



**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİSİ ANABİLİM DALI**

**OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU (OSB) TANISI ALMIŞ
ÇOCUKLARIN AİLE BİREYLERİNİN STRESLE BAŞA ÇIKMA
TARZLARININ DEPRESYON VE KAYGI DÜZEYLERİNDEKİ
ROLÜ**

Gülin YAZKAN

DANIŞMAN: Dr. Öğretim Üyesi Habib ERENŞOY

İstanbul, 2018



**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİSİ ANABİLİM DALI**

**OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU (OSB) TANISI ALMIŞ
ÇOCUKLARIN AİLE BİREYLERİNİN STRESLE BAŞA ÇIKMA
TARZLARININ DEPRESYON VE KAYGI DÜZEYLERİNDEKİ
ROLÜ**

Gülin YAZKAN

154102182

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Habib ERENŞOY

İstanbul, 2018



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102182
Öğrenci Adı Soyadı	: Gülin Yazkan
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Dr. Öğretim Üyesi Habib Erensoy
Tezin Başlığı	: Otizm spektrum bozukluğu (OSB) tanısı almış çocukların aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzlarının depresyon ve kaygı düzeylerindeki rolü

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 22.06.2018	Saati	: 18:00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, <input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU <input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir. <input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay) <input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi. <input type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, <input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Dr. Öğretim Üyesi Habib Erensoy	
Üye	Prof. Dr. Hüsnü Erkmen	
Üye	Doç. Dr. Korkut Ulucan	

Yemin Metni

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Çocukların Aile Bireylerinin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Depresyon ve Kaygı Düzeylerindeki Rolü” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

22./06/2018

Gülin YAZKAN

İmza



Önsöz / Teşekkür

Tez danışmanım, değerli hocam, Dr. Öğr. Üyesi Habib Erensoy ‘ya mesleki gelişimime bulunduğu katkılar, araştırma sürecinde verdiği geri bildirimler, tezin tamamlanmasındaki emekleri ve en çok da sıcakkanlılığı ve yardımseverliği için teşekkür ederim.

İlgileri ve değerlendirmeleri için sayın jüri üyeleri, Prof .Dr. Hüsni Erkmen ve Doç. Dr. Korkut Ulucan ‘na teşekkür ederim. Ölçme araçlarını doldurarak araştırmanın gerçekleşmesini sağlayan tüm katılımcılara, bu süreçte yardım eden herkese ve Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü’nün tüm değerli öğretim üyelerine, beni bugüne taşıyan tüm hocalarım ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Araştırma sürecinde desteklerini esirgemeyen sevgili annem Gülcan Yazkan ‘na bana olan inancına ve sonsuz destekleri için teşekkür ederim.



Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Çocukların Aile Bireylerinin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Depresyon ve Kaygı Düzeylerindeki Rolü

Özet

Bu araştırma Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) tanısı almış çocukların aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzlarının depresyon ve kaygı düzeyleri üzerindeki etkisini araştırmaktadır. Araştırma evrenini İstanbul İli Kadıköy İlçesinde olan özel bir psikolojik danışmanlık merkezine rehabilitasyon için gelen OSB tanısı almış çocuğa sahip aile bireyleri oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise aynı psikolojik danışmanlık merkezine gelen OSB'li çocuğa sahip 73 aile bireyi oluşturmaktadır. Araştırmada, nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama yöntemi kullanılmıştır. Araştırma verileri, 01.10.2017 tarihi ile 15.12.2017 tarihleri arasında Kişisel Bilgi Formu, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ile toplanmıştır. Araştırma verilerin analizi için SPSS 19 programı kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda OSB tanısı almış çocuğa sahip bireylerin stresle başa çıkmak için Kendine Güvenli Yaklaşım ve Boyun Eğmeci Yaklaşımın birini seçtikleri ve durumluk ve sürekli kaygı ortalaması yüksek bulunmuştur. OSB tanısı almış kız çocuklarının aile bireylerinin erkek çocukların aile bireylerinden daha umutsuz olduğu tespit edilmiştir. Bu anlamlı farklılık dışında OSB tanısı almış çocukların ve aile bireylerinin demografik değişkenleri Stresle Başa Çıkma Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği alt boyutları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı ölçeği arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Kendine Güvenli Yaklaşımın Umutsuzluğu tek başına negatif yönlü olarak %-49,9 oranında azalttığı ancak Boyun Eğmeci Yaklaşımın değişkenler üzerinde etkisi olmadığı saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına literatürde bulunan sonuçlar ile karşılaştırılmış ve öneriler eklenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Otizm Spectrum Bozukluğu, Stresle başa çıkma, Depresyon, Kaygı

The Role of Stressful Coping Styles in Depression and Anxiety Levels on Families of Children with Autism Spectrum Disorder

Abstract

In this study; Autism Spectrum Disorder (OSB) is investigating the effects of family members' stress coping styles on children's depression and anxiety levels. The research population consists of family members who have a child with OSB who comes to rehabilitate to a special psychological counseling center in Kadıköy, Istanbul. The sample of the study consists of 73 family members who have a child with OSB coming to the same psychological counseling center. In the study, relational screening method was used from quantitative research methods. The data were collected between 01.10.2017 and 15.12.2017 with the Personal Information Form, Stress Coping Styles Scale, Beck Depression Inventory and State and Trait Anxiety Scale. SPSS 19 program was used for analysis of research data.

As a result of the research, it was found that individuals with OSB-diagnosed children chose one of the Self-Confidence Approach and the Neckbusters Approach to cope with stress, and the average state and trait anxiety was high. It has been determined that the family members of girls who have OSB diagnoses are more desperate than the family members of boys. Apart from this significant difference, there was no significant difference between the demographic variables of the children with OSD diagnosis and family members, Beck Depression Scale, Stress Coping Scale and State and Trait Anxiety Scale. Self-Confidence Approach It was found that the Neck Tracer Approach did not have any effect on the variables, although it reduced the hopelessness negatively by only -49.9%. The results of the study were compared with the results in the literature and the recommendations were added.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Stress Consequence, Depression, Anxiety

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

Bilimsel Etik Sayfası	i
Önsöz / Teşekkür	ii
Özet.....	iii
Abstract.....	iv
Kısaltmalar ve Simgeler	ix
Tablolar Listesi.....	x
Şekiller Listesi	xi
Giriş	1
1.1. Problem Durumu	2
1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	3
1.3. Problem Cümlesi	4
1.4. Alt Problemler	4
1.5. Kapsam ve Sınırlılıklar.....	5
1.6. Tanımlar	5
İKİNCİ BÖLÜM.....	7
Kuramsal Çerçeve.....	7
2.1. Otizm Spektrum Bozukluğu ve Aile üzerindeki Etkileri	7
2.1.1. Otizm Spektrum Bozukluğunun Tanımı	7
2.1.2. Otizm Spektrum Bozukluğunun Tanı Kriterleri.....	8
2.1.3. Otizm Spektrum Bozukluğunun Sınıflandırılması	9
2.1.3. Otizm Spektrum Bozukluğuna Neden Olan Faktörler	11
2.1.3.1. Nörobiyolojik faktörler	12
2.1.3.2. Genetik Faktörler.....	12
2.1.3.3. Çevresel Faktörler.....	13

2.1.5. Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocukların Özellikleri	13
2.1.5.1. Sosyal-Duyusal Özellikleri	13
2.1.5.2. Bilişsel Özellikleri	14
2.1.5.3. Dil Gelişimi ve Özellikleri	14
2.1.5.4. Bedensel ve Motor Gelişim Özellikleri	15
2.1.6. Otizm Spektrum Bozukluğunun Aile Üzerindeki Etkileri	16
2.2. Stres ve Stresle Başa Çıkma Tarzları.....	18
2.2.1. Stres.....	18
2.2.2. Stresle Başa Çıkma.....	21
2.2.3. Stresle Başa Çıkma Tutumları	24
2.2.3.1. Aktif Planlama.....	24
2.2.3.2. Dış Yardım Arama	25
2.2.3.3. Dine Sığınma.....	25
2.2.3.4. Kaçma-Soyutlama (Duygusal-Eylemsel)	26
2.2.3.5. Kaçma-Soyutlama (Biyokimyasal).....	27
2.2.3.6. Kabul-Bilişsel Yeniden Yapılandırma	27
2.3. Depresyon	28
2.3.1. Depresyonun Tanımı.....	28
2.3.2. Depresyonun Tanı Kriterleri	29
2.3.3. Depresyonun Nedenleri.....	30
2.2.3.1. Biyolojik Nedenler	31
2.3.3.2. Fizyolojik Nedenler	31
2.3.3.3. Sosyal ve Kişiliğe Bağlı Nedenler	32
2.3.4. Depresyonu Açıklayan Kuramlar	33
2.3.4.1. Psikoanalitik Kuram	33
2.3.4.2. Öğrenilmiş Çaresizlik Kuramı	34
2.3.4.3. Beck'in Bilişsel Kuramı.....	34
2.3.5. Depresyonun Sonuçları.....	35
2.4. Kaygı	37
2.4.1. Kaygının Tanımı	37
2.4.2. Kaygının Nedenleri.....	39
2.4.3. Kaygıyı Açıklayan Kuramlar.....	40

2.4.3.1. Psikanalitik Kuram	40
2.4.3.2. Davranışçı Kuram.....	40
2.4.3.3. Bilişsel Kuram	41
2.4.3.4. Biyolojik Kuram.....	42
2.4.4. Kaygının Düzeyleri	43
2.4.5. Kaygının Sınıflandırılması.....	44
2.4.5.1. Durumluk Kaygı	44
2.4.5.2. Sürekli Kaygı	45
2.4.6. Kaygının Belirtileri ve Sonuçları	46
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	49
Yöntem	49
3.1. Araştırma Yöntemi	49
3.2. Araştırma Evreni	50
3.3. Örneklem	50
3.4. Veri Toplama Araçları	51
3.5. Verilerin Toplanması.....	52
3.6. Verilerin Analizi.....	52
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	54
Bulgular.....	54
4.1. Demografik Özellikler	54
4.2. Ölçeklerin Betimsel İstatistikleri	56
4.3. Aile Bireylerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları, Stres ve Kaygı Düzeyleri İle Yaş Değişkeni Arasındaki Bulgular	57
4.4. Aile Bireylerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları, Stres ve Kaygı Düzeyleri İle Cinsiyet Değişkeni Arasındaki Bulgular	58
4.5. Aile Bireylerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları, Stres ve Kaygı Düzeyleri İle OSB Tanısı Almış Çocuğun Cinsiyet Değişkeni Arasındaki Bulgular	59
4.6. Aile Bireylerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları, Stres ve Kaygı Düzeyleri İle OSB Tanısı Almış Çocuğun Yaş Değişkeni Arasındaki Bulgular	60

4.7. Aile Bireylerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları, Stres ve Kaygı Düzeyleri İle Eğitim Değişkeni Arasındaki Bulgular.....	61
4.8. Aile Bireylerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları, Stres ve Kaygı Düzeyleri İle Gelir Değişkeni Arasındaki Bulgular	63
4.9. Aile Bireylerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları İle Stres ve Kaygı Düzeyleri İle Arasındaki Bulgular	64
BEŞİNCİ BÖLÜM	69
Sonuç, Tartışma ve Öneriler	69
5.1. Sonuç	69
5.1. Tartışma.....	70
5.2. Öneriler	74
Kaynakça	76
Ekler	84
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu.....	84
Ek 2. Stresle Baş Çıkma Tarzları Ölçeği	85
Ek 3. Beck Depresyon Envanteri	88
Ek 4. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri	91
Ek 5. İzin Dilekçesi.....	93
Özgeçmiş	94
Özgeçmiş 2 :	99

Kisaltmalar ve Simgeler

APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
C.	Cilt
DSKÖ	Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği
DSM-V	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
İ.Ü.	İstanbul Üniversitesi
OSB	Otizm Spektrum Bozukluğu
S.	Sayfa
SBÇTÖ	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
vd.	ve diğerleri

Tablolar Listesi

Tablo 1. OSB Tanıslı Almış Çocukların Aile Bireylerinin Yaşları.....	54
Tablo 2. OSB Tanıslı Almış Çocukların Aile Bireylerinin Cinsiyetleri	54
Tablo 3. OSB Tanıslı Almış Çocukların Cinsiyetleri.....	55
Tablo 4. OSB Tanıslı Almış Çocukların Yaşları.....	55
Tablo 5. OSB Tanıslı Almış Çocukların Aile Bireylerinin Eğitimleri.....	55
Tablo 6. OSB Tanıslı Almış Çocukların Aile Bireylerinin Eğitimleri	56
Tablo 7. Ölçeklerin Alt Boyutlarının Ortalama ve Standart Sapması.....	56
Tablo 8. OSB Tanıslı Almış Çocukların Aile Bireylerinin Yaş Değişkenine Yönelik Bulguları	57
Tablo 9. OSB Tanıslı Almış Çocukların Aile Bireylerinin Cinsiyet Değişkenine Yönelik Bulguları.....	58
Tablo 10. OSB Tanıslı Almış Çocuğun Cinsiyet Değişkenine Yönelik Bulguları	59
Tablo 11. OSB Tanıslı Almış Çocukların Aile Bireylerinin Yaş Değişkenine Yönelik Bulguları	60
Tablo 12. OSB Tanıslı Almış Çocukların Aile Bireylerinin Yaş Değişkenine Yönelik Bulguları	62
Tablo 13. OSB Tanıslı Almış Çocukların Aile Bireylerinin Yaş Değişkenine Yönelik Bulguları	63
Tablo 14. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	65
Tablo 15. Kendine Güvenli Yaklaşım ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	66
Tablo 16. Kendine Güvenli Yaklaşım ile Umutsuzluk Arasındaki Bulgular.....	66
Tablo 17. Kendine Güvenli Yaklaşım ile Umutsuzluk Ortalamaları Regresyon Modeli Sonucu.....	67
Tablo 18. Boyun Eğme Yöntemi ile Bağımlı Değişkenler Ortalamaları Regresyon Modeli Sonucu	67

Şekiller Listesi

Şekil 1. Hans Selye'nin Genel Adaptasyon Sendromunun Üç Düzeyi	19
Şekil 2. Beck'in Bilişsel Depresyon Basamakları	29
Şekil 3. Araştırmanın Modeli.....	50



Giriş

İnsanlar, yaşam öyküleri boyunca pek çok olay yaşamaktadır. Olumlu ve olumsuz olarak nitelendirilen bu olaylar insanlar üzerinde zorlayıcı bir etkiye sahiptir. Bireyin hayatın içinde iş değiştirme, çok sevilen birinin kaybı, yaşadığı ilişkinin sona ermesi ve başarısızlığa uğrama gibi pek çok neden bireyin bilişsel, psikolojik ve sosyal açıdan etkilenmesini sağlayan örnekler olarak gösterilebilir. Bu örnekler arasında aileye yeni katılacak bireyin sağlıklı olmama durumu aşırı üzüntü, hayal kırıklığı, geleceğe yönelik endişeler ve bireyin kendisini suçlama davranışlarına neden olur.

Otizm Spectrum Bozukluğu (OSB), dünyaya yeni gelen bebeğin üç yaşına kadar kendisini belli eden nörogelişimsel bir bozukluktur. Bu bozukluğa sahip çocukların farklı gelişimleri, anne, baba ve diğer aile bireyleri üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir. Bu etki sürekli ve çocuğun yaşamı boyunca devam edecek bir süreç ailenin hayatının diğer ailelere benzememesine neden olacaktır. OSB tanısı almış çocuklar normal gelişim özelliği göstermezler. Aile bireyleri, sağlıklı etkileşimde bulunamadıkları bebekleri nedeniyle huzursuz ve endişelidir. Bebeğin farklı gelişmesi nedeniyle yaşanan zorluklar, geleceğe yönelik kaygı, OSB hakkında yeterli bilgiye ulaşamamak, tanı ve tedavinin sınırlı düzeyde olması ve sürekli eğitim süreci aile bireylerinin stres altında kalmasını sağlamaktadır. Bu zorluklara ek olarak ailenin yaşadığı ekonomik problemler baskının artmasına neden olur. OSB tanısı almış çocukların aile bireylerinin yaşadıkları stres nedeniyle ruhsal çökkünlük olarak tanımlanan depresyon ve sürekli kaygı risk puanları oldukça yüksek bir gruptur. Bireysel olarak var olan duruma farklı tepki verebilen aile bireyleri genellikle mevcut durumu kabulleniş süreci boyunca OSB ile mücadele etmek ve stresle başa çıkmak zorundadır.

Aile bireyleri strese neden olan durum ile başa çıkabilmek için pek çok farklı yöntemi deneyebilmektedir. Doğa üstü güçlere inanmak ile var olan problemin çözümü için danışman yardımı almak, OSB'li bir bebeğe sahip olduğunun gizlenmesi veya kaderci bir kabulleniş ile sorunun gerçek nedenini araştırarak çözüm yollarının aranması baş vurulan stresle başa çıkma yöntemlerindedir. Bu süreçte aile bireylerinin yaşadığı depresyon ve kaygı da zamanla azalabilir ya da artabilir. Böylece aile bireylerinin yaşadığı sorunların çözümlenmesi ya da daha da zorlaşması mümkündür. Aile

bireylerinin stresle başa çıkma tarzları OSB tanısı almış bir çocuğun aile bireyi olarak yaşadıkları depresyonu ve kaygı düzeyini etkileyebilir.

1.1. Problem Durumu

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), erken çocukluk döneminden itibaren bireylerin bilişsel, duygusal ve sosyal alanda bozukluk yaşamalarına neden olan kısıtlı-yineleyici davranışlar ile sözel ve sözlü iletişimde bozulma, bedensel hareketlerde tekrarlayan davranışlar ile kendini belli eden gelişimsel bir bozukluktur. Kanner tarafından 1943 yılında bebeklik otizmi adını verdiği nörogelişimsel bozukluk olarak tanımlanan bebeklik döneminde başlayan bu ağır bozukluğun, çocukluğun ve hayat boyu süreceği anlaşılmıştır. (Kondolot, 2014). Son otuz yıldır OSB ile ilgili önemli bilgiler elde edilmesine karşılık bugün belirgin bir şekilde öne çıkan doğum öncesi ve doğum sonrası bir neden bulunamamıştır. Bireyin yaşamı boyunca sürecektir ve erken çocukluk döneminde başlayan sosyal iletişim ve etkileşiminde ki güçsüzlük, basmakalıp davranışlar, insanlara karşı minimum tepki, ekolali, zamirlerin tersten söylenmesi, tekrarlayıcı ve amaçsız davranışlar ve değişime direnç bireylerin hayatlarını olumsuz etkilemektedir (Eyüboğlu, 2004).

Yaygın gelişimsel bozukluk olarak da tanımlanan OSB, erken çocukluktan başlayan ve bireyin bütün hayatı boyunca devam eden etkileri ile farklı düzeylerde seyreden sendrom olarak, sosyal iletişimi olumsuz olarak etkilemekte ve duyguların paylaşılmaması, şefkat ve sevgiye karşı duyarsızlık, tepki eksikliği, göz kontağı kuramama, jest ve mimiklerde yetersizlik ve tekrarlayıcı motor hareketler ile ortaya çıkmaktadır.

Aaileenin sağlıklı bir bebek beklentisine karşılık hayatının sonuna kadar aileye bağımlı olacak birr sendroma sahip bir bebeğin dünyaya gelmesi taile bireylerine travma yaratmaktadır. OSB’li bireylerin bağımsız bireyler olmaları için davranış ve becerileri yeterli değildir. Eğitim ve rehabilitasyon ile farklı düzeylerde seyreden sendroma yönelik iyileşmeler kaydedilse bile aile bireyleri öncelikle üzüntü, acı ve çaresizlik, bilgi eksikliğinden kaynaklanan endişe ve sıkıntı, gelecekteki belirsizlikler nedeniyel de sürekli kaygı ve stres yaşamaktadır. Özellikle erken çocukluk yaşlarından

itibaren başlayan OSB'nin olumsuz etkilerinin azaltılması ailenin sosyal desteği, umutsuzluk ve çaresizlik duygularının önlenmesi ile başlamaktadır. Bu açıdan OSB tanısı almış çocukların aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzları, depresyon düzeyleri ve kaygı düzeyleri OSB'li çocuğa sahip aile bireylerinin hayatlarında önemli bir etkiye sahiptir.

Bireyin denge mekanizmasını bozan fiziksel, psikolojik ve biyokimyasal açıdan verdiği tepkiler, sadece baskıya yönelik bir ifade değil aynı zamanda “bütünlüğü koruma” ve “esas duruma dönmek için çaba harcama” şeklinde etkiye tepki anlamında da kullanılmaktadır (Baltaş ve Baltaş, 2002).

Genel olarak bireylerin yaşadığı stres düzeyi, onların kaygı ve depresyon gibi psikolojik iyilik hallerine zarar verebilen problemlere neden olmaktadır. OSB tanısı almış çocukların aile bireyleri yaşadıkları şokla birlikte bebeğin dünyaya geldiği ilk andan itibaren problemlerle başa çıkmak zorundadır. Fizyolojik, psikolojik ve sosyal sağlığı bu derece olumsuz etkileyen bu durum, onun genel yaşamına yansımakta ve tükenmişliğe neden olmaktadır. Stresle başa çıkma bireylerin var olan bu duruma yönelik dıştan ve içten gelen istek ve çatışmaları kontrol etmek için yapılan davranışsal ve bilişsel çabalardır. Bireyler bir yandan yeni aile bireyine ve getirdiği sorumluluklara kabul etme ve reddetme teorilerine göre alışmaya çalışırken bir yanda da olumsuz koşulun gerekliliklerine yönelik tutum ve davranışlar geliştirmek zorundadır. Depresyon, acı ve üzüntü verici düşüncelerin tekrar edilmesi ile oluşurken kaygı ise bireyin hayatını etkileyen, stres ve kendisini tehdit altında hissetmesine neden olan bir duygulanım ve his durumudur. Kaygının psikiyatrik açıdan incelenmesinde en önemli faktör normal olmayan somatik belirtilerin ortaya çıkmasıyla yaşanan tedirginlik ve korku halidir. Bireyler kaygı ile diğer kavramları karıştırabilmekte korku, heyecan, üzüntü ile bağdaştırabilmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmanın amacı, OSB tanısı almış çocukların aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzlarının depresyon ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkileri ortaya koymaktır.

OSB tanısı almış çocukların aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzları içinde buldukları sosyodemografik özelliklere göre değişebilmektedir. Aile bireylerinin çocuğun yaşadığı sendromun düzeyine bağlı olarak yaklaşımlarının belirlenmesi, tutum ve davranışlarının hangi faktörlerden etkilendiğinin incelenmesi OSB’li bireyin sosyal hayata uyumu, özel eğitimi açısından çocuğa yönelik desteğin düzeyini belirlemektedir.

OSB tanısı konmuş çocuklara sahip ailelerin yaşadıkları olumsuz durum ile baş etmeleri fiziksel ve duygusal iyilik haline dönem aşamasında depresyon ve kaygı düzeylerini etkilemektedir. İlk öğrenildiğinde travmatik bir olay olarak nitelenen durumun alışılan ve sağlıklı analiz edilerek çözüm yolları aranan bir süreç içinde incelemek önemlidir.

1.3. Problem Cümlesi

Problem cümlesi “Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) tanısı almış çocukların aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzlarının depresyon ve kaygı düzeyleri üzerindeki etkisi nedir? olarak belirlenmiştir.

1.4. Alt Problemler

Araştırmanın alt problemleri aşağıda gösterilmiştir.

1. OSB tanısı almış çocukların aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzları ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
2. OSB tanısı almış çocukların aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzları ile durumluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. OSB tanısı almış çocukların aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzları ile sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
4. OSB tanısı almış çocukların aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzları, stres ve kaygı düzeyleri ile yaş değişkenine göre anlamlı bir ilişki var mıdır?
5. OSB tanısı almış çocukların aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzları, stres ve kaygı düzeyleri ile cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir ilişki var mıdır?

6. OSB tanısı almış çocukların aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzları, stres ve kaygı düzeyleri ile OSB tanısı almış çocuğun cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir ilişki var mıdır?
7. OSB tanısı almış çocukların aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzları, stres ve kaygı düzeyleri ile OSB tanısı almış çocuğun yaş değişkenine göre anlamlı bir ilişki var mıdır?
8. OSB tanısı almış çocukların aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzları, stres ve kaygı düzeyleri ile eğitim değişkenine göre anlamlı bir ilişki var mıdır?
9. OSB tanısı almış çocukların aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzları, stres ve kaygı düzeyleri ile ailenin gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.5. Kapsam ve Sınırlılıklar

Bu araştırma İstanbul İl'inde faaliyet gösteren özel bir psikolojik danışmanlık merkezine eğitim ve rehberlik hizmeti almaya gelen OSB tanısı almış çocukların aileleri ile sınırlıdır. Çalışmada aile bireylerine sorulan ifadelere samimi ve içten cevap verdikleri varsayılmıştır.

1.6. Tanımlar

Otizm Spektrum Bozukluğu: Bireyin erken bebeklik dönümden itibaren üç yaşına kadar ortaya çıkan ve hayatı boyunca sürecek olan sosyal iletişim etkileşimde yetersizlik, sözel ve sözlü iletişimde bozulma, bedensel hareketlerde tekrarlayan davranışlar ile kendini belli eden nörobiyolojik bir bozukluktur.

Stres: Bireyin aşırı çevresel uyaran ya da stres oluşturan tehdide fizyolojik, heyecansal ve zihinsel yanıtı ve organizmanın gereksinimlerinin, organizmanın kaynaklarını aştığında ortaya çıkan durum.

Stresle başa çıkma tarzı: Bireylerin genel ya da belirgin stres durumlarıyla başa çıkmada kullandıkları yollardır.

Depresyon: Depresyon, derin üzüntülü bir duygu hali içinde, düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir durumdur.

Durumluk Kaygı: Durumluk kaygı, birey tarafından istenmeyen ve beklenmedik bir anda tehlikeli bir değişimin oluşması nedeniyle yaşanan kaygı durumudur

Sürekli Kaygı: Sürekli kaygı, bireyin anormal olarak nesnel bir neden olmadan yaşadığı kaygıya neden olabilecek bir olayın meydana gelmesinde ise tutarsız ve orantısız bir şekilde sürekli ve şiddetli olarak yaşanan kaygıdır.

İKİNCİ BÖLÜM

Kuramsal Çerçeve

OSB tanısı almış çocukların ailelerinin stresle başa çıkma tarzları, depresyon ve kaygı düzeylerinin kuramsal çerçevesinde ilk olarak OSB'nin tanımı, sınıflandırılması ve OSB'li çocukların özellikleri perspektifinde aile bireyleri ile olan ilişkileri ve aile üzerindeki etkileri incelenmiştir. Bu bölümde, stres ve stresle başa çıkma tarzları, depresyon, durumluk ve sürekli kaygı kavramlarına da yer verilmiştir.

2.1. Otizm Spektrum Bozukluğu ve Aile üzerindeki Etkileri

2.1.1. Otizm Spektrum Bozukluğunun Tanımı

OSB, dünyada en sık görülen gelişimsel yetersizlik türüdür. Son yıllarda üzerine yoğun araştırmaların yapıldığı bozukluğun neden hakkında şu ana kadar net bir sonuca ulaşılamamıştır. OSB'nin yaygınlığı 68 çocuktan birinde görülebilmektedir. Erkek çocuklarda kız çocuklardan fazla görülen OSB'de yapılan çalışmalar ile elde edilen bilgiler sürekli olarak değişebilmektedir (Şener ve Özkul, 2013).

Bilimsel gelişmeler farkındalığı artan OSB, karmaşık yapısı ile nöro-gelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Literatürde yaygın gelişim bozukluğu olarak da isimlendirilen OSB, 3 yaşına kadar fark edilen ve etkileri azaltılsa da bireyin hayatı boyunca devam edecek olan sosyal iletişim yetersizliği başta olmak üzere, bireyin hayatını zorlaştıran farklı gelişime neden olan bozukluktur (Kırcaali-İftar, 2012).

