



T.C.

DICLE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

OTİZMLİ ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN EVLİLİK UYUMLARI

SOSYAL DESTEK ALGILARI VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN

DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Nuran AVCI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DİYARBAKIR-2017



T.C.  
DİCLE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

OTİZMLİ ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN EVLİLİK UYUMLARI  
SOSYAL DESTEK ALGILARI VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Nuran AVCI  
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Tahsin ÇELEPKOLU  
Yrd. Doç. Dr. Ahmet YILMAZ

DİYARBAKIR

2017

## TEŞEKKÜR

Öncelikle çalışmama katılmayı kabul eden tüm ebeveynlere ve özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışmama yardımcı olan personellere çok teşekkür ederim.

Asistanlık hayatım boyunca yaşadığım her sıkıntıda yanımda olan ve tez sürecimde yardımlarını esirgemeyen değerli danışman hocam Doç. Dr. Tahsin Çelepkolu'na, Hastalarımıza karşı ilgili ve bilgili olabilmemiz adına bize en güzel şekilde örnek olan, sadece benim değil birçok asistanın tez aşamasında yanında olan, çalışma ve özel hayatımızda sıcaklığını her daim hissettiren değerli hocam Yrd. Doç. Dr. P.Gamze Erten Bucaktepe'ye,

Ayrıca Yrd. Doç. Dr. Ahmet Yılmaz ve Yrd. Doç. Dr. Hamza Aslanhan hocalarıma, beraber çalıştığımız şuanda uzman hekim olan arkadaşlarıma, asistan arkadaşlarıma, Sadece tezimin veri toplama aşamasında değil iyi kötü heranımda yanımda olan bölümümüzün Güzin ablası niteliğindeki hemşiremiz Gülfer Sayın'a, oldukça fazla sayımıza rağmen insanüstü gayretle tüm işlerimize koşturan sekreterimiz Veli Adıyaman'a,

Kilometrelerce uzakta da olsalar her zaman desteklerini hissettiğim aileme, Son olarak tez çalışmam boyunca üstün bir sabır ve fedakarlık göstererek manevi desteğini esirgemeyen sevgili eşim Yahya Avcı'ya çok teşekkür ederim.

## ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Aile üyelerinden birinin ya da birkaçının geçici veya sürekli hastalığı, görme, işitme, zihinsel veya fiziksel yetersizliği tüm üyelerin uyumunu etkilemekte, en sağlam yapıdaki ailelerin bile dengeleri sarsılabilmektedir. Bu çalışmada amacımız; otizmlili çocukların ebeveynlerinin evlilik uyumları, sosyal destek algıları ve anksiyete düzeylerini kontrol grubu ile karşılaştırarak ortaya koymaktır.

**Materyal ve Metod:** Bu çalışma, vaka kontrol tarzında bir çalışma olup, etik kurul onayı ve katılımcıların yazılı onamı alınarak yapılmıştır. Çalışmaya 80 vaka, 90 kontrol grubu olmak üzere 170 kişi katılmış olup, katılımcılara sosyodemografik veri formu, Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ), Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇASDÖ) uygulanmıştır. Verilerin analizi için SPSS (Statistical Package for the Social Science) 22.0 programı kullanılmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların 106'sı (%62,4) kadın 64'ü (%37,6) erkekti. Vaka ve kontrol grubunun yaş ortalamaları sırasıyla; 36,52±6,60 ve 35,20±6,64 idi. Otizmlili çocukların yaş ortalaması 8,30±3,85, tanı yaşı 3,44±1,47 idi. Vaka ve kontrol grubunun ÇUÖ ortalamaları sırasıyla; 95,78 ve 104,27 idi (p=0,028). Vaka ve kontrol grubunun HAD ölçek ortalaması sırasıyla; 15,89 ve 14,21 idi (p=0,156). Vaka ve kontrol grubunun ÇASDÖ ortalaması sırasıyla; 51,30 ve 63,87 idi (p=0,000). Vaka grubundaki ebeveynlerin ÇUÖ puanları ile depresyon skorları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r= -0,472). Aynı grupta ÇUÖ toplam puanları ile ÇASDÖ toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=0,435).

**Sonuç:** Otizmlili çocukların ebeveynlerinin evlilik uyumları ve sosyal destek algıları kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Otizmlili çocukların ebeveynleri ile kontrol grubunun anksiyete ve depresyon skorları arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Otizmlili çocuk annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri babalara göre daha yüksek bulundu. Tek çocuğu olan otizmlili çocuk ebeveynlerinin depresyon düzeyleri 2 ve üzerinde çocuk sahibi olanlara göre daha düşüktü. Otizmlili çocukların ebeveynlerinin aileden ve özel insandan algıladıkları sosyal destek arttıkça depresyon düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Otizmlili çocukların tanılarının daha erken konması için ebeveynlere ve birinci basamaktaki sağlık personeline yönelik farkındalık çalışmaları yapılabilir. Otizmlili çocukların ebeveynlerinin otizmlili çocuğun beraberinde getirdiği zorluklara alışıp kendilerini uygun hissettikleri anda yeni çocuk sahibi olmaları yönünde aile planlaması hizmetlerini almaları sağlanmalıdır. Otizmlili çocuğun tanı tedavi sürecinde ilgili alanlarda çalışan profesyonellerin ebeveynlere maddi ve manevi karşılaşılabilecekleri zorluklarda destek olmaları gerekmektedir.

## ABSTRACT

**Aim:** Temporary or persistent illness of one or more of the family members, sight, hearing, mental or physical disability affects the harmony of all members, even the families in the most robust structure can be shaken. Our aim in this study is; marital adjustment, social support perceptions and anxiety levels of the parents of children with autism compared with the control group.

**Material and Methods:** This study was a case-control study conducted with ethics committee approval and written consent of the participants. A total of 170 participants including 80 cases and 90 control groups participated in the study. Sociodemographic data form, Dyadic Adjustment Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale and Multidimensional Perceived Social Support Scale were applied to participants. SPSS (Statistical Package for the Social Science) 22.0 program was used for the analysis of the data.

**Results:** 106 participants (62,4%) were female and 64 (37,6%) were male. Average age of the case and control group respectively were  $36,52 \pm 6,60$  and  $35,20 \pm 6,64$ . The mean age of children with autism was  $8,30 \pm 3,85$  and mean age of diagnosis was  $3,44 \pm 1,47$ . Mean of the DAS of the case and control group respectively were 95,78 and 104,27 ( $p=0,028$ ). Mean of the HAD scale of the case and control group respectively were 15,89 and 14,21 ( $p=0,156$ ). Mean of the MPSSS of the case and control group respectively were 51,30 and 63,87 ( $p=0,000$ ). There was a significant negative correlation between DAS scores and depression scores of the parents in the case group ( $r = -0.472$ ). In the same group, there was a significant positive correlation between DAS total scores and the total scores of MPSSS ( $r = 0.435$ ).

**Conclusion:** Marital adjustment and perceived social support of parents of children with autism was found to be lower than control group. There was no significant difference between anxiety and depression levels of the case and control group. Depression and anxiety levels of the mothers of a child with autism were found to be higher than those of fathers. Parents of a child with autism who are single children have a depression level lower than those with children over 2 and above. Depression levels decreased as the social support of the parents of children with autism perceived from the family and a special person increased. Awareness studies can be conducted intended for parents and primary health care personnel so that children with autism can be diagnosed earlier. Parents of children with autism should be accustomed to the difficulties brought by the child with autism and be provided with family planning services in order to feel fit and have new children. Professionals working in related fields need to be supportive to parents in the difficulties they may face materially and spiritually in the process of diagnosis and treatment of child with autism.

## **TABLO DİZİNİ**

**Tablo 1:** Katılımcıların demografik özellikleri

**Tablo 2:** Vaka grubunun demografik verileri

**Tablo 3:** Kontrol grubunun demografik özellikleri

**Tablo 4:** Otizmlili çocukların demografik özellikleri

**Tablo 5:** Yaşla ilgili verilerin minimum, maksimum ve ortalama değerleri

**Tablo 6:** Ölçeklerin vaka ve kontrol gruplarındaki ortalamaları ve P değerleri

**Tablo 7:** Vaka grubu ölçek puan ortalamaları, standart sapmaları, median, minimum ve maksimum değerleri

**Tablo 8:** Kontrol grubu ölçek puan ortalamaları, standart sapmaları, median, minimum ve maksimum değerleri

**Tablo 9:** Vaka grubundaki ebeveynlerin cinsiyete göre ölçeklerin ortalamaları ve P değerleri

**Tablo 10:** Kontrol grubundaki ebeveynlerin cinsiyete göre ölçeklerin ortalamaları ve P değerleri

**Tablo 11:** Vaka grubundaki ebeveynlerin çocuğun bakımında yardımcı durumuna göre ölçeklerin ortalamaları ve P değerleri

**Tablo 12:** Vaka grubundaki ebeveynlerin öğrenim durumuna göre ölçeklerin ortalamaları ve P değerleri

**Tablo 13:** Kontrol grubundaki ebeveynlerin öğrenim durumuna göre ölçeklerin ortalamaları ve P değerleri

**Tablo 14:** Vaka grubundaki ebeveynlerin çocuk sayısına göre ölçeklerin ortalamaları ve P değerleri

**Tablo 15:** Kontrol grubundaki bireylerin çocuk sayısına göre ölçeklerin ortalamaları ve P değerleri

**Tablo 16:** Vaka grubundaki otizmli çocukların eğitim alma süresine göre ölçeklerin ortalamaları ve P değerleri

**Tablo 17:** Vaka grubundaki ebeveynlerin aylık gelir durumuna göre ölçeklerin ortalamaları ve P değerleri

**Tablo 18:** Kontrol grubundaki ebeveynlerin aylık gelir durumuna göre ölçeklerin ortalamaları ve P değerleri

**Tablo 19:** Kontrol grubundaki ebeveynlerin gruplandırılmış aylık gelir durumuna göre ölçeklerin ortalamaları ve P değerleri

**Tablo 20:** Vaka grubundaki değişkenler arasında korelasyon tablosu, r değerleri

**Tablo 21:** Vaka grubundaki bazı veriler ile ölçekler arasındaki P değerleri

**Tablo 22:** Vaka grubundaki ebeveynlerin evlilik uyumu ile anksiyete ilişkisi arasındaki P değerleri

**Tablo 23:** Vaka grubundaki ebeveynlerin evlilik uyumu ile sosyal destek ilişkisi arasındaki P değerleri

**Tablo 24:** Vaka grubundaki ebeveynlerin anksiyete ile sosyal destek ilişkisi arasındaki P değerleri

**Tablo 25:** Kontrol grubundaki değişkenler arasında korelasyon tablosu, r değerleri

**Tablo 26:** Kontrol grubundaki yaş ile ölçekler arasındaki P değerleri

**Tablo 27:** Kontrol grubundaki ebeveynlerin evlilik uyumu ile anksiyete ilişkisi arasındaki P değerleri

**Tablo 28:** Kontrol grubundaki ebeveynlerin evlilik uyumu ile sosyal destek ilişkisi arasındaki P değerleri

**Tablo 29:** Kontrol grubundaki ebeveynlerin anksiyete ile sosyal destek ilişkisi arasındaki P değerleri

## **KISALTMALAR**

**BTA:** Başka Türü Adlandırılmayan

**ÇASDÖ:** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

**ÇDB:** Çocukluk Dezintegratif Bozukluk

**ÇUÖ:** Çift Uyum Ölçeği

**DAS:** Diadic Adjustment Scale

**DSM-V:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı)

**HAD:** Hospital Anxiety and Depression (Hastane Anksiyete ve Depresyon)

**ICD:** International Classification of Diseases (Uluslararası Hastalık Sınıflaması)

**MPSSS:** Multidimensional Perceived Social Support Scale

**ÖERM:** Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi

**WHO:** World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

**YAB:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu

**YGB:** Yaygın Gelişimsel Bozukluk



## İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

Teşekkür.....	I
Özet.....	II
İngilizce Özet (Abstract).....	III
Tablo dizini .....	IV
Kısaltmalar.....	VI
İçindekiler .....	VII
1. Giriş Ve Amaç.....	1
2. Genel Bilgiler.....	5
2.1.1. Otizm Tanımı .....	5
2.1.2. Otizmin Belirtileri .....	6
2.1.3 Otizmin Görülme Sıklığı .....	8
2.1.4.Otizmin Nedenleri .....	8
2.1.5. Genetik Bulgular .....	9
2.1.6. Hamilelik ve Doğumda Yaşanan Zorluklara Bağlı Faktörler.....	10
2.1.7. Otizme Neden Olabilecek Enfeksiyonlara Bağlı Faktörler.....	11
2.1.8. Otizmin Nedenine İlişkin Bilişsel Yaklaşımlar.....	12
2.1.9.Otizmin Tedavisi ve Eğitimi.....	12
2.2.Evlilik .....	13
2.2.1. Evliliğin Amacı ve Genel İşlevleri.....	13
2.2.2.Evlilik Uyumu.....	14
2.2.3 Engelli Çocuk Sahibi Ebeveynlerin Evlilik Uyumu.....	17
2.3.Sosyal destek.....	19
2.3.1 Sosyal Destek Tanımı.....	19
2.3.2. Sosyal Desteğin İşlevleri .....	20
2.3.3 Ailede Engelli Çocuk ve Sosyal Destek .....	21
2.4. Anksiyete.....	23
2.4.1. Anksiyete Tanımı.....	23
2.4.1.1. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu.....	25
2.4.1.2. Seçici Konuşmazlık (Mutizm).....	26
2.4.1.3.Özgül fobi.....	26

2.4.1.4.Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal fobi).....	27
2.4.1.5. Panik Bozukluğu.....	27
2.4.1.6. Agorafobi.....	28
2.4.1.7. Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	29
2.4.1.8. Maddenin/ İlacın Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu.....	29
2.4.1.9. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Anksiyete Bozukluğu.....	29
2.4.1.10. Tanımlanmış Diğer Bir Anksiyete Bozukluğu.....	30
2.4.1.11. Tanımlanmamış Anksiyete Bozukluğu.....	30
2.4.2. Engelli Çocuk Sahibi Ebeveynlerde Anksiyete.....	30
3. Gereç ve Yöntem.....	32
4.İstatistiksel analiz .....	36
5.Bulgular.....	37
5.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	37
5.2. Katılımcıların Evlilik Uyumları, Sosyal Destek Algıları ve Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulgular.....	48
6.Tartışma.....	77
6.1. Sosyodemografik Bulgularla İlgili Değerlendirmeler .....	77
6.2. Evlilik Uyumu ile İlgili Değerlendirmeler.....	77
6.3. Sosyal Destek Algıları ile İlgili Değerlendirmeler .....	81
6.4. Anksiyete Düzeyleri ile İlgili Değerlendirmeler .....	83
7. Sonuçlar Ve Genel Öneriler.....	86
8. Kaynaklar .....	89
9.Ekler .....	100

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Yeni doğacak bir bebeğin haberini alan ailenin yaşamında bambaşka bir süreç başlar. Her aile bebekleri olacağını öğrendiğinde, hatta bundan önceki zamanlarda dünyaya gelecek olan bebeklerinin kusursuz olması temelinde hayaller kurar. Bu doğal süreç içinde sorunlu bir bebeğin doğması düşüncesi ailede endişe oluşturduğundan, beklentiler maksimum olacak şekilde hazırlık yapılır. Sorunları olan bir bebeğin doğumuyla ya da ilerleyen yıllarda çocuğun bu sorunlardan etkilenmesiyle, aileler çocuklarıyla ilgili hayal kırıklığına uğrar (1).

Otizimli çocuk sahibi birçok ebeveyn çocuklarına karşı nasıl davranacaklarını ya da çocuğun yaşantılarını nasıl etkileyeceğini bilememenin kaygısını taşımaktadır. Çoğu zaman çok özel ihtiyaçları olan bu çocuğun aile yaşantısına uyumunun gerçekleştirilmesinde bazı problemler yaşanmaktadır. Bütün bu kaygılar ailelerin bilinmeyene karşı hissettikleri korkulardan kaynaklanmaktadır (2).

Otizm gibi nörogelişimsel bozukluğa sahip çocuğu olan ailelerden bazıları zaman zaman özgüvenlerini kaybettiklerini hisseder. Bir çocuktaki otistik bozukluklar, anne babada özel duygusal problemler doğurur. Otizm doğumda tespit edilemez ve 18 aydan önce tanı alabilmeleri oldukça güçtür. Anne babalar duygusal dalgalanmalar yaşarlar; bazen bir çocuklarında bir sorun olduğunu bilir, bazen de her şeyin yolunda olduğuna kendilerini ikna ederler. Çocuğun fiziksel gelişiminde telaşlanmayı gerektirecek bir şey olmadığından anne babalar kendilerini rahatlatırlar. Sosyal çevre kendi çocuklarından örnekler vererek çocukta görülen farklılıkları normalize etme eğilimindedirler. Öte yandan, toplumsal uzaklık onların canını acıtır ve aklını karıştırır. Bulunabilirse bütün sorunları çözecek tek bir basit anahtar olduğunu hissetmek, ebeveynlerin ortak yaşantısıdır (3).

Hiçbir otizmli çocukta otistik özellikler aynı şekilde seyretmez. Ebeveynler tanımlanması oldukça zor olan bir davranış dizisiyle karşı karşıya

kalmaktadırlar. İletişim kuramayan bir çocuğun ihtiyaçları ve istekleri ile ilgilenme, aile ortamında düzeni devam ettirmeye çalışma, tuhaf ve hiç de sıradan olmayan davranışların üstesinden gelme, tehlikelerin farkında olmayan çocuğu sürekli olarak kontrol etme ve bu arada kişisel ihtiyaçlarını ve ailenin diğer bireylerinin ihtiyaçlarını gidermeye çalışma, oldukça yorucu ve stresli bir durumdur. İletişim kurma ve anlamadaki güçlük onlara sevgiyle yaklaşan aile bireylerinde duygusal sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Aile panik yaşamakta, suçluluk duymakta, acı çekmekte ve bunlara bağlı olarak, aile içi rollerini yerine getirmekte zorlanmaktadır (4).

Otizimli çocuğa sahip ebeveynlerin zorlukların nasıl ve ne ölçüde üstesinden geldikleri çevreden gördükleri sosyal destekle yakından ilgilidir. Ebeveynlerin yeterli sosyal destek sistemlerine sahip olmaları onları stresin olumsuz etkilerine karşı daha güçlü kılacaktır. Otizmli çocuklar dış görünüşlerinden anlaşılmadığından, tuhaf davranışları toplum tarafından yadırganabilir. Bu durum da, hassas ebeveynlerin çocuklarıyla sosyal çevrelerini kısıtlı tutmalarına sebep olabilmektedir. Bu ve benzer sorunlar yaşayan ebeveynlerin ruhsal yönden iyi durumda olmaları, evlilik uyumları ve sahip oldukları başa çıkma stratejileri pek çok güçlüğe sahip olan çocuklarına daha rahat yardımcı olmalarını sağlayacaktır.

Otizimli bir çocuk ailenin sosyal yaşamını kısıtlar. Çocukların davranış problemleri varsa bakıcı bulmak bile zor olabilir ve eşler yalnız vakit geçirmekte zorluklar yaşayabilmektedir. Bu da, evliliklerinde sorunlara sebep olabilmektedir. Bu bilgilerle benzer olarak otizmli çocuğa sahip ailelerin evlilik uyumu ile ilgili yapılan birkaç araştırma, bu ailelerde evlilik uyumunun düşük, boşanma oranının yüksek olduğunu göstermektedir (5-8). Bu çalışmalar otizmli bir çocuğun olmasının, evlilik hayatı üzerine olumsuz etkileri olduğuna dikkat çekmektedir.

Evlilik uyumunda probleme neden olan durumlardan biri, otizmli olarak doğan çocuğun aile içerisindeki rolünü tam olarak yerine getirememesidir. Engel, ferdin yetersizliği nedeniyle, cinsiyet, yaş, sosyal ve kültürel farklılıklara bağlı olarak yerine getirmesi gereken rolleri, gerektiği gibi yerine

getirememe durumu olarak tanımlanmakta ve aile içerisinde uyum problemlerinin yaşanmasına sebep olabilmektedir (9-10).

Ailelerin çocuklarının otizmlı olması nedeniyle yaşadıkları gerginlik; onlarla etkili bir şekilde iletişime geçememe, otizmlı çocuğa ilişkin gerçekdışı beklentiler içinde olma, çocuğun duygusal gereksinimlerine kayıtsız kalarak sadece yeme-içme gibi fiziksel ihtiyaçlarını karşılama gibi olumsuz tutumlar geliştirmelerine sebep olabilmektedir.

Ailenin yetersizliği olan bir çocuğunun bulunmasına başarılı bir şekilde uyum sağlamasını kolaylaştıran faktörlerden biri, gerek çocuğun gerek ailenin ihtiyaçlarını gidermeye yardım edecek, ayrıca yetersizlikle ilgili sorunların azaltılmasını ve ailenin bu sorunların üstesinden gelmesini kolaylaştıracak destek hizmetlerinin sunulmasıdır. Çünkü otizmlı bir çocuk yetiştirmenin zorluklarıyla başarılı bir şekilde başa çıkmakta en önemli faktörlerden biri, aile bireyleri arasındaki birliktir (11). Bu bağlamda otizmlı çocuğa sahip ebeveynlerin sosyal destek sistemini, evlilik uyumlarını ve anksiyete düzeylerini çeşitli demografik özelliklere ve kontrol grubuna göre inceleyerek, bu kişilerin otizmlı çocuğa uyum sağlarken yaşadıkları sorunları anlama imkanımız olacaktır.

## **Tanımlar**

**Otizm:** Otizm spektrum bozukluğu, doğuştan gelen ya da hayatın ilk yıllarında kendini göstermeye başlayan karmaşık bir nörogelişimsel bozukluktur. Otizmin, beynin yapısını ya da fonksiyonlarını etkileyen bazı sinir sistemi sorunlarından kaynaklandığı düşünülmektedir(12).

**Evlilik Uyumu:** Evlilik uyumu; eşler arasında problem oluşturan farklılıklar, kişiler arası gerginlik ve kişisel anksiyete, eşler arası duygusal ifade, eşler arası memnuniyet doyum, eşler arası bağlılık, yapılmakta olan işlerin önemi hakkında eşler arasındaki fikir birliğinin derecelerine göre karar verilecek bir süreçtir (13).

**Anksiyete:** Anksiyete sözcüğü, boğazını sıkıca bastırmak, sıkıntı ve tassa anlamına gelen, Hint-Germen kökenli ‘angh’ sözcüğünden türemiştir.

Anksiyete muhtemel bir tehlike karşısında, bireyi gereğini yapmak üzere harekete geçiren biyolojik bir uyarandır (14).

**Sosyal Destek:** Sosyal destek; bireyde strese sebebiyet veren durumların olumsuz sonuçlarını azaltan değerlerin ve duyguların paylaşılmasına yardımcı olan, sosyal rollerin ve hayatın getirdiği farklılıklara ve rollere uyum kabiliyetini destekleyen bir sistemdir (15).



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.1. Otizm Tanımı

Otizm birçok alandaki fonksiyonlarda zorluklar ve anormallikler ile karakterize olan nörogelişimsel bir bozukluktur. Otizm tanısı ilk kez Leo Kanner tarafından 1943 yılında “Erken Bebeklik Otizmi” olarak tanımlanmıştır. Son 60 yıl içinde ise gerek adı gerekse tanı kriterleri birçok açıdan değişikliğe uğrayan bu bozukluk, kısaca kendini çevreden soyutlayarak kendi iç dünyasına çekilen fertleri tanımlamaktadır (16).

Kanner, kendi dünyasında yaşayan çocuklar için “otizm” kelimesini kullanınca, bu belirtiler psikiyatrinin şizofreni kavramıyla örtüştüğünden, otizm “çocukluk şizofrenisi” olarak anlaşılmıştır. Otizm yetişkin şizofrenlerin çocuklukta hali olarak düşünüldüğünden, etiyojisi ve tedavisine de yıllarca bu gözle bakılmıştır (17). Kanner’e göre otizmin nedeni “buzdolabı anne babaların” çocuğa huzurlu ve güvenli bir hayat sunmamasıydı. Kanner, otizmin sebebinin biyolojik mi, psikolojik mi olduğuna karar verememiş, ikisinin arasında gidip gelmiştir. 1970’lerde ise ailenin soğuk ve disiplinli olması fikrine, çocuğun iletişim kurmasındaki eksiklik ilave edilmiştir (18).

Otizm, Kanner’den bağımsız olarak, 1944’de Viyanalı çocuk hekimi Hans Asperger tarafından tanımlanmıştır (19, 20). Asperger otizmin nedenlerinin organik olabileceğini düşünmüş, otistik bozukluk için de normallığe yakın olan durumları araştırmıştır. 1970’lerin sonunda Eric Schopler, Kanner’in görüşlerinin zıddına otizmi duygusal bir bozukluk olarak değil “nörogelişimsel bir bozukluk” olarak yeniden değerlendirmiştir. Eric Schopler (1971) otizmi nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlamasıyla beraber, otizmin aynı zamanda bir kültür gibi fonksiyon gördüğünü de belirtmiştir. Kültür insanların düşünme, yeme, giyinme, gündelik hayat, çalışma, doğa olaylarını anlama, boş vakit değerlendirme, iletişim kurma ve sosyal etkileşimini etkilemektedir. Kültürler bu yönlerden birbirleriyle farklılıklar gösterir. Bu yüzden, bir kültüre ait kişiler diğer kültürü anlamakta zorlanabilir. Otizm tabii ki tam olarak bir kültür değildir fakat nasıl olduğu bilinmeden bireylerin yeme, giyinme, boş

vaktini değerlendirme, iletişim kurma şekillerini etkilemektedir. Böylece dışardan sanki bir kültürmüş gibi görünmektedir. Schopler (1995)'in otizmi bu son tanımlamasıyla birlikte, konuyla ilgili biyolojik ve psikolojik araştırmaların sayısı artmıştır. Biyolojik araştırmalar; otizmin genetik olup olmadığı, otizmlilerin anormal bir beyin yapısına ya da fizyolojiye sahip olup olmadıklarını incelerken, psikolojik araştırmalar otizmde hangi bilişsel süreçlerde bozulma görüldüğü ya da bu süreçlerin hangisinin otizme özgü olduğu ve bozukluğun sosyal kabiliyet yetersizliğine sebep olup olmadığını araştırmayı hedeflemişlerdir (21).

### **2.1.2. Otizmin Belirtileri**

YGB terimi altında toplanan otistik bozukluk, Asperger sendromu, ÇDB ve YGB-BTA tanı kategorileri; “Otizm Spektrum Bozukluğu” tanısı altında birleştirilmiştir. Rett Sendromu, genetik altyapısı sebebiyle bu grubun dışında tutulmuştur.

