



T.C

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

ÖZEL EĞİTİM MERKEZİNDE EĞİTİM ALAN MENTAL RETARDE  
VE OTİSTİK ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN, DEPRESYON VE  
ALEKSİTİMİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

ATİYE CEMRE TANRIVERDİ

YRD.DOÇ.DR. EMRE TOLUN ARICI

İstanbul, 2017



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102139
Öğrenci Adı Soyadı	: Atiye Cemre TANRIVERDİ
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd.Doç.Dr. Emre TOLUN ARICI
Tezin Başlığı	: Özel Eğitim Merkezinde Eğitim Alan Mental Retarde ve Otistik Çocukların Annelerinin, Depresyon ve Aleksitimi Düzeylerinin İncelenmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 21.09.2017	Saati	: 12.45
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
<p>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,</p> <p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ      <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez <b>KABUL</b> edilmiştir.</p> <p><input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin <b>DÜZELTİLMESİ</b> için ..... ay <b>EK SÜRE</b> verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)</p> <p><input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin <b>REDDEDİLMESİ</b> kararı alınmıştır.</p>			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi.	<input type="checkbox"/> Değişti.	
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
<p>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,</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile <b>REDDEDİLMİŞTİR.</b></p>			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd.Doç.Dr. Emre TOLUN ARICI	
Üye	Yrd.Doç.Dr. Havva Nüket İŞİTEN	
Üye	Yrd.Doç.Dr. Tuğba Arzu ÖZAL İLDENİZ	

## BİLİMSEL ETİK SAYFASI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Özel Eğitim Merkezinde Eğitim Alan Mental Retarde ve Otistik Çocukların Annelerinin, Depresyon ve Aleksitimi Düzeylerinin İncelenmesi” 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.

.././2017

Atiye Cemre TANRIVERDİ

İmza

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
Bilimsel Etik Sayfası .....	i
Tez Kabul Formu.....	ii
Bilimsel Etik Kurul Formu.....	iii
Önsöz/Teşekkür .....	v
Özet.....	vi
Summary.....	vii
Tablolar Listesi.....	viii
Ekler Listesi.....	xi
<b>BİRİNCİ BÖLÜM : GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1.PROBLEM CÜMLESİ.....	2
1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ.....	4
1.3. TANIMLAR.....	4
<b>İKİNCİ BÖLÜM- KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR</b> .....	<b>6</b>
2.1. OTİZM ve ZİHİNSEL ENGEL .....	6
2.1.1. Otizm .....	6
2.1.2. Otizme Neden Olan Faktörler .....	8
2.1.3. Zihinsel Engel.....	9
2.1.4. Zihinsel Engelin Nedenleri.. .....	11
2.1.4.1. Doğum Öncesi Nedenler .....	11
2.1.4.2. Doğum Sırası Nedenler .....	11
2.1.4.3. Doğum Sonrası Nedenler .....	11
2.1.5. Zihinsel Engelli ve Otizimli Çocuğa Sahip Ailelerin Genel Yapısı.....	12
2.2. DEPRESYON .....	16
2.2.1. Depresyon Belirtileri.....	18
2.2.2. DSM-V'e Göre Depresyonun Tanı Kriterleri .....	19
2.2.3. Depresyonun Klinik Özellikleri .....	20
2.2.3.1. Duygulanım .....	20
2.2.3.2. Konuşma ve İlişki Kurma .....	21
2.2.3.3. Bilişsel Yetiler .....	21
2.2.3.4. Fizyolojik Belirtiler .....	21
2.2.3.4. Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranışlar .....	22
2.2.3.4. Düşünce Akımı ve İçeriği .....	22
2.2.3.4. Fizyolojik Belirtiler .....	22
2.2.4. Depresyonun Nedenleri .....	22
2.2.3.1. Fizyolojik Nedenler .....	23
2.2.3.2. Biyolojik Nedenler .....	23
2.2.3.3. Psikososyal Nedenler .....	24
2.2.5. Depresyonun Yaygınlığı .....	24
2.2.6. Depresyon ile İlgili Yapılmış Araştırmalar.....	25
2.3. ALEKSİTİMİ .....	27
2.3.1. Aleksitiminin Sınıflandırılması.....	30
2.3.1.1. Duyguları Fark Etme, Ayırt Etme ve Söze Dökme Güçlüğü .....	30
2.3.1.2. Hayal Kurma, Fantezi Yaşamında Kısıtlılık .....	30