Belirtileri erken çocukluk döneminden itibaren başlayan nörogelişimsel bozukluk, sosyal ve iletişim alanında yetersizlik, sınırlı tekrarlayıcı davranışlar, çevresel değişimlere aşırı tepki sonuçlara neden olmaktadır. İlk defa 1943 yılında Leo Kanner tarafından tanımlanan bozukluk araştırmalara paralel olarak farklı nitelikte tanımlara ulaşmıştır (Motavelli Mukaddes, 2014).

Otizm, belirtileri yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkan ve yaşam boyu devam eden, etkileşim ve iletişim alanında belirgin gecikme ve sapmalar ve kısıtlayıcı ilgi alanları ile kendini gösteren karmaşık gelişimsel bir bozukluktur. Otizmliler sosyal beceri, dil

gelişimi ve davranış alanlarında bir takım sorunlar yaşayabilirler. Bu sorunlar genellikle diğer insanlarla iletişim kurmak, arkadaşlık etmek ve söylenenleri yapmakta güçlükler yaşamayı içerir (Erden vd., 2014). OSB’de bebeğin doğumu ile başlayan farklılığın 3 yaşına kadar artmasına ile belli olmaktadır. Bu süreçte bebeğin bilişsel, duygusal ve sosyal açıdan farklı gelişmesi anne ve baba tarafından fark edilebilmekte ve nörobiyolojik bozukluğun kendi belli eden tipik sonuçlar birey üzerinde görülebilmektedir (Çolak 2015). OSB,

Günümüzde değin OSB üzerine pek çok tartışma yürütülmüştür. Bu tartışmaların temeli OSB’nin kapsadığı bozukluklar ve bu bozuklukların niteliğidir. Yakın döneme kadar hastalık olarak tanımlanan bozukluk yapılan son araştırmalar ile birlikte sendrom olarak tanımlanmış ve gelişimsel bir bozukluk olarak açıklanmıştır (Aksoy, 2013).

Bozukluğa neden olan faktörlerin tam olarak keşfedilememiştir. Ancak, genetik, çevresel, kimyasal faktörlerin neden olduğu anormalliklerin OSB’ye neden olduğu yapılan araştırmalar ile tespit edilebilmektedir. Bununla birlikte otizme neden olan faktörlerin neler olduğunu tam olarak ortaya koymak mümkün değildir. Erken çocukluk döneminde ortaya çıkan, genellikle etkilerini ömür boyu sürdüren nörogelişimsel bozukluk, 68 doğumda bir bebekte görülebilmektedir (Rakap, Birkan, ve Kalkan, 2017). OSB’nin Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından tanı kriterlerinin değiştirilmesi ile birlikte yaygın gelişimsel bozukluk yerine Otizm Spektrum Bozukluğu tanımı ön plana çıkmıştır (Eyüboğlu, 2014).

2.1.2. Otizm Spektrum Bozukluğunun Tanı Kriterleri

Amerikan Psikiyatri Birliği’nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM III’de ilk defa sınıflandırılması yapılan bozukluğun ilk önce beş temel sınıfı olduğu açıklanmıştır. Bu sınıflandırmada, Otistik Bozukluk, Asperger Bozukluğu, Dezintegratif Bozukluk, Rett Bozukluğu ve Başka Türlü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM V’in 2013 yılındaki yayınında ise alt kategoriler çıkarılmış ve tanı iki ölçüte düşürülmüştür (Motavelli Mukaddes, 2014). DSM-V’e göre OSB’nin tanımlanması için aşağıdaki kriterlerin oluşması gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013):

A. Sosyal iletişim ve etkileşimde yetersizlik:

1. Sıra dışı sosyal yaklaşım ve karşılıklı konuşamama, ilgi ve duygularını paylaşamama, sosyal etkileşim başlatamama veya sosyal etkileşime girememe, sosyal-duygusal tepki eksikliği
2. Sözel ve sözel olmayan iletişim yetersizliği, sıra dışı göz kontağı ve beden dili, jest ve mimik kullanmada yetersizlik, sosyal etkileşimde kullanılan sözel olmayan iletişim davranışlarında yetersizlik
3. Farklı sosyal ortamlara uyum göstermede yetersizlik arkadaş edinme ve imgesel oyunda yetersizlik, akranlarına ilgi göstermeme, başkalarıyla ilişki kurma, sürdürme ve bu ilişkileri anlamada yetersizlik

B. Aşağıda verilenlerden en az ikisi görülen sınırlı yineleyici davranış örüntüleri, ilgi ya da etkinlikler

1. Tekrarlayıcı veya yineleyici motor eylemler, nesne kullanımı veya konuşma (ekolali)
2. Aynılıkta ısrar etme, rutinlere aşırı bağlılık
3. Yoğun, sınırlı, sıra dışı ilgiler
4. Duyusal uyaranlara karşı aşırı tepki gösterme ya da duyarsız kalma

C. Belirtiler erken gelişim döneminde kendini göstermelidir.

D. Bu belirtiler sosyal, günlük yaşam gibi işlevsel alanlarda klinik olarak belirgin bir bozulmaya sebep olur.

E. Bu bozukluklar yaygın gelişimsel bozukluk ve otizm spektrum bozukluğu genelde birlikte ortaya çıkar. Otizm spektrum bozukluğu ve yaygın gelişimsel bozukluk tanısını birlikte koymak için, sosyal iletişim ve genel gelişim düzeyi beklenenin altında olmalıdır.

Bu tanı kriterlerinden ikisinin gözlemlenmesi ile OSB tanısı konabilmektedir.

2.1.3. Otizm Spektrum Bozukluğunun Sınıflandırılması

DSM-V ile değişen tanı kriteri ve sınıflandırma ile birlikte OSB günümüzde farklı olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. 1943 yılından günümüze değin bilgi birikimi ve yeni araştırmalar OSB'ye yaklaşımı da değiştirmiştir. Yapılan bütün

sınıflandırmaların birleştirilmesi, sınıflandırma yerine OSB'nin ağırlık düzeyi ile sınıflandırılması yapılmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Tablo 1. DSM-V'e Göre OSB Ağırlık Düzeyleri

Ağırlık Düzeyi	Sosyal İletişim	Sınırlı, Yineleyici Davranışlar
Üçüncü Düzey “Çok önemli ölçüde destek gerektirir”	Sözel ve sözel olmayan sosyal iletişim becerilerindeki görülen çok yoğun yetersizlikler, işlevsellikte ağır bozukluklara yol açar, çok sınırlı bir şekilde sosyal etkileşim başlatır ve başkalarının sosyal iletişim kurma çabalarına minimum karşılık verir.	Davranışlarındaki katılık, rutin dışı durumlara uyum sağlamama veya sınırlı/yineleyici davranışlar tüm alanlarda işlevde bulunmayı belirgin ölçüde bozar. Dikkatini ve gerçekleştirdiği eylemi değiştirmekte güçlük yaşar.
İkinci Düzey “Önemli ölçüde destek gerektirir”	Sözel ve sözel olmayan sosyal iletişim becerilerindeki görülen yoğun yetersizlikler, destek alırken bile sosyal bozukluklara yol açar ve başkalarının sosyal iletişim kurma çabalarına minimum karşılık verir veya sıra dışı tepkiler verir.	Davranışlarındaki katılık, rutin dışı durumlara uyum sağlamama veya sınırlı/yineleyici davranışlar farklı alanlarda işlevde bulunmayı belirgin ölçüde bozar. Dikkatini ve gerçekleştirdiği eylemi değiştirmekte güçlük yaşar.
Birinci Düzey “Destek gerektirir”	Destek almadığında sosyal etkileşimindeki yetersizlikler ortaya çıkar ve bozukluklara yol açar. Sosyal etkileşim başlatmakta sıkıntı yaşar ve başkalarının sosyal iletişim kurma çabalarına sıra dışı veya başarısız tepkiler verir. Sosyal etkileşime ilgisi azmış gibi gözükülebilir	Davranışlarındaki katılık, bir veya birden fazla alanda işlevde bulunmayı belirgin ölçüde bozar. Bir etkinlikten diğerine geçişte zorluk yaşar. Düzenleme ve tasarlama yetersizlikleri bağımsız olmasına engel olur

Kaynak: Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-V), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı Çev. E. Köroğlu, Ankara, HYB Yayıncılık.

DSM-V'e göre OSB'nin sınıflandırılması için “Sosyal İletişim” ve “Sınırlı Yineleyici Davranışlar” olmak üzere iki farklı sınıflandırma kriteri konmuştur. Bu

kriterlerin oluşumundaki ağırlık dőzeyleri ise OSB'nin sınıflandırılması için kullanılmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

2.1.3. Otizm Spektrum Bozukluğuna Neden Olan Faktörler

OSB'nin tanımlanmasından günümüze kadar nedenlerini ve bozukluğa sahip bireylerin karakteristik özelliklerini belirlemeye yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Otizmin bilinen tek bir nedeni olmamakla birlikte genetik ve çevresel faktörler ile beyin gelişimi sırasında beynin yapısında ya da işlevinde ortaya çıkan anormalliklerin otizme neden olduğu ile ilgili güçlü araştırma bulguları mevcuttur. Yapılan alışmalar, otizme sahip olan ve nörolojik olarak normal gelişim gösteren çocukların beyin yapısında ve şeklinde farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur (Rakap, Birkan, ve Kalkan, 2017).

Otizm nedeni henüz tam olarak belirlenememiş bir bozukluktur. Diğer pek çok bozuklukta olduğu gibi otizmin de tek bir nedeni yoktur, birçok faktörün bir araya gelmesiyle oluştuğu düşünölmektedir. Otizimli bireylerde beynin çalışma şekli farklıdır. Merkezi sinir sisteminde bir anormallik olduğu ve beyinde hücreler arasında mesaj taşıyan kimyasal ileticilerde eksiklik ya da fazlalık olduğu düşünölmektedir (Erden vd., 2014).

OSB'nin nedenleri açısından günümüzde hala çok az bilgiye ulaşılmıştır. Son yıllarda üzerinde önemle durulan beslenme alışkanlıkları, genetik yatkınlıklar, çevresel etkilerin insan vücudundaki olumsuz etkilerinde başarılı sonuçlara ulaşılmıştır. Bozukluğu açıklanmasında biyolojik faktörler, nörobiyolojik ve nöropatolojik faktörler de farklı açıklamalara veri olarak alınmaktadır. Ancak bu çalışmaların hiçbirisi OSB'nin tam olarak açıklanmasını sağlayamamıştır (şener, 2013). Bu alışmalar ile birlikte toplumsal düzeyde OSB'nin bilinirliği artmış ve yaygınlığı konusunda farklı bilgilere ulaşılmıştır. alışmalar ile birlikte OSB'nin tanı yaşı erken çocukluk dönemine kadar çekilmiş ve erken tanı ile bireylerin farklı gelişimleri tespit edilmiştir (Kaya, 2013).

Tıp bilimin ulaştığı noktada OSB'nin önlenmesi ya da tedavi edilmesi mümkün değildir. Dünya'da yapılan yoğun araştırmalar, bozukluğu birden fazla faktörün bir araya gelmesi ve birbirini etkilemesi ile oluştuğu yönündedir. Ancak, otizme tek bir genin değil çok sayıda genin yol açtığı düşünölmektedir ve bu genler henüz tam olarak belirlenebilmiş değildir. Ayrıca, evre kirliliği ya da zehirli maddeler gibi bazı çevresel

tetikleyicilerden de kuşkulaniılmaktadır. Ancak, bunlar da henüz tespit edilememiştir. (Tohum Otizm Vakfi, 2014).

2.1.3.1. Nörobiyolojik faktörler

OSB hakkında yapılan çalışmalarda araştırmacılar son dönemde nörobiyolojik faktörlere yönelmiştir. Buna göre bireyin yürütücü işlevlerinde ve santral uyum sorunları nedeniyle ortaya çıkabilmektedir. Ancak tek bir bilişsel teori yerine farklı etkilenmelere bağlı sosyal bilginin işlenmesindeki sorunlar ve işlemeden kaynaklanan sorunlara odaklanılmıştır. Bu nedenle atipik özellikler genotipik ve fenotipik seviyede birbirlerinden büyük ölçüde bağımsızdır. Bu bağlamda, OSB belirtilerinin birbirinden ayrı çok sayıda bilişsel farklılığın bir sonucu olduğu öne sürülmektedir (Bilgiç, 2015). Bununla birlikte OSB'nin sahip olduğu kalıtsal özellikler ve biyolojik yapının belirleyiciliği görüşü geçerliliğini sürdürmektedir (Kaya, 2013).

Bilişsel düzeyde çocuğun sinir sisteminde var olan bozuklukların gebeliğin ilk dönemlerinde kaynaklanan sorunlar ile birlikte ele alınması ve doğum öncesi problemlerin bebeğe yansması olarak beynin ön lop ve sol yarısındaki sorunlar da OSB için önemli bir neden olarak gündemdeki yerini korumaktadır (Özlu Fazlıoğlu, 2004).

2.1.3.2. Genetik Faktörler

OSB'ye neden olan kalıtsal faktörler genellikle tek başına ele alınmamaktadır. Bozukluğun karmaşık yapısı nedeniyle ortaya çıkmasında genetik faktörlerin etkili olmasına karşılık bu faktörlerin gastrointestinal fonksiyonlarda bozukluk, otoimmünite gibi etkenler ile birlikte hastalığın ortaya çıkmasında rolü olabileceği varsayımlarının doğmasına neden olmuştur (Bilgiç ve Cöngöloğlu, 2009).

OSB öyküleri izlendiğinde genetik faktörlerin etkili olduğu tespit edilmiştir. Ancak bu faktörlerin bağışıklık sistemini olumsuz etkileyen genlerin virüs ve bakteriler gibi patojenlerden kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Özellikle C4B genindeki bozulmaların OSB'ye neden olabileceği üzerinde durulmaktadır. Ayrıca kromozom yapılarındaki bozulmalara bağlı olarak gelişebilecek çalışmalarda bulunmaktadır (Yüksel, 2005).

2.1.3.3. Çevresel Faktörler

OSB’de çevresel faktörler beyin yapısındaki bozulmalara olan etki arasında ilişkiye yönelik önemli araştırmalar bulunmaktadır (Rakap, Birkan, ve Kalkan, 2017). Bu faktörlerde genellikle çevre-gen etkileşimi üzerinde durulmaktadır. Çevresel risk faktörleri aşağıda gösterilmektedir (Motavelli Mukaddes, 2014):

- İleri Anne Yaşı
- D Vitamini Eksikliği
- Hamilelikteki İnfeksiyonlar
- Cıvaya Maruziyet
- Tarım İlaçları
- Aşılar
- Eksoz Dumanı
- Hipoksi
- Prematurite
- Beslenme

Son yıllarda çevre faktörlerine genetiği ile oynanmış gıdaların insan beyni üzerinde yaptığı etkiler de dahil edilmiştir. Ayrıca, radyasyon, hava kirliliği ve antibiyotiklerin etkisi üzerinde de durulmaktadır (Küçükgöz, 2015).

2.1.5. Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocukların Özellikleri

OSB tanısı konmuş bireylerin sınıflandırma ile tespit edilmiş pek çok farklı özelliği bulunmaktadır. Her OSB vakasında bu özelliklerin tamamı görülmediği gibi bazı vakaların ağırlık düzeyine göre üç örneklere de rastlanabilmektedir.

2.1.5.1. Sosyal-Duyusal Özellikleri

OSB tanı kriterlerine girmiş olan bireyin sosyal çevresine karşı duyarsız oluşu, iletişim ve etkileşim konusundaki yetersizliği genel olarak bütün OSB vakalarında görülebilmektedir. Annesine karşı ilgisiz olan çocuklar normal gelişim özelliği taşımadığı için sağlıklı bebekler ile kurulan iletişim kurulamamaktadır. OSB’li çocuğun oyun dünyası, iletişimi, akranları ile ilişkisi çok kısıtlıdır. Kendi iç dünyasında yaşayan

çocuğun hareketleri gözlemlendiğinde bir eşyaya karşı aşırı bağlılık, iç dünyasına kapanma, sınırlı yineleyici hareketler görülebilmektedir (Wing, 2005).

Çocuğun sosyal çevresi ile iletişim kurmaması aile açısından önemli bir sorun olmasına karşılık çocuk anne ve babasına karşı ilgisizdir. Koordine olamamasından kaynaklanan sorunlar ile birlikte sosyalleşme düzeyleri oldukça yetersizdir ve oyun oynayamazlar. Buna karşılık bazı eşyalarına karşı takıntı düzeyinde bağlılığının cinsel yönelim olarak açıklayan araştırmacılar da bulunmaktadır. Bu çocuklar çevrelerindeki değişikliklere karşı aşırı duyarlıdır ve değişikliğe karşı çok şiddetli tepki verebilirler (Aksoy, 2013).

2.1.5.2. Bilişsel Özellikleri

Zihinsel yetersizlik ve otizm spektrum bozukluğu sıklıkla beraber görülürler; otizm spektrum bozukluğu ve zihinsel yetersizlik ortak tanısının verilebilmesi için sosyal iletişimin beklenen genel gelişimsel seviyesinin altında olması gerekmektedir (Rakap, Birkan, ve Kalkan, 2017). OSB'li çocuklar arasında bilişsel düzeyleri farklı olan gruplar bulunabilmektedir. Üstün zekaya sahip olan OSB'li çocuklar olduğu gibi çok düşük zekaya sahip olanlarda bulunabilmektedir (Özlu Fazlıoğlu, 2004). Ancak, zihinsel yetersizliği olan OSB'lilerin yaşam kaliteleri ,sosyal uyumları otizmlili olmayan zihinsel engellilerden çok düşüktür (Motavelli Mukaddes, 2014).

OSB'li çocukların bilişsel düzeyde yaşadıkları farklı gelişim nedeniyle, sese, dokunmaya, ışığa karşı hassasiyet ile belirginleşen yaygın duyuşsal bozukluk, çevreden gelen uyarılara karşı ayırt etme işlemlerinde özelleşme yaşanmaktadır. OSB'li çocuk renk ve derinlik algısı gelişmiş olmasına karşılık nesnelere tanıyamayabilir (Demirkıran vd. 2015).

2.1.5.3. Dil Gelişimi ve Özellikleri

OSB tanısı almış çocukları bozukluğun ağırlık düzeyine göre yaşadıkları sosyal etkileşim sorunları dil yapısından da kaynaklanmaktadır. OSB'li çocukların %40'ında dil ve iletişim sorunları görülmektedir. Bu sorunların başında sağlıklı insanlar gibi tepki vermemeleri, insanlarla iletişim kurmaya istekli olmamaları, konuşma yeteneklerinin gelişmemesi için taklit yeteneklerinin olmaması nedeniyle sesleri çıkarabilmeleri

oldukça geç başlar. Ayrıca normal bebeklerde görülen babıldama, OSB'li bebeklerde görülmemektedir (Özlu-Fazlıoğlu, 2004: 14). OSB'li çocukların dil gelişimi problemleri öncelikli olarak sosyal etkileşim yetersizliklerinden beslenmektedir. Dili kullanma becerilerinde yaşadıkları sorunlar ise sağlıklı akranlarında görülen gelişim evrelerine sahip olmadıkları içindir. Sesleri ve hareketleri taklit etme yetenekleri zayıftır ve kendilerine seslenildiğinde cevap vermezler. Bu nedenle OSB'li çocuklar konuşmaya oldukça geç başlayabilmektedir (Wing, 2005).

OSB'li çocukların hayatları boyunca dil gelişim yetenekleri geri kalabilmektedir. Kelimeleri kullanma düzeyleri düşüktür, kullandıkları kelimelerin duyguları ile ilgisiz olması, çevreye karşı kopukluk nedeniyle mimiklerinin yetersiz olması, sınırlı ve yineleyici kelimelerin sıklıkla tekrarlanması, karşındaki ile iletişim kurma ve onu anlama konusunda sınırlılıkları iletişim kurmalarını oldukça zorlaştırmaktadır. Zamirlerin kullanılmasında alıcı ve ifade edici dilin kullanımında ve sohbet sırasında söz hakkı alma, konu seçme ve sohbete katılmada güçlükleri vardır (Aksoy, 2013). OSB'li çocuklar konuştuklarında normal çocuklardan ayrılabilirler. Konuşmalarının tonlaması, vurgusu farklılık gösterebilir. Ancak belirli müzik eserlerini, yabancı dildeki şarkıları, reklamları ekolali şekilde tekrarlayabilme özellikleri bulunmaktadır (Özlu Fazlıoğlu, 2004).

2.1.5.4. Bedensel ve Motor Gelişim Özellikleri

OSB tanısı almış çocukların farklı gelişimsel özelliğe sahip olmaları nedeniyle sağlıklı akranları gibi hareket edemeyebilirler. Buna karşılık bazı OSB düzeylerinde çocukların sağlıklı bireyler gibi hareket ettikleri, koşup oynayabildikleri de sık görülmektedir.(Wing, 2005). OSB'li bireylerin motor koordinasyon sistemlerinin zayıf olması, çocukların hareket açılarını yeterli düzeyde kullanamamasına neden olmaktadır (Özlu Fazlıoğlu ve Baran, 2004).

Bebeğin sosyal iletişim eksiliği nedeniyle taklit yeteneğinin çok az olması ve içine kapanık olması motor taklit alanında ve jestlerin gelişimindeki yetersizlik yeni doğanlarda belirgin bir şekilde gözlemlenmektedir. Yüz ifadesi olarak durgun olan OSB'li çocuklarda, emekleme, ayağa kalkma, yürüme gibi motor gelişimsel özelliklerinde gecikme olduğu saptanmıştır (Bodur vd. 2006).

2.1.6. Otizm Spektrum Bozukluğunun Aile Üzerindeki Etkileri

OSB tanısı almış bebeğin aileye gelişi ile birlikte başlayan sorunlar bebeğin gelişimin her aşamasında hissedilmektedir. OSB'li bireyle yaşamak oldukça güçtür ve ruhsal, fiziksel ve sosyal sorunlara neden olabilmektedir.

OSB tanısı almış bebeğin doğuşu ile birlikte sağlıklı bir bebek beklentisi olan ailenin günler geçtikçe sorunlarla karşılaşması öncelikle hayal kırıklığına neden olmaktadır. Diğer anneler gibi sağlıklı bebeğini büyütme isteyen anne, OSB'li çocukla birlikte kendini suçlayıcı davranışlara yönelebilmektedir. Bu davranışların en önemli özelliği Tanrı tarafından cezalandırıldığının hissedilmesi ve yetersizlik duygusudur. Bebeğin mevcut durumundan kendini sorumlu tutan anne zaman geçtikçe kabullenme sürecine girmektedir. Ancak OSB'li bebeğin büyümesi aşamasında yaşana sorunlar aile bireylerinin duruma alışmasına karşılık baskı altında kalmasına ve stres yaşamasına neden olmaktadır (Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014). OSB'nin günümüzde tıbbi tedavisinin olmaması, sendrom hakkında hala geçerli bilgilere ulaşamamış olması da belirsizliği arttıracığı için aile bireylerinin depresyon ve stres yaşamasına neden olacaktır. Özellikle geleceğe yönelik kaygı düzeyi yüksek olan gelecekle ilgili en önemli sorunu kendileri öldükten sonra çocuklarına kimin bakacağıdır

Normal bebekleri gibi tepki vermeyen ve sosyal etkileşimleri çok zayıf olan OSB'li bebeklerin yaşadıkları bozukluğun şiddetine bağlı olarak farklı gelişimsel özellikler göstermesi mümkündür. Bakım ve eğitimleri çok güç olan OSB'li çocuklar, sürekli ilgi ve dikkat istemektedir. Ailenin üzerine önemli bir sorumluluk yükleyen çocukların tehlike algısının olmaması risklerin artmasına neden olur. İstekleri sağlıklı insanlar gibi iletemeyen çocukları ağlamaları, gülmeleri ve konuşmaları farklılaşabilmektedir. Özellikle anne yaşadığı travmaya bağlı olarak bebeği reddedebilir ve bakımından kaçınabilir. Bu durum annenin psikolojik olarak mutsuz, huzursuz ve endişeli olmasına neden olacaktır (Yıldız, 2009).

Aile bireylerinin üzüntü, tedirginlik ve haya kırıklığı duygularına ek olarak yaşadıkları ekonomik sorunlar ise önemli bir dezavantajdır. OSB'li bireylerin eğitimi ve rehabilitasyonu pahalıdır. Bu süreçte çocuğun bakımını üstlenen annenin işinden

ayrılması ailenin gelirini azaltıcı diğer bir faktördür. Reddetme sonrası kabulleniş davranışları göstermesi ile başlayan süreç, OSB'li çocuğun hayat kalitesini arttırmak için yapılan mücadele ile varsa ailedeki diğer çocuğa daha az vakit ayrılmasına ve aile içi ilişkilerin bozulmasına neden olmaktadır (Aydın 2002).

OSB tanısı almış çocuğa sahip babaların günün çoğunluğunda işte olması annenin sorunlarla tek başına mücadele etmesine neden olabilmektedir. OSB'li bebeğin bakımı ve sorunları karı koca ilişkilerinde sorunlara yol açar. Birbirine yeterli zamanı ayıramayan eşlerin ilişkileri zorunluluk haline dönüşmektedir. Çocuğuna karşı duygusal açıdan çok daha duyarlı olan anne, bu aşamada eşinin desteğine ihtiyaç duymaktadır. Son yıllarda OSB hakkında toplumsal farkındalığın artması ile birlikte eğitim çalışmalarının artması, aile bireylerinin konu hakkında bilgilendirilmesi ile anne ve babaların inkar ve çocuğun evde izole edilmesine ilişkin tutumları değişmeye başlamıştır (Töret vd. 2014).

OSB tanısı almış bir kardeşe sahip olmak her zaman güçtür. Aile bireylerinin bütün enerjilerini OSB'li çocuğa vermesi diğer çocuklarına yeterli zamanı ayıramamasına neden olur. Sağlıklı çocuklarından anlayış bekleyen aile bireyleri bu aşamada çocuklarını bilgilendirmeli ve kardeşlerin eğitim ve rehabilitasyon süreçlerine aktif katılımı desteklenmelidir (Tekin İftar ve Kutlu, 2013). OSB'li kardeşi olan çocukların aşırı hareketli olması, OSB'li çocuğa karşı kıskançlık ve öfke hissetmesi oldukça doğaldır. Aile bireylerinin dikkatini çekmeye çalışan çocuğun OSB'li bir kardeşi olduğunu arkadaşları ile paylaşmama gibi davranışlara da yönelebilir.

OSB tanısı almış çocuğa sahip aile bireyleri, farklı gelişen çocuklarının durumlarını sürekli olarak topluma açıklamak zorunda kaldıklarından çoğu zaman aileler, sosyal izolasyon yaşayabilmektedir. Eve misafir kabul etmeme, komşular ile iyi ilişkiler kurmama, ailenin sosyal ilişkilerinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Wing, 2005).

Aile bireyleri açısından OSB, kontrol edilemez, değiştirilemez ve gelecekte de devam edecek bir durum olarak değerlendirilebilir. Aile bireylerinin OSB'ye yükledikleri bu tür anlamlar onların bakış açılarının olumsuz olmasına ve duygu durumlarının bozulup kaygı , depresyon ve stres gibi olumsuz duygular yaşamalarına

yol açabilmektedir. OSB’li çocuğuna yönelik daha fazla kişisel sorumluluk üstlenmek durumunda kalan aile bireyleri kendilerini stresli, endişeli ve çaresiz hissedebilmektedir (Aslan, Cihan ve Altın, 2014).