Otizimde en sık kullanılan tanı kriterleri, DSM V (Amerikan Psikiyatri Birliği), ICD (Uluslararası Hastalık Sınıflandırılması) ve WHO (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından kabul edilmiş kriterler olup uzmanlar tarafından otizmle ilgili yapılan araştırmalarda bu kriterler kabul görmektedirler. Aşağıdaki tabloda bu kriterler DSM V'e göre ayrıntılı olarak verilmiştir;

*“A. Aşağıda belirtildiği gibi, şimdi veya geçmişte farklı şekillerde görülen toplumsal iletişim ve toplumsal etkileşimde sürekli yetersizliğin olması.*

*1) Toplumsal-duygusal karşılık vermedeki yetersizlik (örn. olağandışı toplumsal yaklaşımda karşılıklı diyalog yürütmekte çekilen güçlüğe; ilgilerini, duygularını veya duygulanımını paylaşmadaki yetersizlikten, sosyal etkileşime cevap vermemeye kadar olan yetersizlikler.)*

*2) Toplumsal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişimsel davranışlarda yetersizlik (örn. zayıf entegre olmuş sözel ve sözel olmayan iletişim, anormal göz kontaktı ve beden dili veya jestleri anlamakta ve*



*kullanmakta yetersizlik ve yüz ifadesi ve beden diline kadar bariz eksiklerin varlığı.)*

*3) İlişkileri, geliştirmekte, devam ettirmekte ve anlamakta güçlük, örneğin farklı toplumsal ortamlara uygun davranmamaktan, hayali oyun paylaşamamaya ve arkadaş edinememeye, arkadaşla ilgi duymamaya kadar görülen davranışlar. Şu anki şiddeti: Şiddet sosyal iletişimsel alanda yetersizlikler ve kısıtlı, tekrarlayıcı davranışlara göre belirlenir.*

*B. Aşağıdakilerden en az ikisinin varlığı ile kendini gösteren, şu an veya geçmişte sınırlı, tekrarlayıcı davranışlar, ilgiler ya da etkinlikler.*

*1) Basmakalıp veya tekrarlayıcı motor hareketler, obje kullanımı veya konuşma (Basit motor stereotipiler, oyuncakları dizme veya çevirme, ekolali, idiosentrik cümleler)*

*2) Aynı olmakta ısrar, rutine sıkı sıkıya bağlı olma veya ritüelleşmiş sözel ve sözel olmayan davranışlar, (ufak değişimlerde aşırı stres, geçişlerde zorluk, sert düşünce tarzı, selamlaşma ritüelleri, her gün aynı yolu veya aynı yemeği tercih etme.)*

*3) Konu veya yoğunluk açısından anormal olan sınırlı, sabitlenmiş ilgiler (yaygın olmayan nesnelere anormal aşırı bağlılık, aşırı tekrarlayıcı veya sınırlı ilgiler.)*

*4) Duyusal olarak aşırı ya da az duyarlılık veya çevrenin duyuşal boyutuna aşırı ilgi (acıya/sıcağa aşırı duyarsızlık, belirli ses veya dokunuşlara karşı beklenmeyen tepki, nesnelere aşırı koklama veya onlara aşırı dokunma, ışık veya hareketle görsel olarak çok meşgul olma.) Şu anki şiddeti: Şiddet sosyal iletişimsel alandaki yetersizlikler ve kısıtlı, tekrarlayıcı davranışlara göre belirlenir.*

*C. Belirtiler gelişimin erken evrelerinde mevcut olmalı (toplumsal beklentiler sınırları aşınca dek fark edilmemiş veya daha sonra hayatta öğrendiği stratejilerle maskelenmiş olabilir.)*

*D. Belirtiler sosyal, mesleki ve başka önemli alanlarda klinik olarak anlamlı düzeyde bozukluğa yol açmalıdır.*

*E. Bu bozukluk zihinsel yetersizlik veya genel gelişimsel gerilik sebebi ile olmamalıdır. Gerçi zihinsel yetersizlik ve OSM sıklıkla bir arada görülür,*

*ancak OSB ve zihinsel engellilik tanısı konması için sosyal iletişimsel düzeyin genel gelişimin altında olması gerekir.”*

Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzları (1992)'na göre; "otistik bozukluk" veya "iletişim bozukluğunun" belirtilerinden bazıları şunlardır:

- 3 yaşından önce ortaya çıkar,
- Yaygın gelişimsel bir bozukluktur,
- Sosyal ilişkilerde, iletişimde ve yineleyen kısıtlı hareketlerde fonksiyonel bozukluklar tipiktir,
- Sosyal ortama göre davranışlarını ayarlayamama,
- Mevcut dil becerilerinin fonksiyonel kullanılmaması,
- Ses tonu ve vurgulamaların uygunsuzluğu,
- Jest ve mimiklerin uygunsuzluğu,
- Bazı davranış ve alışkanlıkların katı tutum haline dönüşmesi,
- Çevrenin değişmesine direnç, tipik özellikler olarak görülür.

### **2.1.3. Otizmin Görülme Sıklığı**

Otizm her kültürde görülen evrensel bir bozukluktur. Türkiye’de otizmin görülme sıklığı hakkında yapılmış herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Dünyada Yaygın gelişimsel bozukluk tanısının yaygınlığını araştıran birçok çalışma yapılmıştır. Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, İngiltere, İskandinavya, Fransa ve Japonya’da gerçekleştirilmiş ve bulguları 1966 ile 1991 yılları arasında yayınlanmış bu tipteki 16 çalışmanın bir tekrarında, yaygınlık oranının 10 000 çocukta 3 ile 16 arasında değiştiği bulunmuştur (22). Baron&Cohen ve diğer. 2009 tarihinde yaptığı bir çalışmaya göre daha önce tanısı konulmamış durumlar da dahil olmak üzere otizmin görülme sıklığı 10 000 çocukta 157 olarak bulunmuştur (23).

#### **2.1.4.Otizmin Nedenleri**

##### **Psikojenik Kuram**

Otizmin nedenleriyle ilgili ilk teoriler, otizm tanısına sahip çocukların normal olarak dünyaya geldikleri ama içinde buldukları ortam dolayısıyla otistik anomaliler gösterdikleri yönündedir. Bu teorilerin ortaya çıkma süreçleri ve içerikleri derinlemesine incelendiğinde; tanımlandıktan sonraki neredeyse ilk çeyrek asır boyunca otizmi bilişsel psikoloji bakış açısıyla inceleyen hiçbir araştırma yapılmadığı görülmektedir. Bunun nedeni Kanner'in otizmi duygusal bir bozukluk olarak tanımlamasıyla birlikte psikanalistlerin otizmde anne-çocuk ilişkisini inceleyip, bunun otizme sebep olabilecek tarafları üzerinde yoğunlaşmalarıdır.

1950'li ve 1960'lı yıllarda geçerliliğini devam ettiren psikojenik teoriye göre otizm anne-çocuk ilişkisinde, annenin çocuk tarafından soğuk reddedici olarak algılanan davranışlar göstermesiyle ortaya çıkan, çocuğun psikolojik olarak geri çekilme davranışdır. Bu görüş, Bruno Bettelheim'in (1967) teorisi olarak anılmaktadır. Fakat konu hakkındaki bu gözlemlerin çoğu derinlemesine yapılmış çalışma ve araştırmalarla desteklenmemiştir. Otizimli çocukların ebeveynleri ile normal gelişim gösteren çocukların ebeveynleri arasında, ailelerden kaynaklanan ilgisiz, duyarsız, soğuk tavır ve yetiştirilme tarzı gibi nedenlerden dolayı zarar görmüş olup olmadıkları hakkında yapılan karşılaştırmalı araştırmalarda, normal gelişim gösteren çocuklardan bariz bir farklarının olmadığı fikri ileri sürülmüştür (24).

Sonuç olarak otizmi sadece duygusal ve sosyo-çevresel nedenlere bağlayarak açıklamak yetersiz kalmış ve 1960 yılından itibaren psikologlar otizmi farklı yönlerden gelişimsel bir bozukluk olarak ele almışlardır.

##### **2.1.5.Genetik Bulgular**

Son yıllarda yapılan güncel çalışmalar otizmin etyolojisinde genetik faktörlerin etkili olduğu yönündedir. Otizmin genetik yönüyle ilgili çalışmaların en büyük sınırlılığı otizimli kişilerin çocuk sahibi olamamalarıdır. Bu sebeple bu çalışmalar otizimli kişilerin biyolojik kardeşleri ve ebeveynleri dahil edilerek yapılmaktadır. Yine de sonuçlar şuanda hala karmaşık ve belirsizdir. Otizm %100 genetik bir bozukluk olsa özellikle tek yumurta ikizlerinin birisinin otizimli olma durumunda doğal olarak

diğerinin de otizmlili olması beklenmektedir. Fakat pratikte böyle bir durumla karşılaşılmağı olması düşündürücüdür. Nitekim otizme neyin yol açtığı biyolojik açıdan da hala cevabı bilinmeyen bir sorudur. Çünkü otizmlili bireylere özgü durumların tek bir nedeni yoktur. Otizmin birçok nedeni olduğu düşünölmektedir. Otizm tanılı bireylerin ancak yüzde %5-10'unda tıbbi bir nedene rastlanmaktadır. Tüm bilinen metotlarla yapılan araştırmalara rağmen halihazırda geçerli bir neden bulunamamıştır. Araştırmalar bu kişilerde beyin hücrelerinin farklı bir biçimde çalıştığını göstermektedir. Beyin hücreleri arasındaki mesajları ileten kimyasal taşıyıcılarda fazlalık veya eksiklik olduğu düşünölmektedir. Ancak yine genetik yönden incelemek üzere yapılmış ikiz çalışmalarında; birbirine tıpatıp benzeyen tek yumurta ikizlerinden biri otistik olurken diğerinin normal gelişim gösterebildiğı bulunmuştur (19).

2000'li yıllara baktığımızda teknolojinin gelişmesiyle birlikte biyolojik teorileri savunan araştırmaların sayısının arttığı görölmektedir. Bu yaklaşımlara en yakın örnek olarak Huebner ve Lane'in (2001) otizmin nedenine ilişkin; nörolojik olgunlaşmama, heterojen etiyoloji ve diğer etiyoloji olmak üzere ortaya koydukları üç ayrı görüş geçerliliğini hala korumaktadır. Görüşlerden ilk olanı, otizmin beyin gelişimindeki bir yetersizlik olarak ortaya çıktığını ileri sürmektedir. Bu görüş, beyindeki birçok yapının (serebellum, amigdala, limbik sistem ve hipokampus) daha az sayıda nörona sahip olması, hücre yoğunluğunun fazla olması, dendritlerin büyümesinde yavaşlama ve beynin genişlemesi gibi değişikliklere sahip olduğuna ilişkin bulgular ortaya koymaktadır. Yine Huebner ve Lane (2001)'in heterojen etiyoloji görüşlerine göre otizm farklı etiyolojilerden kaynaklanan farklı semptom örüntülerinden oluşan geniş bir yelpazedir. Bu otizmin değişik alt kategori ya da tiplerinin değişik biyolojik nedenlerden kaynaklanması anlamına gelmektedir. Üçüncü ve son görüşe göre otizm birçok genetik ve çevresel faktörlerden ileri gelmektedir. Örneğin; Fragile X Sendromu ya da Tuberozskleroz gibi genetik bozukluklara sahip bireylerin %10-30 kadarının aynı zamanda otizme sahip olmaları ve bu bozukluklara neden olan genlerin bazı otistik belirtilere de sebep olduğuna dair bulguların olması bu görüşü desteklemektedir (25).

1998 yılında 7. kromozom üzerinde konuşma yeteneğıyle ilgili bir gen bulunması sonucunda, konuşma bozukluklarının ve bu bozuklukların nesiller boyunca devam

etmesi bu genlerin sorumlu olabileceğini düşündürmektedir, fakat hangi genlerin çok önemli olduğu ve gelişimi nasıl etkilediği bilinmemektedir (19).

#### **2.1.6. Hamilelik ve Doğumda Yaşanan Zorluklara Bağlı Faktörler**

Yine yapılan araştırmalarda otizmlili çocuklarda kardeşlerine ya da kontrol gruplarına göre doğum öncesinde, doğumda ya da sonrasındaki komplikasyonların yaygınlığının daha fazla olduğu bulunmuştur. Doğum öncesinde kanama olması, doğumun ilk, dördüncü ya da en son doğum olması; anne yaşının büyük olması ya da ilaç kullanımı gibi faktörlerin otizm riskini arttırdığı düşünülmektedir. Bunlara ilaveten solunum yetmezliği, septisemi ya da menenjit hastalığının (ki bunlar beyinde enfeksiyona sebep olmaktadır) normal bir gelişimsel süreçten sonra otizm riskini arttırdığını düşünen araştırmacılar bulunmaktadır (26). Bu faktörler otizmle ilişkili gibi görünseler de otizmle aralarında nedensel bir ilişki kurmak için daha fazla kanıt ihtiyacı vardır (27).

#### **2.1.7. Otizme Neden Olabilecek Enfeksiyonlara Bağlı Faktörler**

Genetik, hamilelik ya da doğumla ilgili faktörler kadar hamilelik ya da çocuklukta geçirilen ve beyinde hasar oluşturan enfeksiyonların da otizmle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yine diğer faktörlerde olduğu gibi bu da neden-sonuç ilişkisi açısından halihazırda kesinleşmiş değildir. Otizmle ilişkili olduğu düşünülen bu enfeksiyonlar şunlardır;

##### **Rubella**

Hamileliğin ilk 3 ayında kapılan Rubella ya da Alman kızamığı mikrobi, anne karnındaki bebeğin beynine zarar verebilmekte ve bu zarar zihinsel engel, işitme ya da görme engeli ya da otizmle sonuçlanabilmektedir. Günümüzde uygulanan aşılama programlarıyla rubella bu derecede zarar veren bir enfeksiyon olmaktan çıkmıştır.

##### **Cytomegalovirus (CMV)**

CMV virüsü de nadiren zihinsel engel ya da otizmle sonuçlanabilecek enfeksiyona sebep olmaktadır. Buna rağmen, CMV virüsüyle enfekte olmuş bir çocukta buna benzer problemlerle her zaman karşılaşılması da otistik vakalarda başka faktörlerin de rol oynayabileceğine dair ipuçları vermiştir.

##### **Herpes Encephalitis**

Herpes virüsü zaman zaman bebeğin beynine zarar verebilmekte ve bu zarar ensefalit olarak isimlendirilen enfeksiyon nedeni olabilmektedir. Çok sık olmasa da herpes

ensefalit geçiren bazı çocuklarda otistik belirtilere rastlanmıştır. Sonuç olarak; bu enfeksiyonların otizme neden olabileceğinin yanında otizmle ilişkili faktörleri harekete geçiren sebepler olarak da görmek mümkündür. Çünkü yapılan araştırmalarda buna benzer enfeksiyon geçiren çocukların tamamına yakınında otizm ya da otistik belirtilere rastlanmamaktadır (21).

### **2.1.8. Otizmin Nedenine İlişkin Bilişsel Yaklaşımlar**

1970'li yılların başından itibaren otizmin nedenine ilişkin bilişsel bir bakış açısı yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu süreçte deneysel araştırmaların artmasıyla beraber otizmin nedeninin daha çok bilişsel fonksiyonlardaki yetersizlik olduğuna ilişkin görüşler gündeme gelmiştir. Bu bağlamda ele alınan temel bilişsel problemler; dil, bilgi işlem becerileri, hafıza ve sembolizasyondaki yetersizliklerdir (28).

Bu zaman diliminde otizmliler üzerinde yapılan çalışmalarda standardize edilmiş IQ testleri ve nöropsikolojik testler kullanılmıştır. Bu tarz bir ölçüm değişik yönlerden faydalı ve önemli olmuştur. Testlerin sonuçları çocukların genel bilişsel seviyelerine ve bilgi birikimlerine dair bir fikir vermiştir. Ayrıca testlerden elde edilen bu veriler bilişsel ve sosyal fonksiyonların seviyesinin karşılaştırılmasına imkan sağlamış bilişsel fonksiyonların otizmin önde gelen sebebi olup olmadığı hakkında yorum yapılmasına yol açmıştır. Birbirleriyle çelişen bulgular doğrultusunda bilişsel fonksiyonlardaki eksikliğin sosyal beceri eksikliğine yol açıp açmadığı merak edilen soru olmuştur. Bu soruya cevap olarak konuyla alakalı yapılan birçok çalışma, otizmin şiddetiyle genel bilişsel beceriler arasında bir ilişki olduğunu gösterirken, net bir neden-sonuç ilişkisinden bahsetmek de mümkün görünmemektedir. Başka bir deyişle, bilişsel yetersizliklerin otizmin altında yatan tek etken olduğunu öne sürmek mevcut verilerle pek muhtemel görünmemektedir (28).

### **2.1.9. Otizmin Tedavisi ve Eğitimi**

Otizmliler çocukların tedavisinde özel eğitime ilaveten bazı terapi ve psikiyatrik tedavi metotlarına da başvurulabilir. Fakat, farklı terapi ve tedavi metotlarına başvurulması, özel eğitime olan gereksinimi azaltmaz. Bu sebeple, hangi tür bir terapi ya da tedavi alırsa alsın otizmliler her çocuğun kesinlikle ve öncelikli olarak özel eğitim alması gerekir. Diğer yöntemler, özel eğitime yardımcı olabilir ama hiç biri özel eğitimin yerini dolduramaz (12).

Bugün yaygın olarak kabul gören tedavi, özel eğitimin yanında çocuğun temel

yapısal bozukluğunu gidermeyi amaçlayan bilişsel davranışsal tedavi yöntemleridir (29). Otizmlı çocukların erken yaşta, mümkünse üç yaştan önce tanı almaları çok öneme sahiptir. Çünkü otizmlı bir çocuk özel eğitim almaya ne kadar erken yaşta başlarsa, o kadar hızlı gelişme gösterebilir. Otizmlı çocukların haftada en az 20 saat, mümkünse 35-40 saat süreyle ve onlar için özel olarak hazırlanmış eğitim programlarıyla özel eğitim almalarına ihtiyaç vardır. Özel eğitimin yanında özel eğitime destek amaçlı verilen terapilerin başta gelenleri dil-konuşma terapisi ve uğraşı terapisi'dir. ABD ve Kanada gibi birçok gelişmiş ülkede, otizm başta olmak üzere farklı engel grubundan çocuklara destek amaçlı hizmet olarak okullarda dil-konuşma terapistleri ve uğraşı terapistleri görevlendirilmektedir. Bu terapilerin maliyeti ise devlet ya da eyalet tarafından finanse edilmektedir. Dil - konuşma terapistleri ve uğraşı terapistleri, çocuklara terapi hizmeti vermenin yanında, öğretmenlere ve ailelere de danışmanlık hizmetleri sunarlar.

Dil-konuşma terapistleri otizmlı çocuklarda dil ve iletişim kabiliyetlerini geliştirmek için çeşitli terapiler uygularlar. Bu terapilerin temel amacı, otizmlı çocukların içinde buldukları bütün ortamlarda iletişim kurmalarını sağlayacak iletişim becerilerini onlara edindirmektir. Bu gayeyle, hem kendilerine yöneltilen konuşmaları daha iyi anlamaları, hem kendilerini daha anlaşılır bir biçimde ifade etmeleri, hem de karşılıklı konuşmayı başlatma ve devam ettirme yeteneklerini kazanmaları sağlanmaya çalışılır. Uğraşı terapistleri ise, otizmlı çocukların gündelik hayattaki becerilerini, toplumsal becerilerini ve uyuma yönelik davranışlarını geliştirmek ve davranış problemlerini azaltmak gayesiyle çeşitli terapiler uygularlar. Bu tür terapistlerin otizmlı çocuklarda en sık uyguladıkları yöntem "duyu bütünleme terapisi'dir".

## **2.2.EVLİLİK**

### **2.2.1.Evliliğin Amacı ve Genel İşlevleri**

Evlilik dünyanın her türlü organize kültüründe var olagelmiş bir müessesedir. Batı kültürlerinde toplumun %90'ı, 50 yaşından önce evlenmektedir. Bir hayat tarzı olarak evlilik olgusuna birbirinden çok farklı kültürlerde uluslararası seviyede rastlanması, evliliğin toplumda çeşitli fonksiyonları yerine getirmesinden kaynaklanmaktadır. İki insanın bir araya gelmesiyle aynı zaman ve mekan

paylaşılmaya başlanır. Yani farklı bir deyişle, iki kişiden oluşan bir psikolojik sistem kurulmuş olur. İki kişinin evlenerek bir araya gelmesindeki gaye, tarafların psikolojik, fizyolojik ve sosyolojik açıdan birbirlerinin gereksinimlerini giderecek bir ortam oluşturmalarıdır (30).

Evlilik oldukça karmaşık bir ilişki tarzıdır. Hem bir beraberlik duygusu içinde birlikte, hem de kendi kendini yönetebilme özelliğini koruyarak bireyselce hareket etmeyi gerektirir. Çiftin güç ilişkilerini nasıl dengede tutacaklarını, birlik ve beraberlik duygusu içerisinde nasıl hareket edeceklerini, hatta bir sonraki nesli oluşturacak çocuklarını nasıl büyütüp yetiştireceklerini öğrenme ihtiyaçları vardır. Evliliğin temel işlevleri arasında, cinsel hayatın sağlıklı bir şekilde düzenlenmesi, soy ağacı, cinsiyet rolleri ve iş bölümünün belirlenmesi, ekonomik üretim ve tüketim faaliyetlerinin ayarlanması gibi fonksiyonlar sayılabilir.

Evliliğe neden ihtiyaç duyulduğuna bakıldığında, evlilik hayatının, iki kişinin fizyolojik, sosyal ve psikolojik ihtiyaç ve güdülerini doyumayı hedeflediği görülmektedir. Evliliğin temel işlevleri arasında fizyolojik bir ihtiyaç olarak yer alan cinsel isteklerin karşılıklı olarak tatmin edilmesi, evliliğin başta gelen görevlerinden birisidir. Evlilikte eşler sosyal ihtiyaç olarak beraber güven içinde olma, korunma, dayanışma içinde olduklarını hissetme, geleceğe güvenle bakabilme, toplumda bir yer edinebilme, birbirlerinden onur ve mutluluk duyabilme gibi, fertlerin destek, korunma ve yaşam ihtiyaçlarını da giderme olanağı bulurlar. Evlilikte birçok psikolojik ihtiyaç da doyurulmaktadır (10). Kadın ve erkeğin her ikisi de sevmek, sevilme ve beğenildiğini hissetmek isterler. İnsan için en önemli ihtiyaçlardan biri olan sevgi, özellikle evlilik ilişkileri içinde zirveye ulaşmakta, kadın ve erkek bireyler kendilerini eşlerine adamakta, yaşamın acı ve tatlı anlarını paylaşabilmekte ve birlikte olmanın zevkini duymaktadırlar.

### **2.2.2.Evlilik Uyumu**

Sağlıklı bir şekilde yolunda giden evliliklerin hem bireyler hem de toplumlar açısından büyük öneme sahip olması sebebiyle eşler arasındaki uyum son zamanlarda psikolojinin en çok üzerinde durup araştırdığı konulardan biri olmuştur. Evlilik ferdin diğerine yüksek seviyede bağlandığı, iki kişi arasındaki evrensel bir durumdur. Evlilik sosyal çoğalmayı düzenleyen fonksiyonuyla toplumun temelini



oluşturan, fazlaca değer verilen bir yapıdır. Bu yapının sağlıklı bir şekilde devam ettirilmesi evlilik ilişkisi içerisinde bulunan bireylerin karşılıklı olarak psikolojik ve biyolojik ihtiyaçların giderilmesine bağlıdır. İhtiyaçların giderilmesi evlilik uyumu düzeyini de önemli oranda etkilemektedir (31).

Evlilik uyumu evliliğin taraflarca her yönüyle kişisel olarak değerlendirilmesidir. Yani evlilikte isteklerin, beklentilerin, ihtiyaçların giderilme oranıdır. Eşlerin evlilik değerlendirmelerine ilişkin olarak evlilik uyumunun farklı kavramsallaştırmaları bulunmaktadır. Konuyla alakalı yapılan çalışmalarda, evlilik doyumu, evlilik uyumu, evlilik mutluluğu, evlilik kalitesi gibi kavramlar aynı anlamda kullanılabilir (32). Bu birbirinden farklı kavramlar evlilik uyumunun tanımlanmasında da farklılıklara yol açmaktadır.

Bazı çalışmalarda evlilik uyumu bireylerin ilişkilerini değerlendirmeleri olarak ele alınmakta ve içinde bulunulan evlilik ilişkisi hakkında eşlerin duygu, düşünce ve davranışlarına yönelik ölçümler alınarak incelenmektedir (33). Bazı çalışmalarda ise evlilik uyumu eşlerin evliliklerinin kalitesine ilişkin öznel algıları olarak kabul edilmekte ve eşlerin ilişkilerinden mutlu olup hoşnut kalması olarak tanımlanmaktadır (34). Tezer (1986), evlilik uyumunu kişinin evlilik ilişkisindeki ihtiyaçlarını giderme derecesine ilişkin algısı olarak tanımlamaktadır (35). Russell (1983) doyumlu bir evliliği eşlerin eşitlik duygusuna sahip olması, zihinsel ve bedensel yakınlık kurması şartıyla gerçekleşebilen bir ilişki olarak tanımlar (36).

Dyer (1983), evlilik uyumunu, evlilik hayatındaki iyi ilişki kötü ilişki eksenindeki dinamiksel bir süreç olarak tanımlar (37). Evlilik uyumunun bir tanımı evlilikteki hoşnutluk ve başarıyla ilişkili olduğu düşünülen birlikte yapılan faaliyetler, çatışmalar gibi faktörlerin bir bileşkesi, başka bir tanımlıysa sorunları çözme becerisi ya da uyumluluk kapasitesi şeklindedir (38). Gurman'a göre (1975) evlilik uyumu, evli bir çifti geri veya ileri hareket ettiren evlilikle ilgili güçlükler, insan deneyiminin birbirini etkileyen elemanlarını yansıtıyormuş gibi görülmektedir. Evlilik uyumluluğu en çok aile disfonksiyonuyla ilgili faktörlere dikkat etmektedir (39). Evlilik uyumu, sürdürülen ilişki sürecinin durumunu, yönünü kavramsallaştırır, hem bir sürekliliği hem de bu süreklilik içinde devam eden hareketi ifade eder. Süreç, bir çifti, devamlılık içerisinde, iyi ya da kötü duruma

doğru yönlendiren olayları, koşulları ve etkileşimleri kapsar. Bundan dolayı, çiftler arası uyumu, iyi ya da kötü uyum şeklinde değerlendirilebilecek, belirli bir devamlılık içindeki hareketlilik süreci olarak tanımlayabiliriz.

Eşlerin evliliğe uyum göstermeleri ve mutluluklarını sürekli kılmaları, bazı ana temalarda ve temel prensiplerde anlaşmalarına bağlıdır. Başarılı bir evlilik uyuşma, karşılıklı sevgi, saygı ve paylaşma ile mümkün olur. Evliliğin mutluluğu ve sürekliliği ise, eşlerin kişisel yükümlülüklerini yerine getirerek, beraber hayat sürmek için istekli olmaları ve efor harcamaları ile sağlanabilir.

