şeklindedir.

Çizelge 1.4. Katılımcıların ve Eşlerinin Mesleki Durumları

		DEHB	OSB	SAĞLIKLI	TOPLAM
Anne Meslek	Ev Hanımı	14	9	8	31
	İşsiz	2	7	2	11
	Devlet	4	3	5	12
	Özel	2	3	2	7
	Diğer	2	2	2	6
Baba Meslek	İşsiz	0	0	0	0
	Devlet	1	0	4	5
	Özel	1	0	1	2
	Diğer	4	6	6	16
	TOPLAM	30	30	30	90

4.2. Tüm Katılımcılardan Elde Edilen Ölçek Verilerinin Değerlendirilmesi

Çizelge 2.1.'de tüm gruptaki katılımcılara uygulanan ölçeklerden elde edilen verilerin iç tutarlılık değerlerine ilişkin bilgiler bulunmaktadır. Yapılan iç tutarlılık analizlerinde Cronbach's Alfa katsayıları 0,623 ile 0,838 arasında değişmektedir.

Çizelge 2.1. Ölçeklerin İç Tutarlılık Değerleri

<i>Ölçek Adı</i>	<i>Soru sayısı</i>	<i>Cronbach's Alfa</i>
Yaşam Kalitesi	23	0,838
Depresyon	21	0,739
Bakım Veren Yüğü	22	0,623

Çizelge 2.2.'de ve Çizelge 2.3.'de tüm katılımcılardan elde edilen ölçek verilerinin karşılaştırmalı değerlendirmeleri bulunmaktadır.

Tüm katılımcılardan elde edilen verilerin yapılan analizlerinde, yaşam kalitesi puanlarıyla bakım veren yüğü puanları arasında negatif yönlü (yaşam kalitesi artarken bakım

veren yükü azalmakta) %56 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,56$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Tüm katılımcılardan elde edilen verilerin yapılan analizlerinde, yaşam kalitesi puanlarıyla depresyon puanları arasında negatif yönlü (yaşam kalitesi artarken depresyon azalmakta) %69,9 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,699$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Çizelge 2.2. Yaşam Kalitesi Puanları ile Bakım Veren Yükü ve Depresyon Puanlarının İlişkisi

	Yaşam Kalitesi	
	r	p
Bakım Veren Yükü	-0,560	0,001*
Depresyon	-0,699	0,001*

r= Spearman's Correlation **p<0,01*

Tüm katılımcılardan elde edilen verilerin yapılan analizlerinde, bakım veren yükü puanlarıyla depresyon puanları arasında negatif pozitif yönlü (bakım veren yükü puanları artarken depresyon puanları da artmakta) %56,8 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,568$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Çizelge 2.3. Katılımcıların Depresyon Puanları ile Bakım Veren Yükü Puanlarının İlişkisi

	Bakım Veren Yükü	
	r	p
Depresyon	0,568	0,001*

r= Spearman's Correlation **p<0,01*

Çizelge 2.4.'te grupların yaşam kalitesi puanlarının alt boyutlarıyla birlikte değerlendirilmeleri bulunmaktadır.

Tüm gruplar arasında genel yaşam kalitesi, genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik ve sosyal ilişkiler alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmaktadır ($p=0,027$, $p<0,05$; $p=0,006$, $p<0,01$; $p=0,001$, $p<0,01$; $p=0,001$, $p<0,01$; $p=0,001$, $p<0,01$; $p=0,003$, $p<0,01$).

Çizelge 2.4. Grupların Algılanan Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması

		Gruplar			^a p	^c post-hoc
		DEHB (1)	OSB (2)	SAĞLIKLI (3)		
Genel Sağlık	Medyan	7	6	5	0,006*	1>2
Fiziksel Sağlık	Medyan	20	21	25	0,001*	1<2<3
Psikolojik	Medyan	21	18	19	0,001*	1>2<3
Sosyal İlişkiler	Medyan	10	9	10	0,003*	1>2<3
Çevre	Medyan	28,5	26,5	27,5	0,096	-
Genel Yaşam Kalitesi	Medyan	90	83	85	0,027**	1>2<3

^aKruskall Wallis Test

* $p<0,01$

** $p<0,05$

^cMann Whitney U Test

4.3. DEHB, OSB ve Sağlıklı Gruba Ait Verilerin Yaşam Kalitesi, Bakım Veren Yükü ve Depresyon Açısından Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi

Çizelge 3.1.'de, ölçek verilerinin tanı ve sağlıklı gruba göre karşılaştırmalı değerlendirmeleri bulunmaktadır.

Çalışmaya katılanlar gruplar arasında yaşam kalitesi puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,027$; $p<0,05$). OSB grubunun yaşam kalitesi puanları diğer gruplardan daha düşük bulunmuştur.

Çalışmaya katılanlar gruplar arasında bakım veren yükü puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$; $p<0,01$). OSB grubunun bakım veren yükü puanları sağlıklı gruptan daha yüksek bulunmuştur. DEHB ve OSB grupları arasında bir fark bulunmamıştır.

Çalışmaya katılanlar gruplar arasında depresyon puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,118$; $p>0,05$).

Çizelge 3.1. Gruplara Göre Yaşam Kalitesi, Bakım Veren Yükü ve Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması

		Gruplar				
		DEHB (1)	OSB (2)	SAĞLIKLI (3)		^c post-hoc
		(n=30)	(n=30)	(n=30)	^a p	
Yaşam Kalitesi	Medyan	90,00	83,00	85,00	0,027**	1>2<3
Bakım Veren Yükü	Medyan	41,00	58,00	38,00	0,001*	2>3
Depresyon	Medyan	10,00	12,00	8,50	0,118	-

^aKruskall Wallis Test *p<0,01 **p<0,05
^cMann Whitney U Test

Çizelge 3.2.'de, tanı ve sağlıklı gruba göre yaşam kalitesi puanlarıyla bakım veren yükü puanlarının karşılaştırmalı değerlendirmeleri bulunmaktadır.

DEHB grubunda;

Yaşam kalitesi ölçeği puanı ile bakım veren yükü puanı arasında negatif yönlü (yaşam kalitesi ölçeği puanı artarken, bakım veren yükü azalmakta) %49,9 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,499$; $p=0,005$; $p<0,01$).

Yaşam kalitesi ölçeği psikolojik alt boyut puanları ile bakım veren yükü puanları arasında negatif yönlü (psikolojik puan artarken, bakım veren yükü azalmakta) %52,3 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,523$; $p=0,003$; $p<0,01$).

Yaşam kalitesi ölçeği sosyal ilişkiler alt boyut puanları ile bakım veren yükü puanları arasında negatif yönlü (sosyal ilişkiler puanı artarken, bakım veren yükü azalmakta) %60,9 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,609$; $p=0,001$; $p<0,05$).

Yaşam kalitesi ölçeği çevre alt boyut puanı ile bakım veren yükü puanı arasında negatif yönlü (çevre puan artarken, bakım veren yükü azalmakta) %44,3 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,443$; $p=0,014$; $p<0,01$).

OSB grubunda;

Yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık alt boyut puanı ile bakım veren yükü puanı arasında negatif yönlü (psikolojik puan artarken, bakım yükü azalmakta) %43,3 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,433$; $p=0,017$; $p<0,01$).

Sağlıklı grupta;

Yaşam kalitesi ölçeği puanı ile bakım veren yükü puanı arasında negatif yönlü (yaşam kalitesi ölçeği puanı artarken, bakım yükü azalmakta) %61,3 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,613$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık alt boyut puanı ile bakım veren yükü puanı arasında negatif yönlü (psikolojik puanı artarken, bakım yükü azalmakta) %51,1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,511$; $p=0,004$; $p<0,01$).

Yaşam kalitesi ölçeği psikolojik alt boyut puanları ile bakım veren yükü puanları arasında negatif yönlü (psikolojik puan artarken, bakım yükü azalmakta) %73,2 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,732$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Yaşam kalitesi ölçeği çevre alt boyut puanı ile bakım veren yükü puanı arasında negatif yönlü (çevre puan artarken, bakım veren yükü azalmakta) %59,5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,595$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Çizelge 3.2. Gruplara Göre Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puanlarının Bakım Veren Yükü Puanlarıyla İlişkisi

	Yaşam Kalitesi ve Alt Ölçekleri	Bakım Veren Yükü	
		r	p
DEHB	<i>Yaşam kalitesi</i>	-0,499	0,005*
	<i>Genel sağlık</i>	-0,301	0,106
	<i>Fiziksel sağlık</i>	-0,319	0,085
	<i>Psikolojik</i>	-0,523	0,003*
	<i>Sosyal ilişkiler</i>	-0,609	0,001*
	<i>Çevre</i>	-0,443	0,014**
OSB	<i>Yaşam kalitesi</i>	-0,256	0,173
	<i>Genel sağlık</i>	-0,209	0,268
	<i>Fiziksel sağlık</i>	-0,433	0,017**
	<i>Psikolojik</i>	0,025	0,894
	<i>Sosyal ilişkiler</i>	-0,104	0,586
	<i>Çevre</i>	-0,040	0,834
SAĞLIKLI	<i>Yaşam kalitesi</i>	-0,613	0,001*
	<i>Genel sağlık</i>	-0,114	0,548
	<i>Fiziksel sağlık</i>	-0,511	0,004*
	<i>Psikolojik</i>	-0,732	0,001*
	<i>Sosyal ilişkiler</i>	-0,307	0,099
	<i>Çevre</i>	-0,595	0,001*

r= Spearman's Correlation

*p<0,01

**p<0,05

Çizelge 3.3.'te gruplara göre yaşam kalitesi puanlarıyla depresyon puanlarının karşılaştırmalı değerlendirmeleri bulunmaktadır.

DEHB grubunda;

Yaşam kalitesi ölçeği puanı ile depresyon puanı arasında negatif yönlü (yaşam kalitesi ölçeği puanı artarken, depresyon azalmakta) %48,5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir (r=-0,485; p=0,007; p<0,01).

Yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puanı ile depresyon puanı arasında negatif yönlü (sağlık alt boyut puanı artarken, depresyon azalmakta) %47,4 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir (r=-0,474; p=0,008; p<0,01).

Yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık alt boyut puanı ile depresyon puanı arasında negatif yönlü (sağlık alt boyut puanı artarken, depresyon azalmakta) %44,3 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,443$; $p=0,014$; $p<0,05$).

Yaşam kalitesi ölçeği psikolojik alt boyut puanı ile depresyon puanı arasında negatif yönlü (psikolojik alt boyut puanı artarken, depresyon azalmakta) %45,3 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,453$; $p=0,012$; $p<0,05$).

Yaşam kalitesi ölçeği sosyal ilişkiler alt boyut puanı ile depresyon puanı arasında negatif yönlü (sosyal ilişkiler alt boyut puanı artarken, depresyon azalmakta) %40,5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,405$; $p=0,026$; $p<0,05$).

Yaşam kalitesi ölçeği çevre alt boyut puanı ile depresyon puanı arasında negatif yönlü (çevre alt boyut puanı artarken, depresyon azalmakta) %36,6 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,36,6$; $p=0,047$; $p<0,05$).

OSB grubunda;

Yaşam kalitesi ölçeği puanı ile depresyon puanı arasında negatif yönlü (yaşam kalitesi ölçeği puanı artarken, depresyon azalmakta) %71,0 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,710$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puanı ile depresyon puanı arasında negatif yönlü (sağlık alt boyut puanı artarken, depresyon azalmakta) %79,0 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,790$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık alt boyut puanı ile depresyon puanı arasında negatif yönlü (sağlık alt boyut puanı artarken, depresyon azalmakta) %56,2 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,562$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Yaşam kalitesi ölçeği psikolojik alt boyut puanı ile depresyon puanı arasında negatif yönlü (psikolojik alt boyut puanı artarken, depresyon azalmakta) %60,3 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,603$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Yaşam kalitesi ölçeği sosyal ilişkiler alt boyut puanı ile depresyon puanı arasında negatif yönlü (sosyal ilişkiler alt boyut puanı artarken, depresyon azalmakta) %58,5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,585$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Yaşam kalitesi ölçeği çevre alt boyut puanı ile depresyon puanı arasında negatif yönlü (çevre alt boyut puanı artarken, depresyon azalmakta) %38,6 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,38,6$; $p=0,035$; $p<0,05$).

Sağlıklı grupta;

Yaşam kalitesi ölçeği puanı ile depresyon puanı arasında negatif yönlü (yaşam kalitesi ölçeği puanı artarken, depresyon azalmakta) %79,9 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,799$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puanı ile depresyon puanı arasında negatif yönlü (sağlık alt boyut puanı artarken, depresyon azalmakta) %38,4 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,384$; $p=0,036$; $p<0,05$).

Yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık alt boyut puanı ile depresyon puanı arasında negatif yönlü (sağlık alt boyut puanı artarken, depresyon azalmakta) %78,1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,781$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Yaşam kalitesi ölçeği psikolojik alt boyut puanı ile depresyon puanı arasında negatif yönlü (psikolojik alt boyut puanı artarken, depresyon azalmakta) %76,6 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,766$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Yaşam kalitesi ölçeği sosyal ilişkiler alt boyut puanı ile depresyon puanı arasında negatif yönlü (sosyal ilişkiler alt boyut puanı artarken, depresyon azalmakta) %72,5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,725$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Yaşam kalitesi ölçeği çevre alt boyut puanı ile depresyon puanı arasında negatif yönlü (çevre alt boyut puanı artarken, depresyon azalmakta) %79,3 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=-0,793$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Çizelge 3.3. Gruplara Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ile Depresyon Puanlarının İlişkisi

	Yaşam Kalitesi ve Alt Ölçekleri	Depresyon	
		r	p
DEHB	<i>Yaşam kalitesi</i>	-0,485	0,007*
	<i>Genel sağlık</i>	-0,474	0,008*
	<i>Fiziksel sağlık</i>	-0,443	0,014**
	<i>Psikolojik</i>	-0,453	0,012**
	<i>Sosyal ilişkiler</i>	-0,405	0,026**
	<i>Çevre</i>	-0,366	0,047**
OSB	<i>Yaşam kalitesi</i>	-0,710	0,001*
	<i>Genel sağlık</i>	-0,790	0,001*
	<i>Fiziksel sağlık</i>	-0,562	0,001*
	<i>Psikolojik</i>	-0,603	0,001*
	<i>Sosyal ilişkiler</i>	-0,585	0,001*
	<i>Çevre</i>	-0,386	0,035**
SAĞLIKLI	<i>Yaşam kalitesi</i>	-0,799	0,001*
	<i>Genel sağlık</i>	-0,384	0,036**
	<i>Fiziksel sağlık</i>	-0,781	0,001*
	<i>Psikolojik</i>	-0,766	0,001*
	<i>Sosyal ilişkiler</i>	-0,725	0,001*
	<i>Çevre</i>	-0,793	0,001*

r= Spearman's Correlation

*p<0,01

**p<0,05

Çizelge 3.4.'te tanı ve sağlıklı gruba göre bakım veren yükü puanlarıyla depresyon puanlarının karşılaştırılmalı değerlendirmeleri bulunmaktadır.

DEHB grubunda bakım veren yükü puanı ile depresyon puanı arasında pozitif yönlü %64,1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir (r=0,641; p=0,001; p<0,01).

OSB grubunda bakım veren yükü puanı ile depresyon puanı arasında pozitif yönlü %43,8 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir (r=0,438; p=0,016; p<0,05).

Sağlıklı grupta bakım veren yükü puanı ile depresyon puanı arasında pozitif yönlü %46,6 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=0,466$; $p=0,009$; $p<0,01$).

Çizelge 3.4. Gruplara Göre Bakım Veren Yükü ile Depresyon Puanlarının İlişkisi

Bakım Veren Yükü	Depresyon	
	r	p
DEHB	0,641	0,001*
OSB	0,438	0,016**
SAĞLIKLI	0,466	0,009*

r= Spearman's Correlation * $p<0,01$ ** $p<0,05$

4.4. Yaşam Kalitesi Algısının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi

Çizelge 4.1'de ve 4.2.'de yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilen puanların tanı ve sağlıklı gruba ve annelerin ve babaların yaşı değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

DEHB grubunda annelerin yaşı ile yaşam kalitesi ölçeği puanı arasında pozitif yönlü %52,3 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=0,523$; $p=0,003$; $p<0,01$).

OSB grubunda annelerin yaşı ile yaşam kalitesi ölçeği puanı arasında pozitif yönlü %59,6 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=0,596$; $p=0,001$; $p<0,01$).

DEHB grubunda babaların yaşı ile yaşam kalitesi ölçeği puanı arasında pozitif yönlü %39,3 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=0,393$; $p=0,032$; $p<0,05$).

OSB grubunda babaların yaşı ile yaşam kalitesi ölçeği puanı arasında pozitif yönlü %60,7 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($r=0,607$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Çizelge 4.1. Gruplara göre Annelerin Yaşı ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının İlişkisi

Yaşam Kalitesi	Yaş	
	r	p
DEBH	0,523	0,003*
OSB	0,596	0,001*
SAĞLIKLI	-0,167	0,379

r= Spearman's Correlation **p<0,01*

Çizelge 4.2. Gruplara göre Babaların Yaşı ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının İlişkisi

Yaşam Kalitesi	Yaş	
	r	p
DEHB	0,393	0,032**
OSB	0,607	0,001*
SAĞLIKLI	-0,176	0,353

r= Spearman's Correlation **p<0,01* ***p<0,05*

Çizelge 4.3.'te 'de yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilen puanların gruplara ve formları dolduran değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

Tüm gruplarda formları dolduran ebeveynler arasında yaşam kalitesi düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Çizelge 4.3. Formları Dolduran Ebeveyne Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İlişkisi

Yaşam Kalitesi	Formları Dolduran		p
	Anne	Baba	
	Medyan	Medyan	
DEHB	86,5	94,5	0,174
OSB	80,5	84,5	0,129
SAĞLIKLI	85,0	100	0,145

r= Spearman's Correlation

Çizelge 4.4.'te ve Çizelge 4.5.'te yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilen gruplara ve annelerin ve babaların eğitim durumu değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

OSB grubundaki annelerin yaşam kalitesi düzeyleri ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,012$; $p<0,05$). Annelerin eğitim durumlarının artmasıyla yaşam kalitesi puanlarını yükselmektedir.