2.2. Stres ve Stresle Başa Çıkma Tarzları

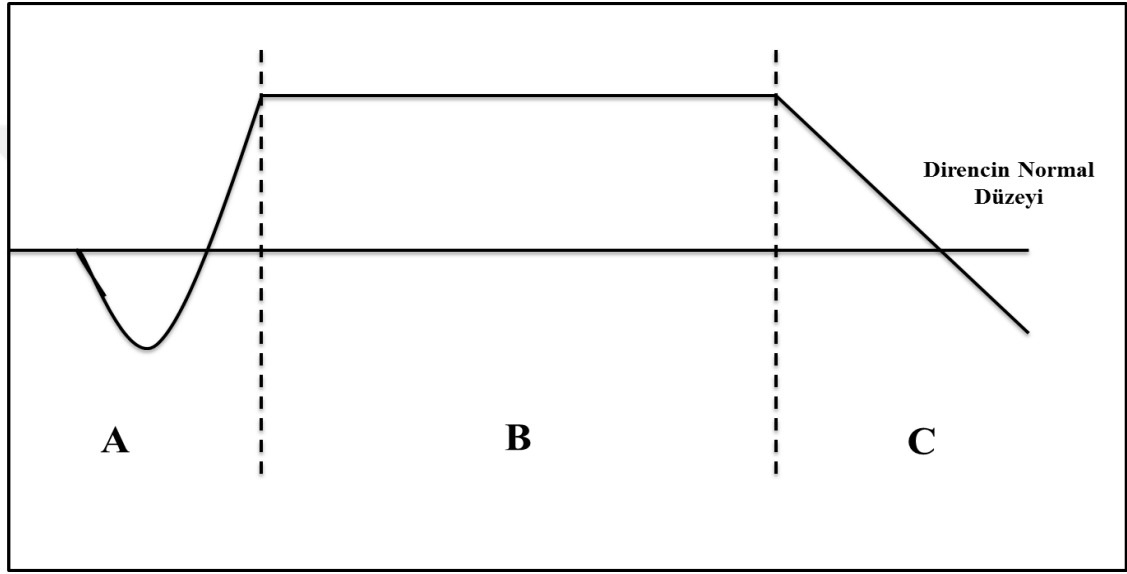
2.2.1. Stres

Bireyin yaşantısının her alanında stres hayatın doğal bir parçası haline gelmiştir. Hayatın içinde gelişen olumlu ya da olumsuz bütün olaylar strese neden olabilmektedir. Bireyin uyarılması ile ortaya çıkan fizyolojik ve ruhsal tepkiler, daha önce var olmayan bir duruma yönelik genellikle tehlike işareti olarak algılanan durumlara yönelik olarak gösterilir (Ertekin, 1993).

Latince “estricia” kelimesinden türetilen stres kavramı, baskı yapmak, yüklemek ve zorlamak anlamları karşılığında kullanılmaktadır. Türkçeye yüklenme ve zorlanma olarak çevrilen kavram, organizmanın dengesini veya düzeni bozan uyarıların (stressor agent) etkisini açıklamak için kullanılmaktadır. Belirli bir düzeydeki stres, organizmanın uyumunu sağlaması için gereklidir. organizmanın belirli engelleri aşması için bu güdüye ihtiyacı vardır. Buna göre stres, dış ve iç uyarıların tarafından bireyin tehdit edilmesi sonucunda meydana gelen fiziksel ve psikolojik aşırı uyarılmadır (Köknel, 1998).

Fizik biliminde kullanılan stres kavramının psikoloji biliminde kullanılması üç ana başlığı kapsamaktadır. Bunlar, organizmanın normal dengesini bozan anormal durumlara karşı verilen cevap, dış çevreden gelen uyarıcılara karşı organizmanın direnmesi ve bireyin gerilim içinde dengesinin bozulmasına neden olan fiziksel ve psikolojik uyarıcıların bulunmasıdır (Okutan ve Tengilimoğlu, 2002).

Stresin bilimsel olarak bugünkü anlamı ile genel çerçevesini çizen ilk bilim adamı ise Hans Selyedir. Selye, organizmanın çevresel etkilere bağlı olarak verdiği cevapları “Genel Uyum Sendromu” olarak tanımlamıştır. Bilimsel deneyleri sonucunda bireyler, herhangi bir stres oluşturan durum karşısında üç aşamalı bir süreç yaşamakta ev cevap vermektedir. Bu aşamalar, Alarm tepkisi, Direnç Dönemi ve Tükenme Dönemidir (Şahin, 2010).



Şekil 1. Hans Selye'nin Genel Adaptasyon Sendromunun Üç Düzeyi

Kaynak: Baltaş A. ve Baltaş Z. 2008, Stres ve başa çıkma yolları, İstanbul, Remzi Kitabevi, s.26.

Stres, organizmanın ruhsal ve fiziksel sınırlarının zorlanması ve tehdit ile ortaya çıkmaktadır. Dengenin bozulması ile birlikte organizmanın canlılığını korumak için mücadele etmesi tepki vermesini sağlamaktadır. Bu tepkinin ilk adımı Alarm Reaksiyonudur. Bu aşamada, stresör olan durum algılanır ve fiziksel tepki verilir. Direnç Dönemi ise vücudun direncinin normalin üstüne çıkması ve var olan duruma karşı uyum sağlamasına yol açmasıdır. Tükenme Dönemi ise bireyin uyum yeteneğine ve performansına bağlı olarak sınırlı enerjisinin tükenmesidir. Bireylerin hastalığa en yatkın oldukları dönem olarak Tükenme Dönemi, geriye dönüşü olmayan olumsuz etkilerin ortaya çıkmasına neden olur (Baltaş ve Baltaş, 2008).

Psikolojik terimler sözlüğünde stres, “bir organizmanın, üstesinden gelmesi gereken yeni koşullar karşısında verdiği tepki” olarak tanımlanmaktadır (Erkuş, 1994). Belirli bir düzeydeki stres yapıcı stres olarak tanımlanır ve bireyin çevreye uyumunu kolaylaştırır. Yüksek düzeyde stres bireyin dikkatini belirli bir noktaya odaklanmasını gerektirmektedir. Bu durum bireyin enerjisini azaltarak performansını etkiler. Yıkıcı stres ise bireyin fiziksel, ruhsal, toplumsal ve bilişsel sağlığını tehlikeye düşürerek sağlıklı olmasına neden olur (Baltaş ve Baltaş, 2008).

Organizmayı zorlayan iç ve dış uyaranların neden olduğu durum karşısında bireyin yetersiz kaldığı duygusu stres altında olduğunu göstermektedir. Stresörlere bağlı olarak fizyolojik ve psikolojik tepkiler bir tepki olarak bireyin korunmasına yöneliktir. Yararlı tepkiler olarak nitelendirilen bu durumun devam etmesi halinde stres bedende kalıcı etkilere neden olmakta fizyolojik refleks yerini ruhsal ve bedensel sorunlara bırakmaktadır (Özmen ve Önen, 2005). Bireyin yaşantısının her anında karşılaştığı uyarıcıların etkisi ile değişime uyum sağlamak için verdiği mücadele özgül olmayan bir cevap olarak tanımlanmaktadır. Stres, bireyin sağlığına olumlu ya da olumsuz etkileri olan bir durum olarak bireyin verdiği tepkidir. Bu tepkinin bedeni canlı tutmaya yarayan etkisi ile uzun süre devam etmesi zihinsel, duygusal ve fizyolojik olarak olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (Önem Akçakaya, 2014).

Sonuç olarak stres, bireyin baskı altında kalarak verdiği cevapların süresinin uzaması nedeniyle oluşan kaygı ve gerginliğin bireyde hiçbir şey yapmama, tutarsız davranma gibi davranışlarına neden olan bir tepkiyi ifade etmektedir. Bireylerin stresörlere verdikleri cevapların birbirinden farklı olması, kendilerini etkileyen olay ya da durumları farklı algılamalarından kaynaklanmaktadır. Bireylerin içinde yaşadıkları toplumsal normlar, cinsiyet, eğitimi gibi sosyodemografik özellikler stres düzeylerinin farklılaşmasına neden olmaktadır (Şahin, 2010). Bireyin stres yaşamasına neden olan beş ana faktörden söz edilebilir (Baltaş ve Baltaş, 2008):

Fiziksel Çevreden Kaynaklanan Stres: Bireyin içinde bulunduğu fiziksel ortamın özeliği olarak gürültü, kalabalık, hava kirliliği, sıcaklık ya da soğukluk gibi nedenlere dayalı stres.

İş Ya Da Uğraşılan Konudan Kaynaklanan Stres: Bireyin çalıştığı işe yönelik olarak yaşadığı baskı nedeniyle oluşan strestir. Bu stresin nedenleri arasında ağır iş yükü, işyerinin fiziksel özellikleri, iş yerinde bireyler arası ilişkiler, psikolojik taciz, görev ev sorumlulukların fazla olması gibi nedenler sayılabilir.

Günlük Stres: Bireyin yaşamı süresince karşılaştığı durumlara bağlı olarak gelişen ve bireyler arası ilişkilerin neden olduğu strestir. Bireyin yaşamı içinde beklenti ve isteklerinin karşılanmaması nedeniyle oluşan strese ek olarak sınırlı bir zaman diliminde gündelik hayatını sürdürürken oluşan stres günlük strese örnek olarak gösterilebilir.

Gelişimsel Stres: Bireyin gelişimsel dönemlerine ait ve o dönemin özelliklerini yansıtan strestir. Bebeklik, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik ve yaşlılık dönemlerine ilişkin stres faktörleri bireyin zorlanmasına neden olmaktadır. Birey, fizyolojik ev psikolojik gelişimine bağlı olarak stres verici durumlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Örneğin ergenlik döneminde yaşanan stres ve bireyin menopoza ve andropoza girmesiyle yaşanan stres gelişimsel stresin örneklerindedir.

Travmatik Stres: Bireyin hayatında meydana gelen travmatik bir olay karşısında oluşan tepkilerdir. Doğal afetlere bağlı olarak yaşanan stres, bireyin geçirdiği kaza sonrası yaşana stres önemli travmatik stres kaynağıdır. Birey travmatik olay ile karşı karşıya geldiğinde öncelikle ne yapacağını bilemez. Risk faktörlerin bağlı olarak pasifleşen bireyin olayları algılayıp stres neden olan faktörler ile başa çıkması zaman alabilmektedir. Birey travmatik stresi ya önler ya da bun bağlı olarak psikolojik tepkiler ile beraber yaşar.

2.2.2. Stresle Başa Çıkma

Stresle başa çıkma en genel tanımıyla bireyin strese neden olan faktörlerin fiziksel ve psikolojik etkileri azaltmak amacıyla yöneldiği tutum ve davranışları olarak tanımlanmaktadır (Baltaş ve Baltaş, 2008). Stresle başa çıkma öncelikli olarak bireyin sağlığını olumsuz olarak etkileyen durum ve olayların algılanması ve farkına varılması ile başlar. Stresle başa çıkma bireyin var olan stresin etkilerinin azaltılması ya da yok edilmesi için tepkilerini değiştirmesine yarayacak özgül becerileri kazanması ile elde edilir (Özmen ve Önen, 2005).

Folkman ve Lazarus (1988) stresle başa çıkmayı, bireylerin stresli bir durumla karşılaştıklarında kendi kendilerince ürettikleri ve çevrelerinden gelen taleplerin üstesinden gelebilmek için geliştirdikleri bilişsel davranışlar ve çabalar olarak tanımlamaktadır. Stresle başa çıkma problem odaklı ve duygu odaklı olmak üzere iki başlık altında sınıflandırılmaktadır (Türküm, 1999). Stresle başa çıkma bir anlamda “savaş ya da kaç” tepkilerinin bozulan dengenin tekrar eski düzeyine gelebilmesi için verilen tepkilerin bilişsel düzeyde değerlendirilmesi ile oluşmaktadır (Şahin, 2010). Bireyin olağandışı olarak tanımladığı tehdit edici duruma karşı geliştirdiği tepkiler bir diğer ifade ile nasıl bir tepki vermesini gerektiğini düşünerek değerlendirmesi ve uygulaması stresle başa çıkma süreci olarak tanımlanmaktadır. Stresle başa çıkma bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını koruması için gerekli olan tutum ve davranışların duruma uygun çözümler olup olmasını değerlendirmesi ve kendisini kötü hissetmesine karşı kullandığı davranışsal yaklaşımlardır (Palancı, 2000).

Her birey hayatının kontrolünü eline almak için elde ettiği bilgi ile stresin verdiği zararları ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. Hayatın daha zengin ve doyumlu yaşanması için yapılan bu çabaların temel özelliği düşünsel olarak girişimde bulunma isteğidir. Öğrenmenin bilgi düzeyinde olan sürekli değişimler olarak değerlendirildiğinde stresle başa çıkma becerisi öğrenilebilir tavır ve davranışları kapsamaktadır (Baltaş ve Baltaş, 2008).

Başta çıkma kavramının işlevsel ve kuramsal pek çok tanımın yapılmasına karşın, genel eğilim başta çıkmanın psikolojik sıkıntı ya da strese yol açan öncüllerin/kaynakların azaltılmasıyla ilgili bilişsel ve davranışsal tepkilerden oluşan dinamik bir süreç olduğu şeklindedir. Bunun yanında tanımlamadaki çeşitlilik, başta çıkma tepkilerinin farklı şekillerde sınıflandırılmasına neden olmuştur. Literatürde stresle başta çıkma yaklaşımlarının pek çoğu Lazarus ve Folkman’ın (1984) başta çıkma modelini temel almaktadır. Bireylerin stresle başta çıkma tutumlarının birbirinden farklılaşması problem odaklı ve duygusal odaklı başta çıkma başlıkları altında değerlendirilmektedir (Bacanlı, Sürücü ve İlhan, 2013).

Bireylerin stresle başta çıkmalarının iki ana önemli süreci bulunmaktadır. Bunlardan birincisi dolaysız eylem diğeri ise etkinin azaltılmasıdır. Dolaysız eylem, bireyin, sosyal ilişkilerini kendi lehine düzenleme çabasıdır. Buna göre birey stres

karşısında saldırganlık, kaçma ya da hareketsizlik benzeri davranışlardan birini seçebilmektedir. Stresin etkisinin azaltılması ise semptomatik ve psöşik davranışlar olmak üzere ikiye ayrılır, sakinleştirici hap kullanmak semptomatik davranışa örnek gösterilebilirken bastırma, yansıtma ve mantığa büründürme gibi davranışlar ise psöşik davranışlardır. Folkman ve Lazurus stresle başa çıkma davranışlarını sekiz maddelik bir süreç ile açıklamışlardır (Akyol, 2016):

- Üstüne Giderek Başa Çıkma: Strese neden olan olay ve durumların değiştirebilmek için direnç göstermek ve başa çıkmak için mücadele etmeyi göz alarak atılgan bir tavır sergilemek,
- Uzak Durmak: Strese neden olan durumun öneminin azalması için var olan durumdan uzak durmak ve ilgilenmemek,
- Kendini Kontrol: Bireyin strese neden olan faktörlerden çok kendini kontrol ederek tutum ve davranışlarını stresin olumsuz etkileri önleyecek şekilde geliştirmek,
- Sosyal Destek Arama: Bireyin toplumsal ilişkilerini kullanarak stresin olumsuz etkilerini önlemeye yönelik sevgi ve bilgidan yararlanması,
- Sorumluluğu Kabul Etme: Stres neden olan durum karşısında bireyin görev ve sorumluluklarını kabul etmesi,
- Kaçınma: Stres yaratan durumdan kaçmak veya uzak durmayı içerir.
- Problem Çözme Planları: Stresli durumu değiştirmek için bireyin harekete geçmesi ve bir girişimde bulunmasıdır.
- Olumlu Değerlendirme: Stresli durum karşısında din gibi manevi bir güce odaklanmaktır.

Baş çıkma tutumlarının oluşması için baş çıkma tarzlarının hangi durumlarda kullanıldığı ve tekrarlandığı önemli olmaktadır. Bireylerin stresle baş çıkma durumuna ilişkin bilgiler geliştikçe bilişsel ve davranışsal stratejiler de gelişmektedir. Temelde, probleme yönelik ve duygulara yönelik baş çıkma yöntemleri zaman geçtikçe, sürece

yönelik ve kaynaklara yönelik başa çıkma tarzlarının gelişmesine neden olmuştur. Kuramsal çalışmaların bir diğer özelliği de dinamik bir etkileşim içinde olan başa çıkma tutumlarının bireyin her duruma özgü bir değerlendirme içinde olması ve davranışlarını buna göre belirlemesidir (Şahin ve Durak, 1995).

2.2.3. Stresle Başa Çıkma Tutumları

Stresle başa çıkma tutumları birbirinde altı adet birbirinden farklı tutum ile belirlenmiştir. Bu tutumlar, aktif planlama, dış yardım arama, dine sığınma, kaçma-soyutlama (duygusal-eylemsel), kaçma-soyutlama (biyokimyasal) ve kabul-bilişsel yeniden yapılandırma'dır.

2.2.3.1. Aktif Planlama

Aktif planlama bireylerin strese neden olan durumu kontrol edebileceklerine yönelik eylemlerini içermektedir. Bireyler aktif planlama tutumu ile karar vererek eyleme geçerken sorunun varlığını kavrama, algılama, analiz etme ve sorunu çözmeye yönelik davranışlarda bulunurlar (Uçman, 1990). Bireyin aktif planlama ile stresle başa çıkma tutumu, strese neden olan olaya yönelik doğrudan eyleme geçmesini gerektirmektedir. Bu amaçla birey öncelikle eylemlerini planlamak için soruna odaklanmak zorundadır. Bu odaklanma problemi çözme isteğinin gücünden kaynaklanır ve bilişsel düzeyde rasyonel adımlar ile yöntemleri içerir (Özbay ve Şahin, 1997). Bireyler aktif planlama tutumu ile soruna yönelik bir şeyler yapma isteği içindedir. Problem çözme sistematığı olan bireylerin başarılı olduğu bu tutumda, birey olay ve olgulara yönelik müdahale etme isteği içindedir.

Aktif planlama belirli aşamalardan oluşmaktadır. İlk adım olarak problemin nasıl çözüleceğine yönelik düşünsel eylemlerin olayın üzerine odaklanması ve bir plan hazırlanması gerekmektedir. Odaklanılan problem dışındaki problemlerin bir kenara bırakılması ve zamanlama önem taşır. Birey elde ettiği bilgi ile yeni şeyler öğrenirken strese neden olan olaya yoğunlaşma ve enerjisini yöneltme ile eyleme geçer (Aslan, 2007).

2.2.3.2. Dış Yardım Arama

Stresle başa çıkmada dış yardım alma tutumu, problemin çözümüne yönelik olarak sosyal ilişkilerle dış yardım almayı araçsallaştıran bir tutum olarak dış yardım talebi ve duygusal dış yardım eğilimi olarak ikiye ayrılmaktadır. Bu tutum bireylerin bilişsel, duygusal ve fiziksel olarak dış yardım almasını kapsamaktadır (Özbyay ve Şahin, 1997).

Dış yardım sosyal desteği ifade etmektedir. Bireyler yaşamın her alanında kurdukları toplumsal ilişkiler ile stresle başa çıkma stratejileri geliştirebilirler. Bireyin sosyal desteğe olan ihtiyacı ihtiyaçlar hiyerarşisinde var olan adımlardan ait olma, sevgi ve takdir görme ve kendini gerçekleştirme boyutlarının karşılanması için sosyal ilişkilerin kullanılmasıdır. Bireyler strese neden olan olaya yönelik olarak aldıkları dış yardım ile daha düşük düzeyde strese sahip olmaktadır (Ekici ve Ekinci, 2003). Dış yardım alamda temel amaç bireysel olarak başa çıkılamayan durumlarda alınan sosyal destek ile problemin çözülmesini sağlanması ya da stres düzeyinin azaltılmasıdır (Artan, 1986).

2.2.3.3. Dine Sığınma

Bireylerin hayatın içinde karşılaştıkları problemlerle başa çıkmasında dini inançları ve dini pratiklerden yararlanması oldukça olağan stresle başa çıkma tutumlarından. Çaresizlik ve korku içindeki insanın sığınacağı din inancı problemlerle başa çıkmasına yardımcı olmaktadır. Bireyin iç ve dış dünyasının oluşturduğu stresin kontrol altına alınması için dini bilgileri kullanması olaylara karşı pozitif yaklaşımı desteklemektedir (Karakaş, 2014). Dine yönelme ilahi bir gücün varlığından destek alma ve dua ve yakarışlar ile yardım bekleme davranışlarını kapsamaktadır. Stresle başa çıkmada dine yönelmenin en önemli özelliği bireyin ruh dünyasını zenginleştirilmesi, olaylara karşı soğukkanlı ve olumlu yaklaşmayı desteklemesi ve etkin bir çözüm olarak yardım alacağına inanması yatmaktadır (Sunmaz, 2001).

Hayatının en zor olaylarını yaşayan bireyler için dine sığınma ve dua, bireyin rahatlamasına izin veren ruh durumunun oluşmasına olanak vermektedir. Özellikle

travmaya ya da hasatlığa bağlı olaylarda yaşanan stresle başa çıkma tutumu olarak bireyin yaşadığı baskıyı azaltmanın bir yolu da ilahi bir güç olarak tanımlanan tanrıya bağlanmasıdır. Derin anlamlar, olağanüstü güçler ve öte dünyacı bir bakış açısı bireyin iyilik halini desteklerken kendileri için güç kaynağı olmaktadır. Dine bağlanmanın stresle başa çıkma tutumu olarak seçilmesinin bazı avantajları aşağıda gösterilmektedir (Bahadır, 2002):

- Dini inancı olan bireylerin stres düzeyleri daha düşüktür.
- Dini inanç özellikle stres ve psikosomatik hastalıklara karşı koruyucu bir faktördür.
- Dini inanç, güven ve umut duygusunu besleyerek bireyin normale dönüşünü hızlandırır.
- Dini inanca sahip olan bireyler, ölüm, hastalık vb. olaylar karşısında daha rahattır. Ölüm korkusuna yönelik duygular dini duygular ile iyileştirilir.
- Dini inançlar bireyin ruhsal durumuna destek olan güç kaynağıdır.

Dine sığınma bireyin rahatlaması için önemli bir yöntemdir. Toplumsal sistemin bir parçası olan din, kendini ilahi bir güce teslim eden birey için stresli anlarda rahatlatma hissi oluşturmaktadır (Kula, 2002).

2.2.3.4. Kaçma-Soyutlama (Duygusal-Eylemsel)

Kaçma ve soyutlama en basit anlamıyla bireyin kendine stres oluşturan olaylara karşı kendisini soyutlamasıdır. Pasif bir şekilde ortaya konulan bu eylemlerde birey kendisini var olan stres kaynağından soyutlamak için farklı konulara odaklanır. Zihnini farklı konularla meşgul eden, rahatlamak için ağlayan ve stresin oluşturduğu durumu unutmak için farklı aktivitelere katılan bireyler çoğu zaman var olan durumun gerçek olmadığına ilişkin duyguda oluşturabilmektedir.

2.2.3.5. Kaçma-Soyutlama (Biyokimyasal)

Kaçma-Soyutlamanın biyokimyasal biçimi ise özellikle sigara kullanımı ile başlayan alkol ve uyuşturucu kullanmaya kadar giden yönelme davranışlarını içermektedir (Palancı, 2000). Kaçma soyutlama stratejisi, keyif verici maddelerin kullanımı ile bireylerin strese neden olan olaydan kendini soyutlaması için pasif davranışlar göstermesidir. Burada amaç sorunun analizi ya da çözümü değil, var olan durumun bireyin zihninde yer almamasını sağlayacak biyokimyasal maddelerin kullanılmasıdır.

Biyokimyasal maddelerin keyif, ferahlık ve mutluluk vermesi bireylerin bu tür maddeleri kullanmasına neden olmaktadır. Bu maddelerin kullanımı geçici bir süre bireyin rahatlamasına izin vermesine karşılık alınan maddeye karşı toleransın gelişmesi nedeniyle giderek artan dozlarda alınması huzursuzluk, saldırganlık ve hastalıklara neden olabilmektedir (Yıldırım, 2015).

2.2.3.6. Kabul-Bilişsel Yeniden Yapılandırma

Bireyin Kabul-Bilişsel Yeniden yapılandırma tutumuna sahip olması, var olan sorunun kabul edilip bilişsel düzeyde çözüm yollarının aranmasını gerektirmektedir. Strese neden olan olayın eksiksiz ve yanlışsız olarak yorumlanması ve bu yorumlama süreci sonunda durumun ten olarak ortaya konması ile zihinsel değerlendirme sonucunda başa çıkma yöntemlerinin tekrar düzenlenmesidir.

Stresle başa çıkmada gösterilen bu tutum, kişinin çevresinden aldığı tepkiler ve davranışlarının sonuçları neticesinde bilişsel değerlendirme sürecini yeniden düzenlemesidir. Bilişsel yeniden yapılandırmada temel kaideler korunarak ya da çok ihtiyaç duyuluyorsa değiştirilerek amaca uygun yeni bilişsel yapılanmalar, inşa edilir (Palancı, 2000). Birey strese neden olan olayı aktif planlama ile kontrol altına alamayacağı bilgisini kabullendiği andan itibaren zihinsel yeniden yapılanma ile stresörlerin neden olduğu olumsuz durumu yeninden tanımlayarak farklı bir yönüne odaklanmaya çalışacaktır. Bu odaklanma zihnin tekrar düzenlenmesi ve düşüncelerin yeni bir bakış açısı ile tekrar değerlendirilmesidir (Uçman, 1990).

2.3. Depresyon

2.3.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon ya da ruhsal çökkünlük, psikoloji biliminde üç farklı aşamada tanımlanmaktadır. Bunlardan birincisi her insanın yaşayabileceği normal duygusal bir durum olarak hüznünlü durumudur. Ruhsal bir belirti olarak depresyon, üzüntü ve mutsuzluğun belirtisi olarak depresif bir atağa işaret eder. Üçüncü tanımda ise psikiyatrik bir hastalık vardır ve döngüsel bir nitelik taşıyan ruhsal bozukluğu tanımlamak için kullanılır (Türkçapar, 2018: 19).

Depresyon modeli olarak 1960'lı yılların başında Beck tarafından ortaya atılan bilişsel-davranışsal yaklaşımda depresyonun üç ana boyut ile belirlendiğini ileri sürülmüştür. Bilişsel üçlü, şemalar ve bilişsel hatalar. Bilişsel üçlü, bireyin kendisine yönelik olumsuz bakış açısı, deneyimlerini olumsuz yorumlaması ve gelecekle ilgili karamsarlığıdır. Depresif sendrom, bireyin kendisine acı verici şematik bilişsel örüntüler ile belirlediği bilişlerinin etkisidir. Olumsuz şemalar bireyin düşüncesine hakim olur ve rasyonel olmayan bilişsel eylemler bireyin, seçici soyutlama, kişiselleştirme ve mutlakçı düşünce benzeri olumsuz düşüncelerin geçerliliğine inanmasına neden olur. Depresyon bu üçlü birey üzerindeki etkisine bağlı olarak, hafif, orta ve ağır olabilir (Arkar, 2012).

Depresyon tanımın en sorunlu yanı; depresyon olarak tanımlanan klinik durumun çok geniş bir yelpazeye sahip olmasıdır. Ancak, majör depresif bozukluk olarak günümüzde en sık karşılaşılan klinik sorunlardan birisi olan depresyon, major depresif bozukluk durumu oluşuncaya kadar kolay kolay fark edilmeyen bir klinik tablodur. Major depresif bozukluk ise, hastaların sadece %10-15'inde görülmektedir (Gönül, 2012).

Sungur (1994), Beck tarafından açıklanan modelde depresyonu, zayıf sosyal ilişkilerin etkilediği ve bilginin irrasyonel işlenmesi ile oluşan fonksiyonel olmayan şemalar ile açıklar. Bu tanıma göre, birey, olaylara yönelik olumsuz otomatik düşünceleri ile depresif belirtiler göstermektedir.



Şekil 2. Beck'in Bilişsel Depresyon Basamakları

Kaynak: Sungur Z. M., 1994. Kognitif Görüş Bağlamında Depresyon ve Antisipasyon. 3P-Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi, 2 (Ek 4), s.8.

Şekil 2'ye göre birey zayıf sosyal ilişkileri ile gerçeği yansıtmayan ve sorgulanmayan şema ve olayları olumsuz otomatik düşünceler ile depresyon yaşar. Buna göre, çoğu zaman düşünce bozukluğu olarak tanımlanan depresyon, bireyin düşünce içeriğini yanlış yorumlaması, olumsuz durum ve şartlara koşullanması nedeniyle karamsar ve üzgün olması durumudur.

