

T.C.  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI  
ALAN ÇOCUK VE ERGENLERİN ANNELERİNDEKİ  
TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan  
Sena KENAN

Tez Danışmanı  
Prof.Dr. Ayten ERDOĞAN

İSTANBUL – 2020



## TEZ TANITIM FORMU

- YAZAR ADI SOYADI** : Sena KENAN
- TEZİN DİLİ** : Türkçe
- TEZİN ADI** : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuk ve Ergenlerin Annelerindeki Tükenmişlik Düzeyi ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
- ENSTİTÜ** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
- ANABİLİM DALI** : Psikoloji  
**BİLİM DALI** : Klinik Psikoloji
- TEZİN TÜRÜ** : Yüksek Lisans
- TEZİN TARİHİ** : 2020
- SAYFA SAYISI** : 109
- TEZ DANIŞMANI** : Prof. Dr. Ayten ERDOĞAN
- DİZİN TERİMLERİ** : DEHB, Tükenmişlik, Algılanan Sosyal Destek
- TÜRKÇE ÖZET** : Bu çalışmada DEHB tanısı alan ve almayan çocuk ve ergenlerin annelerindeki tükenmişlik düzeyi ve algılanan sosyal destek düzeyinin kıyaslanması ve tükenmişlik düzeyi ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Sonuçlar DEHB'li çocukların annelerinin daha fazla tükendiğini ve DEHB'li annelerin algılanan sosyal destekleri ile tükenmişlik arasında istatistiksel olarak negatif yönlü bir ilişki olduğunu göstermiştir.
- DAĞITIM LİSTESİ** : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne  
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

Sena KENAN

T.C.  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI  
ALAN ÇOCUK VE ERGENLERİN ANNELERİNDEKİ  
TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan  
Sena KENAN

Tez Danışmanı  
Prof.Dr. Ayten ERDOĞAN

İSTANBUL – 2020

## BEYAN

Bu tez hazırlanırken bilimsel ve ahlaki kurallara uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanmadığını, etik normlar göz önünde bulundurularak atıflar yapıldığını, herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin tamamen özgün olarak teslim edildiğini beyan ederim.

Sena KENAN

.../.../2020



T.C.  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Sena KENAN 'ın “**Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuk ve Ergenlerin Annelerdeki Tükenmişlik Düzeyi ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**” adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

\_\_\_\_\_  
*Prof. Dr. Ayten ERDOĞAN*  
(Danışman)

Üye

\_\_\_\_\_  
*Dr. Öğr. Üyesi Hakan KARAŞ*

Üye

\_\_\_\_\_  
*Dr. Öğr. Üyesi Hasan SEZEROĞLU*

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

.... / .... / 2020

*Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ*  
Enstitü Müdürü

## ÖZET

**Giriş:** Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), özellikle çocuk ve ergenlerin aile, okul ve sosyal yaşantısını zorlaştırmaktadır. Bozukluğun getirisi olarak bireylerde dürtüsellik ve hiperaktiviteye bağlı davranış problemleri ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden birçok ebeveynin DEHB ve davranış sorunları olan bir çocukla yaşaması ve onu kontrol edebilmesi zordur. DEHB ebeveynler ve özellikle anneler için önemli strese neden olabilir. Bu nedenle annelerin toplumdan daha da kapsamlı sosyal desteğe ihtiyacı vardır. Çünkü DEHB tanısı alan çocuklu annelerin diğer annelerden daha az toleranslı olmaları ve daha kolay tükenmeleri muhtemeldir.

**Amaç:** DEHB tanısı alan ve almayan çocuk ve ergenlerin annelerindeki tükenmişlik düzeyi ve algılanan sosyal destek düzeyinin kıyaslanması ve tükenmişlik düzeyi ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu araştırma İstanbul ilinde bir özel hastanenin çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine başvurmuş, DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerindeki tükenmişlik düzeyi ve algılanan sosyal desteğin düzeyi ve tükenmişlik düzeyi ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelemek ve onlardaki bulgular ile DEHB tanısı almayan çocuk ve ergenlerin annelerindeki tükenmişlik düzeyi ve algılanan sosyal destek düzeyini kıyaslamayı amaçlayan ilişkisel tarama türünde bir çalışmadır. Çalışmaya 7-12 yaş grubu arasındaki, psikiyatri desteği alan gönüllü DEHB tanısı alan ve almayan 120 DEHB'li çocuk ve ergenin anneleri dahil edilmiştir. Kontrol grubu karışık, genel toplum örgütlerinden seçilmiş ve herhangi bir psikiyatrik ve tıbbi hastalığı olmayan çalışma 100 anne katılımcı olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma verilerine, Sosyodemografik Veri Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanılarak ulaşılmıştır. Verilerin analizi yapılmış, sayısal olarak bilgisayara girilmiş ve SPSS (Statistical Package for Social Sciences-SPSS 25.0) ile istatistiksel analiz sonuçları çıkarılmıştır.

**Bulgular:** Bu çalışmada, DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerinin Duygusal Tükenmişlik Alt Boyutundan almış oldukları puan DEHB tanısı almayan çocuk ve ergenlerin annelerinden yüksek olduğu için (istatistiksel açıdan  $p<0.01$ ) anlamlı farklılık bulunmuştur.

DEHB tanısı almayan çocuk ve ergenlerin annelerinin Kişisel Başarı Alt Boyutundan almış oldukları puanın, DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerinden daha

fazla olduğundan (istatistiksel açıdan  $p<0.01$ ) anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Kişisel Başarı olumlu bir alt boyuttur. Duygusal Tükenmişlik Alt Boyutu ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanı arasında zayıf seviyede ve negatif yönlü ilişki görülmektedir. DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerinin tükenmişliği arttıkça algılanan sosyal destekleri azalmaktadır.

**Sonuç:** Annelerin eğitim durumlarına, çalışma durumlarına, çocuk sayılarına, aile yapılarına, aylık gelir düzeylerine göre tükenmişlik ölçeği puanları ile algılanan sosyal destek ölçeği puanları farklılaşmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre algılanan sosyal destek düzeyi ve tükenmişlik arasında istatistiksel olarak negatif yönlü bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Tükenmişlik düzeyinin yüksek olması kişiler arası ve ailesel ilişkilerde sorunlara yol açabilmekte, kişinin verimliliğini azaltıp psikosomatik rahatsızlıklara da yol açabilmektedir. Bu nedenle üzerinde çalışılması ve önleyici faktörleri saptayıp gereken tedbirlerin alınması çok önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** DEHB, Tükenmişlik, Algılanan Sosyal Destek



## SUMMARY

**Introduction:** Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) complicates the family and school life of children and adolescents. As a result of the disorder, behavioral problems related to impulsivity and hyperactivity arise in individuals. Therefore, it is difficult for many parents to live and control a child with ADHD and behavioral problems. ADHD can cause significant stress, especially for mothers. Therefore, mothers need more comprehensive social support than society. It is possible that mothers of children diagnosed with ADHD are less tolerant than other mothers and are more easily depleted.

**Aim:** To compare the burnout level and perceived social support relationship of mothers and adolescents with and without ADHD and to determine the burnout level and perceived social support relationships.

**Method:** This study investigated the relationship between burnout level and perceived social support and burnout level and perceived social support in mothers of children and adolescents diagnosed with ADHD, who applied to a child and adolescent psychiatry outpatient clinic of a private hospital in Istanbul, and burnout in children and adolescents who were not diagnosed with ADHD is a study of relational screening that aims to compare the level and perceived social support level. The study included 120 ADHD children, adolescents and their mothers between the ages of 7 and 12 and their mothers, who received psychiatric support, and who could not be diagnosed with ADHD.

The control group was selected from mixed general public organizations or without any psychiatric and medical diseases.

Research data were accessed using the Sociodemographic Data Form, Maslach Burnout Inventory (MBI) and the Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS). While analyzing the obtained data, the data were entered into the computer as a numerical expression and statistical analyzes were done using SPSS (Statistical Package for Social Sciences-SPSS 25.0).

**Results:** In this study, a statistically significant difference was found at the level of  $p < 0.01$  since the scores of the mothers of children and adolescents diagnosed with ADHD from the Emotional Exhaustion subscale scored more than the mothers of children and adolescents who were not diagnosed with ADHD. A statistically significant difference was found at the level of  $p < 0.01$  since the scores of

the mothers of children and adolescents who were not diagnosed with ADHD. Personal Accomplishment subscale were higher than the mothers of children and adolescents diagnosed with ADHD. Personal Accomplishment is a positive subscale.

A weak and negative correlation was found between the Emotional Burnout Subscale total score and the Multidimensional Perceived Social Support Scale score. As the burnout of the mothers of children and adolescents diagnosed with ADHD increases their perceived social support decreases.

**Conclusion:** Burnout scale scores and perceived social support scale scores differ according to the mothers' educational status, employment status, number of children, family structures, monthly income levels. According to research results, a statistically negative relationship was observed between perceived social support level and burnout. The high level of burnout can cause problems in interpersonal and family relations, decrease the productivity of the person and cause psychosomatic disorders. For this reason, it is very important to study and identify preventive factors and take precautions.

**Key Words:** ADHD, Burnout, Perceived Social Support

## İÇİNDEKİLER

	SAYFA
<b>ÖZET</b> .....	<b>i</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>iii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>v</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>x</b>
<b>EKLER LİSTESİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>BİRİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>5</b>
1.1. Araştırmanın Problemi .....	5
1.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	5
1.3. Araştırmanın Amacı .....	5
1.4. Araştırmanın Önemi.....	6
1.5. Araştırmanın Varsayımları.....	6
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	6
1.7. Tanımlar .....	7
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>8</b>
<b>KURAMSAL ÇERÇEVE</b> .....	<b>8</b>
2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) .....	8
2.1.2. DEHB Tarihçe.....	8
2.1.3. DEHB'nin Epidemiyolojisi .....	12
2.1.3.1. Cinsiyet Farklılığı .....	13
2.1.4. DEHB'nin DSM-V'e Göre Klinik Özellikleri .....	13
2.1.4.1. DEHB'nin Alt Tipleri .....	16
2.1.5. Ayırıcı Tanı ve Değerlendirme .....	17
2.1.6. DEHB ile Komorbidite Bozukluklar.....	18
2.1.7. DEHB'yi Etkileyen Faktörler .....	19
2.1.7.1. Genetik Faktörler .....	19
2.1.7.2. Psikososyal Risk Faktörleri.....	22
2.1.7.3. Çevresel Faktörler .....	23
2.1.7.3.1. Prenatal ve Perinatal Faktörler .....	24
2.1.7.4. Beyin Görüntüleme .....	25
2.1.8. DEHB Tedavisi .....	26
2.1.8.1. İlaç Tedavisi .....	26

2.1.8.2. Psikoterapötik Tedavi Yöntemleri .....	27
2.1.8.2.1. Bilişsel Davranışçı Terapi .....	27
2.1.8.2.2. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi .....	28
2.1.8.3. Psikoeğitim.....	28
2.1.9. Anneler ve DEHB .....	30
2.2. Tükenmişlik .....	32
2.2.1. Tükenmişlik Kavramı.....	32
2.2.2. Anne Tükenmişliği.....	33
2.3. Algılanan Sosyal Destek .....	36
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM .....</b>	<b>40</b>
<b>YÖNTEM.....</b>	<b>40</b>
3.1. Araştırmanın Modeli .....	40
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	40
3.3. Araştırmanın Veri Toplama Araçları .....	40
3.3.1 Sosyodemografik Form ve Onam Formu.....	40
3.3.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ).....	41
3.3.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	42
3.4. Verilerin Analizi.....	43
3.4.1. İstatistiksel Değerlendirme .....	43
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM .....</b>	<b>44</b>
<b>BULGULAR .....</b>	<b>44</b>
<b>BEŞİNCİ BÖLÜM .....</b>	<b>64</b>
<b>TARTIŞMA VE YORUM .....</b>	<b>64</b>
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>74</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>78</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>-</b>

## KISALTMALAR

<b>DEHB</b>	:	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
<b>MTÖ</b>	:	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
<b>ÇBASDÖ</b>	:	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
<b>ASKB</b>	:	Antisosyal Kişilik Bozukluğu
<b>KOKGB</b>	:	Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu
<b>DSM</b>	:	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
<b>WISC-R</b>	:	The Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised (Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği)
<b>Q- EGG</b>	:	Quantitative EEG (Kantitatif EEG)
<b>PET</b>	:	Positron Emission Tomography (Pozitron Emisyon Tomografisi)
<b>SPECT</b>	:	Single Photon Emission Computerized Tomography (Tek Foton Bilgisayarlı Tomografi)
<b>fMRI</b>	:	Functional Magnetic Resonance Imaging (Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme)
<b>MPH</b>	:	Metilfenidat
<b>FDA</b>	:	Food and Drug Administration (Amerika Gıda ve İlaç Birliği)
<b>CNS</b>	:	Central Nervous System (Merkezi Sinir Sistemi)
<b>BDT</b>	:	Bilişsel Davranışçı Terapi
<b>ÇMOT</b>	:	Çocuk Merkezli Oyun Terapisi
<b>SPSS</b>	:	Statistical Package For Social Sciences

## TABLolar LİSTESİ

TABLO	SAYFA
Tablo 4.2. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Anneleri Grubunun Sosyodemografik Değişkenlere Göre Dağılımı .....	44
Tablo 4.2.1. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Anneleri Grubunun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı .....	46
Tablo 4.3. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Annelerin Grup Değişkenine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Ölçekleri Puanları İçin Uygulanan Bağımsız t-Testi Analizi Sonuç Tablosu.....	46
Tablo 4.4. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Anneleri Grup Değişkenine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puanları İçin Uygulanan Bağımsız t-Testi Analizi Sonuç Tablosu .....	47
Tablo 4.5. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Anneleri Grubunun Medeni Durum Değişkenine Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puanları Arasındaki İçin Uygulanan Bağımsız t-Testi Analizi Sonuç Tablosu .....	48
Tablo 4.6. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Anneleri Grubunun Medeni Durum Değişkenine Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puanları İçin Uygulanan Bağımsız t-Testi Analizi Sonuç Tablosu .....	49
Tablo 4.7. DEHB Tanısı Alan Çocukların Anneleri (Deney) Grubunun Maddi Durum Değişkenine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Ölçek Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu.....	50
Tablo 4.8. DEHB Tanısı Alan Çocukların Anneleri (Deney) Grubunun Maddi Durum Değişkenine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu.....	50
Tablo 4.9. Deney Grubunun (DEHB'li çocuğu olan anne) Medeni Durum Değişkenine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu .....	52
Tablo 4.10. Deney Grubunun (DEHB'li çocuğu olan anne) Medeni Durum Değişkenine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu.....	52
Tablo 4.11. Deney Grubunun (DEHB'li çocuğu olan anne) Eğitim Durumu Değişkenine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu.....	54
Tablo 4.12. Deney Grubunun (DEHB'li çocuğu olan anne) Eğitim Durumu Değişkenine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu.....	54
Tablo 4.13. Kontrol Grubunun (DEHB'li çocuğu olmayan anne) Maddi Durum Değişkenine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu.....	55
Tablo 4.14. Kontrol Grubunun (DEHB'li çocuğu olmayan anne) Maddi Durum Değişkenine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu.....	56
Tablo 4.15. Kontrol Grubunun (DEHB'li çocuğu olmayan anne) Medeni Durum Değişkenine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu.....	57
Tablo 4.16. Kontrol Grubunun (DEHB'li çocuğu olmayan anne) Medeni Durum Değişkenine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu.....	58

Tablo 4.17. Kontrol Grubunun (DEHB’li çocuğu olmayan anne) Eğitim Durumu Değişkenine Göre Maslach Tükenmişlik leği Alt Boyutları Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu.....	59
Tablo 4.18. Kontrol Grubunun (DEHB’li çocuğu olmayan anne) Eğitim Durumu Değişkenine Göre ok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek leği ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu.....	59
Tablo 4.19. Deney Grubunun (DEHB’li çocuğu olan anne) Maslach Tükenmişlik leği Alt Boyutları ile çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek leği ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki İlişki İçin Pearson Korelasyon Analizi Sonuç Tablosu .....	60
Tablo 4.20. Deney Grubunun (DEHB’li çocuğu olan anne) Tükenmişlik Seviyelerinin ok Yönlü Sosyal Desteğe Etkisini lmek İçin Yapılan oklu Regresyon Analizi.....	61
Tablo 4.21. Kontrol Grubunun (DEHB’li çocuğu olmayan anne) Maslach Tükenmişlik leği Alt Boyutları ile çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek leği ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki İlişki İçin Pearson Korelasyon Analizi Sonuç Tablosu.....	62
Tablo 4.22. Kontrol Grubunun (DEHB’li çocuğu olmayan anne) Tükenmişlik Seviyelerinin ok Yönlü Sosyal Desteğe Etkisini lmek İçin Yapılan oklu Regresyon Analizi.....	63

## ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİL	SAYFA
TABLO 2.1.2 DEHB'yi Tanımlayan Terimlerin Değişimi .....	11
TABLO 2.1.4. DSM-V Tanı Ölçütleri .....	14
TABLO 2.1.3.1 DEHB Alt Tipleri .....	16





## **EKLER LİSTESİ**

**EK-A** : BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU VE SOSYODEMOGRAFİK FORM

**EK-B** : MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ (MTÖ)

**EK-C** : ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ÇBASDÖ)



## ÖNSÖZ

Araştırmak ve yeni nesillere bilgi aktarmak için çıktığım bu akademik yolculuğumda, her zaman bana değerli bilgilerini ileten, yardımlarını esirgemeyen, yenilikçi, çözüm odaklı, örnek aldığım, çok sevdiğim kıymetli danışman hocam,

Çocuk ve Ergen Psikiyatristi Prof. Dr. Ayten ERDOĞAN'a sonsuz teşekkürlerimi iletiyorum...

Yolculuğumun başından son dakikasına kadar yanımda olan, her daim ilham veren, bilgilerini aktaran, desteğini büyük bir şans olarak gördüğüm, çok değerli hocam, abim,

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Prof. Dr. Sinan Mahir KAYIRAN'a gönülden teşekkürlerimi sunuyorum.

Tez konumun oluşmasında büyük katkıları olan, kıymetli vaktini bana ayıran, derslerine katılma ve birlikte çalışma fırsatı bulduğum çok değerli hocam,

Çocuk ve Ergen Psikiyatristi Prof. Dr. Burak DOĞANGÜN'e en içten teşekkürlerimi iletiyorum.

Yüksek lisans boyunca ders aldığım, her konuyu danıştığım sevgili hocam, Psikolog Dr. Kahraman GÜLER'e teşekkür ediyorum.

Bu yolda beni yalnız bırakmayan başta canım ailem olmak üzere, çok sevdiğim arkadaşım Tuğçe GÜLEN'e, akademik sorularımı yanıtlayan, sosyal desteğini eksik etmeyen arkadaşlarım,

Uzm. Psk. Veysel Eren BULUT'a ve Uzm. Psk. Kerem YILMAZ'a sevgilerimi gönderiyorum.

## GİRİŞ

Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), özellikle çocuk ve ergenlerin aile ve okul yaşantısını zorlaştırmaktadır. Bozukluğun sonucu olarak bireylerde dürtüsellik ve hiperaktiviteye bağlı davranış problemleri ortaya çıkmaktadır. Okul çağındaki çocuklarda DEHB görülme sıklığı %3-5 arasında değişmektedir.<sup>1</sup> DEHB'li çocukların davranışlarının anne-babalarını olumsuz yönde etkilediği açık olup, anne-babaların sıkıntısını arttırır. Ebeveynler ve çocukları çift yönlü etkileşimdedirler ve aile içi süreçler DEHB'nin gelişimini olumsuz olarak etkilemektedir.<sup>2</sup>

Patterson, yaptığı bir çalışmada, ebeveynlerin yaşadığı stres ile çocukların agresyonun arasında birbirini arttıran bir dinamik olduğundan bahsetmiştir.<sup>3</sup> Özellikle DEHB tanısı almış çocukların anneleri bu duruma daha yatkınlardır. Bozukluğa sahip çocukların, çocukluk ve ergenlik çağına geldiklerinde bakım ihtiyaçlarının artış gösterdiği aktarılmıştır.<sup>4</sup>

Bunun yanısıra, DEHB'li çocukların ruh halleri aniden değişir. Dürtüsellik nedeniyle öfkelerini ve düşüncesiz davranışlarını kontrol etmekte başarısız olurlar. Hatalarından ders çıkaramazlar, aynı hataları tekrarlarlar. Bu durum, çocukların akran ilişkilerini, sosyal becerilerini ve oterite figürleriyle iletişim kurma yeteneklerini olumsuz yönde etkiler. Bu yüzden birçok ebeveynin DEHB ve davranış sorunları olan bir çocukla yaşaması ve kontrol etmesi zordur. Bu çocuklar hem evde hem başka yerlerde sorunlu davranışlarından dolayı genellikle tedirginlik kaynağıdır ve insanlar onlara karşı olumsuz tutumlar geliştirir. DEHB, özellikle anneler için önemli stres faktörü olabilir. Bu nedenle toplumdan annelerin daha kapsamlı sosyal desteğe ihtiyacı vardır.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> İbrahim Durukan vd., "DEHB olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kullanılan başa çıkma yöntemleri: Bir ön çalışma", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008, 9, s. 217-223.

<sup>2</sup> Joseph Biederman vd., "Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention-deficit hyperactivity disorder." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1995, Cilt:34, Sayı:11, s.1495-1503.

<sup>3</sup> Gerald Paterson, "Some characteristics of a developmental theory for early-onset delinquency", *Frontiers of developmental psychopathology*, 1996, s. 81-12

<sup>4</sup> A.Russel Barkley vd., "Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Mother-Adolescent Interactions, Family Beliefs and Conflicts, and Maternal Psychopathology." *Journal of Abnormal Childhood Psychology*, 1992, Cilt:20, Sayı:3, s. 263-288.

<sup>5</sup> F.Alpan, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Anneleri ile Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Depresyon ve Stresle Başa Çıkma Becelerinin Karşılaştırılması,2013 (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)

DEHB tanısı alan çocuklu annelerin diğer annelerden daha az toleranslı olmaları ve daha kolay tükenmeleri muhtemeldir. Çünkü DEHB olan çocukların ebeveynleri normal gelişim gösteren çocukların ebeveynlerinden daha fazla bakım sorumluluğuna sahiptir. Türk toplumunda çocuk bakımı rolü annelere veriler ve çocuklarıyla diğer aile üyelerinden daha fazla zaman geçirirler. Birincil çocuk bakımı sorumluluklarına ek olarak anneler kronik yorgunluk ve çeşitli psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklar gibi semptomlardan muzdarip olabilirler.<sup>6</sup>

Yapılan çalışmalardan biri, ebeveynlerin çocuklarına bakmaktan kaynaklanan aşırı stres ve yetersiz destek nedeniyle tükenmişlik yaşadıklarını bildirmiştir.<sup>7</sup> Tükenmişlik, stresli bir durumun süresi ve ilerlemesi nedeniyle bireylerde yoğun bir duygusal çöküş olarak tanımlanır.<sup>8</sup> 1980'lerden beri, ebeveyn ve tükenmişlik sendromu kavramı artmış olup ancak bağlamsal ve psikolojik faktörlerinin daha iyi tanımlanması gerekmektedir. Belçika'da yakın tarihli bir araştırmada ebeveynlerin tükenmişlik oranı yaklaşık %8 olarak bulunmuştur.<sup>9</sup> Bununla birlikte, bu kavram zayıf bir şekilde tanımlanmış ve araştırılmıştır. Sadece birkaç çalışma özellikleri temel alınarak araştırılmıştır. Yapılan araştırmalarda, profesyonel tükenmişlik ve zorluklar arasındaki benzerlik anneler tarafından deneyimlenmiştir.<sup>10,11</sup>

Anneler, genellikle birincil bakım verenler oldukları için yüksek stres seviyeleri yaşama riskleri daha yüksektir.

Bu büyük ve sürekli olan sorumluluğun annelerde olması, kadınların mental sağlık sorunlarının erkeklere göre neden daha fazla olduğunu açıklamaktadır.

Aynı şekilde, Baruch ve ark. yaptıkları çalışmada bu konuyu tartıştılar.<sup>12</sup> Kadınların aile içindeki rolünün yüksek seviyede olması, düşük kontrol seviyesine

---

<sup>6</sup> Tolga Duygun ve Nilhan Sezgin "The Effects of Stress Symptoms, Coping Styles and Perceived Social Support on Burnout Level of Mentally Handicapped and Healthy Children? s Mothers." *Türk Psikoloji Dergisi*, 2003, 18-52, s.37-52.

<sup>7</sup> N.Arman,Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Tükenmişlik ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi,Sosyal Bilimler Enstitüsü,Atatürk Üniversitesi, Erzurum, 2009, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)

<sup>8</sup> Yemliha Çoşkun ve Günbey Akkaş, "Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki." *Journal of Kirsehir Education Faculty*, 2009, Cilt:10, s. 214-215.

<sup>9</sup> Isabelle Roskam vd., "Exhausted parents: development and preliminary validation of the parental burnout inventory." *Frontiers in Psychology*, 2017, Cilt: 8, s. 1-3

<sup>10</sup> Herbert J. Freudenberger, "Staff burn-out." *Journal of Social Issues*, 1974, Cilt:30, Sayı:1, s. 159-165.

<sup>11</sup> Christina Maslach, "Understanding Burnout: Definitional Issues in Analyzing A Complex Phenomenon. *Job Stress and Burnout*, 1982, s. 29-40.

<sup>12</sup> Grance Baruch vd., "Women and Gender in Research on Work and Family Stress." *American Psychologist*, 1987, Cilt:42, Sayı:2, s. 130.

sahip olmalarına ve stres seviyelerinin yüksek olmasına neden olduğu ifade edilmiştir. Yine Belçika’da Mikolajczak ve ark. yaptığı bir çalışmada, ebeveyn tükenmişliği için bir risk faktörü modeli önermişlerdir. Bu model nevroitiklik, bağlanmadan kaçınma, ebeveynlikte rol kısıtlaması, çiftte çatışmaya maruz kalma ve ebeveyn tükenmişliği için risk faktörleri olarak aile düzensizliğini içerir. Öte yandan, duygusal zeka, öz-yeterlilik inançları, pozitif ebeveynlik, ebeveyn anlaşması, evlilik memnuiyeti gibi faktörlerin ebeveynlerin tükenmişliğine karşı koruyucu faktörler olduğu bulunmuştur.

Bu duruma ek olarak, sosyal destek sistemi, bireylerin yaşamın zorluklarıyla başa çıkmasına yardımcı olan ve bakım sağlayan bir bağlantı ağıdır. En genel anlamda sosyal destek, ihtiyacı olan bir kişiyi seven ve önemseyen güvenilir bireylerin, duygusal ve finansal destek bulunduğu, kişilerarası ilişkiler olarak tanımlanabilir. Bu ağ sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, komşular, arkadaşlar ve akrabaları içerir.<sup>13</sup>

Ailelerin, arkadaşlık ve duygusal desteğe ihtiyacı vardır. Ebeveynlere sağlanan sosyal destek düzeyi arttıkça, ailelerin mental sağlıklarının iyileştiği, bu da onların daha olumlu tutumlar benimsemelerine, çocuklarıyla etkileşime girmelerine ve çocukların davranışlarını ve gelişimlerini olumlu yönde etkilemelerine olanak sağladığı bulunmuştur.<sup>14</sup>

İnsanların yaşamlarındaki sosyal destek temelde dört türe ayrılır; bilgisel destek, duygusal destek, araçsal destek ve yaygın destektir.<sup>15</sup> Ebeveynlerin sosyal ilişkileri birden fazla gelen kaynaktan incelenebilir. Özellikle DEHB olan çocukların bakımında algılanan sosyal desteği incelemek, daha bilgilendirici ve klinik olarak daha yararlı olabilir. Ebeveynlerin memnuniyeti veya birden fazla kaynaktan dört tür desteğin algılanan yardımseverliği, farklı stresli durumlarla karşılaşmada farklılık gösterebilir.<sup>16</sup> Podolski ve Nigg yaptığı bir çalışmada, profesyonellerin desteğinin DEHB olan çocukların annelerinde büyük olasılıkla, fazla bakım talebine bağlı olarak ebeveynlik stresi ile pozitif korelasyonlu olduğunu bulunmuştur. Sosyal desteğin,

---

<sup>13</sup> Mehtap Gümüşdaş vd., “Gebelikte Evlilik Uyumu ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki.”, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2016, Cilt:3, Sayı:1, s. 1-8.

<sup>14</sup> Özlem Ersoy and Neslihan Çürük, “The Importance of Social Support For The Mothers of The Children Who Have Special Needs.”, *Family and Community Journal of Educatin, Culture and Research*, 2009, Cilt:5, Sayı:17, s.104-110.

<sup>15</sup> Joyce L.C. Ma, “Effect of Perceived Social Support on Adjustment of Patients Suffering From Nasopharyngeal Carcinoma.”, *Health & Social work*, 1998, Cilt:23, Sayı:3, s. 167-174.

<sup>16</sup> Joyce L.C. Ma vd., “Perceived Social Support in Chinese Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in A Chinese Context: Implications for Social Work Practice.”, *Social Work in Mental Health*, 2017, Cilt:15, Sayı:1, s. 28-46.

DEHB belirtilerinin ebeveynlik üzerindeki olumsuz etkisini azaltıp azaltmayacağı ileri bir araştırmaı hak ettiği ifade edilmiştir.<sup>17</sup>

Sonuç olarak bu araştırma, DEHB'nin, DEHB tanısı almış ocuk ve ergenlerin annelerinin tükenmişlik düzeyi üzerindeki etkisini ve annelerin sosyal desteğini incelemek için yapılmıştır.



---

<sup>17</sup> Cheryl-Lynn Podolski and Joel T. Nigg, "Parent Stress and Coping in Relation to Child ADHD Severity and Associated Child Disruptive Behavior Problems.", *Journal of Clinical Child Psychology*, 2001, Cilt:30, Sayı:4, s. 503-513.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### 1.1. Araştırmanın Problemi

Bu araştırmada çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine başvurmuş, dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı (DEHB) alan çocuk ve ergenlerin annelerindeki tükenmişlik düzeyi ve algılanan sosyal desteğin incelenmesi hedeflenmektedir.

### 1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H1: DEHB ile DEHB tanısı alan bireylerin annelerinin tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H2: DEHB ile DEHB tanısı alan bireylerin annelerinin algılanan sosyal destekleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H3: DEHB tanısı alan bireylerin annelerinin tükenmişlik düzeyleri yüksektir.

H4: DEHB tanısı alan bireylerin annelerinin algılanan sosyal destekleri düşüktür.