Sağlıklı gruptaki annelerin yaşam kalitesi düzeyleri ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,014$; $p<0,05$). Eğitim durumu ortaokul olan annelerin yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur.

Çizelge 4.4. Anne Eğitim Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi	Anne Eğitim Durumu				^a <i>p</i>	^c <i>post-hoc</i>
	İlkokul (1)	Ortaokul (2)	Lise (3)	Yüksekokul (4)		
	<i>Medyan</i>	<i>Medyan</i>	<i>Medyan</i>	<i>Medyan</i>		
DEHB	83,0	78,0	92,0	90,0	0,061	-
OSB	85,0	69,0	83,5	84,5	0,012*	<i>1>2, 1>3, 2<4, 3<4</i>
SAĞLIKLI	82,0	-	94,0	97,0	0,014*	-

^aKruskall Wallis Test

* $p<0,05$

^cMann Whitney U Test

Çizelge 4.5. Babanın Eğitim Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi	Babanın Eğitim Durumu				p
	İlkokul	Ortaokul	Lise	Yüksekokul	
	<i>Medyan</i>	<i>Medyan</i>	<i>Medyan</i>	<i>Medyan</i>	
DEHB	83,0	100,0	88,0	91,5	0,229
OSB	80,5	-	83	83,5	0,912
SAĞLIKLI	75,0	76,0	83,0	98,0	0,552

^aKruskall Wallis Test

Çizelge 4.6.'da yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilen puanların tanı ve sağlıklı gruba ve ailenin aylık geliri değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

Sağlıklı gruptaki katılımcıların yaşam kalitesi düzeyleri ile ailenin aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,001$; $p<0,01$). Ailelerin aylık gelirinin artmasıyla yaşam kalitesi puanlarını yükselmektedir.

Çizelge 4.6. Ailenin Aylık Gelirine Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi	Ailenin Aylık Geliri				^a p	^c post-hoc
	0-1500 TL	1500-3000 TL	3000-4500 TL	4500 TL ve üzeri		
DEBH	86,5	75,0	81,0	92,0	0,187	-
OSB	-	79,0	87,0	84,0	0,099	-
Sağlıklı	74,5	73,0	82,0	98,0	0,001*	4>1>2

^aKruskall Wallis Test

*p<0,01

^cMann Whitney U Test

Çizelge 4.7.'de yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilen puanların tanı ve sağlıklı gruba ve aileden yaşayan kişi sayısı değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

Tüm gruplarda, ailede yaşayan kişi sayısı ile yaşam kalitesi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p>0,05).

Çizelge 4.7. Gruplarda Ailede Yaşan Kişi Sayısına ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi	Ailede Yaşan Kişi Sayısı	
	r	p
DEHB	0,158	0,405
OSB	0,354	0,055
Sağlıklı	0,046	0,809

r= Spearman's Correlation

Çizelge 4.8.'de yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilen puanların gruplar ve çocukla gün içerisinde geçirilen süre değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

Tüm gruplarda çocukla gün içerisinde birlikte geçirilen zaman ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p>0,05).

Çizelge 4.8. Çocukla Gün İçerisinde Geçirilen Süreye Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi	Çocukla Geçirilen Süre					^a <i>p</i>
	0-2 saat	2-4 saat	4-6 saat	6-8 saat	8 saat ve üzeri	
	<i>Medyan</i>	<i>Medyan</i>	<i>Medyan</i>	<i>Medyan</i>	<i>Medyan</i>	
DEBH	100,0	94,0	90,0	83,0	-	0,077
OSB	84,0	84,0	-	79,5	68,0	0,337
SAĞLIKLI	82,5	101,0	85,0	80,0	-	0,078

^a*Kruskall Wallis Test*

Çizelge 4.9.'da yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilen puanların gruplara ve son 1 ayda çocukla ev dışında yapılan aktivite süresi değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

Tüm gruplarda son 1 ayda ebeveynin çocukla birlikte ev dışında yaptığı aktivitenin süresiyle yaşam kalitesi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.9. Son 1 Ayda Çocukla Ev Dışında Yapılan Aktivite Süresine Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi	Son 1 Ayda Çocukla Yapılan Aktivite Süresi						^a <i>p</i>
	Hiç	0-2 saat	2-4 saat	4-6 saat	6-8 saat	8 saat ve üzeri	
	<i>Medyan</i>	<i>Medyan</i>	<i>Medyan</i>	<i>Medyan</i>	<i>Medyan</i>	<i>Medyan</i>	
DEHB	75,0	90,0	83,0	97,0	78,0	103,0	0,055
OSB	-	87,0	84,5	80,5	78,0	76,0	0,213
SAĞLIKLI	98,0	76,5	100,5	94,0	-	85,0	0,168

^a*Kruskall Wallis Test*

4.5. Bakım Veren Yükü Algısının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi

Çizelge 5.1’de ve 5.2.’de bakım veren yükü ölçeğinden elde edilen puanların gruplara ve annelerin ve babaların yaşı değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

DEHB grubunda, babaların yaşları arasında bakım veren yükü düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,019$; $p<0,05$). Babaların yaşı arttıkça hafif yük algıladıkları bulunmuştur.

Çizelge 5.1. Gruplara göre Annelerin Yaşı ile Bakım Veren Yükü Puanlarının Karşılaştırılması

			Bakım Veren Yükü			^a <i>p</i>
			Hafif yük	Orta derece yük	Şiddetli yük	
DEHB	Yaş	Medyan	39,0	35,0	29,0	0,140
OSB	Yaş	Medyan	37,0	34,0	34,5	0,946
SAĞLIKLI	Yaş	Medyan	36,0	26,0	43,0	0,520

^aKruskall Wallis Test

Çizelge 5.2. Gruplara göre Babaların Yaşı ile Bakım Veren Yükü Puanlarının Karşılaştırılması

			Bakım Veren Yükü			^a <i>p</i>	^b post-hoc
			Hafif yük	Orta derece yük	Şiddetli yük		
			(1)	(2)	(3)		
DEHB	Yaş	Medyan	41,0	35,5	37,0	0,019*	<i>1>2</i>
OSB	Yaş	Medyan	39,0	36,0	37,5	0,733	-
SAĞLIKLI	Yaş	Medyan	40,5	26,0	45,0	0,311	-

^aKruskall Wallis Test

* $p<0,05$

^bMann Whitney U Test

Çizelge 5.3.’te yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilen puanların gruplara ve formları dolduran değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

Tüm gruplarda, formları dolduran ebeveynler arasında bakım veren yükleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Çizelge 5.3. Formları Dolduran Ebeveyne Göre Bakım Veren Yükü Düzeylerinin Değerlendirilmesi

			Bakım Veren Yükü			^b <i>p</i>
			<i>Hafif yük</i>	<i>Orta derece yük</i>	<i>Şiddetli yük</i>	
DEHB	<i>Dolduran</i>	<i>Anne; n (%)</i>	15 (62,5)	6 (25,0)	3 (12,5)	0,710
		<i>Baba; n (%)</i>	4 (66,7)	2 (33,3)	-	
OSB	<i>Dolduran</i>	<i>Anne; n (%)</i>	9 (37,5)	-	15 (62,5)	0,073
		<i>Baba; n (%)</i>	-	-	6 (100,0)	
SAĞLIKLI	<i>Dolduran</i>	<i>Anne; n (%)</i>	16 (84,2)	1 (5,3)	2 (10,5)	1,000
		<i>Baba; n (%)</i>	10 (90,9)		1 (9,1)	

^b*Pearson Chi-Square Test*

Çizelge 5.4.'te bakım veren yükü ölçeğinden elde edilen puanların gruplara ve annelerin ve babaların eğitim durumu değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

OSB grubundaki annelerin algıladıkları bakım veren yükü ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,008$; $p<0,01$). Annelerin eğitim seviyesi yükseldikçe şiddetli yük daha çok gözlenmektedir.

Çizelge 5.4. Annelerin ve Babaların Eğitim Durumuna Göre Bakım Veren Yükü Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Bakım Veren Yükü				
		<i>Hafif yük</i>	<i>Orta derece yük</i>	<i>Şiddetli yük</i>	^b <i>p</i>	
DEHB	<i>Anne</i>	<i>İlkokul; n (%)</i>	7 (58,3)	2 (16,7)	3 (25)	0,258
		<i>Ortaokul; n (%)</i>	1 (33,3)	2 (66,7)	0 (0)	
		<i>Lise; n (%)</i>	4 (80)	1 (20)	0 (0)	
		<i>Yüksekokul; n (%)</i>	7 (70)	3 (30)	0 (0)	
	<i>Baba</i>	<i>İlkokul; n (%)</i>	6 (54,5)	2 (18,2)	3 (27,3)	0,159
		<i>Ortaokul; n (%)</i>	3 (100)	0 (0)	0 (0)	
		<i>Lise; n (%)</i>	4 (50)	4 (50)	0 (0)	
		<i>Yüksekokul; n (%)</i>	6 (75)	2 (25)	0 (0)	
OSB	<i>Anne</i>	<i>İlkokul; n (%)</i>	3 (100)	0 (0)	0 (0)	0,008*
		<i>Ortaokul; n (%)</i>	3 (42,9)	0 (0)	4 (57,1)	
		<i>Lise; n (%)</i>	0 (0)	0 (0)	8 (100)	
		<i>Yüksekokul; n (%)</i>	3 (25)	0 (0)	7 (75)	
	<i>Baba</i>	<i>İlkokul; n (%)</i>	3 (50)	0 (0)	3 (50)	0,101
		<i>Lise; n (%)</i>	6 (37,5)	0(0)	10 (62,5)	
		<i>Yüksekokul; n (%)</i>	0 (0)	0 (0)	8 (100)	
		<i>Okur Yazar n (%)</i>	2 (100)	0 (0)	0 (0)	
SAGLIKLI	<i>Anne</i>	<i>İlkokul; n (%)</i>	11 (91,7)	1 (8,3)	0 (0)	0,630
		<i>Lise; n (%)</i>	5 (83,3)	0 (0)	1 (16,7)	
		<i>Yüksekokul; n (%)</i>	8 (80)	0 (0)	2 (20)	
		<i>Okur Yazar n (%)</i>	2 (100)	0 (0)	0 (0)	
	<i>Baba</i>	<i>İlkokul; n (%)</i>	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0,148
		<i>Ortaokul; n (%)</i>	6 (100)	0 (0)	0 (0)	
		<i>Lise; n (%)</i>	5 (55,6)	1 (11,1)	3 (33,3)	
		<i>Yüksekokul; n (%)</i>	14 (100)	0 (0)	0 (0)	

^bPearson Chi-Square Test

* $p < 0,01$

Çizelge 5.5.'te bakım veren yükü ölçeğinden elde edilen puanların gruplara ve ailenin aylık geliri değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

Ailenin aylık geliriyle bakım veren yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 5.5. Aile Aylık Gelirine Göre Bakım Yükü Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Bakım Veren Yükü			^b p	
		Hafif yük	Orta derece yük	Şiddetli yük		
DEHB	Aylık gelir	0-1500 TL; n (%)	4 (50,0)	4 (50,0)	-	0,057
		1500-3000 TL; n (%)	5 (71,4)	-	2 (28,6)	
		3000-4500 TL; n (%)	1 (50,0)	-	1 (50,0)	
		4500 TL ve üzeri; n (%)	9 (69,2)	4 (30,8)	-	
OSB	Aylık gelir	1500-3000 TL; n (%)	6 (46,2)	-	7 (53,8)	0,078
		3000-4500 TL; n (%)	3 (33,3)	-	6 (66,7)	
		4500 TL ve üzeri; n (%)	-	-	8 (100,0)	
SAĞLIKLI	Aylık gelir	0-1500 TL; n (%)	2 (100,0)	-	-	0,645
		1500-3000 TL; n (%)	5 (71,4)	1 (14,3)	1 (14,3)	
		3000-4500 TL; n (%)	3 (100,0)	-	-	
		4500 TL ve üzeri; n (%)	16 (88,9)	-	2 (11,1)	

^bPearson Chi-Square Test

Çizelge 5.6.'da bakım veren yükü ölçeğinden elde edilen puanların gruplara ve ailede yaşayan kişi sayısı değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

Tüm gruplarda ailede yaşayan kişi sayısı ile bakım veren yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 5.6. Ailede Yaşan Kişi Sayısına Göre Bakım Veren Yükü Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Bakım Veren Yükü				
		<i>Hafif yük</i>	<i>Orta derece yük</i>	<i>Şiddetli yük</i>	^a <i>p</i>	
DEHB	<i>Ailede yaşayan kişi</i>	<i>Medyan</i>	4,0	4,0	4,0	0,057
OSB	<i>Ailede yaşayan kişi</i>	<i>Medyan</i>	4,0	4,0	4,0	0,341
SAĞLIKLI	<i>Ailede yaşayan kişi</i>	<i>Medyan</i>	4,0	4,0	4,0	0,746

^a*Kruskall Wallis Test*

Çizelge 5.7.'de bakım veren yükü ölçeğinden elde edilen puanların tanı ve sağlıklı gruba ve çocukla gün içerisinde geçirilen süre değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

OSB grubunda çocukla bir günde geçirilen süre ile bakım veren yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Çocukla geçirilen süre azaldıkça algılanan bakım veren yükünde artma gözlenmektedir.

Çizelge 5.7. Çocukla Gün İçerisinde Geçirilen Süreye Göre Bakım Veren Yükü Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Bakım Veren Yükü			^b <i>p</i>	
		<i>Hafif yük</i>	<i>Orta derece yük</i>	<i>Şiddetli yük</i>		
DEHB	<i>Süre</i>	0-2 saat; n (%)	8 (72,7)	2 (18,2)	1 (9,1)	0,190
		2-4 saat; n (%)	4 (80,0)	1 (20,0)	-	
		4-6 saat; n (%)	5 (62,5)	1 (12,5)	2 (25,0)	
		6-8 saat; n (%)	2 (33,3)	4 (66,7)	-	
OSB	<i>Süre</i>	0-2 saat; n (%)	-	-	3 (100,0)	0,001*
		2-4 saat; n (%)	-	-	9 (100,0)	
		4-6 saat; n (%)	3 (25,0)	-	9 (75,0)	
		6-8 saat; n (%)	6 (100,0)	-	-	
SAĞLIKLI	<i>Süre</i>	0-2 saat; n (%)	10 (100,0)	-	-	0,141
		2-4 saat; n (%)	8 (88,9)	1 (11,1)	-	
		4-6 saat; n (%)	3 (60,0)	-	2 (40,0)	
		6-8 saat; n (%)	5(83,3)	-	1 (16,7)	

^bPearson Chi-Square Test **p*<0,01

Çizelge 5.9.'da bakım veren yükü ölçeğinden elde edilen puanların gruplara ve çocukla gün içerisinde geçirilen süre değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

OSB grubunda, çocukla son 1 ayda ev dışında yapılan aktivite süresi ile bakım veren yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (*p*=0,010; *p*<0,05). Ev dışında yapılan aktivitenin süresi arttıkça algılanan bakım veren yükü de artmaktadır.

Sağlıklı grupta, çocukla son 1 ayda ev dışında yapılan aktivite süresi ile bakım veren yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (*p*=0,005; *p*<0,01). Ev dışında yapılan aktivitenin süresi azaldıkça algılanan bakım veren yükü de azalmaktadır.

Çizelge 5.8. Son 1 Ayda Ev Dışında Çocukla Yapılan Aktivite Süresine Göre Bakım Veren Yükü Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Bakım Veren Yükü				
		<i>Hafif yük</i>	<i>Orta derece yük</i>	<i>Şiddetli yük</i>	^b <i>p</i>	
DEHB	<i>Süre</i>	<i>Hiç</i>	3 (100,0)	-	-	0,066
		<i>0-2 saat; n (%)</i>	2 (66,7)	1 (33,3)	-	
		<i>2-4 saat; n (%)</i>	3 (27,3)	5 (45,5)	3 (27,3)	
		<i>4-6 saat; n (%)</i>	4 (100,0)	-	-	
		<i>6-8 saat; n (%)</i>	1 (33,3)	2 (66,7)	-	
		<i>8 saat üzeri; n (%)</i>	6 (100,0)	-	-	
OSB	<i>Süre</i>	<i>0-2 saat; n (%)</i>	-	-	3 (100,0)	0,010**
		<i>2-4 saat; n (%)</i>	-	-	6 (100,0)	
		<i>4-6 saat; n (%)</i>	3 (50,0)	-	3 (50,0)	
		<i>6-8 saat; n (%)</i>	-	-	6 (100,0)	
		<i>8 saat üzeri; n (%)</i>	6 (66,7)	-	3 (33,3)	
SAĞLIKLI	<i>Süre</i>	<i>Hiç</i>	10 (90,9)	1 (9,1)	-	0,005*
		<i>0-2 saat; n (%)</i>	7 (87,5)	-	1 (12,5)	
		<i>2-4 saat; n (%)</i>	6 (100,0)	-	-	
		<i>4-6 saat; n (%)</i>	3 (100,0)	-	-	
		<i>8 saat üzeri; n (%)</i>	-	-	2 (100,0)	

^bPearson Chi-Square Test

* $p < 0,01$

** $p < 0,05$

4.6. Depresyon Düzeyinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi

Çizelge 6.1.'de ve Çizelge 6.2.'de depresyon ölçeğinden elde edilen gruplara ve annelerin ve babaların yaşı değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

OSB grubundaki annelerin yaşı ile depresyon düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$; $p < 0,01$). Yaş büyüdükçe depresyon belirtileri daha az görülmektedir.

OSB grubundaki babaların yaşı ile depresyon düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$; $p < 0,01$). Babaların yaşı arttıkça depresyon görülme oranı azalmaktadır.