Eşlerin evliliklerinde çatışma ve boşanma ihtimalinin gündeme gelmesini önleyebilmeleri ve ilişkide uyumun yakalanabilmesi için ev içi sorumlulukların paylaşımı, akrabalarla ilişkiler, boş vakitlerin değerlendirilmesi, iletişim, karar alma, duyguların ifade edilmesi, çocuklara ilişkin problemler, parasal idare, kıymet, beklentiler ve gayeler gibi konularda fikir ve çabalarını birleştirmeleri lazımdır (40). Yukarıdaki açıklamalardan da anlaşılacağı üzere evlilik uyumunun tek bir tanımını yapmak oldukça güçtür. Bu zorluk çeşitli sosyodemografik, toplumsal, kişisel, psikolojik faktörlerin evlilik uyumunu doğrudan ilgilendirmesinden kaynaklanmaktadır (34, 41). Bu nedenler Johnson, Amoloza ve Booth'un (1992) belirttikleri gibi evliliğin kalitesi bireylerin bir evlilikten diğerine taşıdıkları bir şey değil ikili bir özelliktir. Evlilik kalitesi hakkındaki çalışmalar evlilik uyumu, tatmini, mutluluğu ve istikrarı kavramları arasında ayırım yapmasa da son çalışmalar bunu yapmış ve bu kavramlar üzerinde birbirinden bağımsız bir şekilde çalışmaya girişilmiştir (42).

Birbiriyle etkileşim içinde olan, evlilik ve aileyle alakalı konularda fikir birliğine varabilen ve problemlerini pozitif bir şekilde çözebilen çiftlerin evliliği uyumlu bir evlilik olarak tanımlanır. Evlilik uyumu ayrıca çiftlerin uyumlu beraberliklerinin sonucu olarak evlilik yaşamındaki memnuniyeti ve mutluluğu da tarif eder. Bu kıımda daha geniş bir kavram olması nedeniyle evlilik doyumunu ile karışır. Halbuki çift uyumunda, evlilik doyumunda olduğu gibi bireylerin kişisel algısı değil, aralarındaki ilişkinin kalitesi değerlendirilmektedir. Bundan dolayı evlilik uyumunda eşlerin ikisinin de ilişkiyi iyi şekilde devam ettirebilme kapasiteleri de önemlidir (43).

Görüldüğü gibi eşler arasındaki uyumun göstergelerinden bir tanesi de evlilik doyumdur ve pek çok araştırma, evlilik uyumunu ölçme konusunda kriter olarak eşlerin evlilik doyumları ve mutluluklarına ilişkin bilgileri kullanmışlardır. Bazı araştırmacılar ise eşler arasındaki uyumu, eşlerin ayrı ayrı hissettikleri olarak değil de, eşler arasındaki ilişkinin bir özelliği olarak değerlendirmişler ve eşler arasındaki uyumu ölçerken, iletişim, çatışma gibi özellikleri kullanmışlardır. Eşler arasındaki uyumun genel olarak beş ayrı bölümden oluştuğu söylenebilir: Eşler arasındaki mutluluk, etkileşim, anlaşmazlıklar, problemler ve boşanma eğilimi (44).

Evlilik uyumu evlilik yaşantısını olduğu kadar, bireysel yaşantının çeşitli alanlarını da etkilemektedir. Psikolojik sağlık, duygusal strese ait semptomlar, evlilikte önemli bir yer tutan eşe duyulan yakınlık, evlilik uyumuyla doğrudan ilgilidir. Kişinin evliliğindeki doyumun derecesiyle de yakından ilişkili olan bu kavramlar, evlilik uyumundan etkilenmektedir. Doyum seviyesinin yüksek olması, evlilik uyumunu da yükseltmektedir. Evlilik uyumundaki artış kişinin psikolojik sağlığını da arttırmakta, duygusal stres semptomlarını azaltmaktadır (45). Evliliğin ilk yıllarında, çocuk yetiştirme yıllarında ve çocukların ergenlik dönemlerinde çiftlerin evlilik uyumları düşmektedir (46).

Yapılan araştırmalar, evlilik uyumu düşük olan çiftlerin tartışma esnasında eşlerine karşı daha fazla negatif davranış sergilediklerini ve pozitif tavırlarının daha az olduğunu ortaya koymaktadır. Evlilik doyumu düşük olan çiftlerin eslerinin davranışlarından hoşnut olmadıkları, daha fazla çatışma yaşadıkları ve eşleriyle boş zamanlarını paylaşma alışkanlık ve isteklerinin düşük olduğu da araştırma bulguları arasında yer almaktadır. Evlilik uyumu yüksek olan çiftlerin eşleriyle karşılıklı etkileşimleri daha nitelikli olmakta, daha fazla fikir birliği ve daha az çatışma yaşanmaktadır (47).

Evlilik uyumu empati becerisiyle de ilişki bir özellik olarak göze çarpmaktadır. Eşin egoist yönleri tavırlarına ne kadar az yansır ve empatik anlayışı ne kadar yüksekse, evlilik uyumu da buna paralel olarak artmaktadır. Eşin bakış açısıyla olaya bakabilme yani eşle kurulan empatik iletişim, evlilik uyumunu arttırmaktadır. Empati duygusal açılımı başlatmakta ve kırgınlık durumunda devreye girerek bağışlama süreçlerini harekete geçirip doyumun yüksek kalmasını sağlamaktadır

(48).

### **2.2.3 Engelli Çocuk Sahibi Ebeveynlerin Evlilik Uyumu**

Engelli bir çocukla yaşamak aile fertlerini sosyal, psikolojik ve ekonomik yönlerden etkileyebilen bir durumdur. Anne ve baba alışılması güç olan bu durum karşısında stres yaşamakla beraber, günlük hayatın gereklerini yapmakta da zorlanmaktadır. Ebeveynler ilkin evlilik ve duygusal ilişkiler olmak üzere kişilerarası ilişkilerinde problemler yaşayabilmektedir. Çocuğun bakımı için lazım olan daha fazla zaman, para, güç ihtiyacı ve bunların beraberinde getirdiği duygusal zorluklar anne ve babanın stres yaşamasına sebebiyet vermektedir (49). Finansal sıkıntılar, bilgi yetersizliği, aile fertlerinin değişen rolleri, evlilik ilişkilerinde ortaya çıkan gerginlik, sosyal faaliyetlere katılımında azalma, zihinsel engelli bireye karşı toplumun tutumu gibi değişkenler ailelerin yaşadıkları stresi arttırmaktadır (50).

Engelli çocukların bakımlarını daha çok annelerin üstlenmesi, boş zaman faaliyetlerinin sınırlılığı ve kendilerini tamamen engelli çocuklarına adamalarından dolayı, bir süre sonra ailenin diğer fertlerine karşı yabancılaşabilmekte ve sosyal çevrelerinden kendilerini soyutlayabilmektedirler. Eşler engelli çocuklarından dolayı birbirlerini suçlamakta ve eşlerin birbirine karşı eş olma rollerinin kaybedilmesine sebep olmaktadır (51).

Ebeveynlerin engelli çocuklarıyla ilgili gelecek kaygıları beraberinde çaresizlik, karmaşa, kayıp, şaşkınlık, üzüntü, utanç, öfke, kaygı ve kendini suçlama gibi çeşitli olumsuz duyguları getirebilmektedir. Nelerin yapılması gerektiği konusunda eşler arasında fikir uyuşmazlıkları ve çatışmalar yaşanabilmektedir. Engelli çocuğun gelişiminin desteklenmesinde oldukça mühim bir role sahip olan ebeveynler özellikle duygusal ve psikolojik yönlerden önemli zorlanmalar yaşamaktadır. Ülkemizde zihinsel engelli çocukların ebeveynleri üzerinde yapılan araştırmalar onların normal zihinsel gelişim gösteren çocukların ebeveynlerinden daha depresif ve kaygılı olduklarını (52, 53), suçluluk, utanç duyguları yaşadıklarını (54), çocuklarının gelecekteki bakımına ilişkin kaygılar içinde olduklarını (55) ve çocuğun aile yaşamına getirdiği kısıtlamalar, ömür boyu bakımının getireceği zorluklardan kaynaklanan kaygılara sahip olduklarını (56) ortaya koymuştur. Çocukların zihinsel engelini seviyesi arttıkça ebeveynlerin daha fazla kötümserlik,

umutsuzluk, depresiflik (57) gösterdiği, yaşam doyumlarının düştüğü ve stres düzeylerinin arttığı (52) görülmüştür. Bunlarla beraber, ailelerin gelir düzeyleri azaldıkça umutsuzluk ve depresyon düzeylerinin de arttığı gösterilmiştir (51).

Zucman'a göre (1982) anneler engelli çocuklarının ihtiyaçlarını ve isteklerini gidermeye, çocuklarının bakımıyla ilgilenmeye çalışırken eşlerinin kendilerinden ve evden uzaklaşmaya başladığını farkedememektedirler. Bu açıdan ailede engelli bir çocuğun olmasının olağan aile durumunu etkilemenin ötesinde özellikle ebeveynlerin evlilik ilişkisini sınavdan geçirmeye yönelik bir etkisinin de olduğu ifade edilmektedir (58).

## **2.3.SOSYAL DESTEK**

### **2.3.1 Sosyal Destek Tanımı**

Sosyal destek, ferdin çevresinden sağladığı sosyal ve psikolojik destek olarak tanımlanabilir. Sosyal desteğin teorik temeli Kurt Lewin'in Alan Kuramı ve davranış tanımına dayanmaktadır. Psikolojik çevrenin tüm unsurları davranışı etkiler ve bu nedenle dış durumların ifadesidir. Sonuç olarak, Lewin'e göre, davranış bu psikolojik çevrede oluşan farklılaşmadır. Öyleyse ferdin negatif davranışlarını ortadan kaldırmak ve yeni olumlu davranışlar elde etmesi onun psikolojik çevresinde değişiklik yapmasına yardımcı olmakla mümkün olabilir. Bu bağlamda kişinin sosyal destek sistemi onun psikolojik çevresi içerisinde yer almaktadır.

Psikolojik Danışma ve Sosyal Destek isimli çalışmasıyla dikkati çeken Pearson (1990)'ın ifade ettiği gibi, sosyal destek yeni bir kavram olmayıp farklı isimler ve etiketler altında da olsa sanat ve bilim çevrelerini epeyce oyalamıştır. Olağan ve sıradışı olaylar yaşayan birey açısından sosyal desteğin yapısı, alanı ve tabiatı üzerinde odaklanmış, sosyal desteğin sağlık, sosyal veya davranış bilimleriyle alakalı dergilerde sıklıkla işlendiği görülmüştür. İnsan davranışının ve gelişiminin anlaşılabilirliği açısından psikolojik danışman veya psikoterapistler, bireyin kendisi üzerinde odaklanırken, diğer bir grup terapistler, sosyal psikologlar, sosyologlar, aile terapistleri bireyin sosyal ilişkileri, sosyal çevresinin önemini altını çizmektedirler. Yavaş yavaş bireyin etkili uyumu ve gelişimi için bireyin ailesi, arkadaşları, sosyal çevresi ve sosyal destek sistemi içindeki diğer faktörlerin rolü

üzerinde konsantre olmaktadır. Bireyin çekirdek ailesi, en geniş aile çevresi, arkadaşları, öğretmenleri, iş arkadaşları, komşuları, ideolojik, dini veya etnik gruplar ile bireyin içinde yaşadığı toplum gibi etmenler o bireyin sosyal destek kaynaklarını meydana getirmektedir (59).

Sosyal desteğin tanımı üzerinde fikir ayrılıkları olmakla beraber, tüm tanımlar sosyal desteğin maddi, duygusal ve bilişsel yönüne dair genel bilgiyi içermektedir. Cohen ve Wills (1985) daha önceki sosyal destek sınıflandırmalarından yola çıkarak, sosyal desteği dört tipte ele almış ve şöyle açıklamışlardır:

**Duygusal Destek:** Sevgi, hoşlanma, anlayış, kabul görme, kıymet verilme, özen gösterilme, korunma ihtiyaçlarını içinde barındıran bu tür destek, literatürde ifade edici destek, değerlilik desteği, yakın destek olarak da isimlendirilmektedir.

**Araçsal Destek:** Finansal yardımı, materyal kaynakları, araç gereç yardımı gibi somut yardımları içerir.

**a. Bilgisel Destek:** Problem olarak görülen olayların üstesinden gelmede, tanımlayıcı ve problemi anlamayı içeren destek şekli olarak tanımlanmaktadır.

**b. Yaygın Destek:** Boş vakitlerde diğer insanlarla vakit geçirme, eğlenme, deşarj olma, rahatlama, sosyal arkadaşlık olarak tanımlanmaktadır.

Bireyin kendisinde veya destek kaynaklarında oluşan değişmelerden dolayı bireyin sosyal destek düzeyi değişebilir. Örneğin, aile bireyleri veya eşler arasındaki kavgalar, baba veya annenin işsiz kalması veya eşlerden birinin ölümü, ailede engelli bir bireyin varlığı, göçler, hastalık, ailenin reddettiği bir dinden veya ırktan biriyle evlenmek vb. durumlar bireyin sosyal destek düzeyini azaltabilir (61).

### 2.3.2. Sosyal Desteğin İşlevleri

Çok sayıda yapılan araştırmada sosyal destek sisteminin kişinin sosyolojik ve psikolojik sorunlarının , önlenmesi, çözümü ve tedavisinde, zorlanmalı durumların üstesinden gelmesinde güçlü bir kaynak olduğu gösterilmiştir. Sosyal destek sisteminin bilinmesi bireye (danışan) farklı şekilde yardım edebilir. Kaplan'a göre (1974) sosyal destek sistemlerinin bilinmesi bireylere, (a) bireyin psikobiolojik kaynaklarını harekete geçirmesine yardım ederek, b) isteklerinin karşılanmasına yardım ederek, (c) beceriler kazandırarak ve maddi ve parasal kaynaklara

ulaşmasına yardım ederek, (d) bireye rehberlik yaparak, bilgi sunarak, yardım sağlamaktadır. House ise (1985) sosyal destek sistemlerinin bireylere üç şekilde yardımcı olduğunu öne sürmektedir. (a) bireyin yaşam durumlarını olumsuz etkileyen bazı öğeleri ortadan kaldırarak veya etkisini azaltarak, (b) olumsuz hayat durumları karşısında bireyin katlanma gücünü artırarak ve böylece sağlık durumunun daha iyiye gitmesine katkıda bulunarak, (c) çevresel stresörlerin etkilerine karşı kısmen veya tümüyle tampon görevi yaparak bireylere yardım eder (60). Sosyal destek ile sağlık ilişkisini açıklayan iki model vardır:

**Temel Etki Modeli:** Bu model sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki olduğunu öne sürmektedir. Bu modele göre sosyal destek, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerine her şartta, olumlu etkisi vardır. Temel etki modeli, sosyal destekten yoksun olmanın birey üzerinde negatif etki meydana getirebilecek bir durum olduğu tezini de savunur (61).

**Tampon Modeli:** Temel etki modeline zıt olarak tampon etki modelinde, sosyal desteğin en önemli fonksiyonu, stres verici hayat olaylarının meydana getirdiği zararı azaltarak ya da dengede tutarak ruh sağlığını korumaktır. Stres oluşturu durumlarda söz konusu olmadığı sürece, sosyal destekten yoksun olmanın sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde negatif bir etkisi yoktur. Ancak, yüksek seviyelerde stres oluşturan durumlarda sosyal destek bireyin uyum göstermesini ve mevcut şartlarla başa çıkmasını kolaylaştırarak, stresin zararlı etkilerini azaltan bir tampon görevi görmektedir (61).

### 2.3.3 Ailede Engelli Çocuk ve Sosyal Destek

Engelli olarak doğan çocuk aile içerisindeki rolünü gerektiği gibi yerine getiremezse aile içinde uyum problemlerine yol açabilmektedir. Engel, bireyin yetersizliği nedeniyle, yaş, cins, sosyal ve kültürel farklılıklara bağlı olarak yerine gerçekleştirilmesi gereken rolleri, gereği gibi yerine getirememesi durumu olarak tanımlanmakta ve aile içerisinde uyum problemlerine neden olabilmektedir (9, 10). Aile fertlerinden birinin ya da birkaçının geçici ya da kalıcı hastalığı, engelliliği (görme, işitme, zihinsel veya fiziksel engellilik vb.) tüm fertlerin uyumunu etkilemekte, en sağlam yapıdaki ailelerin bile dengeleri bozulabilmektedir (62).

Öfke, suçluluk, aşırı koruma gibi duygusal tepkiler gösterebilen engelli çocuk ailelerinde (63) ebeveynin çocuğa davranışlarını kabul eden veya reddeden,

kontrolcü veya özerk aile tutumları olarak iki grupta toplamak mümkündür. Akkök (2003), ailelerin tepkilerini çeşitli modellerle açıklamaktadır. Bunlardan en meşhuru “Aşama Modeli” olarak bilinen ve ailelerin birçok aşamalardan geçerek kabul ve uyum aşamasına geldiğini varsayan modeldir (64). Bu aşamalardan ilkinde şok, red, keder ve çöküntü (depresyon); ikinci aşamada karmaşık duygular, endişe, suçluluk, kızgınlık, öfke, utanma; üçüncü aşamada ise kapı kapı dolaşma, anlaşma, uyma-hayatlarını yeniden düzenleme, kabul ve uyum hislerini yaşarlar ve bu duruma çözüm ararlar (9).

Engelli çocuğu olan ebeveynlerin geçirdikleri aşamalar bir yere kadar benzerlik göstermekle beraber ebeveynler bazen bu aşamalar arasında gidip gelebilirler ya da bir aşamaya takılıp kalabilirler. Genellikle düzeltilemeyen, değiştirilemeyen ve devamlılık arzeden yetersizlikler, ailelerin işlevlerini kısıtlayarak onlarda zorlanmalara sebep olabilmektedir (65). Ailelerin yaşadıkları duygusal baskı, engelli bireylerin durumuna ilişkin yeterli bilgiye sahip olamama, diğerlerine bu durumu açıklamada yaşanan zorluk, engelli bireyde görülen davranış ve sağlık problemleri, tedavi ve eğitim konusunda birçok uzmanla görüşmeye ihtiyaç duyulması, uygun eğitim ortamını bulma çabaları, daha fazla zaman, para ve enerji ihtiyacı ve engelli bireyin geleceğine yönelik endişeler aileler için önemli gerginlik sebeplerini oluşturmaktadır (4). Engelli bir çocuğu olan aile çoğu zaman başına gelen bu durumu anlamlandıramaz ve problemin çözümü için çok sayıda yerlere başvururlar.

Durum ve problem nedir? Bu problem nereden kaynaklanmaktadır? Bu problem çözülür mü, engellilik düzelir mi? Aile içi ilişkileri nasıl ayarlayalım? Eğitimi nasıl olacak? Bu çocuğun geleceği nasıl olur veya bizler öldükten sonra ne durumda olur? Başka çocuğumuz olsa onda da engellilik olur mu? Başka çocuğumuzun olması aile için nasıl olur? gibi sorulara cevap ararlar (9), ancak hemen cevaplanamayan bu sorular aile üzerinde psikolojik baskıya dönüşerek ailenin durumluk veya sürekli kaygı yaşamasına sebep olabilmektedir.

Anne babaların tüm yaşadıkları bu durumların nasıl ve ne derecede üstesinden geldikleri sosyal destek sistemleriyle çok yakından ilişkilidir. Aileler , dostluğa, yalnız olmadıklarını hissetmeye, duygusal desteğe gerek duyarlar. Bu desteği



geniş ailedeki akrabalarından, yakın çevreden aldıkları gibi psikolojik danışmanlık gruplarında diğer ebeveynlerden de almaktadırlar. Bu gruplar ebeveynlerin yalnız olmadıklarının farkında olmalarına, birbirlerine duygusal ve sosyal yönden yakınlaşmalarına imkan sağlarken, bunun olumlu sonucu olarak da kaygı düzeyinde azımsanmayacak ölçüde bir düşme olmaktadır ki, bu anlamda anne ve babaların yalnız kalmamaları son derece önemlidir (64). Genel manada kişiye etrafındaki insanlar tarafından yapılan yardım olarak açıklanan (66) sosyal destek; stres altındaki veya zor durumdaki kişiye etrafındaki insanlar (eş, aile, arkadaş) tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım olarak tanımlanmaktadır (67). Sosyal desteklerin pek çok işlevi vardır. Sosyal destek bireylere ihtiyaç duydukları hizmetleri ve malzemeleri temin ederek duygusal rahatlık sağlarlar. Beklenen problemlerle ilgili bireylere yol gösterici olarak bu problemlerin üstesinden gelme metotları sunarlar. Otizmlili çocukların ebeveynlerinin performanslarını artırıcı geribildirimler sunarlar. Pozitif uyuma ve kişisel gelişime katkı sağlarlar, hem günlük hayatta hem de ihtiyaçlar ve krizler esnasında kişiler arası bağlantıları sağlayarak onları stresin negatif etkilerine karşı korurlar (68-70).

Tanımlarından ve oynadığı rollerden de anlaşılacağı üzere, sosyal destek çok boyutlu bir yapı olup, farklı destek kaynaklarından doyum almanın yanında, aile için ihtiyaç duyulan destek kaynaklarının sayısını da bildirmektedir (65). Bu anlamda tedavülde olan sosyal, siyasi ve finansal nitelikli birtakım destekleyiciler bulunmaktadır ve aile fertlerinin içe yönelik ve dışa yönelik destek kaynakları, onların kaygıyla baş etmelerinde oldukça değerlidir. Bu kaynaklar, aile bireylerinin kişisel kaynakları olabileceği gibi, arkadaşlarından, dalında uzman kişilerden ve toplumsal kurumlardan faydalanılan kaynaklar da olabilmektedir (65). Özellikle engelli çocuğa sahip aileler, karşılaştıkları çözümsüzlük durumlarına bağlı olarak devamlı kaygı halini yaşamamaları için bu kaynaklardan destek almaları oldukça önemlidir.

## **2.4. Anksiyete**

### **2.4.1. Anksiyete Tanımı**

Anksiyete sözcüğü, boğazını sıkamak, sıkıca bastırmak, sıkıntı ve kaygı manasına gelen, Hint-Germen kökenli ‘angh’ sözcüğünden türemiştir. Anksiyete muhtemel bir tehlike karşısında, bireyi gereğini yerine getirmek üzere harekete geçiren biyolojik bir uyarandır (14).

Freud, anksiyeteyi içeriden gelen bir tehlikeye karşı tepki olarak tanımlarken, korkuyu ise dışarıdan gelen gerçek bir tehlikeye karşı verilen tepki olarak tanımlamıştır (14). Bebekler, biyolojik yetersizliklerinden dolayı, acı verici ve aşırı gerilimli durumlara girebilir. Bedenin sınırlarını aşan uyarıya maruz kalması sonucunda travmatik haller meydana gelir. Bu önlenemez travmatik haller sonucu ortaya çıkan keder verici duygular anksiyetenin kökenidir. Freud bu durumu ‘primer anksiyete’ olarak tanımlamış ve doğumun da bu sendromun olduğu bir süreç olarak varsayabileceğini belirtmiştir. Primer anksiyete henüz hakim olunamamış iç ve dış uyaranlar tarafından oluşturulur, yani egonun bu oluşumda etkin rolü yoktur. Bu durum ızdırap verici bir duygu olarak hissedildiğinde, egonun dayanması gereken bir durum olarak edilgin bir şekilde yaşanır. İlerleyen yıllarda travmatik olaylar yaşayan bireylerde bu duygu, korkunç bir durum olarak yeniden hissedilir. Bu durum, primer anksiyetenin, dinamik açıdan travmatik anksiyete veya panikle aynı şey olmasını mümkün kılar (71).

Anksiyete, daralma, boğulma hissi, sıkıntılı durum anlamına gelir. Çarpıntı, nefes almada güçlük, hızlı nefes alıp verme, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme gibi fizyolojik belirtilerinin yanı sıra sıkıntı, heyecan, sanki heran kötü bir şey olacakmış gibi his ve korku gibi psikolojik belirtileri bulunmaktadır. Bazı tanımlar anksiyeteyi kaynağı bilinmeyen bir tehlike beklentisi içinde olma hissi ile sınırlandırarak korkudan ayırt eder (72).

Anksiyete bir uyarana ilişkili ya da ilişkisiz olabilen korku ve kaygı belirtileriyle ortaya çıkan emosyonel bir durumdur. Hayatın önemli stresörlerine karşı oluşan genel bir tepkidir. Anksiyete, organizmanın tehlike olarak algıladığı olay, durum veya herhangi bir olgu karşısında, biyolojik bir korunma sistemi olup, kişinin savaşmasını ya da kaçmasını hedefleyerek ortaya çıkar. Hastalık düzeyinde anksiyeteden bahsedebilmek için, ortada tehdit oluşturacak bir durum yokken çıkıyor olması, uzun sürüyor ve bitirilemiyor olması lazımdır. Anksiyete psikolojik ve

fizyolojik (somatik) belirtilere neden olan bir bozukluktur. Psikolojik belirtiler, devamlı kötü birşey olacaktı korkusu, huzursuzluk hissi, kaygılı bekleyiş, tepkisellik, uyku bozuklukları, konsantrasyonda azalma, korkaklık ve rahatlayamama olarak kendini gösterebilir. Fizyolojik belirtiler ise, kas gerginliği ve kendiliğinden aşırı uyarılmışlık olarak iki gruba ayrılabilir. Kas gerginliği, özellikle omuz ve sırtta kas ağrısı olarak belirir ve bu da baş ağrısına yol açabilir. Kendiliğinden aşırı uyarılmışlık ise terleme, çarpıntı, ağız kuruluğu, göğüs ağrısı, bulantı ve baş dönmesi gibi belirtilere sebep olabilir (73).

Anksiyete belirtileri toplumun ve sağlık kurumlarına başvuran hastaların çoğunluğunda görülebilir. Belirtiler hafif ve geçici olabildiği gibi, tıbbi bakım ihtiyacına yol açabilecek kadar şiddetli olabilir. Anksiyete bozuklukları, bireyde yeti kaybına neden olur ve sık rastlanan psikiyatrik bozukluklar arasındadır (14).

Anksiyete Bozuklukları DSM-V'te 11 alt gruba ayrılmıştır.

#### **2.4.1.1. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu**

Ayrılma anksiyetesi kavramının kökeni Bowlby ve Ainsworth tarafından geliştirilen gelişimsel çalışmalara ve bağlanma kuramına dayanmaktadır. Bağlanma kuramının temel ilkelerini Bowlby bir araya getirmiştir. Ayrılma anksiyetesi, kişinin bağlanma figürü yanında olmadığı vakit yaşadığı endişe ve korku olarak tanımlanmaktadır. Ayrılma anksiyetesi genel olarak çocuklarda görülen bir kavram olarak üzerinde durulsa da ergenlik ve erişkinlik döneminde de rastlanan bir kaygı bozukluğu türüdür (74).

Ayrılma anksiyetesi çocukluk ve erişkinlik dönemlerinde görülebilen, bir bozukluktur. Klein ve Fink (1962), ayrılma anksiyetesi ile panik bozukluğu ve agorafobi arasında bir ilişki olduğunu, agorafobi nedeniyle hastaneye başvuran kişilerin yarısının erken dönem ayrılık anksiyetesi nedeniyle okul devamsızlığı yaptığını belirtmiştir (75).

DSM-V'e göre ayrılma anksiyetesi, kişinin bağlandığı şahıslardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygunsuz aşırı korku ve endişe duyma halidir. Aşağıdaki belirtilerden üç veya daha fazlasının olması gerekir.