H5: DEHB tanısı almayan bireylerin annelerinin tükenmişlik düzeyi düşüktür.

H6: DEHB tanısı almayan bireylerin annelerinin algılanan sosyal destekleri yüksektir.

### 1.3. Araştırmanın Amacı

DEHB tanısı alan ve almayan çocuk ve ergenlerin annelerindeki tükenmişlik düzeyi ve algılanan sosyal destek düzeyinin kıyaslanması ve tükenmişlik düzeyi ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Bu araştırmanın alt amaçları:

- 1) DEHB ile DEHB'li bireylerin annelerinin tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- 2) DEHB ile DEHB'li bireylerin annelerinin algılanan sosyal destekleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- 3) DEHB'li bireylerin annelerinin tükenmişlik düzeyleri yüksek midir?
- 4) DEHB'li bireylerin annelerinin algılanan sosyal destekleri düşük müdür?
- 5) DEHB tanısı almayan bireylerin annelerinin tükenmişlik düzeyleri yüksek midir?
- 6) DEHB tanısı almayan bireylerin annelerinin sosyal destekleri düşük müdür?

#### **1.4. Araştırmanın Önemi**

DEHB olan çocuk ve ergenlerde görülen davranış bozuklukları ve akademik güçlükler anne babalar üzerinde önemli bir stres faktörü oluşturmaktadır. Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda bu çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde zorluklarla baş etme güçlüklerine bağlı gelişen tükenmişlik, depresif semptomlara sıklıkla rastlandığı bildirilmiştir. Ebeveynlere yardımcı olacak geniş aile, rehberlik servisleri, ruh sağlığı elemanlarının bulunması bu sorunların aşılmasında önemli olmaktadır. Literatür taraması yapıldığında çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine başvurmuş, DEHB tanısı alan ve almayan çocuk ve ergenlerin annelerindeki tükenmişlik düzeyinin ve algılanan sosyal desteğin değişkenlerinin beraber incelendiği çalışmalara ek olarak yeni örneklem gruplarıyla incelenmesi amaçlanmıştır. Bu sebeplerden dolayı çalışmanın ebeveynlerin tükenmişlik düzeylerinin azaltılmasına ve sosyal destek algılarının arttırılmasına yönelik önlemler geliştirilmesine ve kaynak oluşturmaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

#### **1.5. Araştırmanın Varsayımları**

1. DEHB Tanısı ile, çocuk ve ergenlerin annelerinin tükenmişlik düzeyi ve algılanan sosyal destekleri arasında ilişki olduğu varsayılmaktadır.
2. Bireylerin her bir ölçeği yansız ve içtenlikle cevapladığı varsayılmaktadır.
3. Kullanılan ölçme araçları psikiyatri desteği bireyler ve annelerindeki tükenmişlik düzeyini ve algılanan sosyal desteği ölçmeyi amaçlamaktadır.

#### **1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları**

1. Araştırma belirli bir hastane örneklemiyle sınırlıdır.
2. Kesitsel bir çalışma olması sebebiyle, neden-sonuç ilişkisi kurulamayacaktır.
3. Bu araştırmaya katılan DEHB'li bireylerin yaşları 7-12 yaş arasında sınırlıdır.



## 1.7. Tanımlar

**DEHB:** Dikkat eksikliği, hiperaktif davranışlar ve dürtüsellik yakınmalarının olduğu, çocukluk döneminde en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir.<sup>18</sup>

**Tükenmişlik:** Kişilerin iş ortamındaki insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal açıdan tükenmiş hissetmeleri, kişisel başarı ve yeterlilik duygularından düşüş yaşamaları olarak tanımlanır. Zor meslek gruplarında çalışan, insanlarla birebir diyalog halinde olan kişilerin, olumsuz durumlar ve stresle baş etme konularındaki yetersizlik sonucu oluşur.<sup>19</sup>

**Algılanan Sosyal Destek:** Bireyin psikolojik sağlığının korumasını ve pozitif olarak etkilenmesini destekleyen, sevgi ve değer görme, önemsenme, güvenli ortam gibi ihtiyaçların karşılanmasını, krize neden olan sorunların imha edilmesini, negatif sonuçların azaltılmasını ve hayata uyum sürecini kolaylaştıran, aile, arkadaş, eş, kurumların sağladığı maddi ve manevi yardımdır.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> Andrew Rowland vd., "The Epidemiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Public Health View." *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 2002, Cilt:8, Sayı:3, s.162-170.

<sup>19</sup> Christina Maslach and Susan E. Jackson, "The Measurement of Experienced Burnout.", *Journal of Organizational Behavior*, 1981, Cilt:2, Sayı:2:, s. 99-113.

<sup>20</sup> Sema Kaner, "Engelli Çocukları Olan Anababaların Algıladıkları Stres, Sosyal Destek ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi." Ankara University, Ankara, 2004 (**Final Report of Scientific Research Project**)

## İKİNCİ BÖLÜM

### KURAMSAL ÇERÇEVE

#### 2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

DEHB, okul çağındaki çocukların %3-7'sini etkileyen en yaygın nöro-gelişimsel bozukluklardan biridir.<sup>21</sup>

DEHB, çocuğun günlük yaşantısını ve akademik performansını olumsuz yönde etkileyebilir. Örneğin; çocuğun giyinme, beslenme, bisiklete binme ve yazı yazma gibi motor koordinasyon işlevlerinde eksiklikler ortaya çıkarabilir.

İleriki yaşlarda DEHB'den etkilenen çocukların, %60-%80'i ergenlik döneminde dikkat sorunları yaşayabilir ve dürtüsel davranışlar sergilemeye devam edebilir.<sup>22</sup>

DEHB'li ergenlerin dürtüsellik seviyelerinin yüksek olması, davranış bozukluklarına neden olabilir.<sup>23</sup> (Saldırganlık, madde kullanımı, hırsızlık, trafik kazaları ve riskli davranışlar nedeniyle erken ölüm)

Yetişkinlikte bu problemler ağırlaşarak kişilerin hedeflerine ulaşmasında ve kişiler arası ilişkilerin sürdürülmesine müdahale edebilir. Ortaya çıkan sorunlar arasında; başarısızlık, yetersizlik, işsizlik, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı da sayılabilir. İkinci bir risk faktörü olarak, DEHB cinsel yolla bulaşan hastalık riskini arttırabilir.

DEHB'li bireylerin antisosyal ve kriminal davranışları, DEHB'ye eşlik eden, Antisosyal Kişilik Bozukluğu (ASKB) ve Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) ile ilişkili olabilir.<sup>24</sup>

#### 2.1.2. DEHB Tarihçe

DEHB'li çocuklardan ilk olarak 18.yy'da İngiltere'de "Kötü Çocuklar" (bad children) olarak bahsedildi.<sup>25</sup>

---

<sup>21</sup> Stephen Farone vd., "The Worldwide Prevalence of ADHD: Is It An American Condition?", *World psychiatry*, 2003, Cilt:2, Sayı:2, s.104.

<sup>22</sup> Sandra Kooij vd., "European Consensus Statement on Diagnosis and Treatment of Adult ADHD: The European Network Adult ADHD.", *BMC psychiatry*, 2010, Cilt:10, Sayı:1, s. 67.

<sup>23</sup> Russell Barkley vd., *ADHD in Adults: What The Science Says*, Guilford Press, 2010, s.1-3.

<sup>24</sup> Joseph Biederman vd., "Functional Impairments in Adults with Self-reports of Diagnosed ADHD.", *J Clin Psychiatry*, 2006, Cilt:67, Sayı:4, s.524-540.

<sup>25</sup> Nahit M. Mukaddes, *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tarihçesi ve Epidemiyolojik İncelemeler*, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, Cilt:3, Sayı:3 ,1998, s.393-399

1844 yılında Alman çocuk doktoru Heinrich Hoffman, Struwpeter adlı çocuklar için, fiziksel muayeneler sırasında ağlayan çocukları eğlendirmek için bir resimli hikaye kitabı yayınladı. Bunlardan biri olan "Fidgety Phil", bir çocuğun huzursuzluğu ve dikkat eksikliği nedeniyle bir ailenin yemeğindeki bozulmaları tasvir ettiği ifade edilmiştir. Ebeveynlerin oğullarının bozucu davranışlarına karşı öfkeli yanıtları DEHB'den etkilenen bir çocukta görülen aile çatışmalarını yansıttığı belirtilmiştir.<sup>26</sup> Fidgety Phil gözlemci klinisyenlerin, DEHB benzeri davranışları ve ilgili etkileri uzun zamandır tanıdıklarını göstermektedir.

DEHB'nin ilk modern tıbbi tanımı, İngiltere'de pediatri babası olarak kabul edilen doktor Sir Frederick Still'e atfedilmiştir. 1902 yılında yapılan bir konferansta, bazı seviyelerde fiziksel beyin hasarı yansıttığı düşünülen, "ahlaki kontrolün anormal bir kusuru" (an abnormal defect of moral control) olarak çocukluğun duygusal ve davranışsal bozuklukları tartışılmıştır.<sup>27</sup>

20.yy'ın başlarındaki diğer olaylar, dikkatsizlik ve dürtü kontrolü ile ilgili sorunların fiziksel beyin hasarından kaynaklandığı yönünde yeni bir görüş olarak katkıda bulunmuştur. Bu dönemde yapılan araştırmalar dikkatsizlik ve aşırı aktifliğe yol açan belirli beyin hasarı alanlarını tanımlayamasa da, bir araştırma çabası sonucunda uyarıcı ilaçların hiperaktif çocuklar üzerindeki olumlu etkilerinin tesadüfen keşfedilmesine yol açmıştır.

1937'de Bradley ileriye dönük bir çalışma başlattı ve amfetamin tedavisi verilen çocukların çoğunda önemli davranışsal ve akademik gelişmeler olduğunu belirtti.<sup>28</sup> Bu keşfin talihsiz sonucu ise, uyarıcıların hiperaktif çocuklarda "paradoksal sakinleşme"ye yol açtığı yönündeki yanlış düşüncelerin ortaya çıkmasıydı. Araştırma, uyarıcıların neredeyse herkesin dikkatini ve motor yerinde duramama halini geliştirdiğini gösterdiğinde, bu fikrin daha sonra yanlış olduğunun kanıtlandığı belirtilmiştir.

Bradley'in keşfi sonucunda 1950 ve 1960'larda metamfetamin (Desoxyn), dekstroamfetamin (Dexedrine) ve amfetamin olmayan metilfenidat (Ritalin) dahil olmak üzere diğer DEHB uyarıcılarının tanınmasına yol açtığı ifade edilmiştir.<sup>29</sup>

1950'lerde ortaya çıkan araştırmalar, anormal davranışı olan tüm çocukların, kanıtlanmış nörolojik lezyonların yokluğunda bile altta yatan beyin hasarına sahip

<sup>26</sup> James Mcgough, *ADHD*. Oxford University Press, 2014, Cilt:2, s.3-8

<sup>27</sup> George F. Still vd., "The Goulstonian Lectures on Some Abnormal Psychological Conditions in Children", *Royal College of Physicians of London*, 1902, Cilt:159, Sayı: 4103 , s.1008-1012

<sup>28</sup> Charles Bradley vd., "The Behavior of Children Receiving Benzedrine.", *American journal of Psychiatry*, 1937, Cilt:94, Sayı:3, s.577-585.

<sup>29</sup> James Mcgough, *a.g.e*, s. 3-8.

olmadığını sorgulamıştır. O dönemlerdeki yeni görüşlere göre, yapısal beyin eksikliklerinin aksine işlevselliğin davranışsal zorluklara neden olduğunu ve minimal beyin hasarının, "Minimal Beyin Disfonksiyonu (MBD)" olarak yeniden tanımlasına yol açtığı ileri sürülmüştür.<sup>30</sup>

1957'de Lauger ve Denhoff'un hiperaktivitenin sendromun belirleyici özelliği olduğunu ve "Hiperkinetik Dürtü Bozukluğu", "Hiperkinezi" veya "Hiperkinetik Sendrom" gibi terimlerden bahsettiklerini belirtmiştir.<sup>31</sup>

1968'de yayınlayan DSM'in ikinci baskısı (DSM-II), "Çocukluk Çağı ve Ergenlik Dönemi Davranış Bozuklukları" kategorik gruplamasında "Çocukluk Çağının Hiperkinetik Reaksiyonu" tanımını yapmıştır. Önceki dönemde "Hiperkinetik Reaksiyon" DSM III ile birlikte "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" olarak yeniden tanımlamıştır. Bozukluğa iki alt tip tanımlanmıştır: "Hiperaktivitenin Eşlik Ettiği Dikkat Eksikliği Bozukluğu" ve Hiperaktivitenin Eşlik Etmediği Dikkat Eksikliği Bozukluğu" olarak aktarılmıştır.

1987 DSM III revizyonunda (DSM III-R) ise bu semptomlar tek bir başlık adı altında birleştirilmiş ve minimum sayıda toplam semptomun karşılanmasıyla tanı belirleneceği iletilmiştir. DSM-III-R hiperaktivite ile ilgili sorunlara yeniden vurgulamıştır ve "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)" durumunu yeniden adlandırmıştır. DEHB adı sendromun bugünde resmi tanımı olarak devam etmektedir. Ancak bitmeyen karışıklığın nedeni bireylerin hiperaktivite belirtilerinde veya dürtüsellik belirtilerinde eksiklik olmasından kaynaklandığı belirtilmiştir.

DSM-IV kriterleri, DEHB semptomlarının ve ilgili bozuklukların 7 yaşına kadar mevcut olması gerektiğini, birden fazla ortamda belirgin olduğunu ve diğer psikiyatrik bozukluk tarafından daha iyi açıklanmadığını tespit ettiği ifade edilmiştir. DSM'in beşinci baskısında da (DSM-V) bozukluğun ismi değişmeden kalmıştır. Artan yaşla birlikte gelişimsel değişiklikleri yakalamak için açıklamalar yapılmasına rağmen semptom tanımları benzer şekilde değişmemiştir. Sonuç olarak, başlangıç yaşı kriterinin, DSM-IV'te tarif edilen semptomların başlangıcı ve bozukluk için 7 yaş gerekliliği yerine, 12 yaşından önce bazı semptomların tanınmasını gerektirecek şekilde değiştirilmiştir.<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> Klaus Lange vd., "The History of Attention Deficit Hyperactivity Disorder.", *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2010, Cilt:2, Sayı:4, s. 241-255.

<sup>31</sup> Maurice Lauger and Eric Denhoff vd., "Hyperkinetic Behavior Syndrome in Children.", *The Journal of pediatrics*, 1957, Cilt:50, Sayı:4, s.463-474.

<sup>32</sup> Mcgough, *a.g.e.*, s. 3-8.

**TABLO 2.1.2** DEHB'yi Tanımlayan Terimlerin Değişimi<sup>33</sup>

Zaman Dilimi	Sınıflandırma	Terim	Tanımlanan Özellikler
1920-1930'lar		Minimal Beyin Hasarı	Yapısal beyin lezyonlarının neden olduğu davranış
1930-1940'lar		Minimal Beyin Disfonksiyonu	Fonksiyonel beyin bozukluğunun neden olduğu davranış
1950'ler		Hiperkinezi/Hiperkinetik Sendrom	Genellikle ergenlikle oluşan beyin temelli gelişimsel gecikme
1960'lar	DSM-II	Çocukluk Çağının Hiperkinetik Reaksiyonu	Destek görülmeyen ortama davranışsal tepki
1980'ler	DSM-III	Dikkat Eksikliği Bozukluğu (DEB)	Dikkatsizlik belirtileri,dürtüsellik,hiperaktivite Dikkat Eksikliği Bozukluğu/Hiperaktivite ya da Dikkat Eksikliği Bozukluğu olarak tanı konabilir.
	DSM-III-R	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)	Minimum birleşik dikkatsiz,dürtüsel,hiperaktif semptom sayısı

<sup>33</sup> Mcgough, *a.g.e.*, s. 3-8.

1990'lar	DSM-IV	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)	Ağırlıklı olarak dikkatsiz,hiperaktif/dürtüsel ve kombine alt tipler
2010'lar	DSM-V	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)	Büyük yaşta hastalar için gelişimsel olarak daha hassas kriterler.

### 2.1.3. DEHB'nin Epidemiyolojisi

DEHB'nin çocuk ve ergenlerdeki genel yaygınlığı tüm dünya ülkelerinde yapılan çalışmalara göre, %5-10 arasındadır.<sup>34</sup> Genişletilmiş çalışmalara bakıldığında, Polanczyk ve arkadaşlarının bildirdiği verilere doğrultusunda DEHB'nin çocuklar için görülme oranı %5.29'dur.<sup>35</sup>

Geçmiş yıllarda ülkemizdeki araştırmalarda; İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine (1957-1978) başvuran çocukların geçmişe dönük değerlendirilmesi yapıldığında, %4.7 (25.749 çocuktan 1220'sinde) oranında minimal beyin disfonksiyonu tanısı aldığı belirtilmiştir. İstanbul ilinde ilköğretim çocuklarının katıldığı çalışmada ise DEHB görülme oranı %5'i doğrulamıştır.<sup>36</sup>

Ülke dışındaki güncel çalışmalar, okul dönemindeki çocuklardaki DEHB prevalansının %8-11 aralığında farklılık gösterdiğini belirtmiştir.<sup>37,38</sup>

Türkiye'de okul çağındaki çocuklardaki oran ise erkeklerde %3,21, kızlarda %1 olarak bildirilmiştir.<sup>39</sup>

<sup>34</sup> L. Hechtman and J.J. McGough, *Dikkat Eksikliği Bozuklukları*, Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Çev.Ö.Öner and A.Aysev, 2007, Cilt:8, s.3183-3205.

<sup>35</sup> Guilherme Polanczyk vd., "The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis." *American Journal of Psychiatry*, 2007, Cilt:164, Sayı:6, s. 942-948.

<sup>36</sup> Nahit Motavallı, Kentsel Kesimde Türk İlkokul Çocuklarında "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun" Nozolojik Bağlamda Prevalansının Araştırılması, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul,1994, s. 53 (**Yayımlanmış Uzmanlık Tezi**).

<sup>37</sup> Kathleen Ries Merikangas vd., "Prevalence and Treatment of Mental Disorders Among US Children in The 2001–2004 NHANES." *Pediatrics*, 2010, Cilt:125, Sayı:1, s.75-81.

<sup>38</sup> Susanna Visser v.d., "Trends in The Parent-report of Health Care Provider-diagnosed and Medicated Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: United States, 2003–2011.", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2014, Cilt:53, Sayı:1, s. 34-46.

<sup>39</sup> Eyüp Sabri Ercan, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Epidemiyolojik Veriler.", *Türkiye Klinikleri Pediatric Sciences-Special Topics*, 2010, Cilt:6, Sayı:2, s.1-5.

### 2.1.3.1. Cinsiyet Farklılığı

DEHB'nin cinsiyet farklılığıyla alakalı yapılan çocukluk çağı çalışmalarında, erkek çocuklarındaki oran 2:1 iken, kız çocuklarındaki oranın 6:1 arasında değiştiği ifade edilmiştir. Yetişkinlerle yapılan çalışmalarda ise, bu oranın 1:1 olduğu bildirilmiştir. Yaşa bağlı olarak değişen bu farklılığın birçok nedeni olabilir.<sup>40</sup>

Örneğin, dikkat eksikliği semptomlarının yetişkin çağında sorun olarak ortaya çıkması ve bu semptomların kadınlarda daha yoğun görülmesi oranın 1:1 olarak artmasına neden olmuştur. Erkek çocuklarıyla ilgili olarak daha çok dikkat eksikliğinden yakınılır. Dikkat eksikliği daha çok çocuğu, diğer semptomları ise çocuğun çevresini rahatsız eder. Bu durumun aksine kız çocukları çevrelerinden aldıkları negatif geri bildirimleri içselleştirir, özür dileme davranışında bulunur, uyum sağlamaya çalışır, suçları üzerine alır ve kavga etmemeye yönelirler. Çevrelerinden gelen talepleri karşılamak için daha fazla çalışırlar ve eksiklikleriyle baş ederek lise çağına kadar başarılı olurlar.<sup>41</sup>

Erkeklerde eş tanılarının daha sık görülmesi, tedaviye başvurmalarına neden olur. Bu yüzden klinik çalışma oranlarının 3:1'e düşmesine neden olduğu ifade edilmiştir. Başka bir değerlendirmede ise kadınların tıbbi sorunlarını daha fazla ifade etmesi ve yardım isteğinden kaynaklı olabileceği belirtilmiştir.<sup>42</sup>

### 2.1.4. DEHB'nin DSM-V'e Göre Klinik Özellikleri

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı veya Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), Beşinci baskı, (DSM-V) Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanmış ve 2013 yılında güncellenmiştir.<sup>43</sup>

DEHB'nin DSM-V'e göre tanı kriterleri aşağıdaki gibi belirtilmiştir.<sup>44</sup>

<sup>40</sup> Özgür Öner ve Ayla Arsev."Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, 2007, Cilt:1, s.397-421.

<sup>41</sup> Joseph Biederman vd., "Gender Effects on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults, Revisited.", *Biological Psychiatry*, 2004, Cilt:55, Sayı:7, s. 692-700.

<sup>42</sup> Cengiz Tuğlu vd., "Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler/Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Neurobiology, Diagnostic Problems and Clinical Features.", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2010, Cilt:2, Sayı:1, s. 75.

<sup>43</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5<sup>th</sup> Edition*, Washington, D.C, 2013

<sup>44</sup> Ertuğrul Köroğlu, *Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı.5.Baskı (DSM-5)*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013., s.29-33

**TABLO 2.1.4.** DSM-V Tanı Ölçütleri

<p>A. Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve/ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü:</p>
<p><b>1. <u>Dikkatsizlik</u>:</b> Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir:</p>
<p><b><u>Not:</u></b> Belirtiler, yalnızca, karşı olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.</p>
<p>a. Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında (derslerde), işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanıtlar yapar (örn. ayrıntıları gözden geçirir ya da atlar, yaptığı iş yanlıştır).</p>
<p>b. Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker (örn. ders dinlerken, konuşmalar ya da uzun bir okuma sırasında odaklanmakta güçlük çeker).</p>
<p>c. Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür (örn. dikkatini dağıtacak açık bir dış uyaran olmasa bile, akli başka yerde gibi görünür).</p>
<p>d. Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz (örn. işe başlar ancak hızlı bir biçimde odağını yitirir ve dikkati dağılır).</p>
<p>e. Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker (örn. ardışık işleri yönetmekte güçlük çeker; kullandığı gereçleri ve kişisel eşyalarını düzenli tutmakta güçlük çeker; dağınık ve düzensiz çalışır; zaman yönetimi kötüdür; zaman sınırlamalarına uyamaz).</p>
<p>f. Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez (örn. okulda verilen görevler ya da ödevler; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları</p>



gözden geçirmek).

g.Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesnelere kaybeder (örn. okul gereçleri, kalemler, kitaplar, gündelik araçlar, cüzdanlar, anahtarlar, yazılar, gözlükler, cep telefonları).

h.Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, ilgisiz düşünceleri kapsayabilir).

i.Çoğu kez, günlük etkinliklerinde unutkanlıktır (örn. sıradan günlük işleri yaparken, getir götür işlerini yaparken; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, telefonla aramalara geri dönmede, faturaları ödemedede, randevularına uymakta).

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

**Not:** Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmanlı tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.

a.Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrılır.

b.Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar (örn. sınıfta, ofiste ya da işyerinde ya da yerinde durması gereken diğer durumlarda yerinden kalkar).

c.Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır. (Not: Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir.)

d.Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.

e.Çoğu kez, "her an hareket halinde"dir, "kıcına bir motor takılmış" gibi davranır (örn. restoranlar, toplantılar gibi yerlerde uzun bir süre sessiz-sakin duramaz ya da böyle

<i>durmaktan rahatsız olur; başkalarının, yerinde duramayan ya da izlemekte güçlük çekilen kişiler olarak görülürler).</i>
<i>f.Çoğu kez aşırı konuşur.</i>
<i>g.Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır (örn. insanların cümlelerini tamamlar; konuşma sırasında sırasını bekleyemez).</i>
<i>h.Çoğu kez sırasını bekleyemez (örn. kuyrukta beklerken).</i>
<i>B.12 yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.</i>
<i>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).</i>
<i>D.Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.</i>
<i>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 esrikliği ya da yoksunluğu).</i>

#### 2.1.4.1. DEHB'nin Alt Tipleri

DEHB'nin alt tipleri DSM-V'te şu şekilde belirtilmiştir <sup>45</sup>:

##### TABLO 2.1.3.1 DEHB Alt Tipleri

**1.Bileşik görünüm:** Son altı ay içinde, hem A1 (dikkatsizlik), hem de A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır.

<sup>45</sup> Köroğlu, a.g.e, s.29-33

**2.Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm:** Son altı ay için de, A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 (aşırı hareketlilik/ dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

**3.Aşırı hareketliliğin/dürtüsellğin baskın olduğu görünüm:** Son altı ay içinde, A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

### 2.1.5. Ayırıcı Tanı ve Değerlendirme

DEHB çoğu ruhsal bozuklukla birlikte görülür bu yüzden belirtileri diğerlerindedeki görülebilir. En fazla olarak, otizm spektrum bozukluğu, mental retardasyon, öğrenme güçlükleri, duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, nörolojik bozukluklar ve madde kullanım bozukluğu gibi diğer gruplarda ortaya çıkabilmektedir.<sup>46</sup>

Çocukların okula başlamadan önceki dönemlerinde, DEHB tanısını ayırt etmeyi zorlaştıran en önemli sorun hareketlilik sorunudur. Ebeveynler çocuklarını tanımlarken, dikkatsiz ve aşırı hareketli olmalarından yakınır. Bu durumdaki ayırt edici unsur, DEHB'li çocukların yakınmalarının süregelen olmasıdır. DEHB'ye sahip olan çocukların, farklı ortam ve farklı zaman zarflarında da aynı tür davranışlarını devam ettirdikleri ifade edilmiştir.

DEHB bir klinik tanı olmakla birlikte, değerlendirme esnasında klinisyene yardımcı olacak tanı araçları, aile ve çocukla yapılan görüşmeler, klinik gözlem, fiziksel ve nörolojik muayene, ölçekler ve bilişsel testlerdir. Klinisyen, DEHB tanısını koyarken birçok kaynaktan yararlanır. Çocukla yapılan birebir görüşmeler, ebeveynlerle görüşme, ebeveyn-çocuk görüşmesi, öğretmen ve rehber öğretmenden bilgi alma tanı koymaya destek vermektedir. Ayrıca ebeveynlere, öğretmenlere ve çocuklara verilen test ve ölçeklerinde sürece katkı sağladığı ifade edilmektedir. Test ve ölçekler patognomonik değildir sadece tanı için yardımcıdırlar. Genellikle DEHB'nin belirtilerini sorgulamak için, ebeveynler ve öğretmenlere hazırlanmış soru formu ve ölçekler verilmektedir. Bu ölçeklerden en fazla

<sup>46</sup> B.J. Sadock vd., **Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu**, Çev.A.Bozkurt, Güneş Tıp Kitapevi, Ankara,2016, s.1169-1180.

kullanılanları; Achenbach Çocuk Davranım Değerlendirme Ölçeği, Conners Değerlendirme Ölçeği ve Pelham Yıkıcı Davranış Bozuklukları Ölçeğidir. DEHB'nin alt testlerinin ortaya çıkmasında Kantitatif EEG (Q-EEG) kullanımının etkili olabileceği aktarılmaktadır.

Aynı zamanda DEHB tanısını değerlendirirken, çocuğun bilişsel ve zeka seviyesini belirlemek için WISC-R testinin kullanıldığı ifade edilmiştir.<sup>47</sup>

### 2.1.6. DEHB ile Komorbidite Bozukluklar

DEHB, neredeyse her ruhsal bozukluğa eşlik etmez. Bunun nedeni okul ve ev ortamında ortaya çıkabilen davranışsal problemlerdir.<sup>48</sup>

Hechtman'a göre, tanı almış DEHB'li çocuk ve ergenlerin yarısından fazlasına eşlik eden, başka bir eş tanı vardır. Bu oranları yaş ve tanı türlerinin fazla olması yükseltebilir. Buna ek olarak, görülme sıklığının yaş, cinsiyet ve farklı örneklem gruplarına (klinik gruplarda daha fazla) göre değişiklik gösterdiğini ifade etmiştir.

Biederman ve ark.'nın 2005 yılında yaptığı çalışmada, DEHB'li çocuk ve ergenlerin %44'üyle başka bir bozukluk birlikte görülmektedir. DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin %29'unda anksiyete bozukluğu, %18'inde davranış problemleri ilgili bozukluklar, %18'inde major depresif bozukluk ve %8'inde bipolar bozukluk bulunmuştur.<sup>49</sup>

DEHB'ye sıkça eş tanı olarak gösterilen bozukluklar, Karşıt Olma-Karşıt Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğudur.<sup>50</sup> Barkley'nin 2006 yılındaki kitabında DEHB'ye eşlik eden KOKGB sıklık oranını %54-67, DB ile oranını ise %20-56 şeklinde gösterilmiştir.<sup>51</sup>

<sup>47</sup> Levent Kayaalp, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 2008, Cilt:62, s.147-152.

<sup>48</sup> Ulrike Ravens-Sieberer vd., "Prevalence of Mental Health Problems Among Children and Adolescents in Germany: Results of The BELLA Study within The National Health Interview and Examination Survey.", *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2008, Cilt:17, Sayı:, s. 22-33.

<sup>49</sup> Joseph Biederman vd., "The CBCL As A Screen for Psychiatric Comorbidity in Paediatric Patients with ADHD.", *Archives of Disease in Childhood*, 2005, Cilt:90, Sayı:10, s.1010-1015.

<sup>50</sup> Birim Günay Kılıç ve Şahnur Şener "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu/Davranış Bozukluğu Eş Hastalanımında Aile İşlevleri ve Psikososyal Değişkenlerin Karşılaştırılması.", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2005, Cilt:16, Sayı:1, s.21- 28.

<sup>51</sup> A.Russell Barkley, *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment (Third Edition)*, The Guilford Press, Newyork, 2006, s. 5.

Bu birlikteliklere ek olarak, DEHB'li çocuklara oldukça eşlik eden bir diğer tanı Özel Öğrenme Güçlüğüdür ve oranında %10-25 arasında olduğu bildirilmiştir.<sup>52</sup>

Eşlik eden bozukluklar incelendiğinde, DEHB'li erkek çocukların, kız çocuklara göre dış yönelim semptomları ortaya çıkmıştır. Bu durumun ergenlikte tam tersi problemlere yol açtığı saptanmış ve içe yönelim belirtilerinin görülme olasılığının çocukluk döneminde görülen sorunlara göre daha fazladır.