Çizelge 6.1. Gruplara göre Annelerin Yaşı ile Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması

			Depresyon			"p	°post-hoc
			Depresyon	Hafif	Orta düzey		
			yok (1)	düzeyde (2)	ve üzeri (3)		
DEHB	Yaş	Medyan	37,0	38,0	35,0	0,438	-
OSB	Yaş	Medyan	41,0	30,0	27,0	0,001*	1>2>3
SAĞLIKLI	Yaş	Medyan	36,0	38,0	29,0	0,813	-

^aKruskall Wallis Test *p<0,01
^cMann Whitney U Test

Çizelge 6.2. Gruplara göre Babaların Yaşı ile Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması

			Depresyon			"p	°post-hoc
			Depresyon	Hafif	Orta düzey		
			yok (1)	düzeyde (2)	ve üzeri (3)		
DEHB	Yaş	Medyan	41,0	37,0	37,0	0,337	-
OSB	Yaş	Medyan	45,5	35,0	29,0	0,001*	1>2>3
SAĞLIKLI	Yaş	Medyan	41,0	40,0	33,5	0,494	-

^aKruskall Wallis Test *p<0,01
^cMann Whitney U Test

Çizelge 6.3.'de depresyon ölçeğinden elde edilen puanların gruplara ve formları dolduran değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

DEHB grubunda, formları dolduran ebeveynler arasında depresyon görülme oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

OSB grubunda, formları dolduran ebeveynler arasında depresyon görülme oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,005; p<0,01). Babalarda depresyon görülme oranının annelere göre yüksek olması anlamlı bulunmuştur.

Sağlıklı grupta, formları dolduran ebeveynler arasında depresyon görülme oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,005; p<0,01). Babalarda depresyon görülme oranının annelere göre yüksek olması anlamlı bulunmuştur.

Çizelge 6.3. Formları Dolduran Ebeveyne Göre Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi

		Depresyon				
		<i>Depresyon yok</i>	<i>Hafif düzeyde</i>	<i>Orta düzey ve üzeri</i>	<i>^bp</i>	
DEHB	<i>Dolduran</i>	<i>Anne; n (%)</i>	13 (54,2)	6 (25,0)	5 (20,8)	0,163
		<i>Baba; n (%)</i>	6 (100)	-	-	
OSB	<i>Dolduran</i>	<i>Anne; n (%)</i>	6 (25,0)	14 (58,3)	4 (16,7)	0,005*
		<i>Baba; n (%)</i>	6 (100)	-	-	
SAĞLIKLI	<i>Dolduran</i>	<i>Anne; n (%)</i>	9 (47,4)	9 (47,4)	1 (5,3)	0,011**
		<i>Baba; n (%)</i>	10 (90,9)	-	1 (9,1)	
<i>^bPearson Chi-Square Test</i>		<i>*p<0,01</i>	<i>**p<0,05</i>			

Çizelge 6.4.'te depresyon ölçeğinden elde edilen puanların gruplara ve annelerin ve babaların eğitim durumu değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

OSB grubundaki annelerin depresyon düzeyleri ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,001$; $p<0,01$). Annelerin eğitim seviyesi düştükçe hafif düzeyde depresyon daha çok gözlenmektedir.

OSB grubundaki babaların depresyon düzeyleri ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,008$; $p<0,01$). Babaların eğitim seviyesi düştükçe hafif düzeyde depresyon daha çok gözlenmektedir.

Çizelge 6.4. Ebeveynlerin Eğitim Durumlarına Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Depresyon			^b p	
		Depresyon yok	Hafif düzeyde	Orta düzey ve üzeri		
DEBH	<i>Anne</i>	<i>İlkokul; n (%)</i>	7 (58,3)	2 (16,7)	3 (25)	0,150
		<i>Ortaokul; n (%)</i>	1 (33,3)	0 (0)	2 (66,7)	
		<i>Lise; n (%)</i>	4 (80)	1 (20)	0 (0)	
		<i>Yüksekokul; n (%)</i>	7 (70)	3 (30)	0 (0)	
	<i>Baba</i>	<i>İlkokul; n (%)</i>	6 (54,5)	2 (18,2)	3 (27,3)	0,316
		<i>Ortaokul; n (%)</i>	3 (100)	0 (0)	0 (0)	
		<i>Lise; n (%)</i>	3 (37,5)	3 (37,5)	2 (25)	
		<i>Yüksekokul; n (%)</i>	7 (87,5)	1 (12,5)	0 (0)	
OSB	<i>Anne</i>	<i>İlkokul; n (%)</i>	0 (0)	3 (100)	0 (0)	0,001*
		<i>Ortaokul; n (%)</i>	0 (0)	6 (85,7)	1 (14,3)	
		<i>Lise; n (%)</i>	3 (37,5)	2 (25)	3 (37,5)	
		<i>Yüksekokul; n (%)</i>	9 (75)	3 (25)	0 (0)	
	<i>Baba</i>	<i>İlkokul; n (%)</i>	0 (0)	6 (100)	0 (0)	0,008*
		<i>Lise; n (%)</i>	6 (37,5)	6 (37,5)	4 (25)	
		<i>Yüksekokul; n (%)</i>	6 (75)	2 (25)	0 (0)	
	SAĞLIKLI	<i>Anne</i>	<i>Okur Yazar; n (%)</i>	1 (50)	1 (50)	0 (0)
<i>İlkokul; n (%)</i>			8 (66,7)	3 (25)	1 (8,3)	
<i>Lise; n (%)</i>			3 (50)	2 (33,3)	1 (16,7)	
<i>Yüksekokul; n (%)</i>			7 (70)	3 (30)	0 (0)	
<i>Baba</i>		<i>İlkokul; n (%)</i>	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0,483
		<i>Ortaokul; n (%)</i>	2 (33,3)	3 (50)	1 (16,7)	
		<i>Lise; n (%)</i>	5 (55,6)	3 (33,3)	1 (11,1)	
		<i>Yüksekokul; n (%)</i>	11 (78,6)	3 (21,4)	0 (0)	

^bPearson Chi-Square Test

*p<0,01

Çizelge 6.5.'te depresyon ölçeğinden elde edilen puanların gruplara ve ailenin aylık geliri değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

OSB grubunda, ailenin aylık geliriyle depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,002$; $p<0,01$). Ailenin aylık geliri azaldıkça depresyon puanında yükselme gözlenmektedir.

Çizelge 6.5. Ailenin Aylık Gelirine Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Depresyon			^b p	
		Depresyon yok (n=30)	Hafif düzeyde (n=30)	Orta düzey ve üzeri (n=30)		
DEBH	Aylık Gelir	0-1500 TL; n (%)	4 (50,0)	2 (25,0)	2 (25,0)	0,276
		1500-3000 TL; n (%)	5 (71,4)	-	2 (28,6)	
		3000-4500 TL; n (%)	1 (50,0)	-	1 (50,0)	
		4500 TL ve üzeri; n (%)	9 (69,2)	4 (30,8)	-	
OSB	Aylık Gelir	1500-3000 TL; n (%)	-	9 (69,2)	4 (30,8)	0,002*
		3000-4500 TL; n (%)	6 (66,7)	3 (33,3)	-	
		4500 TL ve üzeri; n (%)	6 (75,0)	2 (25,0)	-	
SAĞLIKLI	Aylık Gelir	0-1500 TL; n (%)	1 (50,0)	1 (50,0)	-	0,109
		1500-3000 TL; n (%)	2 (28,6)	3 (42,9)	2 (28,6)	
		3000-4500 TL; n (%)	3 (100,0)	-	-	
		4500 TL ve üzeri; n (%)	13 (72,2)	5 (27,8)	-	

^bPearson Chi-Square Test

* $p<0,01$

Çizelge 6.6.'de depresyon ölçeğinden elde edilen puanların gruplara ve ailede yaşayan kişi sayısı değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

OSB grubunda ailede yaşayan kişi sayısı ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,003$; $p<0,01$). Ailede yaşan kişi sayısı arttıkça depresyon puanında yükselme gözlenmektedir.

Çizelge 6.6. Ailede Yaşan Kişi Sayısına Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması

			Depresyon			^a p	^c post-hoc
			Depresyon yok (1)	Hafif düzeyde (2)	Orta düzey ve üzeri (3)		
DEHB	Kişi Sayısı	Medyan	4,0	4,0	4,0	0,201	-
OSB	Kişi Sayısı	Medyan	4,0	4,0	7,0	0,003*	3>1=2
SAĞLIKLI	Kişi Sayısı	Medyan	4,0	4,0	4,0	0,809	-

^aKruskall Wallis Test

*p<0,01

^cMann Whitney U Test

Çizelge 6.7.'de depresyon ölçeğinden elde edilen puanların gruplara ve çocukla gün içerisinde geçirilen süre değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

OSB grubunda ailenin çocukla geçirdiği süre ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p=0,004; p<0,01)

Çizelge 6.7. Çocukla Gün İçerisinde Geçirilen Süreye Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Depresyon			^b p	
		Depresyon yok	Hafif düzeyde	Orta düzey ve üzeri		
DEHB	Süre	0-2 saat; n (%)	7 (63,6)	3 (27,3)	1 (9,1)	0,369
		2-4 saat; n (%)	5 (100,0)	-	-	
		4-6 saat; n (%)	5 (62,5)	1 (12,5)	2 (25,0)	
		6-8 saat; n (%)	2 (33,3)	2 (33,3)	2 (33,3)	
OSB	Süre	0-2 saat; n (%)	3 (100,0)	-	-	0,004*
		2-4 saat; n (%)	6 (66,7)	3 (33,3)	-	
		4-6 saat; n (%)	3 (25,0)	5 (41,7)	4 (33,3)	
		6-8 saat; n (%)	-	6 (100,0)	-	
SAĞLIKLI	Süre	0-2 saat; n (%)	8 (80,0)	1 (10,0)	1 (10,0)	0,251
		2-4 saat; n (%)	7 (77,8)	2 (22,2)	-	
		4-6 saat; n (%)	2 (40,0)	3 (60,0)	-	
		6-8 saat; n (%)	2 (33,3)	3 (50,0)	1 (16,7)	

^bPearson Chi-Square Test

*p<0,01

Çizelge 6.8.'de depresyon ölçeğinden elde edilen puanların gruplara ve son 1 ayda ev dışında çocukla yapılan aktivite süresi değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

DEHB grubunda çocukla geçirilen süre ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,004$; $p<0,01$). Çocuğuyla daha az zaman geçiren ebeveynlerin depresyon puanları daha düşük bulunmuştur.

OSB grubunda çocukla geçirilen süre ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,001$; $p<0,01$). Çocuğuyla daha fazla zaman geçiren ebeveynlerin depresyon puanları hafif düzeyde yüksek bulunmuştur.

Çizelge 6.8. Son 1 Ayda Ev Dışında Çocukla Yapılan Aktivite Süresine Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Depresyon			^b p
		Depresyon yok	Hafif düzeyde	Orta düzey ve üzeri	
DEHB	Süre				
	Hiç	3 (100,0)	-	-	
	0-2 saat; n (%)	3 (100,0)	-	-	
	2-4 saat; n (%)	2 (18,2)	6 (54,5)	3 (27,3)	0,004*
	4-6 saat; n (%)	4 (100,0)	-	-	
	6-8 saat; n (%)	1 (33,3)	-	2 (66,7)	
	8 saat üzeri; n (%)	6 (100,0)	-	-	
OSB	Süre				
	0-2 saat; n (%)	3 (100,0)	-	-	
	2-4 saat; n (%)	6 (100,0)	-	-	
	4-6 saat; n (%)	-	6 (100,0)	-	0,001*
	6-8 saat; n (%)	-	2 (33,3)	4 (66,7)	
	8 saat üzeri; n (%)	3 (33,3)	6(66,7)	-	
SAĞLIKLI	Süre				
	Hiç	9 (81,8)	2 (18,2)	-	
	0-2 saat; n (%)	3 (37,5)	3 (37,5)	2 (25,0)	
	2-4 saat; n (%)	4 (66,7)	2 (33,3)	-	0,090
	4-6 saat; n (%)	3 (100,0)	-	-	
	8 saat üzeri; n (%)	-	2 (100,0)	-	

^bPearson Chi-Square Test

* $p<0,01$

4.7. Tanı Gruplarından Elde Edilen Verilerin Çeşitli Değişkenlerle Karşılaştırılması

Çizelge 7.1.'de tanı gruplarından elde edilen verilerin çocuklarda bulunan tanıların ebeveyn tarafından algılanan önemi değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

DEHB grubunda çocuğun almış olduğu tanının ebeveyn tarafından algılanan önem düzeyiyle depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,046$; $p<0,05$). Çocuğunun aldığı tanının orta düzeyde öneme sahip olduğunu düşünen ebeveynlerin depresyon düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

OSB grubunda çocuğun almış olduğu tanının ebeveyn tarafından algılanan önem düzeyiyle yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,001$; $p<0,01$). Çocuğunun aldığı tanının algılanan önem düzeyi arttıkça ebeveynlerin yaşam kaliteleri puanları düşmektedir.

OSB grubunda çocuğun almış olduğu tanının ebeveyn tarafından algılanan önem düzeyiyle depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,001$; $p<0,01$). Çocuğunun aldığı tanının algılanan önem düzeyi arttıkça ebeveynlerin depresyon düzeyleri de artmaktadır.

Çizelge 7.1. Tanının Ebeveyn Tarafından Algılanan Önem Düzeyine Göre Verilerin Karşılaştırılması

		Tanının Ebeveynin Algısına Göre Önem Düzeyi					^a p	^c post-hoc
		Hiç- Çok Az (1)	Az (2)	Orta (3)	Çok (4)	Oldukça Çok (5)		
DEHB	Depresyon Medyan	6	7,5	15	9	11	0,046**	3>4, 4<5
	YK Medyan	111	86	86,5	86	84	0,439	-
	BVY Medyan	34	38,5	47,5	40	45,5	0,140	-
OSB	Depresyon Medyan	-	-	8	10	15,5	0,001*	3<4<5
	YK Medyan	-	-	77	75	68,5	0,001*	3>5, 4>5
	BVY Medyan	-	-	58	57	59,5	0,200	-

^aKruskall Wallis Test

* $p<0,01$

** $p<0,05$

^cMann Whitney U Test

Çizelge 7.2.'de tanı gruplarından elde edilen verilerin çocuklarda bulunan tanıların ebeveyn tarafından algılanan şiddeti değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

DEHB grubunda çocuğun almış olduğu tanının ebeveyn tarafından algılanan şiddet düzeyiyle depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,015$; $p<0,05$). Çocuğunun aldığı tanının ebeveyn tarafından algılanan şiddet düzeyi arttıkça depresyon düzeyi de artmaktadır.

OSB grubunda çocuğun almış olduğu tanının ebeveyn tarafından algılanan şiddet düzeyiyle yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,001$; $p<0,01$). Çocuğunun aldığı tanının algılanan şiddetini oldukça çok olarak tanımlayan ebeveynlerin yaşam kaliteleri puanları daha düşüktür.

OSB grubunda çocuğun almış olduğu tanının ebeveyn tarafından algılanan şiddet düzeyiyle depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,006$; $p<0,01$). Çocuğunun aldığı tanının algılanan şiddetini oldukça çok olarak tanımlayan ebeveynlerin depresyon düzeyleri daha yüksektir.

Çizelge 7.2. Tanının Ebeveyn Tarafından Algılanan Şiddeti Düzeyine Göre Verilerin Karşılaştırılması

		Tanının Ebeveynin Algısına Göre Şiddet Düzeyi					^a p	^c post-hoc
		Hiç- Çok Az (1)	Az (2)	Orta (3)	Çok (4)	Oldukça Çok (5)		
DEHB	Depresyon Medyan	6	4	10	14	9	0,015**	1<3, 1<4, 1<5, 2<4
	YK Medyan	111	98	86	89	73	0,078	-
	BVY Medyan	34	38	41	49	40	0,560	-
OSB	Depresyon Medyan	-	14	11	7,5	15,5	0,006*	2>4, 3<5, 4<5
	YK Medyan	-	69	75	75,5	58,5	0,001*	2<3, 2<4, 3>5
	BVY Medyan	-	58	58	65	52	0,804	-

^aKruskall Wallis Test

* $p<0,01$

** $p<0,05$

^cMann Whitney U Test

Çizelge 7.3.'de tanı gruplarından elde edilen verilerin çocuklarda bulunan tanılarının tedavi süreleri değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

OSB grubunda çocuğun almış olduğu tanının tedavi süresiyle ebeveynin depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,025$; $p<0,05$). Çocuğunun aldığı tanının tedavi süresi arttıkça ebeveynin depresyon düzeyi de artmaktadır.

Çizelge 7.3. Tanı Almış Çocuğun Tedavi Süresine Göre Verilerin Karşılaştırılması

			Tedavi Süreleri					^c post-hoc	
			0-1 Yıl (1)	1-2 Yıl (2)	2-3 Yıl (3)	3-4 Yıl (4)	4 Yıl ve Üzeri (5)		^a p
DEHB	Depresyon	Medyan	9	10	6	20	10	0,064	-
	YK	Medyan	88	92	91,5	81	81	0,291	-
	BVY	Medyan	40	41	43,5	54	40	0,829	-
	Depresyon	Medyan	-	10	14	16,5	11	0,025*	2<4, 4>5
OSB	YK	Medyan	-	74,5	64	71,5	75	0,187	-
	BVY	Medyan		57	61	66,5	58	0,076	-

^aKruskall Wallis Test

* $p<0,05$

^cMann Whitney U Test

Çizelge 7.4.'te tanı gruplarından elde edilen verilerin tanının ebeveynin sosyal ilişkileri üzerindeki etkisi değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

DEHB grubunda çocuğun almış olduğu tanının ebeveynin sosyal ilişkileri üzerindeki etkisi ile bvy arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,012$; $p<0,05$). Ebeveynin sosyal ilişkilerine olan etki arttıkça bvy de artmaktadır.

OSB grubunda çocuğun almış olduğu tanının ebeveynin sosyal ilişkileri üzerindeki etkisi ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,005$; $p<0,01$). Ebeveynin sosyal ilişkilerine olan etki arttıkça depresyon düzeyi de artmaktadır.

OSB grubunda çocuğun almış olduğu tanının ebeveynin sosyal ilişkileri üzerindeki etkisi ile bvy arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,003$; $p<0,01$). Ebeveynin sosyal ilişkilerine olan etki arttıkça bvy de artmaktadır.