- 1.Evden, ya da bağlandığı kişiden ayrılınca aşırı kaygı.
- 2.Bağlandığı kişileri kaybedeceği, hastalanacakları, başlarına kötü bir şey geleceği ya da ölecekleriyle ilgili aşırı kaygı.
- 3.Bağlandığı kişilerden ayrılmasına sebep olacak, bir olayla ilgili devamlı kaygı.
- 4.Ayrılma korkusundan dolayı evden çıkmamak, okula ya da işe gitmemek.
- 5.Evde ya da farklı mekanlarda yalnız kalamamak, bağlandığı kişiyle birlikte olamamaktan aşırı korku duymak.
- 6.Evi dışında bir yerde ya da yanında bağlandığı kişi olmadan uyuyamamak.
- 7.Ara ara ayrılma temalı da olan karabasan görmek.
8. Bağlandığı kişilerden ayrıldığında ya da ayrılacağını düşündüğünde, baş ağrısı, karın ağrısı, bulantı, kusma gibi somatik semptomlar göstermek.

Bu belirtiler, çocuklarda en az dört hafta, yetişkinlerde ise altı ay ya da daha uzun sürer ve işlevselliklerinde azalmaya sebep olur.

#### **2.4.1.2. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)**

Bireyin başka durumlarda konuşabilmesine rağmen, yani dil yetersizliğinden kaynaklanmayan, belli toplumsal yerlerde konuşmaması olarak tanımlanmaktadır. Örneğin konuşmamanın okul ortamı gibi eğitim ya da işi etkileyebilecek mekanlarda yaşanması, kişinin işlevselliğini etkilemektedir (76).

#### **2.4.1.3.Özgül Fobi**

Özgül fobiler ICD-10'da nevrotik, stresle ilgili, ve somatoform bozukluklar grubunda sınıflandırılırken, DSM-IV sonrasında anksiyete bozuklukları altında sınıflandırılmıştır.

Sosyal fobi ve agorafobinin aksine, hayvanlar, nesne ya da durumlara karşı mantık dışı bir şekilde, abartılı korku durumu olarak ortaya çıkabilir. Özgül fobiler genellikle hayatın erken dönemlerinde başlar, hatta birey korkusunun ilk olarak ne zaman ortaya çıktığını hatırlamakta zorluk çekebilir. Durum fobileri ergenlik

döneminin sonlarında başlayabilirken, hayvan ya da kan fobileri ise daha küçük yaşlarda ortaya çıktığı yayınlarda gösterilmiştir (14).

Özgül fobide de diğer fobilere benzer şekilde, korkuya sebep olan durum ve nesneye karşı, terleme, çarpıntı, bayılma hissi, ateş basması, aklını kaçırma duygusu meydana gelebilir. Diğer fobilerden farklı olarak, kan fobisinde ise bireyde bayılma gerçekleşebilir. Birey diğer fobik durumlarda olduğu gibi korktuğu durum ya da nesneden kaçma ve kaçınma davranışları gösterir, bu davranışlara paralel olarak korkusu artma meydana gelir ve bu fobide kısır bir döngü oluşturur. Birey korktuğu nesne ya da olayın sadece imgeleminden bile kaygı duyabilir. Fobiye sebep olan durumla karşılaşacağını her zaman düşünen bireyde bu sefer beklenti anksiyetesi oluşur (77).

#### **2.4.1.4.Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi)**

Sosyal fobi, ilk kez 1903'de Janet tarafından başkaları tarafından, yazı yazarken, piyano çalarken birileri tarafından gözleendiği hissi taşıyan hastaları tanımlamak için kullanılmıştır. Sosyal fobinin tanımını Marks ve Gelder yapmıştır ve ilk olarak DSM-III'te yer almıştır (78).

Sosyal anksiyete bozukluğuna sahip bireyler, başkalarının kendilerini gözlemleyebileceği ortamlarda, korku ve anksiyeteye kapılırlar. Bu bireylerin tipik özellikleri, bir toplulukta gülünecek duruma düşme endişesi ya da onlara karşı utanılacak bir duruma düşebilecekleri ile ilgili sürekli endişe duymalarıdır. Katılacakları bir toplantıdan haftalar hatta aylarca öncesine kadar bu sosyal durumla yüzyüze geleceği için beklenti anksiyetesi yaşarlar.

Çoğu bireylerde belli bir ölçüde sosyal anksiyete görülebilir. Ancak bu normal bir kişilik özelliğinde bir ölçüde kabul edilebilir sınırdadır. Sosyal fobi belirtileri genellikle 15-20 yaşlarında başlar. Bireylerin sosyal beceri eksiklikleri de sosyal fobi benzeri bir tablo sergileyebilir. Sosyal fobisi olan bireylerde, beceri eksikliğinden ziyade beceriksizlik korkusu mevcuttur. Bu durum fobik kaçınma yarattığından dolayı, özellikle erken yaşta başladığından dolayı bu bireylerde sosyal becerilerde de eksikliğe neden olabilir (79).

#### **2.4.1.5. Panik Bozukluğu**

Panik bozukluğu ilk olarak 1980 yılında ayrı bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmıştır. Geçmiş antik dönemlere dayanan panik sözcüğü, yarı insan yarı keçi olan, Yunan tanrısı Pan'dan türetilmiştir. Söylenceye göre, Pan ormandan geçen insanların karşısına çıkarak onları korkutur ve bağırarak dehşet saçarmış (14).

Panik atak bir anda ortaya çıkan, bir nedene bağlanamayan yoğun bir anksiyete durumudur. Beraberinde, göğüs ağrısı, terleme, çarpıntı, titreme, boğulma hissi, bulantı ya da karın ağrısı, başdönmesi, uyuşmalar, kontrolü kaybetme, çıldırma korkusu gibi bedensel semptomlar ortaya çıkabilir (76).

Panik bozukluğu, biranda ortaya çıkan, beraberinde bedensel semptomların olduğu, dışarıdan bir tehdit olmaksızın meydana gelen ve tekrarlayan yoğun kaygı atakları (panik ataklar) ile seyreden psikiyatrik bir bozukluktur. Normal şartlarda bizi tehlikeden korumaya yarayan 'kaç ya da savaş' mekanizmasının, gereksiz ve zamansız olarak provake edilmesinden kaynaklanmaktadır. Panik bozukluğu, beraberinde beklenti anksiyetesi de getirdiğinden, kişide kaçma ve kaçınma davranışları oluşturabilmektedir (80).

#### **2.4.1.6. Agorafobi**

Panik ataklarının yarattığı tehlike algısına karşı, bireyler birçok güvenlik sağlayıcı davranışlar geliştirebilirler. Bunlar anksiyete ve tedirginlik yaratabilecek durumlar ve yerlerden kaçınma davranışları olabilir (14). Bu davranışlar anksiyeteyi geçici olarak dindirir, fakat birer olumsuz pekiştirici olarak hastalığın devamına neden olur ve hatta bu davranışlar dolayısıyla yeni belirtiler ortaya çıkar. DSM-IV'e göre agorafobi, panik bozukluğa bağlı olarak, atak sırasında yardım alamama, kaçıp kurtulmanın kolay olamayacağı durum ve yerlerde yaşanan korku olarak tanımlanmıştır. DSM-V'e göre, agorafobi, anksiyete bozuklukları altında panik bozukluğundan ayrı bir bozukluk olarak ele alınmıştır.

Agora kelimesi Yunanca kökenli olup, meydan ya da açık alan anlamına gelmektedir. Agorafobi, günümüzde sadece açık alan, meydan gibi yerlerde bulunmaktan korkmaktan ibaret değildir. Kalabalıkta, uçak, tren gibi toplu taşıma

araçlarında, sinema ve tiyatrodaki, alışveriş merkezlerinde, evde yalnız kalmakta veya evden dışarı çıkmakta yaşanan korkular da agorafobi kapsamı içine girer. Birey, bu tür ortamlarda kendini güvende hissetmez ve bu ortamlardan kaçma/kaçınma davranışları sergiler (77).

#### **2.4.1.7. Yaygın Anksiyete Bozukluğu**

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) DSM-V’te, günlük yaşamda karşılaşılabilecek türden bazı olaylar ve etkinliklerle ilgili olarak aşırı bir kaygı ve bireyin kendi kontrolünde olmayan, engel olamadığı kuruntu olarak tanımlanmıştır. Kuruntuya ve kaygıya, huzursuzluk, kolay yorulma, odaklanma güçlüğü, çabuk sinirlenme, kaslarda gerginlik, uyku bozukluğu belirtilerinden en az üçü eşlik eder. Çocuklarda, kaygı ve kuruntuya eşlik eden, tek bir belirti tanı için yeterlidir (76).

YAB’de, bireyin yaşam koşullarıyla ilgili, gerçekle uyumsuz endişeleri en az altı ay sürer ve bireyin işlevselliğini etkiler. Normal anksiyeteye ayrımını tam olarak yapmak güç olabilir. Bu hastalarda panik atak geçirme sıklığı ve depresyon görülme oranı yüksektir. Panik bozukluğunun aksine YAB’de anksiyete spesifik ve kroniktir. Hastaya tanı koymadan önce, kafein, alkol, ilaç ve/veya uyuşturucu kullanımı ve ayrıca somatizasyon bozukluğunun olup olmadığı, göz önünde bulundurulması gerekir (81).

#### **2.4.1.8. Maddenin/ İlacın Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu**

Maddeye bağlı anksiyete bozukluğu tanısı, bir maddenin kullanımından doğan fizyolojik etkilerin neden olduğu anksiyete bozukluğu olarak tanımlanabilir. Madde kullanımına bağlı anksiyete belirtileri, panik bozukluğu, fobi, yaygın anksiyete ve obsesif kompulsif bozuklukla benzerlik gösterebilir (14). Klinik bulgularda gözlemlenen kaygı ve panik, madde entoksikasyonu, yoksunluğu veya bir ilaç aldıktan sonra gelişebilir (76).

#### **2.4.1.9. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Anksiyete Bozukluğu**

Başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamayan, sadece deliryum esnasında ortaya çıkmayan, hastanın öyküsü ve fiziksel muayenesi sırasında fizyolojik bir

sağlık durumunun sonucu olduğuna ilişkin bulguların olduğu durumdur. Hastanın klinik görünümünde kaygı ve panik ataklar vardır (76).

#### **2.4.1.10. Tanımlanmış Diğer Bir Anksiyete Bozukluğu**

DSM-V'te, bireyin işlevselliğinde düşüşe neden olan, anksiyete bozukluğu belirtilerinin yaygın olduğu, klinik açıdanda sıkıntı belirtileri gösteren, fakat anksiyete bozukluğu alt kümeleri içerisinde tam tanımlanamayan durumlar için kullanılmıştır. Klinisyenlerce, tanımlanmış diğer bir anksiyete bozukluğu tanısı, yanına açıklama mahiyetinde özel nedeni belirtilerek yazılır. Bu nedenler, sınırlı belirti atakları, çoğu günde ortaya çıkmayan yaygın kaygı, rüzgar atakları ve sinir atağı şeklinde olabilir.

#### **2.4.1.11. Tanımlanmamış Anksiyete Bozukluğu**

DSM-V'te, bireyin işlevselliğinde düşüşe neden olan, anksiyete bozukluğu belirtilerinin yaygın olduğu, klinik açıdanda sıkıntı belirtileri gösteren, fakat anksiyete bozukluğu alt kümeleri içerisinde tam tanımlanamadığı gibi, klinisyenlerce de nedenini açıklamak için yeterli bilginin olmadığı durumlar için kullanılır.

#### **2.4.2. Engelli Çocuk Sahibi Ebeveynlerde Anksiyete**

Engelli çocuğa sahip annelerle engelli çocuğa sahip olmayan annelerde depresyon ve anksiyete düzeylerine bakıldığında, engelli çocuğa sahip annelerin verileri daha yüksek bulunmuştur. Engelli çocuğa sahip anneler, çocuklarının kendilerine bağımlı olduklarını, bunun da onlarda daha fazla stres yarattığını belirtmişlerdir (82)

Doğru ve Arslan (2006), engelli çocuğu olan annelerin sürekli yaşadıkları kaygı düzeyleri ile çocukları ile birlikte sosyal ortamda (alışveriş, lokantada yemek yeme, çocuklarını kuruma götürme gibi) geçirdikleri zamandaki durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılmasını amaçladıkları çalışmalarında, annelerin çoğunluğunda sürekli kaygı durumu bulunduğunu, ayrıca annelerin eğitim durumlarına göre kaygı düzeylerinin artış gösterdiğini belirlemişlerdir (83).

Toros (2002), bedensel ve/veya zihinsel engelli çocukların sosyo-demografik özellikleri, annelerdeki depresyon, anksiyete, evlilikte uyum düzeyleri ve annelerin



çocuklarını algılama şeklini incelediği araştırmasında, zihinsel ve/veya bedensel engelli çocuğa sahip annelerin, ruhsal olarak engelli çocuğa sahip olmayanlardan daha çok olumsuz etkilendiğini ve depresyon düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılaştığını bulmuştur (84).

Zihinsel engelli çocuğu olan ve olmayan annelerin stresle başa çıkma tutumları karşılaştırıldığında, aktif başa çıkma, dini olarak başa çıkma, inkar, boş verme, plan yapma açılarından aralarında anlamlı fark bulunmuştur. Sağlıklı çocuğu olan anneler pozitif yeniden yorumlama ve gelişme başa çıkma tutumunu kullanırken, zihinsel engelli çocuğu olan anneler ise en sık yararlı sosyal destek kullanımını benimsemiştir (85).

Engelli çocuk anneleri, çocuklarını gelecekte nelerin beklediğini bilmemekten, özellikle kendisi (anne) bakım veremeyecek duruma geldiğinde ya da vefat ettiğinde, çocuğunun nasıl hayatına devam edeceğine dair belirsizliklerden dolayı sürekli kaygı durumu yaşayabilirler. Engelli çocuğa sahip olan annelerin sosyal destek algı düzeyi arttıkça sürekli kaygı düzeylerinin azaldığını söylenebilir (86).

### 3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma vaka kontrol tipte bir çalışmadır. Çalışma için etik kurul onayı Dicle Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Komitesi'nden 16.12.2016 tarih ve 28 sayı ile alınmıştır. Çalışma verileri 17/12/2016-17/04/2017 tarihleri arasında Diyarbakır ili merkez Kayapınar ilçesinde hizmet veren çeşitli özel eğitim rehabilitasyon merkezlerinde toplanmıştır. Çalışmaya katılımda gönüllülük esas alınmış olup çalışmaya dair bilgilendirmenin ardından katılımcılardan sözel ve yazılı onam alınmıştır.

Çalışmanın evrenini Kayapınar Rehberlik ve Araştırma Merkezinden edindiğimiz verilere göre Kayapınar ilçesindeki özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerine devam eden toplam 300 otizmlili çocuğun ebeveynleri oluşturmaktadır.%5 örneklem hatası ve  $\alpha=0.05$  için örneklem büyüklüğümüz 169 bulunmuştur.Toplam 169 ebeveyne anket formlarımız ÖERM'nde çalışan öğretmenler aracılığı ile ulaştırılmıştır.80 anket eksiksiz bir şekilde doldurularak araştırmacıya teslim edilmiştir.Anket geri dönüş oranımız %47 idi.Çalışmanın vaka grubunu Diyarbakır Kayapınar ilçesine bağlı özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerine devam etmekte olan 2-18 yaş aralığındaki otizm tanılı çocuğa sahip gönüllü 55 anne ve 25 baba olmak üzere toplam 80 ebeveyn oluşturmaktadır. Çalışmanın kontrol grubunu ise 2-18 yaş aralığında herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocuklara sahip gönüllü 51 anne ve 39 baba olmak üzere toplam 90 ebeveyn oluşturmaktadır.

Çalışma için veri toplama aracı olarak sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı 18 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu ebeveynlerin evlilik uyumlarını incelemek için Çift Uyum Ölçeği, ebeveynlerin sosyal destek algısını incelemek için Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve ebeveynlerin anksiyete düzeylerini incelemek için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Sosyodemografik veri formunda ebeveynlerin cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, evde yaşayan kişi sayısı, çalışma durumu, ailenin aylık toplam geliri, evlilik süresi, eşlerin ilk evlilik durumları, evliliğin akraba evliliği olup olmadığı,kaç çocukları olduğu, otizmlili çocuğun cinsiyeti, yaşı, kaçınıcı çocuk olduğu, ailede tanı alan kişilerin varlığı, , tanı yaşı, özel eğitim alma süresi, aileye yardım eden kişilerin

durumu, otizmli çocuk dışında herhangi bir kronik hastalığı olan çocuğu olup olmadığı gibi değişkenler bulunmaktadır.

**Çift Uyum Ölçeği:** Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ), Spanier (1976) tarafından eşlerce algılanan ilişkinin niteliklerini ölçmek için geliştirilen 32 maddelik likert tipi kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek, hem bireysel değerlendirmeleri hem de ilişkiyi ifade eden maddeleri bir araya getiren çok boyutlu bir ölçektir. Hem evli, hem de evli olmadan birlikte yaşayan çiftler için geliştirilmiştir. Faktör analizi, ölçeği dört alt boyutunu göstermektedir; (a) çift doyumu (dyadic satisfaction) alt ölçeği; negatif ve pozitif düşünce modelleri ile pozitif ve aversif iletişimi sorgulayan 10 madde içerir; (b) çiftlerin bağlılığı (dyadic cohesion) alt ölçeği; birlikte geçirilen zamanı ve konuşmaları anlatan 5 maddeden oluşur; c) çift fikir birliği (dyadic consensus) fikir birliği alt ölçeği; evlilik ilişkisindeki temel konular hakkındaki anlaşma düzeyini gösteren 13 maddeden oluşur; d) duyguların ifadesi (affectional expression) alt ölçeği; sevgi gösterme şekillerinde anlaşma derecesini gösterir ve sevgi gösteren davranışları yapmayı içeren 4 maddeyi içerir. Toplam ölçek puanları çiftin uyumunu yansıtmaktadır. Toplam puan, 0 - 151 arasındadır. Ölçeğin cevaplandırma biçimi 7, 6, 5 ve 2 basamaklı olarak değişmektedir ve maddelerin 1-7 arasında değişen puanlarının toplamı ile elde edilir. Spanier alt ölçek puanlarının olası kullanımını belirtmemiş olsa da ÇUÖ genellikle çift ilişkisinin kapsamlı kalitesini değerlendirmek için toplam puanla birlikte kullanılmaktadır. Toplam uyum puanının yüksek oluşu bireyin ilişkisinin ya da evlilik uyumunun daha iyi olduğunu gösterir (13, 87).

ÇUÖ'nin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 1997 yılında Fışiloğlu ve Demir tarafından yapılmıştır. Araştırma örnekleme değişik kentlerde yaşayan 264 evli bireyden oluşmuştur. ÇUÖ ortalamaları evli örneklem için 114.8 (s.s.:17.8) boşanmış örneklem için 70.7'dir.  $\alpha$  katsayısı ÇUÖ'nin tamamında 0.96, aynı örnekleme alt ölçeklerde 0.73'ten 0.94'e kadar değişen değerler almıştır. Ölçüt geçerliliğiyle ilgili olarak, ÇUÖ ve Locke-Wallace Evlilik Uyumluluğu Testi arasındaki korelasyon evli çiftler arasında 0.86 bulunmuştur. İç tutarlılık güvenirliği ÇUÖ için Cronbach  $\alpha$ 'sı kullanılarak hesaplanmış ve 0.92 bulunmuştur. Ayrıca yarıya bölme güvenirlik katsayısı 0.82 olmuştur (88).

**Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇASDÖ):** Orijinal formu Amerika Birleşik Devletleri'nde Zimet ve Diğer. (1988) tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe'ye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerlik çalışması Eker, Arkar, Yıldız (2001) tarafından yapılmıştır (89). ÇASDÖ ile üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliği öznel olarak değerlendirilmektedir. 1'den 7'ye kadar puanlanan Likert tipi ölçeğin, alt boyutların puanı 4 ile 28 arasında, ölçeğin toplam puanı ise 12 ile 84 arasında değişmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir. Türkçe'ye uyarlama çalışmasında, her birinde 50'şer denek olan üç grup; psikiyatri ve cerrahi hastaları ve normaller çalışmanın örneklemini oluşturmuşlardır. Ölçekler, özellikle psikiyatri ve cerrahi örneklemlerinde, sosyal destek, yalnızlık, umutsuzluk, olumsuz sosyal ilişki ve bir belirti tarama listesi ölçekleriyle anlamlı korelasyon göstermişlerdir. İç tutarlılığı ölçmek için Cronbach alfa yöntemi kullanılmıştır. Değerler 0.80 ile 0.95 arasında ve üç örnekleme de ölçek ve alt ölçekler kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılık göstermişlerdir.

**HAD(Hastane Anksiyete ve Depresyon) Ölçeği:** 1982 yılında Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1996'da Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Ölçek anksiyete ve depresyonun bilişsel, duygusal belirtilerini ele almaktadır. HAD ölçeği 14 maddelik özdeğerlendirme ölçeği olup ölçeğin 7 maddesi depresyonu, 7 maddesi anksiyeteyi değerlendiren 2 alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçekte 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13'üncü sorular anksiyeteyi; 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14'üncü sorular depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar üçlü likert biçiminde değerlendirilmektedir ve 0-3 arasında puanlandırılmaktadır. Zigmond'un çalışmasında ölçeğin kesim noktası anksiyete ve depresyon için 7 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin puanlandırılması ise 0-7 arası normal, 8-10 arası şüpheli, 11 ve üzeri hasta olarak ifade edilmiştir (90). Aydemir'in ülkemize uyarladığı geçerlilik çalışmasında ise ölçeğin kesim noktası anksiyete için 7, depresyon için 10 olarak belirlenmiştir. Hastaları anksiyete için 11 ve üzerinde, depresyon için 8 ve üzerinde aldığı puanlarla anksiyete ve depresyondan sözedilmektedir. Ölçeğin amacı; tanı koymak değil, bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektedir. Ayrıca ölçek hastanın emosyonel

durumunun değişiminin değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır. Bu nedenle ölçek hiçbir bedensel belirti içermemektedir. Anksiyete için hastalar 0-10 puan aldığıında hastaların anksiyetesi yok, 11 ve üzerinde anksiyetesi var, depresyon için 0-7 puan aldığıında hastaların depresyonu yok, 8 ve üzerinde depresyonu var olarak tanımlanmıştır. HAD ölçeği başka ölçeklerle karşılaştırılmalı olarak kullanılmış ve bedensel hastalığı olanlarda nksiyete ve depresyonu değerlendirme yönünden yeterli olduğu bulunmuştur (91).

Toplanan verilerin istatistiksel analizleri SPSS 22.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Anket formları katılımcıların kendileri tarafından doldurulmuştur. Anket formları ekte sunulmuştur.



#### 4.İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmanın istatistiksel değerlendirmesinde SPSS 22.0 for windows istatistik paket programı kullanılmıştır. Sayısal ölçümler ortalama ve standart sapma ile, normal dağılım göstermeyenler medyan ve minimum-maksimum değerlerle; kategorik ölçümler yüzde (%) ile gösterilmiştir. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığına Kolmogrov-Smirnov testi ile bakılmış, anket skorlarının normal dağılmadığı tespit edildiğinden nonparametrik testler uygulanmıştır. Vaka ve kontrol gruplarının karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Grup içi kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ikili karşılaştırmada Mann Whitney-U testi; ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Parametreler arasındaki ilişkileri belirlemede veriler normal dağılım göstermediğinden Spearman rho korelasyon analizi kullanılmıştır. Hipotezler çift yönlü olarak belirlenmiş olup  $p < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı alınmıştır.

## 5.BULGULAR

Otizimli çocukların ebeveynlerinin evlilik uyumları, sosyal destek algıları ve anksiyete düzeylerinin çeşitli sosyodemografik özelliklere göre ve kontrol grubuyla karşılaştırılıp incelediğimiz çalışmamızda toplam 170 kişinin verileri ile istatistiksel analiz yapılmıştır.

### 5.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmamıza katılan katılımcıların sosyodemografik veri formumuzda sorgulanan cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, yaşanılan yer, evde kaç kişinin yaşadığı, çalışma durumu, aylık gelir, kaç yıldır evli olduğu, daha önceki evlilik durumu, akraba evlilik durumu, çocuk sayısı gibi bilgiler Tablo 1 de verilmiştir.

Katılımcıların çoğunluğunu %62,4 oranıyla (n=106) kadınların oluşturduğu çalışmamızda erkek katılımcı oranı %37,6 (n=64) idi. Katılımcıların %50'si (n=85) 31-40 yaş arasında, %25,3'ü (n=43) 41 yaş üzeri ve %24,7'si (n=42) 20-30 yaş arasında idi. Katılımcıların büyük çoğunluğu %90,6'sı (n=154) il merkezinde, %9,4'ü (n=16) ilçe/ köy de yaşamakta idi. Katılımcıların %57,1'i (n=97) üniversite/yüksek okul mezunu, %17,6'sı (n=30) lise mezunu, %8,2'si (n=14) ortaokul mezunu, %10,6'sı (n=18) ilkököl mezunu, %6,5'i (n=11) okur-yazar değildi. Katılımcıların %47,1 'inin (n=80) aylık gelirleri 1301-4500 tl arasında, %26,5'inin (n=45) 1300 tl altı, %26,5 'inin (n=45) 4500 tl üzeri idi. Katılımcıların %75,3'ünde (n=128) evde yaşayan kişi sayısı 4 ve üzeri, %24,7'sinde (n=42) 4 'ün altında idi. Katılımcıların %65,3'ü (n=111) çalışırken, %34,7'si (n=59) herhangi bir işte çalışmamaktaydı. Katılımcıların büyük çoğunluğu %84,7 oranıyla (n=144) 5 yılın üzerinde evliyken, %15,3'ü (n=26) 5 yılın altı evliydi. Katılımcıların büyük çoğunluğu %94,7'si (n=161) daha önce bir evlilikleri bulunmazken, %5,3'ü (n=9) ikinci evliliğini yaşıyordu. Katılımcıların %80 'i (n=136) akraba dışında biriyle evliyken, %20'si (n=34) akrabasıyla evliydi. Katılımcıların %69,4'ünün (n=118) 2 ya da 3 çocuğu, %17,1'inin (n=29) tek çocuğu, %13,5'inin (n=23) 4 ve üzeri sayıda çocuğu vardı. Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 1 'de gösterilmiştir.