2.3.1.3. İşlemsel Düşünme .....	31
2.3.1.4. Dış Merkezli-Uyum Sağlamaya Yönelik Kognitif Yapı .....	31
2.3.2. Aleksitimi Açıklamaya Yönelik Kuramsal Çerçeve .....	32
2.3.2.1. Psikoanalitik Kuramlar .....	32
2.3.2.2. Davranışçı ve Sosyo-Kültürel Kuram .....	33
2.3.2.3. Bilişsel Kuram .....	33
2.3.2.4. Nörofizyolojik ve Genetik Açından Aleksitimi.....	34
2.2.5. Aleksitiminin Değerlendirilmesi ve Yaygınlığı.....	35
2.2.6. Aleksitimi ile İlgili Yapılan Araştırmalar.....	36
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM : YÖNTEM.....</b>	<b>39</b>
3.1.ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	39
3.2.EVREN VE ÖRNEKLEM.....	39
3.3.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	39
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu .....	40
3.3.1. Beck Depresyon Ölçeği .....	40
3.3.2. Toronto Aleksitimi Ölçeği .....	40
3.4. VERİ ANALİZ YÖNTEMLERİ .....	41
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM : BULGULAR.....</b>	<b>42</b>
4.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Demografik Değişkenlere İlişkin Dağılımı .....	42
4.2. Mental Retardasyon ve Otizm Tanısı Konulmuş Çocuğa Sahip Annelerin Demografik Değişkenlere Göre Beck Depresyon Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması .....	46
4.3. Mental Retardasyon ve Otizm Tanısı Konulmuş Çocuğa Sahip Annelerin Demografik Değişkenlere Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması .....	53
4.4. Mental Retarde ve Otizm Tanısı Konulmuş Çocuğa Sahip Annelerin Aleksitimi Düzeyleri Arasındaki Farkın Karşılaştırılması.....	60
4.5. Mental Retarde ve Otizm Tanısı Konulmuş Çocuğa Sahip Annelerin Aleksitimi Düzeyleri Arasındaki Farkın Karşılaştırılması.....	61
<b>BEŞİNCİ BÖLÜM : TARTIŞMA,KISITLILIKLAR VE ÖNERİLER.....</b>	<b>62</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>68</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>86</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>91</b>

## ÖNSÖZ/TEŞEKKÜR

Değerli hocam ve tez danışmanım Yrd.Doç.Dr. Emre TOLUN ARICI'ya çalışmamın yapılması sırasında zaman gözetmeksizin sabırla yardımcı olduğu, tez metnini inceleyerek biçim ve içerik bakımından son şeklinin almasına katkıda bulunduğu için çok teşekkür ederim.

Değerli hocam Yrd.Doç.Dr. Alper EVRENSEL'e yüksek lisans eğitimim boyunca ve sonrasında verdiği her türlü destek ve süpervizyon için teşekkürü bir borç bilirim.

Tez çalışmamı yaparken özgürce veri toplamama fırsat tanıyan, görev yaptığım kurumum Özel Beylerbeyi Dünya Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi idarecilerine teşekkür ederim.

Bugüne kadar attığım her adımda bana sonuna kadar maddi ve manevi destek olan aileme, özellikle annem Halime TANRIVERDİ'ye, babama, kardeşim Mete'ye ve teyzem Zuhale ÇETİN'e çok teşekkür ederim. Ayrıca karamsar olduğum anlarda varlığıyla bana enerji ve moral veren erkek arkadaşım Erdem ÇAY'a teşekkür ederim.

Cemre TANRIVERDİ

## ÖZET

(TANRIVERDİ, Atiye Cemre, Yüksek Lisans, İstanbul, 2017)

### **Mental Retarde ve Otistik Çocukların Annelerinin, Depresyon ve Aleksitimi Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Araştırmanın temel amacı, özel eğitim merkezinde eğitim alan mental retarde ve otistik çocukların annelerinin, depresyon ve aleksitimi düzeylerini incelemektir. Ailede engelli bir bireyin bulunması, aile içerisinde çeşitli iletişim problemlerine ve duygusal zorlanmalara sebep olabilmektedir.

Araştırmanın örneklemini rehabilitasyon ve özel eğitim merkezinde eğitim gören otizm ve mental retarde tanısı alan öğrencilerin anneleri oluşturmaktadır. Araştırmaya 100 mental retarde ve otistik çocuk annesi katılmıştır. Araştırmamızda, “Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Toronto Aleksitimi Ölçeği” uygulanmıştır.