Çizelge 7.4. Çocuğun Tanısının Ebeveynin Sosyal İlişkileri Üzerine Etkisine Göre Verilerin Karşılaştırılması

		Sosyal İlişkilerin Algılanan Etki Düzeyi					^c <i>post-hoc</i>		
		<i>Hiç-Çok Az (1)</i>	<i>Az (2)</i>	<i>Orta (3)</i>	<i>Çok (4)</i>	<i>Oldukça Çok (5)</i>	^a <i>p</i>		
DEHB	<i>Depresyon</i>	<i>Medyan</i>	9,5	9	10	6	17,5	0,067	-
	<i>YK</i>	<i>Medyan</i>	88,5	81	92	92	82,5	0,391	-
	<i>BVY</i>	<i>Medyan</i>	36,5	46	41	42	57	0,012**	<i>1<2, 1<3, 1<5, 2<5</i>
OSB	<i>Depresyon</i>	<i>Medyan</i>	-	11	9	10	17	0,005*	<i>2>3, 2>4, 2<5</i>
	<i>YK</i>	<i>Medyan</i>	-	75	75	74	68,5	0,076	-
	<i>BVY</i>	<i>Medyan</i>	-	35	66,5	58	66	0,003*	<i>2<3>4, 2<5</i>

^aKruskall Wallis Test

* $p<0,01$

** $p<0,05$

^cMann Whitney U Test

Çizelge 7.5.'te tanı gruplarından elde edilen verilerin tanının ailenin ekonomik durumu üzerindeki etkisi değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

DEHB grubunda çocuğun almış olduğu tanının ailenin ekonomik durumu üzerindeki etkisi ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,008$; $p<0,01$). Ailenin ekonomik durumuna olan etki arttıkça depresyon düzeyi artmaktadır.

DEHB grubunda çocuğun almış olduğu tanının ailenin ekonomik durumu üzerindeki etkisi ile bvy arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,002$; $p<0,01$). Ailenin ekonomik durumuna olan etki arttıkça bvy de artmaktadır.

OSB grubunda çocuğun almış olduğu tanının ailenin ekonomik durumu üzerindeki etkisi ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır

($p=0,003$; $p<0,01$). Ailenin ekonomik durumuna olan etki arttıkça depresyon düzeyi artmaktadır.

OSB grubunda çocuğun almış olduğu tanının ailenin ekonomik durumu üzerindeki etkisi ile yk arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,003$; $p<0,01$). Ailenin ekonomik durumuna olan etki arttıkça yk azalmaktadır.

OSB grubunda çocuğun almış olduğu tanının ailenin ekonomik durumu üzerindeki etkisi ile bvy arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,003$; $p<0,01$). Ailenin ekonomik durumuna olan etki arttıkça bvy artmaktadır.

Çizelge 7.5. Çocuğun Tanısının Ailenin Ekonomik Durumu Üzerindeki Etkisine Göre Verilerin Karşılaştırılması

		Ekonomik Durumun Etkilenme Düzeyi					^c <i>post-hoc</i>		
		<i>Hiç-Çok Az</i> (1)	<i>Az</i> (2)	<i>Orta</i> (3)	<i>Çok</i> (4)	<i>Oldukça Çok</i> (5)	^a <i>p</i>		
DEHB	<i>Depresyon</i>	<i>Medyan</i>	9	8	15,5	11,50	10	0,008*	<i>1<3, 2<3</i>
	<i>YK</i>	<i>Medyan</i>	87,5	90	81	86,5	87	0,092	-
	<i>BVY</i>	<i>Medyan</i>	37,5	35	51	44,5	41	0,002*	<i>1<3, 1<4, 2<3</i>
OSB	<i>Depresyon</i>	<i>Medyan</i>	11	1	5	14	-	0,003*	<i>1>2<4, 2<3</i>
	<i>YK</i>	<i>Medyan</i>	75	90	75	70	-	0,003*	<i>1<2, 2>3, 2>4</i>
	<i>BVY</i>	<i>Medyan</i>	58	31	73	58	-	0,003*	<i>1>2<3, 2<4</i>

^aKruskall Wallis Test

* $p<0,01$

^cMann Whitney U Test

Çizelge 7.6.'da tanı gruplarından elde edilen verilerin, tanının ebeveynin ev işi ya da mesleki verim düzeyi üzerindeki etkisi değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

DEHB grubunda çocuğun almış olduğu tanının ebeveynin ev işi ya da mesleki verim düzeyi ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır

($p=0,013$; $p<0,05$). Ebeveynin ev işi ya da mesleki verim düzeyine olan etki arttıkça depresyon düzeyi artmaktadır.

DEHB grubunda çocuğun almış olduğu tanının ebeveynin ev işi ya da mesleki verim düzeyi ile yk arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,009$; $p<0,01$). Ebeveynin ev işi ya da mesleki verim düzeyine olan etkinin oldukça çok olması yaşam kalitesini düşürmektedir.

DEHB grubunda çocuğun almış olduğu tanının ebeveynin ev işi ya da mesleki verim düzeyi ile bakım veren yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,043$; $p<0,05$). Ebeveynin ev işi ya da mesleki verim düzeyine olan etki arttıkça bakım veren yükü artmaktadır.

Çizelge 7.6. Çocuğun Tanısının Ebeveynin Ev İşi ya da Mesleki Verim Düzeyi Üzerindeki Etkisine Göre Verilerin Karşılaştırılması

		Ev işi ya da Mesleki Verimin Etkilenme Düzeyi					^a p	^c post-hoc
		Hiç- Çok Az (1)	Az (2)	Orta (3)	Çok (4)	Oldukça Çok (5)		
	Depresyon Medyan	7,5	9	10	14	21	0,013**	1<3, 1<4, 1<5, 2<4, 2<5
DEHB	YK Medyan	90	81	81	100	65	0,009*	1>2, 1>5, 2<4, 3>5
	BVY Medyan	40	36	41	49	65	0,043**	1<5, 2<3, 2<4, 2<5
	Depresyon Medyan	8	12	10	14	-	0,172	-
OSB	YK Medyan	77	74,5	72	73	-	0,239	-
	BVY Medyan	58	47,5	57	73	-	0,065	-

^aKruskall Wallis Test

* $p<0,01$

** $p<0,05$

^cMann Whitney U Test

5. TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmamızla ilişkili yazında ulaşılabilen bulgularla, yaptığımız çalışmadan elde ettiğimiz bulguların karşılaştırmaları ve çalışmanın başlangıcı ve bitişi arasında çalışmamızı kısıtlayan etkenler ele alınmış ve tartışılmıştır.

5.1. Yaşam Kalitesine, Bakım Veren Yüküne ve Depresyon Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması

OSB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitesinin DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitesinden ve sağlıklı grupların yaşam kalitesinden daha düşük olduğu bildirilmektedir (Allik ve diğ. 2006, Lee ve diğ. 2007, Khanna ve diğ. 2010). Çalışmamıza göre, OSB grubundaki ebeveynlerin yaşam kalitesi algılamaları, sağlıklı gruptaki ebeveynlerin yaşam kalitesi algılarından daha düşük bulunmuştur. Bu bulgu yazındaki çalışmalar ile uyumludur. Depresyon düzeyinin artması yaşam kalitesi puanlarını düşürebilmektedir (Aydemir ve diğ. 2009). Çalışmamızda DEHB ve sağlıklı gruba kıyasla OSB grubundaki ebeveynlerin bakım veren yükünün daha çok olması ve depresyon puanlarının daha yüksek bulunması algılanan yaşam kalitesinin daha düşük bulunmasında etkili olabileceğini düşündürmüştür. OSB'nin belirtilerinin ve iyileştirim sürecinin DEHB grubunun belirtilerine ve iyileştirim sürecine göre ebeveynin yaşamını daha çok etkileyebilmesi bu durumu meydana getiren bir neden olarak görülebilir.

OSB ve DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitesi algılarının bakım veren yükü algılarıyla negatif yönlü ilişkide olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Macedo ve diğ. 2015, Ezzat ve diğ. 2017, Adeosun ve diğ. 2017). DEHB ve OSB grubundaki ebeveynlerin bakım veren yüklerinin sağlıklı gruba kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir. (Stuart ve McGrew 2009, Cadman ve diğ. 2012,). Yaptığımız çalışmadan elde edilen bulgulara göre yazındaki sağlıklı grupları ve DEHB gruplarıyla yapılan ve yaşam kalitesi algılaması ile bakım veren yükü arasındaki ilişkiyi yordayan çalışmalar desteklenmektedir. OSB grubunda sadece yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alt boyutunun bakım veren yükünü etkilediği saptanmıştır. Bu bulgu, ülkemizde OSB tanısı alan ve tedavi gören çocukların ebeveynlerinin fiziksel sağlık alanına giren eğlenti

faaliyetleri, hareketlilik, yorgunluk, rahatsızlık, uyku düzeni ve iş gücü gibi alanlarda algıladıkları zorlanmalarla ilişkili olduğu söylenebilir.

OSB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeylerinin, DEHB grubu ve sağlıklı gruptaki ebeveynlerin depresyon düzeylerinden daha yüksek olduğu Ghaziuddin ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada saptanmıştır (Ghaziuddin ve diğ. 2002). Ebeveynlik rolleri arasında yapılan karşılaştırmalarda, OSB tanısı almış çocukların annelerinin ve babalarının depresyon düzeyleri arasında bir farklılık görülmemiştir (Hasting 2003). Çalışmamıza katılan tüm gruplar arasında yapılan depresyon düzeylerinin karşılaştırmalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamasına karşın OSB grubunun depresyon puanlarının DEHB ve sağlıklı gruptan, DEHB grubunun depresyon puanlarının ise sağlıklı gruptan yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum kronik bir ruhsal bozukluğun depresyonu etkileyebileceğini göstermektedir. Çalışmamızda tanı grupları arasındaki ebeveynlik rolleri açısından yapılan karşılaştırmada sadece OSB grubundaki annelerin depresyon düzeylerinin babaların depresyon düzeylerinden daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum OSB grubundaki çocukların bakımlarını üstlenen kişilerin çoğunlukla anneler olmasından ve çocukla gün içerisinde çoğunlukla annelerin daha fazla vakit geçirmesinden kaynaklanabilir. Bu sonuç literatürce desteklenmektedir (Olsson ve Hwang 2001). Ayrıca örneklem gruplarında formları dolduran kişilerin büyük bir kısmının annelerden oluşması ve babaların az sayıda olması istatistiksel değerlendirmenin gücünü düşürmektedir. Gelecekteki çalışmalarda anne ve baba örnekleminin birbirine yakın sayıda oluşturulması bu konuya açıklık getirebilecektir.

Depresif duygu duruma sahip olmak ebeveynlerde günlük yaşamsal faaliyetlerin aksamasına sebep olabilmektedir (Barge-Schaapveld ve diğ. 1999, Berlim ve Fleck 2007). DEHB ya da OSB tanısı alan çocukların ebeveynlerinde gözlemlenen depresif belirtiler yaşam kalitesini yüksek düzeyde etkilemektedir (Chen ve diğ. 2014, Kousha M ve diğ. 2015). Yaptığımız çalışmaya göre tanı gruplarındaki çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeyleri, algılanan yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla çalışmamızda saptanan bu sonuç, yaşam kalitesinin yordayıcıları olan eğlenti faaliyetleri, fiziki iyilik hali, iş gücü, beden algısı, dış görünüm, özsaygı, dikkat, bellek, bireysel ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam, sağlık ve sosyal hizmetlere erişim, çevrenin fiziki durumu gibi alanların yüksek depresyon düzeyinden etkilendiğini düşündürmüştür. Çocukların tanılarının ebeveynlere yüklediği sorumluluklar, ebeveynlerde oluşturduğu stres, ebeveynlerin zaman

zaman yaşadığı hayal kırıklıkları ve hüznler ebeveynlerin depresif duygu durumunu etkileyerek yaşam kalitesinin düşmesine yol açmış olabilir.

OSB ya da DEHB tanısı almış çocukların bakım veren yükü ile depresyon düzeyleri arasında pozitif korelasyonun bulunduğu çalışmalar literatürde yer almaktadır (Hall ve Graff 2011, Cadman ve diğ. 2012, Al-Farsi ve diğ. 2016). Bu bozuklukların görüldüğü çocuklardaki belirtilerin yoğunluğu ve hem ebeveynlerin, hem de çocukların yaşamına etkisinin yüksek olması, ebeveynlerdeki bakım veren yükünü arttırmakta ve bu da depresyon belirtilerinin artmasına sebep olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Bambara ve diğ. 2009, Lee ve diğ. 2015). Çalışmamızda ulaştığımız bulgular literatürdeki bu bulguları destekler niteliktedir. İyileştirim sürecindeki bakım veren ile çocuk arasındaki ilişkinin bakım verende yarattığı sosyal hayata, psikolojik ve fiziksel iyilik haline etkinin yoğunluğu, olumsuz duygu durum belirtilerinin artmasında ve ebeveynlerin daha fazla bakım veren yükü algılanmasında rol oynamış olabilir.

5.2. Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması

OSB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitesini etkileyen değişkenlerin incelendiği çalışmalara bakıldığında; ebeveynin yaşının, cinsiyetinin, eğitim durumunun, bozukluğun şiddetinin ebeveyn tarafından algılanışının yaşam kalitesini etkilemediği yönünde çalışmaların olduğu görülmektedir (Hoefman ve diğ. 2014, McStay ve diğ. 2014, Eapen ve diğ. 2014 Calonge-Torres ve diğ. 2017, Begeer ve diğ. 2017). Yapmış olduğumuz çalışmada ebeveynlerin yaşının algılanan yaşam kalitesi üzerinde etkiye sahip olduğu görülmektedir. Yaş arttıkça yaşam kalitesi algısı olumlu yönde etkilenmektedir. Yaş ilerledikçe gelecek ile ilgili beklentilerin azalabilmesi bireylerin kaygı düzeylerini azaltmakta ve bu durum da yaşam kalitesini olumlu etkileyebilmektedir (Mercier ve diğ. 1998). Bireylerin stresle başa çıkma yöntemlerinin yaşla birlikte gelişmesi ve stresle başa çıkma yöntemlerinin de yaşam kalitesini etkilemesi bu noktada yaşın yaşam kalitesi için var olan önemini göstermektedir (Meyerowitz 1983, Brandtstädter ve Renner 1990). Çalışmamızda OSB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin yaşının artmasının yaşam kalitesini olumlu etkilemesi, ülkemizdeki ebeveynlerin yaşının artmasıyla, yaşla ilgili deneyimlerinin çoğalması, stres ve kaygı unsuru olan yaşantıların daha iyi analiz edilmesiyle bunların etkilerinin daha az hissedilmesi ve bozukluğun yarattığı etkilerin zamanla kanıksanması nedeniyle olduğu söylenebilir.

OSB'nin tedavisi, birçok etkenin bir araya geldiği ve tamamıyla gerçekleştirilebilmesi mümkün gözükmeyen bir süreçtir (Meyers ve Jhonson 2007, Şener ve Özkul 2013). Bozukluğun ebeveyn tarafından algılanan şiddeti ve algılanan önem düzeyi bu süreç doğrultusunda ebeveynlerin fiziki sağlık, psikolojik sağlık ve çevresel alanda yaşam kalitelerini etkiliyor olabilir. Yapmış olduğumuz çalışmada, bozukluğun ebeveyn tarafından algılanan şiddetinin ve önem düzeyinin artmasının yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Bozukluğun klinik şiddetinin ölçülerek karşılaştırmaların yapıldığı ve ebeveynlere bozukluğun belirtilerine ilişkin yapılandırılmış bir form verilerek ebeveynlerin algıladıkları şiddetin ölçülmesi sonucunda analizlerin yapılması literatüre olan katkıyı arttırabilecektir.

OSB tanısı almış çocukların annelerinin ve babalarının yaşam kalitesi algıları arasında farklılık bulunmamaktadır (Dardas ve Ahmad 2014). Yaptığımız çalışmada da bu bulguyu destekler sonuçlar elde edilmiştir. Bu durum örneklem grubundaki annelerin sayısının daha fazla olmasından kaynaklanmış olabileceği gibi yazındakini destekler bir şekilde yaşam kalitesi algılarının benzer olduğunu da bize gösteriyor olabilir. Anne ve babaların sayısının birbirine yakın olduğu ve ayrı ayrı öz bildirimlerine dayanan bilgilerle birlikte çalışmaların yapılması bu konuya açıklık getirebilir.

Çalışmamızda OSB grubundaki ailelerin çocuklarının iyileştirimi sürecinde ekonomik durumun olumsuz etkilenmesiyle yaşam kalitesi puanlarının düştüğü ve ebeveynlerin mesleki ya da ev işi performanslarının değişmediği görülmüştür. OSB grubundaki ebeveynlerin bozukluktan dolayı mesleki ya da ev işi performanslarının değişmemesine rağmen ailenin ekonomik durumundaki olumsuz etki, OSB'den kaynaklı tedavi harcamalarının artabileceğini ve bundan dolayı yaşam kalitesi algılamalarının olumsuz yönde etkilenebileceğini düşündürmüştür.

DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin algıladıkları yaşam kalitesi yaş arttıkça yükselmekte ve tam tersi bir şekilde yaş azaldıkça düşmektedir (Dallos ve diğ. 2017). Çalışmamızdan elde edilen bulgular da bu sonucu destekler niteliktedir. OSB grubunda olduğu gibi DEHB grubunda da yaşın artmasıyla hastalık ile baş etme deneyimlerinin artması, kaygı ve stres unsuru yaşantıların azalması, karşılaşılan durumlarla daha iyi baş edilebilmesi yaşam kalitesini olumlu etkilemiş olabilir.

DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin eğitim durumları, yaşam kalitesi algılarını etkilemektedir. Eğitim durumunun artışıyla refah seviyesinin de arttığı

görülmüştür (Catherine 1997, Xiang ve diğ. 2009). Yapmış olduğumuz çalışmadaki bulgular yazındaki bu bilgileri destekler nitelikte değildir. Bu durum örneklem sayımızın az olması ve anne babaların eğitim durumlarını grupladığımızda düşük sayıdaki grupları karşılaştırırken istatistiksel gücün azalması ile ilişkili olabilir.

Çalışmamıza dahil edilen tüm gruplarda ailede yaşayan kişi sayılarının algılanan yaşam kalitesini yordamadığı görülmüştür. Bunun nedeni ebeveynlerin ailede yaşayan kişi sayılarına uyum sağlama eğiliminde olmaları ve yaşam kalitesi algılamalarının buna göre şekillenmesi olabilir.