**Tablo 1:** Katılımcıların demografik özellikleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	106	62,4
	Erkek	64	37,6
Yaş	20 ile 30 yaş arası	42	24,7
	31 ile 40 yaş arası	85	50,0
	41 yaş ve üzeri	43	25,3
Yaşadığı Yer	İl	154	90,6
	İlçe/Köy	16	9,4
Eğitim Durumu	Okur-Yazar değil	11	6,5
	İlkokul	18	10,6
	Orta okul	14	8,2
	Lise	30	17,6
	Üniversite/yüksekokul	97	57,1
Gelir Durumu (tl)	<1300	45	26,5
	1301-4500	80	47,1
	>4500	45	26,5
Evde kaç kişi yaşıyor	<4	42	24,7
	4 ve üzeri	128	75,3
Çalışma durumu	Çalışıyor	111	65,3
	Çalışmıyor	59	34,7
Kaç yıldır evli	<5 yıl	26	15,3
	5 yıl üzeri	144	84,7
Önceki evlilik durumu	Var	9	5,3
	Yok	161	94,7
Akraba evliliği	Var	34	20,0
	Yok	136	80,0



<b>Çocuk sayısı</b>	<b>1</b>	29	17,1
	<b>2-3</b>	118	69,4
	<b>4 ve üzeri</b>	23	13,5
<b>Toplam</b>		170	100



Otizimli çocukların ebeveynlerinin çoğunluğu %68,8 oranıyla (n=55) kadınlardan, %31,2'si (n=25) erkeklerden oluşmaktaydı. Ebeveynlerin %50,0'si (n=40) 31 ile 40 yaş arasında, %27,5'i (n=22) 41 yaş üzeri, %22,5'i (n=18) 20 ile 30 yaş arasındaydı. Ebeveynlerin %88,8'i (n=71) il merkezinde yaşarken %11,2'si (n=9) ilçe veya köyde yaşamaktaydı. Ebeveynlerin %31,3'ü (n=25) üniversite/yüksekokul, %28,8'i (n=23) lise, %15'i (n=12) ortaokul, %15'i (n=12) ilkokul mezunuyken %10'u (n=8) ise okur-yazar değildi. Ebeveynlerin %50'sinin (n=40) aylık geliri 1301-4500 tl arasındayken, %43,8'inin (n=35) 1300 tl altında ve %6,2'sinin (n=5) 4500 tl üzerindeydi. Ebeveynlerin %83,8'inin (n=67) evlerinde 4 ve üzeri kişi yaşarken %16,2'sinin (n=13) 4'ün altında kişi yaşıyordu. Ebeveynlerin %51,3'ü herhangi bir işte çalışırken %48,8'i herhangi bir işte çalışmamaktaydı. Ebeveynlerin tamamı (n=80) 5 yılın üzerinde evliydi. Ebeveynlerin %96,2'sinin (n=77) daha önce bir evliliği bulunmazken %3,8'inin (n=3) 2. evliliği vardı. Ebeveynlerin %70'i (n=66) akraba dışında biriyle evlikten %30'u (n=24) akrabasıyla evliydi. Ebeveynlerin %68,8'inin (n=55) çocuk sayısı 2 veya 3, %25'inin (n=20) 4 ve üzeri, %6,2'sinin (n=5) tek idi. Otizmli çocukların ebeveynlerinin demografik verileri Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Tablo 2:** Vaka grubunun demografik verileri

		Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	55	68,8	
	Erkek	25	31,2	
Yaş	20 ile 30 yaş arası	18	22,5	
	31 ile 40 yaş arası	40	50,0	
	41 yaş ve üzeri	22	27,5	
Yaşadığı Yer	İl	71	88,8	
	İlçe/Köy	9	11,2	
Eğitim Durumu	Okur-Yazar değil	8	10,0	
	İlkokul	12	15,0	
	Orta okul	12	15,0	
	Lise	23	28,8	
	Üniversite/yüksekokul	25	31,3	
Gelir Durumu (tl)	<1300	35	43,8	
	1301-4500	40	50,0	
	>4500	5	6,2	
Evde kaç kişi yaşıyor	<4	13	16,2	
	4 ve üzeri	67	83,8	
Çalışma durumu	Çalışıyor	Kadın	18	51,3
		Erkek	23	
	Çalışmıyor	Kadın	37	48,8
		Erkek	2	
Kaç yıldır evli	<5 yıl	0	0	
	5 yıl üzeri	80	100,0	

<b>Önceki evlilik durumu</b>	<b>Var</b>	3	3,8
	<b>Yok</b>	77	96,2
<b>Akraba evliliği</b>	<b>Var</b>	24	30,0
	<b>Yok</b>	66	70,0
<b>Çocuk sayısı</b>	<b>1</b>	5	6,2
	<b>2-3</b>	55	68,8
	<b>4 ve üzeri</b>	20	25,0
<b>Toplam</b>		80	100



Otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin %56,7'si (n=51) kadinken %43,3'ü (n=39) erkekti. Ebeveynlerin %50'si (n=45) 31-40 yaş arasında, %26,7'si (n=24) 20-30 yaş arasında, %23,3'ü (n=21) 41 yaş ve üzerindedir. Ebeveynlerin %92,2'si (n=83) il merkezinde %7,8'i (n=7) ilçe veya köyde yaşamaktaydı. Ebeveynlerin %80'i (n=72) üniversite/yüksekokul, %7,8'i (n=7) lise, %2,2'si (n=2) ortaokul, %6,7'si (n=6) ilkokul mezunuyken %3,3'ü (n=3) ise okur-yazar değildi. Ebeveynlerin %44,4'ünün (n=40) aylık geliri 1301-4500 tl arasındayken %44,4'ünün (n=40) 4500 tl üzeri ve %11,2'sinin (n=10) 1300tl altıydı. Ebeveynlerin %67,8'inin (n=61) evlerinde 4 ve üzeri kişi yaşarken %32,2'sinin (n=29) 4'ün altında kişi yaşıyordu. Ebeveynlerin %77,8'i herhangi bir işte çalışırken %22,2'si (n=20) herhangi bir işte çalışmamaktaydı. Ebeveynlerin %71,1'i 5 yılın üzerinde evliyken %28,9'u (n=26) 5 yılın altında süredir evliydi. Ebeveynlerin %93,3'ünün (n=84) daha önce bir evliliği bulunmazken %6,7'sinin (n=6) 2. evliliği vardı. Ebeveynlerin %88,9'u akraba dışında biriyle evliyken %11,1'i (n=10) akrabasıyla evliydi. Ebeveynlerin %70'inin (n=63) çocuk sayısı 2 veya 3, %26,7'sinin (n=24) tek, %3,3'ünün (n=3) 4 ve üzeriydi. Otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin demografik özellikleri Tablo 3 te verilmiştir.

**Tablo 3:** Kontrol grubunun demografik özellikleri

		<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	51	56,7
	<b>Erkek</b>	39	43,3
<b>Yaş</b>	<b>20 ile 30 yaş arası</b>	24	26,7
	<b>31 ile 40 yaş arası</b>	45	50,0
	<b>41 yaş ve üzeri</b>	21	23,3
<b>Yaşadığı Yer</b>	<b>İl</b>	83	92,2
	<b>İlçe/Köy</b>	7	7,8
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Okur-Yazar değil</b>	3	3,3
	<b>İlkokul</b>	6	6,7
	<b>Orta okul</b>	2	2,2
	<b>Lise</b>	7	7,8
	<b>Üniversite/yüksekokul</b>	72	80,0
<b>Gelir Durumu (tl)</b>	<b>&lt;1300</b>	10	11,2
	<b>1301-4500</b>	40	44,4
	<b>&gt;4500</b>	40	44,4
<b>Evde kaç kişi yaşıyor</b>	<b>&lt;4</b>	29	32,2
	<b>4 ve üzeri</b>	61	67,8
<b>Çalışma durumu</b>	<b>Çalışıyor</b>	70	77,8
	<b>Çalışmıyor</b>	20	22,2
<b>Kaç yıldır evli</b>	<b>&lt;5 yıl</b>	26	28,9
	<b>5 yıl üzeri</b>	64	71,1
<b>Önceki evlilik durumu</b>	<b>Var</b>	6	6,7
	<b>Yok</b>	84	93,3
<b>Akraba evliliği</b>	<b>Var</b>	10	11,1
	<b>Yok</b>	80	88,9

Çocuk sayısı	1	24	26,7
	2-3	63	70,0
	4 ve üzeri	3	3,3
Toplam		90	100

Otizmliler çocukların %92,7'sinin (n=75) cinsiyeti erkekken %6,3'ü (n=5) kız idi. Otizmliler çocukların %41,3'ü (n=33) 3 ile 6 yaş arasında, %41,3'ü (n=33) 7 ile 11 yaş arasında, %17,6'sı (n=14) 12 yaş ve üzerindedir. Otizmliler çocukların %98,7'sinin ailesinde otizm tanılı başka çocuk yokken %1,3'ünün (n=1) vardı. Otizmliler çocukların %96,2'sinin ailesinde otizm dışında kronik hastalıklı çocuk yokken %3,8'inin (n=3) vardı. Otizmliler çocukların %41,3 (n=33) oranıyla çoğunlukta otizmliler çocuk ailenin ilk çocuğuydu. %32,5 'inde (n=26) otizmliler çocuk 2. çocuktur. %16,3'ünde (n=13) otizmliler çocuk 3. çocuktur. Otizmliler çocukların %31,3'ünün (n=25) tanı yaşı 2, %30'unun (n=24) 3, %17,5'inin (n=14) 4, %15'inin (n=12) 5 idi. 1 çocuğa 6 yaşında, 1 çocuğa 7 yaşında, 3 çocuğa ise 8 yaşında tanı konulmuştu. Otizmliler çocukların %55'i 3 yıl ve üzeri, %37,5'i 1 ile 3 yıl arası, %7,5'i 1 yılın altı süredir özel eğitim görmekteydi. Otizmliler çocukların %90'ının (n=72) ailesinde çocuğun bakımına yardımcı herhangi biri yokken %10'unda (n=8) yardımcı vardı. Otizmliler çocukların demografik özellikleri Tablo 4 te gösterilmiştir.

**Tablo 4:** Otizmli çocukların demografik özellikleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kız	5	6,3
	Erkek	75	92,7
Yaş	3 ile 6 yaş arası	33	41,3
	7 ile 11 yaş arası	33	41,3
	12 yaş ve üzeri	14	17,6
Ailede otizmli başka çocuk	Var	1	1,3
	Yok	79	98,7
Ailede otizm dışında kronik hastalıklı çocuk	Var	3	3,8
	Yok	77	96,2
Otizmli çocuk ailenin kaçınıcı çocuğu	1	33	41,3
	2	26	32,5
	3	13	16,3
	4	3	3,8
	5	3	3,8
	6	2	2,5
	7	0	0,0
Otizmli çocuk tanı yaşı	2 yaş	25	31,3
	3 yaş	24	30,0
	4 yaş	14	17,5
	5 yaş	12	15,0
	6 yaş	1	1,3
	7 yaş	1	1,3
	8 yaş	3	3,7
Özel eğitim alma süresi	1 yıl altı	6	7,5



	<b>1 ile 3 yıl arası</b>	30	37,5
	<b>3 yıl ve üzeri</b>	44	55,0
<b>Çocuğun bakımına yardımcı</b>	<b>Var</b>	8	10,0
	<b>Yok</b>	72	90,0
<b>Toplam</b>		80	100

Tüm ebeveynlere baktığımızda yaşlarının ortalaması ve standart sapması  $35,82 \pm 6,63$  idi. En küçük yaştaki ebeveyn 18 en büyük yaştaki ebeveyn 56 yaşındaydı. Otizmlı çocukların ebeveynlerinin yaşlarının ortalaması ve standart sapması  $36,52 \pm 6,60$  idi. Vaka grubundaki ebeveynlerin en küçüğü 18 en büyüğü 53 yaşındaydı. Otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin yaşlarının ortalaması ve standart sapması  $35,20 \pm 6,64$  idi. Yani vaka ve kontrol gruplarının yaş ortalamaları birbirine çok yakındı. Kontrol grubundaki ebeveynlerin en küçüğü 24 en büyüğü 56 yaşındaydı. Otizmlı çocukların yaş ortalaması ve standart sapması  $8,30 \pm 3,85$  idi. Otizmlı çocukların en küçüğü 3 en büyüğü 18 yaşındaydı. Otizmlı çocukların tanı yaşı ortalaması ve standart sapması  $3,44 \pm 1,47$  idi. Otizmlı çocuklar en erken 2 en geç 8 yaşında tanı almıştı. Otizmlı çocukların kaçınıcı çocuk olduğunun ortalaması ve standart sapması  $2,04 \pm 1,21$  idi. Otizmlı çocuklar birinci ve altıncı sıra arasında idi. Yaşlarla ilgili verilerin minimum maksimum ve ortalama değerleri Tablo 5 te verilmiştir.

**Tablo 5:** Yaşla ilgili verilerin minimum, maksimum ve ortalama değerleri

	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>	<b>Ortalama+standart sapma</b>
<b>Yaş (vaka+kontrol)</b>	18	56	$35,82 \pm 6,63$
<b>Yaş (vaka)</b>	18	53	$36,52 \pm 6,60$
<b>Yaş (kontrol)</b>	24	56	$35,20 \pm 6,64$

<b>Otizmli çocuk yaşı</b>	3	18	8,30±3,85
<b>Otizmli çocuk tanı yaşı</b>	2	8	3,44±1,47
<b>Otizmli çocuk kaçınıcı çocuk</b>	1	6	2,04±1,21

#### **4.2.Katılımcıların Evlilik Uyumları, Sosyal Destek Algıları ve Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulgular**

Otizmli çocuk ebeveynleriyle otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin ÇUÖ ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için yaptığımız istatistiksel analizlerde çiftler uyum ölçeğinin ortalamasında ( $p=0,028$ ) e memnuniyet doyum alt ölçeği ortalamasında ( $p=0,002$ ) anlamlılık vardı. Vaka ile kontrol grubu arasında ÇUÖ'nin fikir birliği alt ölçeği ortalamasında ( $p=0,113$ ), bağlılık alt ölçeği ortalamasında ( $p=0,217$ ) ve duygusal ifade alt ölçeği ortalamasında ( $p=0,681$ ) anlamlılık yoktu.

Otizmli çocuk ebeveynleriyle otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin HAD ölçeği ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için yaptığımız istatistiksel analizlerde HAD ölçeği ortalamalarında ( $p=0,156$ ), depresyon ( $p=0,158$ ) ve anksiyete ( $p=0,171$ ) alt ölçek ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Otizmli çocuk ebeveynleriyle otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin ÇASDÖ ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için yaptığımız istatistiksel analizlerde ÇASDÖ ortalamalarında ( $p=0,000$ ) ve aileden algılanan destek ( $p=0,000$ ), arkadaştan algılanan destek ( $p=0,000$ ), özel insandan algılanan destek ( $p=0,000$ ) ortalamalarında olmak üzere tüm alt ölçeklerde anlamlılık görülmüştür. Ölçeklerin vaka ve kontrol gruplarındaki ortalamaları ve p değerleri Tablo 6'da verilmiştir.

**Tablo 6:** Ölçeklerin vaka ve kontrol gruplarındaki ortalamaları ve P değerleri

	<b>Vaka</b>	<b>Kontrol</b>	<b>P</b>
<b>Memnuniyet doyum</b>	32,81	36,77	0,002
<b>Fikir birliği</b>	42,70	45,81	0,113
<b>Bağlılık</b>	11,55	12,64	0,217
<b>Duygusal ifade</b>	8,73	8,89	0,681
<b>ÇUÖ toplam</b>	95,78	104,27	0,028
<b>Depresyon skoru</b>	7,63	6,78	0,158
<b>Anksiyete skoru</b>	8,26	7,43	0,171
<b>HAD toplam</b>	15,89	14,21	0,156
<b>Aile destek</b>	18,93	22,94	0,000
<b>Arkadaş destek</b>	15,94	19,80	0,000
<b>Özel insan destek</b>	16,54	21,12	0,000
<b>ÇASDÖ toplam</b>	51,30	63,87	0,000

Otizimli çocukların ebeveynlerinin memnuniyet doyum alt ölçeğinin ortalaması ve standart sapması (32,81±9,13) olduğu saptanmıştır. Çift fikir birliği alt ölçeğinin ortalaması ve standart sapması (42,70±13,97) olduğu saptanmıştır. Çiftlerin bağlılığı alt ölçeğinin ortalaması ve standart sapması (11,55±5,02) olduğu saptanmıştır. Duygusal ifade alt ölçeğinin ortalaması ve standart sapması (8,73±2,41) olduğu saptanmıştır. Çiftler uyum ölçeğinin ortalaması ve standart sapması (95,78±28,29) olduğu saptanmıştır. Ortalama değere göre ebeveynlerin evlilik uyumu orta düzeydedir.

Otizimli çocukların ebeveynlerinin HAD ölçeğinin ortalaması ve standart sapması (12,89±7,60) olduğu saptanmıştır. Depresyon alt ölçeğinin ortalaması ve standart sapması (7,63±4,21) olduğu saptanmıştır. Anksiyete alt ölçeğinin ortalaması ve standart sapması (8,26±4,11) olduğu saptanmıştır.

Otizimli çocukların ebeveynlerinin ÇASDÖ'nin ortalaması ve standart sapması (51,30±18,51) olduğu saptanmıştır. Aileden algılanan destek alt ölçeğinin ortalaması ve standart sapması (18,93±7,17) olduğu saptanmıştır. Arkadaştan algılanan destek alt ölçeğinin ortalaması ve standart sapması (15,94±6,88) olduğu saptanmıştır. Özel insandan algılanan desteğin ortalaması ve standart sapması (16,54±8,14) olduğu saptanmıştır. Ortalama değere göre ebeveynlerin algıladıkları sosyal destek orta düzeydedir. Vaka grubu ölçek ortalamaları, standart sapmaları, median, minimum ve maksimum değerleri Tablo 7'de verilmiştir.

**Tablo 7:** Vaka grubu ölçek ortalamaları, standart sapmaları, median, minimum ve maksimum değerleri

	<b>Ortalama+standart sapma</b>	<b>Median (Minimum-Maksimum)</b>
<b>Memnuniyet doyum</b>	32,81±9,13	35(10-49)
<b>Fikir birliği</b>	42,70±13,97	46(10-65)
<b>Bağlılık</b>	11,55±5,02	12(0-23)
<b>Duygusal ifade</b>	8,73±2,41	9(2-12)
<b>ÇUÖ toplam</b>	95,78±28,29	101,5(25-145)
<b>Depresyon skoru</b>	7,63±4,21	7(0-20)
<b>Anksiyete skoru</b>	8,26±4,11	8(0-21)
<b>HAD toplam</b>	12,89±7,60	15,50(2-34)
<b>Aile destek</b>	18,93±7,17	20,50(4-28)
<b>Arkadaş destek</b>	15,94±6,88	17(4-28)

<b>Özel insan destek</b>	16,54±8,14	16,50(4-28)
<b>ÇASDÖ toplam</b>	51,30±18,51	53,50(12-84)

Otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin memnuniyet doyum alt ölçeğinin ortalaması ve standart sapması (36,77±6,39) olduğu saptanmıştır. Çift fikir birliği alt ölçeğinin ortalaması ve standart sapması (45,81±12,48) olduğu saptanmıştır. Çiftlerin bağlılığı alt ölçeğinin ortalaması ve standart sapması (12,64±4,50) olduğu saptanmıştır. Duygusal ifade alt ölçeğinin ortalaması ve standart sapması (8,89±2,43) olduğu saptanmıştır. Çiftler uyum ölçeğinin ortalaması ve standart sapması (104,27±22,94) olduğu saptanmıştır. Ortalama değere göre ebeveynlerin evlilik uyumu orta düzeydedir.

Otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin HAD ölçeğinin ortalaması ve standart sapması (14,21±6,56) olduğu saptanmıştır. Depresyon alt ölçeğinin ortalaması ve standart sapması (6,78±3,76) olduğu saptanmıştır. Anksiyete alt ölçeğinin ortalaması ve standart sapması (7,43±3,84) olduğu saptanmıştır.

Otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin ÇASDÖ'nin ortalaması ve standart sapması (63,87±13,60) olduğu saptanmıştır. Aileden algılanan destek alt ölçeğinin ortalaması ve standart sapması (22,94±4,81) olduğu saptanmıştır. Arkadaştan algılanan destek alt ölçeğinin ortalaması ve standart sapması (19,80±5,32) olduğu saptanmıştır. Özel insandan algılanan desteğin ortalaması ve standart sapması (21,12±6,64) olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu ölçek ortalamaları, standart sapmaları, median, minimum ve maksimum değerleri Tablo 8'de verilmiştir.

**Tablo 8:** Kontrol grubu ölçek ortalamaları, standart sapmaları, median, minimum ve maksimum değerleri

	<b>Ortalama+standart sapma</b>	<b>Median (Minimum-Maksimum)</b>
--	--------------------------------	----------------------------------

<b>Memnuniyet doyum</b>	36,77±6,39	38(11-47)
<b>Fikir birliği</b>	45,81±12,48	49(6-65)
<b>Bağlılık</b>	12,64±4,50	13(2-24)
<b>Duygusal ifade</b>	8,89±2,43	9(0-12)
<b>ÇUÖ toplam</b>	104,27±22,94	108(19-136)
<b>Depresyon skoru</b>	6,78±3,76	6(1-20)
<b>Anksiyete skoru</b>	7,43±3,84	7(1-18)
<b>HAD toplam</b>	14,21±6,56	14(2-38)
<b>Aile destek</b>	22,94±4,81	23,50(8-28)
<b>Arkadaş destek</b>	19,80±5,32	21(4-28)
<b>Özel insan destek</b>	21,12±6,64	22(4-28)
<b>ÇASDÖ toplam</b>	63,87±13,60	66(24-84)

Otizimli çocukların ebeveynlerinin cinsiyetine göre ÇUÖ ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunup bulunmadığına dair yapılan istatistiksel analizlerde ÇUÖ ortalamasında annelerle babalar arasında anlamlı fark vardı ( $p=0,027$ ). Bağlılık ve fikir birliği alt ölçek ortalamalarında da cinsiyete göre anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,016$ ). Memnuniyet doyum( $p=0,089$ ) ve duygusal ifade( $p=0,197$ ) alt ölçek ortalamalarında cinsiyete göre anlamlı fark bulunamamıştır.

Otizimli çocukların ebeveynlerinin cinsiyetine göre HAD ölçeği ortalamasında istatistiksel olarak annelerle babalar arasında anlamlı fark vardı ( $p=0,001$ ). Ayrıca depresyon ( $p=0,000$ ) ve anksiyete ( $p=0,009$ ) alt ölçek ortalamalarında da anlamlı fark bulunmuştur.

Otizimli çocukların ebeveynlerinin cinsiyetine göre ÇASDÖ ortalamasında istatistiksel olarak annelerle babalar arasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p=0,678$ ). Ayrıca aileden algılanan destek ( $p=0,859$ ), arkadaştan algılanan destek ( $p=0,888$ ) ve özel insandan algılanan destek ( $p=0,327$ ) alt ölçek ortalamalarında da annelerle

babalar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Vaka grubundaki ebeveynlerin cinsiyete göre ölçeklerin ortalamaları ve p değerleri Tablo 9’da verilmiştir.

**Tablo 9:** Vaka grubundaki ebeveynlerin cinsiyete göre ölçeklerin ortalamaları ve P değerleri

	<b>Kadın (n=55)</b>	<b>Erkek (n=25)</b>	<b>P</b>
<b>Memnuniyet doyum</b>	31,53	35,64	0,089
<b>Fikir birliği</b>	39,91	48,84	0,016
<b>Bağlılık</b>	10,64	13,56	0,016
<b>Duygusal ifade</b>	8,51	9,20	0,197
<b>ÇUÖ toplam</b>	90,75	106,84	0,027
<b>Depresyon skoru</b>	8,75	5,16	0,000
<b>Anksiyete skoru</b>	9,09	6,44	0,009
<b>HAD toplam</b>	17,84	11,60	0,001
<b>Aile destek</b>	18,85	19,08	0,859
<b>Arkadaş destek</b>	16,07	15,64	0,888
<b>Özel insan destek</b>	15,95	17,84	0,327
<b>ÇASDÖ toplam</b>	50,73	52,56	0,678

Otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin cinsiyetine göre ÇUÖ ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunup bulunmadığına dair yapılan istatistiksel analizlerde ÇUÖ ortalamasında annelerle babalar arasında anlamlı fark bulunamadı ( $p=0,070$ ). Memnuniyet doyum ( $p=0,042$ ) ve duygusal ifade ( $p=0,015$ ) alt ölçek ortalamalarında cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Fikir birliği ( $p=0,155$ ) ve bağlılık ( $p=0,096$ ) alt ölçek ortalamalarında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin cinsiyetine göre HAD ölçeği ortalamasında istatistiksel olarak annelerle babalar arasında anlamlı fark görülmüştür ( $p=0,032$ ). Ayrıca anksiyete ( $p=0,030$ ) alt ölçeği ortalamasında da anlamlı fark görülürken depresyon ( $p=0,079$ ) alt ölçeği ortalamasında anlamlı bir farka rastlanamadı.

Otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin cinsiyetine göre ÇASDÖ ortalamasında istatistiksel olarak annelerle babalar arasında anlamlı bir farka rastlanmadı ( $p=0,501$ ). Ayrıca aileden algılanan destek ( $p=0,512$ ), arkadaştan algılanan destek ( $p=0,341$ ) ve özel insandan algılanan destek ( $p=0,247$ ) alt ölçek ortalamalarında da anlamlı bir farka rastlanmadı. Kontrol grubundaki ebeveynlerin cinsiyete göre ölçeklerin ortalamaları ve p değerleri Tablo 10'da verilmiştir.

Vaka grubundaki ebeveynlerin akraba evlilik durumu ile ölçekler arasında anlamlı bir fark bulunamadı ( $p>0,05$ ).

Kontrol grubundaki ebeveynlerin akraba evlilik durumu ile ölçekler arasında sadece arkadaştan algılanan destek ( $p=0,018$ ) ve ÇASDÖ toplam ( $p=0,027$ ) ortalamalarında anlamlılık vardı. Otizmlili çocukların ebeveynlerinde otizmlili çocuğun cinsiyeti ile ölçeklerin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 10:** Kontrol grubundaki ebeveynlerin cinsiyete göre ölçeklerin ortalamaları ve P değerleri

	<b>Kadın (n=51)</b>	<b>Erkek (n=39)</b>	<b>P</b>
<b>Memnuniyet doyum</b>	35,59	38,31	0,042
<b>Fikir birliği</b>	44,31	47,77	0,155
<b>Bağlılık</b>	11,94	13,56	0,096



<b>Duygusal ifade</b>	8,33	9,62	0,015
<b>ÇUÖ toplam</b>	100,25	109,51	0,070
<b>Depresyon skoru</b>	7,24	6,18	0,079
<b>Anksiyete skoru</b>	8,18	6,46	0,030
<b>HAD toplam</b>	15,41	12,64	0,032
<b>Aile destek</b>	23,20	22,62	0,512
<b>Arkadaş destek</b>	19,53	20,15	0,341
<b>Özel insan destek</b>	20,84	21,49	0,247
<b>ÇASDÖ toplam</b>	63,57	64,26	0,501

Otizimli çocukların ebeveynlerinin çocuğun bakımında kendilerine yardımcı herhangi biri olup olmamasına göre ÇUÖ ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,039$ ). Ayrıca memnuniyet doyum ( $p=0,003$ ) ve duygusal ifade ( $p=0,014$ ) alt ölçek ortalamalarında da anlamlı fark bulunmuştur Buna göre çocuğun bakımında herhangi bir yardımcısı olanlar olmayanlara göre ÇUÖ ile memnuniyet doyum ve duygusal ifade alt ölçeği puanları daha düşüktü. Fikir birliği ( $p=0,1889$ ) ve bağlılık ( $p=0,051$ ) alt ölçek ortalamalarında anlamlı fark bulunamamıştır. Otizimli çocukların ebeveynlerinin çocuğun bakımında kendilerine yardımcı herhangi biri olup olmamasına göre HAD ölçeği ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ( $p=0,860$ ). Ayrıca depresyon ( $p=0,955$ ) ve anksiyete ( $p=0,540$ ) alt ölçek ortalamalarında da anlamlı bir farka rastlanmadı.