Tıbbi bir hastalık olarak depresyon kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir. Ancak bu durum erkeklerin depresyon tablosunu yaşamadıkları anlamına gelmez. Yapılan araştırmalar her dört kadından birinin ve her sekiz erkekten birinin hayatından bir kez depresyona girdiği tespit edilmiştir (Hölzel vd. 2016). Günümüz toplumunun en önemli sorunlarının başında gelen depresyonun yaygınlığı giderek artmaktadır. Bireylerin yaşadığı depresyonun kronikleşmesi, intihar davranışlarının yaygınlığının artması, davranışlardaki bozulmalar nedeniyle yaşanan ekonomik kayıplar depresyonun özellikle major depresyon üzerine çalışmaların artmasını sağlamıştır (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015).

2.3.2. Depresyonun Tam Kriterleri

Depresyon DSM V'e göre bireyin işlev kaybı yaşadığı bir durum olarak başka bir ruhsal bozukluk ile açıklanmayan durumu olarak tanımlanmaktadır. Depresyon tanısının konabilmesi için aşağıdaki semptomların en az beşinin on beş gün süre ile bulunması gerekmektedir (Özen, 2015):

- Depresif duygudurum,
- Anhedoni, ilgi-istek azalması,

- İştah azalması ya da artması,
- Uyku azalması ya da artması,
- Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon,
- Enerji azalması, yorgunluk,
- Suçluluk, değersizlik hissi,
- Konsantrasyon güçlüğü,
- İntihar eğilimi.

Depresyonun tanılanmasında genellikle dört ana başlık önem arz etmektedir. Bunlardan birincisi Bireyin yaşadığı duygu durumudur. Depresyon yaşayan insanların dışardan görülebilecek şekilde halsiz ve mutsuz olduğu ve bu durumun sürekli gerçekleşmesidir. İkinci tanı sınıflandırması ise bilişsel nedenlere bağlıdır. Birey kendisini işe yaramaz ve değersiz hissetmekte ve düşüncelerini sürekli olarak olumsuz durumlara yormaktadır. Üçüncü tanılama grubu ise, depresyonlu hastaların yemek yeme problemleri yaşaması ve uykusuzluk durumu önemli bir sorun alanını temsil eder. Son olarak depresyon bireyin davranışlarının yavaşlamasına hareketlerinin ve algısının azalmasına neden olmaktadır (Gönül, 2012).

Depresyon psikiyatrik rahatsızlık olarak sendrom tanımına uymaktadır. Depresif sendrom, belirli bir bozukluk ile ortaya çıkan bulgu ve belirti topluluğu olarak belirtileri tanımlamaya uygun ölçüte dayanmaktadır. Depresyonun ölçülenmesinde kullanılan kriterler, süresi ve etkileri belirli bir temele dayanır ve klinik araştırmalar ile gözlemlenebilir (Türkçapar, 2018: 27).

2.3.3. Depresyonun Nedenleri

Bireyin depresyon yaşaması tek bir neden bağlı değildir. Depresyonun, birbiri ile ilişkili pek çok neden bağlı olduğu ve bu nedenlerin bir araya gelmesi ile oluştuğu bilinmektedir. Bu nedenler, biyolojik nedenler, fizyolojik nedenler ve fizyolojik nedenler ve sosyal ve kişiliğe bağlı nedenler olarak sınıflandırılabilir.

2.2.3.1. Biyolojik Nedenler

Günümüzde yapılan araştırmalarda depresyona neden olan en önemli faktörün biyolojik nedenler olduğu tespit edilmiştir. Özellikle, serotonerjik ve noradrenerjik sistemler olmak üzere beyindeki nörotransmitterlerle ilgili işlevsel bozuklukların depresyonda rol oynadığı düşünülmektedir. Serotonin, Noradrenalin, Dopamin gibi hormonların eksikliği yada düzeylerinin düşüklüğü depresyona neden olabilmektedir. Ayrıca depresyonlu hastalarda santral sinir sistemi'nin hem fizyolojisinde hem de patofizyolojisinde önemli roller üstlenen Glutamat düzeyi ile depresyon arasında ilişki bulunmaktadır (Çelik ve Hocaoğlu, 2016).

Depresyonun etiolojisinde nörobiyolojik nedenlere bağlı etkiler ağırlıklı olarak öne sürölmektedir. Biyolojik nedenlere bağlı olarak noradrenerjik sistem, serotonerjik sistem, nöropeptidler, genetik geçiş modeli, glutamaterjik sistem, nöroendokrinolojik faktörler, nöroplastisite ve nörotrofik faktörler, hücre içi bağlantılar ve nöroanatomik bağlantılar örnek olarak verilebilir (Atalay, 2009).

Kalıtım, depresyonun önemli bir nedenidir. Bireyin ailesinde birinci derecede akrabalarında depresyon geçirmiş bir hastanın bulunması, risk olasılığını arttırmaktadır. Genetik aktarım konusunda getirilen eleştiri ise, depresyonun kan bağından kaynaklanan bir aktarımla mı gerçekteştirildiği yoksa sosyal öğrenme kuramına uygun olarak ailesi ile birlikte yaşayan bireylerin depresyon davranışlarını öğrendiği konusunda olmaktadır. Ayrıca, biyolojik nedenler içinde sayılabilecek nöroadrenalin ve serotonin dengesizliği ile depresyon arasında ilişki bulunmaktadır (Gezer, 2008).

2.3.3.2. Fizyolojik Nedenler

Depresyona neden olan fizyolojik nedenlerin başında kronik bir seyir izleyen fiziksel hastalıktır. Bireylerin yaşadıkları engellilik veya kanser hastalığı gibi uzun süren sorunlar ile bireylerin duygu durumları bozulabilmektedir (Hölzel vd. 2016). Özellikle bazı hastalık grupları depresyonu tetiklemektedir. Diyabeti kanser, cilt hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları ve engellilik durumu psikososyal bir sonuç olarak depresyona neden olabilmektedir. Bu hastalıkların uzun sürmesi ve tedavilerinin

genellikle yetersiz kalması bireylerin sosyal izolasyona uğramasına ve depresyon riskinin artmasına neden olmaktadır (Özdemir ve Taşçı, 2013).

Depresyonun ortaya çıkmasına neden olan faktörlerden birisi de genetik nedenlerdir. Anne ve babalarında depresyon hastası olanların depresyona yakalanma riski olmayanlara göre yüksektir. Birinci derecede yakınlarda var olan depresyon, ailenin genetik özelliklerine bağlı olarak depresyon yatkınlığını göstermektedir (Çelik ve Hocaoğlu, 2016).

2.3.3.3. Sosyal ve Kişiliğe Bağlı Nedenler

Cinsiyet değişkenine bağlı olarak yapılan araştırmalarda kadınların erkeklerden daha fazla depresyona yakalandığı tespit edilmiştir. Kadınların erkeklerden neredeyse iki kat daha fazla depresyon riski taşımaktadır. Bireyin içinde bulunduğu ekonomik yetersizlik depresyon riskini arttırırken, ailede daha önce depresyon geçirmiş birinin olması da depresyon riskini arttıran unsurlardandır. Günümüzde çocuk ve ergenlerin de dahil olduğu hatta gruplarında yoğunluklu olarak 35-45 yaş arası kadınlar ve 55-70 yaş arası erkekler depresyon geçirme ihtimali yüksek gruplar olarak gösterilmektedir (Met

Depresyonun bekar bireylerde daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Ancak hiç evlenmemiş bireylerde boşanmış, dul ya da ayrı yaşayan bireylere oranla daha az depresyon vakasına rastlanmaktadır. Yaşlılar ve evli olmayanlarda ile evli olanlardan daha fazla depresyon görülebilmektedir (Çelik ve Hocaoğlu, 2016). Düşük gelir grubunda bulunmak ve bireylerin ekonomik açıdan yetersizlikler içinde bulunması ve işsizlik önemli bir risk nedeni olarak sayılmaktadır. Satın alma gücü düşük ve ekonomik zorluk taşıyan bireylerde görülen depresyonun herhangi bir iş ile uğraşanlardan iki katı daha fazla depresyon oranına sahip oldukları tespit edilmiştir (Çelik ve Hocaoğlu, 2016).

Psikososyal nedenler arasında sayılabilecek olan sorunlar arasında işsizlik, ekonomik sorunlar, aile içi iletişim sorunları, sevgisizliktir. Bu sorunların yanından iş yerinde yaşanan stres ve başarısızlıklar da depresyonun önemli nedenleri arasında gösterilmektedir. Bireyin sosyal dengesini bozan ve benliğini parçalayan yıkıcı olaylar depresyonun tetikleyicisi olarak gösterilmektedir. Çok sevilen bir kişinin kaybedilmesi,

başarısızlıklar depresyon oluşturan psikososyal faktörlerdir (Sayıl, 2000). Depresyon oluşumunda psikososyal faktörlerin tek başına depresyona neden olması düşünülemez. Depresyon, pek çok olumsuz yaşam olayının birbirini etkilemesi ile zincirleme bir reaksiyon gibidir. Bireyin biyolojik yatkınlığı ve diğer nedenler bir araya geldiğinde depresyon epizodu başlayabilmektedir (Gezer, 2008). Bireyin kişiliğine bağlı olarak sosyal ilişkilerinin zayıf olması yalnızlaşmasına neden olabilmektedir. Bireyin çevresi ve geleceği ile ilgili olarak yaşadığı karamsarlık gerçek bir nedene bağlı olmasa bile kişilik yapısının uygunluğu nedeniyle depresyona girebilmesini sağlayabilmektedir. Bununla birlikte hiçbir kişilik özelliği tek başına depresyona yatkınlık açısından etkili değildir. Ancak depresyona yatkın olan kişiliklerin taşıdıkları ortak özellikler bulunabilmektedir (Öztürk, 2004).

2.3.4. Depresyonu Açıklayan Kuramlar

Günümüzde depresyonu açıklayan pek çok kuram bulunmaktadır. Bu kuramlardan en önemlileri Psikanalitik kuram, öğrenilmiş çaresizlik kuramı ve Beck'in Bilişsel Kuramıdır.

2.3.4.1. Psikoanalitik Kuram

Psikanalitik kuram Sigmund Freud tarafından 1917 yılında ortaya atılmış olan depresyonun bireyin kendisi için çok önemli bir kişiyi kaybetmesinden ortaya çıktığı görüşü ile kavramsallaştırılmıştır. Bireyin kaybettiği kişi nedeniyle kendisini suçlaması ve kendisine olan saygısını yitirmesi nedeniyle yaşadığı duygu durumu depresyon olarak tanımlanmıştır. Freud, depresyonun en temel belirtisi olan “kendini suçlama davranışları” bireyin kaybettiği nesneye yönelik olarak kendisine duyduğu öfke ile özdeşleşmesi olarak açıklanmıştır (Türkçapar, 2018: 43-44).

Özellikle bireyin gelişim sürecini etkileyen en önemli dönem olan oral dönemde aşırı bağlanma ve sevgi hissi ile duyarlı olduğu nesnenin kaybedilmesi olarak açıklanmaktadır. Depresyonda kayıp, gerçekte yaşanmış ya da gelişimsel nitelikte olabilmektedir. Gerçek ya da imaj olarak yaşanan kayıp duygusu, üstbenliğin, güçlü olması nedeniyle bilinçdışı nefretin dışa yansıtılamaması bireyin kendisini suçlama davranışı göstermesine neden olmaktadır. Psikanalitik kuramda üstbenlik, altbenlik,

benlik, yapıları arasındaki çatışmanın depresyona yol açtığı kabul edilmektedir (Balcıoğlu, 1999).

2.3.4.2. Öğrenilmiş Çaresizlik Kuramı

Öğrenilmiş çaresizlik ya da acizlik kuramı, bireyin belirli sorunların cevabını bilişsel düzeyde aramak yerine “kaderlerine rıza göstermek”, “ne yapılırsa yapılsın var olan durumun önlenemeyeceğine ilişkin görüşleri” ile şekillenmektedir. Birey, içinde bulunduğu durumdan kaçınmasının ya da kurtulmasının mümkün olmayacağını ilişkin görüşü, hiçbir girişimde bulunmamasına yol açmaktadır. Bireylerin engellenmesi ve yaşamları süresince engellenmesi depresyonun ana kuramlarından biri olarak gösterilmektedir (Cüceloğlu, 2012: 317-318).

Hayvanlara yapılan deneylerde kaçınma ya da girişimde bulunma davranışı gösterilmesinin acı bir şekilde engellenmesi üzerine kurulan yaklaşımda, bütün canlıların hayatları boyunca engellenmiş davranışlarının sonucu olarak, mücadeleyi bıraktıkları, umutsuzluk ve kederli bir durumda kalabildiklerini göstermiştir. Reaktif davranışın yetersiz kalabileceğine inanan insan, başına gelen durumlar ile baş edemeyen bir duruma kendini sokabilmektedir. Bu düşünceye sahip insanların çok rahat depresyona girdikleri görülmüştür (Balcıoğlu, 1999).

Kuram, çaresizliğin sonucu ortaya çıkan depresyonun özellikle gelişim sürecinde sürekli engellenen bireylerde görüldüğünü ortaya çıkarmıştır. Birey yorgun olduğunu ve sürekli olarak bir şey yapmak istemediğini beyan eder. Normal bir yaşam süremeyen bu bireylerin kendisine karşı geliştirdiği olumsuz duyguları öfke ve sinirlilik hali ile ortaya çıkmaktadır. Bireylerin öğrenilmiş çaresizlik ile yaşadıkları olayların sonrasında ortaya çıkan depresyon, her boyutta sağlıklı bir yaşam sürmelerini engellemektedir (Düzgün ve Hayalioğlu, 2006).

2.3.4.3. Beck'in Bilişsel Kuramı

Bilişsel kuramın Kurucusu Aaron T. Beck tarafından depresyonlar ilgili çalışmalar yürütürken kavramsallaştırılan yaklaşım, bireyin kendisi, çevresi ve geleceği ile ilgili olumsuz yargılara sahip olmasından kaynaklandığını ileri sürmektedir. Buna göre depresyonun temelinde düşünce bozukluğu yer almaktadır. Bireyin “yetersizlik”,

“suçluluk”, “hayatın kötülüğü”, “var olan durumun hiçbir zaman düzelmeyeceği” ile ilgili düşünceleri depresyona neden olur. Beck’e göre birey, düşünce içeriğinde oluşan kayıplar nedeniyle kendi mutluluğu için gerekli gördüğü her şeyi kaybetmiş algısına kapılır. Böylece hayatını tanımlayacak hedeflere yönelik olarak bir girişimde bulunmaz ve olumsuz sonuçları beklemeye başlar. Bu durum bireyim depresyona girmesinin bilişsel bozukluktan kaynaklandığına kanıt olarak sunulur (Türkçapar, 2018: 47).

Bilişsel yaklaşım açısından depresyon, düşünce bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Bireyin düşünce içeriğini yanlış yorumlaması, olumsuz durum ve şartlara koşullanması nedeniyle karamsar ve üzgün olmasının temel nedeni, olumsuz otomatik düşünceleridir. Depresif hastaların tedavisinde farklı ve yeni bir boyut kazandıran bilişsel yaklaşım, davranışsal olarak bireylerin tutum ve eylemlerinin değiştirilebileceğini savunmaktadır. Beck tarafından ortaya atılan kuram zaman içinde gelişmiş ve etkililiği kanıtlanmıştır.

Depresyonun bilişsel yaklaşıma uygun olarak tanımlanmasında bireyin sahip olduğu bilişler ve inançların önemli bir rolü vardır. Dolayısıyla fonksiyonel olmayan ve bireyin erken gelişim evresinden itibaren sosyal çevresi ile ilişkilerinin etkisi ile oluşan tutumların değiştirilmesi, hiç olmazsa etkilerinin azaltılması oldukça önemlidir (Duy, 2003). Depresyon tedavisi için etkin bir yöntem olarak gösterilen bilişsel-davranışçı terapi, bireyin olayları nasıl yorumladığı ve anlamlandığına ilişkin tepkisine yöneliktir (Bucks ve Dobson, 1998).

2.3.5. Depresyonun Sonuçları

Depresyon bireyin duygu durumunu, düşüncelerini, tutum ve davranışlarını ile fiziksel durumunu olumsuz etkilemektedir. Depresyon tablosu çoğu zaman bireyin yaşadığı mutsuzluk ve yorgunluk ile kendini belli etmektedir. Birey, bilişsel ve duygusal açıdan odaklanma sorunu, sosyal ilişkilerinde yetersizlik, değersizlik hissi ve konsantrasyon sorunu yaşamaktadır. Major depresyon hastalarında intihar eğilimi ise sık karşılaşılan bir durum olabilir. Depresyon fiziksel olarak, bireyin uyku düzenini bozar ve iştahının azalmasına neden olur (Hölzel vd. 2016).

Depresyonun birey üzerindeki en önemli sonucu yaşam içinde planlanan çoğu faaliyetin terkedilmesi ve planların kesintiye uğramasıdır. Deprese birey, hayattaki

bütün olumsuzluktan kendisini sorumlu tutarak kendini suçlama davranışı göstermektedir. Kendine güvensizlik bu kişilerin ortak özelliği olarak gösterilebilir. Hastaların kendilerini suçlama davranışı depresyonun şiddetine bağlı olarak artabilir ve mutsuzluk ve umutsuzluk bireyin düşüncelerine hakim olur. Bu kişilerin üstbenlik ve ego ideali doyumsuz bir duruma gelir ve durağanlık, harekete geçmeme, kararsızlık ve herhangi bir işte başarısızlığa uğrama düşüncesi yakınmalarının temel nedenidir (Dilbaz ve Seber, 1993).

Bireyin yaşadığı umutsuzluk, sosyal ilişkilerine de yansiyarak duygusal durumlarının bozulmasına neden olmaktadır. Bireyin çevreye karşı ilgisi kaybolur ve aşırı uyarılmadan kaynaklanan bir kötümserlik davranışlarının da kötüleşmesine neden olur. Halsizlik ve keyifsizlik depresyon hastalarında oldukça sık görülür. Depresif ruh haline sahip bireylerin tutum ve davranışlarındaki bozulma yakın çevresi tarafından kolaylıkla anlaşılabilir (Erözkan, 2004). Depresyon bireyi pek çok açıdan olumsuz etkilemektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre depresyonun fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal etkileri aşağıda gösterilmiştir (Türkçapar, 2018: 36-39).

- Depresyonun Fiziksel Sonuçları:
 - Uyku düzensizliği aşırı uyku hali ya da uyumama sorunu,
 - İştah düzeyinde dengesizlik,
 - Nedeni belli olmayan fiziksel ağrılar, baş ağrısı mide sorunları vb.
 - Enerji kaybı ve isteksizlik
- Depresyonun Bilişsel Sonuçları:
 - Odaklanma ve motivasyon sorunları,
 - Dikkat dağınıklığı ve unutkanlık,
 - Olumsuz şemalar
 - Bilişsel hatalar,
 - Seçici soyutlama ve kişiselleştirme
- Depresyonun Duygusal Sonuçları:

- Değersizlik hissi,
 - Umutsuzluk,
 - Suçluluk hissi,
 - Kararsızlık
 - Ölüm ve intihar düşüncesinin sürekli olma hali,
- Depresyonun Sosyal Etkileri:
 - Sosyal ilişkilerde yetersizlik,
 - Çevreye karşı ilgisizlik ve İçe kapanma,
 - Aşırı uyarılmışlık ve saldırgan tavırlar
 - Sessizlik.

Depresyonun hafif, orta ve şiddetli seyretmesine bağlı olarak sonuçları da birbirinden farklılaşmaktadır. Majör depresyonda bireyin işlevselliğinde kronik bir azalmanın görülmesi cinsel isteksizlik, iştah dengesizliği, hareketlerde yavaşlama ve bilişsel yeteneklerdeki ritm bozuklukları görülebilmektedir. Majör depresyon bozukluklarında bireyin intihara eğilimli olması da mümkündür (Örsel, 2004).

2.4. Kaygı

2.4.1. Kaygının Tanımı

Kaygı, insanın çevreye uyum sağlayabilmesine olanak tanıyan en temel duygulardan biridir. İnsanların, özellikle hayati tehlike oluşturan olaylar karşısında kaygı duymaları ve yaşamlarını sürdürebilmek ve olaylarla başa çıkmak için gereklidir. Bu anlamda kaygı, bireyin yaşadığı duruma yönelik olarak gösterdiği duygusal tepkidir (Koroğlu, 2007). Amerikan Psikiyatri Birliği kaygıyı benzer şekilde tanımlayarak kaygının var olan bir olaya yönelik bireyin çevre uyaranlarına bir tepki olarak verdiği tehlike sinyali olarak ifade etmiştir. Kaygı bireyin olayla bağıntısı olmayan içsel bir tepkisi olabildiği gibi çevre şartlarına bağlı olarak da gelişebilir (Bilgin, 2001).

Kelime anlamı olarak latince ‘anxiuos’ olarak açıklanan kaygı, nefesi kesilmek, boğulmak anlamına gelmektedir. Kelime anlamına uygun olarak kaygılı insanların

boğulma hissine denk gelen duygusal tepkiler verdikleri görülmektedir (Beck ve Emery, 2006). Bu nedenle, kaygı bireyin duygulanımı ve his durumu olarak bireysel varlığını tehlike altında olduğunu hissettiğinde ortaya çıkmaktadır. Ancak bireyin içinde bulunduğu kaygı düzeyinin belirlenmesi oldukça güçtür. Bunun yanında hemen hemen her insan için normal sayılabilecek kaygılanma hali genellikle de gösterebilir. Sınav kaygısı, çaresizlik, ölüm tehlikesi bunlardan bir kaçıdır (Cüceloğlu, 2012).

Kaygı en genel tanımıyla; bireyin dışarıdan gelen uyarıcılar ya da psikolojik olaylara verdiği bir cevap olarak tanımlanmaktadır. Dar anlamı ile kaynağı belirli ya da belirsiz olabilmesine karşılık insanın bilinçli bir şekilde hissettiği beraberinde fiziksel değişimlere de yol açan bir yaşantı biçimidir. Kaygının nedeni tam olarak belli olabileceği ve rasyonel faktörlere bağlanabileceği gibi gelecek kaygısı gibi bilinmeyen bir tehlikeye de işaret edebilir (Kaya ve Varol, 2004). Kavramsal açıdan korku ile kaygı arasındaki farkın belli olabilmesi için kaygının daha uzun süre devam eden bir ruh hali olduğu söylenebilir. Kaygı, çoğu zaman reel bir nedene bağlanmayan ve bilincin oluşturduğu imajinasyondan kaynaklanan ve oluşan durumun bilişsel düzeyde prova edilmesi olarak tanımlanabilir (Yavuzer, 2000: 289).

Kaygı, geçerli nedenlere dayandığında onu oluşturan çevresel nedenlere organizmanın uyum sağlamasına neden olmaktadır. Bu nedenle, kaygı hissi insanın ihtiyacı olan bir tepkidir ve belirli bir düzeyde olması kaydı ile yararlıdır. Ancak klinik düzeyde kaygı, uzun süren bir yaşantı şekli olarak bireyin öncelikle psikolojik dengesini bozmakta ve beraberinde önemli fiziksel ve sosyal sorunlara neden olmaktadır. Kaygı ile yaşanan çaresizlik ve ümitsizlik hali uzun süre seyretmesi durumunda birey için katlanılamaz bir duruma işaret etmektedir (Ehtiyar ve Üngören, 2008).

Bireyin çevresel değişimlere uyum sağlamasının dışında gelişen tehlike olasılığının doğru olarak algılanmaması durumunda sürekli olarak tehlike sinyali üreten psikolojik yapı sürekli bir olay olacakmış gibi davranılmasına neden olmaktadır. Normal durumun ötesinde olağanüstü olan bu durumda bireyin kendi içinde çatışma yaşaması ve korku durumu içinde olması ve takıntılı düşüncelere sahip olmak kaygıyı tetikleyebilmektedir (Alisinanoğlu ve Ulutaş, 2005). Bu nedenle bireyin tehlike yaşaması ihtimaline karşılık oluşan durumluk kaygının endişe verici olaylara yönelik

uyarı sinyali doğal olarak kabul edilirken, var olan durumun süreklilik kazanması halinde ruhsal bir bozukluk halini almaktadır (Başaran,1996).

2.4.2. Kaygının Nedenleri

Kaygıyı oluşturan nedenleri bireye özgü faktörlerden ayırmak imkansızdır. Bir birey için kaygı oluşturan durumum, bir başka insan açısından aynı ruh halini oluşturmayabilir. Kendisini güvenli ve huzurlu hissedен insanların kaygılı olmadığı anlaşılır. Ancak bir başka kişi çevredeki gelişmeleri tehlikeli olarak algılırsa kaygı durumuna geçebilmektedir. Kaygı duygusunun ortaya çıkmasına neden olan durumlar aşağıda gösterilmektedir (Cüceloğlu, 2012: 277-278):

- Desteğin Çekilmesi: Bireyin alışageldiği çevrenin değişmesi kaygının yaşanmasına neden olabilir.
- Olumsuz Bir Sonucu Beklemek: Bireyin olumsuz otomatik düşünceye odaklanması ve karamsarlığı ortaya çıkacak durumun bireyi tehlikeye düşüreceği endişesi kaygı oluşturur.
- İç çelişki: Bireyin duygu, düşünce ve davranışları arasında çelişki yaşandığında önemli bir duygu durumu yaşanabilmektedir. Bilişsel olarak birey var olan duruma çözüm buluncaya kadar kaygılanabilir.
- Belirsizlik: Bireyin gelecekte ne olacağını bilmemesi, gelecek endişesi ve gelecekte kötü olayların başına gelebilme ihtimalini çok sık düşünmek, kaygıya neden olmaktadır.

Normal kaygı bireyin kendi dışında değişen bir duruma verdiği tepki olarak ölüm, ileri yaşlılık ve hastalık gibi nedenlere dayalı olarak gelişebilmektedir. Her insanda farklı bu düzeyde oluşan bu kaygı hissi uyum sağlama ihtiyacı olan an için geçerlidir. Bazen kaygı insanın taşıyamayacağı kadar ağırlaşır ve patolojik kaygıya dönüşür. Bireye kaygı ile baş edebilmek için bastırma yansıtma, yüceltme, özdeşleşme vs. gibi savunma mekanizmalarını sıkça kullanırsa bu patolojik kaygı olarak tanımlanır. Bu nedenle kaygıya neden olabilecek faktörler çoğu zaman aynı olsa da her insan farklı tepkilerde bulunabilmektedir (Alisinanoğlu ve Ulutaş, 2005).

2.4.3. Kaygıyı Açıklayan Kuramlar

Kaygıyı oluşturan nedenlere yönelik farklı yaklaşımlar farklı kuramların oluşturulmasına neden olmuştur. Aşağıda kaygıyı açıklayan ve literatürde öne çıkmış kuramlara yer verilmiştir.

2.4.3.1. Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kurama uygun olarak kaygıyı bireyin iç çelişkilerinden oluştuğunu açıklamaktadır. Çatışma yaşayan birey, benlik-alt-benlik ya da benlik-üst-benlik arasında süreklilik arz eden travmatik durumlarda içsel olarak oluşmaktadır. Kaygının, libido tarafından oluşturulması da mümkündür. Toplumsal olarak kabul görmeyecek cinsellik ile ilgili çelişkiler kaygıya neden olabilmektedir. Ayrıca, benlik, alt-benlik ile üst-benlik arasındaki bu çatışmayı çözümleyerek dürtüleri bastırırsa (represyon) sorun çözülür. Benlik, alt-benlik ile üst-benlik arasındaki bu çatışmayı çözümleyemezse, bu dürtüyü tehlike olarak algılar. Bütün bu çatışmalar bilinç dışında yaşanır. Bilinç alanında ise ortaya kaygı çıkmaktadır (Öztürk, 2004).

Kaygı, bireyin iç çatışması ile oluşmakta ve ortaya çıkmaktadır. Id-Ego-Süperego arasında haz ilkesinin baskı altına alınması, tehlikeli bir duruma yönelik sinyal, gerçek dışı bir hal aldığında yaşanan çatışma kaygıya neden olur. Çevresel şartların değişmesine uyum sağlama amacı ile kaygı istenilen bir durumken iç işlevi dışında gerçek dışı bir hal almaya başladığında kaygı ortaya çıkmaktadır (Yıldız, Sezen ve Yenen, 2007).