Çalışmamıza göre çocukla birlikte gün içerisinde geçirilen süre ve son bir ayda ev dışında çocukla yapılan sosyal aktivitelerin süresi de çalışmaya dahil edilen tüm gruplarda yaşam kalitesini etkilememektedir. Bireyler içerisinde bulunduğu kültür ve değerler sistemindeki beklentileri, standartları ve ilgileri doğrultusunda hareket ederler (WHO 1997). Gün içerisinde çocukla geçirilen sürenin ve ev dışında gerçekleştirilen aktivitelerin süresinin yaşam kalitesini etkilememesine, bireylerin bu değişkenler doğrultusunda fiziki, psikolojik ve çevresel alanlarda pozisyon almalarının ve yaşam kalitesi algısının bu değişkenlere göre belirlenebileceğinin neden olduğu düşünülmüştür.

Yaptığımız çalışmada DEHB grubundaki ebeveynlerin yaşam kalitelerinin OSB grubunun aksine, ev işi ya da mesleki verimin değişiminden etkilendiği görülmüştür. DEHB grubundaki ebeveynlerin ev işi ya da mesleki verimlerinin olumsuz yönlü değiştiğini belirtmeleri, ebeveynlerin çocuğun belirtileriyle baş etmeye çalışmalarından ve çocuğun iyileştirim sürecinde sarf edilen çabalarından kaynaklı olarak yaşam kalitelerini etkilediğinin işareti olabilir.

5.3. Bakım Veren Yüküne İlişkin Bulguların Tartışılması

OSB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin yaşlarının, bakım veren yükünü etkilediğini, genç ve yaşlı ebeveynlerin bakım veren yükünü yaşın etkisiyle birlikte farklı algılayabildiğini bildiren çalışmalar mevcuttur. (Ha ve diğ. 2008, Mao 2012) Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular, literatürdeki bu bulguyu desteklemektedir. Genç yaşta nörogelişimsel bozukluğa sahip bir çocukla karşılaşan ebeveynler ilk etapta bu durumla nasıl baş edebileceklerini bilemeyerek aşırı stres yapmakta, iyilik hallerinde zayıflama ve çeşitli psikosomatik belirtiler gösterebilmektedirler (Ha ve diğ. 2008). Dolayısıyla OSB tanısı

almış çocukların ebeveynlerinin yaşlarının artmasıyla bakım veren yüklerinin azalması, ebeveynlerin yaşlarının ilerlemesiyle bu durumla nasıl başa çıkabileceklerini öğrenmelerinden, stresle baş etme yöntemlerinin gelişmesinden, zaman geçtikçe içerisinde bulunulan duruma daha çok uyum sağlayabilmelerinden kaynaklanmış olabilir.

Ebeveynlerin eğitim durumları, OSB tanısı almış çocukların bakıcılarının algıladıkları yük üzerinde pozitif yönlü bir etkiye sahiptir (Ji 2014). Yapmış olduğumuz çalışmada, sadece annelerin eğitim durumlarının bakım veren yükü algılamasını etkilediği görülmektedir. Annelerin eğitim düzeylerinin yükselmesinin algılanan bakım veren yükünü arttırdığı gözlenmektedir. Bu durumu çocuğun bakımını çoğunlukla annelerin üstlenmesi ve eğitim durumunun artmasıyla farkındalığın artarak çocuğun sahip olduğu bozukluğa ilişkin daha bilinçli olunması açıklayabilir. Sadece annelerde bu sonucun görülüyor olması yine babaların sayıca az olması ile açıklanabilir.

Gün içerisinde çocuklarıyla yeterli miktarda vakit geçiren ebeveynlerin çocuklarıyla aralarındaki ilişki güçlenmekte ve böylece ebeveynler kendilerini yük ve suçluluk gibi düşüncelere kapılmaktan koruyabilmektedirler (Thompson ve diğ. 1993, Özmert 2006). Yapmış olduğumuz çalışmada OSB grubunda, çocukla gün içerisinde geçirilen sürenin bakım veren yükünü etkilediği ve bu sürenin artmasının yükü azalttığı görülmüştür. Bu durum OSB tanısı almış çocukların ebeveynlerin çocuklarıyla fazla zaman geçirmesinin ebeveynlerde bir yük oluşturmadığı anlamına gelebilir. Ayrıca çocukla geçirilen zamanın ebeveynle çocuk arasındaki ilişkiyi güçlendirmesi, ebeveynin çocukla etkileşim kurarak kendi yaşam standartları içerisinde faaliyetlerde bulunması ve bunun ebeveynde oluşturabileceği olumlu duygular, ebeveynin algıladığı bakım veren yükünü azaltıyor olabilir.

Ebeveynlerin aylık gelirinin hem OSB grubundaki hem de DEHB grubundaki ailelerde ekonomik anlamda bir yük oluşturduğu bilinmektedir (Lin 2001, Coghill ve diğ. 2008, Lavelle 2014). Çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre OSB'den ve DEHB'den kaynaklı bakım veren yükünün, ailenin ekonomik gelirinden etkilenmediği görülmüştür. Bu bozuklukların iyileştiriminde başvurulan ilaç tedavileri, davranışsal yöntemler, eğitim programları, psikoterapiler, yeme düzenlemeleri gibi yöntemlerin başarıyla uygulanabilmesi tedavinin gidişatı açısından önemlidir (Özcan 1998). Ülkemizde bu yöntemlerin birçoğu devlet desteği ile karşılanabildiğinden ekonomik anlamda bir yük algılanmamış olabilir.

DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin yaşı, ebeveynlerin sahip oldukları bakım veren yükü algısını etkilemektedir (Söderqvist 2017). Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgulara göre babaların yaşları arttıkça algılanan bakım veren yükü azalmaktadır. Babaların yaşla birlikte artan deneyimleri ve bakım veren rolüne alışabilmeleri, babalara çocuklarına bakmak konusunda kolaylık sağlıyor olabilir. Annelerde herhangi bir farklılığın olmaması, örneklem grubumuz için annelerin gün içerisinde çocuklarıyla babalardan daha fazla zaman geçirmelerinin içerisinde bulunan durumla başa çıkmayı kolaylaştırabileceğini ve algılanan bakım veren yükünü azaltabileceğini düşündürmüştür.

Annelerin sahip olduğu bakım veren yükü seviyesi babalara kıyasla daha fazladır (Balushi 2017). Yapmış olduğumuz çalışmada ise, anneler ve babalar arasında bakım veren yükü seviyesinin değişmediği görülmüştür. Çalışmamıza katılan örneklem grubundaki babaların sayısının az olması bu sonuca ulaşmamızın nedeni olabilir. Çalışmaya katılan ebeveynlerin formları tek taraflı doldurmuş olmaları, diğer ebeveynin görüşlerinin tam olarak yansıtılmamasını ve bu da farklılığın gözlenmemesine yol açan diğer neden olarak ele alınabilir.

DEHB ya da OSB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin sosyal ilişkilerindeki değişim bakım veren yüklerini etkilememektedir (Schene 1990, Flood 2016). Yapmış olduğumuz çalışmada DEHB ve OSB grubundaki bakım veren yükü, bozukluğun oluşturduğu sosyal ilişkilerin değişiminden etkilenmektedir. Ebeveynlerin sosyal ilişkilerindeki azalmalar, herhangi bir eğlenti ve dinlenti faaliyetinden uzak kalması bakım veren yükünü artırıcı bir etkiye sahip olabilmektedir (Ceco ve Memik 2017). Özellikle çalışmamıza katılan tanı grubundaki ebeveynlerin, çocuklarının iyileştirimi sürecinde kendi sosyal hayatlarından fedakarlık göstererek vakitlerinin çoğunu çocuklarına ayırmaları bu durumun nedeni olabilir.

5.4. Depresyon Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması

OSB tanısı almış çocukların anne ve babalarının depresyon düzeylerinde farklılık gözlenebilmektedir. Ebeveynlerin depresyon düzeyleri, ebeveynlerin yaşlarından ve eğitim durumlarından etkilenebilmektedir (Cohrs 2017, Rezendes 2011, Sharpley 2009). Çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre annelerin ve babaların yaşları arttıkça sahip oldukları depresif belirtiler azalmaktadır. Bu durum yaş ilerledikçe stresle başa çıkma yöntemlerinin geliştiğini ve sahip olunan depresif belirtilerle yaşamının öğrenildiğini

düşündürmektedir. Çalışmamızda eğitim durumuyla depresyon puanları karşılaştırıldığında eğitim durumunun artışı ve depresif belirtilerin daha az gözlenmesi arasında bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu literatürdeki bulguları desteklememektedir (Ergin ve diğ. 2007). Eğitim düzeyinin artmasıyla bilgi birikiminin, farkındalığın ve kültür düzeyinin değişmesi ebeveynlerin kendilerinin de dahil olduğu bir tedavi planına yönelik bakış açısını olumlu yönde etkilemiş ve depresyon belirtilerini azaltmış olabilir.

Özellikle annede olmak üzere ebeveynlerin ekonomik durumlarının anne ve babanın depresyon düzeylerinde etkisinin oldukça fazla olduğu bildirilmiştir (Al-Towairqi 2015). Çalışmamızdan elde edilen bulgular da literatürdeki bu bilgiyi desteklemektedir. Ailenin aylık gelirinin az olmasının depresif belirtilerin gözlenmesinde etkili olduğu görülmüştür. Bu durum, çocuğunun tedavisi ve yetiştirilmesi sürecinde gerekebilecek ekonomik harcamaların ailede bir yük oluşturduğunu ve bunun da depresif belirtilere yol açtığını düşündürmektedir.

Yaptığımız çalışmanın bulgularına göre, ailede yaşayan kişi sayısının artması ebeveynlerin depresyon belirtilerini artırmaktadır. Ailede yaşayan kişi sayısının fazla olması, ebeveynlerdeki ekonomik yükün artmasına, bozukluğu bulunan çocuklarıyla özel olarak geçirebilecekleri sürenin ve ebeveynlerin kendi yaşam alanlarındaki dinlenti faaliyetlerinin azalmasına neden olarak depresif belirtileri arttırıyor olabilir.

OSB tanısı almış çocuğuyla gün içerisinde ev içi ya da ev dışında herhangi bir etkinlikte fazla vakit geçiren anne ve babaların daha fazla depresif belirti gösterdikleri bildirilmiştir (Magnuson 2011). Yaptığımız çalışmada da desteklenen literatürdeki bu bilgi, çocuğuyla geçirdiği süre içerisinde ilgili tanının belirtilerine daha fazla tanıklık eden ebeveynin bu durumdan daha fazla etkilendiğini düşündürmektedir. Hem toplum içerisinde karşılaşılan sosyal damgalanmalar, hem de bireylerin kendi kendilerini damgalayabilmeleri de bu duruma neden olabilir.

Çalışmamızdaki OSB tanısı almış çocukların ebeveynlerinde, tanının algılanan önem düzeyinin artmasının depresyon belirtilerini arttırdığı görülmüştür. Bu durum ebeveynlerin hastalığı algılama biçimlerinin duygu durumlarını etkilediğini göstermektedir. Bununla paralel olarak OSB tanısı almış çocuğunun belirtilerinin şiddetini fazla bulan ebeveynlerde de depresyon belirtileri yoğun olarak gözlenmiştir. Çocuklarının bozukluğuna yönelik atfedilen yoğun önem, ailelerde iyileştirim maksatlı yapılabilecekler konusunda çaresizlik ya da çocuklarının gelecekleriyle ilgili karamsarlık düşüncelerini tetiklemiş olabilir. Başka

bir açıklama olarak bu ilişki, ebeveynlerin OSB'nin belirtileriyle baş etme düzeyinden, bakım veren yüklerini algılama düzeyinden, bozukluğun doğasına ilişkin sahip olunan bilgi düzeyinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızın bulgularına göre aile içerisindeki OSB tanısı almış çocuğun tedavi süresinin ile depresyon belirtileri ilişkili bulunmuştur. Tedavi görülen süre boyunca karşılaşılan sosyal ilişkilerdeki ve kültürel faaliyetlerdeki azalmanın ve ekonomik durumun olumsuz yönde etkilenmesinin bu duruma neden olduğu düşünülmüştür. Örneklem grubumuzdaki vakaların tedavi sürelerinin 2 yıldan fazla olmadığı saptanmıştır. Daha uzun süre tedavi gören vakaların ailelere ekonomik anlamdaki etkilerinin araştırılması, bu konuda daha kapsamlı sonuçlar verebilir.

DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin yaşlarının artmasıyla birlikte depresyon belirtileri de artmaktadır (Bawalsah 2014). Çalışmamızda bu anlamda herhangi bir bulguya erişilememiştir. Çalışmaya katılan örneklem grubundaki ebeveynlerin yaşları arasındaki farkın fazla olmaması bu durumun nedeni olabilir. Tanı grubundaki çocukların klinik izlemler yoluyla belirlenebilen bozukluklarının şiddeti de ebeveynin depresif belirtileri ile ilişkili olabileceğinden hastalık şiddetinin de değerlendirilip ardından araştırmaların yapılması literatüre daha kapsamlı bilgiler sunabilir.

DEHB tanısı almış çocukların annelerinin babalarına göre depresyona yatkınlığı daha fazla bulunmuştur (McCormick 1995, Lee 2013). Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular literatürdeki bu sonucu desteklemektedir. Bu durum gün içerisinde annelerin çocuklarla babalardan daha fazla zaman geçirmeleri, çocuklarının bakımlarıyla daha fazla ilgilenmeleri ve tedavi sürecinde daha aktif olmalarıyla bağlantılı gözükmektedir. Ayrıca çalışmaya katılan ebeveynlerin çoğunluğunu annelerin oluşturması bu durumun diğer nedeni olabilir.

DEHB tanısı almış bir çocuğun ebeveyninde, ev dışında çocukla birlikte bir sosyal aktiviteye ayrılan zaman arttıkça depresif belirtilerin gözlenme durumu artmıştır. Sosyal aktiviteler esnasında çocukların, sahip oldukları bozukluğun belirtilerini sergilemeleri ebeveynlerde kontrolsüzlük, suçluluk ve üzüntü yaratmış olabilir.

Çalışmamızda DEHB belirtilerinin algılanan şiddetini fazla bulan ebeveynlerde depresyon belirtileri daha fazla gözlenmektedir. Aşırı hareketli olma, dürtüsel davranma, zaman zaman ebeveynlerinin kontrolü dışına çıkma gibi DEHB belirtilerinin ebeveyn tarafından şiddetli algılanması ebeveynlerin kendi görevlerini tam anlamıyla yerine

getiremediklerini, çocuklarının belirtileriyle tam olarak baş edemediklerini düşündürmüş ve bu düşünce ebeveynlerde depresif belirtileri ortaya çıkarmış olabilir.

5.5. Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların sadece Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı biriminden hizmet alan çocukların ebeveynlerinden oluşması, çalışmadan elde edilen sonuçların genellenebilmesi açısından sınırlılık yaratmaktadır. Katılımcı sayısı olarak her grup için 30 kişiye erişilebilmiş olması bir başka sınırlılık yaratan unsurdur. Daha fazla sayıda katılımcının çalışmaya dahil edilmesi, elde edilen bulguların geçerliliğini arttırabilecektir. Çalışmaya katılan ebeveynlerin 67'sini annelerin ve 23'ünü babaların oluşturması, annelerin yansıttığı bilgilerin daha çok ön plana çıkmasına neden olmuştur. Dolayısıyla anne ve babalara eşit oranda ulaşılamamış olması bir diğer sınırlılık konusudur. Ölçeklerden elde edilen verilerin, ebeveynlerin kendi öz bildirimlerine dayanması, verilerin doğruluğu konusunda tartışma yaratabilmektedir. Her ebeveynle yüz yüze yapılacak olan görüşmelerden alınacak bilgiler, daha gerçekçi bulgulara erişilmesine olanak tanıyabilir.

Yaşam kalitesi, bakım veren yükü ve depresyon açısından OSB ya da DEHB tanısı almış çocukların ebeveynleri sağlıklı gruba kıyasla bir takım farklılıklara sahiptir. Bulunan bu farklılıkların, çocuğun sahip olduğu bozukluğun klinik şiddetiyle ne derece ilişkili olduğunun değerlendirmesi vakaların klinik ortamda görülmemesinden, vakaların takibini yapan hekimlerle zaman ve mekan kısıtlılıklarına bağlı olarak görüşülememesinden ve vakalar hakkında vakaların takibini yapan hekimlerden detaylı bilgi alınamamasından dolayı yapılamamıştır. Çalışmamızda, ailenin bozukluğun şiddetini algılayış düzeyiyle bir ilişkilendirme yapılmış olsa da sağlık çalışanlarının bu konuda yapacağı değerlendirmeler sonucunda somut bir şekilde bozuklukların şiddetinin belirlenmesinin ardından analizlerin yapılması, ölçeklerden elde edilen verilerin bozukluğun şiddetiyle olan ilişkisini daha doğru bir şekilde verebilecektir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Tamamladığımız bu çalışmada oluşturulan amaçlara yönelik bazı yanıtlar elde edilmiştir. Bu bölümde çalışmadan elde edilen sonuçlar değerlendirilmiş ve sonuçlarla ilgili önerilerde bulunulmuştur.