DEHB ile ilgili yapılan çalışmalar, DEHB tanısı almış çocuklarda, ergenlik çağında birden çok psikiyatrik bozukluk ortaya çıkabileceğini göstermiştir. DEHB'nin ömür boyu sürmesi, diğer bozuklukların oluşmasına neden olarak açıklanmıştır. Verilen örneklerde, bozukluğun kendisinden gelebilen, düşük akademik başarı, aile ve sosyal çevre ilişkilerindeki problemler depresyonu ortaya çıkarmaktadır.<sup>53</sup>

### 2.1.7. DEHB'yi Etkileyen Faktörler

#### 2.1.7.1. Genetik Faktörler

DEHB'nin nedenleri araştırılırken genetik faktörlerden ilk olarak Cantwell, Morison, Stewart bahsetmiştir.<sup>54</sup>

Geçmişten şu ana kadar yapılan çalışmalarda, genetik faktörlerden, özel bir kalıtım modeli ve özgün genetik anormalliklerinden belirlenebilmesi için başka çalışmalara olan ihtiyaç çok kez ifade edilmiştir.<sup>55</sup>

DEHB'yi etkileyen genetik nedenler ile ilgili yapılan aile çalışmalarında, DEHB tanısı alan çocukların hastalanma sıklığı %20-54 oranında değişmektedir. Buna bağlı olarak ebeveynlerinden gelen hastalanma riski çocuklar üzerinde sekiz kat daha fazla görülmekte ve hastalıkta ailesel geçiş gözlemlenmektedir.<sup>56</sup>

DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin anne-babalarıyla yapılmış 8 çalışmanın meta-analiz sonuçlarına göre, DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerin ebeveynlerindeki, tanı alma risk oranının (Relative Risk) 2-8 kat yükseldiği belirtilmiştir. Yapılan

<sup>52</sup> Pınar Öner vd., "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu", *Sürekli Tıp Dergisi*, Cilt:12, Sayı:3, s. 97-99.

<sup>53</sup> Ayla Aysev ve Pınar Öner, "Çocuklukta Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Olguların Ergenlik Dönemindeki Psikiyatrik Durumlarının İncelenmesi.", *Kriz Dergisi*, 2002, Cilt:10, Sayı:2, s.41-48.

<sup>54</sup> Dee C. Ray vd., "Child-centered Play Therapy in The Schools: Review and Meta-analysis.", *Psychology in The Schools*, 2015, Cilt:52, Sayı:2, s.107-123.

<sup>55</sup> Gizem Melissa Akgün vd., "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Genetik Boyutu.", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, Cilt:3, Sayı:1, s.15-48.

<sup>56</sup> Philip Asherson vd., "Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in The Post-Genomic Era.", *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2004, Cilt:13, Sayı:1, s.50-70.

çalışmalar sonucunda, DEHB ailesel geçişi destekler ve DEHB tanısı yetişkinler içinde geçerli olabilir.<sup>57</sup>

DEHB'li çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde DEHB prevalansına bakıldığında, annelerde görülme oranı %15-20, babalardaki oran ise %25-30 olarak saptanmıştır. Buna göre, anne-babaların DEHB tanısı almış olma oranlarının cinsiyet farklılığına göre değişiklik gösterebileceği söylenmiştir.<sup>58</sup>

DEHB'nin yakın akrabalarda görülme ihtimali ile ilgili çalışmalarda, bozukluğun görülme oranı %10-35 aralığında değişiklik göstermektedir. DEHB tanılıların kardeşlerinde yapılan çalışmalarda ise prevalans %25-35'tir ve görülme riski normal popülasyona göre, üç kat daha artmıştır. Ebeveynlerinden her ikisinde de DEHB tanısı olan çocuklarda ise, DEHB'nin kardeşlerinde görülme riski %57'lere yükselmektedir.<sup>59</sup>

DEHB'li çocuk ve ergenlerin kardeşlerinde yapılan ilk çalışmalardan biri için Safer, ortak anneye sahip, birlikte büyümüş 19 öz ve 22 üvey kardeşlerin, DEHB rastlantı sıklığını karşılaştırmıştır. Kardeş çiftlerinden öz olanlarının yaklaşık yarısı ve üvey kardeş çiftlerinin ikisinde aynı zamanlı DEHB'ye rastlanmıştır. Gruplar arasındaki bu farklılığın DEHB'nin genetik nedenlerinin önemini desteklediğini kanıtlamaktır.<sup>60</sup>

İkiz çalışmalarına bakıldığında ise elde edilen sonuçlar, bir bozukluğun genetik faktörlerden etkilenme oranının ölçüsü olan kalıtılabilirliği analiz etmek için gerekli görülmüştür. Kalıtılabilirlik ölçüsü 0-1 arasında değişiklik göstermekte ve yüksek puanlar, kalıtsal etkideki artışı ifade etmektedir. Faraone ve Doyle, DEHB tanısı almış ikizler ile yapılan 15 çalışmayı değerlendirmiş ve DEHB'nin ortaya çıkma nedenleri arasında genetik faktörlerin %80 etkisi olduğu belirtilmiştir. Değerlendirilen eş hastalanma oranı, DEHB'nin yalnızca kalıtsal etkenlerden kaynaklanmayacağını açıklamaktadır.<sup>61</sup>

---

<sup>57</sup> Stephen V.Faraone and Joseph Biederman, *Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder In Neurobiology of Mental Illness, 2nd ed.*, Oxford University Press, New York, 2004, s. 979-999.

<sup>58</sup> Akgün, *a.g.e.*, s. 15-48.

<sup>59</sup> F. Xavier Castellanos and Rosemary, "Neuroscience of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: The Search for Endophenotypes.", *Nature Reviews Neuroscience*, 2002, Cilt:3, Sayı:8, s. 617-628.

<sup>60</sup> Daniel J. Safer, "A Familial Factor in Minimal Brain Dysfunction.", *Behavior Genetics*, 1973, Cilt:3, Sayı:2, s. 175-186.

<sup>61</sup> Akgün, *a.g.e.*, s. 15-48.

Rutter ve Arkadaşları, DEHB'nin ilk ikiz çalışmalarından birini yürütmüştür. Tek yumurta ikiz (Monozigot) çiftlerinin ve çift yumurta ikiz (Dizigot) çiftlerine oranla birbirlerine psikomotor aktiviteler açısından daha çok benzedikleri belirtilmiştir.<sup>62</sup>

Bu bilgiye ek olarak Willerman ikiz çiftleriyle yaptığı çalışmada, 54 tek yumurta ve çift yumurta ikiz çiftlerinden aldığı sonuçlara göre, motor aktiviteler katılım oranının %77 olduğunu ifade etmiştir.<sup>63</sup>

Yakın tarihli ikiz çalışmalarına bir diğer örnek ise Sherman ve ark.'nın Minnesota Aile İkiz Çalışmasıdır ve 288 erkek ikiz çifti katılmıştır. Anne ve öğretmenlerden alınan belirti verileri değerlendirilirken, verilen bilgiler sonucunda dürtüsellik ve hiperaktivitenin dikkat eksikliğine göre kalıtılabilirlik oranının yüksek olduğunu belirtmiştir. Annelerden alınan kalıtılabilirlik ise öğretmenlerden daha fazladır ve anneler için hiperaktivite-dürtüsellik oranı %91, dikkat eksikliği oranı ise %69 iken, öğretmenler için hiperaktivite-dürtüsellik oranı %69, dikkat eksikliği oranı %39 olarak bildirilmiştir.<sup>64</sup>

Aynı ikiz çalışmalarında olduğu gibi evlat edinme çalışmalarında, psikiyatrik bozukluklardaki kalıtsal ve çevresel faktörlerin etkilerini anlayabilmek adına önemli olanaklar sağladığı görülmektedir.<sup>65</sup>

Hastalıklar çocuklara öz ebeveynlerinden hem genetik hem de çevresel yollarla geçebilirken, evlat edinilen çocuklarda ise sadece çevresel faktörlerle geçişler ortaya çıkabilmektedir. Bundan dolayı, DEHB tanısı alan çocukların, hem öz ailelerinden hem de evlat edinen ailelerinin incelemesi, ailelerden aktarılan genetik ve çevresel faktörlerin ayrıt edilmesine yardımcı olacaktır. Evlat edinme çalışmalarına bakıldığında tanı alan çocuk ve ergenlerin analizleri DEHB'nin genetik kökenli nedenlerini doğrulamaktadır.

---

<sup>62</sup> Michael Rutter vd., "Genetic and Environmental Factors in The Development of Primary Reaction Patterns' ", *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 1963, Cilt:2, Sayı:3, s. 161-173.

<sup>63</sup> Lee Willerman, "Activity Level and Hyperactivity in Twins.", *Child Development*, 1973, s.288-293.

<sup>64</sup> Dianne K. Sherman vd., "Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Dimensions: A Twin Study of Inattention and Impulsivity-Hyperactivity.", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1997, Cilt:36, Sayı:6, s. 745-753.

<sup>65</sup> Faraone and Biederman, *a.g.e.*, s. 979-999.

Geçmiş zamanlarda yapılan çalışmalar, aşırı hareketli çocukları evlat edinen anne babaların, öz akrabalarına göre hiperaktivite ve ilişkili bozuklara daha az oranda rastlandığı ifade edilmiştir. Sprich ve arkadaşlarının daha güncel evlat edinme çalışması incelendiğinde bu kanıya tekrar doğrulanmıştır.<sup>66</sup>

Alberts-Corush ve ark. yaptığı bir diğer çalışmaya göre, bu tanıyı almış çocuk ve ergenlerin öz akrabaları ve evlat edinen akrabalarının dikkat ölçümleri incelendiğinde, evlat edinen akrabaların dikkat performansının daha düşük olduğu belirtilmiştir.<sup>67</sup>

Son olarak segregasyon analizleri incelendiğinde, ailelerdeki bozuklukların kalıtsal faktörlerle ilişkisini değerlendirir ve genetik aktarımı kanıtlamaktadır. Genetik süreçlerle ilgilenen ilk araştırmalardan birini yürüten Omenn, eşey kromozomlarıyla aktarımını değerlendirmiş olmasına rağmen baba ve oğul arasındaki kalıtsal geçişin fazla olması, DEHB patofizyolojisinde önemli bir faktör olmadığını göstermiştir.<sup>68</sup>

Şu ana kadar yapılan araştırmalarda, DEHB'li çocuklar için genlerden taşınma olasılığı %40 olarak belirtilmiştir. Bu bilgi doğrultusunda, DEHB genlerin birbirleri ve çevreleri ile etkileşim halinde olmasıyla meydana gelmektedir. Segregasyon analizlerine ek olarak, DEHB'nin genetik faktörlerinden etkilenmeyenlerin ancak %2'sinde bozukluğun ortaya çıkabilmektedir. Buna göre, genetik temelli olmayan DEHB olgularının tersi şeklinde ifade edilmektedir.<sup>69</sup>

### 2.1.7.2. Psikososyal Risk Faktörleri

Ebeveynlik tarzı, ebeveyn çatışması veya aile stresi gibi psikososyal faktörler DEHB'nin birincil nedenleri arasında görünmemektedir. Ancak DEHB'den etkilenen bir veya daha fazla üyesi olan aileler, genellikle daha yüksek düzeyde çatışmalar gösterse de, bu büyük olasılıkla ebeveynlerin çocukların muhalif veya diğer sorunlu davranışlarını yönetme isteklerinden kaynaklanır. Nedensel olmamakla birlikte psikososyal güçlükler, DEHB semptom şiddetini ve klinik yapıyı desteklemektedir.<sup>70</sup>

---

<sup>66</sup> Susan Sprich vd., "Adoptive and Biological Families of Children and Adolescents with ADHD.", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2000, Cilt:39, Sayı:11, s. 1432-1437.

<sup>67</sup> Jody Alberts-Corush vd., "Attention and Impulsivity Characteristics of the Biological and Adoptive Parents of Hyperactive and Normal Control Children.", *American Journal of Orthopsychiatry*, 1986, Cilt:56, Sayı:3, s. 413-423.

<sup>68</sup> Gilbert S. Omenn, "Genetic Issues in the Syndrome of Minimal Brain Dysfunction.", *Seminars in Psychiatry*, 1973, Cilt:5, Sayı:5, s. 17-25.

<sup>69</sup> Faraone and Biederman, *a.g.e.*, s. 979-999.

<sup>70</sup> James McGough, *ADHD*, Oxford University Press, 2014, p.17-25.



Psikososyal risk faktörleri arasına, evlilikte ciddi derecede anlaşmazlıklar, düşük sosyo-ekonomik statü, ekonomik stres, geniş aile yapısı, babaların suç işlemesi, annelerin ruhsal hastalığa sahip olmaları, taciz, koruyucu aileler tarafından büyütülmek gibi faktörler sıralanabilir. Birden fazla risk faktörünün bir arada toplanması DEHB şiddetinin artmasını öngörmektedir. Kronikleşen aile çatışması, azalan aile dayanışması ve ebeveynlerin ruhsal hastalığa sahip olmaları hakkındaki sonuçların hem DEHB'den kaynaklandığı hem de aynı zamanda DEHB ile ilgili zorlukları kötüleştirdiği görülmektedir.

DEHB'den etkilenen çocuklar genellikle bozukluğun olumsuz etkilerini azalmak yerine bileşik, ebeveyn etkileşimlerini ortaya çıkarır. DEHB'li çocuklar daha sık görev dışı, daha aktif, daha az uyumlu ve disipline daha az duyarlıdır. DEHB tanılı erkek çocukların babalarının daha fazla talepkar, isteksiz ve fiziksel disiplini kullanmaya eğilimli olmaları muhtemeldir. Anneler ise daha onaylamayan, negatif tutuma sahip, uygunsuz zamanlarda katılan ve eleştirel olma eğilimindedirler. Ebeveyn çocuk etkileşiminin bu negatif döngüsü, aile, evlilik ve kişisel zorluklarla başa çıkmayı kötüleştirir.<sup>71</sup>

Ebeveynlerinden biri veya her ikisinde DEHB'li olduğunda etkisiz ebeveynliğin olumsuz etkileri daha da şiddetlenir. DEHB'li çocukların, bozukluğu olan en az bir ebeveyne sahip olma olasılığı yaklaşık %30'dur. DEHB'li ebeveynler genellikle ihmalkar ve tutarsız bir disiplin tutumuna sahiptirler ve dolayısıyla anne babalık için önerilen yaklaşımları uygulamakta daha fazla zorluk çekerler.<sup>72</sup>

### 2.1.7.3. Çevresel Faktörler

Frontal kortekste oluşan hasarların (kafa travması gibi), genlerden gelen semptomlara çok yakın olarak oluştuğu belirtilmiştir. Bu duruma ek olarak, annelerin hamilelik sürecinde alkol ve nikotin tüketimi, prematüre doğumlar, serum kurşun seviyesindeki artış, hamilelik ve doğum esnasında oluşabilecek sorunlar (gebelik, eklampsi, annenin sağlıklı olması, yaş, postmatürite, fetal distres, postpartum kanama) DEHB'nin çocukluk döneminde ortaya çıkmasında önemli bir risk faktör olabileceği ifade edilmiştir. Ailelerin düşük sosyoekonomik statüye sahip olmaları,

---

<sup>71</sup> Dave Daley, "Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Review of the Essential Facts.", *Child: Care, Health and Development*, 2006, Cilt:32, Sayı:2, s. 193-204.

<sup>72</sup> Daley, *a.g.e.*, s. 193-204.

aile içi çatışmalar, anne-babaların hastalığa sahip olması gibi faktörlerde DEHB için çevresel risk faktörleridir.<sup>73</sup>

#### 2.1.7.3.1. Prenatal ve Perinatal Faktörler

DEHB yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıktığı için, doğum öncesi ortamın bozukluğun gelişiminde rol oynayabileceği ifade edilmiştir. Çalışmalar, prematürite, düşük doğum ağırlığı, doğum sancısı, doğum veya bebeklik dönemi komplikasyonları hamilelik sırasında maternal madde kullanımı ve stres de dahil olmak üzere DEHB ile ilişkili görünen çok sayıda risk faktörünü tanımlamıştır.<sup>74</sup> Bu faktörlere ek olarak, hamilelik ve doğum sonrasında, annelerin ve çocuklarının beden ve ruh sağlıklarında problemler ortaya çıkması, çocukta bir organik hastalığın görülmesi, bebeklik döneminde bebeğin konvülsiyona yakalanması gibi etkenlerin DEHB'nin gelişimini destekleyebilecekleri aktarılmıştır.<sup>75</sup>

Yapılan geçmiş incelemelerde bağlantılar kurulmasına rağmen, bugüne kadar tanımlanmış olan doğum öncesi risk faktörleri ile DEHB'nin daha sonraki sonuçları arasında nedensel bir ilişki kavramını desteklemek için henüz yeterli kanıt olmadığı sonucuna varılmıştır.

Prenatal risk faktörlerini, sosyal zorluk gibi postnatal risk faktörlerinden ayırmak zordur. Özellikle ebeveyn ruh sağlığı ve anneden bulaşan kalıtsal faktörlerden ayırmanın da oldukça zor olduğu aktarılmıştır.<sup>76</sup> Obel ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, sigara içen ve sigara içmeyen annelerin çocukları arasındaki DEHB sıklığını karşılaştırırken, genetik karışıklığı kontrol etmek için kardeş uyumlu bir tasarım kullanıldığı aktarılmıştır. Duyarlı genetik testler sonucu prenatal sigara kullanımı ile DEHB arasındaki ilişki zayıflatılmıştır. Bu çalışmalar genetik riskin, bazı

---

<sup>73</sup> Gordon J. Millichap, "Etiologic Classification of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.", *Pediatrics*, 2008, Cilt:121, Sayı:2, s. 358-365.

<sup>74</sup> Emma Sciberras vd., "Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD—Review of Existing Evidence.", *Current Psychiatry Reports*, 2017, Cilt:19, Sayı:1, s. 1.

<sup>75</sup> David E. Mcintosh vd., "Utilization of Maternal Perinatal Risk Indicators in the Differential Diagnosis of ADHD and UADD children.", *International Journal of Neuroscience*, 1995, Cilt:81, Sayı:3-4, s. 35-46.

<sup>76</sup> Anita Thapar vd., "Prenatal Smoking Might Not Cause Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Evidence from A Novel Design.", *Biological Psychiatry*, 2009, Cilt:66, Sayı:8, s. 722-727.

doğum öncesi risk faktörleri ve DEHB arasındaki ilişkiyi destekleyen daha açıklayıcı faktörler olabileceğini vurgulamaktadır.<sup>77</sup>

Ek olarak, bozukluğun ortaya çıkmasında erken gelişimsel belirtileri açıklamaya yönelik iki geçerli görüş bildirilmiştir. İlk görüş, DEHB'den kaynaklanan davranışları, tanılı çocukların kişilik özelliklerinin parçası olarak tanımlarken, ikinci görüş bu belirtilerin nörogelişimsel bir gecikme sonucu ortaya çıkabileceğini ifade etmektedir. Geçmişten bugüne, DEHB'li çocuklarla yapılan çalışmaların çoğunun öyküsünde doğum komplikasyonu görülmemiş olmasına rağmen, perinatal faktörler DEHB'nin nedenleri ile ilgili dikkat çeken unsurlardan biri olmaya devam etmektedir.<sup>78</sup>

#### 2.1.7.4. Beyin Görüntüleme

DEHB'nin etiolojisi araştırılırken, Bilgisayarlı Tomografi (CT) ve MRI kullanılarak yapılan beyin görüntüleme çalışmaları, beyin anormallikleri, en sık olarak beyin ve beyaz madde hacimlerine, özellikle frontal korteks, serebellum ve subkortikal yapılarda azalmalar gösteren kanıtlar bulunmuştur. Kaudat çekirdeği farklılıkları ergenlik döneminde ortadan kalktığı ve diğer beyin yapılarındaki farklılıklar sabit görüldüğü ifade edilmiştir. Parietal korteks ve hipokampus gibi alanlarda normal yapılar semptomların azalmasıyla ilişkilirken, devam eden hacim kaybı tipik olarak kalıcı semptomlarla ilgilidir. Yapılan uzunlamasına çalışmalar, DEHB'den etkilenen grupların paralel ancak geçikmiş beyin gelişimi modellerine sahip olduğunu ve kortikal olgunlaşmada yaklaşık 3 yıllık gecikme olduğunu göstermektedir.<sup>79</sup>

Beyin görüntüleme çalışmalarından bir diğerinde ise, DEHB'li çocukların ebeveynlerinde Pozitron Emisyon Tomografisinde (PET), premotor ve glukoz metabolizmasında azalma saptandığı aktarılmıştır.<sup>80</sup> DEHB tanısı konan erişkinlerde Tek Foton Bilgisayarlı Tomografi (SPECT) kullanan çalışmalar, ölçülen yürütücü işlev açıkları ve striatal bölgelerde tutarlı olarak prefrontal bölgelerde azalmış

---

<sup>77</sup> Carsten Obel vd., "Is Maternal Smoking During Pregnancy A Risk Factor for Hyperkinetic Disorder?—Findings from A Sibling Design.", *International Journal of Epidemiology*, 2011, Cilt:40, Sayı:2, s. 338-345.

<sup>78</sup> Eyüp Sabri Ercan vd., "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Etiyolojisinde Genetik, Nörolojik ve Perinatal Etkenlerin Önemi.", *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 1998, Cilt:3, s. 399-413.

<sup>79</sup> Philip Shaw vd., "Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Is Characterized By A Delay in Cortical Maturation.", *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2007, Cilt:104, Sayı:49, s. 19649-19654.

<sup>80</sup> Ana Cubillo and Katya Rubia, "Structural and Functional Brain Imaging in Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.", *Expert Review of Neurotherapeutics*, 2010, Cilt:10, Sayı:4, s. 603-620.

perfüzyon ve daralmalar bulunmuştur. Çocuk ve Ergenlerde yapılan Fonksiyonel görüntüleme çalışmaları (fMRI), başta frontostriatal ve pariyetal bölgelerde olmak üzere DEHB ile hipoaktivasyon modelleri gösterdiği ifade edilmiştir.<sup>81</sup>

Sonuç olarak, DEHB, büyük ölçekli beyin sistemlerinde anormal aktivasyon ile ilişkilidir. DEHB'li çocuklar, sırasıyla frontoparietal ve ventral dikkat ağlarında yürütücü işlev ve dikkat ile ilişkili beyin bölgelerinde hipoaktivasyon ve varsayılan, ventral dikkat soma-motor ağlarında hiperaktivasyon göstermiştir.

## 2.1.8. DEHB Tedavisi

### 2.1.8.1. İlaç Tedavisi

Farmakolojik tedavi, DEHB için rutin uygulamalarda ve kılavuzlarda ana tedavi yöntemidir. DEHB için çeşitli ilaçlar mevcuttur.<sup>82</sup> Metilfenidat (MPH) sentetik merkezi sinir sistemi için uyarıcı bir ilaçtır. MPH, DEHB tedavisi için onaylanmıştır. Çok geniş bir meta-analize göre, farmakolojik ve farmakolojik olmayan seçenekler göz önüne alındığında, DEHB için mevcut en etkili tedavi yöntemi olarak psikostimülanların kullanımını desteklemektedir.<sup>83</sup> MPH, DEHB tanılı çocukların %75 'inde etkilidir ve en fazla kullanılan uyarıcı ilaçtır. FDA (Amerika Gıda ve İlaç Birliği) altı yaşından sonra kullanılmasını onaylamıştır. Türkiye'de mevcut olup, doktor kontrolü eşliğinde, kırmızı reçete ile yazılabilir. MPH ağızdan alınır alınmaz hızla emilir ve besinler sayesinde emilim artar. Kan-beyin bariyerini kolaylıkla geçtikten sonra, proteinlere bağlanıp yağ dokusunda depolanmadığı için hızlı bir şekilde sindirilir. Standart tabletin etkisi alındıktan 30 dakika sonra başlar ve plazmadaki en yüksek değere 2 saatte ulaşır, plazmanın yarılanma ömrü ise 3-4 saattir. Sabah ve öğlen dozları okula yardımcı olup, sakin ve normal davranmalarını kolaylaştırır. Günlük 0.3-1 mg/kg'lık doz tavsiye edilir. Kısa süreli etkili psikostimülanlara örnek olarak Türkiye'de Ritalin ve Medikinet (10 mg) tablet kullanılmaktadır. Uzun süreli ise Concerta (18,27,36,54 mg) kapsül, Medikinet Retard (10,20,30,40 mg) kapsüldür.

<sup>81</sup> Cubillo and Rubia, *a.g.e.*, s. 603-620.

<sup>82</sup> Stéphane Auvin vd., "Systematic Review of the Screening, Diagnosis, and Management of ADHD in Children with Epilepsy. Consensus Paper of the Task Force on Comorbidities of the ILAE Pediatric Commission.", *Epilepsia*, 2018, Cilt:59, Sayı:10, s. 1867-1880.

<sup>83</sup> Ferran Catala-Lopez vd., "The pharmacological and Non-pharmacological Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: A systematic Review with Network Meta-analyses of Randomized Trials", *PloS one*, 2017, Cilt:12, Sayı:7, s. 1-31.

MPH'nin en yaygın yan etkilerinin uykusuzluk, sinirlilik hali, iştah azalması ve baş ağrısı olabileceği ifade edilmiştir.<sup>84</sup>

Ek olarak, mide bulantısı, karın ağrısı, huzursuzluk hali, aşırı hareketlilik , irritabilite, kalp hızında ve kan basıncında artış gibi yan etkiler ortaya çıkabilmektedir. Gerekli doz düşürme ve ilaç zamanlarında düzenlemeler yapılarak yan etkiler yok edilebilir.

Atomoksetin, ABD'de DEHB tedavisi için onaylanmış bir norepinefrin (non adrenalin) geri alım inhibitörüdür. Atomoksetin merkezi sinir sistemi (CNS) uyarıcısı olarak kabul edilmemektedir. Ayrıca çalışmaya göre, Atomoksetinin DEHB için kabul edilebilir bir etkinliğe ve güvenliğe sahip olduğunu ancak etkinin psikostimülanlardan daha zayıf olduğunu göstermektedir. Alındıktan sonra hızla emilim sağlar, yiyecekler tarafından etkilemez. Plazma doruk seviyeye 1-2 saatte varır ve karaciğer üzerinden sindirimi sağlanır, plazma yarılanma süresi 5,2 saattir. Bir gün içinde idrar yoluyla vücuttan atılır. En fazla görülen yan etkilerine örnek olarak iştah azalması baş dönmesi, dispepsi, sinirlilik hali, uyku hali, baş ağrısı, kusma ve halsizliktir. Doz etki seviyesinin 0,6-0,8 mg olduğu aktarılmıştır.<sup>85</sup>

## **2.1.8.2. Psikoterapötik Tedavi Yöntemleri**

### **2.1.8.2.1. Bilişsel Davranışçı Terapi**

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), düşüncelerimizin, duygularımızın ve davranışlarımızın nasıl belirlendiğini öne çıkaran yapılandırılmış terapidir. Oyun çağı çocuklarına uygulanan BDT, bilişsel ve duygusal gelişim özellikleri açısından tıpkı ergen ve yetişkinlerinki gibidir. Bu yüzden terapi yönteminin klasik olarak uygulanması zorlaşabilir. BDT'nin gelişim süreçleri ve yaş gruplarına göre uygulanması gerekir.<sup>86</sup>

Kendall'a göre iyi bir ödül sistemi oluşturma, verilen psiko-eğitimin iyi olması, aile eğitimi, bilişsel yapılandırmayı çocuğun yaşına göre metaforlarla sağlamak çocuklarda BDT'nin başarılı olmasının temel adımlarıdır.<sup>87</sup> BDT uygulamaları haftada bir veya iki defa ayaktan tedavi olarak uygulanır. Seans içeriğinde ev ödevleri vardır ve ödevlerin yapılabilmesi için zaman aralıklarına dikkat edilmesi önemlidir. Yatarak tedavi alan hastalar için, günlük BDT uygulamaları gerekebilir

<sup>84</sup> Kayaalp, **a.g.e.**, s. 147-152.

<sup>85</sup> David Michelson vd., "Once-daily Atomoxetine Treatment for Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Randomized, Placebo-controlled Study.", **American Journal of Psychiatry**, 2002, Cilt:159, Sayı:11, s. 1896-1901.

<sup>86</sup> Özlem Özcan ve Gonca Gül Çelik, "Bilişsel Davranışçı Terapi.", **Türkiye Klinikleri J. Child Psychiatry-Special Topics**, 2017, Cilt:3, Sayı:2, s. 115-120.

<sup>87</sup> Philip C. Kendall, **Coping Cat Workbook**, Workbook Pub, 2006, p. 1-81.

buna terapistin hastanın özelliklerine ve ihtiyaçlarına göre karar vermesi en doğrusu olacaktır. Çocuk ve ergenler için BDT seansları 30-60 dakika arasındadır. Tedavi süreci 3-6 ay arasında değişmekte olduğundan 12-20 seans arasında sonlandırılmalıdır.<sup>88</sup>

DEHB için ilaç tedavisinin yanı sıra BDT tekniği kullanılmaktadır. Tedavi açısından bakıldığında BDT müdahalesinin tek başına kullanımı, DEHB semptomlarının gerilemesinde büyük ölçüde etkisiz olduğu kanıtlanmıştır.<sup>89</sup> Ancak literatürde BDT'nin DEHB tedavisini desteklediğine yönelik çalışmalarda bulunmaktadır.<sup>90</sup>

### 2.1.8.2.2. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi

Okul öncesi dönemdeki DEHB'li çocuklar için en önerilen terapi yöntemi oyun terapisi. Oyun terapisi, çocuğun doğal dilinde iletişimi destekleyen, 3-11 yaş aralığındaki çocuklar için gelişimsel olarak uygun bir tedavidir. Oyun terapisinin çocuklar üzerindeki etkinliği ile ilgili yapılan çalışmalarda, çeşitli duygusal ve davranışsal bozukluklar yaşayan çocuklarla oyun terapisinin etkinliği desteklenmektedir. Ancak DEHB'li çocukların sadece bir çalışmaya dahil edildiği aktarılmıştır.<sup>91</sup>

Ray ve ark., Çocuk Merkezli Oyun Terapi (ÇMOT) etkisini değerlendirmiş, 23 çalışmanın sistematik bir incelemesini tamamlamışlardır.<sup>92</sup>

Sonuçlar, ÇMOT müdahalelerinin içselleştirme ve dışsallaştırma problemleri, bütüncül problemler, öz yeterlilik, akademik ve diğer davranış problemleri olan çocuklar için doğrulanmış bir müdahale olduğunu göstermiştir.