Otizimli çocukların ebeveynlerinin çocuğun bakımında kendilerine yardımcı herhangi biri olup olmamasına göre ÇBASDÖ ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,036$ ). Ayrıca aileden algılanan destek ( $p=0,026$ ) ve özel insandan algılanan destek ( $p=0,033$ ) alt ölçeklerinde de anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre çocuğun bakımında herhangi bir yardımcısı olanlar olmayanlara göre ÇBASDÖ ile aileden algılanan destek ve özel insandan algılanan destek alt ölçek puanları daha düşüktü. Arkadaştan algılanan destek alt ölçek ortalamasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p=0,748$ ). Vaka grubundaki ebeveynlerin çocuğun bakımında

yardımcısı olup olmamasına göre ölçek ortalamaları ve p değerleri Tablo 11’de verilmiştir.

**Tablo 11:** Vaka grubundaki ebeveynlerin çocuğun bakımında yardımcı olup olmamasına göre ölçeklerin ortalamaları ve P değerleri

	<b>Var</b> <b>(n=8)</b>	<b>Yok</b> <b>(n=72)</b>	<b>P</b>
<b>Memnuniyet doyum</b>	23,75	33,82	0,003
<b>Fikir birliği</b>	37,25	43,31	0,188
<b>Bağlılık</b>	9,00	11,83	0,051
<b>Duygusal ifade</b>	6,75	8,94	0,014
<b>ÇUÖ toplam</b>	78,00	97,75	0,039
<b>Depresyon skoru</b>	8,00	7,58	0,955
<b>Anksiyete skoru</b>	8,63	8,22	0,540
<b>HAD toplam</b>	16,63	15,81	0,860
<b>Aile destek</b>	14,00	19,47	0,026
<b>Arkadaş destek</b>	16,00	15,93	0,748
<b>Özel insan destek</b>	10,63	17,19	0,033
<b>ÇASDÖ toplam</b>	40,63	52,49	0,036

Otizimli çocukların ebeveynlerinin öğrenim durumlarına göre herhangi bir ölçek ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farka rastlanmamıştır. Vaka grubundaki ebeveynlerin öğrenim durumuna göre ölçeklerin ortalamaları ve p değerleri Tablo 12’de verilmiştir.

**Tablo 12:** Vaka grubundaki ebeveynlerin öğrenim durumuna göre ölçeklerin ortalamaları ve P değerleri

	<b>Okuryazar değil (n=8)</b>	<b>İlkokul (n=12)</b>	<b>Ortaokul (n=12)</b>	<b>Lise (n=23)</b>	<b>Üniversite (n=25)</b>	<b>P</b>
<b>Memnuniyet doyum</b>	30,75	33,75	31,92	32,52	33,72	0,833
<b>Fikir birliği</b>	36,88	39,83	41,08	42,39	47,00	0,293
<b>Bağlılık</b>	8,25	10,17	11,33	12,22	12,76	0,221
<b>Duygusal ifade</b>	6,63	8,83	8,00	9,17	9,28	0,105
<b>ÇUÖ toplam</b>	82,50	95,25	92,33	95,91	102,76	0,429
<b>Depresyon skoru</b>	9,25	9,33	8,25	7,74	5,88	0,080
<b>Anksiyete skoru</b>	8,25	9,42	8,00	8,78	7,36	0,767
<b>HAD toplam</b>	17,50	18,75	16,25	16,52	13,24	0,223
<b>Aile destek</b>	13,88	14,67	20,83	20,30	20,40	0,157
<b>Arkadaş destek</b>	13,62	15,33	16,50	15,48	17,12	0,786
<b>Özel insan destek</b>	16,13	13,33	16,33	15,74	19,04	0,359
<b>ÇASDÖ toplam</b>	42,37	43,33	53,67	51,52	56,64	0,283

Otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin öğrenim durumlarına göre herhangi bir ölçek ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farka rastlanmamıştır. Kontrol grubundaki ebeveynlerin öğrenim durumuna göre ölçeklerin ortalamaları ve p değerleri Tablo 13’de verilmiştir.

**Tablo 13:** Kontrol grubundaki ebeveynlerin öğrenim durumuna göre ölçeklerin ortalamaları ve P değerleri

	<b>Okuryazar değil (n=3)</b>	<b>İlkokul (n=6)</b>	<b>Ortaokul (n=2)</b>	<b>Lise (n=7)</b>	<b>Üniversite (n=72)</b>	<b>P</b>
<b>Memnuniyet doyum</b>	33,33	37,67	40,50	36,43	36,76	0,596
<b>Fikir birliği</b>	42,33	50,33	48,50	44,29	45,65	0,799
<b>Bağlılık</b>	10,00	10,50	11,50	12,00	13,03	0,491
<b>Duygusal ifade</b>	7,33	9,00	11,00	9,00	8,88	0,403
<b>ÇUÖ toplam</b>	93,00	107,00	111,50	101,71	104,56	0,737
<b>Depresyon skoru</b>	4,00	7,50	7,00	6,86	6,82	0,525
<b>Anksiyete skoru</b>	7,67	10,33	8,50	7,71	7,13	0,373
<b>HAD toplam</b>	11,67	17,83	15,50	14,57	13,94	0,407
<b>Aile destek</b>	24,67	23,83	27,00	21,29	22,85	0,642
<b>Arkadaş destek</b>	15,67	23,33	23,50	15,71	19,97	0,107
<b>Özel insan destek</b>	17,33	23,17	24,50	19,00	21,22	0,546
<b>ÇASDÖ toplam</b>	57,67	70,33	75,00	56,00	64,04	0,262

Otizimli çocukların ebeveynlerinin çocuk sayısına göre bakılan ölçekler arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığına dair yapılan istatistiksel analizlerde HAD toplam ( $p=0,040$ ) ve depresyon skorunda ( $p=0,029$ ) anlamlılık bulunmuştur. Buna göre tek çocuk sahibi ebeveynlerin HAD toplam ve depresyon skorları daha düşüktü. Çocuk sayısına göre diğer ölçekler arasında anlamlı bir farka rastlanamamıştır. Vaka grubundaki ebeveynlerin çocuk sayısına göre ölçeklerin ortalamaları ve p değerleri Tablo 14’de verilmiştir.

**Tablo 14:** Vaka grubundaki ebeveynlerin çocuk sayısına göre ölçeklerin ortalamaları ve P değerleri

	<b>1 (n=5)</b>	<b>2-3 (n=55)</b>	<b>4 ve üzeri (n=20)</b>	<b>P</b>
<b>Memnuniyet doyum</b>	35,60	33,38	30,55	0,385
<b>Fikir birliği</b>	47,00	43,56	39,25	0,405
<b>Bağlılık</b>	13,20	12,09	9,65	0,117
<b>Duygusal ifade</b>	9,00	8,85	8,30	0,622
<b>ÇUÖ toplam</b>	104,80	98,09	87,15	0,365
<b>Depresyon skoru</b>	3,40	7,56	8,85	0,029
<b>Anksiyete skoru</b>	5,00	8,60	8,15	0,145
<b>HAD toplam</b>	8,40	16,16	17,00	0,040
<b>Aile destek</b>	20,40	19,11	18,05	0,692
<b>Arkadaş destek</b>	15,20	16,16	15,50	0,984

<b>Özel insan destek</b>	14,00	16,82	16,40	0,809
<b>ÇASDÖ toplam</b>	49,60	52,13	49,45	0,832

Otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin çocuk sayısı ile herhangi bir ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmadı. Kontrol grubundaki ebeveynlerin çocuk sayısına göre ölçeklerin ortalamaları ve p değerleri Tablo 15’de verilmiştir.

**Tablo 15:** Kontrol grubundaki ebeveynlerin çocuk sayısına göre ölçeklerin ortalamaları ve P değerleri

	<b>1 (n=24)</b>	<b>2-3 (n=63)</b>	<b>4 ve üzeri (n=3)</b>	<b>P</b>
<b>Memnuniyet doyum</b>	36,67	36,79	37,00	0,980
<b>Fikir birliği</b>	41,79	47,11	50,67	0,297
<b>Bağlılık</b>	12,67	12,75	10,33	0,443
<b>Duygusal ifade</b>	8,38	9,10	8,67	0,456
<b>ÇUÖ toplam</b>	99,50	105,97	106,67	0,563
<b>Depresyon skoru</b>	7,46	6,41	9,00	0,233
<b>Anksiyete skoru</b>	7,46	7,49	6,00	0,944
<b>HAD toplam</b>	14,92	13,90	15,00	0,523
<b>Aile destek</b>	21,21	23,56	24,00	0,450

<b>Arkadaş destek</b>	19,21	19,97	21,00	0,635
<b>Özel insan destek</b>	21,08	21,10	22,00	0,962
<b>ÇASDÖ toplam</b>	61,50	64,62	67,00	0,550

Otizimli çocukların ebeveynlerinin otizimli çocuğun özel eğitim alma süresiyle herhangi bir ölçek ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmadı. Vaka grubundaki ebeveynlerin otizimli çocuğun özel eğitim alma süresine göre ölçeklerin ortalamaları ve p değerleri Tablo 16'da verilmiştir.

**Tablo 16:** Vaka grubundaki ebeveynlerin otizimli çocuğun özel eğitim alma süresine göre ölçeklerin ortalamaları ve P değerleri

	<b>1 yıl (n=6)</b>	<b>1-3 yıl (n=30)</b>	<b>3 yıl ve üzeri (n=44)</b>	<b>P</b>
<b>Memnuniyet doyum</b>	36,00	34,53	31,20	0,351
<b>Fikir birliği</b>	46,00	43,13	41,95	0,860
<b>Bağlılık</b>	13,00	11,47	11,41	0,783
<b>Duygusal ifade</b>	8,50	8,97	8,59	0,971
<b>ÇUÖ toplam</b>	104,83	98,13	92,93	0,564
<b>Depresyon skoru</b>	6,17	7,83	7,68	0,636
<b>Anksiyete skoru</b>	9,00	8,77	7,82	0,391
<b>HAD</b>	15,17	16,60	15,50	0,711

<b>toplam</b>				
<b>Aile destek</b>	14,33	19,03	19,48	0,474
<b>Arkadaş destek</b>	11,33	15,67	16,75	0,194
<b>Özel insan destek</b>	19,50	16,07	16,45	0,628
<b>ÇASDÖ toplam</b>	43,50	50,77	52,73	0,413

Otizimli çocukların ebeveynlerinin aylık gelir durumuna göre herhangi bir ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmadı ( $p>0,05$ ). Vaka grubundaki ebeveynlerin aylık gelir durumuna göre ölçeklerin ortalamaları ve p değerleri Tablo 17’de verilmiştir.

**Tablo 17:** Vaka grubundaki ebeveynlerin aylık gelir durumuna göre ölçeklerin ortalamaları ve P değerleri

	<b>Gelir yok (n=6)</b>	<b>1300tl veya daha az (n=29)</b>	<b>1301- 4500tl (n=40)</b>	<b>4500tl ve üzeri (n=5)</b>	<b>P</b>
<b>Memnuniyet doyum</b>	29,83	31,83	33,80	34,20	0,693
<b>Fikir birliği</b>	39,50	39,21	44,95	48,80	0,257
<b>Bağlılık</b>	9,83	10,41	12,63	11,60	0,219
<b>Duygusal ifade</b>	8,67	8,34	8,87	9,80	0,561
<b>ÇUÖ toplam</b>	88,00	90,07	100,00	104,40	0,350
<b>Depresyon skoru</b>	10,83	8,17	6,98	5,80	0,253



<b>Anksiyete skoru</b>	9,33	8,69	7,87	7,60	0,910
<b>HAD toplam</b>	20,17	16,86	14,85	13,40	0,563
<b>Aile destek</b>	17,50	17,34	20,20	19,60	0,671
<b>Arkadaş destek</b>	18,33	15,17	15,45	21,40	0,264
<b>Özel insan destek</b>	15,50	14,69	17,75	18,80	0,401
<b>ÇASDÖ toplam</b>	51,33	47,21	53,20	59,80	0,348

Otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin aylık gelir durumu ile depresyon skoru ( $p=0,041$ ) ve HAD ölçeği toplam skoru ( $p=0,034$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Kontrol grubundaki ebeveynlerin aylık gelir durumuna göre ölçeklerin ortalamaları ve p değerleri Tablo 18’de verilmiştir.

**Tablo 18:** Kontrol grubundaki ebeveynlerin aylık gelir durumuna göre ölçeklerin ortalamaları ve P değerleri

	<b>Gelir yok (n=1)</b>	<b>1300tl veya daha az (n=9)</b>	<b>1301- 4500tl (n=40)</b>	<b>4500tl ve üzeri (n=40)</b>	<b>P</b>
<b>Memnuniyet doyum</b>	36,00	36,00	35,88	37,85	0,324
<b>Fikir birliği</b>	53,00	47,22	43,70	47,43	0,573
<b>Bağlılık</b>	16,00	12,11	12,35	12,97	0,698
<b>Duygusal ifade</b>	9,00	9,33	8,77	8,90	0,953

<b>ÇUÖ toplam</b>	114,00	104,67	100,63	107,58	0,555
<b>Depresyon skoru</b>	2,00	7,78	7,65	5,80	0,041
<b>Anksiyete skoru</b>	6,00	8,56	8,13	6,53	0,145
<b>HAD toplam</b>	8,00	16,33	15,77	12,32	0,034
<b>Aile destek</b>	28,00	21,56	22,42	23,65	0,386
<b>Arkadaş destek</b>	17,00	20,89	18,22	21,20	0,119
<b>Özel insan destek</b>	22,00	20,56	20,38	21,97	0,563
<b>ÇASDÖ toplam</b>	67,00	63,00	61,03	66,83	0,318

Kontrol grubundaki ebeveynlerin aylık gelir durumuna göre anlamlı ölçeklerin nerden kaynaklanğını anlamak için yaptığımız gruplandırma sonucu 4500 tl altı ve üzeri gelir durumuna göre olduğu anlaşıldı. Kontrol grubundaki ebeveynlerin gruplandırılmış aylık gelir durumuna göre ölçeklerin ortalamaları ve p değerleri Tablo 19’da verilmiştir.

**Tablo 19:** Kontrol grubundaki ebeveynlerin gruplandırılmış aylık gelir durumuna göre ölçeklerin ortalamaları ve P değerleri

	<b>4500tl altı (n=50)</b>	<b>4500tl ve üzeri (n=40)</b>	<b>P</b>
<b>Depresyon skoru</b>	7,56	5,80	0,021
<b>HAD</b>	15,72	12,32	0,012

<b>toplaml</b>			
----------------	--	--	--

Otizimli çocukların ebeveynlerinin yaşına göre ölçekler arasında anlamlı fark bulunup bulunmadığına ilişkin yapılan istatistiksel testler sonucu HAD ölçeği toplam skorunda ( $p=0,020$ ) ve anksiyete alt ölçeğinde ( $p=0,015$ ) anlamlı farka rastlandı. Yani ebeveynlerin yaşları arttıkça HAD skorlarında ve anksiyete skorlarında düşüşe rastlandı. Ebeveynlerin yaşı ile diğer ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmadı.

Otizimli çocukların ebeveynlerinin ölçek ortalamaları ile otizimli çocuğun kaçınıcı çocuk olduğu arasında istatistiksel olarak anlamlı farka rastlanmadı. Otizimli çocukların ebeveynlerinin ölçek ortalamaları ile otizimli çocuğun tanı yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı farka rastlanmadı. Otizimli çocukların ebeveynlerinin ölçek ortalamaları ile otizimli çocuğun yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunup bulunmadığına dair yapılan testlerde sadece anksiyete skoru arasında anlamlı farka rastlandı ( $p=0,014$ ). Vaka grubundaki değişkenler arasındaki korelasyon,  $r$  ve  $p$  değerleri Tablo 20 ve 21’de verilmiştir.

**Tablo 20:** Vaka grubundaki değişkenler arasında korelasyon,  $r$  değerleri

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
<b>(1)Yaş</b>		,435 **	,579 **	,167	-.062	,052	-.131	,012	,002	-.194	-.270 *	-.259 *	,072	-.071	,093	,017
<b>(2)Otiz mli çocuk yaşı</b>			,046	-.122	-.027	,047	-.186	-.017	,002	,024	-.001	,017	-.029	-.220 *	,007	-.138
<b>(3)Otiz mli çocuk tam yaşı</b>				,407 **	-.143	-.138	-.046	-.082	-.137	-.057	-.275* *	-.192	,033	-.010	-.017	,024
<b>(4)Otiz mli çocuk</b>					-.082	-.163	,059	,018	-.120	-.196	-.200	-.221 *	,057	,048	,057	,074

yaşı																
(5)Mem nuniyet doyum						,769 **	,727 **	,727 **	,913 **	- ,396 **	- ,146	- ,310 **	,396 **	,095	,538 **	,412 **
(6)Fikir birliği							,593 **	,687 **	,930 **	- ,440 **	- ,116	- ,316 **	,427 **	,130	,518 **	,428 **
(7)Bağlı lık								,686 **	,773 **	- ,466 **	- ,220 **	- ,375 **	,280 **	,215	,505 **	,416 **
(8)Duyg usal ifade									,788 **	- ,452 **	- ,173	- ,358 **	,304 **	,262 *	,565 **	,462 **
(9)ÇUÖ toplam										- ,472 **	- ,161	- ,357 **	,390 **	,134	,553 **	,435 **
(10)Dep resyon skor											,666 **	,915 **	- ,259 *	- ,035	- ,359 **	- ,243 *
(11)Ank siyete skor												,895 **	- ,212	,018	- ,101	- ,115
(12)HA D toplam													- ,246 *	- ,005	- ,257 *	- ,192
(13)Aile destek														,388 **	,667 **	,811 **
(14)Ark adaş destek															,539 **	,760 **
(15)Özel insan destek																,884 **
(16)ÇAS DÖ toplam																

\*p<0,05

\*\*p<0,01

**Tablo 21:** Vaka grubundaki bazı veriler ile ölçekler arasındaki P değerleri

	<b>Yaş</b>	<b>Otizimli kaçınıcı çocuk</b>	<b>Otizimli çocuk tanı yaşı</b>	<b>Otizimli çocuk yaşı</b>
<b>Memnuniyet doyum</b>	0,586	0,811	0,470	0,205
<b>Fikir birliği</b>	0,647	0,677	0,148	0,222
<b>Bağlılık</b>	0,246	0,098	0,604	0,685
<b>Duygusal ifade</b>	0,918	0,882	0,873	0,472
<b>ÇUÖ toplam</b>	0,988	0,985	0,291	0,227
<b>Depresyon skoru</b>	0,085	0,833	0,082	0,618
<b>Anksiyete skoru</b>	0,015	0,996	0,075	0,014
<b>HAD toplam</b>	0,020	0,879	0,049	0,088
<b>Aile destek</b>	0,524	0,797	0,618	0,768
<b>Arkadaş destek</b>	0,529	0,050	0,675	0,929
<b>Özel insan destek</b>	0,413	0,950	0,615	0,878
<b>ÇASDÖ toplam</b>	0,880	0,223	0,514	0,832

Otizimli çocukların ebeveynlerinin ÇUÖ puanları ile depresyon skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p=0,000$ ). Buna göre ebeveynlerin ÇUÖ puanları arttıkça depresyon skorları azalmakta olduğu görülmüştür.

Otizimli çocukların ebeveynlerinin ÇUÖ puanları ile anksiyete skorları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Otizimli çocukların ebeveynlerinin ÇUÖ puanları ile HAD ölçeği skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre ebeveynlerin ÇUÖ puanları arttıkça HAD ölçek skorlarının azaldığı görülmüştür. Vaka grubundaki ebeveynlerin evlilik uyumu ve anksiyete ilişkisi arasındaki r ve p değerleri Tablo 20 ve 22’de verilmiştir.

**Tablo 22:** Vaka grubundaki ebeveynlerin evlilik uyumu ile anksiyete ilişkisi arasındaki P değerleri

	<b>Depresyon skoru</b>	<b>Anksiyete skoru</b>	<b>HAD toplam</b>
<b>Memnuni yet doyum</b>	0,000	0,196	0,005
<b>Fikir birliği</b>	0,000	0,304	0,004
<b>Bağlılık</b>	0,000	0,050	0,001
<b>Duygusal ifade</b>	0,000	0,124	0,001
<b>ÇUÖ toplam</b>	0,000	0,153	0,001

Otizimli çocukların ebeveynlerinin ÇUÖ puanları ile aileden algılanan destek puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre aileden algılanan destek puanları arttıkça ÇUÖ puanları da artmakta olduğu görülmüştür.

Otizimli çocukların ebeveynlerinin ÇUÖ puanlarından sadece duygusal ifade alt ölçeği puanı ile arkadaştan algılanan destek puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre arkadaştan algılanan destek puanları arttıkça ÇUÖ’nin sadece duygusal ifade alt ölçek puanlarının arttığı görülmüştür.

Otizimli çocukların ebeveynlerinin ÇUÖ puanları ile özel insandan algılanan destek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre özel insandan algılanan destek puanları arttıkça ÇUÖ puanlarının arttığı görülmüştür.

Otizimli çocukların ebeveynlerinin ÇUÖ toplam puanları ile ÇASDÖ toplam puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre ÇASDÖ puanları arttıkça evlilik uyum puanlarının da arttığı görülmüştür. Vaka grubundaki ebeveynlerin evlilik uyumu ile sosyal destek ilişkisi arasındaki r ve p değerleri Tablo 20 ve 23'te verilmiştir.

**Tablo 23:** Vaka grubundaki ebeveynlerin evlilik uyumu ile sosyal destek ilişkisi arasındaki P değerleri

	<b>Aile destek skoru</b>	<b>Arkadaş destek skoru</b>	<b>Özel insan destek skoru</b>	<b>ÇASDÖ skoru</b>
<b>Memnuniyet doyumu</b>	0,000	0,402	0,000	0,000
<b>Fikir birliği</b>	0,000	0,252	0,000	0,000
<b>Bağlılık</b>	0,012	0,055	0,000	0,000
<b>Duygusal ifade</b>	0,006	0,019	0,000	0,000
<b>ÇUÖ toplam</b>	0,000	0,234	0,000	0,000

Otizimli çocukların ebeveynlerinin HAD ölçeği toplam ve depresyon alt ölçeği skorları ile aileden algılanan destek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p=0,05$ ). Anksiyete alt ölçek skorları ile aileden algılanan destek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Buna göre aileden algılanan destek puanları arttıkça HAD ölçeği toplam ve depresyon alt ölçeği skorlarının azaldığı görülmüştür.

Otizimli çocukların ebeveynlerinin HAD ölçeği ve alt ölçeklerinin skorları ile arkadaştan algılanan destek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Otizimli çocukların ebeveynlerinin HAD ölçeği toplam ve depresyon alt ölçeği skorları ile özel insandan algılanan destek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Anksiyete alt ölçek skorları ile özel insandan algılanan destek

puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Buna göre özel insandan algılanan destek puanları arttıkça HAD ölçeği toplam ve depresyon alt ölçeği skorlarının azaldığı görülmüştür.

Otizimli çocukların ebeveynlerinin HAD ölçeği toplam skorları ile ÇASDÖ toplam puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Vaka grubundaki ebeveynlerin anksiyete ile sosyal destek ilişkisi arasındaki r ve p değerleri Tablo 20 ve 24 'te verilmiştir.

**Tablo 24:** Vaka grubundaki ebeveynlerin anksiyete ile sosyal destek ilişkisi arasındaki P değerleri

	<b>Aile destek skoru</b>	<b>Arkadaş destek skoru</b>	<b>Özel insan destek skoru</b>	<b>ÇASDÖ skoru</b>
<b>Depresyon skoru</b>	0,020	0,757	0,001	0,030
<b>Anksiyete skoru</b>	0,059	0,872	0,374	0,310
<b>HAD toplam</b>	0,028	0,968	0,021	0,088

Otizim veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin yaşına göre ölçekler arasında anlamlı fark bulunup bulunmadığına ilişkin yapılan istatistiksel testler sonucu HAD ölçeği toplam skorunda, anksiyete ve depresyon alt ölçek skorlarında anlamlı farka rastlandı ( $p<0,05$ ). Bu durum vaka grubunda da benzerdi. Yaşa göre diğer ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farka rastlanmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubundaki ebeveynlerin yaşı ile ölçekler arasındaki r ve p değerleri Tablo 25 ve 26'da verilmiştir.



**Tablo 25:** Kontrol grubundaki değişkenler arasında korelasyon tablosu, r değerleri

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
(1)Yaş		,220*	,129	,041	,080	,142	-,270*	-,302*	-,346**	,123	,005	,155	,157
(2) Memnu niyet doyum			,689*	,615*	,552*	,841*	-,405*	-,229*	-,350**	,611*	,427*	,698*	,722*
(3) Fikir birliği				,562*	,729*	,933*	-,376*	-,226*	-,319**	,484*	,362*	,488*	,563*
(4) Bağlılık					,506*	,741*	-,361*	-,188	-,312**	,358*	,335*	,431*	,468*
(5) Duygusal ifade						,727*	-,339*	-,244*	-,332**	,298*	,307*	,372*	,439*
(6) ÇUÖ toplam							-,424*	-,211*	-,342**	,555*	,436*	,577*	,650*
(7) Depresyon skor								,466*	,856**	-,370*	-,359*	-,290*	-,389*
(8) Anksiyete skor									,837**	,000	-,116	-,207*	-,165
(9) HAD toplam										-,215*	-,254*	-,274*	-,310*
(10) Aile destek											,400*	,631*	,799*
(11) Arkadaş destek												,494*	,717*
(12) Özel insan destek													,889*

(13) ÇBASD toplam														
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*p<0,05 \*\*p<0,01

**Tablo 26:** Kontrol grubundaki yaş ile ölçekler arasındaki P değerleri

	Yaş
<b>Memnuniyet doyum</b>	0,038
<b>Fikir birliği</b>	0,224
<b>Bağlılık</b>	0,698
<b>Duygusal ifade</b>	0,451
<b>ÇUÖ toplam</b>	0,182
<b>Depresyon skoru</b>	0,010
<b>Anksiyete skoru</b>	0,004
<b>HAD toplam</b>	0,001
<b>Aile destek</b>	0,246
<b>Arkadaş destek</b>	0,964
<b>Özel insan destek</b>	0,145
<b>ÇASDÖ toplam</b>	0,139

Otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin ÇUÖ puanları ile depresyon skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p=0,000$ ). Buna göre ebeveynlerin ÇUÖ puanları arttıkça depresyon skorları azalmakta olduğu görülmüştür. Bu durum vaka grubunda da benzerdi.

Otizimli veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin çiftler uyum ölçeğinin bağlılık alt ölçeği dışındaki ölçek puanları ile anksiyete skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre ebeveynlerin ÇUÖ, memnuniyet doyum, fikir birliği ve duygusal ifade alt ölçekleri puanları arttıkça anksiyete skorlarının azaldığı görülmüştür.

Otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin ÇUÖ puanları ile HAD ölçeği skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre ebeveynlerin ÇUÖ puanları arttıkça HAD ölçek skorlarının azaldığı görülmüştür. Bu durum vaka grubunda da benzerdi. Kontrol grubundaki ebeveynlerin evlilik uyumu ile anksiyete ilişkisi arasındaki  $r$  ve  $p$  değerleri Tablo 25 ve 27’de verilmiştir.

**Tablo 27:** Kontrol grubundaki ebeveynlerin evlilik uyumu ile anksiyete ilişkisi arasındaki P değerleri

	<b>Depresyon skoru</b>	<b>Anksiyete skoru</b>	<b>HAD toplam</b>
<b>Memnuniyet doyum</b>	0,000	0,030	0,001
<b>Fikir birliği</b>	0,000	0,032	0,002
<b>Bağlılık</b>	0,000	0,075	0,003
<b>Duygusal ifade</b>	0,001	0,020	0,001
<b>ÇUÖ toplam</b>	0,000	0,046	0,001

Otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin ÇUÖ puanları ile aileden algılanan destek puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre aileden algılanan destek puanları arttıkça ÇUÖ puanları da artmakta olduğu görülmüştür. Bu durum vaka grubunda da benzerdi.

Otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin ÇUÖ puanları ile arkadaştan algılanan destek puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre arkadaştan algılanan destek puanları arttıkça ÇUÖ puanlarının da arttığı görülmüştür.

Otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin ÇUÖ puanları ile özel insandan algılanan destek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre özel insandan algılanan destek puanları arttıkça ÇUÖ puanlarının arttığı görülmüştür. Bu durum vaka grubunda da benzerdi.

Otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin ÇUÖ toplam puanları ile ÇASDÖ toplam puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre ÇASDÖ puanları arttıkça evlilik uyum puanlarının da arttığı görülmüştür. Bu durum vaka grubunda da benzerdi. Kontrol grubundaki ebeveynlerin evlilik uyumu ile sosyal destek ilişkisi arasındaki  $r$  ve  $p$  değerleri Tablo 25 ve 28’de verilmiştir.

**Tablo 28:** Kontrol grubundaki ebeveynlerin evlilik uyumu ile sosyal destek ilişkisi arasındaki P değerleri

	<b>Aile destek skoru</b>	<b>Arkadaş destek skoru</b>	<b>Özel insan destek skoru</b>	<b>ÇASDÖ skoru</b>
<b>Memnuniyet doyum</b>	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>Fikir birliği</b>	0,002	0,000	0,000	0,000
<b>Bağlılık</b>	0,001	0,001	0,000	0,000

<b>Duygusal ifade</b>	0,004	0,003	0,000	0,000
<b>ÇUÖ toplam</b>	0,000	0,000	0,000	0,000

Otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin HAD ölçeği toplam ve depresyon alt ölçeği skorları ile aileden algılanan destek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Anksiyete alt ölçek skorları ile aileden algılanan destek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Buna göre aileden algılanan destek puanları arttıkça HAD ölçeği toplam ve depresyon alt ölçeği skorlarının azaldığı görülmüştür. Bu durum vaka grubunda da benzerdi.

Otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin HAD ölçeği toplam ve depresyon alt ölçeği skorları ile arkadaştan algılanan destek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Anksiyete alt ölçek skorları ile arkadaştan algılanan destek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Buna göre arkadaştan algılanan destek puanları arttıkça HAD ölçeği toplam ve depresyon alt ölçeği skorlarının azaldığı görülmüştür.

Otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin HAD ölçeği toplam ve alt ölçekleri skorları ile özel insandan algılanan destek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p=0,05$ ).

Otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin HAD ölçeği toplam skorları ile ÇASDÖ toplam puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre ÇASDÖ toplam puanları arttıkça HAD ölçeği toplam skorlarının azaldığı görülmüştür.

Kontrol grubundaki ebeveynlerin anksiyete ile sosyal destek ilişkisi arasındaki r ve p değerleri Tablo 25 ve 29'da verilmiştir.

**Tablo 29:** Kontrol grubundaki ebeveynlerin anksiyete ile sosyal destek ilişkisi arasındaki P değerleri

	<b>Aile destek skoru</b>	<b>Arkadaş destek skoru</b>	<b>Özel insan destek skoru</b>	<b>ÇASDÖ skoru</b>
<b>Depresyon skoru</b>	0,000	0,001	0,006	0,000
<b>Anksiyete skoru</b>	0,997	0,275	0,050	0,121
<b>HAD toplam</b>	0,042	0,016	0,009	0,003



## 6.TARTIŞMA

Bu çalışmada otizmlı çocukların ebeveynlerinin evlilik uyumlarını, sosyal destek algılarını ve anksiyete düzeylerini çeşitli sosyodemografik özelliklerine ve kontrol grubuna göre değerlendirdik.

### 6.1. Sosyodemografik Bulgularla İlgili Değerlendirmeler

Çalışmaya katılan ebeveynlerin yaş ortalamaları vaka (36,52) ve kontrol (35,20) grubunda birbirine yakındı. Çalışmaya katılan ebeveynlerin %74,7 üniversite veya lise mezunu idi.Yani öğrenim durumu açısından ebeveynler orta-üst seviyede yığılma göstermekteydi. Çalışmamıza katılan otizmlı çocuk annelerinin %67,2 'si (n=37) herhangi bir işte çalışmamaktaydı. Bu durum bize otizmlı çocukların çoğunluğunun primer bakımvereninin anneleri olduğunu düşündürmektedir. Otizmlı çocukların %92,7' si (n=75) erkek, %6,3'ü kız cinsiyete sahipti. Otizmde cinsiyete göre görülme oranlarının ise erkek/kız olarak 5/1 olduğu bildirilmektedir (92). Çalışmamızda yeterince kız cinsiyete sahip otizmlı çocuk olmaması bizim otizmlı çocuğun cinsiyetine göre ebeveynler hakkında ölçek değerlendirmesi yapmamızı engellemiştir. Otizmlı çocukların %31,3'ünün (n=25) tanı yaşı 2, %30'unun (n=24) 3, %17,5'inin (n=14) 4, %15'inin (n=12) 5 idi. 1 çocuğa 6 yaşında, 1 çocuğa 7 yaşında, 3 çocuğa ise 8 yaşında tanı konulmuştu. Yani otizmlı çocukların %68,7'sine 3 yaş ve üzerinde tanı konulmuştu. Bu durum bize ebeveynlerin ve/veya aile sağlığı merkezlerindeki sağlık personelinin otizmin erken tanısı açısından alarm semptomları hakkında yeterince farkındalıklarının olmadığını düşündürmektedir. Sayan ve Durat (2007) yaptıkları çalışmada otizmin tanısının 24 aydan önce konulmasının zor olduğunu ancak 12-18 aylar arasındaki belirtilere dikkat edilmesi gerektiğini vurgulamışlardır (93).

### 6.2. Evlilik Uyumu ile İlgili Değerlendirmeler

Otizmlı çocukların ebeveynleri ile otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin evlilik uyumları kıyaslandığında ÇUÖ toplam puanlarında ve memnuniyet doyum alt ölçek puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Otizmlı çocukların ebeveynlerinin evlilik uyumu puanları

( $p=0,028$ ) ve memnuniyet doyum alt ölçek puanları ( $p=0,002$ ) daha düşük bulunmuştur.

Otizimli çocukların ebeveynlerinin cinsiyetine göre çiftler uyum ölçeği ile fikir birliği ve bağlılık alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre annelerin çiftler uyum ölçeğinden aldığı puanlar babalara göre daha düşüktü. Çalışmamıza katılan otizimli çocuk sahibi annelerin %67,2'si çalışmamaktaydı. Bundan dolayı otizimli çocuğa primer bakımverenin ve sorumluluğu üstlenenin anne olduğu gözönünde bulundurulursa eşlerin birlikte geçirdikleri kaliteli zamanı sorgulayan bağlılık alt ölçeğinden daha düşük puanlar alması beklenir bir durumdur. Ayrıca sorumluluğu annenin tek başına üstlenmesi, çocuğun gelişimini tek başına takip etmesi ve daha çok çaba harcaması bu durumdaki annelerin eşleriyle fikir birliği içerisinde olmasını güçleştiriyor olabilir. Dolayısıyla annelerin fikir birliği alt ölçeğinden babalara göre düşük puan almaları olası bir durumdur.

Otizimli çocukların ebeveynlerinin öğrenim durumlarına, aylık gelir durumlarına, çocuk sayısına, otizimli çocuğun cinsiyetine, çocuğun özel eğitim alma süresine, otizimli çocuğun yaşına ve otizimli çocuğun tanı yaşına göre evlilik uyumu puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamadı.

Otizimli çocukların ebeveynlerinin çocuğun bakımında kendilerine yardımcı birisi olanlar olmayanlara göre çiftler uyum ölçeği ile memnuniyet doyum ve duygusal ifade alt ölçek puanları daha düşük bulundu. Bu durum çocuğun bakımında kendilerine yardımcı birisi olan ebeveyn sayısının çok düşük olmasından ( $n=8$ ) kaynaklanıyor olabilir.

Evlilik uyumu ile ilgili literatür incelendiğinde, çalışmamızın bulgularını destekleyen ve desteklemeyen çalışmaların olduğu görülmüştür. Karpat'ın 2011 yılında yaptığı araştırmada Yaygın Gelişimsel Bozukluk tanılı çocuğun ebeveynlerin cinsiyetine, yaşına ve eğitim düzeyine göre evlilik uyumu puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür (28). Blacher ve ark. (94), Donovan (1988), Byrne ve Cuningham (1985), Trute (1990), Waisbren (1980) ve Kazak (1987) engelli çocuğa sahip olmanın evlilik ilişkisinde farklılaşmaya yol açmadığını gözlemişlerdir (95).



Özekes, Girli, Yurdakul, Sarısoy (2000) da, çalışmalarında engelli çocuğa sahip olmanın çiftlerin evlilik ilişkilerini olumsuz yönde etkilediğini belirten bir sonuca ulaşmamıştır. Kogel ve diğer. (1983), otizmlı çocuğa sahip anne-babaların evlilik uyumlarının normal çocukların annelerine çok yakın değerde bulunduğunu belirlemişlerdir. Cooke ve diğer. (1986) ile Martin (1975) ise, engelli çocuğu olan ailelerde çocuğun varlığının aileyi daha çok yakınlaştırdığını ve evliliği güçlendirdiğini gözlemlemişlerdir (95).

Rimmerman, Turkel ve Crossman (2003) çalışmalarında evlilik uyumunun annelerle babalar arasında anlamlı düzeyde farklılaşmadığını saptamışlardır (96).

Trute (1990), engelli çocuğu olan anne-babaların, normal çocuğu olan anne-babalara göre düşük seviyede fikir birliğine sahip olduğunu belirlemiştir (97).

Kazak ve Marvin (1984), çalışmaları sonucunda tüm ebeveynlerin evlilik doyumları arasında anlamlı farklılık bulamazken engelli çocuğa sahip anne-babaların çiftler uyum ölçeğinin duygusal ifade ve fikir birliği alt ölçeklerinden, normal gelişim gösteren çocukların anne-babalarına göre daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Bu nedenle ,engelli çocuğun gelişimsel ihtiyaçlarına ortak cevap verilmesi, ortak bir efor sarfedilmesi, sorumluluğun paylaşılmasından dolayı, evliliğin güçlendiği yolunda bir sonuca varmışlardır (69). Gündoğdu (1995), yapmış olduğu çalışmada, otistik çocukların anne-babalarının evlilik uyumuna ilişkin algılarının, normal çocuğa sahip anne babalara göre daha olumlu olduğunu gözlemiştir (98).

Rodrigue, Morgan ve Geffken'in (1990) otizmlı, down sendromlu ve normal gelişim gösteren çocuk sahibi anneler üzerinde yaptıkları çalışmalarında otizmlı çocuk sahibi annelerin evlilikten sağladıkları doyumun diğer grup annelerine göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (99).

Spanier ve Lewis (1980), ekonomik açıdan iyi durumda olmak, kadınların çalışma durumu ve statüleri ile evdeki yaşayan aile üyelerinin sayısı gibi sosyo-ekonomik faktörlerin evlilik uyumunu belirlediğini ifade etmiştir (100).

Çiftlerin gelir düzeyleri ile çift doyumunda arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığını belirten pek çok araştırma mevcuttur. Hatipoğlu (1993)'nin demografik bazı değişkenlerin evlilik doyumundaki rolünü araştırdığı çalışmasındaki; evlilik süresi, çocuk sayısı, gelir, mesleki durum değişkenlerinin evlilik doyumunun yordayıcısı olmadığı bulgusu, bu çalışmadaki gelir düzeyi değişkeninin evlilik doyumunun yordayıcıları olmadığı bulgusuyla tutarlıdır (101). White ve Keith (1990) araştırmalarında, sosyoekonomik statü ve evlilik kalitesi arasında bir ilişki bulmamıştır (102).

Bu araştırmaların esas amacı otizmlili çocuğa sahip olmanın evlilik uyumuna etkisini araştırma olmakla birlikte, otizmlili çocukların anne-babalarının cinsiyete göre evlilik uyumlarıyla ilgili kısıtlı sayıda çalışma yapıldığı, konuyla ilgili daha çok araştırma yapılabileceği söylenebilir.

Otizmlili çocukların ebeveynlerinin yaşlarına göre evlilik uyumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışmaya katılan ebeveynlerin orta düzeyde evlilik uyumuna sahip olmaları, evlilik uyumu ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir farklılığın çıkmama nedenlerinden biri olarak düşünülmektedir.

Araştırmalar, ailede engelli bir çocuğun olmasının stres verici ek bir unsur olduğunu ve bu durumun eşlerin evlilik uyumunu etkilediğini ifade etmektedirler. Top (2008), zihinsel engelli çocuğa sahip olmanın ailedeki evlilik yaşantısını etkileme durumunu incelediğinde, kişilerin %19,4'ünde karşılıklı suçlamalar olduğunu, %13'ünde aile içi şiddet yaşandığını, %18,5'inde aile içi çatışmaların çıktığını ve %53,7'sinde ise aile içi bağların kuvvetlendiğini saptamıştır (103).

Otizmlili çocukların ebeveynlerinin ÇUÖ puanları ile depresyon skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p=0,000$ ). Buna göre evlilik uyumu arttıkça depresyon skorları azalmaktaydı. ÇUÖ puanları ile anksiyete skorları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p=0,050$ ). Toplamda bakıldığında ÇUÖ puanları arttıkça HAD ölçeği skorlarının azaldığı görülmüştür. Bu bulgular kontrol grubunda da aşağı yukarı aynıydı. Yani çiftlerin evlilik uyumu arttıkça depresyon ve anksiyete skorlarının azaldığı görülmüştür. Konuyla ilgili

yayınlarımıza baktığımızda da bulgularımızla paralellik gösteren oldukça fazla sayıda yayın bulunmaktadır. Bookwala ve Jacobs (2004) evlilik doyumunun depresif duygudurum üzerinde anlamlı bir rolü olduğunu belirtmişlerdir (104). Kim (2012) tarafından, Koreli Amerikalılarla yapılan çalışmada da, özellikle kadınlarda evlilik uyumu ve depresyon arasında negatif ilişki olduğu görülmüştür (105). Whisman ve Uebelacker (2009) ise, evlilik anlaşmazlığı ve depresyon semptomları arasında hem kadınlarda hem de erkeklerde olmak üzere çift yönlü bir ilişki tespit etmişlerdir (106). Shahi, Ghaffari ve Ghasemi (2011) evlilik ilişkisinin kişilerin ruh sağlığını önemli derecede yordadığını ve bu ilişkinin en çok depresyon ve kaygı semptomlarıyla kendini ortaya koyduğunu göstermişlerdir (107). Filsinger ve Wilson (1983), eşlerin kaygı düzeyi yükseldikçe evlilik uyumu puanlarının düştüğünü göstermiştir (108).

### **6.3. Sosyal Destek Algıları ile İlgili Değerlendirmeler**

Otizmlili çocukların ebeveynleriyle otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin ÇASDÖ puanlarını kıyasladığımızda aileden algılanan destek ( $p=0,000$ ), arkadaştan algılanan destek ( $p=0,000$ ) ve özel insandan algılanan destek ( $p=0,000$ ) olmak üzere tüm alt ölçeklerde anlamlılık görülmüştür. Yani otizmlili çocukların ebeveynlerinin çevrelerinden gördükleri sosyal destek daha azdı. Bununla ilgili yapılan araştırmalara baktığımızda bulgularımıza paralel yönde sonuçlar görmekteyiz. Monters ve Haltman (2010), otizmlili bir çocuğu olan annelerin normal popülasyona göre sosyal desteğini ve çocuğun yetersizliğinin aileye yansımalarını incelediği araştırmasında, 364 anne ile görüşmüştür. Araştırmanın sonuçlarına göre, otizmlili çocuğu olan annelerin normal popülasyona göre stres seviyelerinin daha fazla olduğu ve daha düşük seviyede sosyal destekleri olduğu bulunmuştur (28).

Otizmlili çocukların ebeveynlerinin yaşlarına göre sosyal destek algıları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışmaya katılan ebeveynlerin orta düzeyde sosyal destek algısına sahip olmaları bunda etkili olmuş olabilir.

Otizmlili çocukların ebeveynlerinin cinsiyetlerine göre aileden algılanan sosyal destek puanları arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Şahin (1999)

toplumsallaşmadaki farklılıklar nedeniyle kadınların, sosyal açıdan destekleyici ilişkileri daha kolay kurup sürdürebildiğini, erkeklere göre farklı toplumsallaştırılan kadınların bu nedenle, hem başkalarına daha çok destek verdikleri hem de başkalarından daha çok destek aldıklarını ileri sürmektedir (109). Bu sonuçlardan farklı olarak Kahriman ve Bayat (2008) ise, annelerin babalara göre daha az sosyal destek algıladıklarını ve bunun özellikle aile alt başlığında belirginleştiğini belirtmişlerdir (110).

Otizmlili çocukların ebeveynlerinin öğrenim durumlarına, aylık gelirlerine, çocuk sayılarına, otizmlili çocuğun yaşına, tanı yaşına ve özel eğitim alma süresine göre sosyal destek algıları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Aileden algılanan sosyal destek alt ölçeğinin puanı ile evlilik uyumu puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre aileden algılanan sosyal destek puanı arttıkça çift uyum ölçeğinin alt ölçeklerinden alınan puanlar da artmaktadır. Yurdakul ve Girli'nin (1999) yaptıkları araştırmaya göre engelli çocuğa sahip anne ve babaların sosyal destek algısını, engelli çocuğu olmayan anne-babalara göre daha dar bulunmuştur. Analizler sonucunda, engelli çocuğu olan ebeveynlerin birinci derecede kendi ailelerinden destek aldıkları ve arkadaş desteğinin az olduğu saptanmıştır (111). Karadağ (2009), engelli çocuğa sahip olan annelerin %45,3'ünün çevrelerinden sosyal destek görmediklerini saptamıştır (112).

Sencar (2007) da, otistik çocuğa sahip anne-babaların ilk sırada destek aldıkları kimsenin bulunmadığını, ikinci sıra ise eşlerinden destek aldıklarını bulmuştur (18).

Arkadaşlardan algılanan sosyal destek alt ölçeğinin puanı ile sadece duygusal ifade alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre arkadaşlardan algılanan sosyal destek alt ölçeğinden alınan puan arttıkça duygusal ifade alt ölçeğinden alınan puanlar da artmaktadır.

Özel insandan algılanan sosyal destek puanı ile çiftler uyum ölçeği ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Yapılan analizler sonucunda ebeveynlerin özel insandan algıladıkları

sosyal destek arttıkça, evlilik uyumunun arttığı söylenebilir. Böylece, araştırma verilerinin tutarlılık gösterdiği ortaya çıkmaktadır. Çiftlerin uyumlu olması, sosyal destek algılarının da özel insan olmasına sebep olmaktadır. Analiz sonuçlarında “özel insan” alt kategorisinin göze çarptığı saptanmıştır. Çalışma grubu göz önüne alındığında bu durumun anlamlı olduğu görülmektedir. “Özel bir insan” ailenin ve arkadaşların dışında olan kişi (örneğin; flört, nişanlı, akraba, komşu, psikolog, doktor) olarak tanımlanmıştır.

#### **6.4. Anksiyete Düzeyleri ile İlgili Değerlendirmeler**

Otizmlili çocukların ebeveynleri ile otizm veya herhangi bir kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin anksiyete düzeyleri kıyaslandığında HAD ölçeğinin anksiyete alt ölçek puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ). Ayrıca depresyon alt ölçeğinde de gruplar arasında anlamlı farklılık görülmedi ( $p>0,05$ ).

Otizmlili çocukların ebeveynlerinin cinsiyetine göre depresyon ( $p=0,000$ ) ve anksiyete ( $p=0,009$ ) skorlarında anlamlı farklılığa rastlandı. Buna göre annelerin depresyon ve anksiyete skorları babalara göre daha yüksekti. Kontrol grubunda da annelerin babalara göre anksiyete skorları daha yüksek bulundu ( $p=0,030$ ). Bu durum da muhtemelen ülkemizdeki kültürel yapının bir sonucu olarak görülebilir. Genelde babalar çalışıp ailenin maddi ihtiyaçlarını karşılarken, anneler daha çok evde çocukları ile kalmakta, kendilerine özel vakit ayıramamakta ve tüm gün çocukların bakımını üstlenmek zorunda kalmaktadır. Ayrıca babaların daha fazla iş ortamında bulunup ev dışında farklı uğraşlarının olması stres düzeylerini azaltmaya katkıda bulunmaktadır.

Otizmlili çocukların ebeveynlerinin çocuk sayısına göre HAD toplam ( $p=0,040$ ) ve depresyon ( $p=0,029$ ) skorlarında anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre tek çocuk sahibi ebeveynlerin HAD toplam ve depresyon skorları daha düşüktü. Tek çocuk sahibi ebeveynlerin anksiyete skorları da istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte düşüktü. Ailede özel gereksinimli çocuk olduğunda birden fazla çocuğa sahip olmak ebeveynlerin ruhsal durumları açısından dezavantajlı gibi görünmektedir.

Otizmlili çocukların ebeveynlerinin yaşına göre HAD toplam skorunda ( $p=0,020$ )

ve anksiyete skorunda ( $p=0,015$ ) anlamlı farka rastlandı. Ebeveynlerin yaşları arttıkça anksiyete skorlarının azaldığı görüldü. Yıllar geçtikçe ebeveynlerin özel ihtiyaçları olan bu çocuklara uyumları artıyor olabilir. Kontrol grubunda ise ebeveynlerin yaşına göre HAD toplam ( $p=0,001$ ), depresyon ( $p=0,010$ ) ve anksiyete ( $p=0,004$ ) skorlarında anlamlı farklılık gözlemlendi. Zamanla insanların hayata bakış açısındaki değişiklikler, evliliklerinin ve kişiliklerinin olgunlaşması anksiyete ve depresyon düzeylerinde düşüşe sebep oluyor olabilir.

Otizmlili çocukların ebeveynlerinin öğrenim durumlarına, aylık gelirlerine, çocuğun özel eğitim alma süresine, çocuğun bakımında yardımcı herhangi biri olup olmasına, otizmlili çocuğun kaçınıcı çocuk olduğuna, otizmlili çocuğun tanı yaşına göre HAD ölçeği toplam ve depresyon anksiyete alt ölçek skorlarında anlamlı bir farklılık görülmedi.

Otizmlili çocuğun yaşına göre ebeveynlerin anksiyete skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p=0,014$ ). Buna göre otizmlili çocuğun yaşı arttıkça ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Çocuğun yaşının artmasıyla birlikte ebeveynlerin farklı özellikler gösteren bu çocuklarını daha yakından tanımaları, onlarla kurdukları iletişim ve bağın artması, ihtiyaçlarını giderme noktasında daha tecrübeli olmaları anksiyete düzeylerinde azalmayı getiriyor olabilir.

Otizmlili çocukların ebeveynlerinin HAD ölçeği toplam ve depresyon alt ölçeği skorları ile aileden algılanan destek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre aileden algılanan destek puanları arttıkça HAD toplam ve depresyon alt ölçeği skorlarının azaldığı görülmüştür. Anksiyete alt ölçeği skorları ile ÇASDÖ'nin herhangi bir alt ölçeği skorları arasında anlamlı ilişki bulunamadı. HAD ölçeği toplam ve depresyon alt ölçeği skorları ile özel insandan algılanan destek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre özel insandan algılanan destek puanları arttıkça HAD ölçeği toplam ve depresyon alt ölçeği skorlarının azaldığı görülmüştür.

Konuyla ilgili literatüre bakıldığında Omar ve ark. (2016) bizim çalışmamızın bulgularına benzer olarak yaptıkları çalışmada otizmlili çocukların ebeveynlerinin anksiyete skorlarının normal gelişim gösteren çocukların

ebeveynlerininkinden daha yüksek olduğunu ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmediğini bulmuşlardır (113). Yine aynı çalışmanın sonucunda otizmli çocukların ebeveynleri ile normal gelişim gösteren çocukların ebeveynlerinin depresyon skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür. Ayrıca ebeveynin cinsiyetine göre depresyon ve anksiyete skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığa rastlamışlardır. Buna göre annelerin babalara göre depresyon ve anksiyete skorlarının çok daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Akkaş ve Coşkun (2009) engelli çocuğa sahip olan annelerin sürekli kaygı düzeylerinin yüksek olduğu, sosyal destek düzeyiyle sürekli kaygı düzeyleri arasında ters ilişkinin olduğunu saptamışlardır (86). Yurdakul ve Girli (1998) bizim çalışmamızla paralel olarak yaptıkları çalışmada algılanan sosyal destekten memnuniyet derecesi ile depresyon puanları arasında negatif bir ilişki saptamıştır (114).