6.1. Sonuçlar

Çalışmamızın sonucunda;

1. DEHB, OSB ve sağlıklı gruptaki çocukların ebeveynlerinin yaşam kaliteleri arasında farklılık bulunmuştur. OSB grubunun yaşam kalitesinin diğer iki grubun yaşam kalitesinden daha düşük olduğu saptanmıştır. Sağlıklı grup ile DEHB grubunun yaşam kaliteleri arasında bir fark bulunmamıştır. Yaşam kalitesinin alt boyutlarına baktığımızda, genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik ve sosyal ilişkiler bölümlerinde her 3 grupta da farklılık görülmüştür. Genel sağlık alanında DEHB grubunun yaşam kalitesi algısı yüksek bulunmuştur. Fiziksel sağlık alanında ise sağlıklı grubun yaşam kalitesi algısı yüksekken OSB ve DEHB grubunun yaşam kalitesi algısı düşük bulunmuştur. Psikolojik alanda OSB grubunun yaşam kalitesi algısı düşük bulunmuşken DEHB grubunun yaşam kalitesi algısı yüksek bulunmuştur. Sosyal ilişkiler alanında OSB grubunun yaşam kalitesi algısı düşük olarak saptanmış ve diğer grupların yaşam kalitesi algıları arasında fark bulunamamıştır. Çevre alanında ise gruplar arasında bir değerlendirme yapılamamıştır.
2. Çalışmamızın sonucunda DEHB grubundaki ebeveynlerin yaşam kalitesi algıları; ebeveynin yaşı ve ev işi ya da mesleki veriminin etkilenme düzeyi faktörlerinden etkilenmiştir. OSB grubundaki ebeveynlerin yaşam kalitesi algıları; ebeveynin yaşı, annenin eğitim durumu, ebeveynin çocuğunda bulunan bozukluğa verdiği önem ve şiddet düzeyleri değişkenlerinden etkilenmiştir. Sağlıklı gruptaki ebeveynlerin yaşam kalitesi algıları annenin yaşı ve ailenin aylık gelir düzeyi değişkenlerinden etkilenmiştir.
3. OSB grubunun bakım veren yükü algılamasının DEHB ve sağlıklı grubun bakım veren yükü algılamasından daha yüksek olduğu görülmüştür.
4. DEHB grubundaki ebeveynlerin bakım veren yükü algılamaları; babanın yaşı, sosyal ilişkilerin, ekonomik durumun ve ev işi ya da mesleki verimin etkilenme düzeyleri değişkenlerinden etkilenmiştir. OSB grubundaki ebeveynlerin bakım veren yükü algılamaları annenin eğitim durumu, ebeveynin gün içerisinde çocukla geçirdiği süre,

ebeveynin çocukla ev dışında katıldığı aktivitelerin süresi, ebeveynin sosyal ilişkilerinin etkilenme düzeyi ve ailenin ekonomik durumunun etkilenme düzeyi değişkenlerinden etkilemiştir. Sağlıklı gruptaki ebeveynlerin bakım veren yükünün; ebeveynin çocukla ev dışında katıldığı aktivitelerin süresi değişkeninden etkilendiği görülmüştür.

5. DEHB grubundaki ebeveynlerin depresyon düzeylerini çocukla ev dışında katıldığı aktivitelerin süresi, bozukluğun ebeveyn tarafından algılanan önemi ve şiddeti, bozukluğun oluşturduğu ekonomik gerilemeler, ebeveynin ev iş ya da mesleki veriminin etkilenme düzeyi değişkenleri etkilemiştir. OSB grubundaki ebeveynlerin depresyon düzeylerini anne ve babaların yaşı, ebeveynin eğitim durumları, ailede yaşayan kişi sayısı, ailenin aylık gelir düzeyi, ebeveynin çocukla ev dışında katıldığı aktivitelerin süresi, bozukluğun ebeveyn tarafından algılanan önemi ve şiddeti, tedavinin başlangıcından itibaren geçen süre, ailenin bozukluktan dolayı sosyal ilişkilerindeki etkilenme düzeyi ve ailenin bozukluktan dolayı meydana gelen ekonomik durumlarındaki etkilenme düzeyi değişkenleri etkilemiştir. Sağlıklı gruptaki ebeveynlerin depresyon düzeyleri ise sadece anneler ve babalara göre farklılık göstermiştir.
6. DEHB grubundaki ebeveynlerin yaşam kaliteleri, bakım veren yükü algılamalarından etkilenmiştir. Ebeveynin algıladıkları bakım veren yükü arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir. Yaşam kalitesinin alt boyutlarıyla bir inceleme yapıldığında, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarında benzer yönlü bir ilişki bulunmuştur. Sosyal ilişkilerdeki etki düzeyi diğer alanlardan daha yüksektir. OSB grubundaki ebeveynlerin yaşam kaliteleri, bakım veren yükünü etkilemiştir. Algılanan bakım veren yükü düzeyi düşük olan ebeveynlerin yaşam kalitesi algılamalarının sadece fiziksel sağlık alanındaki puanların yüksek olduğu görülmüştür. Sağlıklı gruptaki ebeveynlerin yaşam kaliteleri bakım veren yükünü etkilemektedir. Ebeveynin algıladığı bakım veren yükü düştükçe yaşam kalitesi puanları yükselmektedir. Yaşam kalitesinin alt boyutlarıyla bir inceleme yapıldığında fiziksel sağlık, psikolojik ve çevre alanlarında benzer yönlü bir ilişki söz konusudur. Psikolojik alandaki etki düzeyi diğer alanlardan daha yüksek görülmüştür.
7. DEHB grubundaki ebeveynlerin yaşam kaliteleri, depresyon düzeyinden etkilenmiştir. Ebeveynin depresyon belirtileri azaldıkça algılanan yaşam kalitesinin yükseldiği görülmüştür. Yaşam kalitesinin alt boyutlarıyla bir inceleme yapıldığında, tüm alanlarda benzer bir ilişki söz konusudur. Genel yaşam kalitesi düzeyinin depresyon düzeyine etkisi diğer alanlardan daha yüksek bulunmuştur. OSB grubundaki ebeveynlerin algıladıkları yaşam kaliteleri, depresyon düzeyinden etkilenmiştir. Sağlıklı gruptaki

ebeveynlerin yaşam kaliteleri depresyon düzeyini etkilemektedir. Sağlıklı gruptaki ebeveynlerin yaşam kalitesi yükseldikçe depresyon düzeyi düşmüştür. Yaşam kalitesinin alt boyutlarıyla bir inceleme yapıldığında tüm alanlarda benzer yönlü bir ilişki söz konusudur. Genel yaşam kalitesi puanının etki düzeyi diğer alanlardan daha yüksek bulunmuştur.

8. Tüm gruplardaki ebeveynlerin bakım veren yükleri depresyon düzeylerini etkilemiştir. Ebeveynin bakım veren yükü arttıkça depresyon düzeyleri yükselmiştir. Gruplar arasında değerlendirme yapıldığında en yüksek etkinin DEHB grubunda ve en düşük etkinin OSB grubunda olduğu görülmüştür.

6.2. Öneriler

OSB ya da DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin; yaşam kalitesinin, bakım veren yükünün ve depresyon düzeyinin çocuklarının tedavisinde önemli bir yeri olduğu düşünüldüğünde, tedavinin gidişatı ve verimliliğinin artırılması açısından ebeveynlere yönelik bu üç alanda iyileştirme çalışmalarının yapılması faydalı olacaktır. Bu fayda doğrultusunda tanı grupları için iyileştirim planlamalarında kullanılabilir ve gelecekteki çalışmalara ışık tutabilecek bazı çabalar ve öneriler aşağıda sunulmuştur:

1. DEHB grubundaki ebeveynlerin yaşam kalitelerini düzenlemek amacıyla ebeveynlerin ev işi ya da mesleki verimini etkileyen dinamiklerin incelenmesi ve iyileştirim odaklı düzenlenmesi önemli görülmektedir. OSB grubundaki ebeveynler için annenin eğitim durumunun yaşam kalitesine yaptığı etkinin detaylarının araştırılması ve yaşam kalitesini artırıcı bir etken olan bu değişkenin ele alınması gerekmektedir. Aynı zamanda ebeveynlerin çocuklarının sahip oldukları bozukluklara yükledikleri önem ve algıladıkları şiddet düzeyi de yaşam kalitesini etkilediğinden bu iki alan kapsamında ebeveynlere yönelik yapılacak olan terapötik müdahaleler faydalı olabilecektir.
2. DEHB grubundaki ebeveynlerin bakım veren yüklerini düzenlemek amacıyla ebeveynlerin sosyal ilişkilerinin, ekonomik durumunun ve ev işi ya da mesleki veriminin etkilenmesine neden olan dinamiklerin araştırılıp incelenmesi ve iyileştirim odaklı düzenlenmesi önemli görülmüştür. OSB grubundaki ebeveynlerin bakım veren yüklerini düzenlemek amacıyla annenin eğitim durumunu, ebeveynin gün içerisinde çocuğuyla geçirdiği süreyi, ebeveynin çocukla ev dışında katıldığı aktivitelerin süresini etkileyen dinamiklerin araştırılıp incelenmesi aynı zamanda ebeveynin sosyal ilişkilerinin ve

ailenin ekonomik durumunun etkilenmesine neden olan değişkenlerin de araştırılıp incelenmesi ve iyileştirim odaklı planlamaların ve düzenlenmelerin yapılmasının önemli olduğu düşünölmektedir.

3. DEHB grubundaki ebeveynlerin depresyon düzeylerini düzenlemek amacıyla ebeveynin çocukla ev dışında katıldığı aktivitelerin süresini, bozukluğun ebeveyn tarafından algılanan önemini ve şiddetini, bozukluğun oluşturduğu ekonomik gerilemeleri, ebeveynin ev iş ya da mesleki veriminin etkilenme düzeyini belirleyen değişkenlerin araştırılıp incelenmesi ve iyileştirim odaklı düzenlemelerin yapılmasının önemli olduğu düşünölmüştür. OSB grubundaki ebeveynlerin depresyon düzeylerini düzenlemek amacıyla ise ebeveynin eğitim durumlarını, ailede yaşayan kişi sayısını, ailenin aylık gelir düzeyini, ebeveynin çocukla ev dışında katıldığı aktivitelerin süresini, bozukluğun ebeveyn tarafından algılanan önemini ve şiddetini, tedavinin başlangıcından itibaren geçen süreyi, ailenin bozukluktan dolayı sosyal ilişkilerindeki ve ailenin bozukluktan dolayı meydana gelen ekonomik durumlarındaki etkilenme düzeyini belirleyen değişkenlerin araştırılıp incelenmesi ve iyileştirim odaklı düzenlemelerin yapılması önemli görölmüştür.

KAYNAKLAR

- Adeosun II, Ogun O, Adegbohun A ve diğ. The Burden on Caregivers of Children with Attention deficit Hyperactivity Disorder in Lagos Nigeria: Prevalence and Correlates. *Journal of Education, Society and Behavioural Science*, 2017; 22(1):1-7.
- Agarwal R, Goldenberg M, Perry R ve diğ. The quality of life of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 2012; 9(6):10-21.
- Akbaş S, Karabekiroğlu K, Pazvantoğlu O ve diğ. Özel Eğitim ve İlaç Alan Otistik Bozukluklu Çocukların Otistik Belirtiler Açısından Sekiz Haftalık İzlemi ve Ek Tanı Özellikleri. *Klinik Psikiyatri*, 2009; 12:134-140.
- Akın BH, Şentürk E. Bireylerin Mutluluk Düzeylerinin Ordinal Lojistik Regresyon Analizi ile İncelenmesi. *Öneri Dergisi*, 2012; 10(37):183-193.
- Al-Farsi OA, Al-Farsi YM, Al-Sharbatı MM ve diğ. Stress, anxiety, and depression among parents of children with autism spectrum disorder in Oman: a case–control study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2016; 12:1943-1951.
- Al-Towairqi W, Alosaimi W, Al-Zaidi S ve diğ. Depression among mothers of autistic spectral disorder children. *International Journal of Contemporary Pediatrics*, 2017; 2(2):119-126.
- Allik H, Larsson J ve Smedje H. Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2006; 4(1):1-8.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Second Edition. American Psychiatric Association, Washington, 1968.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition. American Psychiatric Association, Washington, 1980.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, 1994.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed. text revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, Washington, 2000.
- APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. American Psychiatric Association. Washinton, 2013.
- APA. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 5. Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014
- Aras Ş ve Şemin S. Çocuklarda Psikostimülan Tedavinin Etik ve Toplumsal Boyutu. *Klinik Psikiyatri*, 2005; 8:74-87.
- Aydemir Ö, Ergün H, Soygür H ve diğ. Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2009; 20(3):205-212.
- Aysev AS ve Taner YI (Ed) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Golden Print, İstanbul, 2007.
- Balushi NA, Shukaili MA ve Adawi SA. Burden for caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder in Oman. *European Psychiatry*, 2017; 41:20-121.
- Banerjee TD, Middleton F, Faraone SV. Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr*, 2007; 96(9):1269-1274.
- Barbarese WJ, Katusic SK, Colligan RC ve diğ. How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Incidence in a population-based birth cohort in Rochester. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2002; 156(3):217-24.

- Barge-Schaapveld DQ, Nicolson NA, Berkhof J ve diğ. Quality of life in depression: daily life determinants and variability. *Psychiatry Research*, 1991; 88(3):173-189.
- Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. Guilford Press, New York, 1990.
- Barkley RA, Murphy K ve Kwasnik D. Psychological adjustment and adaptive impairments in young adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 1996; 1(1):41-54.
- Barry MM, Crosby C ve Bogg J. Methodological issues in evaluating the quality of life of long-stay psychiatric patients. *Journal of Mental Health*, 1993; 2:43-49.
- Bartholomew K ve Owens J. Sleep and ADHD: A review. *Medicine and Health Rhode Island*, 2006; 89(3):91-93.
- Bawalsah J. Levels of depression in parents of children with attention deficit hyperactivity disorder in Jordan. *International Journal of Adult and Non Formal Education*, 2014, 2(2):31-42.
- Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 1961; 4:561-571.
- Begeer S, Ma Y, Koot HM ve diğ. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2017; 35:86-91.
- Berlim MT, Fleck MP. Quality of Life and Major Depression. In: Ritsner M.S., Awad A.G.(eds) Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders, Springer, Dordrecht, 2007.
- Biederman J, Faraone SV, Spencer T ve diğ. Gender differences in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. Paper presented at the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, San Antonio, 1993.
- Bishop M ve Feist-Price S. Quality of life in rehabilitation counseling: Making the philosophical practical. *Rehabilitation Education*, 2001; 15(3):201-212.
- Brandtstädter J ve Renner G. Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 1990, 5(1):58-67.
- Bristol M, Gallagher J ve Schopler E. Mothers and fathers of young developmentally disabled and nondisabled boys: adaptation and spousal support. *Developmental Psychology*, 1988; 24:441-51.
- Brown RT, Amler RW, Freeman WS ve diğ. Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Overview of the Evidence. *Pediatrics*, 2005; 115(6):749-757.
- Brown RT ve Pacini JN. Perceived family functioning, marital status, and depression in parents of boys with attention deficit disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 1989; 22(9):581-7.
- Cadman T, Eklund H, Howley D ve diğ. Caregiver Burden as People With Autism Spectrum Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Transition into Adolescence and Adulthood in the United Kingdom. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2012; 51(9):879-888.
- Canitano R ve Scandurra V. Risperidone in the treatment of behavioral disorders associated with autism in children and adolescents. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2008; 4(4):723-730.
- Catherine ER ve Van Willigen M. Education and the Subjective Quality of Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 1997; 38(3):275-297.
- CDC. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries*, 2014; 63:1-14.
- Ceco U ve Çakın Memik N. Bakım Verenin Yükü Penceresinden Otizme Bakış. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017; 3(2):19-21.

- Chandrasekhar T ve Sikich L. Challenges in the diagnosis and treatment of depression in autism spectrum disorders across the lifespan. *Dialogues Clinical Neuroscience*, 2015; 17:219-227.
- Chen VC, Yeh C, Lee T ve diğ. Symptoms of attention deficit hyperactivity disorder and quality of life of mothers of school-aged children: The roles of child, mother, and family variables. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 2014; 30(12):631-638.
- Cohrs AC ve Leslie DL. Depression in Parents of Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorder: A Claims-Based Analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2017; 47(5):1416-1422.
- Coghill D, Soutullo C, d'Aubuisson C ve diğ. Impact of attention deficit/hyperactivity disorder on the patient and family: Results from a European survey. *Child Adolescent Psychiatry Mental Health*, 2008; 2:31.
- Creak M. Schizophrenic syndrome in childhood. *Lancet*, 1961; 2:818.
- Calonge TM, Reyes AL, Avendano EL ve diğ. Quality of life of parents of children with autism spectrum disorder aged 3 to 18 years living in an urban area. *Archives of Disease in Childhood*, 2017; 102(1):197.
- Cummins RA. The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. *Social Indicators Research*, 1996; 38(3):303-328.
- Cummins RA. Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2005; 49(10):699-706.
- Cussen A, Sciberras E, Ukoumunne OC ve diğ. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. *European Journal of Pediatrics*, 2012; 171(2):271-280.
- Çetin FÇ. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği, Ankara, 2008.
- Dallos G, Miklosi M, Kresztesy A ve diğ. Self and Parent-Rated Quality of Life of a Treatment Naïve Sample of Children With ADHD: The Impact of Age, Gender, Type of ADHD, and Comorbid Psychiatric Conditions According to Both a Categorical and a Dimensional Approach. *Journal of Attention Disorders*, 2017; 21(9):721-730.
- Dardas LA ve Ahmad MM. Quality of life among parents of children with autistic disorder: a sample from the Arab world. *Research in Developmental Disabilities*, 2014; 35(2):278-287.
- Dardas LA, Ahmad MM, Predictors of Quality of Life for Fathers and Mothers of Children with Autistic Disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 2014; 35:1326-1333.
- Darıca N, Abidoğlu Ü ve Gümüşçü Ş. Otizm ve otistik çocuklar. Özgür Yayınları, İstanbul, 2005.
- Davern MT ve Cummins RA. Is life dissatisfaction the opposite of life satisfaction? *Australian Journal of Psychology*, 2005; 58:1-7.
- Doğangün B. Özel Eğitim Gerektiren Psikiyatrik Durumlar. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, 2008; 62:157-174.
- Doğangün Y ve Yavuz M. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Türk Pediatri Arşivi*, 2011; 46, 25-8.
- Diener E, Oishi S ve Lucas RE. Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction, *Handbook of Positive Psychology*. Oxford University Press, Oxford, 2002.
- Eapen V, Crnec R, Walter A ve diğ. Conceptualisation and Development of a Quality of Life Measure for Parents of Children with Autism Spectrum Disorder. *Autism Research and Treatment*, 2014, 11.
- Ecan SE, Çuhadaroğlu FÇ, Mukaddes NM ve diğ. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tedavisinde atomoksetin. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2009; 16:113-118.