Mental retardasyon ve otizm tanısı almış çocukların annelerinin depresyon ve aleksitimi düzeylerinin farklı olmadığı belirlenmiştir. 25 annenin hafif düzeyde depresyon belirtisi gösterdiği belirlenmiştir. Mental retardasyon tanısı konulmuş çocuğa sahip annelerden 4 kişinin Toronto Aleksitimi Ölçeği’nden 61 ve üzeri puan olarak aleksitimik özellikler gösterdiği belirlenmiştir. Yine aynı şekilde otizm tanısı konulmuş çocuğa sahip annelerden 4 kişinin Toronto Aleksitimi Ölçeği’nden 61 ve üzeri puan olarak aleksitimik özellikler gösterdiği belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Depresyon, Aleksitimi, Otizm, Mental Retardasyon

## **SUMMARY**

**(TANRIVERDİ, Atiye Cemre, Master, İstanbul, 2017)**

### **Analyzing The Levels Of Depression And Alexithymia Of Mothers Having Autistic And Mentally Retarded Children Getting Training At Special Education Center.**

The main purpose of the research which will be conducted is to analyze the levels of depression and alexithymia of mothers having autistic and mentally retarded children getting training at special education center. To determine if the sociodemographic features affect the level of depression and alexithymia positively is another purpose of the children.

The research which is conducted is descriptive survey research. The sample of the research consists of mothers who have autistic and mentally retarded children getting training at special education center. 100 mothers who have autistic and mentally retarded children have attended to the research. In our research, Sociodemographic Data Form, Beck Depression Scale and Toronto Alexithymia Scale are applied.

As a result of the research ; it is determined that socio demographic features of mothers having autistic and mentally retarded children getting training at special education center do not affect meaningfully to the level of depression and alexithymia. It is determined that the levels of the depression and alexithymia of mothers having autistic and mentally retarded children are not different. 4 mothers in the group having mentally retarded children have gotten 61 and above points in Toronto Alexithymia Scale and it is determined that they have alexithymic features. In the same manner ;4 mothers in the group having autistic children have gotten 61 and above points in Toronto Alexithymia Scale and it is determined that they have alexithymic features.

**Key Words:** Depression, Alexithymia, Autism, Mental Retardation



## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 4.1:</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Yaş Değişkenine İlişkin Dağılımı.....	42
<b>Tablo 4.2:</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Ekonomik Durum Değişkenine İlişkin Dağılımı.....	42
<b>Tablo 4.3:</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Eğitim Düzeyi Değişkenine İlişkin Dağılımı .....	43
<b>Tablo 4.4:</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin alışma Durumu Değişkenine İlişkin Dağılımı.....	43
<b>Tablo 4.5:</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Medeni Durum Değişkenine İlişkin Dağılımı.....	43
<b>Tablo 4.6:</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin ocuklarının Kaç Yıldır Özel Eğitim Aldığı Değişkenine İlişkin Dağılımı.....	44
<b>Tablo 4.7:</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Engelli ocuğun Bakımı Esnasında Destek Alınması Durum Değişkenine İlişkin Dağılımı .....	44
<b>Tablo 4.8:</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurusu Olup Olmadığı Değişkenine İlişkin Dağılımı .....	44
<b>Tablo 4.9:</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurunuz Varsa Aldığınız Tanı Değişkenine İlişkin Dağılımı .....	45
<b>Tablo 4.10:</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Halen Devam Eden Tedaviniz/Hastalığınızın Olup Olmaması Değişkenine İlişkin Dağılımı... ..	45
<b>Tablo 4.11:</b> Yaş Değişkenine Göre Beck Depresyon Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	46
<b>Tablo 4.12:</b> Ekonomik Durum Değişkenine Göre Beck Depresyon Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	46
<b>Tablo 4.13:</b> Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Beck Depresyon Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	47
<b>Tablo 4.14:</b> alışma Durumu Değişkenine Göre Beck Depresyon Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması .....	48

<b>Tablo 4.15:</b> Medeni Durum Değişkenine Göre Beck Depresyon Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	48
<b>Tablo 4.16:</b> Çocukların Özel Eğitim Alma Yılı Değişkenine Göre Beck Depresyon Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması .....	49
<b>Tablo 4.17:</b> Engelli Çocuğun Bakımı Esnasında Destek Alıyor Musunuz? Değişkenine Göre Beck Depresyon Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması....	50
<b>Tablo 4.18:</b> Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurusunuz Var Mı? Değişkenine Göre Beck Depresyon Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	50
<b>Tablo 4.19:</b> Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurunuz Varsa Aldığınız Tanı Nedir? Değişkenine Göre Beck Depresyon Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	51
<b>Tablo 4.20:</b> Halen Devam Eden Tedaviniz/Hastalığınız Var Mı? Değişkenine Göre Beck Depresyon Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması .....	52
<b>Tablo 4.21:</b> Yaş Değişkenine Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	53
<b>Tablo 4.22:</b> Ekonomik Durum Değişkenine Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	54
<b>Tablo 4.23:</b> Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	54
<b>Tablo 4.24:</b> Çalışma Durumu Değişkenine Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması .....	55
<b>Tablo 4.25:</b> Medeni Durum Değişkenine Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	56
<b>Tablo 4.26:</b> Çocukların Özel Eğitim Alma Yılı Değişkenine Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması .....	56
<b>Tablo 4.27:</b> Engelli Çocuğun Bakımı Esnasında Destek Alıyor Musunuz? Değişkenine Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması.	57
<b>Tablo 4.28:</b> Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurusunuz Var Mı? Değişkenine Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması .....	58
<b>Tablo 4.29:</b> Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurunuz Varsa Aldığınız Tanı Nedir? Değişkenine Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması .....	58