Psikanalitik kurama göre kaygı bireyin toplumsal düzeyde kabul edilemez isteklerinin çatışmaya neden olması ile yaşanmaktadır. Toplumsal düzeydeki baskıların bireyin içsel çelişkiye neden olması, bireyin kendisine zarar verici davranışlarda bulunmasına yol açmaktadır. Bebeğin oral döneminde başlayan bu durum, yeterli destek görülmediği için süreklilik kazanmaktadır (Pirinççi, 2009).

2.4.3.2. Davranışçı Kuram

Davranışçı kuramda, bireyin kaygılanması, klasik koşullanma yolu ile kazanılmaktadır. Burada, bireyin kaygıya neden olabilecek olayları klasik davranışçı

kuram savunucuları kaygı kavramını nötr bir uyarıcının koşullu bir uyarıcı ile eşleşerek koşullu bir uyarıcı hâline gelmesi ile açıklanmaktadır. Davranışçı kuramda yanı zamanda sosyal öğrenme teorisine göre bireyin kaygıyı gözlemlerine dayanarak öğrenebileceği yakın aile çevresinde yaşanan bu duygu durumunu taklit edebileceği ifade edilmektedir (Oltmanns vd. 2003). Davranışçı kuramda bireyin acıdan kaçınması ile kaçınma davranışı göstermesi bir uyarılar birleşir ve kaygı durumunu başlatır. Buna göre, ilk kez hissedilen bir acı ile olayın bağdaştırılması genelleştirilir ve diğer uyarıcılar ile bir düzeye kadar eşleştirilirse kaygı genelleşebilmektedir (Alyaprak, 2006).

Görüldüğü gibi davranışçı modelin temelinde öğrenme kuramı yer almaktadır. Bireyin gerek koşullanma gerekse sosyal öğrenme yöntemi ile kaygı modelini öğrenmesi, deneyim ve tecrübeler ile bilgi birikimi öğrenmeye neden olması ile açıklanmaktadır Davranışçı kuram, insanların tehlikeli sayılmayacak bir durumun tehdit edici olarak değerlendirilmesinin öğrenildiğini açıklamaktadır (Öztürk, 2004).

2.4.3.3. Bilişsel Kuram

Bilişsel kuram en genel tanımı ile bilimsel ilkelerin psikopatolojiye uyarlanmasıdır. Kaygının, bilimsel olarak gözlemlenmesi ve elde edilen bulguların incelenmesi ile kaygıya neden olan değişkenlerin temelinde yatan nedenlere ulaşılması mümkündür. Bilişsel kuramda kaygıya yönelik varsayımlar sınanarak tedavi yöntemleri geliştirilmeye çalışılır (Türkçapar, 2018). Bilişsel kuramcılar kaygıyı, tehlikeli bir olay karşısında biyolojik, psikolojik ve sosyal yapıların etkileşiminden ortaya çıktığını açıklamaktadır. Kaygı, bireyin fiziksel, bilişsel ve davranışsal olarak ortaya çıkmaktadır. Bireyin, otomatik şemalar ile tehlikeli olmayan durumları sürekli bir tehdit algısı olarak algılaması kaygının alt yapısını oluşturmaktadır. Yanlış algılama ile belirsizliğe karşı tahammülleri olmayan bireylerin yaşam olaylarını olumsuz değerlendirdikleri görülmüştür (Beck ve Emery, 2006).

Bilişsel kuramcılar, kaygıya neden olan bilişlerin bir başka ifade ile bireyin düşünme biçiminin üzerine yoğunlaşmaktadır. Bu yaklaşımda, bireyin tehlike arz etmeyen durumlara karşı rasyonel olmayan değerlendirmesinin nedenleri araştırılır. Bireylerin gerçekleşme olasılığı çok düşük hatta imkansız olan tehlikeli durumlara karşı

aşırı tetikte durması bir anlamda tehlike işaretlerini arayan bir kişi haline dönüşmesini sağlamaktadır (Arslan, 2007).

Bilişsel kuramda bireyin sahip olduğu düşünme biçimi sürekli olarak olumsuz şemalara yönelir. Kaygı, duygusal ve bilişsel yapı ile belirlenirken kontrol edilemez bir şekilde gelişen uyumsuz değerlendirmeler bireyde kaygı yanıtını tetikler. Bireyin otomatik düşünceler ile oluşturduğu tehdit algısı kaygının oluşmasında ve sürekli hale gelmesinde önemli bir etkidir (Yalom, 2007). Bilişsel kuram, sürekli kaygıya sahip bireylerin gerçeklik algısının rasyonel olmadığını ileri sürer. Kaygı ile yalanan duygun durumunun belirli bir olaya bağlı olmaması tehdit unsurunun abartılması ya da olmayan bir tehdit unsurunun bilişsel düzeyde yaratılmasının bir sonucudur. Bu yanlış algılama ve değerlendirme ile birey, aşırı uyarılmışlık ile savaşmak ya da var olan durumdan kaçınmak zorundadır. Çoğunlukla geçmiş deneyimlere bağlı olabilen bu durumda yaşanan seçici algı kaygıyı oluşturabilmektedir (Savaşır, Soygüt ve Kabakçı, 2003).

Kaygının bilimsel olarak değerlendirmesini yapan bilişsel kuramda, bireylerin deneyimleri sonucunda otomatik şemaların oluşmasına neden olmaktadır. Bu durumda birey açısından tehdit unsuru oluşturan ve korkulan durum karşısında bir çözüm üretilemez ve birey kaygı ile baş edemez bir hale gelir (Pirinçci, 2009).

2.4.3.4. Biyolojik Kuram

Biyolojik kuram oldukça basit bir modele dayanmaktadır. Kaygının özellikle sürekli kaygının temel nedenleri arasında genetik faktörler yer almaktadır. Birinci derece akrabalarında sürekli kaygı olan bireylerde kaygı durumunun görülme ihtimalinin oldukça yüksek olduğunu ileri sürmüşlerdir (Davison ve Neale, 2004).

Bununla birlikte kaygı, biyolojik temelli açıklanabilir ve sürekli kaygıya neden olan fiziksel nedenin noradrenalin ve serotoninin hormonlarının düzeyi olduğu ifade edilir. Sürekli kaygı yaşayan bireylere yönelik yapılan çalışmalarda çekilen MR görüntülerini kanıt olarak gösteren biyolojik kuramcılar, bu özellikler kalıtsal olarak nesilden nesile aktarıldığını söylemektedir (Öztürk, 2004).

2.4.4. Kaygının Düzeyleri

İnsanların kaygı düzeyleri birbirinden farklılık göstermektedir. Bireyin yaşadığı kaygı düzeyi ise deneyimlediği yaşam olaylarına bağlı olarak sürekli değişmektedir. Kaygı düzeyinin ölçülmesi, kaygıya neden olabilecek olaylar karşısında bireylerin kaygılarını karşılaştırmalı olarak ölçmeyi gerektirmektedir. Bu ölçümlerde bilimsel düzeyde yeterliliği ve geçerliliği kanıtlanmış ölçekler kullanılmaktadır. Böylece bireylerin verdikleri tepkiler ölçülebilmekte ve kaygı düzeyleri değerlendirilebilmektedir (Köknel, 1998). Bir insanın kaygı düzeyinin ölçülmesi, kaygıya neden olabilecek olayın belirlenmesi ile altı ayı geçen bir süre içinde fiziksel, psikolojik, düşünsel ve sosyal olarak verdiği tepkilerin ölçülmesidir. Ancak bu ölçümlerde pek çok faktörün ortak etkisinin de değerlendirilmesi ve kaygının kaynağı olan durumun yanında diğer bireysel özelliklerinde ölçülmesi zorunludur. Örneğin ölüm tehlikesi ile karşı karşıya kalmak, kronik bir hastalığa yakalanmak, farklı düzeylerde yaşanan duygusal bozulmalar kaygı düzeyini etkiler (Yılmaz Aytaç, 2012).

Kaygı düzeyleri en genel sınıflandırma ile hafif, orta ve panik kaygı olarak birbirinden ayrılabilir. 1970'li yıllarda geliştirilen ölçeklerle, insanların kaygı düzeylerinin ölçülmesi kendilerine sorulan sorulara verdikleri cevaplarla belirlenebilmektedir. Bu çalışmaları ile pek çok türü olan kaygı bozuklukları literatüre girmiştir. Bunlar, panik nöbetleri, fobiler, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın kaygı bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu gibi klinik düzeyde takip edilen bozukluklardır (Kalyoncu, 2003).

Kaygı düzeyinin en düşük olduğu hafif kaygıda, birey kaygıya neden olan durumun farkındadır. Kendisinde oluşan değişiklikleri bilinçli olarak takip edebilmekte ve kaygıya yönelik konuşmalarında rasyonel analizler yapabilmektedir. Bu düzeydeki kaygı bireyin değişen çevre şartlarına uyum sağlamasında yararlı olabilir. Tetikte olmak, riskleri hesaplamak ve çözüm üretmek bireyin kendisini korumaya çalışmasının bir sonucudur. Orta düzeyde kaygılar ise bireyin daha fazla heyecanlanmasına, korku hissine artmasına neden olmaktadır. Bu düzeyde kaygı yaşayan bireylerin daha tedirgin oldukları, tehlike unsuru olarak değerlendirdikleri duruma yönelik olarak aşırı uyarıldıkları tespit edilmiştir. Bu kişiler genellikle, kaygıyı oluşturan nedene

odaklanabilmekte ancak bu durumu uzun süre devam ettirememektedir (Işık ve Taner, 2006).

Şiddetli ve panik kaygıda ise bireyler kaygıya neden olan duruma yönelik yaptıkları yanlış değerlendirmeler ile abartı ya da olmayan tehdit unsurunun oluşturulması davranışlarında bulunabilirler. Gerçeklik ile bağlantısı olmayan, rasyonel olarak gerçekleşmesi çok zor olan durumlar için kaygılanmak sürekli bir huzursuzluğu ve tedirginliği de kapsar. Panik duygusu ile başlayan süreç ise bireyin günlük işlerini yapmasına engel olur ve sosyal ilişkilerinin bozulması ile sonuçlanır (Işık ve Taner, 2006).

2.4.5. Kaygının Sınıflandırılması

Literatürde kaygının sınıflandırılması durumlu ve sürekli kaygı olarak yapılmaktadır.

2.4.5.1. Durumluk Kaygı

Durumluk kaygı, bireyin varlığını tehdit edecek ve risk olarak değerlendirilen çevresel değişikliklere verilen tepki durumudur. Kaygı, anlık olarak tehdit olarak kabul edilen olay karşısında yaşanan duygu durumudur. Kaygının son bulması ya da azalması için risk unsur olan olayın son bulması gerekmektedir. Durumluk kaygı genellikle bireyim uyum sürecine katkıda bulunduğu için faydalı olarak değerlendirilir (Ehtiyar ve Üngören, 2008). Bu nedenle durumluk kaygının şiddeti de yaşanan olayın birey tarafından algılandığı risk düzeyine bağlı olarak değişebilmektedir. Çok sık kullanılan bir örnek olarak öğrencilerin yaşadığı sınav kaygısı, sınavın bitişi ile son bulmakta ve şiddeti ortadan kalkmaktadır. Bireylerin yaşadıkları durumluk kaygıyı, sürekli kaygıdan ayıran bazı özellikler bulunmaktadır. Bu özellikler, aşağıda gösterilmiştir (Köknel, 1998):

- Var olan durumun birey tarafından tehdit olarak algılanması,
- Bu algılamının bireye baskı unsuru olarak korku ve üzüntü yaşatabilmesi,
- Olayla birlikte başlayan kaygının algılanması,

- Kaygının, bireyi olaya karşı tetikte tutması,
- Bireyin kaygı ile yaşadığı durumun fizyolojik, psikolojik ve bilişsel düzeyde görülmesi.

Literatürde durumluk kaygı insanların çevreye uyum sağlamasına yardım eden tehlike sinyallerinin organizmayı hareket geçiren unsur olarak tanımlanmaktadır. Bireyin, tehlike unsuru olarak algıladığı olaya karşı tepki vermesi olması gereken bir tepki olarak kabul edilir. Risk unsurunun varlığını kabul eden birey durumluk kaygı ile fiziksel bütünlüğüne ve kendisi için tehlikeli olacak bir durum karşısında hazır bulunmaktadır (Şeyhoğlu, 2005). Bununla birlikte durumluk kaygı süreklilik göstermez. Bu kaygı türü geçicidir ve bireyin korktuğu, endişelendiği durumlarda ortaya çıkar.

Durumluk kaygının bireyin adaptif tutum ve davranışlarını düzenlenmesi bakımından önemli olması, kabul edilebilir bir düzeyde kaygı yaşanmasının insanın kendisini koruması, başarılı olma isteğinin desteklenmesi ve uyum düzeyinin güçlenmesi açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır (Yıldız, Sezen ve Yenen, 2007).

2.4.5.2. Sürekli Kaygı

Sürekli kaygı; durumluk kaygıdan oldukça farklı özellikler göstermektedir. Bu kaygının oluşabilmesi için tehlike olarak birey tarafından algılanan durum ile bireyin yaşadığı kaygı arasında tutarsızlık ve orantısızlık olması gerekmektedir. Çoğu zaman gerçekleşmesi mümkün olmayacak durumlar için bireylerin sürekli kaygı yaşadıkları da oldukça sık karşılaşılan bir durumdur. Sürekli kaygıyı, şiddeti ve sürekliliğinin bulunması da önemlidir (Gökçe ve Dündar, 2008). Kronik kaygı olarak da isimlendirilen sürekli kaygıda, normal olmayan duygu surumu bireyin yaşamsal olarak tehdit edildiğine yönelik algısı ile oluşmaktadır. Kaygı süresinin belirsiz olması bireyin kaygı durumuna olan yatkınlığı ile ilişkilidir (Ehtiyar ve Üngören, 2008). Çoğu zaman birey, gelecekte belirli bir olayın olması endişesi ile sürekli kaygı yaşayabilmekte, günlük hayatı olumsuz etkilenebilmektedir.

Sürekli kaygıda verilen duygusal cevapların objektif kriterlere dayanmayan yapısı, duygu durumunun abartılı ya da aşırı yaşanması, kaygıya neden olan tehdit

hakkında bireyin objektif yargıları bulunmayışı onun bazı özelliklerinden tanılanmasını sağlamaktadır. Bu özellikler aşağıda gösterilmektedir (Köknel, 1989):

- Sürekli kaygı, durağan olma özelliğine sahiptir,
- Sürekli kaygı, kaygıya neden olabilecek bir olayın varlığı olsa bile, kişinin kaygıya olan yatkınlığı ile ilişkilidir,
- Sürekli kaygı kişiye özeldir. Benzer olaylara farklı bireyin tepki süreleri ve yaşadıkları duygu durumları birinden oldukça farklı olabilmektedir.

Sürekli kaygının bireye yönelik yapısı, risk unsuru olarak değerlendirilen olay ile ilgili değildir. Çevresel değişiklikler kaygı durumunu yükseltebilir ancak bireyin sahip olduğu biyolojik, fizyolojik ve kişilik özellikleri kaygı düzeyinin şiddetini ve sürekliliğini etkiler (Canbaz, 2001). Bu nedenle bireyin yaşadığı duygu durumu başkaları tarafından anlaşılabilir. Sonuçları sosyal ilişkiler ile görülebilen sürekli kaygıda bireyin neden böyle davrandığı tam olarak açıklanamaz. Bununla birlikte, insanların sürekli kaygılarını var olan olaylara yönlendirebilmeleri mümkündür. Ancak bu seferde orantısızlık göze çarpmaktadır. Sürekli kaygı yaşayan bireylerin, kolay incinebilir yapısı ve sürekli mutsuz olmalarına neden olur (Yılmaz vd., 2014).

Durumluk kaygının iç ve dış olaylara bağlı olarak başlamasına ve gelişmesine karşılık, sürekli kaygıda bu ilişki ve bağ çoğu zaman görülmemektedir. Kaygının akut bir görünümde olması gelecek gibi görünen bir neden bağlanır ya da ver olan durum abartılarak aşırı bir tepki verilir (Yıldız, Sezen ve Yenen, 2007). Bununla birlikte sürekli kaygı düzeyinin seviyesine bağlı olarak bireyler çoğu zaman sorun yaşamayabilir. Düşük düzeyde yaşanan sürekli kaygının bireyin yaşam olaylarına karşı daha dirençli olması ihtimali vardır. Özellikle iş hayatındaki olaylara karşı geliştirilen bu durumda bireyin aşırı dikkatli ve başarıya odaklanmış yapısının olumlu sonuçları da olabilme ihtimali vardır (Yüksel, 2014).

2.4.6. Kaygının Belirtileri ve Sonuçları

Kaygının bireyin hayatına yönelik pek çok etkisi bulunmaktadır. Bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik olarak sınıflandırılacak bu belirtiler birbiri ile uyum gösteren belirtilerdir. Bireyin yaşam olaylarını bilişsel düzeyde yanlış algılaması

ve olumsuz değerlendirmesi ile başlayan süreç temelinde olumsuzluk taşıyan özelliklere sahiptir.

Kaygı düzeyi yüksek olan insanların bilişsel düzeyde yaşadıkları en önemli sorun, yaşam olayları üzerindeki kontrollerini kaybetmeleridir. Sürekli kaygı yaşayan bireylerin uyum düzeyleri düşüktür. Varlıklarının tehlike altında olduğunu düşünene bireylerin sürekli olarak bu konuya odaklanması bir süre sonra tahammül edilemez bir hale dönüşmektedir. Bu kaygıya sahip insanlar çevreden aşırı etkilenmekte ve olaylara karşı objektif değerlendirmelerini kaybetmektedir (Turhan, 2007). Bilişsel olarak içinden çıkılmaz olarak görülen düşüncelere odaklanan bireyler sürekli bir tehdit algısı ile yaşamakta ve kendisine zarar gelebileceği endişesi normal hayatını etkilemektedir (Pirinçci, 2009).

Duygusal açıdan tehdit unsurunun varlığı bireyin korkmasına, endişelenmesine ve tedirgin olmasına neden olur. Sürekli olarak depresif duygulara sahip olan kaygılı bireyler, duygusal açıdan dengesiz davranışlar gösterebilmektedir. Tehlike unsuruna sürekli olarak odaklanmak aşırı uyarılmışlığı sağlar ve kaygılı insanların içe dönük bir yaşam sürmesine ya da saldırganlaşmasına neden olur (Canbaz, 2001). Mutsuzluk, geleceğe yönelik olumsuz düşünceler ve umutsuzluk, sürekli tedirgin olma durumu, öfkelenmek kaygılı insanların yaşadıkları ruh durumuna örnektir. Bu duygulara eşlik eden çaresizlik duygusu kaygının sürekliliğine yöneliktir. Kaygı durumu yaşayan insanların, panik atak nöbetleri geçirmesi, fobilerinin olması, stres bozukluğu ve depresyon yaşamaları mümkündür (Pirinçci, 2009).

Sürekli kaygıya sahip ya da kaygı düzeyi şiddetli olan bireylerin içinde buldukları bilişsel ve ruhsal durum tutum ve davranışlarına yansımaktadır. Bu kişilerin aceleci ve huzursuz davranışları çevresi tarafından gözlemlenebilmektedir. İleri aşamalarda konuşma bozuklukları, sürekli yinelenen el ve kol hareketler ve dikkat eksikliği de görülebilmektedir. Kaygının fiziksel olarak belirtileri ise bireyin davranışlarını etkiler bu özellikler aşağıda gösterilmektedir (Akıncı vd., 2003):

- Kaygı, bireyin kalp damar sisteminde aşırı çarpıntı, kan basıncının yükselmesi, düzensizlik gibi etkilere neden olmaktadır.

- Solunumda yetersizlik ve kesik kesik ve sık sık nefes alma bireyin heyecanı ve tedirginliğini belli eder.
- Bireyin kas sisteminde nedensiz kasılmalar ve ağrı, sürekli yorgunluk hissi ve tiremeler görülebilmektedir.
- Mide ve bağırsak sorunları, bulantı ve kusma iştahsızlık yaşanmaktadır.
- Cinsel isteksizlik ve güçsüzlük etkilidir.
- Terleme nöbetleri, sıcak ya da soğuk basma nöbetleri görülebilir.

Bireyin kaygı ile yaşadığı bütün belirtiler birbiri ile etkileşim içinde olan birbirini tetikleyen özelliklerdir. İç dengesi bozulan bireyin fiziksel olarak aşır tepikler vermesi bütün fizyolojik sistemin dengesiz bir hal almasını sağlar.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Yöntem

Bu bölümde araştırmanın modeli ve yöntemi, araştırma evreni, örneklem, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve analizine yer verilmektedir.

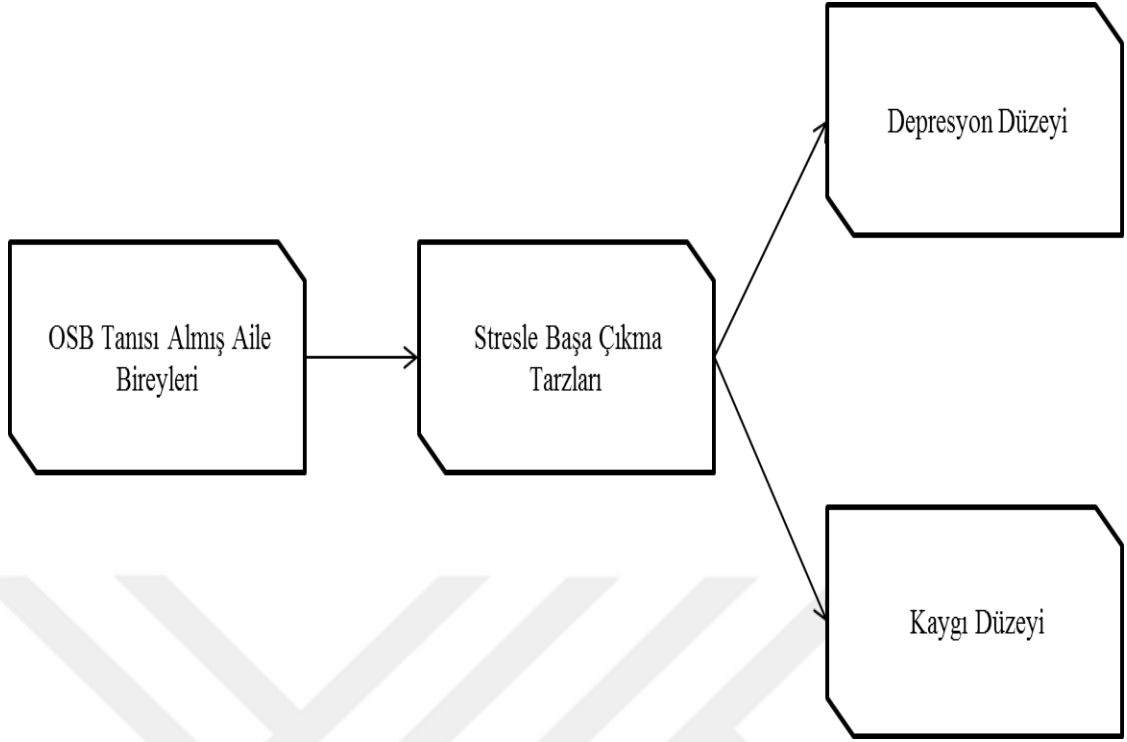
3.1. Araştırma Yöntemi

OSB tanısı almış çocukların aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzlarının yaşadıkları depresyon ve kaygı düzeyin etkisini araştırarak bu çalışmada, nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama yöntemi kullanılmıştır.

Nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama yöntemi araştırmanın konusunu oluşturan bağımlı ve bağımsız değişkenlerin birbiri ile ilişkisinin bilimsel anlamlılık düzeyine göre araştırarak yöntemidir. Sağlık bilimlerinde çok sık kullanılan yöntem, kullanılan ölçeklerdeki soru gruplarının anketler ile katılımcılara sorulması ve görüşlerinin alınması ile şekillenir. Böylece oluşturulan model test edilir ve değişkenler arası ilişkiler incelenebilir ((Karakaya, 2009).

İlişkisel tarama yönteminde, sorulara verilen cevapların analiz edilmesi ile evreni temsil eden örneklem grubunun görüşleri değerlendirilir. Bu değerlendirmede araştırmacı, var olan mevcut duruma müdahale etmeden olduğu gibi analiz eder ve değişkenler arasındaki ilişkilerin bilimsel nedenlerini araştırır.

Araştırmada bağımlı değişken olarak OSB' tanısı almış bireylerin stresle başa çıkma tarzları, bağımlı değişkenler olarak da depresyon ve kaygı düzeyleri test edilmiştir. Bu amaca uygun olarak araştırmanın amacı aşağıda gösterilmektedir.



Şekil 3. Araştırmanın Modeli

Araştırmada bağımlı ve bağımsız değişkenlerin incelenmesi araştırmanın problemini oluştururken, OSB tanısı almış bireylerin demografik özelliklerinin bağımsız ve bağımlı değişkenleri nasıl etkilendiğinin araştırılması ise alt problemlerini oluşturmaktadır.

3.2. Araştırma Evreni

Araştırma evrenini İstanbul İli Kadıköy İlçesinde olan özel bir psikolojik danışmanlık merkezine rehabilitasyon için gelen OSB tanısı almış çocuğa sahip aile bireyleri oluşturmaktadır.

3.3. Örneklem

Araştırmanın örneklemini özel bir psikolojik danışmanlık merkezine gelen aile bireylerinden ulaşılabilen 73 kişilik OSB tanısı almış çocuğa sahip aile bireyleri oluşturmaktadır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak “Kişisel Bilgi Formu”, “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği”, “Beck Depresyon Envanteri” ve “Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri” kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Kişisel Bilgi Formu: Katılımcıların “Yaş”, “Cinsiyet”, “OSB’li çocuğun cinsiyeti”, “OSB’li çocuğun yaşı”, “Aile Bireyinin Eğitim Durumu” ve “Ailenin Gelir Seviyesi” değişkenlerini öğrenmeye yönelik anket formudur.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Stresle Başa Çıkma Ölçeği, bireylerin yaşadıkları olaylar karşısında stres düzeylerini ölçmek ve stresle başa çıkma tarzlarını araştırmak için 1980 yılında Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilmiştir. Stresle Başa Çıkma Ölçeği, bireylerin yaşadıkları stres durumuna yönelik olarak 4’lü likert tipi ölçektir. Bu araştırmada 1995 yılında ölçeğin Türkiye uyarlamasını yapan Şahin ve Durak’ın kullandığı 30 ifadeli kısa formu kullanılmıştır.

Beck Depresyon Envanteri: Beck Depresyon ölçeği bireylerin yaşadıkları depresyon düzeyini ölçmek için dünyada en çok kullanılan ölçeklerden biridir. 1961 yılında Beck tarafından geliştirilen ölçek bireylerin depresyonun duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyonel nedenlerini ölçmeyi amaçlayan 21 ifadeden oluşmaktadır. Bu araştırmada, 0 ile 3 arasında derecelendirilen 4’lü likert tipi ölçek kullanılmıştır. Ölçeğin Türkiye uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış ve güvenilirlik katsayısı 0,740 ve geçerliliği ise 0,650-0,680 bulunmuştur.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ): Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği, bireylerin yaşadıkları durumluk ve kaygı düzeylerinin ölçülmesi amacıyla 1970 yılında Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye’ye uyarlaması 1977 yılında Öner tarafından yapılmıştır.

İki soru formundan oluşan ankette bireylerin durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeyleri 20 ifadeden oluşan 42lü likert tipi ölçeği kullanılmıştır. Yüksek puanlar yüksek kaygı seviyelerini, düşük puanlar düşük kaygı seviyelerini göstermektedir. Ölçeğin yapılan güvenilirlik ve geçerlilik analizlerinde güvenilirlik katsayısı Sürekli Kaygı ölçeği için 0,830 ile 0,870 arasında, Durumluk Kaygı Ölçeği için 0,940 ile 0,960

arasında olduğu bulunmuştur. Güvenilirlikleri ise Sürekli Kaygı Ölçeği için 0,710 ile 0,860, Durumluk Kaygı Ölçeği için ise 0,260 ile 0,680 arasında değiştiği ortaya çıkmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, İstanbul İl'inde OSB tanısı almış çocuklara yönelik rehabilitasyon ve özel öğretim hizmeti veren danışmanlık merkezinde 01.10.2017 tarihi ile 15.12.2017 tarihleri arasında OSB'li çocukların aile bireylerinden anket yöntemi ile toplanmıştır. 80 birey olarak hedeflenen örneklem grubunda 7 anketin elenmesi ile 73 katılımcının anketine ulaşılmıştır

3.6. Verilerin Analizi

Verilerin analizi için öncelikle anket formları kontrole dilmiştir. Kontrol edilen anket formları SPSS 19. Programı ile analiz edilmiştir.