- Edelson MG. Are the majority of children with autism mentally retarded? A systematic evaluation of the data. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 2006; 21(2):66-83.
- Eicher PS, Batshaw ML. Cerebral palsy. *Pediatric Clinics of North America*, 1993; 40:537-551.
- Ercan ES ve Aydın C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri-Tedavisi Çocuklarda ve Erişkinlerdeki Belirtileri. Gendas AŞ, İstanbul, 2005.
- Ergin D ve Şen N. Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Depresyon Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 2007;10(1):41-48.
- Eriksson M ve Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2007; 61:938-944.
- Erişan EE, Doğan O, Doğan S, ve diğ. The distribution of symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2004; 13:354-361.
- Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E: WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref'in psikometrik özellikleri. *3P dergisi*, 1999; 2:23-40.
- Esposito G ve Venuti P. How is crying perceived in children with autistic spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2008; 2(2):371-384.
- Ezzat O, Bayoumi M ve Samarkandi OA. Quality of Life and Subjective Burden on Family Caregiver of Children with Autism. *American Journal of Nursing Science*, 2017; 6(1):33-39
- Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C ve diğ. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2003; 2(2):104-113.
- Faraone SV ve Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *Journal of Attention Disorder*, 2005; 9(2):384 -391.
- Ferrans CE. Quality of life: Conceptual issues. *Seminars in Oncology Nursing*, 1990; 6(4):248-254.
- Fidaner H, Elbi H, Fidaner C ve diğ. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi (3P)*, 1999; 7(2):5-13.
- Flood E, Gajria K, Sikirica V ve diğ. The Caregiver Perspective on Paediatric ADHD (CAPP) survey: Understanding sociodemographic and clinical characteristics, treatment use and impact of ADHD in Europe. *Journal of Affective Disorders*, 2016; 200:222-234.
- Fombonne E. Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2005; 66(10):3-8.
- Fombonne E. The prevalence of autism. *JAMA*, 2003; 289(1):87-89.
- Fridman M, Banaschewski T, Sikirica V ve diğ. Factors associated with caregiver burden among pharmacotherapy-treated children/adolescents with ADHD in the Caregiver Perspective on Pediatric ADHD survey in Europe. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2017; 13:373-386.
- Ghaziuddin M, Ghaziuddin N ve Greden J. Depression in persons with autism: Implications for research and clinical care. *Journal of autism and developmental disorders*, 2002; 32(4):299-306.
- Ghaziuddin M ve Greden J. Depression in children with autism/pervasive developmental disorders: a case-control family history study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1998; 28(2):111-115.
- Gort AM, Mingot M, Gomez X ve diğ. Use of the Zarit Scale for assessing caregiver burden and collapse in caregiving at home in dementias Int. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2007; 22:957-62.

Graham P. Child Psychiatry (2. ed). Oxford University Press. New York, 1991.

Gray E. Ten years on: A longitudinal study of families of children with autism. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 2002; 27:215–222.

Grupta A, Singhal N. Positive Perceptions In Parents Of Children With Disabilities. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 2014; 15(1):31-32.

Gündoğdu ÖY, Taş VF, Özyurt EY ve diğ. Okul öncesi dönemde DEHB: Psikososyal tedavi yaklaşımlarının gözden geçirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2016; 17(2):143-155.

Ha JHWA, Hong J, Seltzer MM ve diğ. Age and Gender Differences in the Well-Being of Midlife and Aging Parents with Children with Mental Health or Developmental Problems: Report of a National Study. *Journal of Health and Social Behavioral*, 2008; 49:301-316.

Haberstick BC, Timberlake D, Hopfer CJ ve diğ. Genetic and environmental contributions to retrospectively reported DSM-IV childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Psychological Medicine*, 2008; 38(7):1057-1066.

Halperin J ve Schulz K. Revisiting the role of the prefrontal cortex in the pathophysiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychological Bulletin*, 2006; 132:560-581.

Hall HR ve Graff JC. The relationships among adaptive behaviors of children with autism, family support, parenting stress, and coping. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 2011; 34:4–25.

Hampson DR, Blatt GJ. Autism Spectrum Disorders and neuropathology of the cerebellum. *Frontiers in Human Neuroscience*, 2015; 9:420.

Hastings RP. Child behaviour problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *Journal of intellectual disability research*, 2003; 47(4-5):231-237.

Hastings RP ve Johnson E. Stress in UK families conducting intensive home-based behavioural interventions for their young child with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2001; 31(3):327-336.

Hastings RP, Kovshoff H, Ward NJ ve diğ. Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 2005; 35(5):635.

Hastings RP ve Johnson E. Stress in UK families conducting intensive home-based behavioural interventions for their young child with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2001; 31(3):327-336.

Hemmingsson H, Ólafsdóttir LB ve Egilson ST. Agreements and disagreements between children and their parents in health-related assessments. *Disability and Rehabilitation*, 2016; 13:1-14.

Hıdıroğlu S, Lülecı E, Karavuş M ve diğ. İstanbul'da Milli Eğitime Ait Otizm Eğitim Merkezindeki Öğrencilerin Ebeveynlerinin Aile Yüğü ve Yaşam Kaliteleri. IV. *Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kongre Bildiri ve Sunum Kitabı*, 2013; 22.

Higgins DJ, Bailey SR ve Pearce JC. Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *Autism*, 2005; 9(2):125-137.

Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliğı üzerine bir çalışma. *Psikoloji dergisi*, 1988; 6(22):118-122.

Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliğı, güvenilirliğı. *Psikoloji dergisi*, 1989; 7(23):3-13.

Hoefman R, Payakachat N, Exel J ve diğ. Caring for a Child with Autism Spectrum Disorder and Parents' Quality of Life: Application of the Carer Qol. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2014; 44(8):1933-1945.

Holmes DL (Ed). Autism through the lifespan. Woodbine House. USA, 1998.

Ingersoll B ve Hambrick DZ. The relationship between the broader autism phenotype, child severity and stress and depression in parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2011; 5(1):337-344.

Irazabal M, Marsa F, Garcia M ve diğ. Family burden related to clinical and functional variables of people with intellectual disability with and without a mental disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 2012; 33:796–803.

Jarrett MA ve Ollendick TH. A conceptual review of the comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety: Implications for future research and practice. *Clinical Psychology Review*, 2008; 28:1266-1280.

Ji B, Sun M, Yi R ve diğ. Multidisciplinary Parent Education for Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2014; 28:319-326.

Ji B, Zhao I, Turner C ve diğ. Predictors of Health-Related Quality of Life in Chinese Caregivers of Children With Autism Spectrum Disorders: A Cross-Sectional Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2014; 28(5):327-332.

Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2001; 4:183–207.

Jones J, Passey J, Family Adaptation, Coping and Resources: Parents of Children with Developmental Disabilities and Behaviour Problems. *Journal on Developmental Disabilities*, 2004; 11(1):41-43.

Jordan R. Managing autism and asperger's syndrome in current educational provision. *Pediatric Rehabilitation*, 2005; 8(2):104-112.

Kadak MT, Demir T ve Doğangün B. Otizmde Yüz ve Duyguların Yüz İfadelerini Tanıma [Recognition of Face and Emotional Facial Expressions in Autism]. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013; 5(1):15-29.

Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 1943; 2:217-250.

Karatekin C. A test of the integrity of the components of Baddeley's model of working memory in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2004; 45:912-926.

Karen MO, Sauber E, Erica SM ve diğ. To Work or Not to Work? Mothers of Children with ADHD. *Journal of Career Development*, 2016; 44(3):239-250.

Karpat D. Yaygın Gelişimsel Bozukluk Tanısı Alan Çocukların Ebeveynlerinin Yaşadığı Yas Tepkilerinin, Evlilik Uyumlarının ve Sosyal Destek Algılarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Programı, 2011.

Kayaalp İ. Otizm ve İletişim Problemi Olan Çocukların Eğitimi. Evrim yayınevi, İstanbul, 2000.

Kayaalp L. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Sempozyum Dizisi*, 2008; 62:147-152.

Kayaoğlu H ve Görür Ö. Otistik Çocuklar Nasıl Öğrenir. Epos Yayınları, Ankara, 2008.

Kellner H ve Tutin J. A school based anger management program for developmentally and emotionally disabled high school students. *Health Source*, 1995; 30(120):1-8.

Kermani KF, Mohammadi RM, Yadegari F ve diğ. Working Memory Training in the Form of Structured Games in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Iran Journal of Psychiatry*, 2016; 11(4):224-233.

Khanna R, Madhavan SS, Smith MJ ve diğ. Assessment of Health-Related Quality of Life Among Primary Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2011; 41(9):1214-1227.

- Kim JM, Park I, Lim MH ve diğ. Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and its Comorbidity among Korean Children in a Community Population. *Journal of Korean Medical Science*, 2017; 32:401-406.
- Kirley A, Hawi Z, Phil M ve diğ. Dopaminergic system genes in ADHD. *Neuropsychopharmacology*, 2002; 27(4):607-619.
- Klasen H. A name, whats in a name? The medicalization of hyperactivity, revisited. *Harvard Review of Psychiatry*, 2000; 7(5):334-344.
- Klingberg T, Fernell E, Olesen JP ve diğ. Computerized Training of Working Memory in Children with ADHD-A Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2005; 44(2):177-186.
- Korkmaz B. Otizm: Başlıca Davranış Sorunları ve Pratik Yaklaşım. *Yeni Symposium*, 2001; 39:26-34.
- Kousha M, Attar HA ve Shoar Z. Anxiety, depression, and quality of life in Iranian mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Child Health Care*, 2015; 20(3):405-414.
- Kunwar A, Dewan M ve Faraone SV. Treating common psychiatric disorders associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 2007; 8:555-562.
- Larson K, Russ SA, Kahn RS ve diğ. Pattern of comorbidity functioning and services uses for U.S. children with ADHD, 2007. *Pediatrics*, 2011; 127:462-470.
- Laurence L, Greenhill MD. Attention-deficit hyperactivity disorder in children. In: Garfinkel BD, Carlson GA, Weller EB (ed). *Psychiatric Disorders in Children and Adolescent*. WB Saunders Company, Philadelphia, 1990.
- Lavelle TA, Weinstein MC, Newhouse JP ve diğ. Economic Burden of Childhood Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*, 2014; 133(3):520-529.
- Layne C, Hohenshil T ve Singh K. The relationship of occupational stress, psychological strain, and coping resources to the turnover intentions of rehabilitation counsellors. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 2004; 48(1):19-30.
- Lee C, Harrington AR, Louie BB ve diğ. Children with Autism: Quality of Life and Parental Concerns. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2007; 38(6):1147-1160.
- Lee DO ve Ousley OY. Attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in a clinic sample of children and adolescents with pervasive developmental disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2006; 16:737-746.
- Lee PC, Lin KC, Robson D ve diğ. Parent-child interaction of mothers with depression and their children with ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 2013; 31(1):656-668.
- Lee Y, Lin PY, Chien CY, Fang FM. Prevalence and risk factors of depressive disorder in caregivers of patients with head and neck cancer. *Psychooncology*. 2015, 24:155-61.
- Lehman AF. A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation & Program Planning*, 1988; 11:51-62.
- Lehn H, Derks EM, Hudziak JJ ve diğ. Attention problems and attention-deficit/hyperactivity disorder in discordant and concordant monozygotic twins: evidence of environmental mediators. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2007; 46(1):83-91.
- Lewis M (ed) Attention deficit hyperactivity disorder. In: *Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2002; 645-670.
- Leyfer OT, Folstein SE, Bacalman S ve diğ. Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2006; 36(7):849- 861.

- Lieberman, Robert Paul. Yetiyitiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim Elkitabı. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington DC, 2008'den çeviri: Yıldız M. Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Ankara, 2011.
- Lin LY. Factors associated with caregiving burden and maternal pessimism in mothers of adolescents with an autism spectrum disorder in Taiwan. *Occupational Therapy International*. 2001; 18(2):96-105.
- Livneh H. Psychosocial adaptation to illness and disability: A conceptual framework. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 2001; 44(3):151-161.
- Macedo EC, Silva RL, Paiva MS ve diğ. Burden and quality of life of mothers of children and adolescents with chronic illnesses: an integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2015; 23(4):769-777.
- Magnuson KM ve Constantino JN. Characterization of Depression in Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 2011; 32(4):332-340.
- Mahoney A, Jouriles EN, Scavone J. Marital adjustment, marital discord over childrearing, and child behavior problems: moderating effects of child age. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1997; 26:415-423.
- Mandell D ve Novak M. The role of culture in families' treatment decisions for children with autism spectrum disorders. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 2005; 11:110-115.
- Mansoura R, Dovi AT, Lane DM ve diğ. ADHD severity as it relates to comorbid psychiatric symptomatology in children with Autism Spectrum Disorders (ASD). *Research in Developmental Disabilities*, 2017; 60:52-64.
- Mao AR. Factors That Contribute to Caregiver Burden for Parents of Children With Autism Spectrum Disorder or Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2009; 51(9):864-866
- Matson JL, Rieske RD ve Williams LW. The relationship between autism spectrum disorders and attention-deficit/ hyperactivity disorder: An overview. *Research in Developmental Disabilities*, 2013; 34:2475-2484.
- Matza LS, Paramore C ve Prasad MA. A review of the economic burden of ADHD. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 2005; 3(1):5.
- Mauceri M ve DiMarco LG. Psychosocial dimensions of Quality of Life among elders: A research of the Italian and Spanish elderly. *Social and Behavioral Sciences*, 2014; 116:1651-1655.
- McCall S. "Quality of Life". *Social Indicators Research*, 1975, 2(2):229-248.
- McCormick LH. Depression in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Family Medicine*, 1995; 27:176-179.
- McLeod JD, Fettes LD, Jensen PS ve diğ. Public Knowledge, Beliefs, and Treatment Preferences Concerning Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatric Services*, 2007; 58:626-631.
- McStay RL, Dissanayake C ve Beeger S. Parenting stress and Autism : The role of age, autism severity, quality of life and problem behaviour of children and adolescents with autism. *Autism*, 2014; 18(5):502-510.
- Mercier C, Peladeau N, Tempier R. Age, Gender and Quality of Life. *Community Mental Health Journal*, 1998; 34(5):487-500.
- Milgram NA ve Atzil M. "Parenting Stress in Raising Autistic Children". *Journal of Autistic and Developmental Disorders*, 1988; 5(22):415-424.
- Millward C, Ferriter M, Calver SJ ve diğ. Gluten and casein free diets for autistic spectrum disorder. *The Cochrane Library*, 2008.
- Moes D, Koegel RL, Schreibman L ve diğ. Stress profiles for mothers and fathers of children with autism. *Psychological Reports*, 1992; 71(3):1272-1274.

- Montes G ve Halterman JS. Association of childhood autism spectrum disorders and loss of family income. *Pediatrics*, 2008; 121(4):821-826.
- Mukaddes MN. Otistik Bozukluk. Çuhadaroğlu F, Coşkun A, İşeri E ve diğ. (Ed). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, Ankara, 2008.
- Mukaddes NM ve Tanıdır C. Otizm Spektrum Bozukluklarında Psikiyatrik Komorbidite. *Türkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics*, 2015; 1(2):30-42.
- Myers SM ve Johnson CP. "Management of children with autism spectrum disorders." *Pediatrics*, 2007; 120(5):1162-1182.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Attention deficit hyperactivity disorder. National Collaborating Centre for Mental Health. Great Britain, 2009.
- National Institute of Mental Health. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services. Bethesda, 1996.
- National Institute of Health. Diagnosis and treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000; 39:182-193.
- Newschaffer CJ, Croen LA, Daniels J ve diğ. The epidemiology of autism spectrum disorders. *Annual Review of Public Health*, 2007; 28:235-25
- Nilsson E. Aspects of health-related quality of life: Associations with psychosocial and biological factors, and use as patient-reported outcome in routine health care (Doctoral dissertation). Thesis (PhD). Linköping University, 2012.
- Novaes CM, Pondé MP ve Freire AC. Control of psychomotor agitation and aggressive behavior in patients with autistic disorder: a retrospective chart review. *Arq Neuropsiquiatr*, 2008; 66(3B):646-651.
- Olsson MB ve Hwang CP. Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of intellectual disability research*, 2001; 45(6):535-543.
- Özbey Ç. Dünden Bugüne Otizm. Yuka kids, İstanbul, 2012.
- Özcan ME. New Approaches in Treatment of Autistic Disorder. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 1998; 5:205-210.
- Özer N, Yurttaş A, Hacıoğlu N. Ulusal Cerrahi Kongresi 24-28 Mayıs, Bildiri Özetleri Kitabı, Antalya, 2016.
- Özkaya B. Transition from Pervasive Developmental Disorders to Autism Spectrum Disorder: Proposed Changes for the Upcoming DSM-5. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*, 2013; 5:127-139.
- Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit bakıcı yük ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2009; 46:38-42.
- Özmert EN. Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi-III: Aile. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2006; 49: 256-273.
- Özyurt G, Akay PA, Öztürk Y. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Olan Olgularda Aile İşlevselliği ve Anne Anksiyetesinin Kontrol Grubu ile Karşılaştırılması. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 2015; 4(3):162-172.
- Pakenham K, Samios C ve Sofronoff K. Adjustment of mothers of children with asperger syndrome: An application of the double ABCX model of family adjustment. *Autism*, 2005; 9(2):191-212.