### 2.1.8.3. Psikoeğitim

Psikoeğitim, hastaları ve akrabalarını hastalıkları ve tedavisi hakkında bilgilendirmek, hastalığın anlaşılmasını ve kişisel yönetimine teşvik etmek için

---

<sup>88</sup> Andres Martin vd., *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, Lippincott Williams & Wilkins, 2007, p. 507.

<sup>89</sup> William E. Pelham vd., "Evidence-based Psychosocial Treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.", *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2008, Cilt:37, Sayı:1, s. 184-214.

<sup>90</sup> Rachael C. Murrihy vd., *Clinical Handbook of Assessing and Treating Conduct Problems in Youth*, Springer Science & Business Media, 2010, p. 517.

<sup>91</sup> Garry L. Landreth, *Play Therapy: The Art of the Relationship (2nd ed.)*. Routledge, Newyork, 2012, p. 181.

<sup>92</sup> Dee C. Ray vd., "Child-centered Play Therapy in the Schools: Review and Meta-analysis.", *Psychology in the Schools*, 2015, Cilt:52, Sayı:2, s. 107-123.

sistematik, didaktik bir yaklaşım olarak tanımlanmıştır.<sup>93</sup> Psikoloji alanında, psikososyal programlar ve psikoeğitim temelli müdahaleler bireylere bozukluk hakkında destek, bilgi ve baş etme becerileri sağlayarak mental sağlık bozuklukları teşhisi hakkında bilgi vermeyi amaçlar.

Genel olarak, psikoeğitimin amaçları şunlardır<sup>94</sup> :

- Hastaların ve akrabalarının hastalık hakkında “temel yeterlilik” e ulaşmasını sağlamak; hastalığın bilinçli ve kendinden sorumlu alınmasını kolaylaştırmak
- Hastaların hastalıkları konusunda uzman olarak rollerinin derinleştirilmesi
- Tedavide akrabaların rolünün güçlendirilmesi
- Profesyonel terapötik yöntemlerin ve güçlendirmenin optimal kombinasyonunun teşvik edilmesi;
- Hastalık ve iç görünümün iyileştirilmesi
- Hastalığın tekrarının önlenmesinin teşvik edilmesi
- Bilgilendirici ve eğitsel aktivitelerin artırılması

DEHB olan çocuklar için psikoeğitim müdahaleleri farklı uluslararası klinik kılavuzlar tarafından önerilmiştir.<sup>95,96</sup> DEHB için psikoeğitim programları sunular, videolar, çalışma kağıtları ve grup tartışmaları yoluyla bozukluk hakkında genel bilgi vermeyi amaçlar.

---

<sup>93</sup> Maite Ferrin vd., “Evaluation of a Psychoeducation Programme for Parents of Children and Adolescents with ADHD: Immediate and Long-term Effects Using A Blind Randomized Controlled Trial.”, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2014, Cilt:23, Sayı:8, s.637-647.

<sup>94</sup> Josef Bauml vd., “Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients with Schizophrenia and Their Families.”, *Schizophrenia Bulletin*, 2006, Cilt:1, s. 1-9.

<sup>95</sup> U. Jain vd., *Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA) Canadian ADHD practice guidelines (3rd ed.)*, Toronto, 2006, p. 1-160.

<sup>96</sup> National Institute for Health and Care Excellence Resmi İnternet Sayfası, Attention Deficit Hyperactivity disorder: Diagnosis and Management, <https://www.nice.org.uk/guidance/NG87> (Erişim Tarihi:27.03.2020)

Bu bilgi tipik olarak aşağıdakileri içerir <sup>97</sup> :

- DEHB ve semptomlarının bir tanımı
- DEHB ve epidemiyolojisi ve etiyolojisi hakkında eğitim
- Sık sık ortaya çıkan bozukluklarla ilgili istatistikler (örneğin, davranış bozukluğu, öğrenme bozuklukları)
- DEHB olan bireylerin yaşam süresi prognozu hakkında bilgi
- Mevcut farklı tedavi yaklaşımlarının artıları ve eksileri hakkında eğitim

Psikoeğitim müdahalelerine katılanlara, hem katılımcıların hem de ailelerin teşhis ve tedavilerini ele almada yetkinlik ve sorumluluk düzeyi geliştirebilmelerini sağlamak için düzenli olarak başa çıkma becerileri ve stratejileri öğretilir.

### 2.1.9. Anneler ve DEHB

DEHB'li çocukların akranlarından daha fazla eğitim sorunları vardır ve toplumda dışlanabilirler.

Okul sonrası yıllarda antisosyal davranışlar sergilerler ve ileriki yıllarda birçok sorunla karşılaşabilirler. DEHB'li bir çocuğun ebeveyni olmak bazen zorlu ve sinir bozucu bir görev olabilir. Bu çocukların davranış sorunları ile ebeveynlik yetersizlikleri ve sosyal durumları ebeveyn zorluklarını şiddetlendirmektedir. DEHB olan çocukların farklı problemleriyle başa çıkmak ebeveynlerin mental sağlığı üzerinde olumsuz etkilere yol açabilir.<sup>98</sup>

DEHB tanılı çocukların davranış sorunları yüksek olduğundan, ebeveynleri normal çocukların ebeveynlerinden daha fazla stres altındadır.

Aile içindeki stres, özellikle kronik olduğunda ve gelişimin başlangıcında mevcut olduğunda, ebeveynlerin, çocukların ve ebeveyn-çocuk ilişkilerinin sağlığı üzerinde zararlı etkileri vardır.<sup>99</sup> Mesh ve Johnston, özellikle okul öncesi grupta olan DEHB'li çocukların annelerinde tüm alanlarda ebeveynlik stresinin önemli ölçüde yüksek olduğundan bahsetmiştir ve daha küçük çocukların ebeveynlerinin büyük çocuklarının ebeveynlerinden daha fazla ebeveynlik stresine sahip olduklarını

<sup>97</sup> Maite Ferrin vd., "A Randomized Controlled Trial Evaluating The Efficacy of A Psychoeducation Program for Families of Children and Adolescents with ADHD in the United Kingdom: Results After A 6-month Follow-up.", *Journal of attention disorders*, 2020, Cilt:24, Sayı:5, s. 768-779.

<sup>98</sup> Christine Harrison and Kate Sofronoff, "ADHD and Parental Psychological Distress: Role of Demographics, Child Behavioral Characteristics, and Parental Cognitions.", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2002, Cilt:41, Sayı:6, s. 703-711.

<sup>99</sup> Kirby Deater-Deckard and Sandra Scarr, "Parenting Stress Among Dual-earner Mothers and Fathers: Are There Gender Differences?", *Journal of Family Psychology*, 1996, Cilt:10, Sayı:1, s. 45.



bulmuşlardır. Stres, DEHB'yi incelemek için belirleyici bir konudur ve ebeveyn-çocuk ilişkisinde bozulmalara neden olur.<sup>100</sup> Bu duruma ek olarak, daha fazla stres altında olan annelerin, çocuklarının davranışlarını daha olumsuz gördükleri veya daha zor çocukları olan annelerin daha fazla stres yaşadıkları görülebilir.

Bu konuda başka çalışmalara bakıldığında, Theule ve ark.'nın çalışmasında, DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin daha yüksek ebeveyn stresi yaşadığı bulunmuştur.<sup>101</sup> Ancak ebeveyn alanında bu bulgunun DEHB olmayan çocukların ebeveynlerinden daha fazla veya ergen ebeveynleri için de geçerli olup olmadığı belirsizdir.<sup>102</sup>

Hallberg ve ark.'nın yaptıkları nitel çalışmada, DEHB'li kız ergenlerin annelerinin temel ebeveynlik alanını şu şekilde bulmuşlardır; sık sık uykusuz kalmak, tüm yaşamlarını kızları için tecrit etmek ve strese bağlı oluşan hastalıklarından dolayı acı çekmek gibi.<sup>103</sup>

DEHB tanılı çocukların ebeveynlik stresli çalışmalarının çoğunda örnekler sadece annelerden oluşmaktadır. Bununla birlikte, yapılan yedi çalışmada annelerin babalara kıyasla ebeveynlerin stres düzeylerini karşılaştırmış ve annelerinden babalardan biraz daha yüksek düzeyle stres ve çocuk alanında stres yaşadığı bulunmuştur. Her iki ebeveyninde ebeveynlik stresini araştırmak önemli olmuştur çünkü anneler genellikle evdeki disiplini sağlamak dahil çocuk bakımının çoğunu üstlenirler. Theule ve ark.'nın meta-analizinde, çocukların dışsallaştırma ve içselleştirme problemleri, maternal depresif belirtiler ve düşük evlilik kalitesi de dahil olmak üzere 12 yaş altındaki DEHB'li çocukların ebeveynlerinde ebeveynlik stresinin çeşitli öngörücüleri ortaya çıkmıştır.<sup>104</sup>

Ek olarak, bu stres DEHB'li çocukların annelerindeki belirtiler ve düşük sosyal destek seviyeleri ile ilişkilidir.

Aynı şekilde, DEHB'li bireylerin, çocuklarıyla etkileşimini gözden geçirdiğimizde ise görevlendirme koşullarında ebeveyn ve çocuk arasındaki çatışmanın arttığı, çocuk

---

<sup>100</sup> Eric J. Mash and Charlotte Johnston, "Parental Perceptions of Child Behavior Problems, Parenting Self-esteem, and Mothers' Reported Stress in Younger and Older Hyperactive and Normal Children.", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983, Cilt:51, Sayı:1, s. 86.

<sup>101</sup> Jennifer Theule vd., "Parenting Stress in Families of Children with ADHD: A meta-analysis.", *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2013, Cilt:21, Sayı:1, s. 3-17.

<sup>102</sup> Judith Wiener vd., "Parenting Stress of Parents of Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder.", *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2016, Cilt:44, Sayı:3, s. 561-574.

<sup>103</sup> Ulrika Hallberg vd., "Living at the Edge of One's Capability: Experiences of Parents of Teenage Daughters Diagnosed with ADHD.", *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2008, Cilt:3, Sayı:1, s. 52-58.

<sup>104</sup> Theule vd., *a.g.e.*, s. 3-17.

uyumu ve annenin duyarlılığının azaldığı ve annelerin daha olumsuz hale geldiği ve daha cezalandırıcı bir şekilde hareket ettiği görülmektedir.

Dolayısıyla yapılan tüm araştırmalar, DEHB'li çocukların annelerinin normal çocukların annelerinden daha fazla ebeveyn zorlukları çektiği ve ebeveynlik stresinin cezalandırıcı yöntemlerini etkilediği sonucuna varılmıştır.<sup>105</sup>

## 2.2. Tükenmişlik

### 2.2.1. Tükenmişlik Kavramı

Tükenmişlik kavramı ilk olarak profesyonel alanda “başkalarıyla sürekli temas halinde çalışmanın zihinsel ve fiziksel tükenmesi” olarak tanımlandı.<sup>106</sup>

Tükenmişlik, duygusal stresle karşı karşıya kalındığında bireyin tepkisinden oluşur ve bir dizi psikolojik ve fiziksel durum ile karakterizedir. Literatürde iki ana görüş baskındır. İlki tükenmişliği tek boyutlu bir kavram olarak görmektedir. İkinci görüş ise, tükenmişlik sendromunu üç boyutu kapsayan çok boyutlu bir kavram olarak değerlendirir. Bu üç kavramın içinde duygusal tükenme (aşırı duygusal ve tükenmiş olma hissi), sinizm ya da duyarsızlaşma (olumsuz, kayıtsız ve aşırı tekil tutumlar sergileme) ve son olarak geçmiş ve şimdiki zamandaki başarıların kaybı (azalan yetkinlik ve başarı duyguları) bulunmaktadır. Maslach ve Jackson, tükenmişlik ile ilgili yaptıkları çalışmalarında tükenmişlik sendromunu, duygusal tükenme duygularının artması olarak ifade etmişlerdir.<sup>107</sup>

Maslach'ın Tükenmişlik Modelini üç bölüme ayırdığımızda<sup>108</sup> ;

#### 1) Duygusal ve Fiziksel Yorgunluk:

Bu bölümde duygusal ve fiziksel enerjide azalmalar görülmesi ile tanımlanabilir. Birey tükendiğini duygusal kaynaklarının azaldığını ve duygusal açıdan yorgun olduğunu hissedebilir. Bu durum tükenmişliği kişisel olarak belirtir ve kişi artık geçmişteki sorumluluklarına sahip olmadığını düşünür.

#### 2) Duyarsızlaşma:

---

<sup>105</sup> Shakila Yousefia vd., "Parenting Stress and Parenting Styles in Mothers of ADHD with Mothers of Normal Children.", *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2011, Cilt:30, s. 1666-1671.

<sup>106</sup> Christina Maslach, "Burn-Out.", *Human Behavior*, Cilt:5, s. 16-22.

<sup>107</sup> Maslach and Jackson, *a.g.e.*, s. 99-113.

<sup>108</sup> Christina Maslach, "A Multidimensional Theory of Burnout." *Theories of Organizational Stress*, 1998, Cilt:68, s. 85.

Duyarsızlaşma ya da uzaklaşmadan bahsedilir. Genelde bireyler kendilerinden istenenlerin farkındadırlar ama bunu gerçekleştirecek çalışma güçleri ve motivasyonları yoktur. Hizmet verdikleri bireylere karşı umursamaz bir tutum içinde bulunabilirler. Bu davranışın altında yatan temel duygular arasında yabancılaşma duygusu yoğundur ve bu davranış bir savunma mekanizmasıyla gerçekleşmektedir. Buradaki “Duyarsızlaştırma” kavramı kişiler arası tükenmişlik ile ilgilidir. Spesifik olarak hizmet verilen kişilere karşı olumsuz tutum ve tepkilerde bulunmayı beraberinde getirir. Bir annenin çocuğu acı çektiğinde ya da ağladığında hiçbir şey hissetmemesi, duyarsızlaşma veya öfke hissetmesi bu duruma örnek olabilir.<sup>109</sup>

### 3) Başarıları İnkâr Etme ve Verimliliğin Düşmesi:

Kişinin özgüvenini kaybetme riskinin oluşması ve kapasitesine, yeterliliğine karşı güven eksikliği ifade edilmiştir. Boşuna çabaladığı işte, başarılı olmayacağı gibi düşünceler ile depresif semptomlar gösterebilir.<sup>110</sup> Bu durumdan dolayı anne-çocuk ilişkisi de zarar görebilir ve anne ile çocuğun birlikte geçirdiği zaman kalitesinde bozulmalar ortaya çıkabilir.

### 2.2.2. Anne Tükenmişliği

Anne tükenmişliği kavramı profesyonel tükenmişlik kavramından gelmektedir ve ilk olarak bu kavramdan Freudenberger, Maslach ve Jackson bahsetti.<sup>111,112</sup>

Araştırmacılar, mesleki yorgunluk ile yetişkinlerin ebeveynlik rollerinde yaşadıkları zorluklar arasında bazı benzerlikler bulmuşlardır. Başkalarıyla sürekli temas halinde çalışanların iş yükünü çocuk bakımı yapan ebeveynlik göreviyle karşılaştırmışlardır. Daha yakın zamanlarda, ebeveyn tükenmişliği kavramı giderek daha fazla ilgi görmüştür ve tükenmişlik yaşayan annelerin çok fazla anlatısı kitle iletişim araçları aracılığıyla ortaya çıkmıştır. Ebeveynlik, günümüzde yetişkinlerin yaşamlarında, çoğu kez herhangi bir destek veya hazırlık olmaksızın karşılaştığı en zorlu görevlerden biridir.<sup>113</sup> Anneler, tükenmişliği şu cümlelerle ifade etmektedir: “Bana

<sup>109</sup> Ege Akgün, “Stress and Burnout Among Mothers/Annelerde Stres ve Tükenmişlik.”, *Journal of Human Sciences*, 2014, Cilt:11, Sayı:2, s. 238-250.

<sup>110</sup> Apostolos Iacovides vd., “The Relationship Between Job Stress, Burnout and Clinical Depression.”, *Journal of Affective Disorders*, 2003, Cilt:75, Sayı:3, s. 209-221.

<sup>111</sup> Freudenberger, *a.g.e.*, s. 159-165.

<sup>112</sup> Maslach and Jackson, *a.g.e.*, s. 99-113.

<sup>113</sup> J. Poole, “Tackling Poor Parenting: A Public Health Issue.” *The Journal of Family Health care*, 2003, Cilt:13, Sayı:2, s.49-51.

anestezi verilmiş gibi hissediyorum, kollarımı kaldıramıyorum yüküm ağır geliyor.”, “Sevdiklerimin ihtiyaçlarını karşılayamıyorum, onlara karşı sabırlı değilim, kolayca bağırabiliyorum bu yüzden hayal kırıklığı yaşıyorum.”, “Pilim bitti, kendimden verdim oysaki süper kadındım, kendimi şarj edemiyorum.” gibi cümleler kullanmışlardır.<sup>114</sup>

Bu duruma bağlı olarak annelerde orta çıkan somatik belirtilere<sup>115</sup>;

- Yaygın ağrı bozuklukları (baş ağrısı, mide ve karın ağrısı, eklem ağrıları)
- Enerjide azalma
- Nefes darlığı
- Uyku sorunları
- Kronik yorgunluk
- İstemsiz kilo değişimleri
- Şeker, kalp ve mide hastalıkları dahil olabilir.

Duygusal yakınmalar ise,

- İyi hissetmeme
- Agresiflik
- Kaygı ve korku hissetme
- Başarısızlık hissi
- Kendini suçlu hissetme
- Duygusal izolasyon
- Bağlanma problemleri
- Aşırı duyarlılık
- Güçsüz ve çaresiz hissetme
- Pesimist düşünceler
- Sıkıntı
- Depresif ruh hali
- Kişilere karşı tolerans azalması
- Kendinde kusur bulma ya da beğenmeme
- Kontrolü kaybetmiş hissetme olabilir.

---

<sup>114</sup> Akgün, **a.g.e.**, s. 238-250.

<sup>115</sup> Glenn W. Lambie, "The Contribution of Ego Development Level to Burnout in School Counselors: Implications for Professional School Counseling.", **Journal of Counseling & Development**, 2007, Cilt:85, Sayı:1, s. 82-88.

Ayrıca alkol, sigara kullanımı ve dürtüsel davranışlarda ortaya çıkabilir. Bu davranışlara ek olarak başkaları tarafından gözlemlenen başka davranışsal sorunlarda ortaya çıkabilir<sup>116</sup> :

- Öfke ile verilen tepkiler
- İşe gitmek istememe ya da geç gitme
- İş yerinde çalışırken yavaşlama
- Yemek yeme ile ilgili sorunlar
- Aile içi veya sosyal çevreyle çatışmak
- İçer kapanma
- Yalnızlık isteği
- İlaç kullanma
- Diğerlerine karşı küçümser ve alaycı tutum
- Kurallardan hoşlanmama, katı tutum sergileme
- İnkâr
- Değişikliklerden hoşlanmama olarak görülmektedir.

Tükenmişliğin anneler üzerindeki işleyişine baktığımızda, annelerin yaşadığı süreç Edelwich ve Brodsky'a göre dört evreden oluşur <sup>117</sup> :

- 1) Coşku Evresi: Anne çocuğuna en iyi şekilde bakım ve eğitim vermeye çalışır ve başarılı olmak ister. Bu yüzden elinden geldiğinin en fazlasında performans sergiler.
- 2) Durağanlaşma Evresi: Annenin bakım ve eğitim sürecinde motive edici isteği azalmıştır. Annelikten gelen doyumunu, coşku evresi içindeki enerjisi azalmıştır.
- 3) Engellenme Evresi: Çocuğun istek ve gereksinimleri anne tarafından karşılanmamaya başlamıştır. Bu duruma rağmen anne ihtiyaçları karşılamaya çalıştığı için, kendi taleplerini de karşılayamaz ve iki taraflı engellenir. Buna bağlı olarak annenin hayal kırıklığı duygusu açığa çıkar.
- 4) Umursamazlık Evresi: Bu dönemde anne çocuk bakımı ve bu duruma olan duygusallığını kaybetmeye başlar. Bu yüzden anne bahaneler üreterek, çocuğundan uzaklaşır ve tükenmişliğin çeşitli belirtileri ortaya çıkar.

<sup>116</sup> Nazmiye Kaçmaz, "Hemşirelerde İş Stresi ve Tükenmişlik.", *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2005, Cilt:13, Sayı:54, s. 65-75.

<sup>117</sup> Jerry Edelwich and Archie Brodsky, *Burn-out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*, New York: Human Sciences Press, 1980, p. 353-354

Annelerin çalışma ve aile yaşamında, diğer insanlara göre daha fazla yükleri vardır. Aynı zamanda çocuk bakımı ve eş işlerinde daha çok sorumluluk üstlenirler. Bu yüzden sıkça fiziksel, duygusal ve psikolojik tükenmişlik yaşarlar. Yardımcı olma ve tükenmişlik arasında net bir bağlantı vardır. Sonuç olarak bu durum annelerin, kişisel başarılarında azalmaya ve ilişki içinde oldukları bireylere karşı duyarsızlaşmalarına neden olur.<sup>118</sup>

### 2.3. Algılanan Sosyal Destek

Algılanan sosyal destek, bireyin kendini değerlendirdiğinde kendine verdiği değerdir. Eğer kişi seviliyorsa, saygınlığı yüksekse, yardıma ihtiyacı olduğunda yardım edecek kişiler etrafında mevcutsa, ilişkilerinden haz alıyorsa algıladığı sosyal destek de yüksektir. Algılanan sosyal desteği tutum ve mizaç gibi değişken özelliklerden etkilenebilir. Aynı zamanda algılanan sosyal destek başka görüşlere göre benlik saygısını zenginleştirir ve sağlığı korumak için katkıda bulunur.

Sosyal destek, kişiyle ilgilenen, seven, güven ve değer veren, karşılıklı olarak sorumlu ve iletişim ağı halinde olduğuna inanılan kişilerden alınan desteğin oluşturduğu algı bütünlüğüne denir.<sup>119</sup> (Sosyal desteği ilişki halindeki kişilerin çokluğu olarak araştıran çalışmalar, sosyal ilişkiler, beden sağlığı ve iyi hissetmek arasında bir bağ olduğu düşünülen belirli bölgelerdeki örneklem gruplarını incelemişlerdir. Ölçümler arasında arkadaş sayıları, iletişim halinde olunan kişiler, akrabalar ve bölgede üye olunan örgütler sosyal ilişki ağlarının yapılarını göstermiştir.<sup>120</sup> İkinci bir tanımlamaya bakıldığında, sosyal destek, bireye ihtiyacı olduğunda yardımcı olan kişi sayısı olarak bildirilmiştir. Bir diğer görüş ise, sosyal destek bireyin sosyal olarak ilişkide olduğu kişilerin sayısından çok, içeriğini öne çıkarmaktadır. Sosyal destekle ilgili son bakış açısı, elde edilebilirliktir. Kişinin ilişkilerinin sayısı veya içeriğine göre değil, yardıma ihtiyacı olduğunda işlevsel olarak yardım verecek kişinin var olması düşüncesi savunulmaktadır. Sosyal destek terimi çeşitli şekillerde tanımlanmış ve ölçülmüştür. House'un yaptığı seminal

<sup>118</sup> Sema Polatçı, Tükenmişlik Sendromu ve Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler (Gaziosmanpaşa Üniversitesi Akademik Personeli Üzerinde Bir Analiz), Gaziosmanpaşa Üniversitesi, 2007, s. 66. **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi)**

<sup>119</sup> Tuğba Sivrikaya ve İknur Çifci Tekinarslan, "Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğa Sahip Annelerde Stres, Sosyal Destek ve Aile Yüğü.", *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 2013, Cilt:14, Sayı:2, s. 17-31.

<sup>120</sup> Melek Ardahan, "Sosyal Destek ve Hemşirelik.", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2006, Cilt:9, Sayı:2, s. 68-75.

çalışmalara göre sosyal destek, ilişkilerin işlevsel içeriğidir, dört geniş destekleyici davranış veya eylem türünde kategorize edilebilir <sup>121</sup> :

- 1) **Duygusal Destek:** Sevgi, empati, güven bakım ve bağlanmayı içerir.
- 2) **Araçsal Destek:** Somut yardım ve hizmetlerin sağlanmasını içerir. İhtiyacı olan kişiye doğrudan yardımcı olur.
- 3) **Bilgisel Destek:** Kişilere problemlerini çözmek için kullanabileceği tavsiye, öneri ve bilgi sağlanmasıdır.
- 4) **Değerlendirme Desteği:** Kişiye z-değerlendirme amaçları için yararlı olan, diğer bir deyişle yapıcı geri bildirim ve onaylama için bilgi sağlanmasını içerir.

Sosyal destek sistemleriyle ilgili literatür incelemesi yapıldığında, en geniş bakış açısından sosyal desteği maddi, duygusal ve bilişsel sosyal destek olarak üç bölüme ayırmıştır. Maddi destek, kişilerin günlük hayatta sorumluluklarını icra etmesinde yardımcı olan bir kişiden alınan destektir. Anneler tükendiğinde, bebeklerinin bakımına bir başkası yardım edebilir ya da bir kişi iş bulamadığında iş bulmasına yardımcı olabilir ve para desteğinde bulunabilir. <sup>122</sup>

Duygusal destek içerisinde ise, sırdaşlığa değinilmiştir. Brown'un araştırmalarına göre, yaşam olayları ve yaşam stresiyle başa çıkmanın en önemli etkenlerinden biri sırdaş ilişkisidir. Brown'a göre, sırdaşa veya dosta sahip olmayan kişilerin hayatlarındaki stres rahatsız edicidir. Düşük benlik değerine sahiptirler ve psikopatolojik belirtileri fazladır. <sup>123</sup> Son olarak bilişsel destek ise, kişi sorunlarıyla mücadele ederken, sorunların çözümüne ilişkin bilgi kaynağıdır ve kişinin kendini tanınmasına yardımcı olan, benlik değerini anlamasını sağlayan destektir. Örneğin, kişinin yeni yapacağı bir işe, o işte deneyimli kişiler tarafından için ayrıntılarının anlatılması ve kişinin yapması gerekenlere yn gösterilmesidir.

Literatürde algılanan sosyal desteğin aile ve ebeveynler üzerindeki etkisi incelendiğinde, bakım vermenin aile üzerinde, fiziksel, duygusal ve maddi sonuçları

---

<sup>121</sup> Catherine A. Heaney and Barbara A. Israel HEANEY, "Social Networks and Social Support.", *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, 2008, Cilt:4, s. 189-210.

<sup>122</sup> Karen Pugliesi and Scott L. Shook, "Gender, Ethnicity, and Network Characteristics: Variation in Social Support resources1." *Sex Roles*, 1998, Cilt:38, Sayı:3-4, s. 215-238.

<sup>123</sup> Mürvet Banaz, Lise ğrencilerinde Sosyal Destek Kaynakları ve Stres ile Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ege Üniversitesi, İzmir, 1992, s. 53 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**)

olan psikolojik bir yük olduğu belirtilmiştir.<sup>124</sup> Ağır bakım gerektiren çocuklu aileler ile yapılan çalışmalara bakıldığında, çocuğun aile üzerindeki yükünden en fazla annelerinin etkilendiği ve bu büyük sorumluluğun anneler üzerinde fiziksel rahatsızlık ve sosyal izolasyon gibi sorunlar yaşanmasına neden olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda, çocukların maddi yükünün, anneler üzerindeki duygusal yüklenmenin derecesini yükselttiği ve yetersizlik seviyesinin aile yükünü belirlediği aktarılmıştır.<sup>125</sup>

Anne-babaların sosyal ilişkilerinin birden fazla kaynağından gelen özel destekleyici davranışlarının incelenmesi hakkında yapılan çalışmaların, özellikle DEHB'li çocukların bakımı konusunda, algılanan sosyal desteğin incelenmesinden klinik açıdan daha bilgilendirici olacağı düşünülmektedir. Birden fazla kaynaktan dört tür desteğin ebeveynlerin memnuiyeti veya algılanan yardımseverliği farklı durumlarda değişebilir. Örneğin, çocuklarına teşhis koyulduğu sırada ebeveyn sağlık uzmanlarından zamanında ve faydalı bilgiyi edinebilir ya da çocuklarının okulda sıkıntıları olduğunda öğretmenlerinden alınan duygusal destek daha kritik olabilir. Çalışan ebeveynler, çocuk bakımlarında akrabalarından ve arkadaşlarından pratik yardım olarak araçsal destek türlerinden yararlanabilirler.

Cinsiyet, bireylerin kişiler arası ağlarından yardım arama kararlarını, stresli bir olayın değerlendirilmesini ve deneyimlerini etkileyebileceği aktarılmıştır. Toplumdaki kadınların, erkeklerden daha duygusal, bakım veren ve sosyal olarak daha yetenekli olmak için sosyalleştikleri belirtilmiştir. Genellikle kadınların destek ihtiyaçlarını ifade etme ve diğerlerinden yardım alma gereksinimleri erkeklere göre daha fazladır. Maskülen kalıplaşmanın etkisiyle başarı, özerklik ve duygusal kontrol üzerindeki vurguları altında olan erkekler, sorunun ciddiyetini en aza indirebilecekleri, zorluk ve sıkıntılarla yüzleşmede daha rasyonel hale gelebilecekleri ifade edilmiştir.<sup>126</sup>

Yurtdışında yapılan çalışmalar sosyal desteğin, ABD ve İngiltere'de DEHB'li çocukların ebeveynleri için ebeveynlik stresi ile ters orantılı olduğunu göstermiştir.<sup>127</sup> Varona ve ark. yaptığı çalışmada, sosyal desteğin bakım veren bireylerin üzerindeki

---

<sup>124</sup> Stephen Gallagher vd., "Predictors of Psychological Morbidity in Parents of Children with Intellectual Disabilities.", *Journal of Pediatric Psychology*, 2008, Cilt:33, Sayı:10, s. 1129-1136.

<sup>125</sup> Danelle Hodge vd., "Increased Psychopathology in Parents of Children with Autism: Genetic Liability or Burden of Caregiving?", *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 2011, Cilt:23, Sayı:3, s. 227-239.

<sup>126</sup> Anita P. Barbee vd., "Effects of Gender Role Expectations on the Social Support Process.", *Journal of Social Issues*, 1993, Cilt:49, Sayı:3, s. 175-190.

<sup>127</sup> Corey L. Heath, "The Association Between Parenting Stress, Parenting Self-efficacy, and the Clinical Significance of Child ADHD Symptom Change Following Behavior Therapy." *Child Psychiatry & Human Development*, 2015, Cilt:46, Sayı:1, s. 118-129.



sorumluluk yükünü azalttığı, aldıkları stres eğitimi programları ve danışmanlığın yüklerinin hafiflemesine katkı sağlar.