OSB tanısı almış çocukların aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzlarının yaşadıkları depresyon ve kaygı düzeyin etkisi, araştırma kapsamında yer alan 73 katılımcıdan her birine Stresle Başa Çıkma Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri uygulanarak toplam puanları ölçülmüştür. Hesaplanan bu puanların dağılımını belirlemek için çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Buna göre, elde edilen dört puan türünün de çarpıklık ve basıklık değerleri -1 ile +1 arasında değişmektedir. Elde edilen bu sonuçlar dağılımın normal olduğuna işaret etmektedir. Araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen verilere ait dağılımlar normallik varsayımını sağladığından dolayı, yapılmış olan analizlerde parametrik yöntemler kullanılmıştır. Bu kapsamda Bağımsız Gruplar t-Testi ve Tek Yönlü Varyans analizi uygulanmıştır. Ayrıca bağımsız değişkenler ve bağımlı değişkenlerin ilişkilerini incelemek için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi ve Regresyon Analizi kullanılmıştır. Sonuçların yorumlanmasında $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi dikkate alınmıştır.

Stresle Başa Çıkma Ölçeği'ne yönelik yapılan faktör analizinde 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 21, 24, 25, 27, 28, 29, 30 numaralı ifadelerin yeterli güvenilirlik ve yeterlilik şartını sağlayamadığı tespit edilmiş ve analiz dışında bırakılmasına karar verilmiştir. Bu ifadeler çıkarıldıktan sonra, Stresle Baş Çıkma Ölçeği'nin KMO Örneklem Yeterliliği 0,809 olarak hesaplanmıştır. Stresle Başa Çıkma Ölçeği'nin iki alt boyuttan oluştuğu, bu boyutların "Kendine Güvenli Yaklaşım" ve "Boyun Eğmeci Yaklaşım" olduğu tespit edilmiştir. Kendine Güvenli Yaklaşım boyutunun Cronbach's Aphası 0,860'tır. Bu boyut, 6, 8, 10, 16, 18, 20, 23 ve 26 numaralı ifadelerden oluşmaktadır. Boyun Eğmeci Yaklaşımın Cronbach's Aphası 0,703'tür. Bu boyut, 17, 19, ve 22 numaralı ifadelerden oluşmaktadır.

Beck Depresyon Ölçeği'ne yönelik yapılan faktör analizinde 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 44, 45, 48, 50 numaralı ifadelerin yeterli güvenilirlik ve yeterlilik şartını sağlayamadığı tespit edilmiş ve analiz dışında bırakılmasına karar verilmiştir. Bu ifadeler çıkarıldıktan sonra, KMO Örneklem Yeterliliği 0,736 olarak hesaplanmıştır

Beck Depresyon Ölçeği'nin iki alt boyuttan oluştuğu, bu boyutların "Umutsuzluk" ve "Fizyolojik Sorunlar" olduğu tespit edilmiştir. Umutsuzluk boyutunun Cronbach's Aphası 0,789'dur. Bu boyut, 31, 36, 42, 43 ve 51 numaralı ifadelerden oluşmaktadır. Fizyolojik Sorunlar boyutunun Cronbach's Aphası 0,722'dir. Bu boyut, 40, 46 ve 47 numaralı ifadelerden oluşmaktadır.

Durumluk Kaygı Ölçeğinin KMO Örneklem Yeterliliği 0,809 olarak hesaplanmıştır. Durumluk kaygı 20 ifadeden oluşmaktadır. Sürekli Kaygı Ölçeği'nin KMO Örneklem Yeterliliği 0,809 olarak hesaplanmıştır. Sürekli kaygı 20 ifadeden oluşmaktadır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılanların demografik özellikleri, araştırmada kullanılan ölçeklerin betimsel istatistikleri, araştırmanın problemi ve alt problemlere yönelik bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Demografik Özellikler

Araştırmaya katılan OSB tanısı almış çocukların ve aile bireylerinin demografik özellikleri aşağıda gösterilmektedir.

Tablo 1. OSB Tanısı Almış Çocukların Aile Bireylerinin Yaşları

Cinsiyet	Frekans	Yüzde (%)
25-35 Yaş Arası	31	42,5
36-45 Yaş Arası	29	39,7
46 Yaş ve Üzeri	13	17,8
Toplam	73	100,0

Araştırmaya katılan OSB tanısı almış çocuğa sahip aile bireylerinin %42,5'i (n=31) 26-35 yaş arasında, %39,7'si (n=29) 36-45 yaş arasında ve %17,8'i (n=13) 46 yaş ve üzeridir.

Tablo 2. OSB Tanısı Almış Çocukların Aile Bireylerinin Cinsiyetleri

Cinsiyet	Frekans	Yüzde (%)
Kadın	57	78,1
Erkek	16	21,9
Toplam	73	100,0

Araştırmaya katılan OSB tanısı almış çocuğa sahip aile bireylerinin %78,1'i (n=57) kadın ve %21,9'u (n=16) erkektir.

Tablo 3. OSB Tanısı Almış Çocukların Cinsiyetleri

Cinsiyet	Frekans	Yüzde (%)
Kız	19	26,0
Erkek	54	74,0
Toplam	73	100,0

Araştırmada OSB tanısı almış çocukların %26,0'ı (n=19) kız ve %74,0'ı (n=54) erkektir.

Tablo 4. OSB Tanısı Almış Çocukların Yaşları

Cinsiyet	Frekans	Yüzde (%)
3 Yaş Altı	26	35,6
3-4 Yaş Arası	16	21,9
4-5 Yaş Arası	6	8,2
5-6 Yaş Arası	10	13,7
6 Yaşından yukarı	15	20,5
Toplam	73	100,0

Araştırmada OSB tanısı almış çocukların %35,6'sı (n=26) 3 yaş altı, %21,9'u (n=16) 3-4 yaş arası, %8,2'si (n=6) 4-5 yaş arası, %13,7'si (n=10) 5-6 yaş arası ve %20,5'i (15) 6 yaşından büyüktür.

Tablo 5. OSB Tanısı Almış Çocukların Aile Bireylerinin Eğitimleri

Cinsiyet	Frekans	Yüzde (%)
Ortaokul	10	13,7
Lise	19	26,0
Yüksek Okul	17	23,3
Lisans	19	26,0
Lisansüstü	8	11,0
Toplam	73	100,0

Araştırmaya katılan OSB tanısı almış çocuğa sahip aile bireylerinin %13,7'si (n=10) ortaöğrenim mezunu, %26,0'ı (n=19) lise mezunu, %23,3'ü (n=17) yüksek okula mezunu, %26,0'ı (N=19) lisans mezunu ve %11,0'ı (n=8) lisansüstü mezunudur.

Tablo 6. OSB Tanısı Almış Çocukların Aile Bireylerinin Eğitimleri

Cinsiyet	Frekans	Yüzde (%)
2.500 TL've Altı	15	20,5
2.501-5.000 TL Arası	32	43,8
5.001 TL. ve Üzeri	26	35,6
Toplam	73	100,0

Araştırmaya katılan OSB tanısı almış çocuğa sahip aile bireylerinin %20,5'i (n=15) 2,500 ve altı, %43,8'i (n=32) 2.501-5.000 TL. arası ve %35,6'sı (n=26) 5.001 TL. ve üzeri gelire sahiptir.

4.2. Ölçeklerin Betimsel İstatistikleri

Katılımcılara uygulanan Stresle Başa Çıkma Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeklerinin alt boyutları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı ölçeklerinin ortalaması ve standart sapması aşağıda gösterilmektedir.

Tablo 7. Ölçeklerin Alt Boyutlarının Ortalama ve Standart Sapması

Alt Boyutlar ve Ölçekler	\bar{X}	ss
Kendine Güvenli Yaklaşım	2,92	0,671
Boyun Eğmeci Yaklaşım	2,30	0,682
Umutsuzluk	2,25	0,728
Fizyolojik Sorunlar	2,21	0,725
Durumluk Kaygı	48,45	10,488
Sürekli Kaygı	52,57	10,005

Kendine Güvenli Yaklaşım boyutu ortalaması 2,92 ve standart sapması 0,671'dir. Boyun Eğmeci Yaklaşım boyutunun ortalaması 2,30 ve standart sapması

0,728'dir. Umutsuzluk alt boyutunun ortalaması 2,25 ve standart sapması 0,728'dir. Fizyolojik Sorunlar boyutunun ortalaması 2,21 ve standart sapması 0,725'dir. Durumluk Kaygı ortalaması 48,45 ve standart sapması 10,488dir. Sürekli Kaygı ortalaması 52,57 ve standart sapması 10,005'dir.

4.3. Aile Bireylerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları, Stres ve Kaygı Düzeyleri İle Yaş Değişkeni Arasındaki Bulgular

OSB tanısı almış çocuğun aile bireylerinin yaş değişkeni ile stresle başa çıkma tarzları, stres ve kaygı düzeylerine yönelik bulgular Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. OSB Tanısı Almış Çocukların Aile Bireylerinin Yaş Değişkenine Yönelik Bulguları

Ölçekler	Yaş	n	\bar{X}	ss	sd	t	p
<i>Kendine Güvenli Yaklaşım</i>	25-35 Yaş Arası	31	3,11	0,609	2	2,219	0,116
	36-45 Yaş Arası	19	2,80	0,746			
	46 ve Üzeri	13	2,75	0,559			
	Toplam	73	2,92	0,671			
<i>Boyun Eğmeci Yaklaşım</i>	25-35 Yaş Arası	31	2,13	0,739	2	1,650	0,199
	36-45 Yaş Arası	19	2,41	0,531			
	46 ve Üzeri	13	2,46	0,799			
	Toplam	73	2,30	0,682			
<i>Umutsuzluk</i>	25-35 Yaş Arası	31	2,11	0,668	2	1,814	0,171
	36-45 Yaş Arası	19	2,25	0,736			
	46 ve Üzeri	13	2,56	0,799			
	Toplam	73	2,25	0,728			
<i>Fizyolojik Sorunlar</i>	25-35 Yaş Arası	31	2,18	0,637	2	0,039	0,962
	36-45 Yaş Arası	19	2,22	0,735			
	46 ve Üzeri	13	2,23	0,854			
	Toplam	73	2,21	0,708			
<i>Durumluk Kaygı</i>	25-35 Yaş Arası	31	2,53	0,555	2	0,364	0,696
	36-45 Yaş Arası	19	2,46	0,559			

	46 ve Üzeri	13	2,63	0,682			
	Toplam	73	2,52	0,575			
<i>Sürekli</i>	25-35 Yaş Arası	31	2,59	0,469			
	36-45 Yaş Arası	19	2,59	0,584	2		
<i>Kaygı</i>	46 ve Üzeri	13	2,69	0,600	70	0,188	0,829
	Toplam	73	2,60	0,535			

p>0,05

Tablo 8'e göre, OSB tanısı almış çocuğun aile bireylerinin yaş değişkeni ile stresle başa çıkma tarzları, stres ve kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

4.4. Aile Bireylerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları, Stres ve Kaygı Düzeyleri İle Cinsiyet Değişkeni Arasındaki Bulgular

OSB tanısı almış çocuğun aile bireylerinin cinsiyet değişkeni ile stresle başa çıkma tarzları, stres ve kaygı düzeylerine yönelik bulgular Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. OSB Tanısı Almış Çocukların Aile Bireylerinin Cinsiyet Değişkenine Yönelik Bulguları

Ölçekler	Cinsiyet	N	\bar{X}	ss	sd	t	p
<i>Kendine Güvenli Yaklaşım</i>	Kadın	57	2,84	0,668	71	-1,913	0,057
	Erkek	16	3,20	0,622			
<i>Boyun Eğmeci Yaklaşım</i>	Kadın	57	2,25	0,640	71	-1,294	0,200
	Erkek	16	2,50	0,807			
<i>Umutsuzluk</i>	Kadın	57	2,18	0,742	71	-1,395	0,167
	Erkek	16	2,47	0,648			
<i>Fizyolojik Sorunlar</i>	Kadın	57	2,16	0,681	71	-0,920	0,361
	Erkek	16	2,35	0,802			
<i>Durumluk Kaygı</i>	Kadın	57	2,50	0,562	71	-0,408	0,663
	Erkek	16	2,58	0,635			
<i>Sürekli Kaygı</i>	Kadın	57	2,62	0,525	71	0,594	0,532
	Erkek	16	2,53	0,579			

Tablo 9'a göre, OSB tanısı almış çocuğun aile bireylerinin cinsiyet değişkeni ile stresle başa çıkma tarzları, stres ve kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

4.5. Aile Bireylerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları, Stres ve Kaygı Düzeyleri İle OSB Tanısı Almış Çocuğun Cinsiyet Değişkeni Arasındaki Bulgular

OSB tanısı almış çocuğun cinsiyet değişkeni ile aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzları, stres ve kaygı düzeylerine yönelik bulgular Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. OSB Tanısı Almış Çocuğun Cinsiyet Değişkenine Yönelik Bulguları

Ölçekler	Cinsiyet	N	\bar{X}	ss	sd	t	p																																																								
<i>Kendine Güvenli Yaklaşım</i>	Kız	19	2,90	0,536	71	-0,126	0,886																																																								
	Erkek	54	2,93	0,716				<i>Boyun Eğmecei Yaklaşım</i>	Kız	19	2,42	0,617	71	0,854	0,396	Erkek	54	2,26	0,704	<i>Umutsuzluk</i>	Kız	19	2,62	0,603	71	2,676	0,006*	Erkek	54	2,12	0,728	<i>Fizyolojik Sorunlar</i>	Kız	19	2,35	0,603	71	1,008	0,317	Erkek	54	2,16	0,740	<i>Durumluk Kaygı</i>	Kız	19	2,60	0,406	71	0,678	0,500	Erkek	54	2,49	0,625	<i>Sürekli Kaygı</i>	Kız	19	2,72	0,449	71	1,063	0,291
<i>Boyun Eğmecei Yaklaşım</i>	Kız	19	2,42	0,617	71	0,854	0,396																																																								
	Erkek	54	2,26	0,704				<i>Umutsuzluk</i>	Kız	19	2,62	0,603	71	2,676	0,006*	Erkek	54	2,12	0,728	<i>Fizyolojik Sorunlar</i>	Kız	19	2,35	0,603	71	1,008	0,317	Erkek	54	2,16	0,740	<i>Durumluk Kaygı</i>	Kız	19	2,60	0,406	71	0,678	0,500	Erkek	54	2,49	0,625	<i>Sürekli Kaygı</i>	Kız	19	2,72	0,449	71	1,063	0,291	Erkek	54	2,56	0,560								
<i>Umutsuzluk</i>	Kız	19	2,62	0,603	71	2,676	0,006*																																																								
	Erkek	54	2,12	0,728				<i>Fizyolojik Sorunlar</i>	Kız	19	2,35	0,603	71	1,008	0,317	Erkek	54	2,16	0,740	<i>Durumluk Kaygı</i>	Kız	19	2,60	0,406	71	0,678	0,500	Erkek	54	2,49	0,625	<i>Sürekli Kaygı</i>	Kız	19	2,72	0,449	71	1,063	0,291	Erkek	54	2,56	0,560																				
<i>Fizyolojik Sorunlar</i>	Kız	19	2,35	0,603	71	1,008	0,317																																																								
	Erkek	54	2,16	0,740				<i>Durumluk Kaygı</i>	Kız	19	2,60	0,406	71	0,678	0,500	Erkek	54	2,49	0,625	<i>Sürekli Kaygı</i>	Kız	19	2,72	0,449	71	1,063	0,291	Erkek	54	2,56	0,560																																
<i>Durumluk Kaygı</i>	Kız	19	2,60	0,406	71	0,678	0,500																																																								
	Erkek	54	2,49	0,625				<i>Sürekli Kaygı</i>	Kız	19	2,72	0,449	71	1,063	0,291	Erkek	54	2,56	0,560																																												
<i>Sürekli Kaygı</i>	Kız	19	2,72	0,449	71	1,063	0,291																																																								
	Erkek	54	2,56	0,560																																																											

p<0,05

Tablo 10'a göre, OSB tanısı almış çocuğun cinsiyet değişkeni ile aile bireylerinin umutsuzluk boyutunda $p=0,006$ $t=2,676$ anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Buna göre OSB tanısı almış kız çocuğuna sahip aile bireylerinin umutsuzluk ortalaması 2,62 ile erkek çocuğa sahip aile bireylerinin ortalaması olan 2,12'den yüksektir.

OSB tanısı almış çocuğun cinsiyet değişkeni ile aile bireylerinin diğer alt boyutlar ve ölçekler ile arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

4.6. Aile Bireylerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları, Stres ve Kaygı Düzeyleri İle OSB Tanısı Almış Çocuğun Yaş Değişkeni Arasındaki Bulgular

OSB tanısı almış çocuğun yaş değişkeni ile aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzları, stres ve kaygı düzeylerine yönelik bulgular Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. OSB Tanısı Almış Çocukların Aile Bireylerinin Yaş Değişkenine Yönelik Bulguları

Ölçekler	Yaş	n	\bar{X}	ss	sd	t	p
<i>Kendine Güvenli Yaklaşım</i>	3 Yaş Altı	26	3,00	0,637	4 68	0,603	0,662
	3-4 Yaş Arası	16	3,00	0,795			
	4-5 Yaş Arası	6	2,68	0,924			
	5-6 Yaş Arası	10	3,00	0,626			
	6 Yaş Üzeri	15	2,75	0,528			
	Toplam	73	2,92	0,671			
<i>Boyun Eğmeci Yaklaşım</i>	3 Yaş Altı	26	2,03	0,583	4 68	1,085	0,138
	3-4 Yaş Arası	16	2,45	0,893			
	4-5 Yaş Arası	6	2,38	0,389			
	5-6 Yaş Arası	10	2,33	0,544			
	6 Yaş Üzeri	15	2,56	0,674			
	Toplam	73	2,30	0,682			
<i>Umutsuzluk</i>	3 Yaş Altı	26	2,21	0,697	4 68	0,556	0,695
	3-4 Yaş Arası	16	2,21	0,757			
	4-5 Yaş Arası	6	2,26	0,926			
	5-6 Yaş Arası	10	2,06	0,718			
	6 Yaş Üzeri	15	2,48	0,720			
	Toplam	73	2,25	0,728			
<i>Fizyolojik Sorunlar</i>	3 Yaş Altı	26	2,14	0,534	4 68	1,118	0,355
	3-4 Yaş Arası	16	2,06	0,722			

	4-5 Yaş Arası	6	2,05	0,574			
	5-6 Yaş Arası	10	2,60	0,966			
	6 Yaş Üzeri	15	2,28	0,795			
	Toplam	73	2,21	0,708			
	3 Yaş Altı	26	2,54	0,474			
	3-4 Yaş Arası	16	2,38	0,718			
<i>Durumluk Kaygı</i>	4-5 Yaş Arası	6	2,43	0,945	4	0,431	0,786
	5-6 Yaş Arası	10	2,59	0,535	68		
	6 Yaş Üzeri	15	2,63	0,451			
	Toplam	73	2,52	0,576			
	3 Yaş Altı	26	2,60	0,466			
	3-4 Yaş Arası	16	2,47	0,660			
<i>Sürekli Kaygı</i>	4-5 Yaş Arası	6	2,40	0,906	4	0,975	0,427
	5-6 Yaş Arası	10	2,81	0,401	68		
	6 Yaş Üzeri	15	2,71	0,375			
	Toplam	73	2,60	0,535			
p>0,05							

Tablo 11'e göre, OSB tanısı almış çocuğun yaş değişkeni ile aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzları, stres ve kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

4.7. Aile Bireylerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları, Stres ve Kaygı Düzeyleri İle Eğitim Değişkeni Arasındaki Bulgular

OSB tanısı almış çocuğun aile bireylerinin eğitim değişkeni ile stresle başa çıkma tarzları, stres ve kaygı düzeylerine yönelik bulgular Tablo 12'da gösterilmiştir.

Tablo 12. OSB Tanısı Almış Çocukların Aile Bireylerinin Yaş Değişkenine Yönelik Bulguları

Ölçekler	Yaş	n	\bar{X}	ss	sd	T	p
<i>Kendine Güvenli Yaklaşım</i>	Orta Okul	10	2,65	0,770	4 68	1,895	0,121
	Lise	19	2,68	0,722			
	Yüksek Okul	17	3,02	0,568			
	Lisans	19	3,16	0,671			
	Lisans Üstü	8	3,04	0,406			
	Toplam	73	2,92	0,671			
<i>Boyun Eğmeci Yaklaşım</i>	Orta Okul	10	2,50	0,996	4 68	1,452	0,227
	Lise	19	2,38	0,404			
	Yüksek Okul	17	2,45	0,716			
	Lisans	19	2,00	0,628			
	Lisans Üstü	8	2,29	0,722			
	Toplam	73	2,30	0,682			
<i>Umutsuzluk</i>	Orta Okul	10	2,48	0,749	4 68	0,498	0,737
	Lise	19	2,32	0,597			
	Yüksek Okul	17	2,23	0,548			
	Lisans	19	2,10	0,905			
	Lisans Üstü	8	2,17	0,928			
	Toplam	73	2,25	0,728			
<i>Fizyolojik Sorunlar</i>	Orta Okul	10	2,36	0,792	4 68	1,506	0,210
	Lise	19	2,43	0,754			
	Yüksek Okul	17	2,21	0,622			
	Lisans	19	1,91	0,586			
	Lisans Üstü	8	2,16	0,835			
	Toplam	73	2,21	0,708			
<i>Durumluk Kaygı</i>	Orta Okul	10	2,53	0,649	4 68	0,042	0,997
	Lise	19	2,51	0,486			
	Yüksek Okul	17	2,55	0,560			
	Lisans	19	2,53	0,650			

	Lisans Üstü	8	2,45	0,664			
	Toplam	73	2,52	0,575			
	Orta Okul	10	2,77	0,674			
	Lise	19	2,74	0,525			
<i>Sürekli</i>	Yüksek Okul	17	2,53	0,457	4		
<i>Kaygı</i>	Lisans	19	2,50	0,505	68	0,917	0,459
	Lisans Üstü	8	2,48	0,602			
	Toplam	73	2,60	0,535			

p>0,05

Tablo 12'ye göre OSB tanısı almış çocuğun aile bireylerinin eğitim değişkeni ile stresle başa çıkma tarzları, stres ve kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

4.8. Aile Bireylerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları, Stres ve Kaygı Düzeyleri İle Gelir Değişkeni Arasındaki Bulgular

OSB tanısı almış çocuğun aile bireylerinin gelir değişkeni ile stresle başa çıkma tarzları, stres ve kaygı düzeylerine yönelik bulgular Tablo 13'de gösterilmiştir.

Tablo 13. OSB Tanısı Almış Çocukların Aile Bireylerinin Yaş Değişkenine Yönelik Bulguları

Ölçekler	Yaş	n	\bar{X}	ss	sd	t	p
<i>Kendine</i> <i>Güvenli</i> <i>Yaklaşım</i>	2.500 TL'den Az	15	2,75	0,853	2		
	2.501-5.000 TL.	32	2,96	0,640	70	0,635	0,533
	5.001 TL Üzeri	26	2,97	0,597			
	Toplam	73	2,92	0,671			
<i>Boyun</i> <i>Eğmeci</i> <i>Yaklaşım</i>	2.500 TL'den Az	15	2,57	0,849	2		
	2.501-5.000 TL.	32	2,18	0,616	70	1,710	0,188
	5.001 TL Üzeri	26	2,29	0,634			
	Toplam	73	2,30	0,682			
<i>Umutsuzluk</i>	2.500 TL'den Az	15	2,22	0,827	2		
	2.501-5.000 TL.	32	2,16	0,629	70	0,627	0,537

	5.001 TL Üzeri	26	2,37	0,790			
	Toplam	73	2,25	0,728			
<i>Fizyolojik Sorunlar</i>	2.500 TL'den Az	15	2,08	0,921			
	2.501-5.000 TL.	32	2,30	0,635	2		
	5.001 TL Üzeri	26	2,16	0,668	70	0,531	0,590
	Toplam	73	2,21	0,708			
<i>Durumluk Kaygı</i>	2.500 TL'den Az	15	2,40	0,754			
	2.501-5.000 TL.	32	2,47	0,451	2		
	5.001 TL Üzeri	26	2,65	0,592	70	0,192	0,310
	Toplam	73	2,62	0,575			
<i>Sürekli Kaygı</i>	2.500 TL'den Az	15	2,58	0,799			
	2.501-5.000 TL.	32	2,58	0,384	2		
	5.001 TL Üzeri	26	2,65	0,529	70	0,139	0,870
	Toplam	73	2,60	0,535			

p>0,05

Tablo 13'ye göre OSB tanısı almış çocuğun aile bireylerinin gelir değişkeni ile stresle başa çıkma tarzları, stres ve kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

4.9. Aile Bireylerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları İle Stres ve Kaygı Düzeyleri İle Arasındaki Bulgular

Araştırma problemine uygun olarak bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkilerin tespit edilmesi amacıyla Tablo 14'de korelasyon testi yapılmıştır.

Korelasyon analizinde, araştırma kapsamında bağımlı değişken veya bağımsız değişken oluşunun önemi olmaksızın değişkenlerin arasındaki ilişkinin yönü ve şiddeti incelenmektedir.

Regresyon analizinde ise bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki etkisi ve açıklayıcı gücü gösterilir.

Tablo 14. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

	<i>Kendine Güvenli Yaklaşım</i>	<i>Boyun Eğmeci Yaklaşım</i>	<i>Umutsuzluk</i>	<i>Fizyolojik Sorunlar</i>	<i>Durumluk Kaygı</i>	<i>Sürekli Kaygı</i>
<i>Kendine Güvenli Yaklaşım</i>	1 73					
<i>Boyun Eğmeci Yaklaşım</i>	-0,340** 0,003	1 73				
<i>Umutsuzluk</i>	-0,541** 0,000	0,443** 0,000	1 73			
<i>Fizyolojik Sorunlar</i>	-0,277* 0,018	0,312** 0,007	0,404** 0,000	1 73		
<i>Durumluk Kaygı</i>	-0,321** 0,006	0,363** 0,002	0,654** 0,000	0,339** 0,003	1 73	
<i>Sürekli Kaygı</i>	-0,410** 0,000	0,477** 0,000	0,674** 0,000	0,488** 0,000	0,776** 0,000	1 73

Elde edilen bulgulara göre, katılımcıların Kendine Güvenli Yaklaşım ile Boyun Eğmeci Yaklaşım puanları arasında $r = -0,340$, $p = 0,003$ negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki, Umutsuzluk puanları arasında $r = -0,541$ $p = 0,003$ negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki, Fizyolojik Sorunlar ile $r = -0,277$ $p = 0,018$ negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki, Durumluk Kaygı puanları arasında $r = -0,321$ $p = 0,006$ negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki ve Sürekli Kaygı puanları arasında $r = -0,410$ $p = 0,000$ negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Boyun Eğmeci Yaklaşım ile Umutsuzluk puanları arasında $r = 0,443$ $p = 0,000$ aynı yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki, Fizyolojik Sorunlar ortalaması ile $r = 0,312$ $p = 0,000$ aynı yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki, Durumluk Kaygı puanları arasında $r = -0,363$ $p = 0,000$ aynı yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki, Sürekli Kaygı puanları arasında $r = -0,477$ $p = 0,000$ aynı yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Umutsuzluk ile Fizyolojik Sorunlar ortalaması ile $r = 0,404$ $p = 0,000$ aynı yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki, Durumluk Kaygı puanları arasında $r = 0,654$ $p = 0,002$

aynı yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki, Sürekli Kaygı puanları arasında $r=0,674$ $p=0,000$ aynı yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Fizyolojik Sorunlar ile Durumluk Kaygı puanları arasında $r=0,339$ $p=0,003$ aynı yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki, Sürekli Kaygı puanları arasında $r=0,488$ $p=0,000$ aynı yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Durumluk Kaygı ile Sürekli Kaygı puanları arasında $r=0,776$ $p=0,000$ aynı yönlü yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Elde edilen bulgulara göre, katılımcıların Stresle Başa Çıkma Ölçeğinin Kendine Güvenli Yaklaşım boyutu ile Umutsuzluk, Fizyolojik Sorunlar, Durumluk ve Sürekli Kaygı arasındaki ilişki aşağıda gösterilmektedir.