- Petermann F, Hampel P. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Kindheit und Entwicklung*, 2009; 18(3):135-136.
- Rapport MD, Scanlan SW ve Denney CB. Attention-deficit/hyperactivity disorder and scholastic achievement: a model of dual developmental pathways. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1999; 40:1169-1183.
- Remschmidt H. Global ADHD Global consensus on ADHD/HKD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2005; 14:127-137.
- Renwick R ve Brown I. The Centre for Health Promotion's conceptual approach to quality of life: Being, belonging, and becoming. *Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues, and applications*, 1996; 75-86.
- Resource Guide for Families of Children with Autism Spectrum Disorders. Rhode Island Department of Health (2011)
<http://www.health.ri.gov/publications/guidebooks/2011ForFamiliesOfChildrenWithAutismSpectrumDisorders.pdf> (Erişim:22.02.2017).
- Rezendes DL ve Angela S. "Associations between parental anxiety/depression and child behavior problems related to autism spectrum disorders: The roles of parenting stress and parenting self-efficacy." *Autism Research and Treatment*, 2011.
- Roessler RT. A quality of life perspective on rehabilitation counseling. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 1990; 34:82-90.
- Ronis SD, Baldwin CD, Blumkin A ve diğ. Patient-Centered Medical Home and Family Burden in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2015, 36(6):417-425.
- Rutter M. The Emanuel Miller Memorial Lecture 1998: Autism: Two-way interplay between research and clinical work. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 1999; 40:169-188.
- Salakari A, Virta M, Grönroos N ve diğ. Cognitive-Behaviorally-Oriented Group Rehabilitation of Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 2010; 13(5):516-523.
- Sandalcı F. Özürlü çocuğu olan aileler ve sosyal hizmet mesleği. *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi*, 2002; 2(1):1-8.
- Sanders JL ve Morgan SB. Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism and Down syndrome: implications for intervention. *Child and Family Behavior Therapy*, 1997; 19:15-32.
- Santosh PJ ve Taylor E. Stimulant drugs. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2000; 9:27-43.
- Sarı YH ve Başbakkal Z. Zihinsel Yetersiz Çocuğu Olan Aileler İçin Aile Yüğü Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008; 11(3):86-95.
- Savaşır I, Şahin NH. Bilişsel- davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler. Türk Psikologlar Derneği yayınları, Ankara, 1997.
- Schalock R, Keith K, Hoffman K ve diğ. Quality of life, its measurements and its use. *Mental Retardation*, 1989; 27(1):25-31.
- Schene AH. Objective and subjective dimensions of family burden: towards an integrative framework for research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1990; 25:289-297.
- Schene AH, van Wijngaarden B ve Koeter MWJ. Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophrenia Bulletin*, 1998; 24: 609-618.
- Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C ve diğ. Umutsuzluk ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirliği. *Kriz Dergisi*, 1993; 1(3):139-142.

- Sharpley CF, Bitsika V ve Efremidis B. Influence of gender, parental health, and perceived expertise of assistance upon stress, anxiety, and depression among parents of children with autism. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 2009; 27(1):19-28.
- Siegel LS ve Ryan EB. The development of working memory in normally achieving and subtypes of learning disabled children. *Child Development*, 1989; 60:973-980.
- Silver JH ve Wellman N. Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies. *Journal of The American Dietetic Association*, 2002; 102:831-836.
- Simonoff E, Pickles A, Charman T ve diğ. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2008; 47(8):921-929.
- Sipos R, Predescu E, Muresan G, Iftene F, The Evaluation of Family Quality of Life of Children with Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit Hyperactive Disorder. *Applied Medical Informatics*, 2012; 30(1):1-8.
- Sivberg B. Family system and coping behaviour. *Autism*, 2002; 6(4):397-409.
- Söderqvist H, Kajsa E, Ahlström BH ve diğ. The caregivers' perspectives of burden before and after an internet-based intervention of young persons with ADHD or autism spectrum disorder. *Journal Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2017; 1-10.
- Bambara JK, Owsley C, Wadley V, Martin R, Porter C, Dreer LE. Family caregiver social problem-solving abilities and adjustment to caring for a relative with vision loss. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 2009; 50:1585-92.
- Staller J ve Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management. *CNS Drugs*, 2006; 20(2):107-23.
- Stefanatos G. Changing perspectives on Landau–Kleffner Syndrome. *The Clinical Neuropsychologist*, 2011; 25:963–88.
- Stuart M ve McGrew JH. Caregiver burden after receiving a diagnosis of an autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2009; 3(1):86-97.
- Stubbs EG ve Cheng K. (Ed) *Child and Adolescent Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005.
- Sun X ve Allison C. A review of the prevalence of autism spectrum disorder in Asia. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2010; 4:156–167.
- Suresh APC, Benjamin TE, Crasta JE ve diğ. Comparison of burden among primary care-givers of children with autism and intellectual disability against children with intellectual disability only in a hospital population in India. *The Indian Journal of Pediatrics*, 2014; 81(2):179-182.
- Svanborg P, Thernlund G, Gustafsson PA ve diğ. Atomoxetine improves patient and family coping in attention deficit/hyperactivity disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled study in Swedish children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2009; 18:25-735.
- Szobot CM, Shih MC, Schaefer T ve diğ. Methylphenidate DAT binding in adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder comorbid with Substance Use Disorder-a single photon emission computed tomography with [Tc(99m)]TRODAT-1 study. *Neuroimage*, 2008; 40(3):1195-1201.
- Şener EF ve Özkul Y. Otizmin Genetik Temelleri. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*, 2013; 22(1):86-92.
- Tarakeshwar N ve Pargament K. Religious coping in families of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 2001; 16(4):247-260.

- Teğin B. Depresyonda bilişsel süreçler, Beck modeline göre bir inceleme. *Psikoloji Dergisi*, 1987; 6:116-21.
- Thompson EH, Futterman AM, Gallagher-Thompson D ve diğ. Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders. *Journal of Gerontology*, 1993; 48(5):245-254.
- Tuğlu C ve Şahin Ö. Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Neurobiology, Diagnostic Problems and Clinical Features. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2014; 2(1):75-116.
- Thapar A, Cooper M, Eyre O ve diğ. What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2013; 54:3-16.
- Turnbull A, Brown I ve Turnbull HR. Family and people with mental retardation: International perspectives. American Association on Mental Retardation, Washington DC, 2004.
- Twoy R, Connolly PM ve Novak JM. Coping strategies used by parents of children with autism. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 2007; 19:251-60.
- Van Steijn DJ, Oerlemans A, Van Aken MA ve diğ. The reciprocal relationship of ASD, ADHD, depressive symptoms and stress in parents of children with ASD and/or ADHD. *Journal of autism and developmental disorders*, 2014; 44(5):1064-1076.
- van Tongerloo MA, van Wijngaarden PJ, van der Gaag RJ ve diğ. Raising a child with an Autism Spectrum Disorder: 'If this were a partner relationship, I would have quit ages ago'. *Family practice*, 2015; 32(1):88-93.
- Vieta E. DSM-5.1. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2016; 134:187-188.
- Vincent J, Phillipson C ve Downs M. The future of old age. Sage Publication Ltd. City Road, London, 2006.
- Virta M, Vedenpää A, Grönroos N ve diğ. Adults With ADHD Benefit From Cognitive-Behaviorally Oriented Group Rehabilitation. *Journal of Attention Disorders*, 2008; 12(3):218-226.
- Volkmar FR, Bregman J, Cohen DJ ve diğ. DSM-III and DSM-III-R diagnoses of autism. *The American Journal of Psychiatry*, 1988; 145(11):1404-1408.
- Vural İ. Otizm ve İletişim Problemi Olan Çocukların Eğitimi. Evrim Yayınevi, İstanbul, 2007.
- Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine*, 1981; 11:115-129.
- WHO. WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of The Assessment. World Health Organization, Geneva, 1:996.
- WHO, 2017. Erişim: 31.03.2017, http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/
- WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *Int J Ment Health* 1994; 23:24-56.
- World Health Organization. WHOQOL Measuring Quality Of Life. 1997.
- Wozniak J, Biederman J, Faraone SV ve diğ. Mania in children with pervasive developmental disorder revisited. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997; 36(11):1552-1559.
- Xiang YT, Luk ES ve Lai KY. Quality of life in parents of children with attention-deficit-hyperactivity disorder in Hong Kong. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2009; 43(8):731-738.
- Yavuzer H. Çocuğu Tanımak ve Anlamak (9. Baskı). Remzi Kitabevi, İstanbul, 2011.
- Yavuzer H. Okul Çağı Çocuğu (15. Baskı). Remzi Kitabevi, İstanbul, 2000.
- Yosunkaya E. Otizm Etiyolojisinde Genetik ve Güncel Perspektif. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 2013; 76(4):84-88.

Yıldız M. Ciddi Ruhsal Hastalıklarda Ruhsal Toplumsal Tedaviler. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 2009; 2(2):52-56.

Zarit SH, Reever KE ve Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 1980; 20:649-655.

Zarit SH. Family care and burden at the end of life. *Canadian Medical Association Journal*, 2004; 170:1811-1812.

Zarit SH, Reever K ve Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist*, 1980; 20:649-55.

Zuna N, Summers JA, Turnbull AP ve diğ. Theorizing about family quality of life. Enhancing the quality of life of people with intellectual disabilities: From theory to practice. Springer, Dordrecht, 2010.



ÖZGEÇMİŞ

1. Bireysel Bilgiler

- **Adı Soyadı** : Uğur CECO
- **Doğum Yeri/ Tarihi** : Bakırköy / 24.05.1991
- **Uyruğu** : T.C
- **Medeni Durumu** : Bekar
- **Çalıştığı Kurum** : Fiziolyght Rehabilitasyon Merkezi
- **İletişim Adresi ve Telefonu** : Veliefendi Mah. Semiha Şakir Cad. 292. Sk. No:2 Kat:3 Zeytinburnu/İSTANBUL

2. Eğitim Bilgileri

- **Yüksek Lisans** : Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruhsal Rehabilitasyon Programı (2015-2018)
- **Üniversite** : İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü (Tam Burslu), 2009-2014
- **Lise** : Eyüp Anadolu Lisesi, 2005-2009
- **İlköğretim** : Kocatepe İlköğretim Okulu (1998-2005)
- **Yabancı Dil** : İngilizce

3. Unvanları

- İstanbul Ticaret Üniversitesi; Psikolog, 2014
- İstanbul Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi; Aile Danışmanı, 2016

4. Mesleki Deneyimler

- **Fiziolyght Rehabilitasyon Merkezi:** Psikolog, 2017-
- **Türk Hava Kuvvetleri** : Rehberlik ve Danışma Merkezi/ Psikolog, 2014-2015
- **Quantum Psikolojik Danışmanlık Merkezi:** Staj, 2013-2014
- **Çağdaş Aydede Anaokulu:** Staj, 2012-2013

5. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

- Türk Psikologlar Derneği, 2015
- Ruhsal Rehabilitasyon Uzmanları Derneği, 2017

6. Bilimsel Etkinlikler

- **Seçilmiş Yayınlar:** Ceco U ve Çakın Memik N. Bakım Vereninin Yüku Penceresinden Otizme Bakış. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017; 3(2):19-21.

Yıldız M ve diğ. Toplumsal işlevselliğin Toplum Temelli Araştırılması: Kocaeli'de Bir Ön Çalışma. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017; 3(3):1-5.

- **Sözel Bildiriler:** Ceco U. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocukların Anne-Babalarının Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. 23. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi ve 1. Ruhsal İyileştirim Kongresi, SB21.

EKLER

EK-I

Sosyodemografik Bilgi Formu

Formu Dolduran Kişi: Anne Baba

- 1- Annenin yaşı:
- 2- Annenin eğitim durumu: Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite veya lisansüstü
- 3- Annenin mesleği :
- 4- Annenin eve aylık getirisi: Yok 0-1000 1000-2000 2000-3000 3000 ve üzeri
- 5- Babanın yaşı:
- 6- Babanın eğitim durumu: Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite veya lisansüstü
- 7- Babanın mesleği:
- 8- Babanın eve aylık getirisi: Yok 0-1000 1000-2000 2000-3000 3000 ve üzeri
- 9- Ailenin aylık gelir düzeyi: Yok 0-1500 1500-3000 3000-4500 4500 ve üzeri
- 10- Ailedeki kişi sayısı:
- 11- Kaç çocuğunuz var? Erkek kız sayısını belirtiniz :
.....
- 12- Çocuğunuzun/çocuklarınızın yaşlarını belirtiniz :
.....
- 13- Çocuğunuz ile birlikte bir günde ne kadar süre vakit geçirirsiniz?
Hiç geçirmem 0-2 saat 2-4 saat 4-6 saat 6-8 saat 8 saat ve üzeri
- 14- Anne veya baba ve çocuklar olarak son 1 ayda ev dışında herhangi bir aktivite (akraba-arkadaş ziyareti, sinema, tiyatro, oyun parkı vb.) için ne kadar zaman ayırdınız?
Hiç 0-2 saat 2-4 saat 4-6 saat 6-8 saat 8 saat ve üzeri
- 15- Çocuğunuzun tanısı nedir?
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Otistik Spektrum Bozukluğu
Diğer [açıklayınız]
- 16- Psikiyatrik tanı almış çocuğunuzun olması, sizin için ne derecede önemli?
Hiç ya da çok az Az Orta Çok Oldukça çok
- 17- Psikiyatrik tanı almış çocuğunuzun tedavisi ne kadar süredir sürdürülmektedir?
0-1 yıl 1-2 yıl 2-3 yıl 3-4 Yıl 4 yıl ve daha fazla

18- Çocuğunuzun hastalığınan dolayı sosyal ilişkilerinizin (komşularla, arkadaşlarınızla olan ilişkilerinizin, sinema, tiyatro gibi aktivitelerinizin) ne kadar etkilendiğini işaretleyniz:

Hiç ya da çok az Az miktarda Orta miktarda Çok miktarda Oldukça çok miktarda

19- Çocuğunuzun hastalığınan dolayı ekonomik durumunuzun ne kadar etkilendiğini işaretleyniz:

Hiç ya da çok az Az miktarda Orta miktarda Çok miktarda Oldukça çok miktarda

20- Çocuğunuzun hastalığınan dolayı ev işi ya da mesleki veriminizin etkilenme düzeyi aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?

Hiç ya da çok az Az Orta Çok Oldukça çok

EK-II

WHOQOL-BREF (TR)

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? Erkek Kadın

Doğum tarihiniz nedir? _____ / _____ / _____
GÜN / AY / YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? Hiç eğitim almadım
İlkokul-ortaokul
Lise veya eşdeğeri
Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

hiç evlenmemiş
evli
evli gibi yaşıyor

ayrılmış
boşanmış
eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? evet hayır

Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

_____ hastalık / sorun

Açıklama

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak gözönüne alınız. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasına	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

EK-III

ZARİT BAKIM VEREN YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Hastalığı olan yakınınızın bakımıyla ilgilenmenin sizi ne kadar etkilediğini ya da sizin üzerinizde ne kadar yük oluşturduğunu anlamak için aşağıdaki sorulardan kendi düşünce ve hislerinize en uygun olan yanıtı veriniz.

1. Yakınınızın ihtiyacı olandan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

2. Yakınınızla geçirdiğiniz zaman nedeniyle kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını hisseder misiniz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

3. Yakınıza bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

4. Yakınınızın davranışlarından utanır mısınız?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

5. Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

6. Yakınınızın şu anda ailenizin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini hissediyor musunuz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

7. Yakınınızın geleceğiyle ilgili korkuyor musunuz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

9. Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

10. Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

11. Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

12. Yakınına bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

13. Yakınınız yüzünden arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

14. Yakınınızın, sanki sırtınızı dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini düşünür müsünüz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

15. Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

16. Yakınına artık daha fazla bakamayacağınızı hissediyor musunuz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

17. Yakınınızın hastalığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hissediyor musunuz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

18. Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

19. Yakınınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsız hisseder mısınız?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

20. Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

21. Yakınınızın bakımıyla ilgili daha iyisini yapabiliydim diye düşünür müsünüz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

22. Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımıyla ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

EK-IV

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu form son bir hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik sorular içermektedir. Her maddenin karşısındaki seçeneklerden size en uygun olanı işaretleyiniz.

- A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Bir çok şeyden eskiden olduğu gibi zevk almıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.
- E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

- F- 0. Cezalandırılması gereken bir şey yaptığımı sanmıyorum.
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezamı bulmuşum gibi geliyor.
- G- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime kızgınım.
3. Kendimden nefret ediyorum.
- H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf taraflarım ve hatalarım olduğunu düşünüyorum.
2. Hatalarımdan dolayı ve kendimden utanıyorum.
3. Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum.
- I- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- J- 0. İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim
1. Eskisine kıyasla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
2. Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
3. Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.

- L- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Eskisi kadar başkaları ile birlikte olmak istemiyorum.
2. Başkaları ile görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- M- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.
- N- 0. Aynada kendime baktığımda her zamankinden farklı görüdüğümü sanmıyorum.
1. Aynada her zamankinden daha kötü görünüyorum.
2. Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- O- 0. Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
1. Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
2. Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapıyorum.
3. Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Sabahları her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

- S- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. Eskisinden daha iştahsızım.
2.İştahım çok azaldı.
3.Hiçbir şey yiyemiyorum
- T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1.Zayıflamaya çalışmadığım halde iki kilodan fazla kilo verdim.
2. Zayıflamaya çalışmadığım halde dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Zayıflamaya çalışmadığım halde altı kilodan fazla kilo verdim
- U- 0. Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni tasalandırıyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmekte zorlanıyorum.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konulara ilgim eskisine göre daha az.
2. Cinsel isteğim çok azaldı.
3. Hiç cinsel istek duymuyorum.

EK V

Tez Denetleme Listesi

Tez, aşağıdaki denetimler yapılarak tamamlanmıştır.

- Kapak ve iç kapak sayfalarında BİLİM UZMANLIĞI ya da DOKTORA şeklinde elde edilen unvanlar yazıldı (Kapak sayfasına danışman adı yazılmamalıdır).
- Kapak sayfasına mezun olunan PROGRAMIN (Anabilim dalının değil) adı yazıldı.
- Tez kapağı sırt kısmına kılavuzda belirtilen çizimde (yazının yönüne dikkat!) ad, program,yıl yazıldı.
- Onay sayfası uygun çizimde hazırlandı (kazanılan unvanlar BİLİM UZMANLIĞI ya da DOKTORA olmalıdır) imzalatıldı (Enstitü Müdürü'nün imzası da gereklidir, imzaların aynı renk kalemle atılmasına dikkat edilmelidir).
- Dizinler kılavuzda belirtildiği gibi sıralandı.
- Ön sayfalara i, ii, iii şeklinde Roma rakamları konuldu.
- Sayfa numaraları kılavuzda belirtildiği şekilde konuldu.
- Sayfa düzeni kılavuzda belirtildiği şekilde yapıldı.
- Ana metin yazı boyutu 12 olacak biçimde basıldı.
- Dipnot yazı boyutu 10 olacak şekilde basıldı.
- Ana metin satır aralığı 1.5 olacak şekilde yazıldı.
- Kaynaklar abecesel sıralamaya göre yazıldı.
- Kaynak gösterme ilkelerine ve yazım kurallarına uyuldu.
- Ekler kılavuzda belirtildiği gibi verildi.

..... / / 2018

Danışman

İmza