İçinde algılanan sosyal destek geçen çalışmalara bakıldığında genel yargıda, sosyal desteğin stresi azaltmaya yardımcı olduğu veya önlediği, sorunlarla başa çıkma yeteneklerinin gelişmesini sağladığı, özellikle ebeveynler için duygusal destek, maddi destek, bakım desteği ve eş desteği yönünden çok katkı sağladığı bildirilmiştir. Ebeveynlerde yetersiz sosyal desteğin, tükenmişliği ve stresi psikolojik açıdan ortaya çıkardığı, yeterli sosyal desteğin ise yaşam doyumunu yükselttiği ifade edilmiştir.<sup>128</sup>



---

<sup>128</sup> So-Youn Park vd., "Structural and Functional Aspects of Social Support for Mothers of Children with and without Cognitive Delays in Vietnam.", *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 2010, Cilt:23, Sayı:1, s. 38-51.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerindeki tükenmişlik düzeyi ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelemek ve onlardaki bulgular ile DEHB tanısı almayan çocuk ve ergenlerin annelerindeki tükenmişlik düzeyi ve algılanan sosyal destek düzeyini kıyaslamayı amaçlayan ilişkisel tarama türünde bir çalışmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

DEHB tanısının, çocuk ve ergenlerin annelerindeki tükenmişlik düzeyi ve algılanan sosyal destek ilişkisinin anlaşılması için, çalışmaya 7-12 yaş grubu arasındaki, psikiyatri desteği alan gönüllü DEHB tanısı alan 120 DEHB'li çocuk, ergen ve anneleri dahil edilmiştir. Araştırmaya kontrol grubundan 100 anne katılımcı dahil edilmiştir. Katılan bireyler İstanbul ilindeki Balıklı Rum Hastanesinin Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniğinden seçilmiştir. Bu çalışma için kullanılan ölçekler DEHB tanısı alan ve kontrol grubu çocuk ve ergenlerin anneleri tarafından doldurulması tercih edilmiştir. Çünkü birçok araştırmaya göre birinci dereceden bakım veren kişiler anneler oldukları için daha fazla tükenmektedirler. Çalışma verilerinin toplandığı tarih aralığında 6 çocuğun annesine vefat veya boşanma nedeniyle ulaşamadığı için bu çocuklar çalışma dışı bırakılmıştır. DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin anneleri ile kontrol grubu çocuk ve ergenlerin annelerinin sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırıldığında eğitim durumları dışındaki verilerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırmada, DEHB tanısı alan ve almayan çocuk ve ergenlerin annelerindeki tükenmişlik düzeyi ve algılanan sosyal desteğin arasındaki ilişkiye dair verilere, Sosyodemografik Veri Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanılarak ulaşılmaya amaçlandı.

##### 3.3.1 Sosyodemografik Form ve Onam Formu

Sosyodemografik özelliklerin araştırıldığı veri formunda kişilerin yaşı, medeni halleri, yaşadıkları yer, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, kronik ve psikiyatrik hastalıkları, başka çocuğu olup olmadığı gibi sorular yöneltilmiştir. Aynı

zamanda sosyodemografik form ile birlikte katılımcılara çalışmanın içeriği hakkında bilgi veren ve tamamen gönüllülük esasına dayanan bir onam formu verildi.

### 3.3.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)

Tükenmişlik sendromu, duygusal olarak tükenme, duyarsızlaşma ve başka kişilerle çalışırken ortaya çıkabilecek kişisel başarının azaldığı psikolojik bir sendromdur.<sup>129</sup> Aile konusunda yapılan tükenmişlik çalışmalarına bakıldığında, tükenmişliğin en belirgin tanımı, çocuk bakımı sürecinde yaşanan zorluklar ve psikolojik acının bir araya gelmesi olabilir. Bakıcılar ve ebeveynler için tükenmişlik, bakım süreci sonucunda kaçınılmaz bir durumdur. Ebeveyn olmak ile tükenmişlik düzeyi arasında ilişki olduğunu gösteren araştırma sonuçları vardır.<sup>130</sup>

Bu çalışmada DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin annelerindeki tükenmişlik düzeyini belirleyen en önemli ölçme aracı olan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) kullanılmıştır. MTÖ, 22 madde ve üç alt ölçekten oluşur ve Maslach ile Jackson geliştirmiştir.<sup>131</sup> (Maslach Burnout Inventory) İlk faktör Duygusal Tükenmişliktir ve 13 maddeden oluşur (1,2,3,5,6,8,10,11,13,14,16,20,22). Bu alt ölçeğin özdeğeri 5.04; toplam varyansa katkısı %22 olarak belirtilmiştir. İkinci faktör olan Kişisel Başarı alt ölçeği 8 maddeden oluşmaktadır (4,7,9,12,17,18,19,21). Kişisel Başarı alt ölçeğinin özdeğeri 2.8 ve toplam varyansa katkısı %21.7 olduğu aktarılmıştır. Alt ölçeklerin varyansa katkıları ise %36.6 olarak ifade edilmiştir.<sup>132</sup>

MTÖ sonucunda toplam puan elde edilmez. Bu yüzden her alt ölçek tek tek hesaplanır ve iki ayrı puanlama sonucuna varılır. MTÖ'nün toplam puan sonucu vermemesinin nedeni duygusal tükenmişlik alt ölçek puanları sonucunun yüksek, kişisel başarı alt ölçeğinin ise tükenmişliğin düşük olduğunu göstermesidir. MTÖ'nün geçerlik ve güvenirlik çalışması Ergin tarafından yapılmıştır ve orijinal ölçekte her bir alt ölçekte 7 basamaklı yanıt seçenekleri olmasına rağmen, 7 basamaklı cevap seçeneklerinin Türk kültürüne uygun olmadığı görülmüştür. Bu yüzden cevap seçenekleri 5 basamaklı olarak değiştirilmiştir.<sup>133</sup>

<sup>129</sup> Christina Maslach vd., *Maslach Burnout Inventory*, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986, p. 193.

<sup>130</sup> Paul R. Benson, "The Impact of Child Symptom Severity on Depressed Mood Among Parents of Children with ASD: The Mediating Role of Stress Proliferation.", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2006, Cilt:36, Sayı:5, s. 685-695.

<sup>131</sup> Christina Maslach vd., *a.g.e.*, p. 193.

<sup>132</sup> Canan Ergin, *Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması*, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları El Kitabı, Ankara, 1992, s. 143-154.

<sup>133</sup> Ahmet Tefik Sünter vd., "Pratisyen Hekimlerde Tükenmişlik, İşe Bağlı Gerginlik ve İş Doyumu Düzeyleri." *Genel Tıp Dergisi*, 2006, Cilt:16, Sayı:1, s. 9-14.

MTÖ ile yapılan anne çalışmalarına bakıldığında, zihinsel engelli çocukların anneleriyle yapılan çalışmada, iki faktörün duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı olduğu gösterilmiştir. Duyarsızlaştırma alt boyutundaki maddeler, Duygusal Tükenmiş alt ölçeği içerisine karıştığı ifade edilmiştir. MTÖ'nün Türkçe versiyonunda, orijinal formun Kişisel Başarı alt boyutundaki maddelerin tümünü içerdiği aktarılmıştır.

Bu sonuca göre Duygusal Tükenmişlik ve Duyarsızlaştırma alt ölçekleri birleştirilmiş, Kişisel Başarı alt ölçeği aynı kalmıştır.

### 3.3.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Algılanan sosyal desteği ölçmek amaçlı ölçekler araştırıldığında güvenilirlik ve geçerlik açısından en yaygın kullanılan, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğine (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS) rastlanmıştır. ÇBASDÖ uygulanması kolay ve kısa bir ölçek olup, öznel değerlendirmeler sağlar ve üç farklı kaynaktan algılanan sosyal desteğin yeterliliğini ölçer.<sup>134</sup> ÇBASDÖ'nün alt ölçek yapısı, aile, arkadaş ve özel kişiden alınan sosyal destekten oluşmaktadır. Bu önerilen yapıya faktör analizi çeşitli örneklerde deneyimleyerek destek vermiştir. ÇBASDÖ ve alt ölçeklerinin iç tutarlılığının ve test-tekrar test korelasyonlarının yeterli olduğu belirtilmiştir.<sup>135</sup> ÇBASDÖ'nün geçerlik kıyaslamalarına bakıldığında, bir kavramı ölçeği ve başka bir sosyal destek ölçeğiyle pozitif yönde ve depresyon ölçeğiyle negatif yönde korelasyon gösterdiği aktarılmıştır.<sup>136</sup> Ölçek, orijinalinden ilk kez 1995 yılında, Eker ve Arkar tarafından Türkçeye çevrildi. Ölçeğin orijinal maddeleri örnek verilerek, anne-baba, eş, çocuklar, kardeşler olarak tanımlayamaya çalışılan aile maddeleri ve dışlama maddeleri yoluyla örnek verilerek tanımlanan özel bir insan dışında, Türkçe olarak aynı kaldı. Sonuç olarak, özel insan tanımı hiç kullanılmadı ve bu boyut aile ve arkadaşların dışındaki kişi olarak tanımlandı. Ölçek 12 maddeden oluşur. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağıyla ilişkili olarak 3 grubu içerir. Her madde 7 aralıklı ölçek kullanılarak değerlendirilir. Kesinlikle Hayır =1, Kesinlikle Evet =7 olarak derecelendirilir.

<sup>134</sup> Gregory D. Zimet vd., "The Multidimensional Scale of Perceived Social Support.", *Journal of Personality Assessment*, 1988, Cilt:52, Sayı:1, s. 30-41.

<sup>135</sup> Doğan Eker and Haluk Arkar, "Perceived Social Support: Psychometric Properties of the MSPSS in Normal and Pathological Groups in A Developing Country.", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1995, Cilt:30, Sayı:3, s. 121-126.

<sup>136</sup> Eker and Arkar, *a.g.e.*, s. 121-126.

### 3.4. Verilerin Analizi

#### 3.4.1. İstatistiksel Değerlendirme

Çalışma yapılırken veriler, sayısal olarak bilgisayara aktarılmış ve Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Package for Social Sciences-SPSS 25.0) programıyla istatistiksel analizi elde edilmiştir. Analizden önce, verilerin normal dağılım incelemesi yapılmıştır. Değişkenler ile Örneklem grubunun normallik dağılımı analizi Basıklık-Çarpıklık değerleri kontrolünde yapılmış ve bütün ölçekler normal dağılım göstermiştir. Tüm ölçek ve alt ölçek değerleri -2, +2 arasında olup, normal dağılımı göstermektedir.<sup>137</sup> Analizin güvenilirlik seviyesi %95 olarak esas alınmıştır. İki bağımsız değişken testi olarak kabul edilen T-Testi, niceliksel verileri karşılaştırmada parametrik iki grup farkını analiz etmek için kullanılmıştır. ANOVA testinin ise, parametrik çoklu grup farkını analiz etmek için kullanılması uygun görülmüştür. Pearson Korelasyon analiziyle ölçekler arasındaki ilişki test edilmiştir. Çoklu Doğrusal Regresyon kullanılarak, Bağımsız Değişken Bağımsız Değişkene etkisi görülmüştür ve  $p < 0,05$  değeri istatistiksel açıdan anlamlı olarak kabul edilmiştir.

---

<sup>137</sup> Darren George and Paul Mallery, *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 Update, 10th. 2010.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

Bu kısım, Sosyodemografik Bilgi Formu ile toplanan verilerin analizi bulgularını içermektedir.

**Tablo 4.2.** DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Anneleri Grubunun Sosyodemografik Değişkenlere Göre Dağılımı

		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
		f	%	f	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	100	100,0%	100	100,0%
Toplam		100	100,0%	100	100,0%
<b>Yaşınız</b>	20-30	11	11,0%	21	21,2%
	31-40	48	48,0%	45	45,5%
	40 ve Üstü	41	41,0%	33	33,3%
Toplam		100	100,0%	99	100,0%
<b>Medeni Hal</b>	Evli	79	79,0%	84	84,0%
	Bekar	3	3,0%	4	4,0%
	Boşanmış	15	15,0%	11	11,0%
	Eşi Vefat Etmiş	3	3,0%	1	1,0%
Toplam		100	100,0%	100	100,0%
<b>Yaşadığınız Yer</b>	Büyükşehir	92	92,0%	90	90,0%
	Şehir	3	3,0%	6	6,0%
	İlçe	5	5,0%	4	4,0%
Toplam		100	100,0%	100	100,0%
<b>Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	33	33,3%	27	27,3%
	Lise Mezunu	35	35,4%	23	23,2%

	Üniversite Mezunlu	31	31,3%	49	49,5%
Toplam		99	100,0%	99	100,0%
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışmıyor	45	52,3%	49	51,6%
	Emekli	4	4,7%	5	5,3%
	Masa-Başı iş	27	31,4%	25	26,3%
	Bedensel İş	10	11,6%	16	16,8%
Toplam		86	100,0%	95	100,0%
<b>Gelir Düzeyi</b>	Asgari Ücret Altı	7	8,4%	4	4,3%
	Asgari Ücret	27	32,5%	20	21,7%
	Asgari Ücret Üstü	49	59,0%	68	73,9%
Toplam		83	100,0%	92	100,0%

Tabloda görüldüğü üzere Deney Grubuna katılanların %100'ü kadın,  
 %11'i 20-30 yaş, %48'i 31-40 yaş, %41'i 40 ve üstü yaş –  
 %79'u evli, %3'ü bekar, %15'i boşanmış, %3'ü eşi vefat etmiş –  
 %92'si büyükşehir, %3'ü şehir, %5'i ilçede yaşıyor –  
 Eğitim durumu %33.3'ü ilköğretim, %35.4'ü lise, %31.3'ü üniversite mezunu –  
 Gelir düzeyi %8.4'ü asgari ücret altı, %32.5'i asgari ücret, %59'u asgari ücret üstü.

Tabloda görüldüğü üzere Kontrol Grubuna katılanların %100'ü kadın  
 %21.2'si 20-30 yaş, %45.5'i 31-40 yaş, %33.3'ü 40 ve üstü yaş –  
 %84'ü evli, %4'ü bekar, %11'i boşanmış, %1'i eşi vefat etmiş –  
 %90'ı büyükşehir, %6'sı şehir, %4'ü ilçede yaşıyor –  
 Eğitim durumu %27.3'ü ilkokul, %23.2'si lise, %49.5'i üniversite mezunu –

Gelir düzeyi %4.3'ü asgari ücret altı, %21.7'si asgari ücret, %73.9'u asgari ücret üstü.

**Tablo 4.2.1.** DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Anneleri Grubunun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
		f	%	f	%
<b>Kronik Hastalık</b>	Yok	75	80,6%	78	80,4%
	Var	18	19,4%	19	19,6%
Toplam		93	100,0%	97	100,0%
<b>Psikiyatrik Hastalık</b>	Yok	81	87,1%	44	80,0%
	Var	12	12,9%	11	20,0%
Toplam		93	100,0%	55	100,0%
<b>Çocuk Sayısı</b>	0	41	47,1%	54	58,1%
	1	27	31,0%	11	11,8%
	2	15	17,2%	10	10,8%
	3	3	3,4%	12	12,9%
	4	1	1,1%	4	4,3%
	6	0	0,0%	1	1,1%
	7	0	0,0%	1	1,1%
	Toplam		87	100,0%	93

Tabloda görüldüğü üzere Deney Grubuna katılanların %80.6'sının kronik hastalığı yok, %19.4'ünün kronik hastalığı var, %87.1'inin psikiyatrik hastalığı yok, %12.9'unun psikiyatrik hastalığı var, %47.1'sinin çocuğu yok, %31.0'inin 1 çocuğu var, %17.2'si 2 çocuğu var, %3.4'ünün 3 çocuğu var, %1.1'inin 4 çocuğu var.

Tabloda görüldüğü üzere Kontrol Grubuna katılanların %80.4'ünün kronik hastalığı yok, %19.6'sının kronik hastalığı var, %80.0'inin psikiyatrik hastalığı yok, %20.0'inin psikiyatrik hastalığı var, %58.1'sinin çocuğu yok, %11.8'inin 1 çocuğu var, %10.8'i 2 çocuğu var, %12.9'unun 3 çocuğu var, %4.3'ünün 4 çocuğu var, %1.1'inin 6 çocuğu var, %1.1'inin 7 çocuğu var.

**Tablo 4.3.** DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Annelerin **Grup Değişkenine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Ölçekleri Puanları İçin Uygulanan Bağımsız t-Testi Analizi Sonuç Tablosu**

		N	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	p
<b>Duygusal Tükenmişlik</b>	Deney Grubu	100	14,79	8,83	3,810	198	0,000



	Kontrol Grubu	100	10,35	7,61			
<b>Kişisel Başarı</b>	Deney Grubu	100	22,53	5,15	-4,233	198	0,000
	Kontrol Grubu	100	25,57	5,00			

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Duygusal Tükenmişlik Alt Boyutundan almış oldukları puanların grup değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucunda, gruplar arasında Deney Grubunun (DEHB'li çocuğu olan anne) daha çok puan almış olup istatistiksel olarak  $p < 0.01$  anlamlı bir farklılığa varılmıştır. Bu sonuca göre Bu sonuca göre DEHB tanısı almış çocuğu olan annelerin Duygusal tükenmişliklerinin daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablodan anlaşılacağı gibi, DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Anneleri grubunun Kişisel Başarı Alt Boyutundan almış oldukları puanlarda, grup değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma var olma ihtimalini belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucu, gruplar arasında Kontrol Grubunun (DEHB'li çocuğu olmayan anne) daha yüksek puan aldıkları için istatistiksel olarak  $p < 0.01$  anlamlı bir farklılık bulunmuştur . Kişisel Başarı olumlu bir alt boyuttur. Bu sonuca göre DEHB tanısı almamış çocuğu olan annelerin Kişisel Başarı puanları daha fazla olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.4.** DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Anneleri Grup Değişkenine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puanları İçin Uygulanan Bağımsız t-Testi Analizi Sonuç Tablosu

		N	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	p
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği</b>	Deney Grubu	100	61,02	19,84	-0,922	198	0,358
	Kontrol Grubu	100	63,48	17,83			
<b>Özel Kişi</b>	Deney Grubu	100	17,92	8,87	-1,720	198	0,087
	Kontrol Grubu	100	20,02	8,38			
<b>Aile</b>	Deney Grubu	100	22,47	7,13	-1,072	198	0,285
	Kontrol Grubu	100	23,46	5,87			
<b>Arkadaş</b>	Deney Grubu	100	20,63	8,22	0,550	198	0,583
	Kontrol Grubu	100	20,00	7,99			

## Grubu

Tablodan da anlaşılacağı üzere, DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Anneleri grubunun Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puanların, grup değişkenine göre anlamlı farkı bulmak için uygulanan bağımsız t testi sonucuna göre, istatistiksel olarak  $p>0.05$  anlamlı farklılık görülmemiştir.

Tabloya bakıldığında, DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Anneleri grubunun Özel Kişi Alt Ölçeğinden aldıkları puanlar, grup değişkenine göre anlamlı farkı bulmak için uygulanan bağımsız t testi sonucuna göre, istatistiksel olarak  $p>0.05$  anlamlı farklılık görülmemiştir.

Tabloda görüldüğü gibi, DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Anneleri grubunun Aile Alt Ölçeğinden aldıkları puanların, grup değişkenine göre anlamlı farkı bulmak için uygulanan bağımsız t testi sonucuna göre, istatistiksel olarak  $p>0.05$  anlamlı farklılık görülmemiştir.

Tablodan da görüleceği gibi, DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Anneleri An grubunun Arkadaş Alt ölçeğinden aldıkları puanların, grup değişkenine göre anlamlı farkı bulmak için uygulanan bağımsız t testi sonucuna göre, istatistiksel olarak  $p>0.05$  anlamlı farklılık görülmemiştir.

**Tablo 4.5.** DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Anneleri Grubunun Medeni Durum Değişkenine Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puanları Arasındaki İçin Uygulanan Bağımsız t-Testi Analizi Sonuç Tablosu

		<b>N</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Ss.</b>	<b>t</b>	<b>Sd.</b>	<b>p</b>
<b>Duygusal Tükenmişlik</b>	Evli Olmayan Grup	36	15,61	8,67	2,480	197	0,014
	Evli Grup	163	11,80	8,28			
<b>Kişisel Başarı</b>	Evli Olmayan Grup	36	22,58	5,33	-1,938	197	0,054
	Evli Grup	163	24,44	5,18			

Tabloda görüldüğü gibi, örneklem grubunun Duygusal Tükenmişlik Alt Ölçeğinden aldıkları puanın, medeni durum değişkenine göre anlamlı farkı bulmak için uygulanan bağımsız Grup t testi sonucunda, gruplar arasında Evli Olmayan Grup

puanı daha çok olduğu için, istatistiksel olarak  $p < 0.05$  anlamlı bir farklılık görülmüştür. Bu sonuca göre Evli Olmayan olan annelerin Duygusal tükenmişliklerinin daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun Kişisel Başarı Alt Boyutundan almış oldukları puanların, medeni durum değişkenine göre anlamlı farkı bulmak için uygulanan bağımsız t testi sonucuna göre, istatistiksel olarak  $p > 0.05$  anlamlı farklılık görülmemiştir.

**Tablo 4.6.** DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Anneleri Grubunun Medeni Durum Değişkenine Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puanları İçin Uygulanan Bağımsız t-Testi Analizi Sonuç Tablosu

		N	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	p
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği</b>	Evli	36	58,92	19,91	-1,167	197	0,245
	Olmayan Grup						
	Evli Grup	163	62,98	18,65			
<b>Özel Kişi</b>	Evli	36	16,89	9,24	-1,589	197	0,114
	Olmayan Grup						
	Evli Grup	163	19,42	8,53			
<b>Aile</b>	Evli	36	21,47	7,80	-1,527	197	0,128
	Olmayan Grup						
	Evli Grup	163	23,31	6,21			
<b>Arkadaş</b>	Evli	36	20,56	8,32	0,207	197	0,836
	Olmayan Grup						
	Evli Grup	163	20,25	8,09			

Tabloda da görüldüğü gibi, örneklem grubunun Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puanların, medeni durum değişkenine göre anlamlı farkı bulmak için uygulanan bağımsız t testi sonucuna göre, istatistiksel olarak  $p > 0.05$  anlamlı farklılık görülmemiştir..

Tabloda da görüldüğü gibi, örneklem grubunun Özel Kişi Alt Ölçeğinden aldıkları puanların, medeni durum değişkenine göre anlamlı farkı bulmak için uygulanan bağımsız t testi sonucuna göre, istatistiksel olarak  $p > 0.05$  anlamlı farklılık görülmemiştir.

Tabloda da görüldüğü gibi, örneklem grubunun Aile Kişi Alt Ölçeğinden aldıkları puanların, medeni durum değişkenine göre anlamlı farkı bulmak için uygulanan bağımsız t testi sonucuna göre, istatistiksel olarak  $p > 0.05$  anlamlı farklılık görülmemiştir.

Tabloda da görüldüğü gibi, örneklem grubunun Arkadaş Alt Ölçeğinden aldıkları puanların, medeni durum değişkenine göre anlamlı farkı bulmak için uygulanan bağımsız t testi sonucuna göre, istatistiksel olarak  $p>0.05$  anlamlı farklılık görülmemiştir.

**Tablo 4.7.** DEHB Tanısı Alan Çocukların Anneleri (Deney) Grubunun Maddi Durum Değişkenine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Ölçek Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu

		N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
<b>Duygusal Tükenmişlik</b>	Asgari Ücret Altı	7	13,86	10,09	G.Arası	71,133	2	35,566	0,423	0,656
	Asgari Ücret Altı	27	16,59	9,56	G.İçi	6724,723	80	84,059		
	Asgari Ücret Üstü	49	14,82	8,82	Toplam	6795,855	82			
	Toplam	83	15,31	9,10						
<b>Kişisel Başarı</b>	Asgari Ücret Altı	7	21,29	7,23	G.Arası	8,049	2	4,025	0,134	0,875
	Asgari Ücret Altı	27	22,48	4,77	G.İçi	2400,577	80	30,007		
	Asgari Ücret Üstü	49	22,31	5,58	Toplam	2408,627	82			
	Toplam	83	22,28	5,42						

Tablodan çıkarılan sonuçlara göre, Duygusal Tükenmişlik Alt Ölçeğinden sıralamalar ortalamalarının maddi durum değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ).

Tabloda da görüleceği gibi Kişisel Başarı Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının maddi durum değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.8.** DEHB Tanısı Alan Çocukların Anneleri (Deney) Grubunun Maddi Durum Değişkenine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu

		N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal</b>	Asgari Ücret Altı	7	58,43	23,45	G.Arası	3392,27	2	1696,1	4,23	0,01
	Asgari Ücret Altı	27	52,11	21,36	G.İçi	32077,3	80	400,96	0	8
	Toplam					61		7		

<b>Destek Ölçeği</b>	Asgari Ücret Üstü	49	65,98	18,77	Toplam	35469,639	82			
	<b>Toplam</b>	83	60,83	20,80						
<b>Özel Kişi</b>	Asgari Ücret Altı	7	16,00	10,28	G.Arası	568,960	2	284,480	3,653	0,030
	Asgari Ücret	27	14,56	8,57	G.İçi	6229,932	80	77,874		
	Asgari Ücret Üstü	49	20,12	8,76	Toplam	6798,892	82			
	<b>Toplam</b>	83	17,96	9,11						
<b>Aile</b>	Asgari Ücret Altı	7	20,71	9,11	G.Arası	112,717	2	56,359	1,039	0,359
	Asgari Ücret	27	21,00	8,11	G.İçi	4339,837	80	54,248		
	Asgari Ücret Üstü	49	23,31	6,66	Toplam	4452,554	82			
	<b>Toplam</b>	83	22,34	7,37						
<b>Arkadaş</b>	Asgari Ücret Altı	7	21,71	8,28	G.Arası	636,457	2	318,229	4,753	0,011
	Asgari Ücret	27	16,56	9,14	G.İçi	5356,218	80	66,953		
	Asgari Ücret Üstü	49	22,55	7,60	Toplam	5992,675	82			
	<b>Toplam</b>	83	20,53	8,55						

Örneklem grubun maddi durum değişkenine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği anlamlı bir farklılık saptanmıştır. [F=4.230, p<.05]. Post Hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılması için ilk önce Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu kanısına varılmıştır. (p=.604). Scheffe testi sonucu Asgari Ücret Üstü geliri olan grup ile Asgari Ücret geliri olan grup arasında Asgari Ücret Üstü geliri olan grubun puanı daha çok olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı farklılık belirlenmiştir (p<.05).

Örneklem grubun maddi durum değişkenine göre Özel Kişi Alt Ölçeği anlamlı farklılık tespit edilmiştir. [F=3.653, p<.05]. Post Hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılması için ilk önce Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu kanısına varılmıştır (p=.589). Scheffe testi sonucunda Asgari Ücret Üstü geliri olan grup ile Asgari Ücret geliri olan grup arasında Asgari Ücret Üstü geliri olan grubun puanı daha çok olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı farklılık belirlenmiştir (p<.05).

Tabloda da görüleceği gibi Aile Alt Ölçeği sıralamalar ortalamalarının maddi durum değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. (p>0.05).

Örneklem grubun maddi durum değişkenine göre Arkadaş Alt Ölçeği anlamlı bir farklılık belirlenmiştir [F=4,753, p<.05]. Post Hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılması için ilk önce Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu kanısına varılmıştır (p=.124). Scheffe analizine göre Asgari Ücret

Üstü geliri olan grup ile Asgari Ücret geliri olan grup arasında Asgari Ücret Üstü geliri olan grup daha fazla puan aldığından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur( $p<.05$ ).

**Tablo 4.9.** Deney Grubunun (DEHB'li çocuğu olan anne) Medeni Durum Değişkenine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu

		N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
<b>Duygusal Tükenmişlik</b>	Evli	79	13,89	8,86	G.Arası	325,949	3	108,650	1,412	0,244
	Bekar	3	20,33	9,02	G.İçi	7386,641	96	76,944		
	Boşanmış	15	18,00	7,54	Toplam	7712,590	99			
	Eşi Vefat Etmiş	3	17,00	12,29						
	Toplam	100	14,79	8,83						
<b>Kişisel Başarı</b>	Evli	79	22,76	5,22	G.Arası	147,413	3	49,138	1,901	0,135
	Bekar	3	24,67	3,79	G.İçi	2481,497	96	25,849		
	Boşanmış	15	20,13	4,44	Toplam	2628,910	99			
	Eşi Vefat Etmiş	3	26,33	5,03						
	Toplam	100	22,53	5,15						

Tablodan anlaşılacağı gibi Duygusal Tükenmişlik Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının medeni durum değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ).

Tablodan anlaşılacağı gibi Kişisel Başarı Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının medeni durum değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.10.** Deney Grubunun (DEHB'li çocuğu olan anne) Medeni Durum Değişkenine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu

		N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam</b>	Evli	79	62,22	19,39	G.Arası	3689,552	3	1229,851	3,346	0,022
	Bekar	3	77,67	10,97	G.İçi	35284,408	96	367,546		
	Boşanmış	15	57,20	18,69	Toplam	38973,960	99			
	Eşi Vefat Etmiş	3	32,00	20,30						
	Toplam	100	61,02	19,84						
<b>Özel Kişi</b>	Evli	79	18,77	8,53	G.Arası	647,861	3	215,954	2,900	0,039

	Bekar	3	21,67	10,97	G.İçi	7149,499	96	74,474		
	Boşanmış	15	15,07	9,27	Toplam	7797,360	99			
	Eşi Vefat Etmiş	3	6,00	3,46						
	Toplam	100	17,92	8,87						
<b>Aile</b>	Evli	79	22,58	7,02	G.Arası	275,695	3	91,898	1,855	0,142
	Bekar	3	28,00	0,00	G.İçi	4755,215	96	49,533		
	Boşanmış	15	22,33	6,75	Toplam	5030,910	99			
	Eşi Vefat Etmiş	3	14,67	11,72						
	Toplam	100	22,47	7,13						
<b>Arkadaş</b>	Evli	79	20,86	8,04	G.Arası	436,775	3	145,592	2,238	0,089
	Bekar	3	28,00	0,00	G.İçi	6244,535	96	65,047		
	Boşanmış	15	19,80	8,55	Toplam	6681,310	99			
	Eşi Vefat Etmiş	3	11,33	9,45						
	Toplam	100	20,63	8,22						

Örneklem grubun medeni durum değişkenine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği anlamlı farklılık bulunmaktadır [ $F=3.346$ ,  $p<.05$ ]. Post Hoc testine geçmeden önce Levene's testi sonucuna göre grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu bulunmuştur ( $p=.508$ ). Scheffe analizine göre Evli olan grup ile Eşi Vefat Etmiş olan grup arasında Evli olan grup daha fazla puan aldığından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<.05$ ). Bekar olan grup ile Eşi Vefat Etmiş olan grup arasında Bekar olan grup daha fazla puan aldığından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<.05$ ). Boşanmış olan grup ile Eşi Vefat Etmiş olan grup arasında Boşanmış olan grup daha fazla puan aldığından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<.05$ ).