## 7.SONUÇ VE GENEL ÖNERİLER

1. Otizmlı çocukların ebeveynlerinin evlilik uyumu puanları ve memnuniyet doyum alt ölçek puanları kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
2. Otizmlı çocuk annelerinin ÇUÖ ile fikir birliği ve bağlılık alt ölçeklerinden aldıkları puanlar babalara göre daha düşüktü ( $p<0,05$ ).
3. Otizmlı çocukların ebeveynlerinin çocuğun bakımında kendilerine yardımcı birisi olanlar olmayanlara göre ÇUÖ ile memnuniyet doyum ve duygusal ifade alt ölçek puanları daha düşük bulundu ( $p<0,05$ ).
4. Otizmlı çocukların ebeveynlerinin ÇUÖ puanları arttıkça depresyon skorları azalmaktaydı ( $p<0,05$ ).
5. Otizmlı çocukların ebeveynlerinin ÇBASDÖ puanları kontrol grubuna göre daha düşüktü ( $p<0,05$ ).
6. Otizmlı çocukların ebeveynlerinin aileden algılanan sosyal destek puanları arttıkça evlilik uyumu puanları da artmaktadır ( $p<0,05$ ).
7. Otizmlı çocukların ebeveynlerinin arkadaşlardan algılanan sosyal destek alt ölçeğinden aldıkları puan arttıkça duygusal ifade alt ölçeğinden aldıkları puanlar da artmaktadır ( $p<0,05$ ).
8. Otizmlı çocukların ebeveynlerinin özel insandan algıladıkları sosyal destek arttıkça evlilik uyumları da artmaktadır ( $p<0,05$ ).
9. Otizmlı çocukların ebeveynleri ile kontrol grubunun anksiyete ve depresyon skorları arasında anlamlı farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ).
10. Otizmlı çocuk annelerinin depresyon ve anksiyete skorları babalara göre daha yüksek bulundu ( $p<0,05$ ).
11. Tek çocuğu olan otizmlı çocuk ebeveynlerinin depresyon skorları 2 ve üzerinde çocuk sahibi olanlara göre daha düşüktü ( $p<0,05$ ). Ayrıca anksiyete skorları da istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte düşüktü.
12. Otizmlı çocukların ebeveynlerinin yaşları arttıkça anksiyete skorlarının azaldığı görülmüştür ( $p<0,05$ ).
13. Otizmlı çocuğun yaşı arttıkça ebeveynlerin anksiyete skorlarının azaldığı görülmüştür ( $p<0,05$ ).
14. Otizmlı çocukların ebeveynlerinin aileden algıladıkları destek puanları arttıkça HAD toplam ve depresyon skorlarının azaldığı görülmüştür ( $p<0,05$ ).



15. Otizmlı çocukların ebeveynlerinin özel insandan algıladıkları destek puanları arttıkça HAD toplam ve depresyon skorlarının azaldığı görülmüştür ( $p<0,05$ ).

Araştırmada elde edilen bulgulara dayanılarak, aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

1. Otizmlı çocukların ebeveynlerinin, evlilik uyumları, sosyal destek algıları ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi için, daha büyük örneklem gruplarıyla araştırmalar yapılmasına ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.
2. Bu araştırmada otizmlı çocukların otizmden etkilenme dereceleri belirlenmemiştir (ağır, orta, hafif). Bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda otizmin derecesi de araştırmaya katılarak incelenebilir.
3. Çalışmaya katılan ebeveynlerin sosyo-ekonomik düzeylerinin orta kesimde yığıldığı, eğitim düzeylerinin ise daha çok lise ve üniversite mezunu ebeveynleri kapsadığı görülmüştür. Yeni yapılacak olan çalışmalarda örneklem seçiminde bu hususa dikkat edilebilir.
4. Çalışmamızda kadınların oranı erkeklere göre fazlaydı. Yeni yapılacak çalışmalarda kadın erkek sayısının birbirine yakın olması önerilmektedir.
5. Otizmlı çocukların tanılarının daha erken konması için ebeveynlere ve birinci basamaktaki sağlık personeline yönelik farkındalık çalışmaları yapılabilir.
6. Otizmlı çocukların ebeveynlerinin otizmlı çocuğun beraberinde getirdiği zorluklara alışıp kendilerini uygun hissettikleri anda yeni çocuk sahibi olmaları yönünde aile planlaması hizmetlerini almaları sağlanmalıdır.
7. Otizmlı çocuğun tanı tedavi sürecinde birinci basamakta çalışan sağlık personeli, çocuk psikiyatristleri, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde çalışan öğretmenler, psikologlar, aile ve sosyal politikalar bakanlık personelleri ve sosyal hizmetlerden sorumlu personellerin özverili bir şekilde çalışarak ebeveynlere maddi ve manevi karşılaşılabilecekleri zorluklarda destek olmaları gerekmektedir.
8. Ayrıca son yıllardaki otizm hakkındaki yüz güldürücü, toplumun

farkındalığını artıran güzel çalışmaların hız kesmeden devam etmesi gerekmektedir.



## 8.KAYNAKLAR

1. Varol N. Aile Eğitimi. Pp. 155-156. Kök Yayıncılık, Ankara, Türkiye, 2005.
2. Top F. Otistik Çocuğa Sahip Ailelerin Yaşadıkları Sorunlar ile Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. Niteliksel Araştırma Çocuk Dergisi. 2009; 9(1): 34-42.
3. Wing L. Otizm El Rehberi. Çeviri: Semra Kunt, pp. 85-87. İstanbul, Tohum Türkiye Otizm Erken Tanı ve Eğitim Vakfı, 2005.
4. Kavak S. Algılanan Aile Yakınları Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi ve 0–8 Yaş Arası Engelli Çocuğu Olan Annelerin Yakınlarından Aldığı Desteği Algılamaları. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2007.
5. Breslau N, Davis GC. Chronic stress and major depression. *Arc. Gen. Psychiatry.* 1986; 43: 309-314.
6. Bristol M, Gallagher JJ, Schopler E. Mothers and fathers of young developmentally disabled and nondisabled boys: adaptation and spousal support. *Developmental Psychology.* 1988; 24(3): 441–451.
7. Floyd FJ, Zmich DE. Marriage and the parenting partnership: Perceptions and interactions of parents with mentally retarded and typically developing children. *Child Development.* 1991; 62(6): 1434-1448.
8. Friedrich WN, Friedrich WL. Psychosocial assets of parents of handicapped and nonhandicapped children. *American Journal of Mental Deficiency.* 1981; 85:551–553.
9. Özsoy Y, Özyürek M, Eripek S. Özel Eğitime Giriş (9. Baskı). pp. 52-54. Karatepe Yayınları, Ankara, 1998.
10. Özgüven İE. Evlilik ve Aile Terapisi. pp. 62-66. PDREM Yayınları, Ankara, 2000.
11. Frey KS, Greenberg MT, Fewell R. Stress and coping among parents of handicapped children: a multidimensional approach. *American Journal on Mental Retardation,*1989; 94 (3): 240-249.

12. Tohum Otizm Erken Tanı ve Eğitim Vakfı. Otizm Spektrum Bozukluğunda Eğitim, Terapi ve Tedavi Yöntemleri. pp. 124-128, Tohum Otizm Erken Tanı ve Eğitim Vakfı, İstanbul, 2014
13. Spanier, GB. Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similiar dyads. *Journal of Marriage and The Family*, 1976;38, 15-28.
14. Tükel R, Alkın T. Anksiyete Bozuklukları. 1. Baskı. pp. 85-87, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, İstanbul, 2006.
15. Kaner S. Aile Destek Ölçeği: Faktör Yapısı, Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışmaları. 11. Ulusal Özel Eğitim Kongresi Bildirileri. 2010: 33-48
16. Shopler E, Mesibov G. The effects of autism on the family. pp. 155-159, Plenum Press, New York, 1984.
17. Borazancı S, Persson S. AQ Otistik Zeka ve Seviyeleri Otizm. pp. 35-37, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 2000.
18. Sencar B. Otistik çocuğa sahip ailelerin algıladıkları sosyal destek ve stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir 2010.
19. Korkmaz B. Farklı Gelişen Çocuklar. pp. 88-91. Epsilon Yayınevi, İstanbul 2003.
20. Özusta Ş. Otizm: Tanı ve Ayrıcı Tanı. In Ekşi A (editör). Ben Hasta Değilim, Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1999; 259-69.
21. Atasoy S. Yüksek fonksiyonlu otistik çocuklarda çeşitli bilgisel özellikler arasındaki ilişkilerin incenemesi. Ege Üniversitesi, Doktora Tezi, İzmir 2008.
22. Wing L. Autistic Spectrum Disorders. *British Medical Journal*, pp. 312, 327-328, London, 1996.
23. Baron-Cohen S, Scott FJ, Allison C. Prevalance of Autism-Spectrum Conditions: UK School-Based Population Study. *The British Journal of Psychiatry*. 2009;194, 500-509

24. Darıca N, Gümüşçü Ş, Abidoğlu Ü. Otizm ve Otistik Çocuklar. pp. 130-135, Özgür Yayınları, İstanbul, 2000.
25. Whitman TL. The Development of Autism; A Self Regulatory Perspective. pp. 44-48. London: Jessica Kingsley Publishers, 2004.
26. Tsai L. Recent Neurobiological Findings in Autism. Diagnosis and Treatment of Autism, pp.83–104, NY: Plenum Press, 1989.
27. Baron-Cohen S. Bolton P. Autism: The Facts. pp. 222-226, Oxford University Press, Oxford, 2003.
28. Karpaz D. Yaygın Gelişimsel Bozukluk Tanısı Alan Çocukların Ebeveynlerinin Yaşadığı Yas Tepkilerinin, Evlilik Uyumlarının ve Sosyal Destek Algılarının İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir 2011.
29. Yavaş İ. Otistik Bozukluk. Psikiyatri temel kitabı, C Güleç, E Köroğlu (Ed), Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 1998;1079-1098.
30. Gülerce A. Türkiye’de Ailenin Psikolojik Örüntüleri. pp. 69-73, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, İstanbul, 1996.
31. Gökmen A. Evli Eşlerin Birbirine Yönelik Kontrolçülük ve Bağımlılık Algılarının Evlilik Doyumu Üzerindeki Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2001.
32. Binici Azizoğlu S. Psikolojik Yardım İçin Başvuruda Bulunan ve Bulunmayan Evli Çiftlerin Evlilik İlişkilerini Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara 2000.
33. Hendrick SS, Dicke A, Hendrick C. The relationship assessment scale. Journal of Social and Personal Relationships, 1998;15(1),137-142.
34. Glenn ND. Çuantative research on marital quality in the 1980s: A critical review. Journal of Marriage and the Family, 1990;52, 818-831.
35. Tezer E. Evli Eşler Arasındaki Çatışma Davranışları Algılama ve Doyum. Hacettepe Üniversitesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara

1986

36. Russel B. Evlilik ve Ahlak. (V. Eranus Çev.). pp. 125-129. Say Yayınları. İstanbul,1983
37. Dyer MG. In-Depth Understanding: A Computer Model of Integrate d Processing for Narrativ e Comprehension. pp. 77-79, MIT Press. Cambridge, MA. 1983.
38. Hoult D, Fay J, Forney L. A theory of plume rise compared with field observations. J Air Pollut Control Assoc. 1969;19: 585–590
39. AS Gurman. Couples' facilitative communication skill as a dimension of marital therapy outcome. Journal of Marital and Family Therapy. pp. 122-127, Wiley Online Library, 1957.
40. Şener A, Terzioğlu G. Arkadaşlık İlişkilerinin Evlilik Uyumu Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar Dergisi. 2008;221-225.
41. Robinson IE, Blanton PW. Marital strengths in enduring marriages. Family Relations. 1993;42, 38-45.
42. Johnson DR, Amoloza TO, Booth A. Stability and developmental change in marital quality: A three-wave panel analysis. Journal of Marriage & the Family. 1992;54, 582-594.
43. Erbek E, Beştepe E, Hülya Erada mlar N, Alpkan, RL. Evlilik Uyumu. Düşünen Adam. 2005;18(1), 39-47.
44. Yılmaz A. Eşler Arasındaki Uyum: Kuramsal Yaklaşımlar ve Görgül Çalışmalar. Aile ve Toplum Dergisi. 2001;49-58.
45. McClure S. A Road to Somewhere for Parents of Severely Handicapped Children. The Pointer. 1984;29(1):32-38.
46. Mc Cubin HI. Marital and Family Satisfaction Families: What Makes Them Work. Updated Edition. pp. 131-136, Sage Publition, London, 1990.
47. Janicki DL, Kamarck TW, Shiffman S, Gwaltney CJ. Application of

ecological momentary assessment to the study of marital adjustment and social interactions during daily life. *J Fam Psychol* 2006;20:168–72.

48. Kışlak T, Çabukça F. Empati ve Demografik Değişkenlerin Evlilik Uyumu İle İlişkisi. *Aile ve Toplum, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Dergisi*. 2002;2(5):35-42.
49. Küçüker S. Ana Babaya Bağlanma Ölçeği: Türk Üniversite Öğrencilerinde Psikometrik Özelliklerin Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006;17(2):1-10.
50. Köksal G, Kabasakal Z. Zihinsel Engelli Çocukları Olan Ebeveynlerin Yaşamlarında Algıladıkları Stresi Yordayan Faktörlerin İncelenmesi. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2012;(32):71-91.
51. Bahar A, Bahar G, Savaş HA, Parlar S. Engelli Çocukların Annelerinin Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2009;4(11):97-112.
52. Aysan F, Özben Ş. Engelli Çocuğu Olan Anne Babaların Yaşam Kalitelerine İlişkin Değişkenlerin İncelenmesi. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2007;22:1-6.
53. Natan K. Zihinsel Engelli Çocuğu Olan ve Olmayan Annelerin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri. *Maltepe Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2007*.
54. Karaçengel F. Zihinsel engelli çocuğa sahip anneler ile sağlıklı çocuğa sahip annelerin atılganlık ve suçluluk-utanç düzeyleri açısından karşılaştırılması. *Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2007*.
55. Danış Z. Davranış Bilimlerinde Ekolojik Sistem Yaklaşımı. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*. 2006;39:45-53.
56. Çürük N. Ankara İl Merkezi'nde Bulunan Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı İş Okullarında 1. ve 4. sınıfa devam eden zihinsel engelli çocukların annelerinin kaygı ve sosyal destek düzeylerinin karşılaştıkları

problemlere göre incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2008.

57. Mutlu A, Akmeşe P, Günel M. Değişik Özur Seviyesindeki Serebral Palsili Çocukların Annelerinin Depresyon Düzeyleri Farklı Mıdır? Yeni Tıp Dergisi. 2010;27:87-92.
58. Zucman E. Childhood Disability in the Family: Recognizing The Added Handicap. World Rehabilitation Fund, Inc, New York, 1982.
59. Yıldırım C. "Bilimin Öncüleri". pp. 232-236.TÜBİTAK, Ankara, 1998
60. House JS, Kahn RL, McLeod JD, Williams DC, Sheldon (Ed), Syme SL(Ed). Measures and concepts of social support. Social support and health. San Diego Academic Press. 1985;83-108.
61. Cohen S, Wills TA. Stress, Social Support, And The Buffering Hypothesis. Psychol. Bull. 1985;98:310-57.
62. Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı (22. Baskı). İstanbul: Özgür Yayınları. 1998;111-116.
63. Whirter J, Acar N. Çocukla İletişim. pp. 251-256.M.E.B. Eğitim Dizisi. İstanbul,1998.
64. Akkök F. Farklı özelliğe sahip çocuk aileleri ve ailelerle yapılan çalışmalar. A. Ataman (Ed.),Özel eğitime giriş. Ankara: Gündüz Eğitim ve Yayıncılık. 2003;121-142.
65. Kaner S. Engelli Çocuğu olan Anababaların Algıladıkları Stres, Sosyal Destek ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. pp. 266-270, Ankara Üniversitesi Bilimsel Arastırma Projesi Kesin Raporu, Ankara, 2004.
66. Çakır Y, Palabıyıkoglu R. Gençlerde Sosyal Destek-Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. Ankara Üniversitesi Kriz Dergisi. 1997;5(1), 15-24.
67. Eker D, Arkan H, Yaldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi; 2001;12(1):17-25.
68. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR, Assesing social



support the social support questionnaire *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983;44(1):127-139.

69. Kazak AE, Marvin RS. Differences, difficulties and adoption: Stress and social networks in families with handicapped child. *Family Relations*. 1984;33:67-77.
70. Dunst CJ, Trivette CM. Mediating influences of social support: personal, family, and child outcomes. *American Journal of Mental Deficiency*. 1986;90(4):403-417.
71. Fenichel O. Nevrozların Psikoanalitik Teorisi (Çev: Tuncer S). İzmir. Ege Üniversitesi Matbaası. 1974;37-40.
72. Arkonaç O. Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü. 1. Baskı. pp. 87-88, Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 1999.
73. Eşel E. Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2003;13:78-87.
74. Bretherton I. The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*. 1992;28:759-775.
75. Preter M, Klein DF. Panic, Suffocation False Alarms, Separation Anxiety and Endogenous Opioids. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2008;32(3):603-612.
76. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. pp. 222-226. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
77. Sungur MZ. Fobik Bozukluklar. *Psikiyatri Dünyası*. 1997;1:5-11.
78. Dilbaz N. Sosyal Fobi. *Psikiyatri Dünyası*. 1997;1:18-24.
79. Sungur MZ, Özgüven HD. Sosyal Fobi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1998;9(2): 128-138.
80. Hendrix ML. Understanding Panic Disorder. *National Inst. Of Mental Health*. 1993;114-116.
81. Ersoy F, Edirne T, Oğuz TF. Birinci Basamakta Anksiyete Bozuklukları-2. *STED*. 2003;12(9):326- 327.

82. Uğuz Ş, Toros F, İnanç BY, Çolakkadıoğlu O. Zihinsel ve/veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. Klinik Psikiyatri. 2004;7:42-47.
83. Doğru-Yıldırım SS, Turcan AI, Aslan E, Doğru S. Çocukların resimlerdeki aileyi tanımlama durumlarının değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2006;15:223-235.
84. Toros F. Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon, evlilik uyumunun ve çocuğu algılama şeklinin değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi. 2002;3(2):45-52.
85. Şengül ST, Baykan HT. Zihinsel Engelli Çocukların Annelerinde Depresyon, Anksiyete ve Stresle Başa Çıkma Tutumları. Kocatepe Tıp Dergisi. 2013;14(1):30.
86. Coşkun Y, Akkaş G. Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD). 2009;10(1):213-227.
87. Fışıloğlu H. Lisans üstü öğrencilerin evlilik uyumu. Türk Psikoloji Dergisi. 1992;7:16-23.
88. Fışıloğlu H, Demir A. Applicability of the dyadic adjustment scale for measurement of marital quality of Turkish couples. European Journal of Psychological Assessment. 2000;16(3):214-218.
89. Eker D, Arkan H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001;12(1):17-25.
90. Zigmond AS, Philip RS. "The hospital anxiety and depression scale." Acta psychiatrica scandinavica. 1983; 67(6):361-370.
91. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 1997;8(4):280-7.
92. A Parent's Handbook: Your Guide to Autism Programs. British Columbia, London. 2013.

93. Sayan A, Durat G. Risk tanılaması yoluyla otizmin erken teşhisi: Hemşirenin rolü. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007;10:105-113.
94. Blanche J, Nihira K, Meyers CE. "Characteristics of Home Environment of Families- With Mentally Retarded Children; Comparison, Across Levels of Retardation". American Journal of Mental Deficiency. 1987;91:313.
95. Sarısoy M. Otistik ve Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Evlilik Uyumları. Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir 2000.
96. Rimmerman A, Turkel L, Crossman R. Perception of Child Development, Child-Related Stress and Dyadic Adjustment: Pair Analysis of Married Couples of Young Children With Developmental Disabilities. Journal of Intellectual & Developmental Disability. 2003;28(2):188-195.
97. Trute B. Child and parent predictors of family adjustment in households containing young developmentally disabled children. Family Relations. 1990;292-297.
98. Gündoğdu FB. Otistik ve Normal Çocuğu Olan Ana-Babaların Evlilik Uyumlarnı Algılamaları ve Bazı Değişkenler Bakımından Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara 1995.
99. Rodrigue JR, Morgan SB, Geffken G. Families of autistic children: Psychological functioning of mothers. Journal of clinical child psychology. 1990;19(4):371-379.
100. Spanier GB, Lewis RA. Marital quality: A review of the seventies. Journal of Marriage and the Family. 1980;825-839.
101. Hatipoğlu Z. The role of certain demographic variables and marital conflict in marital satisfaction of husbands and wives. Ankara Orta doğu Teknik Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara 1993.
102. White LK, Bruce. "The Effect of Shift Work on the Quality and

Stability of Marital Relations”, *Journal of Marriage&The Family*. 1990; 52(2):102-105.

103. Top F. Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Yaşadığı Sorunların İncelenmesi. *Öz-Veri Dergisi*. 2008;1279-1292.
104. Bookwala J, Jacobs J. Marital process and depressed affect. *The Gerontologist* 2004; 44(3): 328-338
105. Kim E. Marital adjustment and depressive symptoms in Korean Americans. *Issues in Mental Health Nursing*. 2012;33(6):370-376.
106. Whisman MA, Uebelacker LA. Prospective associations between marital discord and depressive symptoms in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*. 2009;24 (1):184–189.
107. Shahi A, Ghaffari I, Ghasemi K. Relationship between mental health and marital satisfaction. *Behood*. 2011;15(2):119-126.
108. Filsinger EE, Wilson MR. Social anxiety and marital adjustment. *Family Relations*. 1983;32:513-519.
109. Şahin FY. Grupla iletişim becerileri eğitiminin üniversite öğrencilerinin iletişim beceri düzeylerine etkisi. *Eğitim ve Bilim*. 1999;22(110).
110. Kahriman İ, Bayat M. Özürlü Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Yaşadıkları Güçlükler ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri, *Öz-Veri Dergisi*. 2008;5(1):1175-1194.
111. Yurdakul A, Girli A, Özekes M, Sarısoy M. Otistik Ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Stresle Baş Etme Yolları: Anne-Baba Farklılıkları. *Saray Rehabilitasyon Dergisi*. 2000;7:6-17.
112. Karadağ G. Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Yaşadıkları Güçlükler ile Aileden Algıladıkları Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyleri. *TAF Prev Med Bull*. 2009;8(4):315-322.
113. Al-Farsi OA, Al-Farsi YM, Al-Sharbatı MM, Al-Adawi S. Stress, anxiety, and depression among parents of children with autism spectrum disorder in Oman: a case-control study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016 Aug 4;12:1943-1951.

114. Yurdakul A, Girli A. Engelli çocuğu olan ailelerin sosyal destek örüntüleri ve bunun psikolojik sağlık ile ilişkisi. Erişim tarihi:01.11.2010.



## 9. EKLER

### EK1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

**S1.** Cinsiyetiniz: a)kadın b)erkek **S2.** Yaşınız:

**S3.** Öğrenim durumunuz:

a)okuryazar değil b)ilkokul c)ortaokul d)lise e)üniversite/yüksekokul

**S4.** Yaşadığınız yer:

a)il b)ilçe c)köy

**S4.** Evde kaç kişi yaşıyorsunuz: a)4 altı b)4 ve üzeri

**S5.** Herhangi bir işte çalışıyormusunuz?

a)evet b)hayır

**S6.** Aylık yaklaşık geliriniz ne kadar:

a)Gelir yok b)1300 tl veya daha az c)1301 tl ile 4500 tl arası d)4500 tl veya üzeri

**S7.** Kaç yıldır evlisiniz?

a)3 yıl altı b)3-5 yıl c)5 yıl üzeri

**S8.** Daha önce hiç evlendiniz mi?:

a)evet b)hayır

**S9.** Eşinizle evliliğiniz akraba evliliği mi?

a)evet b)hayır

**S10.** Kaç çocuğunuz var?

a)1 b)2-3 c)4 ve üzeri

**OTİZM TANILI ÇOCUĞUNUZ YOKSA SONRAKİ SORULARI CEVAPLAMAYINIZ!**

**S11.** Otizmlı çocuk kaçınıcı çocuk

S12. Ailede otizm tanısı alan başka biri var mı? a)evet b)hayır

S13. Otizmlı çocuğun cinsiyeti? a)kız b)erkek

S114. Otizmlı çocuğun yaşı?

S15. Otizmlı çocuğun tanı yaşı?

S16. Özel eğitim alma süresi

a)1 yıl altı b)1ile 3 yıl arası c)3 yıl üzeri

S17. Çocuğun bakımında aileye yardımcı olan herhangi biri var mı ?

a)evet b)hayır

S18. Otizm dışında herhangi bir kronik hastalığı olan çocuğunuz var mı? a)evet  
b)hayır

## EK2: ÇİFTLER UYUM ÖLÇEĞİ

### ÇİFTLER UYUM ÖLÇEĞİ

Birçok insanın ilişkilerinde anlaşmazlıkları vardır. Lütfen aşağıda verilen maddelerin her biri için siz ve eşiniz arasındaki anlaşma veya anlaşmama ölçüsünü aşağıda verilen altı düzeyden birini seçerek belirtiniz.

	Hemen hemen		Hemen hemen		Her zaman anlaşamayız
	Her zaman anlaşırız	her zaman anlaşırız	Nadiren anlaşamayız	Sıkça anlaşamayız	
1. Aileyle ilgili parasal işlerin idaresi.....					
2. Eğlenceyle ilgili konular.....					
3. Dini konular.....					
4. Muhabbet-sevgi gösterme.....					
5. Arkadaşlar.....					
6. Cinsel yaşam.....					
7. Geleneksellik (doğru veya uygun davranış).....					
8. Yaşam felsefesi.....					
9. Anne, baba ya da yakın akrabalarla ilişkiler.....					

**Yazışma Adresi: Prof. Dr. Hürol Fışiloğlu, ODTÜ Psikoloji Bölümü, Ankara  
hurol fisiloglu (fisil@metu.edu.tr)**

## EK3: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİNİN GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU:

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı 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 duygularıma 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

#### **EK4: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HDÖ)**

##### **Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HDÖ)**

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden seçeneğin yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin. aklınıza ilk gelen yanıt

en doğrusudur.

1-Kendimi gergin patlayacak gibi hissediyorum

a)Çoğu zaman b)Bir çok zaman c) Zaman zaman d) Bazen e)Hiçbir zaman

2-Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum

a)Aynı eskisi kadar b)Pek eskisi kadar değil

c) Yalnızca biraz eskisi kadar d) Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3-Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum

a) Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli b) Evet ama çok da şiddetli değil c)Biraz ama beni endişelendiriyor d) Hayır hiç öyle değil

4- Gülebiliyorum ve olayların komik yanını görebiliyorum

a)Her zaman olduğu kadar b) Şimdi pek o kadar değil c) Şimdi kesinlikle o kadar değil d)Artık hiç değil

5- Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor

a) Çoğu zaman b) Birçok zaman c) Zaman zaman, ama çok sık değil d)Yalnızca bazen

6-Kendimi neşeli hissediyorum

a) Hiçbir zaman b) Sık değil c) Bazen d) Çoğu zaman

7- Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum

a)Kesinlikle b)Genellikle c) Sık değil d) Hiç bir zaman

8- Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum

a) Hemen hemen her zaman b) Çok sık c) Bazen d) Hiçbir zaman

9-Sanki içim pır pır ediyormuş gibi tedirginliğe kapılıyorum a) Hiçbir zaman      b) Bazen      c)Oldukça sık      d) Çok sık
10- Dış görünüşüme ilgimi kaybettim a) Kesinlikle      b) Gerektiği kadar özen göstermiyorum c) Pek o kadar özen göstermiyorum      d) Her zamanki kadar özen gösteriyorum
11-Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum a) Gerçekten de çok fazla      b) Oldukça fazla      c)Çok fazla değil      d)Hiç değil
12-Olacakları zevkle bekliyorum a)Her zaman olduğu kadar      b) Her zamankinden biraz daha az c) Her zamankinden kesinlikle daha az      d) Hemen hemen hiç
13- Aniden panik duygusuna kapılıyorum a)Gerçekten de çok sık      b) Oldukça sık      c) Çok sık değil      d) Hiçbir zaman
14- İyi bir kitap, televizyon yada radyo programından zevk alabiliyorum a) Sıklıkla      b) Bazen      c) Pek sık değil      d) Çok seyrek
<b>1. HDÖ-Depresyon Skoru</b>
<b>2. HDÖ-Anksiyete Skoru</b>