Tablo 15. Kendine Güvenli Yaklaşım ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R	Tahminin Std Hatası	Durbin Watson
1	0,541	0,293	0,283	0,56831	1,920

Kendine Güvenli Yaklaşım ile Umutsuzluk dışındaki Fizyolojik Sorunlar, Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı ortalamaları arasındaki ilişkide yeterli anlamlılık derecesine sahip olmadığı için modelden çıkarılmıştır. Kendine Güvenli Yaklaşım ile Umutsuzluk ortalaması arasında ilişkinin negatif yönde orta bir ilişki olduğu saptanmıştır. Güvenli Yaklaşım boyutunun umutsuzluk boyutunu %28,3 oranında etkilediği kalan kısmının ise diğer faktörler tarafından belirlendiği, Kendine Güvenli Yaklaşım boyutunun bir birim artığında OSB tanısı almış çocuğa sahip aile bireylerinin umutsuzluğunun %54,1 oranında azalacağı söylenebilir.

Tablo 16. Kendine Güvenli Yaklaşım ile Umutsuzluk Ortalamaları Arasındaki Bulgular

Model 1	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F	Sig. (p)
Regresyon	9,498	1	9,498	29,409	0,000
Artık	22,931	71	0,323		

Toplam	32,429	72			
---------------	--------	----	--	--	--

Tablo 16'ya göre Kendine Güvenli Yaklaşım ile Umutsuzluk ortalaması arasındaki $F=24,409$ $p=0,000<0,005$ olması nedeniyle anlamlı olduğu saptanmıştır.

Tablo 17. Kendine Güvenli Yaklaşım ile Umutsuzluk Ortalamaları Regresyon Modeli Sonucu

Model 1	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig. (p)
	B	Std. Hata	Beta		
(Constant)	4,048	0,218		18,604	0,000
Umutsuzluk	-0,499	0,092	-0,541	-5,423	0,000

Kendine Güvenli Yaklaşım boyutunun tek başına umutsuzluk boyutunu negatif yönlü olarak %-49,9 oranında azaltmaktadır.

Elde edilen bulgulara göre, katılımcıların Stresle Başa Çıkma Ölçeğinin Boyun Eğmeci Yaklaşım boyutu ile Umutsuzluk, Fizyolojik Sorunlar, Durumluk ve Sürekli Kaygı arasındaki ilişki aşağıda gösterilmektedir.

Tablo 18. Boyun Eğmeci Yaklaşım ile Bağımlı Değişkenler Ortalamaları Regresyon Modeli Sonucu

Model 1	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig. (p)
	B	Std. Hata	Beta		
(Constant)	0,748	0,369		2,025	0,047
Umutsuzluk	0,218	0,139	0,233	1,568	0,122
Fizyolojik Sorunlar	0,074	0,115	0,077	0,638	0,526
Durumluk Kaygı	-0,104	0,205	-0,088	-0,507	0,614
Sürekli	0,447	0,237	0,350	1,885	0,064

Tablo 18'ya göre Boyun Eğmeci Yaklaşım ile Umutsuzluk $F=1,568$ $p=0,122>0,005$, Fizyolojik Sorunlar $F=0,638$ $p=0,526>0,005$, Durumluk Kaygı $F=-$

0,088 $p=0,614>0,005$ ve Sürekli Kaygı ortalamalarının arasındaki $F=-0,507$
 $p=0,614<0,005$ olması nedeniyle anlamlı olmadığı saptanmıştır.



BEŞİNCİ BÖLÜM

Sonuç, Tartışma ve Öneriler

Bu bölümde araştırmanın bulguları ile ulaşılan sonuçlar, tartışma ve araştırmada ulaşılan sonuçlara uygun olarak öneriler yer almaktadır.

5.1. Sonuç

Araştırmaya katılan OSB tanısı almış çocuklar ve ailelerine yönelik demografik analizde OSB tanısı almış çocuğa sahip aile bireylerinin %42,5'i (n=31) 26-35 yaş arasında, %39,7'si (n=29) 36-45 yaş arasında ve %17,8'i (n=13) 46 yaş ve üzeri olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan OSB tanısı almış çocuğa sahip aile bireylerinin %78,1'i (n=57) kadın ve %21,9'u (n=16) erkektir. Yapılan araştırmalarda OSB'ye yakalanma riskinin erkek çocuklarda daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada OSB tanısı almış çocukların %35,6'sı (n=26) 3 yaş altı, %21,9'u (n=16) 3-4 yaş arası, %8,2'si (n=6) 4-5 yaş arası, %13,7'si (n=10) 5-6 yaş arası ve %20,5'i (n=15) 6 yaşından büyüktür. OSB tanısı almış çocuğa sahip aile bireylerinin %20,5'i (n=15) 2,500 ve altı, %43,8'i (n=32) 2.501-5.000 TL. arası ve %35,6'sı (n=26) 5.001 TL. ve üzeri gelire sahiptir. Araştırmaya katılan OSB tanısı almış çocuğa sahip aile bireylerinin %13,7'si (n=10) ortaöğrenim mezunu, %26,0'ı (n=19) lise mezunu, %23,3'ü (n=17) yüksek okula mezunu, %26,0'ı (N=19) lisans mezunu ve %11,0'ı (n=8) lisansüstü mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Kendine Güvenli Yaklaşım boyutu ortalaması 2,92 ve standart sapması 0,671', Boyun Eğmeci Yaklaşım boyutunun ortalaması 2,30 ve standart sapması 0,728, Umutsuzluk alt boyutunun ortalaması 2,25 ve standart sapması 0,728, Fizyolojik Sorunlar boyutunun ortalaması 2,21 ve standart sapması 0,725, Durumluk Kaygı ortalaması 48,45 ve standart sapması 10,488 ve Sürekli Kaygı ortalaması 52,57 ve standart sapması 10,005 olarak saptanmıştır.

OSB tanısı almış kız çocuklarının aile bireylerinin erkek çocukların aile bireylerinden daha umutsuz olduğu tespit edilmiştir. Bu anlamlı farklılık dışında OSB

tanısı almış çocukların ve aile bireylerinin demografik değişkenleri Stresle Başa Çıkma Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği alt boyutları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı ölçeği arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

Araştırma problemine uygun olarak bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkilerin tespit edilmesi amacıyla yapılan testlerde, Kendine Güvenli Yaklaşım ile Boyun Eğmeci Yaklaşım, Umutsuzluk, Fizyolojik Sorunlar, Durumluk ve Sürekli kaygı arasında negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Boyun Eğmeci Yaklaşım ile Umutsuzluk, Fizyolojik Sorunlar, Durumluk ve Sürekli kaygı arasında aynı yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Umutsuzluk, ile Fizyolojik Sorunlar, Durumluk ve Sürekli kaygı arasında aynı yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Fizyolojik Sorunlar ile Durumluk ve Sürekli kaygı arasında aynı yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Durumluk ve Sürekli kaygı arasında negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Kendine Güvenli Yaklaşım ile Umutsuzluğu tek başına umutsuzluk boyutunu negatif yönlü olarak %-49,9 oranında azaltmaktadır. Kendine Güvenli Yaklaşımın diğer Fizyolojik Sorunlar, Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı ile anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

Boyun Eğmeci Yaklaşım ile Umutsuzluk, Fizyolojik Sorunlar, Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı ile anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

5.1. Tartışma

OSB tanısı konmuş çocukları özel rehabilitasyon merkezine getirenlerin anne olması, araştırmaya katılan kadın oranının %78 seviyesinde çıkmasına neden olmuştur. Aile bireylerinden babaların çalışması nedeniyle çocuklarını sadece cumartesi günü rehabilitasyon merkezine getirebildiği, annelerin yoğunluklu olarak çocuğun bakımı ile ilgilenmesi nedeniyle kadın katılımcı sayısının fazla olduğu söylenebilir.

OSB tanısı konmuş erkek çocukların sayısının kız çocuklarından üç kat fazla olması, literatürdeki araştırmalarla uyum göstermektedir. OSB'nin erkek çocuklarda

görülme sıklığı kız çocuklarından farklılık göstermekte ve 42 erkek çocukta bir OSB vakasına rastlanılmasına karşılık 189 kız çocukta bir vakaya rastlanılmaktadır (Oğuz ve Sönmez, 2017).

OSB tanısı almış çocukların Kendine Güvenli Yaklaşım ve Boyun eğmeci Yaklaşım boyutu ortalamasının üzerinde puan almıştır. Kendine Güvenli Yaklaşım ortalaması ise Boyun eğmeci Yaklaşımından yüksektir. OSB tanısı almış çocuğa sahip olan aile bireyleri, reddedici tutum ve davranışlar gösterdikten sonra OSB'li çocuğun duygusal olarak kabul edilişi ile bilimsel çözüm yolları aramaktadır. Araştırmanın özel bir rehabilitasyon merkezinde yapıldığı düşünülürse OSB'li çocukların özel eğitim için getirilmeleri, aile bireylerinin Kendine Güvenli Yaklaşım ortalamasının Boyun Eğmeci Yaklaşımından yüksek olmasını sağlamış bulunabilir. Umutsuzluk ve Fizyolojik Sorunlar ortalamaları ise orta değere yakındır.

OSB tanısı almış çocuğa sahip aile bireylerinin Durumluk Kaygı ortalaması 48,45 Sürekli Kaygı ortalaması ise 52,57 bulunmuştur. Bu kaygı düzeylerinin ortalamasının üstünde olduğu söylenebilir. Durumluk ve sürekli kaygı puanlarının 42 ve üzerinde puan alması yüksek kaygı bulunduğunu ifade etmektedir (Öner ve Le Compte, 1983). Engelli veya farklı gelişim sergileyen çocuğa sahip ailelerdeki anne ve babanın depresyon ve kaygı düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Dereli ve Okur, 2008). Anne ve babanın ileri de çocuklarını nasıl bir geleceğin beklendiğine yönelik kaygılarının uzun süreli olduğu ve çocuğun gelişimine paralel olarak devam ettiği söylenebilir.

Kronik engelli bireylerin aileleri ile yapılan çalışmalarda ailenin ekonomik sorunlar yüzünden ailenin baskı altında kalması strese neden olmaktadır. Araştırmada ailenin sahip olduğu eğitim durumu, yaş, ekonomik durum ve çocuğun engellilik düzeyinin ailenin yaşadığı depresyon ve stres düzeyini etkilediği tespit edilmiştir (Akkök, Aşkar ve Karancı, 1992).

OSB'li çocuğa sahip anne babalar çocukların geleceğiyle ilgili kaygılıdır. Ayrıca çocuğun bilişsel zayıflığı, bağımsız hareket etme yeteneğinin kısıtlı olması ve çocuğun becerilerinin zayıflığı, toplumsal düzeyde kabul görmeme yaklaşımları ilgili sorunlar ailede kaygı yaratmaktadır. Çocuğun bilişsel yetersizliği ise yüksek zorlanma ve stres nedenidir (Demir vd., 200)

Engelli çocuğu olan annelerin, engelli çocuğu olmayan annelere göre depresyon, kayęı ve stres düzeylerinin daha yüksek olduğu, yetersizliği olan çocuğa sahip annelerin çocuklarının, kendilerine daha çok bağımlı olmaları, kendi kendilerini yönetememeleri, aile yaşantılarına daha çok sorumluluk getirmekle beraber aileye oldukça fazla zorluk yaşatmaları yoğun baskı altında yaşamalarına neden olmaktadır (Uğur vd., 2004).

OSB tanısı almış çocuğun aile bireylerinin yaş değişkeni ile stresle başa ıkma tarzları, stres ve kayęı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Araştırmanın bu bulgusu ile literatürdeki sonuçlar karşılaştırıldığında yaşları büyük aile bireylerinin OSB'li bireye yönelik daha hoşgörölü olmasına karşılıklı sürekli kayęı düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir (Çoşkun ve Akkaş, 2009).

OSB tanısı almış çocuğun aile bireylerinin cinsiyet değişkeni ile stresle başa ıkma tarzları, stres ve kayęı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Bu konudaki araştırmalarda annelerin babalardan stres, depresyon ve kayęı düzeylerinin yüksek olduğu görölmektedir. Annelerin farklı gelişen çocukları nedeniyle geleceğe yönelik babalardan daha fazla karamsar olduğu ve sürekli kayęı düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çoşkun ve Akkaş, 2009, Doğru ve Arslan, 2008). OSB tanısı konmuş çocuğa sahip annelerin depresyon, anksiyete ve ruh sağlığına ilişkin problemlerin fazla olduğu öne tespit edilmiştir (Tahincioğlu, 2016). Ancak literatürde aile bireyinin cinsiyet değişkeninin farklılaşmadığına yönelik bulgular da yer almaktadır (Karpat, 2011)

OSB tanısı almış kız çocuklarının aile bireylerinin erkek çocukların aile bireylerinden daha umutsuz olduğu tespit edilmiştir. OSB'li çocuğun cinsiyet değişkeninin kadınların duygusal tehide daha fazla kalmaları nedeniyle umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğu ileri sürülebilir. Ancak literatürde farklı bulgularda bulunmaktadır. Çürük (2008) tarafından zihinsel engelli çocuklar üzerine yapılan araştırmada cinsiyet değişkeninin kayęı ve endişe puanlarında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı benzer şekilde Gölalmış Erhan (2005) tarafından yapılan alışma da çocuğun cinsiyetinin anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır. OSB'li çocukların cinsiyet aısından ihtiyaçlarının değişmediği ancak kız çocukları için aile bireylerinin gelecek kayęısı taşıyarak umutsuzluk düzeylerinin yüksek çıktığı söylenebilir.

OSB tanısı almış çocuğun yaş değişkeni ile aile bireylerinin stresle başa ıkma tarzları, stres ve kayęı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Çocuğun yaşı büyüdükçe aile bireylerinin kaygı ev depresyon düzeylerinin arttığı tespit edilmesi çocuğun öz bakım ihtiyaçlarını karşılayamaması ve aile bireylerinin yaşlanması ile oluşan kaygıya bağlıdır.

OSB tanısı almış çocuğun aile bireylerinin eğitim değişkeni ile stresle başa çıkma tarzları, stres ve kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Aile bireylerinin eğitim değişkeni ile birlikte sosyo-ekonomik durumun farklılaşması, farkındalığını artması nedeniyle depresyon ve kaygı düzeylerini azalttığı tespit edilmiştir (Özkan, 2002). söylenebilir. Ancak literatürde eğitim durumu düşük olan aile bireylerinin kadercilik ve boyun eğme davranışları ile kaygı düzeyinin düşük olarak bulunduğu çalışmalar da vardır. OSB tanısı almış çocuğun aile bireylerinin eğitim değişkeni ile stresle başa çıkma tarzları, stres ve kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. OSB'li çocuğa sahip bireylerin eğitim düzeyleri yükseldikçe sosyo-ekonomik faktörlerin de etkisi ile kaygı düzeylerinin azaldığına ilişkin çalışmalar bulunmaktadır

OSB tanısı almış çocuğun aile bireylerinin gelir değişkeni ile stresle başa çıkma tarzları, stres ve kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Literatürde OSB'li çocuğa sahip ailenin ekonomik durumu ile aile bireylerinin gereksinimleri arasında anlamlı bir fark bulunduğu konusunda farklı bulgulara rastlanmıştır. Ekonomik durumu yüksek olan ailelerin, maddi gereksinimler ve destek gereksinimi nedeniyle daha fazla strese maruz kaldığı görülmektedir (Kaytez, Durualp ve Kadan, 20015). Şahin (2015 tarafından yapılan araştırmada gelir durumu 400-1.000 TL. arasında olan OSB2li çocuğa sahip aile bireylerinin depresyon ve kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu tespit edilmiştir.

Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeğinin iki alt boyutu olan Kendine Güvenli Yaklaşım ve Boyun Eğitici Yaklaşımın Umutsuzluk, Fonksiyonel Sorunlar, Durumluk ve Sürekli Kaygı arasında farklı ilişki bulunmaktadır. Kendine Güvenli Yaklaşım, Umutsuzluk, Fizyolojik Sorunlar, Durumluk ve Sürekli Kaygıyı önleyici yönde etkilemektedir. Kendine güvenen bireyler, iç kontrol odaklı olmaları nedeniyle umutsuzluğa neden olacak sorunlarını rasyonel çözümlerle çözmektedirler.

Kulbaş (2015) tarafından yapılan araştırmada kendi güvenli yaklaşımları eğitimle geliştirilen annelerin geleceğe yönelik olarak olumsuz düşüncelerini ve bilişsel çarpıtmalarının azaldığını ve umutsuzluk düzeylerinin düştüğü tespit edilmiştir.

Bununla birlikte Boyun Eğici Yaklaşım uygulansa bile OSB tanısı almış çocukların ailelerine ilişkin depresyon ve kaygı düzeylerine etkisi bulunmamaktadır.

5.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçlarına uygun olarak aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

OSB tanısı almış çocuğa sahip aile bireylerin durumluk ve sürekli kaydı düzeylerinin düşürülmesi için sosyal destek sistemlerinin devreye sokulması gerekmektedir. OSB'li bireylerin farklı gelişimlerini hayatlarının sonuna kadar sürdürmeleri aile bireyleri üzerinde önemli bir baskı, depresyon ve kaygıya neden olmaktadır. Bu sorunların azaltılması için aileye sağlık hizmeti ve ekonomik katkı verilmelidir.

OSB hakkında son yıllarda yapılan çalışmalarda farklı ve yeni bilgilere ulaşılmıştır. Özellikle gene bağlı anormallikler ve beslenme alışkanlıklarına dayalı çevresel faktörlere ilişkin bilgilerin OSB tanısı almış aile bireylerine verileceği seminer, bilgilendirme toplantısı gibi eğitim çalışmalarının ailenin bozukluğa ilişkin bilgi düzeyinin artmasına bağlı olarak kendine güvenli davranışları desteklenebilecek ve kaygıları azalabilecektir. ,

Aile bireylerinin kendine güvenli yaklaşımı tercih ettiklerinde umutsuzluklarının azaldığı tespit edilmiştir. Bu nedenle, OSB tanısı almış çocuğa sahip aile bireylerinin stresle başa çıkma, farkındalık, karar verme teknikleri, gibi bireysel gelişimlerine destek olabilecek eğitimlerin verilmesi faydalı olacaktır.

OSB tanısı almış çocuğa sahip aile bireylerinin stresle mücadelesinin desteklenebilmesi için uzman desteği almaları önemlidir.

OSB tanısı almış çocuğa sahip aileler üzerine yapılan çalışmalar rehabilitasyon merkezlerine gelen bireylere yapıldığı için homojen bir yapıyı barındırabilmektedir. Bu nedenle, katılımcı sayısının öncelikle artırılması ve coğrafi olarak farklılaştırılması aile bireylerinin yaşadığı depresyon ve kaygı düzeylerine yönelik daha anlamlı sonuçlar elde edilebileceği düşünülmektedir.

Araştırmada elde edilen bulgular ile OSB tanısı konmuş çocuğa sahip ailelere gerekli psikososyal desteğin sağlanabilmesi içi açısından yararlı olacaktır. Ancak bu çalışmaların etkililiğinin renilebilmesi için araştırmalara kontrol grubunun dahil edilmesi, daha geniş bir örneklem kumesi ya da çalışma grubunun araştırmaya dahil edilmesi yararlı olacaktır.



Kaynakça

Akıncı S.B., Rezaki M., Aypar Ü. 2003. Anesteziyologlarda depresyon ve anksiyete düzeyleri. Anestezi Dergisi, 11: 34-39.

Akkök, F., Aşkar, P. ve Karancı, N. 1992. Özürlü Bir Çocuğa Sahip Anne Babalardaki Stresin Yordanması. Özel Eğitim Dergisi. Ankara, 1(2), 8-12.

Aksoy, V. 2013, Eğitsel Planlama İçin Otizm Tarama Araçları (Asiep-3)'Nin Psikometrik Niteliklerinin Belirlenmesi: Türkiye Örneği, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.

Akyol Yıldız E. 2016. Akademisyenlerde Mutluluğun Yordayıcıları Olarak Farkındalık Ve Stresle Başa Çıkma Tutumları, Ankara, Gazi Üniversitesi, Rehberlik Ve Psikolojik Danışma Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Alisinanoğlu, F. ve Ulutaş, İ. 2005. Çocuklarda Kaygı ve Bunu Etkileyen Etmenler, http://dhgm.meb.gov.tr/yayimler/dergiler/Milli_Egitim_Dergisi/145/alisananoglu.htm

Alyaprak, İ. 2006. Üniversite Sınavına Hazırlanan Öğrencilerde Sınav Kaygısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, İzmir, Ege Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013, Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı, beşinci baskı (DSM-V), tanı ölçütleri başvuru elkitabı Çev. E. Köroğlu, Ankara, HYB Yayıncılık.

Arkar H. 2012. Beck'in Depresyon Modeli Ve Bilişsel Terapisi, Düşünen Adam Dergisi, 37-40, http://dusunenadamdergisi.com.tr/tr/DergiPdf/DUSUNEN_ADAM_DERGISI_8bffaf65e5f34bf4a3ca1801c535a80e.pdf

Arslan, Ç. 2007. Üniversite öğrencilerinin sürekli kaygı ve kişisel kararsızlık düzeylerinin incelenmesi (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Konya

Artan İ. 1986. Örgütsel stres kaynakları ve yöneticiler üzerinde bir inceleme.1.Basım. İstanbul, Özgün Matbaacılık, ss.270-278.

Aslan Güleç, Y., Cihan H. ve Altın D. 2014. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuk Sahibi Annelerin Deneyimler, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, C.13 S.50 96-111.

Aslan, Ş., 2007. Örgütsel ortamda bireysel stresle başa çıkma tutumlarının araştırılması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, S. 18, ss. 67-84.

Aydın A. 2002, Otistik Çocuk Sahibi Annelerine Yönelik Bir Eğitim Programı Modeli. İstanbul, M.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Bacanlı H. Sürücü M. ve İlhan T. 2014. Başa çıkma stilleri ölçeği kısa formunun (BÇSÖ-KF) psikometrik özelliklerinin incelenmesi: geçerlik ve güvenirlik çalışması, Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimler 13(1), Kış, ss.81-96
<http://www.kuyeb.com/pdf/tr/c2599bfbcdfe99d5f3d99abaed64af8196.pdf>

Backs B. J. Keith, Dobson S. K. 1998. Depresyon İçin Bilişsel Terapi, Kuramsal Konular ve Araştırmalar Bağlamındaki Durumu, Çeviren: Nesim Şahin, Türk Psikolojisi Dergisi, 1998, (41). S.56-76, <http://www.turkpsikolojiyazilari.com/PDF/TPD/41/04.pdf>

Bağdaçık, S. 2009. Majör Depresyon ve Panik Bozukluğu Olan Hastaların Erken Döngüsel Şema Aktivasyonlarının Karşılaştırılması, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Uzmanlık Tezi.

Bahadır A. 2002. Modernitenin Yıkıcı Etkileri Karşısında Savunmasız İnsan, Necmettin Erbakan İlahiyat Fakültesi, C.13 S.13, 129-142.

Balcıoğlu, İ. 1999. Depresyonun Etiyopatogenezi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık İstanbul, 19-28.

Baltaş A. ve Baltas Z. 2008, Stres ve başa çıkma yolları, İstanbul, Remzi Kitabevi.

Başaran, İ. E. 1996. Eğitimin Psikolojik Temelleri Eğitim Psikolojisi. Ankara, Özkan Matbaası.

Başoğlu C. ve Buldukoğlu K. 2015. Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2015; 7(1):1-15

Beck, T.A. ve Emery, G. 2006. Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler, Bilişsel Bir Bakış Açısı. Çeviren: Öztürk, V., İstanbul, Litera Yayıncılık.

Bilgiç A. 2015. Otizm Spektrum Bozuklukları, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Bebek Ruh Sağlığı (0-4 Yaş) Temel Kitabı, 459-480.

Bilgiç A. ve Cöngöloğlu A. 2009. Otizm Spektrum Bozukluklarında Biyolojik Temelli Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Uygulamaları, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 16 (3), 153-164.

Bilgin, Ş. 2001. Ergenlerde Kaygı İle Benlik Saygısı Arasındaki İlişki, İstanbul, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Bodur Ş. ve Soysal Ş. 2004, "Otizmin Erken Tanısı ve Önemi" Ankara, C. 13 S. 10, 2004, ss. 394-398, <http://www.doktornobette.com/uploads/yuklemeler/otizm.pdf>

Canbaz S. 2001. Samsun Çıraklık Eğitim Merkezi'ne Devam Eden Çırakların Sosyo-demografik, Çalışma Yaşamı Özelliklerinin ve Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Samsun, 19 Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Coşkun, Y. ve Akkaş, G. 2009. Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi(KEFAD), 10(1), 213-227.

Cüceloğlu D. 2012. İnsan ve Davranışı Psikolojinin Temel Kavramları, 25. Baskı, İstanbul, Remzi Kitabevi.

Çelik H.F. ve Hoccoğlu Ç. 2016. 'Major Depresif Bozukluk' Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme, Journal Of Contemporary Medicine 2016;6(1): 51-66.

Çolak, A. 2014, "Otizm Spektrum Bozukluğunu Anlamak", T.C. Aile ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Otizm Spektrum Bozukluğu, Ankara, Anıl Reklam Matbaası, ss. 11-22.

Çürük N. 2008. Ankara İl Merkezindeki İl Okullarında 1. ve 4. Sınıfa Devam Eden Zihinsel Engelli Çocukların Annelerinin Kaygı Ve Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştıkları Problemlere Göre İncelenmesi, Ankara, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Davison, G.C. ve Neale, J.M. 2004. Anormal Psikolojisi., Çeviren, Dağ, İ. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.

Demir, T., Mukaddes, N., M., Demir, D., E., Bilge, S. 200. Otistik Bozukluğu Olan Çocukların Annelerinde Birinci Eksende Yer Alan Psikiyatrik Bozuklukların Araştırılması. Düşünen Adam. 13(2): 82-86.

Demirkıran A.V, vd., 2015, Farklı Gelişen Çocuklar, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım.2015.

Dereli, F. ve Okur, S. 2008. Engelli Çocuğa Sahip Olan Ailelerin Depresyon Durumunun Belirlenmesi. Yeni Tıp Dergisi, (25), 164-168.

Dilbaz N. ve Seber G. 1993. Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi, Kriz Dergisi, C.1 S.3, 134-138.

Doğru, P. ve Arslan, A. 2008. Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyi İle Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 19,543-553.

Duy B.2003. Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım Dayalı Grupla Psikolojik Danışmanın Yalnızlık Ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Üzerine Etkisi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi.

Düzgün Ş. ve Hayalioğlu H. 2006. Öğrencilerde Öğrenilmiş Çaresizlik Düzeyinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi Yıl:2006 Sayı: 13.404-413. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/31519>

Ehtiyar, R. ve Üngüren, E.M. 2008.Turizm Eğitimi Alan Öğrencilerin Umutsuzluk ve Kaygı Seviyeleri İle Eğitime Yönelik Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma, Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, C.1, S.4, 159-181. http://www.sosyalarastirmalar.com/cilt1/sayi4/s_ayi4pdf/ehtiyar_ruya.pdf

Ekinci H, Ekici S. 2003. İşletmelerde örgütsel stres yönetim stratejisi olarak sosyal desteğin rolüne ilişkin görgül bir araştırma. C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi, 27 ss.109-120. <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/84.pdf>

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Otizm Spektrum Bozukluğu, 2014, <http://eyh.aile.gov.tr/data/54801410369dc57170df347f/OT%C4%B0ZM%20K%C4%B0TAP.pdf>

Erden G. vd. 2014. Otizm Spektrum Bozukluğu, Ankara, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü https://eyh.aile.gov.tr/data/54801410369dc57170df347f/01_OT%C4%B0ZM%20K%C4%B0TAP_FUAT_25.03.14_SON.PDF

Erkuş, A. 1994. Psikolojik terimler sözlüğü. Ankara, Doruk Yayınları.