Örneklem grubun medeni durum değişkenine göre Özel Kişi Alt Boyutunda anlamlı farklılık görülmektedir [ $F=2.900$ ,  $p<.05$ ]. Post Hoc testine geçmeden önce Levene's testi sonucuna göre grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu bulunmuştur ( $p=.220$ ). Scheffe analizine göre Evli olan grup ile Eşi Vefat Etmiş olan grup arasında Evli olan grup daha fazla puan aldığından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<.05$ ). Bekar olan grup ile Eşi Vefat Etmiş olan grup arasında Bekar olan grup daha fazla puan aldığından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<.05$ ).

Tablodan anlaşılacağı gibi Aile Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının medeni durum değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ).

Tablodan anlaşılacağı gibi Arkadaş Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının medeni durum değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.11.** Deney Grubunun (DEHB'li çocuğu olan anne) Eğitim Durumu Değişkenine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu

		N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
<b>Duygusal Tükenmişlik</b>	İlköğretim	33	13,91	9,16	G.Aras	35,927	2	17,963	0,226	0,798
	Lise Mezunu	35	14,94	8,84	G.İçi	7637,710	96	79,559		
	Üniversite Mezunu	31	15,35	8,74	Toplam	7673,636	98			
	Toplam	99	14,73	8,85						
<b>Kişisel Başarı</b>	İlköğretim	33	21,70	6,74	G.Aras	37,597	2	18,798	0,700	0,499
	Lise Mezunu	35	23,06	4,19	G.İçi	2578,726	96	26,862		
	Üniversite Mezunu	31	22,94	4,19	Toplam	2616,323	98			
	Toplam	99	22,57	5,17						

Tablodan anlaşılacağı gibi Duygusal Tükenmişlik Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ).

Tablodan anlaşılacağı gibi Kişisel Başarı Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.12.** Deney Grubunun (DEHB'li çocuğu olan anne) Eğitim Durumu Değişkenine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu

		N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam</b>	İlköğretim	33	53,06	20,80	G.Arası	3367,538	2	1683,769	4,546	0,013
	Lise Mezunu	35	63,57	17,45	G.İçi	35556,644	96	370,382		
	Üniversite Mezunu	31	66,84	19,46	Toplam	38924,182	98			
	Toplam	99	61,09	19,93						
<b>Özel Kişi</b>	İlköğretim	33	14,55	8,87	G.Arası	611,644	2	305,822	4,200	0,018
	Lise Mezunu	35	19,83	7,01	G.İçi	6989,992	96	72,812		
	Üniversite Mezunu	31	19,81	9,66	Toplam	7601,636	98			
	Toplam	99	18,06	8,81						
<b>Aile</b>	İlköğretim	33	20,15	7,61	G.Arası	273,322	2	136,661	2,776	0,067
	Lise Mezunu	35	23,03	6,82	G.İçi	4726,698	96	49,236		
	Üniversite Mezunu	31	24,13	6,57	Toplam	5000,020	98			
	Toplam	99	22,41	7,14						
<b>Arkadaş</b>	İlköğretim	33	18,36	8,98	G.Arası	329,925	2	164,963	2,494	0,088
	Lise	35	20,71	8,01	G.İçi	6349,489	96	66,141		



Mezunu						
Üniversite	31	22,90	7,28	Toplam	6679,414	98
Mezunu						
Toplam	99	20,62	8,26			

Örneklem grubun eğitim durumu değişkenine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği anlamlı farklılık bulunmaktadır [F=4.546, p<.05]. Post Hoc testine geçmeden önce Levene's testi sonucuna göre grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu bulunmuştur (p=.556). Scheffe analizine göre İlköğretim Mezunu olan grup ile Lise Mezunu olan grup arasında Lise Mezunu daha fazla puan aldığından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<.05). İlköğretim Mezunu olan grup ile Üniversite Mezunu olan grup arasında Üniversite Mezunu daha fazla puan aldığından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<.05).

Örneklem grubun eğitim durumu değişkenine göre Özel Kişi Alt Boyutunda anlamlı farklılık görülmektedir [F=4.200, p<.05]. Post Hoc testine geçmeden önce Levene's testi sonucuna göre grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu bulunmuştur (p=.333). Scheffe analizine göre İlköğretim Mezunu olan grup ile Lise Mezunu olan grup arasında Lise Mezunu daha fazla puan aldığından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<.05). İlköğretim Mezunu olan grup ile Üniversite Mezunu olan grup arasında Üniversite Mezunu daha fazla puan aldığından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<.05).

Tablodan anlaşılacağı gibi Aile Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. (p>0.05).

Tablodan anlaşılacağı gibi Arkadaş Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. (p>0.05).

**Tablo 4.13.** Kontrol Grubunun (DEHB'li çocuğu olmayan anne) Maddi Durum Değişkenine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu

		N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
<b>Duygusal Tükenmişlik</b>	Asgari Ücret Altı	4	12,50	9,04	G.Arası	34,970	2	17,485	0,315	0,731
	Asgari Ücret	20	9,40	4,94	G.İçi	4938,682	89	55,491		
	Asgari Ücret Üstü	68	10,32	7,95	Toplam	4973,652	91			

	Toplam	92	10,22	7,39						
<b>Kişisel Başarı</b>	Asgari Ücret Altı	4	24,25	2,87	G.Arası	9,291	2	4,645	0,179	0,837
	Asgari Ücret	20	25,90	4,76	G.İçi	2313,785	89	25,998		
	Asgari Ücret Üstü	68	25,74	5,27	Toplam	2323,076	91			
	Toplam	92	25,71	5,05						

Tablodan anlaşılacağı gibi Duygusal Tükenmişlik Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının maddi durum değişkenine göre değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ).

Tablodan anlaşılacağı gibi Kişisel Başarı Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının maddi durum değişkenine göre değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.14.** Kontrol Grubunun (DEHB'li çocuğu olmayan anne) Maddi Durum Değişkenine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu

		N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam</b>	Asgari Ücret Altı	4	67,75	10,37	G.Arası	369,943	2	184,971	0,558	0,574
	Asgari Ücret	20	60,10	17,40	G.İçi	29479,535	89	331,231		
	Asgari Ücret Üstü	68	64,51	18,69	Toplam	29849,478	91			
	Toplam	92	63,70	18,11						
<b>Özel Kişi</b>	Asgari Ücret Altı	4	21,00	7,75	G.Arası	48,994	2	24,497	0,343	0,711
	Asgari Ücret	20	18,75	8,55	G.İçi	6360,691	89	71,468		
	Asgari Ücret Üstü	68	20,47	8,46	Toplam	6409,685	91			
	Toplam	92	20,12	8,39						
<b>Aile</b>	Asgari Ücret Altı	4	24,50	3,11	G.Arası	22,798	2	11,399	0,309	0,735
	Asgari Ücret	20	24,00	5,21	G.İçi	3284,941	89	36,909		
	Asgari Ücret Üstü	68	22,97	6,39	Toplam	3307,739	91			
	Toplam	92	23,26	6,03						
<b>Arkadaş</b>	Asgari Ücret Altı	4	22,25	2,63	G.Arası	229,926	2	114,963	1,854	0,163
	Asgari Ücret	20	17,35	8,27	G.İçi	5519,932	89	62,022		
	Asgari Ücret Üstü	68	21,07	7,92	Toplam	5749,859	91			
	Toplam	92	20,32	7,95						

Tablodan anlaşılacağı gibi Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği sıralamalar ortalamalarının maddi durum değişkenine göre değişkenine göre farkı test etmek

için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ).

Tablodan anlaşılacağı gibi Özel Kişi Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının maddi durum değişkenine göre değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ).

Tablodan anlaşılacağı gibi Aile Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının maddi durum değişkenine göre değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ).

Tablodan anlaşılacağı gibi Arkadaş Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının maddi durum değişkenine göre değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.15.** Kontrol Grubunun (DEHB'li çocuğu olmayan anne) Medeni Durum Değişkenine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu

		N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
<b>Duygusal Tükenmişlik</b>	Evli	84	9,83	7,20	G.Arası	272,816	2	136,408	2,563	0,082
	Bekar	4	5,75	5,06	G.İçi	5108,598	96	53,215		
	Boşanmış	11	14,27	8,53	Toplam	5381,414	98			
	Toplam	99	10,16	7,41						
<b>Kişisel Başarı</b>	Evli	84	26,02	4,64	G.Arası	112,775	2	56,387	2,456	0,091
	Bekar	4	27,00	4,24	G.İçi	2204,134	96	22,960		
	Boşanmış	11	22,73	6,02	Toplam	2316,909	98			
	Toplam	99	25,70	4,86						

Tablodan anlaşılacağı gibi Duygusal Tükenmişlik Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının medeni durum değişkenine göre değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ).

Tablodan anlaşılacağı gibi Kişisel Başarı Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının medeni durum değişkenine göre değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.16.** Kontrol Grubunun (DEHB’li çocuğu olmayan anne) Medeni Durum Değişkenine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu

		N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam</b>	Evli	84	63,69	18,02	G.Arası	37,803	2	18,901	0,058	0,944
	Bekar	4	63,75	20,11	G.İçi	31420,884	96	327,301		
	Boşanmış	11	61,73	18,04	Toplam	31458,687	98			
	Toplam	99	63,47	17,92						
<b>Özel Kişi</b>	Evli	84	20,04	8,53	G.Arası	64,430	2	32,215	0,449	0,640
	Bekar	4	16,50	11,36	G.İçi	6887,529	96	71,745		
	Boşanmış	11	21,18	6,76	Toplam	6951,960	98			
	Toplam	99	20,02	8,42						
<b>Aile</b>	Evli	84	23,99	5,30	G.Arası	342,262	2	171,131	5,372	0,006
	Bekar	4	26,75	2,50	G.İçi	3058,465	96	31,859		
	Boşanmış	11	18,45	8,41	Toplam	3400,727	98			
	Toplam	99	23,48	5,89						
<b>Arkadaş</b>	Evli	84	19,67	8,14	G.Arası	58,333	2	29,167	0,448	0,641
	Bekar	4	20,50	11,36	G.İçi	6256,576	96	65,173		
	Boşanmış	11	22,09	6,12	Toplam	6314,909	98			
	Toplam	99	19,97	8,03						

Tablodan anlaşılacağı gibi Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği sıralamalar ortalamalarının medeni durum değişkenine göre değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ).

Tablodan anlaşılacağı gibi Özel Kişi Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının medeni durum değişkenine göre değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ).

Örneklem grubun medeni durum değişkenine göre Aile Kişi Alt Boyutunda anlamlı farklılık görülmektedir [ $F=5.375$ ,  $p<.01$ ]. Post Hoc testine geçmeden önce Levene’s testi sonucuna göre grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu bulunmuştur ( $p=.065$ ). Scheffe analizine göre Evli olan grup ile Boşanmış olan grup arasında Evli olan grup daha fazla puan aldığından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<.05$ ).

Bekar olan grup ile Boşanmış olan grup arasında Bekar olan grup daha fazla puan aldığından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<.05$ ).

Tablodan anlaşılacağı gibi Arkadaş Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının medeni durum değişkenine göre değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.17.** Kontrol Grubunun (DEHB'li çocuğu olmayan anne) Eğitim Durumu Değişkenine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu

		N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
<b>Duygusal Tükenmişlik</b>	İlköğretim	27	11,63	7,15	G.Arası	78,323	2	39,16	0,667	0,516
	Lise Mezunu	23	9,13	6,36	G.İçi	5635,31	96	58,70		
	Üniversite Mezunu	49	10,31	8,44	Toplam	5713,63	98			
	Toplam	99	10,39	7,64						
<b>Kişisel Başarı</b>	İlköğretim	27	25,07	4,71	G.Arası	40,273	2	20,13	0,795	0,454
	Lise Mezunu	23	26,70	4,74	G.İçi	2430,27	96	25,31		
	Üniversite Mezunu	49	25,27	5,32	Toplam	2470,54	98			
	Toplam	99	25,55	5,02						

Tablodan anlaşılacağı gibi Duygusal Tükenmişlik Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ).

Tablodan anlaşılacağı gibi Kişisel Başarı Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.18.** Kontrol Grubunun (DEHB'li çocuğu olmayan anne) Eğitim Durumu Değişkenine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Fark İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu

		N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam</b>	İlköğretim	27	61,41	17,54	G.Arası	2481,895	2	1240,948	4,122	0,019
	Lise Mezunu	23	55,83	18,37	G.İçi	28903,741	96	301,081		
	Üniversite Mezunu	49	68,04	16,76	Toplam	31385,636	98			
	Toplam	99	63,39	17,90						
<b>Özel Kişi</b>	İlköğretim	27	19,26	8,34	G.Arası	636,666	2	318,333	4,889	0,010
	Lise Mezunu	23	15,91	9,92	G.İçi	6250,970	96	65,114		
	Üniversite Mezunu	49	22,20	6,89	Toplam	6887,636	98			
	Toplam	99	19,94	8,38						
<b>Aile</b>	İlköğretim	27	24,00	5,02	G.Arası	12,760	2	6,380	0,182	0,834
	Lise Mezunu	23	23,22	6,63	G.İçi	3373,260	96	35,138		
	Üniversite Mezunu	49	23,18	6,04	Toplam	3386,020	98			
	Toplam	99	23,41	5,88						

<b>Arkadaş</b>	İlköğretim	27	18,15	8,14	G.Arası	688,459	2	344,230	5,881	0,004
	Lise	23	16,70	9,65	G.İçi	5619,379	96	58,535		
	Mezunu									
	Üniversite	49	22,65	6,21	Toplam	6307,838	98			
	Mezunu									
Toplam	99	20,04	8,02							

Örneklem grubun eğitim durumu değişkenine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği anlamlı farklılık bulunmaktadır [ $F=4.122$ ,  $p<.05$ ]. Post Hoc testine geçmeden önce Levene's testi sonucuna göre grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu bulunmuştur ( $p=.689$ ). Scheffe analizine göre İlköğretim Mezunu olan grup ile Üniversite Mezunu olan grup arasında Üniversite Mezunu daha fazla puan aldığından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<.05$ ).

Örneklem grubun eğitim durumu değişkenine göre Özel Kişi Alt Boyutunda anlamlı farklılık görülmektedir [ $F=4.889$ ,  $p<.01$ ]. Post Hoc testine geçmeden önce Levene's testi sonucuna göre grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu bulunmuştur ( $p=.096$ ). Scheffe analizine göre Lise Mezunu olan grup ile Üniversite Mezunu olan grup arasında Üniversite Mezunu daha fazla puan aldığından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<.05$ ).

Tablodan anlaşılacağı gibi Aile Alt Boyutu sıralamalar ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ).

Örneklem grubun eğitim durumu değişkenine göre Arkadaş Kişi Alt Boyutunda anlamlı farklılık görülmektedir [ $F=5.881$ ,  $p<.01$ ]. Post Hoc testine geçmeden önce Levene's testi sonucuna göre grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu bulunmuştur ( $p=.088$ ). Scheffe analizine göre İlköğretim Mezunu olan grup ile Lise Mezunu olan grup arasında Lise Mezunu daha fazla puan aldığından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<.05$ ). İlköğretim Mezunu olan grup ile Üniversite Mezunu olan grup arasında Üniversite Mezunu daha fazla puan aldığından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<.05$ ).

**Tablo 4.19.** Deney Grubunun (DEHB'li çocuğu olan anne) Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki İlişki İçin Pearson Korelasyon Analizi Sonuç Tablosu

	Çok Boyutlu		Özel	Aile	Arkadaş
	Algılanan Sosyal Destek	Ölçeği			

<b>Duygusal Tükenmişlik</b>	r	-,202*	-	-	-0,167
	p	0,044	0,154	0,178	0,097
	N	100	100	100	100
<b>Kişisel Başarı</b>	r	,263**	,197*	,295**	0,167
	p	0,008	0,049	0,003	0,096
	N	100	100	100	100

Tabloda görüldüğü üzere Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutu ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutu arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda;

Duygusal Tükenmişlik Alt Boyutu ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanı arasında zayıf seviyede ve negatif yönlü ilişki görülmektedir. ( $r=-.202$ ,  $p<.05$ ). Duygusal Tükenmişlik arttıkça Çok Boyutlu Algılanan Destek azalmaktadır.

Kişisel Başarı Alt Boyutu ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanı arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=.263$ ,  $p<.01$ ). Kişisel Başarı arttıkça Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek artmaktadır.

Kişisel Başarı Alt Boyutu ile Özel Kişi Alt Boyutu puanı arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=.197$ ,  $p<.05$ ). Kişisel Başarı arttıkça Özel Kişiden destek artmaktadır.

Kişisel Başarı Alt Boyutu ile Aile Alt Boyutu puanı arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=.295$ ,  $p<.01$ ). Kişisel Başarı arttıkça aileden destek artmaktadır.

**Tablo 4.20.** Deney Grubunun (DEHB'li çocuğu olan anne) Tükenmişlik Seviyelerinin Çok Yönlü Sosyal Desteğe Etkisini Ölçmek İçin Yapılan Çoklu Regresyon Analizi

	B	Standart Hata	Beta	t	p	R2	F	p
<b>(Sabit)</b>	46,113	10,166		4,536	0,000	.090	4.780	0.010
<b>Duygusal Tükenmişlik</b>	-0,330	0,224	-0,147	-1,473	0,144			
<b>Kişisel Başarı</b>	0,879	0,384	0,228	2,287	0,024			

Tabloda görüldüğü üzere Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutları Çok Yönlü Sosyal Desteği için anlamlı yordayıcı olduğu tespit edilmiştir ( $R^2=.090$ ,  $p<.01$ ). Adı geçen değişkenler birlikte çok yönlü sosyal destekteki toplam varyansın yaklaşık %9'unu açıklamaktadır.  $\beta$  katsayısı değerlerine göre etki güçleri. Kişisel Başarı, Duygusal Tükenmişlik şeklindedir regresyon katsayılarına ilişkin t- testi sonucuna göre Kişisel Başarı Çok Yönlü Sosyal Destek için anlamlı bir yordayıcıdır. Kişisel Başarının etkisi pozitifdir. Diğer değişkenin etkisinin önemli olmadığı bulunmuştur.

**Tablo 4.21.** Kontrol Grubunun (DEHB’li çocuğu olmayan anne) Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki İlişki İçin Pearson Korelasyon Analizi Sonuç Tablosu

		<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği</b>			
		<b>Özel Kişi</b>	<b>Aile</b>	<b>Arkadaş</b>	
<b>Duygusal Tükenmişlik</b>	r	-,266**	-,227*	-,211*	-,200*
	p	0,007	0,023	0,035	0,046
	N	100	100	100	100
<b>Kişisel Başarı</b>	r	0,168	0,120	,232*	0,078
	p	0,095	0,233	0,020	0,442
	N	100	100	100	100

Tabloda görüldüğü üzere Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutu ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutu arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda;

Duygusal Tükenmişlik Alt Boyutu ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanı arasında zayıf seviyede ve negatif yönlü ilişki görülmektedir. ( $r=-.266$ ,  $p<.05$ ). Duygusal Tükenmişlik arttıkça Çok Boyutlu Algılanan Destek azalmaktadır.

Duygusal Tükenmişlik Alt Boyutu ile Özel Kişi Alt Boyutu puanı arasında zayıf seviyede ve negatif yönlü ilişki görülmektedir. ( $r=-.227$ ,  $p<.01$ ). Duygusal Tükenmişlik arttıkça Özel Kişiden destek azalmaktadır.

Duygusal Tükenmişlik Alt Boyutu ile Aile Alt Boyutu puanı arasında zayıf seviyede ve negatif yönlü ilişki görülmektedir. ( $r=-.211$ ,  $p<.01$ ). Duygusal Tükenmişlik arttıkça Aileden destek azalmaktadır.

Duygusal Tükenmişlik Alt Boyutu ile Arkadaş Alt Boyutu puanı arasında zayıf seviyede ve negatif yönlü ilişki görülmektedir. ( $r=-.200$ ,  $p<.01$ ). Duygusal Tükenmişlik arttıkça Arkadaştan destek azalmaktadır.

Kişisel Başarı Alt Boyutu ile Aile Alt Boyutu puanı arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=.232$ ,  $p<.01$ ). Kişisel Başarı arttıkça Aileden destek artmaktadır.



**Tablo 4.22.** Kontrol Grubunun (DEHB'li çocuğu olmayan anne) Tükenmişlik Seviyelerinin Çok Yönlü Sosyal Desteğe Etkisini Ölçmek İçin Yapılan Çoklu Regresyon Analizi

	<b>B</b>	<b>Standart Hata</b>	<b>Beta</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>R2</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>(Sabit)</b>	65,955	12,326		5,351	0,000	.072	3.751	0.027
<b>Duygusal Tükenmişlik</b>	-0,576	0,270	-	-	0,035			
			0,246	2,134				
<b>Kişisel Başarı</b>	0,136	0,410	0,038	0,332	0,741			

Tabloda görüldüğü üzere Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutları Çok Yönlü Sosyal Destek için anlamlı yordayıcı olduğu görülmektedir.(R2=.072,p<.0.05).Adı geçen değişkenler birlikte çok yönlü sosyal destekteki toplam varyansın yaklaşık %7'sini açıklamaktadır.β katsayısı değerlerine göre etki güçleri Duygusal Tükenmişlik, Kişisel Başarı şeklindedir Regresyon katsayılarına ilişkin t- testi sonucuna göre Duygusal Tükenmişlik Çok Yönlü Sosyal Destek için anlamlı bir yordayıcıdır. Duygusal Tükenmişliğin etkisi negatiftir. Diğer değişkenin etkisinin önemli olmadığı bulunmuştur.

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA VE YORUM

Bu araştırmada özel bir hastane örnekleminde bir grup DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerindeki tükenmişlik düzeyi ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelenmiştir. Bu çalışma için kullanılan ölçekler DEHB tanısı alan ve kontrol grubu çocuk ve ergenlerin anneleri tarafından doldurulması tercih edilmiştir. Çünkü birçok araştırmaya göre birinci dereceden bakım veren kişiler anneler oldukları için daha fazla tükenmektedirler.<sup>138</sup> Çalışma verilerinin toplandığı tarih aralığında 6 çocuğun annesine vefat veya boşanma nedeniyle ulaşılamadığı için bu çocuklar çalışma dışı bırakılmıştır. DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin anneleri ile kontrol grubu çocukların annelerinin sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırıldığında eğitim durumları dışındaki verilerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Sadece kontrol grubu çocukların annelerinin lise ve üniversite eğitimi alma oranlarının DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerinin oranlarından yüksek olduğu gözlemlenmiştir. DEHB'li annelerden ve sağlıklı çocuk annelerinden oluşan grupların sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.2. ve Tablo 4.2.1.'de görülmektedir. Çalışmaya alınan DEHB tanısı konan çocukların hepsinin yaşları (7-12) arasındaki okul çağı çocuklarından oluşmaktadır.

DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerinin MTÖ alt boyutlarından Duygusal Tükenmişlik ortalama puanları  $14.8 \pm 8,83$  olarak bulunmuştur, kontrol grubu çocuk ve ergenlerin annelerinin MTÖ alt boyutlarından Duygusal Tükenmişlik ortalama puanları  $10.35 \pm 7,61$  olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki MTÖ alt boyutlarının Duygusal Tükenmişlik puanları farklılığını değerlendirmek için uygulanan t testi sonucunda, gruplar arasında DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerinin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p < 0.0$ ). Bu sonuca göre DEHB tanısı almış çocuğu olan annelerin duygusal tükenmişliklerinin daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4.3.)

DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerinin MTÖ alt boyutlarından Kişisel Başarı ortalama puanları  $22,53 \pm 5,15$  olarak bulunmuştur, kontrol grubu çocuk ve ergenlerin annelerinin MTÖ alt boyutlarından Kişisel Başarı ortalama

---

<sup>138</sup> Neale R. Chumbler vd., "Gender, Kinship and Caregiver Burden: The Case of Community-Dwelling Memory Impaired Seniors.", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2003, Cilt:18, Sayı:8, s. 722-732.

puanları  $25,57\pm 5,00$  olarak bulunmuştur. Kontrol grubu annelerinde MTÖ alt boyutlarının Kişisel Başarı puanlarının DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerinin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.0$ ). Bu sonuca göre DEHB tanısı almamış çocuğu olan annelerin Kişisel Başarı puanları daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4.3.)

Benzer şekilde Polat , Erzurum ilinde Çocuk ve Ergen Psikiyatri polikliniğinde DEHB tanısıyla tedavi gören/yeni tanı almış 399 çocuğun annelerinde algılanan sosyal destek düzeyini, tükenmişlik düzeyini ve çocuk yetiştirme tutumlarını incelemiştir.<sup>139</sup> Bizim bu verilerimiz ile paralel olarak Polat'ın çalışmasında DEHB'li annelerden ve sağlıklı çocuk annelerinden oluşan grupların MTÖ puan ortalamaları Duygusal tükenme alt boyutunda DEHB'li çocuk annelerinde  $16.32\pm 6.74$ , sağlıklı çocuk annelerinde  $8.92\pm 5.63$ , ve Kişisel başarı alt boyutunda DEHB'li çocuk annelerinde  $22.84\pm 5.04$ , sağlıklı çocuk annelerinde  $23.95\pm 6.34$  olarak bulunmuştur.<sup>140</sup>

Çalışmamızda bulunan sonuçla paralel olarak, DEHB'li çocuk annelerinin Duygusal tükenme alt boyut puanlarının sağlıklı çocuk annelerinin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu belirtilmiştir ( $p<0.001$ ). Ancak farklı olarak çalışmamızda, DEHB tanısı almamış çocuğu olan annelerin Kişisel Başarı puanları daha fazla olduğu tespit edilmiş ancak Polat'ın çalışma sonuçlarında Kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları değerlendirildiğinde DEHB grubuyla kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir.<sup>141</sup>

Duygusal tükenme düzeylerinde artış olması, duyarsızlaşmayı, kişisel başarı eksikliğini ve işlevsel olmayan başa çıkma stillerinin kullanımını artıracığı bildirilmiştir. DEHB'li çocuklarda davranış problemleri sıklıkla görülmektedir. Başkalarına zarar vermelerinin yanında kendilerine de zarar verme davranışları görülebilmektedir. DEHB'li çocuklardaki akademik başarısızlık annelerin duygusal tükenme yaşanması beklenen bir sonuç olacaktır. Çünkü anneler, çocuklarına yönelik çeşitli beklentiler oluşturur ve bu beklentiler karşılanmadığında duygusal çökkünlük hissedebilirler.

---

<sup>139</sup> Hatice Polat, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Çocukların Annelerinin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ve Tükenmişlik Düzeyleri ve Çocuk Yetiştirme Tutumlarının İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2015, s. 30-36 Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
**(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi)**

<sup>140</sup> Polat, **a.g.e.**, s. 30-36

<sup>141</sup> Polat, **a.g.e.**, s. 30-36

Bu durum annelerin çocuklarının problemlerine karşı duyarsızlaşmasına, annelerin kendilerini başarısız hissetmesine ve işlevsel olmayan başa çıkma stillerini kullanmaya itebilir. Bu önermeleri destekler şekilde Şahin çalışmasında İstanbul'da 155 kişilik örnekleme otizm veya özgül öğrenme güçlüğü tanısı almış çocukların anneleri ile sağlıklı çocukların annelerinin tükenmişlik belirtileri ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Otizmlili ve ÖÖG'li çocuğa sahip annelerin MTÖ alt boyutu olan duygusal tükenme ile duyarsızlaşma, kişisel başarı eksikliği ve işlevsel olmayan başa çıkma arasında pozitif yönde korelasyon belirlemiştir.<sup>142</sup>

DEHB tanısı almış çocuğa sahip annelerin aile yapıları ile tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde; anne baba ayrı aile yapısı olanlarla anne baba birlikte aile yapısı olanlar arasında tükenmişlik düzeyleri arasında farklılık olduğu anlaşılmıştır. Benzer şekilde şimdiye kadar bu konuda yapılan araştırmaların çoğunda tükenmişliğin aile yapısı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.<sup>143</sup>

Çalışmamızda algılanan sosyal desteği fazla olan annelerin daha az tükenmişlik yaşadıkları belirlenmiştir ( $p < 0.01$ , Tablo 4.4). Yurt dışında yapılan çalışmalarda da sosyal desteğin yaşanan stresi azalttığı ve önlediği belirtilmiştir.<sup>144</sup>

Benzer şekilde Lindström ve ark. Tip1 Diabetes Mellitus olan çocukların aileleri ile yapmış oldukları çalışmada düşük sosyal desteğin ebeveynlerde tükenmişlik ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.<sup>145</sup> Kurt'un zihinsel engelli çocuk aileleri ile yapmış olduğu çalışmada ailelerinden yeterince sosyal destek alamayan annelerin daha fazla duygusal tükenmişlik yaşadıkları veya duygusal tükenmişliğe eğilimli hale geldikleri gösterilmiştir.<sup>146</sup>

---

<sup>142</sup> Şahin, **a.g.e.**, s. 1-75.

<sup>143</sup> Ayşe Selin Özmen, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Çocukların Annelerinde Tükenmişlik Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2016, s. 1-82 (**Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi**)

<sup>144</sup> Mei Chang and Roy Mcconkey, "The Perceptions and Experiences of Taiwanese Parents Who Have Children with An Intellectual Disability.", *International Journal of Disability, Development and Education*, 2008, Cilt:55, Sayı:1, s. 27-41.

<sup>145</sup> Caisa Lindström vd., "Parental Burnout in Relation to Sociodemographic, Psychosocial and Personality Factors As Well As Disease Duration and Glycaemic Control in Children with Type 1 Diabetes Mellitus.", *Acta Paediatrica*, 2011, Cilt:100, Sayı:7, s. 1011-1017.

<sup>146</sup> Didem Kurt, Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Yordanması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ege Üniversitesi, İzmir, 2010, s. 1-69 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**)

Farklı alanlarda yürütülmüş olan ve sosyal destek ile tükenmişlik arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda da duygusal tükenmişlikle sosyal destek arasında ters yönde ilişki olduğu belirtilmiştir.<sup>147</sup>

DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerinin ÇBASDÖ alt boyutlarından toplam ortalama puanları  $61,02 \pm 19,84$  olarak bulunmuştur, kontrol grubu çocuk ve ergenlerin annelerinin ÇBASDÖ alt boyutlarından toplam ortalama puanları  $63,48 \pm 17,83$  olarak bulunmuştur. DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerinin ÇBASDÖ alt boyutlarından Özel Kişi ortalama puanları  $17,92 \pm 8,87$  olarak bulunmuştur, kontrol grubu çocuk ve ergenlerin annelerinin ÇBASDÖ alt boyutlarından Özel Kişi ortalama puanları  $20,02 \pm 8,38$  olarak bulunmuştur. DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerinin ÇBASDÖ alt boyutlarından Aile ortalama puanları  $22,47 \pm 7,13$  olarak bulunmuştur, kontrol grubu çocuk ve ergenlerin annelerinin ÇBASDÖ alt boyutlarından Aile ortalama puanları  $23,46 \pm 5,87$  olarak bulunmuştur. DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin anneleri ile kontrol grubunun annelerinin Özel Kişi Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Özel Kişi, Aile ve Arkadaş Alt Boyutundan almış oldukları puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.4.), ( $p > 0,05$ ).

Ülkemiz literatürü gözden geçirildiğinde DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerinde algılanan sosyal destek ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Özgül Öğrenme Güçlüğü (ÖÖG) ya da zihinsel engelli çocukların annelerinde yapılan benzer çalışmalar olduğu görülmüştür. Çalışmamız sonuçlarıyla benzer şekilde Atalay ÖÖG tanılı çocukların annelerinde algılanan sosyal destek boyutlarını incelediğinde; ÖÖG tanılı çocuğa sahip annelerin Aile Desteği Ölçeğinde aldıkları değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulmamıştır.<sup>148</sup>

Bu çalışmadaki, literatürde yapılan davranış problemi veya engeli olan çocuklarının annelerinin sosyal destek algısı alanında yapılan diğer bir grup çalışmalarla tutarlılık göstermemektedir. Annelerin, davranış problemi veya engeli olan çocuklarının bakımıyla daha çok ilgilendikleri için yaşamlarındaki sosyal rollerden uzaklaştıkları ve sosyal destek ağlarının zayıfladığı ileri sürülmektedir. Bir çeşit sosyalizasyona uğrayan anneler, stresin etkilerine, psikolojik ve duygusal problemlere daha fazla

<sup>147</sup> Bülent Gündüz, İlköğretim Öğretmenlerinde Tükenmişlik.", *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2005, Cilt:1, Sayı:1, s. 1-15.

<sup>148</sup> Özge Deniz Atalay, Özgül Öğrenme Güçlüğü Tanılı Çocuğa Sahip Annelerin Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarının İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Bilim Üniversitesi, 2013, s. 1-48 (**Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi**)

maruz kaldığı görülmektedir. Özel gereksinimli çocuğa sahip ailelerde, eşlerden alınan desteği stresle başa çıkmada önemli bir etkisinin olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.<sup>149</sup>

Buna neden olarak özel gereksinimli çocuğa sahip bazı annelerin stresle daha iyi başa çıkmasının, ailenin kendi içinde sağlamış olduğu destek sistemiyle ilintili olduğu düşünülmektedir.

Bu verilerle farklılık bulunması DEHB'nin engelli çocuklardan daha kabul edilebilir bir sorun olarak algılanması, tedavi ile semptomlarında belirgin düzelme sağlanabilmesi ile ilgili olabilir.

Veriler değerlendirildiğinde sosyal desteği olanların olmayanlara göre, kendilerini ekonomik olarak orta ve yüksek düzey olarak tanımlayanların, düşük olarak tanımlayanlara göre daha fazla sosyal destek algıladığı söylenebilir. Bu bulgu, alan yazında yüksek ekonomik duruma sahip olmanın, çocuğun ihtiyaçlarını karşılama ve sosyal ağı daha geniş tutabilme anlamında görüldüğü, bu nedenle maddi imkanları olan ailelerin daha fazla sosyal destek algıladığı sonucu ile örtüşmektedir. Yapılan çalışmalar ayrıca ekonomik açıdan desteklenen, zorluk yaşamayan ailelerin kendilerini güvende hissederek psikolojik, sosyal sorunlardan daha az etkilenebildiğini göstermektedir.<sup>150,151</sup> McConnell ve Savage, anne babaların yüksek sosyal destek aldığı ve maddi sıkıntılarının olmadığı durumda, engelli çocuklarının davranış problemlerinin sayısı ve yoğunluğu fazla olsa bile aile yaşamındaki uyumlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir.<sup>152</sup>

Engelli çocukları olan ailelerle yapılan çalışmalarla ilgili alan yazın annelerin eğitim düzeyine ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişki ile ilgili farklı bulgular içermektedir. Annelerin öğrenim durumuna göre algıladıkları sosyal destek arasında farkın anlamlı olmadığı bulgusuna ulaşan çalışmalar bu çalışma sonucu ile örtüşmekte, annenin eğitim düzeyi yükseldikçe algıladıkları sosyal destek düzeyinin

---

<sup>149</sup> Filiz Şener, 5-14 Yaş Serebral Palsi'li Çocuğa Sahip Annelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Denetim Odağı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maltepe Üniversitesi, 2009, s. 1-58. **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi)**

<sup>150</sup> Şükran Bilgin, Ağır ve Orta Düzeyde Zihinsel Yetersizliği Olan Çocukların Anne-babalarının Algıladıkları Sosyal Destek Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, Uludağ Üniversitesi, 2012, s. 1-54 **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi)**

<sup>151</sup> Kübra İlhan, Engelli Çocuğu Olan Anne ya da Babalarda Aile Desteği ve Aile Stresi ile İlgili Değişkenlerin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Haliç Üniversitesi, 2014, s. 1-78 **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

<sup>152</sup> David McConnell, "Resilience in Families Raising Children with Disabilities and Behavior Problems.", *Research in Developmental Disabilities*, 2014, Cilt:35, Sayı:4 s.833-848.

arttığı, Karadağ ve İlhan'ın sonuçlarını içeren çalışmalarla bu bulgu örtüşmemektedir.<sup>153</sup>

Çalışmamızda hem DEHB'li çocukların annelerinden üniversite mezunu olanlarda üniversiteye devam etmemiş olanlara göre daha yüksek düzeyde tükenmişlik olduğu görülmüştür. Benzer şekilde bazı çalışmalarda DEHB'li çocukların annelerinden üniversite mezunu olanlarda üniversiteye devam etmemiş olanlara göre daha yüksek düzeyde tükenmişlik olduğu bildirilmiştir. Literatürdeki araştırmalar incelendiğinde eğitim düzeyi değişkeninin stres ile başa çıkma yaklaşımları ile istatistiksel olarak ilişkili olduğunu gösteren bulgular bulunmaktadır. Bu çalışmalar annenin öğrenim düzeyi arttıkça olumlu başa çıkma becerilerinin daha sık kullanılabilirliğini, bu yüzden böyle bir farklılık olabileceğini vurgulamışlardır.<sup>154</sup>

Bazı çalışmalarda ise eğitim düzeyinin yükselmesinin beklentileri artıracığı ve bu beklentiler karşılanmadığında kişide stres ve tükenmişlik olacağını belirtmektedir.

Şahin, Çengelci, Polatçı ile Otacıoğlu çalışmalarında eğitim düzeyi değişkenine göre otizmliler ve ÖÖG tanısı almış çocuklar ile sağlıklı çocukların annelerinin tükenmişlik düzeylerinin farklılaşmadığı belirtilmiştir.<sup>155,156,157,158</sup>

Özmen 2016 yılında İstanbul'da DEHB tanısı almış 141 çocuğun annelerinden oluşan bir örnekleme tükenmişlik düzeyleri ve stresle başa çıkma yöntemlerinin ilişkisini değerlendirmiştir. Buradaki sonuçtan farklı olarak Özmen, tükenmişlik düzeyleri ve stresle başa çıkma yöntemlerinin ilişkisini değerlendirdiği çalışmada annenin eğitim durumu ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır.<sup>159</sup>

---

<sup>153</sup> Güldam Karadağ, "Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Yaşadıkları Güçlükler ile Aileden Algıladıkları Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyleri.", *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009, Cilt:8, Sayı:4, s. 1-8.

<sup>154</sup> Mary Jane, Saxton vd., "Antecedents and Consequences of Emotional Exhaustion in the Airline Reservations Service Sector.", *Human Relations*, 1991, Cilt:44, Sayı:6, s. 583-595

<sup>155</sup> Şahin, *a.g.e*, s. 1-75.

<sup>156</sup> Banu Çengelci, "Otizm ve Down Sendrom'lu Çocuğa Sahip Annelerin Kaygı Umutsuzluk ve Tükenmişlik Duygularının Karşılaştırılması.", *Ege Eğitim Dergisi*, 2009, Cilt:10, Sayı:2, s. 1-23

<sup>157</sup> Sema Polatçı, "*Tükenmişlik Sendromu ve Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler (Gaziosmanpaşa Üniversitesi Akademik Personeli Üzerinde Bir Analiz)*." Gaziosmanpaşa Üniversitesi, 2007.

<sup>158</sup> Sena Gürşen Otacıoğlu. "Müzik Öğretmenlerinde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler.", *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2008, Cilt:9, Sayı:15, s. 103-116.

<sup>159</sup> Özmen, *a.g.e*, s. 1-82

Çalışmamızda hem DEHB'li çocukların hem kontrol grubu çocukların annelerinden üniversite mezunu olanlarda üniversiteye devam etmemiş olanlara göre daha yüksek düzeyde algılanan total sosyal destek ve özel kişi sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Ancak iki grup arasında farklılık görülmemiştir. Bu sonuç DEHB'li bir çocuğa çocuğa sahip olmanın sosyal destek algısında bir değişiklik yaratmayabileceğine işaret edebilir. Her iki grupta da eğitim durumu yüksek olan kişilerin sosyal destek algılarının yüksek olması, eğitimi yüksek grubun sosyal desteğe ulaşmak için gerekli yolları bulmada daha başarılı olabilmelerinde eğitimin faydalı olduğu yönündeki veriler elde eden çalışmaları destekler niteliktedir.<sup>160</sup>

Çalışmamızda annelerin tükenmişlik tutumları sosyo-ekonomik düzey açısından değerlendirildiğinde her iki grupta da Duygusal Tükenme ve Kişisel Başarı bağlamında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Benzer şekilde Özmen, DEHB tanısı almış çocuğa sahip annelerin ortalama aylık gelir düzeyleri ile tükenmişlik düzeylerinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Yapılan literatür taramasında ise ekonomik düzey arttıkça tükenmişliğin azaldığı yönünde araştırmalar bulunmuştur.<sup>161</sup> Otizmli çocukların anneleriyle yapılan araştırmada gelir düzeyi düşük olan ailelerin tükenmişliklerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.<sup>162</sup> Anneler çocuklarının gereksinimlerini karşılayabilmek adına daha fazla sorumluluk üstlenmek zorunda kalabilirler. Bu durum annelerin daha fazla stres, çaresizlik hissi ve kaygı yaşamasına sebep olmaktadır. Maddiyatın yetersiz olduğu durumlarda ise aileler stres yaşamakta, bu durumda ilerleyen zamanlarda tükenmişliğe sebep olabilmektedir.<sup>163</sup>

Örneklem grubun maddi durum değişkenine göre ÇBASDÖ total puanlarında asgari ücret üstü geliri olan grup puanlarının asgari ücret geliri olan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı daha fazla olduğu görülmüştür. Ayrıca ölçeğin Arkadaş Alt Boyutu

---

<sup>160</sup> Hatice Polat and Sibel A. Karakaş "An Examination of the Perceived Social Support, Burnout Levels and Child-Raising Attitudes of Mothers of Children Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Turkey.", *International Journal of Caring Sciences*, 2019, Cilt:12, Sayı:2, s. 1168.

<sup>161</sup> Songül Tümkaya, Öğretmenlerdeki Tükenmişlik Görülen Psikolojik Belirtiler ve Başa Çıkma Davranışları, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çukurova Üniversitesi, Adana, 1996. (**Yayınlanmamış Doktora Tezi**)

<sup>162</sup> Supapak Phetrasuwan and Margaret Miles Shandor, "Parenting Stress in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorders.", *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 2009, Cilt:14, Sayı:3, s. 157-165.

<sup>163</sup> C. Özbeşler, "Farklı gelişimsel özellikleri olan çocuğa sahip ailelerin sorunları.", *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 2008, Cilt:8, Sayı:1-2, s. 25-36.



değerlendirildiğinde asgari ücret üstü geliri olan grup puanlarının asgari ücret geliri olan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı daha fazla puan aldığı görülmüştür. Ancak kontrol grubunda maddi durum değişkeni ÇBASDÖ ve Alt Boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bunun nedeni mali durumu daha iyi olan DEHB tanılı çocuğu olan ailelerin daha çok sosyal destek alma imkanına sahip olabileceği ile ilgili olabilir.

Çalışmamızda bekar ya da boşanmış kişilerin tükenmişlik düzeylerinin evli olanlara göre daha yüksek olduğu, algılanan sosyal destek düzeylerinin ise daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Sürgevil ve arkadaşları yaptıkları araştırmada bekar ya da boşanmış kişilerin tükenmişlik düzeylerinin evli olanlara göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Literatürde bekar bireylerde tükenmişlik daha fazla görüldüğünü gösteren başka çalışmalarda mevcuttur. Benzer şekilde Sürgevil ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada bekar ya da boşanmış kişilerin tükenmişlik düzeylerinin evli olanlara göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir.<sup>164</sup> Literatürde bekar bireylerde tükenmişlik daha fazla görüldüğünü gösteren başka çalışmalarda mevcuttur.<sup>165</sup>

Bu verilere zıt olarak Gökçakan ve Özer, Seğmenli ile Cordes ve Dougherty araştırmalarında medeni duruma göre tükenmişliğin farklılaşmadığını tespit etmiştir.<sup>166,167,168</sup> Araştırmamızda annelerin çok büyük bir kısmının evli olması, bekar ya da boşanmış annelerin az olması aradaki farkın oluşmasına neden olmuş olabilir.

Engelli çocukları olan ailelerle yapılan çalışmalarda, Bilgin çalışmasında evli olan ebeveynlerin sosyal destek algılarının daha yüksek olduğunu, Görgü ise, eşlerin birlikte ya da ayrı olmalarının sosyal desteği algılamada fark yaratmadığını bildirmiştir.<sup>169,170</sup>

---

<sup>164</sup> Olca Sürgevil vd. "Belediye Çalışanlarının Duygusal Saldırıya Uğrama ve Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma", *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2007, Cilt:10, Sayı:17, s. 36-58.

<sup>165</sup> Hüseyin Altay ve Volkan Akgül "Seyahat Acentaları Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyi: Hatay Örneği/Burnout Level Of Travel Agencies' Employees: Hatay Sample.", *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2010, Cilt:7, Sayı:14, s. 87-112.

<sup>166</sup> Zafer Gökçakan ve Recep Özer, "Rehber Öğretmenlerde Tükenmişlik." *Rize Rehberlik ve Araştırma Merkezi Müd. Yy*, 1999, Cilt:9.

<sup>167</sup> Sibel Seğmenli, Rehber Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2001. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)

<sup>168</sup> Cynthia L. Cordes and Thomas W. Dougherty, "A Review and An Integration of Research on Job Burnout.", *Academy of Management Review*, 1993, Cilt:18, Sayı:4, s. 621-656.

<sup>169</sup> Bilgin, *a.g.e*, s. 1-54

Çalışma durumu değişkenine göre DEHB tanısı almış çocukların annelerinin tükenmişlik düzeylerinin annenin çalışıyor ya da çalışmıyor olması açısından farklılık göstermediği belirlenmiştir. Özmen ise tıpkı çalışmamızda olduğu gibi çalışma durumuna göre tükenmişliğin farklılaşmadığını belirlemiştir.<sup>171</sup>

Şahin, Otizm ve ÖÖG'li çocukların annelerinde çalışma durumu ile tükenmişlik arasında ilişki bulmamışlardır.<sup>172</sup> Aynı şekilde Çengelci, engelli çocuğa sahip çalışmayan annelerde tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğunu belirlemiştir. Bu durumu, çalışmalarında çalışan annelerin iş yerindeki beklentilerinin karşılanmasıyla ve çalışmayan annelerin maddi problem yaşamasıyla açıklanabileceğini belirtmişlerdir.<sup>173</sup>

Cordes ve Dougherty'nin araştırmasında tıpkı çalışmamızda olduğu gibi çocuk sayısına göre tükenmişliğin farklı olmadığı belirlenmiştir.<sup>174</sup>

Çalışmamızda algılanan sosyal destek puanları yüksek olan bireylerde düşük düzeyde tükenmişlik; algılanan sosyal destek puanları düşük olan bireylerde ise yüksek düzeyde tükenmişlik puanları bulunmuştur. Bu sonuçlarla uyumlu şekilde çeşitli kurumlarda yapılan araştırmalar, sosyal destek kaynaklarından yararlanabilen bireylerde düşük düzeyde tükenmişlik; bu kaynaklardan yoksun kişilerde ise yüksek düzeyde tükenmişlik bulunduğunu göstermiştir.

Bizim verilerimizden farklı olarak Özmen, DEHB tanısı almış çocuğa sahip annelerin, çocuğuna ev içinde kendisinden başka yardım edebilecek kimsenin olması durumu ile tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde ise çocuğun bakımı konusunda yardımcı olup olmaması ile tükenmişlik düzeyleri arasında annelerde bir farklılık yaratmadığı sonucuna ulaşmıştır.<sup>175</sup> DEHB tanısı almış ve kontrol grubunda çocuğunun cinsiyeti ile annenin tükenmişlik düzeyi ve algılanan sosyal destek puanları incelendiğinde çocuğun cinsiyetinin tükenmişlik düzeyi açısından farklılık yaratmadığı belirlenmiştir. Bu bulgular literatürdeki annelerin tükenmişlik düzeyi ile cinsiyet arasında ilişki bulmayan birçok çalışma sonucu ile uyumludur. DEHB tanısı

---

<sup>170</sup> Ertan Görgü, "3-7 yaş Arası Otistik Çocuğa Sahip Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki, 2005, s.1-130 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**)

<sup>171</sup> Özmen, **a.g.e**, s. 1-82

<sup>172</sup> Şahin, **a.g.e**, s. 1-75.

<sup>173</sup> Çengelci, **a.g.e**, s. 1-23

<sup>174</sup> Cordes and Dougherty, **a.g.e**, s. 621-656.

<sup>175</sup> Özmen, **a.g.e**, s. 1-82

almış çocuğa sahip annelerin tükenmişlik düzeyleri ve algılanan sosyal desteğin çocuğun cinsiyetine göre farklılaşıp farklılaşmadığını araştıran çalışma sonuçlarına bakıldığında; çocuğun kız ya da erkek olmasının annelerde algılanan sosyal destek düzeyi ve stresle başa çıkma tutumları açısından fark yaratmadığı görülmüştür.<sup>176</sup>

Frey'in yaptığı çalışmada özel eğitim ihtiyacı olan çocukların cinsiyetinin annelerin stresle başa çıkma tutumlarında değişim yaratmazken, çocuğun erkek olması babaları stres düzeyinin artmasına neden olmaktadır.<sup>177</sup> Özmen, DEHB tanısı almış çocuğa sahip annelerin tükenmişlik puanlarının çocuğun cinsiyetine göre farklı olduğunu belirtmiştir.<sup>178</sup> Çalışmamızda DEHB'li çocuğu olan annelerin MTÖ alt Boyutları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutları puanları arasındaki ilişki incelendiğinde Duygusal Tükenmişlik arttıkça Çok Boyutlu Algılanan Desteğin azaldığı tespit edilmiştir. Kişisel Başarı arttıkça algılanan sosyal desteğin hem genel olarak arttığı, hem de özel kişiden ve aileden algılanan desteğin arttığı görülmüştür. Engelli çocukları olan ailelerle yapılan çalışmalarda ebeveynlerde algılanan yüksek sosyal desteğin psikolojik stresi azalttığı, yapılan bazı çalışmalarda ise algılanan sosyal destek düzeyi azaldıkça, depresif semptomlarda artış olduğu görülmüştür. Yurdakul ve Girli zihinsel engelli, otizm tanılı ve normal gelişim gösteren çocuğu olan ailelerin sosyal destek ağ genişliğini, sosyal destekten memnuniyet düzeylerini ve bu aileler arasında sosyal desteği algılama ve sosyal destek memnuniyeti arasında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, engelli çocuğu olan anne babaların sosyal destek ağının, normal gelişim gösteren çocuğu olan ailelere göre daha dar olduğunu, ebeveynlerin en çok destek aldıkları kişilerin aileleri olduğunu, arkadaş desteğinin az olduğu sonucunu bildirmiştir.<sup>179</sup>

Ekas ve diğerlerinin yaptığı çalışmada ebeveynin arkadaşından ve eşinden algıladığı sosyal desteğin onun yaşam doyumunu ve psikolojik iyi oluşunu olumlu etkilediğini, aile üyelerinden aldığı sosyal desteğin bireylerin psikolojik iyi oluşlarını olumlu yönde etkilediğini bildirmiştir.<sup>180</sup>

---

<sup>176</sup> Kurt, *a.g.e*, s. 1-69

<sup>177</sup> Karin S. Frey, "Stress and Coping Among Parents of Handicapped Children: A Multidimensional Approach.", *American Journal on Mental Retardation*, 1989.

<sup>178</sup> Özmen, *a.g.e*, s. 1-82

<sup>179</sup> Arzu Yurdakul ve Alev Girli, "Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Sosyal Destek Örneklere ve Bunun Psikolojik Sağlık ile İlişkisi.", *İlkışık Dergisi*, 1999, s.1-5.

<sup>180</sup> Naomi V. Ekas, "Optimism, Social Support, and Well-being in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder.", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2010, Cilt:40, Sayı:10, s. 1274-1284.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçları şöyle özetlenebilir;

1. DEHB tanısı almış çocukların annelerinin Duygusal Tükenmişliklerinin, DEHB tanısı almamış çocukların annelerine oranla daha fazla olduğu görülmektedir.

2. DEHB tanısı almamış çocukların annelerinin Kişisel Başarı puanlarının, DEHB tanısı alan çocukları annelerine göre daha fazla olduğu görülmektedir.

3. DEHB tanısı alan çocukların annelerinin algılanan sosyal destekleri açısından maddi durum değişkenine bakıldığında, Asgari Ücret Üstü geliri olan anneler ile Asgari Ücret geliri olan anneler arasında, Asgari Ücret Üstü geliri olan annelerin daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

4. DEHB tanısı alan çocukların annelerinin maddi durum değişkenine göre, ÇBASDÖ Özel Kişi Alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmaktadır. Asgari ücret üstü geliri olan anneler ile asgari ücret geliri olan annelerden daha fazla puan aldığı bulunmuştur.

5. DEHB tanısı alan çocukların annelerinin maddi durum değişkenine göre ÇBASDÖ Arkadaş Alt Boyutunda anlamlı farklılık bulunmaktadır. Asgari ücret üstü geliri olan anneler ile asgari ücret geliri olan annelerden daha fazla puan aldığı bulunmuştur.

6. DEHB tanısı alan çocukların annelerinin medeni durum değişkenine göre Duygusal Tükenmişlik Alt Boyutunda anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu sonuca göre Evli Olmayan olan annelerin Duygusal tükenmişliklerinin daha fazla olduğu görülmektedir.

7. DEHB tanısı alan çocukların annelerinin medeni durum değişkenine göre Evli olan Anneler ve Evli Olmayan Anneler arasında Kişisel Başarı Alt Boyutunda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

8. DEHB tanısı alan çocukların annelerinin medeni durum değişkenine göre Evli olan Anneler ve Evli Olmayan Anneler arasında ÇBASDÖ Özel Kişi alt boyutunda anlamlı bir farklılık saptamamıştır.

9. DEHB tanısı alan çocukların annelerinin medeni durum değişkenine göre Evli olan Anneler ve Evli Olmayan Anneler arasında ÇBASDÖ Aile alt boyutunda anlamlı bir farklılık saptamamıştır.

10. DEHB tanısı alan çocukların annelerinin medeni durum değişkenine göre Evli olan Anneler ve Evli Olmayan Anneler arasında ÇBASDÖ Arkadaş alt boyutunda anlamlı bir farklılık saptamamıştır.

11. DEHB tanısı alan çocukların annelerinin eğitim durumu değişkenine göre algılanan sosyal destek açısından anlamlı farklılık bulunmuştur. İlköğretim Mezunu olan anneler ile Lise Mezunu anneler arasında Lise Mezunu olan annelerin daha fazla puan aldığı tespit edilmiştir. İlköğretim Mezunu olan anneler ile Üniversite Mezunu olan anneler arasındaki farka bakıldığında ise, Üniversite Mezunu annelerin daha fazla puan aldığı bulunmuştur.

12. DEHB tanısı alan çocukların annelerinin eğitim durumu değişkenine bakıldığında, ÇBASDÖ Özel Kişi Alt Boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur. İlköğretim Mezunu olan anneler ile Lise Mezunu anneler arasında Lise Mezunu olan annelerin daha fazla puan aldığı tespit edilmiştir. İlköğretim Mezunu olan anneler ile Üniversite Mezunu olan anneler arasındaki farka bakıldığında ise, Üniversite Mezunu annelerin daha fazla puan aldığı bulunmuştur.

13. DEHB tanısı alan çocukların annelerinin eğitim durumu değişkenine göre, ÇBASDÖ ölçeği Özel Kişi Alt Boyutunda anlamlı bir farklılık saptanmış olup, Lise Mezunu anneler ile Üniversite Mezunu anneler arasında, Üniversite Mezunu annelerin daha fazla puan aldığı bulunmuştur.

14. DEHB tanısı alan çocukların annelerinin eğitim durumu değişkenine göre, ÇBASDÖ ölçeği Arkadaş Kişi Alt Boyutunda anlamlı farklılık saptanmıştır. İlköğretim Mezunu olan anneler ile Lise Mezunu anneler arasında Lise Mezunu olan annelerin daha fazla puan aldığı tespit edilmiştir. İlköğretim Mezunu olan anneler ile Üniversite

Mezunu olan anneler arasındaki farka bakıldığında ise, Üniversite Mezunu annelerin daha fazla puan aldığı bulunmuştur.

15. Duygusal Tükenmişlik Alt Boyutu ile ÇBASDÖ toplam puanları arasında zayıf düzeyde negatif ilişki bulunmuştur. DEHB tanısı alan çocukların annelerinin duygusal tükenmişliği arttıkça algılanan sosyal desteklerinin azaldığı görülmektedir.

16. Kişisel Başarı Alt Boyutu ile ÇBASDÖ toplam puanları arasında zayıf düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. DEHB tanısı alan çocukların annelerinin kişisel başarıları arttıkça, algılanan sosyal desteğinin de arttığı bulunmuştur.

17. Kişisel Başarı Alt Boyutu ile Özel Kişi Alt Boyutu toplam puanları arasında zayıf düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. DEHB tanısı alan çocukların annelerinin kişisel başarıları arttıkça, özel kişiden alınan desteğinin de arttığı bulunmuştur.

18. Kişisel Başarı Alt Boyutu ile Aile Alt Boyutu toplam puanları arasında zayıf düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. DEHB tanısı alan çocukların annelerinin kişisel başarıları arttıkça, aileden gelen desteğinin de arttığı bulunmuştur.

19. DEHB tanısı alan çocukların annelerinin yaşadığı tükenmişlik ile algılanan sosyal desteklerini anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmektedir. Özellikle Kişisel Başarı Alt Boyutunun, algılanan sosyal destek için anlamlı bir pozitif yordayıcı olduğu görülmektedir.

20. Duygusal Tükenmişlik Alt Boyutu ile ÇBASDÖ toplam puanları arasında zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. DEHB tanısı alan çocukların annelerinin duygusal tükenmişliği arttıkça, algılanan sosyal desteğinin azaldığı tespit edilmiştir.

21. Duygusal Tükenmişlik Alt Boyutu ile Özel Kişi Alt Boyutu toplam puanları arasında zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. DEHB tanısı almayan çocukların annelerinin duygusal tükenmişliği arttıkça, özel kişiden alınan desteğin azaldığı saptanmıştır.

22. Duygusal Tükenmişlik Alt Boyutu ile Aile Alt Boyutu toplam puanları arasında zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. DEHB tanısı almayan çocukların annelerinin duygusal tükenmişliği arttıkça, aileden gelen desteğinin azaldığı görülmektedir.

23. Duygusal Tükenmişlik Alt Boyutu ile Arkadaş Alt Boyutu toplam puanları arasında zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. DEHB tanısı almayan çocukların annelerinin duygusal tükenmişliği arttıkça, arkadaştan gelen desteğin azaldığı saptanmıştır.

Araştırma sonuçlarına bakıldığında annelerin; eğitim durumlarına, çalışma durumlarına, çocuk sayılarına, aile yapılarına, aylık gelir düzeylerine göre tükenmişlik ölçeği puanları ile algılanan sosyal destek ölçeği puanları farklılaşmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre algılanan sosyal destek düzeyi ve tükenmişlik arasında istatistiksel olarak negatif yönlü bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Tükenmişlik düzeyinin yüksek olması kişiler arası ve ailesel ilişkilerde sorunlara yol açabilmekte, kişinin verimliliğini azaltıp psikosomatik rahatsızlıklara da yol açabilmektedir. Bu nedenle üzerinde çalışılması ve önleyici faktörleri saptayıp önlemler almak çok önemlidir. Tükenmişlik kavramıyla başa çıkma konusunda DEHB'li çocukları olan ebeveynlere yönelik destek girişimleri geliştirilmesi faydalı olacaktır. Bu tür çalışmaların hem DEHB'li çocukların anneleri, babaları hem de öğretmenleri üzerinde yapılması destek yöntemlerinin çeşitlendirilmesi açısından faydalı olacaktır.

Çalışmanın birtakım sınırlılıkları vardır. Öncelikle araştırma kapsamına alınan örneklem küçüktür. Çalışmada farklı bir psikiyatrik ya da kronik hastalığa sahip çocukların anneleri ile karşılaştırma yapılmamıştır. Ayrıca veriler longitudinal olarak değil de kesitsel olarak toplandığından annelerin hastalık süreci boyunca tükenmişlik ve algılanan sosyal destek düzeylerinde meydana gelen değişiklikler saptanamamıştır. Babalar çalışma kapsamına alınamamıştır. Araştırma örnekleminin sadece İstanbul ilinde bir tıp merkezine başvuran annelerden seçilmesi nedeniyle farklı sosyo-kültürel özellikler taşıyan anneler arasında ve farklı bölgelerde de tekrarlanıp karşılaştırma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenle daha büyük bir örneklem grubunda kontrol grubunun da yer aldığı ve diğer ebeveyn olan babaların da yer aldığı longitudinal çalışmalar yapılması önerilir. Ayrıca tükenmişlik ve sosyal destek algısını etkileyen diğer farklı değişkenler araştırılarak aradaki ilişkiye bakılması ve elde edilen bulguların değerlendirilmesi önerilir.