Erözkan a. 2004. Lise Öğrencilerinin Sosyal Karşılaştırma ve Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi, Muğla Üniversitesi SBE Dergisi Güz 2004 Sayı 13, 1-18.

Ertekin Y. 1993. Stres ve yönetim. Ankara, Türkiye Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları.

Eyüboğlu M. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerin sağlıklı kardeşlerinin zihin kuramı, psikososyal, aile işlevselliği ve fiziksel morfolojik özellikler açısından değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi

Gezer E. 2008. Stres Veren Yaşam Olanlarının, Öğretim Elemanlarının, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi, Ankara, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi.

Gökçe T. ve Dündar C. 2008. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi, İnönü

Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, S.15, C.1, 25-28. <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/totmd/article/view/5000100453/5000093577>

Gölamış Erhan, G. 2005. Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Umutsuzluk, Karamsarlık, Sosyal Destek Algılarının Ve Gelecek Planlarının İncelenmesi, . Ankara, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Özel Eğitim Ana Bilim Dalı, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Gönül A.S. 2012. Depresyon Tedavisinde Yeni Bakış Açılıarı Journal of Mood Disorders 2012;2(Suppl. 1):S1-S5, <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/109831>

Hölzel L.P., Ries Z., Harter M. ve Bermejo I. 2016. Depresyon, Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bilgi Broşürü, http://www.eaad.net/uploads/media/Cult.Info_Depression_Turkish.pdf

Işık E. ve Taner Y. 2006. Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. İstanbul, Golden Print Yayınevi.

Kalyoncu E. 2003. 12 Kasım 1999 Düzce Depremine Yaşayan Dokuz Yaş Çocuklarının Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi, Ankara, T.C. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Karakaş C.A. 2014. Stresle başa çıkma ve dini başa çıkma yöntemleri arasındaki ilişkinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. İnsan Ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi C. 3, S. 3, ss.610-631. <http://www.itobiad.com/download/article-file/92820>

Karakaya, İ. 2009. Bilimsel Araştırma Yöntemleri, Tanrıöğen, A. Bilimsel Araştırma Yöntemleri İçinde, Ankara: Anı Yayıncılık.

Karpat, D. 2011. Yaygın Gelişimsel Bozukluk Tanısı Alan Çocukların Ebeveynlerinin Yaşadığı Yas Tepkilerinin, Evlilik Uyumlarının ve Sosyal Destek Algılarının İncelenmesi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Kaya İ, 2013, Otizm Spektrum Bozukluğunda Cox-2-765g→C Ve Cox-2-1195a→G Genlerinin İncelenmesi, İstanbul, T.C. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi.

Kaytez N., Durualp E. ve Kadan G. 2015. Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Gereksinimlerinin Ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi, Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi, C.14, S.1, 197-214.

Kırcaali-İftar, G. 2012. Otizm Spektrum Bozukluğuna Genel Bakış. Tekin-İftar, Otizm spektrum bozukluğuna olan çocuklar ve eğitimleri, Ankara, Vize Yayıncılık, 17-43.

Kondolot M. Otizm spektrum bozukluklarının tanısında m-chat (modified checklist for autism in toddlers) tarama testinin geçerlilik-güvenilirliği, kayseri'de 18-24 aylık çocuklarda otizm spektrum bozukluklarının sıklığı ve etiyolojide bazı çevresel faktörlerin rolü, Ankara, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2014.

Köknel Ö. 1998. Zorlanan İnsan, İstanbul, Altın Kitaplar Yayınevi.

Köroğlu E. 2007. Major Depresyon, Ed. Köroğlu E, Güleç C Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

Kula M.N. 2002. Kimlik ve Din. İstanbul, Ayışığı Yayınları.

Kulbaş, E., (2015). Grupla Psikolojik Danışma Uygulamasının Otizmlili Çocukları Olan Annelerin Özyeterlilik ve Umutsuzluk Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. İstanbul, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Küçüköz M. Otizmde Çevresel Faktörler Etkili midir?, 2015, <http://www.mehmetkucukgoz.com/SikcaDetay.aspx?SikcaID=30>

Mete H.E. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri 2008; 11(Ek 3):3-18.

Motavelli Mukaddes, Otizm Spektrum Bozuklukları, İstanbul, İstanbul Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Enstitüsü, <http://www.inca2014.com/sunular/turkce/Nahit%20Motavalli%20Mukaddes.pdf>

Mukaddes N.M. 2013. Otizm Spektrum Bozuklukları: Tanı ve Takip, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.

Oğuz H. ve Sönmez N. 2017. Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuğa Sahip Ailelerde Anne- Çocuk ve Baba-Çocuk Etkileşiminin İncelenmesi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi, C.19, 1-23.

Okutan M. ve Tengilimoğlu D. 2002. İş Ortamında Stres ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri Bir Alan Uygulaması, G.Ü. İ.İ.B.F. 3/2002, ss.14-42.

Oltmanns, T., Neale, J.M. ve Davison, G.C. 2003. Anormal Davranışlar Psikolojisinde Vak'a Çalışmaları. Çeviren, Dağ, İ. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Önem Akçakaya R. 2014. Stres ve Stresle Baş Etmede Psikiyatrik Yaklaşım Turkish Family Physician C. 5. S.2 ss.18-25 <http://turkishfamilyphysician.com/wp-content/uploads/2016/08/C5-S2-stresle-bas-etmede-psikiyatrik-yaklasim.pdf>

Öner N ve Le Compte A. 1983. Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, 1. Baskı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1-26.

Örsel S. 2004. Depresyonda Tedavi: Genel İlkeler ve Kullanılan Anti depresan İlaçlar, Klinik Psikiyatri, Ek 4: 17-24.

- Özbay Y, Şahin B. 1997. Stresle başa çıkma tutumları envanteri: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Ankara, IV. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi; 1-3 Eylül.
- Özdemir Ü. ve Taşçı S. 2013. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar Ve Bakım, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi Cilt 1 Sayı 1, 57-72.
- Özen E. A. 2015. Depresyon, KTÜ Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, 2015. www.ktu.edu.tr/dosyalar/aile_65ea4.pptx. Erişim Tarihi: 15 Nisan 2018.
- Özkan, S. 2002. Zihinsel Engelli ve Normal Çocuğa Sahip Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Özel Eğitim Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Özlu-Fazlıoğlu Y. ve Baran, G., 2004, Duyusal Entegrasyon Programının Duyusal Ve Davranış Problemleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi, Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Özmen M.ve Önen B. 2005. Stresle başa çıkma yolları, İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi No: 47, Aralık, ss.171-180. <http://194.27.141.99/dosya-depo/stek/pdfs/47/4718.pdf>
- Öztürk MO. 2004. Ruh sağlığı ve Bozuklukları, Ankara, Feryal matbaası.
- Palancı, M. 2000. Algılanan kontrol düzeyine bağlı olarak farklılaşan stresle başa çıkma davranışları. Trabzon, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Pirinççi L.N. 2009. Lise Öğrencilerinin Mükemmeliyetçilik Düzeyleri İle Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, İstanbul, T. C. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji.
- Rakap, S., Birkan B. ve Kalkan S. 2017. Otizm Spektrum Bozukluğu, İstanbul, Tohum Otizm Vakfı Yayınları.
- Savaşır, I., Soygüt, G. ve Kabakçı, E. 2003. Bilişsel Davranışçı Terapiler, Ankara. Türk Psikologlar Derneği Yayınları 17-46.
- Sayıl I. ve Özgüven 2000. HD. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı, Ankara, Antıp A.Ş.
- Sungur Z. M. 1994. Kognitif Görüş Bağlamında Depresyon ve Antisipasyon. 3P-Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi, 2(Ek 4): 5-23.
- Sunmaz F. 2001. Örgütsel Stres ve Başa Çıkma Yöntemleri, Sakarya, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi

Şahin N. ve Durak A. 1995. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması, Türk Psikoloji Dergisi, C.10, ss.56-75.

https://www.researchgate.net/publication/227854958_stresle_basacikma_tarzlar_iolcegi_universite_ogrencileri_icin_uyarlanmasi

Şahin, N. H. 2010. Stresle başa çıkma: Olumlu bir yaklaşım. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Şener, E. F. ve Özkul, Y. (2013). Otizmin genetik temelleri. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 22(1) 86-92.

Şener, Y., 2013, "Otizm ve Genetik Temelinin Araştırılması" Kayseri, T.C. Erciyes, Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Doktora Tezi.

Tahincioğlu C. 2016. Otizmlili Çocuğu Olan Annelerde Anksiyete Düzeylerinin Tükenmişlik İle İlişkisi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Tekin-İftar, vd., 2013, Otizm Spectrum Bozukluğu Olan Çocuklar ve Eğitimleri, Ankara, Vize Yayıncılık.

Tohum Otizm Vakfı, 2014. Otizm Spektrum Bozukluğu, <http://www.tohumotizmportal.org/docs/OSB-simdi-ne-olacak-PEMBE-KITAPCIK.pdf>

Turhan, H. 2007. Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Tedavi Şekline Ve Hastalık Süresine Göre Depresyon ve Anksiyete. İstanbul, Uzmanlık Tezi. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği.

Türkçapar M. H. 2018. Depresyon, Klinik Uygulamada Bilişsel-Davranışçı Terapi, İstanbul, Epsilon Yayınları.

Türküm A.S. 1999. Stresle başa çıkma ölçeğinin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları, Türk Psikoloji Danışma ve Rehberlik Dergisi, C.II S.18, ss.25-34.

Uçman P. 1990. Ülkemizde çalışan kadınlarda stresle başa çıkma ve psikolojik rahatsızlıklar. Psikoloji Dergisi, 24, ss.58-75.

Wing L. Otizm El Rehberi, İstanbul, Doğan Kitapçılık, 2005.

Yalom, I. 1980. Varoluşçu Psikoterapi, İstanbul, Kabalcı Yayınları.

Yavuzer H. 2000. Çocuk Eğitim El Kitabı İstanbul, Remzi Kitabevi.

Yıldırım Y.M. 2015. Madde bağımlılığı, İzmir, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Bitirme Tezi.

Yıldız, M., Sezen, A., ve Yenen, İ. 2007. İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinde Durumluluk Sürekli Kaygı Düzeyleri ile Akademik Güdülenmeler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi İzmir, D.E.Ü İlahiyat Fakültesi Dergisi, 25, ss. 213-239. <https://www.academia.edu/26236667/%C4%B0LAH%C4%B0YAT>

Yılmaz Aytaç İ. (2012). Kaygı bozuklukları, <http://www.ilknuryilmaz.com/makaleler>

Yılmaz İ. A., Dursun S., Güngör Güzeler E.ve Pektaş K, 2014. Üniversite Öğrencilerinin Kaygı Düzeyinin Belirlenmesi: Bir Örnek Çalışma” Electronic Journal of Vocational Colleges-December/Aralık <http://www.ejovoc.org/makaleler/aralik2014/pdf/02.pdf>

Yüksel B. 2014. Kaygı Belirtilerini Açıklamada Bağlanma, Pozitif ve Negatif Duygu Düzenleme ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Arasındaki İlişkiyi Bütünleyici Model Arayışı”, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Yüksel, A. 2005. Otizm Genetiği, İstanbul, Cerrahpaşa Tıp Dergisi, 36(1), 35-41.

Ekler

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığımız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Çalışmada ulaşılan verilen bilimsel amaçlı bir yüksek lisans çalışmasında kullanılacak ve başka hiçbir yerde paylaşılmayacaktır.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Bu araştırmanın amacı, OSB tanısı almış çocukların aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzlarının depresyon ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkileri ortaya koymaktır. OSB tanısı almış

çocukların aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzları içinde buldukları sosyodemografik özelliklere göre değişebilmektedir. Aile bireylerinin çocuğun yaşadığı sendromun düzeyine bağlı olarak yaklaşımlarının belirlenmesi, tutum ve davranışlarının hangi faktörlerden etkilendiğinin incelenmesi OSB'li bireyin sosyal hayata uyumu, özel eğitimi açısından çocuğa yönelik desteğin düzeyini belirlemektedir. **GÜLİN YAZKAN**

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: A) Kadın B) Erkek
3. Çocuğunuzun Cinsiyeti A) Kız B) Erkek
4. Çocuğunuzun Yaşı:
5. Eğitim Durumunuz: A) İlköğretim B) Lise C) Yüksekokul
D) Üniversitesi E) Lisansüstü
6. Gelir Seviyesiniz: A) 2.500 TL'den az B) 2.500-5.000 TL Arası
C) 5.001-7.500 TL Arası D) 7.501-10.000 TL Arası
E) 10.001-12,500 TL Arası F) 12.500 TL. ve yukarısı

Ek 2. Stresle Baş Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntıları ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size hiç uygun değilse, %0'ın altındaki kutu içine X işareti koyun. Çok uygun ise %100'ün altını işaretleyin.

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA	%0	%30	%70	%100
1. Kimsenin bilmesini istemem				
2. İyimser olmaya çalışırım.				
3. Bir mucize olmasını beklerim.				
4. Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım				

5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm.				
6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım				
7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim.				
8. Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9. İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem.				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücün kendimde bulurum.				
11. Olanları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13. İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım				
BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA	%0	%30	%70	%100
15. Problemin çözümü için adak adarım.				
16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17. Elimden hiçbir şeyin gelemeyeceğine inanırım.				
18. Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.				
20. Problem/problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21. Mücadeleden vazgeçerim.				
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23. Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24. Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim.				
25. “Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm.				
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim.				
27. “Benim suçum ne” diye düşünürüm.				

28. “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm.				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				



Ek 3. Beck Depresyon Envanteri

Sayın katılımcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

- 0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 - 1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 - 2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım.
 - 3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
-
- 0 Gelecekte umutsuz ve karamsar değilim.
 - 1 Gelecek için karamsarım.
 - 2 Gelecekte hiçbir şey beklemiyorum.
 - 3 Geleceğimden umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
-
- 0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 - 1 Kendimi çevremdeki birçok insandan daha başarısız hissediyorum.
 - 2 Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 - 3 Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
-
- 0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 - 1 Her şeyden eskisi gibi hoşlanmıyorum.
 - 2 Artık hiçbir şey bana tam anlamı ile zevk vermiyor.
 - 3 Her şeyden sıkılıyorum.
-
- 0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 - 1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 - 2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 - 3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
-
- 0 Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
 - 1 Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
 - 2 Cezalandırılmayı bekliyorum.
 - 3 Cezalandırıldığımı hissediyorum.

(Lütfen Arka Sayfaya Devam Ediniz)

- 0 Kendimden hoşnutum.
1 Kendimden pek hoşnut değilim.
2 Kendime kızıyorum.
3 Kendimden nefret ediyorum.
- 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1 Zayıf yanlarım ve hatalarımdan dolayı kendi kendimi eleştiririm.
2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
- 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor.
2 Kendimi öldürmek isterdim.
3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 0 İçimden her zamankinden fazla ağlamak gelmiyor.
1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2 Çoğu zaman ağlıyorum.
3 Eskiden ağlayabilirdim, şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 0 Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1 Eskisine göre daha kolay kızıyor veya sinirleniyorum.
2 Şimdi hep sinirliyim.
3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 0 Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1 Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2 Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
3 Hiç kimse ile görüşüp, konuşmak istemiyorum.
- 0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2 Karar verirken eskisine göre çok güçlük çekiyorum.
3 Artık hiç karar veremiyorum.
- 0 Aynaya baktığımda kendimde bir değişiklik görmüyorum.
1 Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2 Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
3 Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1 Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2 Bir şeyler yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3 Hiçbir şey yapamıyorum

(Lütfen Arka Sayfaya Devam Ediniz)

- 0 Her zamanki gibi uyuyabiliyorum.
- 1 Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum.
- 2 Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.
- 3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.

- 0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
- 1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
- 2 Yaptığım her şey beni yoruyor.
- 3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

- 0 İştahım her zamanki gibi.
- 1 İştahım eskisi kadar iyi değil.
- 2 İştahım çok azaldı.
- 3 Artık hiç iştahım yok.

- 0 Son zamanlarda kilo vermedim.
- 1 İki kilodan fazla kilo verdim.
- 2 Dört kilodan fazla kilo verdim.
- 3 Altı kilodan fazla kilo verdim.

- 0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
- 1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
- 2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmem zorlaşıyor.
- 3 Sağlımdan o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

- 0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
- 1 Cinsel konulara eskisinden daha az ilgiliyim.
- 2 Cinsel konulara şimdi çok daha az ilgiliyim.
- 3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

Ek 4. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri

DURUMLUK KAYGI (STAI-1 FORM)

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

DURUMLUK KAYGI (STAI-1 FORM)	HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1. Şu anda sakınım.	1	2	3	4
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	1	2	3	4
3. Şu anda sinirlerim gergin.	1	2	3	4
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.	1	2	3	4
5. Şu anda huzur içindeyim.	1	2	3	4
6. Şu anda hiç keyfim yok.	1	2	3	4
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	1	2	3	4
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	1	2	3	4
9. Şu anda kaygılıyım.	1	2	3	4
10. Kendimi rahat hissediyorum.	1	2	3	4
11. Kendime güvenim var.	1	2	3	4
12. Şu anda asabım bozuk.	1	2	3	4
13. Çok sinirliyim.	1	2	3	4
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	1	2	3	4
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	1	2	3	4
16. Şu anda halimden memnunum.	1	2	3	4
17. Şu anda endişeliyim.	1	2	3	4
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	1	2	3	4
19. Şu anda sevinçliyim.	1	2	3	4
20. Şu anda keyfim yerinde.	1	2	3	4

SÜREKLİ KAYGI (STAI- 2 FORM)

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

SÜREKLİ KAYGI (STAI-2 FORM)	HEMEN HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	ÇOK ZAMAN	HEMEN HER ZAMAN
21. Genellikle keyfim yerindedir.	1	2	3	4
22. Genellikle çabuk yorulurum.	1	2	3	4
23. Genellikle kolay ağlarım.	1	2	3	4
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	1	2	3	4
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.	1	2	3	4
26. Kendimi dinlenmiş hissederim.	1	2	3	4
27. Genellikle sakin, kendime hâkim ve soğukkanlıyım.	1	2	3	4
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	1	2	3	4
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	1	2	3	4
30. Genellikle mutluyum.	1	2	3	4
31. Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim.	1	2	3	4
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.	1	2	3	4
33. Genellikle kendimi güvende hissederim.	1	2	3	4
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	1	2	3	4
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.	1	2	3	4
36. Genellikle hayatımdan memnunum.	1	2	3	4
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	1	2	3	4
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	1	2	3	4
39. Akli başında ve kararlı bir insanım.	1	2	3	4
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor.	1	2	3	4

Ek 5. İzin Dilekçesi

YÖRÜNGE AİLE YETİŞKİN ÇOCUK PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ'NE;

Sayın Yönetici,

Gülin Yazkan tarafından Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı'nda yürütülmekte olan "Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Çocukların Aile Bireylerinin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Depresyon ve Kaygı Düzeylerindeki Rolü" isimli yüksek lisans çalışmasındaki "Kişisel Bilgi Formu", "Stresle Baş Çıkma Tarzları Ölçeği", "Beck Depresyon Envanteri" ve "Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri" anketlerinin kurumunuzda yapılması istenmektedir.

Yüksek lisans düzeyindeki bu çalışma tamamen bilimsel olarak yürütülmekte olup, etik kurallara uyulması zorunludur. Veri ve bulgular başka hiçbir çalışmada kullanılmayacaktır. Yüksek lisans çalışmasının verilerine ulaşmak için uygulanacak dört anketin kurumunuzda yapılmasına izin verilmesini saygılarımla arz ederim.

11./10./2017

Tez danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Habib ERENŞOY

Yüksek Lisans Öğrencisi: Gülin YAZKAN

Özgeçmiş

Dr.Habib Erensoy

Psikiyatrist

GSM: 90 555 225 69 31

E-mail: habiberensoy@yahoo.com

KİŞİSEL BİLGİLER:

Doğum Tarihi: 04. 06. 1970

İş Adresi: Üsküdar üniversitesi NP Etiler Polikliniği Nispetiye cad. No:19 Levent
İstanbul

Akademik Unvanı: Yardımcı Doçent

Tel: 0212 270 12 92

E-mail: habiberensoy@yahoo.com

EĞİTİM VE ÇALIŞMA SÜRECİ:

2012- : Üsküdar Üniversitesi Yardımcı Doçent

2011–2012: Şanlıurfa Ceylanpınar Devlet Hastanesi Psikiyatri Uzmanı

2010-2011: NPİstanbul Psikiyatri Hastanesi

2006-2010: Humanite Psikiyatri Merkezi

2002–2006: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı:
Uzmanlık Eğitimi/İstanbul

1995–2002: Pratisyen hekim

1988–1995: Tebriz Tıp Bilimleri Üniversitesi, Tebriz Tıp Fakültesi (2001 YÖK'ten
Denklik)

BİLİMSEL ÇALIŞMALAR:

- Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) Cinsellik ve Cinsel Tedaviler Eğitimi (CETAD I, CETAD II ve CETAD III modülleri) 2015-2017
- Alkol ve Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavisi (İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi 300 saatlik toplam 1.5 senelik Eğitim) 2003-2004
- Depresyonda CBT eğitimi Psk. Dr. Emel Stroup
- Workshop “Psikofarmakoloji” Prof. Dr. Sthall, 2005
- Workshop “Psikoanaliz” Antalya ,Turkey 2004
- Addiction and Treatment Eğitimi Amsterdam Üniversitesi Hollanda 2005
- Konsültasyon – Liyazon ve Psikosomatik tıp eğitimi ve süpervizyonu (2006–2010)
- EMDR Eğitimi [Davranış Bilimleri Enstitüsü; EMDR İnstitute] 2015
- Temel ve İleri Hipnoz Eğitimi (Dr. Şeref Özer) 2006

ABSTRACTLAR – YAYINLAR

SCI-E ve PUBMED Yurt Dışı Orijinal Makaleler:

- Psychiatric Symptoms in Rapid-onset Obesity with Hypothalamic Dysfunction, Hypoventilation, and Autonomic Dysregulation Syndrome and its Treatment: A Case Report Erensoy H ,Ceylan ME, Evrensel A. January 2016 , Chinese medical journal 01/2016; 129(2):242. DOI:10.4103/0366-6999.173550
- Isotretinoin and Psychotic Mania. Erensoy H, Ceylan ME, Ceylan HZ West Indian Med J. 2014 Sep;63(5):555-6
- Recurrent diabetic ketoacidosis-like symptoms and factitious hyperglycemia as a Munchausen syndrome in diabetes mellitus type 1: a case report; Niafar M, Erensoy H, Tahsini Tekantapeh S. Anadolu Psikiyatri Derg. 2017; 18(Supplement 1): 29-31doi: 10.5455/apd.251246

- Dissociative features of fibromyalgia syndrome, Tonguc D. Berkol, MD, Yasin H. Balcioglu, MD, Simge S. Kirlioglu, MD, Habib Erensoy, MD, Meltem Vural, MD. Neurosciences 2017; Vol. 22 (3)

Türk Tıp Diziini Orijinal Makaleler:

- Intranasal abuse of methylphenidate and bupropion: A case report (Bağımlılık dergisi 2014)
- Swallowing metal things H Erensoy, ME Ceylan, A Evrensel – 2014 (The Journal of Neurobehavioral Sciences 2014,vol:1 No:3)
- QEEG related changes following the treatment of anxiety disorders: Case series
Cumhur Tas, Habib Erensoy, Yelda İbadi, Elliot Brown, Nevzat Tarhan
The Journal of Neurobehavioral Sciences JNBS. 2014; 1(1): 9-13doi:
10.5455/JNBS.1392036730
- Tonguç Demir Berkol, Işıl Uzun, , Esra Alataş, Habib Erensoy, İlker Özyıldırım.
Birincil Tanısı Majör Depresif Bozukluk veya Anksiyete Bozukluğu Olan Cinsel
Yönden Aktif Kadınlardaki Vajinismus Eştanısı. Bakırköy Tıp Dergisi 2015 DOI:
10.5350/BTDMJB201511403
- Deniz Karayün · Tonguç Demir Berkol · Habib Erensoy · Ebru Kırılı · Serkan İslam ·
Doğan Şahin. The Comparison Between Personality Characteristics and Family
Relations Of The Subjects With Neurotic Level Of Personality Organization With
Control Group. The Journal of Neurobehavioral Sciences JNBS. 2015; 2(2): 56-
63doi: 10.5455/JNBS.1437481824
- Supervised Disulfiram Treatment in Patient with Alcohol Dependence: Prof. Dr. İlhan
Yargı., Dr. Habib Erensoy (Bağımlılık Dergisi 2002)

Yurt İçi Posterler:

- Habib Erensoy · L.İlhan Yargıç · Tonguç Demir Berkol · Ebru Kırılı. Psikiyatri Polikliniğine başvuran hastalar arasında Alkol ve madde kullanım bozukluklarının yaygınlığı, Klinik zellikleri ve komorbiditesi Poster Bildirisi [PS004] 51.Ulusal Psikiyatri Kongresi 2015
- Supervised Disulfiram Treatment in Patient with Alchol Dependence: Prof. Dr. İlhan Yargı., Dr. Habib Erensoy (40. Ulusal Psikiyatri kongresi 2002)

Yurt Dışı Posterler: (Kabul edilmişler)

- The Comorbidity of Traumatic Life Events in Childhood Age with Adult Obsessive Compulsive Disorder. Salih Kıvılcım, Habib Erensoy, Tonguç Demir Berkol, Gökçe Sarıdoğan, Ebru Kırılı (24. European Congress of Psychiatry)
- Detection of Perceptions and Thoughts that may lead to disruption of insulin use in Type 2 Diabetes Mellitus Patients. Ebru Kırılı, Tonguç Demir Berkol, Gökçe Sarıdoğan, Habib Erensoy (24. European Congress of Psychiatry)

Tez:

- Habib Erensoy, Lİ Yargıç ; Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakóltesi 2006. Psikiyatri Polikliniđine Bařvuran Hastalar Arasında Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarının Yaygınlığı, Klinik zellikleri ve Komorbiditeleri

SUNUMLAR:

- Munchausen Syndrome: A Case Report Habib Erensoy MD, Prof.. Dr. Mine Ozkan,
The 8. Annual Scientific Meeting of the European Association of Consultation Liaison
Psychiatry and Psychosomatics 2005

DANIŞMAN OLARAK KATKIDA BULUNDUĞUM DERGİLER

- Bağımlılık Dergisi

MESLEKİ ÜYELİKLERİ:

- Türkiye Psikiyatri Derneği
- EMDR Türkiye Derneği
- CETAD(Cinsel Terapiler) Derneği
- Konsültasyon-Liyazon Derneği
- Türk Tabipler Birliği

YABANCI DİLLER:

- Farsça
- İngilizce

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Gülin Yazkan
Doğum Tarihi: 1992
Medeni Durum: Bekar

İŞ TECRÜBESİ

2012-2013 Estetik Med
Halkla ilişkiler

2013-2014 Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Psikolog stajyer

Aile görüşmesi
Yatan hastalarla konuşma terapisi
Test ve anket değerlendirmeleri
Hastalıklarla ilgili sunumlar

2014-2015 Acıbadem hastanesi
Asistan
Beyin ve sinir cerrahi bölümünde
Kanser hastalarla çalışma
Aile yakınlarına psikolojik destek

2015-2018 Yörünge Psikolojik Aile Danışmanlık Merkezi.

EĞİTİM BİLGİLERİ

2010-2014 Fevziye Mektebi Işık üniversitesi
İngilizce psikoloji Bölümü

SEMİNER ve KURSLAR

Pozitifpsiko Terapi eğitimi 2014 /İstanbul –Almanya onaylı /Basic constant
Pozitifpsiko Terapi semineri 2014 /İstanbul –Almanya onaylı
Travma Eğitimi 2012/İstanbul –Işık üniversitesi
Soma faciasında gönüllü psikolog olarak çalışma /sosyal proje
Sağlık uzmanları sitesinde makale yazarlığı/ devam etmekte
Gülin yazkan.com sitesinde soru cevap sekinde sanal psikolog

REFERANSLAR

İstenildiğinde temin edilcektir.