## KAYNAKÇA

### KİTAPLAR

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, et al. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub, 2013.

BARKLEY, R.A., Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment. (Third Edition). The Guilford Press New York, 2006.

BARKLEY, Russell A.; MURPHY, Kevin R.; FISCHER, Mariellen. *ADHD in adults: What the science says*. Guilford Press, 2010.

CANADIAN ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER RESOURCE ALLIANCE, Canadian ADHD practice guidelines (3rd ed.). Toronto, Ontario, Canada: Author, 2011.

EDELWICH, Jerry; BRODSKY, Archie. *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Sciences Press, 1980.

ERCAN, E.S, ERDOĞAN, İ., TAMAR, M. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu etiolojisinde genetik, nörolojik ve perinatal etkenlerin önemi. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları* 1998;3: 399-416.

FARONE SV, BIEDERMAN J. Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. In *Neurobiology of Mental Illness*, 2nd ed. (Eds DS Charney, EJ Nestler): Oxford University Press, New York, 2004. 979-999.

GEORGE, Darren; MALLERY, Paul. *SPSS for Windows Step by Step: a Simple Guide and Reference*, 17.0 Update, 10th. 2010.

HECHTMAN, L.; JJ, McGough. Dikkat eksikliği bozuklukları. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Çev: Öner Ö, Aysev A.). Aydın H, Bozkurt A. (Editörler), 2007, 8: 3183-3205.

HOGUE, C.G. (Social Support, Distributive Nursing Practice: A Systems Approach. Second Edition, J.B. Lippincott Company, 1985, 58-75.



KENDALL, Philip C. *Coping cat workbook*. Workbook Pub, 2006.

KÖROĞLU, E. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı.5.Baskı (DSM-5). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013. p. 29-33

LANDRETH, Garry L. *Play therapy: The art of the relationship*. Routledge, 2012.

MARTIN, Andrés; VOLKMAR, Fred R.; LEWIS, Melvin (ed.). *Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

MASLACH, Christina. *Maslach burnout inventory*. Palo Alto, CA: Consulting psychologists press, 1986.

MCGOUGH, James. *ADHD*. Oxford University Press, 2014;2:3-8

MCGOUGH, James. *ADHD*. Oxford University Press, 2014; 4:17-25

MUKADDES, N.M, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tarihçesi ve Epidemiyolojik İncelemeler. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları. 3 :(3)

MURRIHY, Rachael C.; KIDMAN, Antony D.; OLLENDICK, Thomas H. (ed.). *Clinical handbook of assessing and treating conduct problems in youth*. Springer Science & Business Media, 2010. p.517.

PATTERSON, Gerald R. Some characteristics of a developmental theory for early-onset delinquency. 1996.

SADOCK BJ, SADOCK VA, RUIZ P. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. In:Bozkurt A, editor. Kaplan&Sadock Psikiyatri. 11 ed. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2016. p.1169-1180.

VEROFF, Joseph; DOUVAN, Elizabeth; KULKA, Richard A. *The inner American: A self-portrait from 1957 to 1976*. New York: Basic Books, 1981.

## DERGİLER VE MAKALELER

AKGÜN, Ege. Stress and burnout among mothers Annelerde stres ve tükenmişlik. *Journal of Human Sciences*, 2014, 11.2: 238-250.

AKGÜN, Gizem Melissa. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun genetik boyutu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, 3.1: 15-48.

ALTAY, Hüseyin; AKGÜL, Volkan. Seyahat Acentaları Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyi: Hatay Örneği/Burnout Level Of Travel Agencies' Employees: Hatay Sample. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2010, 7.14: 87-112.

ARDAHAN, Melek. Sosyal destek ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2006, 9.2: 68-75.

ASHERSON, Philip. Attention–Deficit Hyperactivity Disorder in the post–genomic era. *European child & adolescent psychiatry*, 2004, 13.1: i50-i70.

ATTERBACH, J.G, LANDAU, R, BERGER, A. Neonatal behavior of infants at familial risk for ADHD. *Infant Behavior Development* 2005 ;28: 220-4.

AUVIN, Stéphane. Systematic review of the screening, diagnosis, and management of ADHD in children with epilepsy. Consensus paper of the Task Force on Comorbidities of the ILAE Pediatric Commission. *Epilepsia*, 2018, 59.10: 1867-1880.

AYSEV, A., ve ÖNER, P. Çocuklukta Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Olguların Ergen Görünümleri: Kesitsel Bir Çalışma. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*, 2001,8 (3), 127-31.

AYSEV, A., ve ÖNER, P. Çocuklukta Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Olguların Ergenlik Dönemindeki Psikiyatrik Durumlarının İncelenmesi. *Kriz Dergisi*, 2002, 10 (2), 41-48.

BARBEE, Anita P. Effects of gender role expectations on the social support process. *Journal of Social Issues*, 1993, 49.3: 175-190.

BARKLEY, R. A.; ANASTOPOULOS, A. D. Ouevremont. DC, and Fletcher, KE, Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Mother-Adolescent Interactions, Family Beliefs and Conflicts, and Maternal Psychopathology. *Journal of Abnormal Childhood Psychology*, 1992, 20.3: 263-288.

BARUCH, Grace K.; BIENER, Lois; BARNETT, Rosalind C. Women and gender in research on work and family stress. *American Psychologist*, 1987, 42.2: 130.

BÄUML, Josef. Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia bulletin*, 2006, 32.suppl\_1: S1-S9.

BENSON, Paul R. The impact of child symptom severity on depressed mood among parents of children with ASD: The mediating role of stress proliferation. *Journal of autism and developmental disorders*, 2006, 36.5: 685-695.

BIEDERMAN, J. Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD. *J Clin Psychiatry*, 2006, 67.4: 524-540.

BIEDERMAN, J. The CBCL as a screen for psychiatric comorbidity in paediatric patients with ADHD. *Archives of disease in childhood*, 2005, 90.10: 1010-1015.

BIEDERMAN, Joseph. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biological psychiatry*, 2004, 55.7: 692-700.

BIEDERMAN, Joseph. Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1995, 34.11: 1495-1503.

BRADLEY, Charles. The behavior of children receiving benzedrine. *American journal of Psychiatry*, 1937, 94.3: 577-585.

CASTELLANOS, F. Xavier; TANNOCK, Rosemary. Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. *Nature Reviews Neuroscience*, 2002, 3.8: 617-628.

CATALA-LOPEZ, Ferran. The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PloS one*, 2017, 12.7: 1-31

CHANG, Mei-Ying; MCCONKEY, Roy. The perceptions and experiences of Taiwanese parents who have children with an intellectual disability. *International Journal of Disability, Development and Education*, 2008, 55.1: 27-41.

CHUMBLER, Neale R. Gender, kinship and caregiver burden: the case of community-dwelling memory impaired seniors. *International journal of geriatric psychiatry*, 2003, 18.8: 722-732.

CORDES, Cynthia L.; DOUGHERTY, Thomas W. A review and an integration of research on job burnout. *Academy of management review*, 1993, 18.4: 621-656.

COŞKUN, Yemliha; AKKAŞ, Günbey. Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. *Journal of Kirsehir Education Faculty*, 2009, 10.1.

CUBILLO, Ana; RUBIA, Katya. Structural and functional brain imaging in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert review of neurotherapeutics*, 2010, 10.4: 603-620.

ÇENGELCİ, Banu. Otizm ve Down Sendrom'lu Çocuğa Sahip Annelerin Kaygı Umutsuzluk ve Tükenmişlik Duygularının Karşılaştırılması. *Ege Eğitim Dergisi*, 2009, 10.2: 1-23

DALEY, D. Attention deficit hyperactivity disorder: a review of the essential facts. *Child: care, health and development*, 2006, 32.2: 193-204.

DEATER-DECKARD, Kirby; SCARR, Sandra. Parenting stress among dual-earner mothers and fathers: Are there gender differences?. *Journal of Family Psychology*, 1996, 10.1: 45.

DURUKAN, İbrahim. DEHB olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kullanılan başa çıkma yöntemleri: Bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008, 9: 217-223.

DUYGUN, Tolga; SEZGIN, Nilhan. The Effects of Stress Symptoms, Coping Styles and Perceived Social Support on Burnout Level of Mentally Handicapped and Healthy Children? s Mothers. *Türk Psikoloji Dergisi*, 2003, 18.52: 37-52.

DUYGUN, Tolga; SEZGIN, Nilhan. Zihinsel Engelli ye Sağlıklı Çocuk Annelerinde Stres Belirtileri, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Algılanan Sosyal Desteğin Tükenmişlik Düzeyine Olan Etkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 2003.

EKER, D.; ARKAR, H. Perceived social support: psychometric properties of the MSPSS in normal and pathological groups in a developing country. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1995, 30.3: 121-126.

ERCAN, Eyüp Sabri. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda epidemiyolojik veriler. *Turkiye Klinikleri Pediatric Sciences-Special Topics*, 2010, 6.2: 1-5.

ERGIN, Canan. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII. *Ulusal Psikoloji Kongresi, 22th September 1992 Ankara (Turkey)*, 1992.

ERSOY, O.; CURUK, N. The importance of social support for the mothers of the children who have special needs. *Family and Community Journal of Educatin, Culture and Research*, 2009, 5.17: 104-110.

FARAONE, Stephen V. Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a clinically referred sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1998, 37.2: 185-193.

FARAONE, Stephen V. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition?. *World psychiatry*, 2003, 2.2: 104.

FERRIN, Maite. A randomized controlled trial evaluating the efficacy of a psychoeducation program for families of children and adolescents with ADHD in the United Kingdom: results after a 6-month follow-up. *Journal of attention disorders*, 2020, 24.5: 768-779.

FERRIN, Maite. Evaluation of a psychoeducation programme for parents of children and adolescents with ADHD: immediate and long-term effects using a blind randomized controlled trial. *European child & adolescent psychiatry*, 2014, 23.8: 637-647.

FREUDENBER, H. J. Staff burn-out []. *The Journal of Social*, 1974, 1974.

FREUDENBERGER, Herbert J. Staff burn-out. *Journal of social issues*, 1974, 30.1: 159-165.

FREY, Karin S.; GREENBERG, Mark T.; FEWELL, Rebecca R. Stress and coping among parents of handicapped children: A multidimensional approach. *American Journal on Mental Retardation*, 1989.

GALLAGHER, Stephen. Predictors of psychological morbidity in parents of children with intellectual disabilities. *Journal of pediatric psychology*, 2008, 33.10: 1129-1136.

GÖKÇAKAN, Z.; ÖZER, Recep. Rehber öğretmenlerde tükenmişlik. *Rize Rehberlik ve Araştırma Merkezi Müd. Yy*, 1999, 9.

GÖRGÜ, Ertan. 3-7 yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki. 2005. :1-130

GÜMÜŞDAŞ, Mehtap; APAY, Serap EJDER. Gebelikte evlilik uyumu ve sosyal destek arasındaki ilişki. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2016, 3.1: 1-8.

GÜNDÜZ, Bülent. İlköğretim Öğretmenlerinde Tükenmişlik. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2005, 1.1. s.1-15.

HALLBERG, Ulrika. Living at the edge of one's capability: Experiences of parents of teenage daughters diagnosed with ADHD. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2008, 3.1: 52-58.

HARRISON, Christine; SOFRONOFF, Kate. ADHD and parental psychological distress: Role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2002, 41.6: 703-711.

HEANEY, Catherine A.; ISRAEL, Barbara A. Social networks and social support. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 2008, 4: 189-210.

HEATH, Corey L. The association between parenting stress, parenting self-efficacy, and the clinical significance of child ADHD symptom change following behavior therapy. *Child Psychiatry & Human Development*, 2015, 46.1: 118-129.

HODGE, Danelle; HOFFMAN, Charles D.; SWEENEY, Dwight P. Increased psychopathology in parents of children with autism: Genetic liability or burden of caregiving?. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 2011, 23.3: 227-239.

IACOVIDES, Apostolos. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of affective disorders*, 2003, 75.3: 209-221.

KAÇMAZ, Nazmiye. Hemşirelerde iş stresi ve tükenmişlik. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2005, 13.54: 65-75.

KARADAĞ, Gülendem. Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Yaşadıkları Güçlükler ile Aileden Algıladıkları Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009, 8.4.

KAYAALP, Levent. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 2008, 62: 147-152.

KILIÇ, B.G., ve ŞENER, Ş. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu/Davranış Bozukluğu Eş Hastalanımında Aile İşlevleri ve Psikososyal Değişkenlerin Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2005, 16 (1), 21- 28.

KOOIJ, Sandra JJ. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC psychiatry*, 2010, 10.1: 67.

LAMBIE, Glenn W. The contribution of ego development level to burnout in school counselors: Implications for professional school counseling. *Journal of Counseling & Development*, 2007, 85.1: 82-88.

LAUFER, Maurice W.; DENHOFF, Eric. Hyperkinetic behavior syndrome in children. *The Journal of pediatrics*, 1957, 50.4: 463-474.

LINDSTRÖM, Caisa; ÅMAN, Jan; NORBERG, Annika Lindahl. Parental burnout in relation to sociodemographic, psychosocial and personality factors as well as disease duration and glycaemic control in children with Type 1 diabetes mellitus. *Acta Paediatrica*, 2011, 100.7: 1011-1017.

MA, Joyce LC. Effect of perceived social support on adjustment of patients suffering from nasopharyngeal carcinoma. *Health & social work*, 1998, 23.3: 167-174.

MA, Joyce LC; LAI, Kelly Yee Ching; LO, Julia Wing Ka. Perceived social support in Chinese parents of children with attention deficit hyperactivity disorder in a Chinese context: Implications for social work practice. *Social Work in Mental Health*, 2017, 15.1: 28-46.



MASH, Eric J.; JOHNSTON, Charlotte. Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1983, 51.1: 86.

MASLACH, Christina. (1976). Burned-out. *Hum. Behav.* 5, 16–22.

MASLACH, Christina. A multidimensional theory of burnout. *Theories of organizational stress*, 1998, 68: 85.

MASLACH, Christina. Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. *Job stress and burnout*, 1982, 29-40.

MCCONNELL, David; SAVAGE, Amber; BREITKREUZ, Rhonda. Resilience in families raising children with disabilities and behavior problems. *Research in developmental disabilities*, 2014, 35.4: 833-848.

MERIKANGAS, Kathleen Ries. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001–2004 NHANES. *Pediatrics*, 2010, 125.1: 75-81.

MCINTOSH, David E.; MULKINS, Rosemary S.; DEAN, Raymond S. Utilization of maternal perinatal risk indicators in the differential diagnosis of ADHD and UADD children. *International Journal of Neuroscience*, 1995, 81.3-4: 35-46.

MICHELSON, David. Once-daily atomoxetine treatment for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 2002, 159.11: 1896-1901.

MILLICHAP, J. Gordon. Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 2008, 121.2: 358-365.

MORRISON, J.L, STEWART, M. Bilateral inheritance as evidence of polygenicity in the hyperactive child syndrome. *J Nerv Ment Disease* 1974; 158:226-228.

OBEL, Carsten. Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for hyperkinetic disorder?—Findings from a sibling design. *International journal of epidemiology*, 2011, 40.2: 338-345.

OMENN, Gilbert S. Genetic issues in the syndrome of minimal brain dysfunction. In: *Seminars in psychiatry*. Grune & Stratton, Inc., 1973. 5:5-17.

OTACIOĞLU, Sena Gürşen. Müzik öğretmenlerinde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2008, 9.15: 103-116.

ÖNER, Ö.; AS, Arsev. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *İçinde: Aysev AS, Taner YI (Editörler). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, 2007, 1: 397-421.

ÖNER, P., ÖNER, Ö., ve AYSEV, A.S. (2003b). Dikkat Eksikliği Hiperaktive Bozukluğu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 12 (3), 97-99.

ÖZCAN, Özlem; ÇELİK, G. G. Bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri J. Child Psychiatry-Special Topics*, 2017, 3.2: 115-120.

PARK, So-Youn; GLIDDEN, Laraine M.; SHIN, Jin Y. Structural and functional aspects of social support for mothers of children with and without cognitive delays in Vietnam. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 2010, 23.1: 38-51.

PELHAM JR, William E.; FABIANO, Gregory A. Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2008, 37.1: 184-214.

PODOLSKI, Cheryl-Lynn; NIGG, Joel T. Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. *Journal of clinical child psychology*, 2001, 30.4: 503-513.

POLANCZYK, Guilherme. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American journal of psychiatry*, 2007, 164.6: 942-948.

POLAT, Hatice; KARAKAS, Sibel Asi. An Examination of the Perceived Social Support, Burnout Levels and Child-Raising Attitudes of Mothers of Children Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 2019, 12.2. s.1168

POOLE, J. Tackling poor parenting: a public health issue. *The journal of family health care*, 2003, 13.2: 49-51.

PUGLIESI, Karen; SHOOK, Scott L. Gender, ethnicity, and network characteristics: variation in social support resources<sup>1</sup>. *Sex roles*, 1998, 38.3-4: 215-238.

RAVENS-SIEBERER, Ulrike. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *European child & adolescent psychiatry*, 2008, 17.1: 22-33.

RAY, Dee C. Child-centered play therapy in the schools: Review and meta-analysis. *Psychology in the Schools*, 2015, 52.2: 107-123.

ROCKVILLE, M.D, Agency for Healthcare Research and Quality. Diagnosis of Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical Focus. October 1999. <http://www.ahrq.gov/clinic/tp/adhddtp.htm> (Accessed on October 25, 2011).

ROSKAM, Isabelle; RAES, Marie-Emilie; MIKOLAJCZAK, Moïra. Exhausted parents: development and preliminary validation of the parental burnout inventory. *Frontiers in psychology*, 2017, 8: 163.

ROWLAND, Andrew S.; LESESNE, Catherine A.; ABRAMOWITZ, Ann J. The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a public health view. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 2002, 8.3: 162-170.

RUTTER, Michael; KORN, Sam; BIRCH, HERBERT G. Genetic and environmental factors in the development of 'primary reaction

patterns'. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 1963, 2.3: 161-173.

SADOCK BJ, SADOCK VA, RUIZ P. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. In:Bozkurt A, editor. Kaplan&Sadock Psikiyatri. 11 ed. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2016. p.1169-1180.

SAFER, Daniel J. A familial factor in minimal brain dysfunction. *Behavior Genetics*, 1973, 3.2: 175-186.

SAXTON, Mary Jane; PHILLIPS, James S.; BLAKENEY, Roger N. Antecedents and consequences of emotional exhaustion in the airline reservations service sector. *Human relations*, 1991, 44.6: 583-595

SCIBERRAS, Emma. Prenatal risk factors and the etiology of ADHD—review of existing evidence. *Current psychiatry reports*, 2017, 19.1: 1.

SHAW, Philip. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2007, 104.49: 19649-19654.

SHERMAN, Dianne K.; IACONO, William G.; MCGUE, MATTHEW K. Attention-deficit hyperactivity disorder dimensions: a twin study of inattention and impulsivity-hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1997, 36.6: 745-753.

SIVRIKAYA, Tuğba; TEKINARSLAN, İlknur Çıfci. Zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip annelerde stres, sosyal destek ve aile yükü. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 2013, 14.02: 17-31.

SPRICH, Susan. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2000, 39.11: 1432-1437.

STILL, George F. The Goulstonian Lectures. *Some abnormal psychical conditions in children*, 1902, 1008-1012

SÜNTER, Ahmet Tevfik. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumu düzeyleri. *Genel Tıp Dergisi*, 2006, 16.1: 9-14.

SÜRGEVİL, Olca. BELEDİYE ÇALIŞANLARININ DUYGUSAL SALDIRIYA UĞRAMA VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2007, 10.17: 36-58.

THAPAR, Anita. Prenatal smoking might not cause attention-deficit/hyperactivity disorder: evidence from a novel design. *Biological psychiatry*, 2009, 66.8: 722-727.

TUGLU, Cengiz; SAHİN, Özlem Öztürk. Eriskin Dikkat Eksikligi Hiperaktivite Bozuklugu: Nörobiyoloji, Tani Sorunlari ve Klinik Özellikler/Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Neurobiology, Diagnostic Problems and Clinical Features. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 2010, 2.1: 75.

VISSER, Susanna N. Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder: United States, 2003–2011. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2014, 53.1: 34-46. e2.

WIENER, Judith. Parenting stress of parents of adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 2016, 44.3: 561-574.

WILLERMAN, Lee. Activity level and hyperactivity in twins. *Child development*, 1973, 288-293.

YOUSEFIA, Shakila; FAR, Atefeh Soltani; ABDOLAHIAN, Ebrahim. Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2011, 30: 1666-1671.

YURDAKUL, Arzu; GIRLI, Alev. Engelli çocuğu olan ailelerin sosyal destek örüntüleri ve bunun psikolojik sağlık ile ilişkisi. *İlkışık Dergisi*, 1999, 1-5.

Zhou J. Norepinephrine transporter inhibitors and their therapeutic potential. *Drugs Future*. 2004; 29: 1235-44.

ZIMET, Gregory D. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 1988, 52.1: 30-41.

## TEZLER

ALPAN, F. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Anneleri ile Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Depresyon ve Stresle Başa Çıkma Becelerinin Karşılaştırılması, 2013 **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

ARMAN, N. Zihinsel engelli çocuğa sahip anne ve babaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile tükenmişlik ve kaygı düzeylerinin incelenmesi, *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum*, 2009. **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

ATALAY, Özge Deniz. *Özgül öğrenme güçlüğü tanılı çocuğa sahip annelerin algılanan sosyal destek düzeylerinin ve stresle başa çıkma tutumlarının incelenmesi*. 2013. Master's Thesis. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. s. 1-48. **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

BANAZ, Mürvet. Lise öğrencilerinde sosyal destek kaynakları ve stres ile ruh sağlığı arasındaki ilişki, *Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir*, 1992. **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

BILGIN, Şükran. *Ağır ve orta düzeyde zihinsel yetersizliği olan çocukların anne-babalarının algıladıkları sosyal destek kaygı ve depresyon düzeylerinin incelenmesi*. 2012. Uludağ Üniversitesi. s.1-54. **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

İLHAN, Kübra. *Engelli çocuğu olan anne ya da babalarda aile desteği ve aile stresi ile ilgili değişkenlerin incelenmesi*. 2014. PhD Thesis. Sosyal Bilimler Enstitüsü. s.1-78. **(Yayınlanmamış Doktora Tezi)**

MOTAVALLI, N. Kentsel Kesimde Türk İlkokul çocuklarında “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun” Nozolojik Bağlamda Prevalansının Araştırılması. (Uzmanlık Tezi) İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi. 1994. **(Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi)**

ÖZMEN, Ayşe Selin. *Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış çocukların annelerinde tükenmişlik düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarının incelenmesi*. Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2016. . **(Yayımlanmamış Doktora Tezi)**

POLAT, Hatice. *Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış çocukların annelerinin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve tükenmişlik düzeyleri ve çocuk yetiştirme tutumlarının incelenmesi*. Master's Thesis. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2015. . **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi)**

POLATCI, Sema. Tükenmişlik sendromu ve tükenmişlik sendromuna etki eden faktörler (Gaziosmanpaşa Üniversitesi akademik personeli üzerinde bir analiz). *Gaziosmanpaşa Üniversitesi*, 2007. **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

ŞAHİN, Zeynep Büşra. *Otizm veya özgül öğrenme güçlüğü tanısı almış çocukların annelerinde, tükenmişlik belirtileri ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. 2017. PhD Thesis. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Uygulamalı Psikoloji Bilim Dalı. **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi)**

ŞENER, Filiz. *5-14 yaş serebral palsi'li çocuğa sahip annelerin stresle başa çıkma tarzları ve denetim odağı arasındaki ilişkinin incelenmesi*. 2009. Master's Thesis. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, s. 1-58. **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

## İNTERNET KAYNAKLARI

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (March 2018). Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/chapter/Recommendations#managing-adhd>. Accessed February 2019. **(Erişim Tarihi:27.03.2020)**

## EKLER

## EK-A

## BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

Değerli Katılımcı;

Sizden katılmanızı istediğimiz Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuk ve Ergenlerin Annelerindeki Tükenmişlik Düzeyi ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi hakkındaki bu araştırma İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı Psikoloji Bölümü'nde Yüksek Lisans öğrencisi olan Sena Kenan tarafından Prof. Dr. Ayten Erdoğan'ın tez danışmanlığında yürütülen yüksek lisans tez araştırmasıdır. Bu çalışmada sizlerden elde edilen veriler bireysel olarak değil genel olarak bilimsel amaçlı analiz edilecek olup demografik bilgi formuna dilererseniz adınızı ve soyadınızı yazmamayı tercih edebilirsiniz. Araştırmaya katılım tamamen isteğe bağlı olup araştırma sonucunda elde edilen sonuçlar, kişisel bilgileriniz ve iletişim bilgileriniz asla üçüncü şahıslar ile paylaşılmayacaktır. Müsterih olunuz. Araştırmaya katıldıktan sonra, uygulanmakta olan psikolojik ölçekler esnasında herhangi bir nedenle araştırmadan çekilmekte tamamen özgürsünüz. Araştırma kapsamında iki adet psikolojik ölçek uygulanmaktadır. Bu testlerdeki ifadelerden size en uygun olanını karşısına çarpı (X) işareti koyarak işaretleyiniz. Lütfen bütün soruları içtenlikle okuyarak cevaplayınız. Boş soru bırakmayınız. Çalışma hakkında ayrıntılı bilgi almak isterseniz [psikologsenakenan@gmail.com](mailto:psikologsenakenan@gmail.com) adresi ile iletişim kurabilirsiniz. Değerli zamanınızı ayırıp araştırmama katkıda bulunduğunuz için çok teşekkür ederim.

Sena Kenan

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda bırakabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

İmza

Katılımcı Adı Soyadı :

## DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

ADINIZ/SOYADINIZ :

CİNSİYETİNİZ:

- KADIN  
 ERKEK

ÇOCUĞUNUZUN CİNSİYETİ:

- KADIN  
 ERKEK

YAŞINIZ :

- 20-30  
 31-40



o 40 ve üstü

MEDENİ HALİNİZ:

- o EVLİ
- o BEKAR
- o BOŞANMIŞ
- o EŞİ VEFAT ETMİŞ

YAŞADIĞINIZ YER:

- o BÜYÜKŞEHİR
- o ŞEHİR
- o İLÇE
- o KÖY

EĞİTİM DURUMUNUZ:

- o İLKÖĞRETİM
- o LİSE MEZUNU
- o ÜNİVERSİTE MEZUNU

ÇALIŞMA DURUMUNUZ:

- o ÇALIŞMIYOR
- o EMEKLİ
- o MASA-BAŞI İŞ
- o BEDENSEL İŞ

GELİR DÜZEYİNİZ:

- o ASGARİ ÜCRET ALTI
- o ASGARİ ÜCRET
- o ASGARİ ÜCRET ÜSTÜ

KRONİK /TIBBİ BİR HASTALIĞINIZ VAR MI? VARSA LÜTFEN BELİRTİNİZ.

- o VAR
  - o YOK
- .....

PSİKİYATRİK BİR HASTALIĞINIZ VAR MI? VARSA LÜTFEN BELİRTİNİZ.

- o VAR
  - o YOK
- .....

BAŞKA ÇOCUĞUNUZ VAR MI? VARSA SAYISINI BELİRTİNİZ.

- o VAR
  - o YOK
- .....

EK-3

## MBI-Ç

Bu araştırmada, annelerin yaşamlarındaki sıkıntılar, stresler ve yorgunluklar incelenmektedir. Bu amaçla hazırlanan elinizdeki ankette, bu konuları yansıtan ifadeler yer almaktadır. Sizden istenen, her bir ifadenin örneklediği durumu ne kadar sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığına çarpı (x) işareti koyarak belirtmenizdir.

Bu ankette kimliğiniz gizli tutulacaktır. Yani, araştırmacıların dışında hiç kimse cevaplarınızı öğrenmeyecektir.

Verdiğiniz cevaplar bizim için çok değerlidir. Bu araştırmada bize yardımcı olduğunuz için size teşekkür ederiz.

	Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1. Çocuğumdan soğuduğumu hissediyorum.	0	1	2	3	4
2. Gün sonunda kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.	0	1	2	3	4
3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldırmayacağımı hissediyorum.	0	1	2	3	4
4. Çocuğum ne hissettiğini hemen anılam.	0	1	2	3	4
5. Çocuğuma sanki insan değilmiş gibi davrandığımı fark ediyorum.	0	1	2	3	4
6. Bütün gün çocuğumla uğraşmak benim için gerçekten çok yorucu.	0	1	2	3	4
7. Çocuğumun sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.	0	1	2	3	4
8. Çocuğumun bakımına yönelik olarak yaptığım işlerden tükendiğimi hissediyorum.	0	1	2	3	4
9. Yaptığım şeylerle çocuğumun yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.	0	1	2	3	4
10. Çocuğumla birlikte olmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.	0	1	2	3	4
11. Çocuğumun/çocuklarının bakımının beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.	0	1	2	3	4
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.	0	1	2	3	4
13. Çocuğumun beni kıstladığını hissediyorum.	0	1	2	3	4
14. Çocuğumun bakımı konusunda çok fazla çalıştığımı hissediyorum.	0	1	2	3	4
15. Çocuğuma ne olduğu umuramda değil.	0	1	2	3	4

T.C. YÖNEKÖĞRETİM KURULU  
BOKÜ MANTARYON MERKEZİ

	Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
16. Doğrudan doğruya çocuğumla ilgilenmek bende çok fazla stres yaratıyor.	0	1	2	3	4
17. Çocuğumla aramda rahat bir hava yaratırım.	0	1	2	3	4
18. Çocuğumla birlikte olduktan sonra kendimi canlanmış hissedirim.	0	1	2	3	4
19.Çocuğumun bakımına yönelik olarak birçok kayda değer başarı elde ettim..	0	1	2	3	4
20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.	0	1	2	3	4
21. Çocuğumla ilgili duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.	0	1	2	3	4
22. Çocuğumun, kendisinin bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandığını hissediyorum.	0	1	2	3	4

## EK-C

## EK

**Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu**

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarımızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularına önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

## ÖZGEÇMİŞ