- Tablo 4.29:** Araştırmaya Katılan Bireylerin Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurunuz Varsa Aldığınız Tanı Değişkenine İlişkin Dağılımı ..... 59
- Tablo 4.30:** Halen Devam Eden Tedaviniz/Hastalığınız Var Mı? Değişkenine Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması ..... 59
- Tablo 4.31:** Mental Retarde ve Otizm Tanısı Konulmuş Çocuğa Sahip Annelerin Depresyon Düzeyleri Arasındaki Farkın Karşılaştırılması..... 60
- Tablo 4.32:** Mental Retarde ve Otizm Tanısı Konulmuş Çocuğa Sahip Annelerin Aleksitimi Düzeyleri Arasındaki Farkın Karşılaştırılması ..... 61



## **EKLER LİSTESİ**

**EK 1** Sosyo Demografik Veri Formu

**EK 2** Beck Depresyon Ölçeği

**EK 3** Toronto Aleksitimi Ölçeği

**EK 4** Özgeçmiş



# BÖLÜM I

## GİRİŞ

Ailede engelli bir bireyin bulunması, aile içerisinde çeşitli kaygılara sebep olmaktadır. Ailenin çeşitli duygusal zorlamalar yaşaması, yaşanan engeller ve çocuklarının tanısına yönelik tedavi ve alınacak eğitim süreci hakkında bilgi sahibi olunmaması, çevreden gelen olumsuz değerlendirmeler, maddi kaynakların yetersiz kalması, ebeveynlerin kendilerine ayırdıkları zamanın kısıtlanması ve engelli çocuğun bakımı için normalden daha fazla emek harcanması kaygıların altyapısını hazırlamaktadır (Küçüker, 2001).

Ebeveynleri en çok zorlayacak durumlardan bir tanesi de çocukları tarafından duygusal yakınlık görememektir. Otizmliler, normal gelişim gösteren çocuklara kadar sosyalleşemediklerinden, ebeveynlerinin hayatlarını uyum sağlamakta güçlük çekerler (Sicile-Kira, 2004).

Ebeveynlerin, engelli çocuğa sahip olduktan sonra hayatında ve davranışlarında bir takım değişiklikler meydana gelir. İletişimde geri çekilen ebeveynler, engelli çocuklarına yönelik umutsuzluk hissederler. Ebeveynler, sosyal çevresinden kendisini soyutlar ve gelecek için endişelenmeye başlar (Lecomer, 2006; Üstüner, 2009).

Otizmliler bakımını üstlenen annelerin, çocuklarının yaşadıkları iletişimsel sorunlar sebebiyle belirli zamanlarda artan olumsuz düşüncelerin görülebileceği belirtilmektedir (De Sousa, 2010, s. 84).

Otizmliler çocuğa sahip annelerin çocuklarına yaklaşımı ve çocuk yetiştirme biçimlerinin, sağlıklı çocuğa sahip annelerinkinden farklılık göstermediği belirtilmiştir. Otizmliler çocuğa sahip annelerin, çocuklarında gelişme olsa bile sağlıklı çocuğa sahip annelere göre daha stresli ve kaygılı oldukları belirlenmiştir (Montes and Halterman, 2007).

Aile içerisinde çocuğun bakımı ile ilgili sorumluluk genelde anneye verilmektedir. Aile içerisinde engelli çocuk, annelere daha fazla sorumluluk yüklenmesi anlamına gelecektir. Annenin sorumluluğunun artması ise annelerin çeşitli problemlerle karşı karşıya kalabileceği anlamına gelir (Şentürk ve Varol Saraçoğlu, 2013).

Zihinsel bozukluğu olan çocukların ailelerinde %95 oranında stres, %20 oranında uyku problemleri ve depresyon olduğu belirlenmiştir (Pejovic-Milovancevic et al., 2003). Engelli çocukların yaşadıkları sorunların ebeveynlerin ruh sağlığını etkilediği belirtilmiştir (Khamis, 2007).

Aile işlevselliğinin azalması, depresif belirtileri beraberinde getirmektedir (Ünal, 2002). Engelli bir çocuğun varlığı, aileyi strese sokacağından, şok evresinin sağlıklı atlatılamaması depresif belirtilerin açığa çıkmasına neden olabilecektir.

Engelli çocukların annelerine bağımlı olmaları, kendi gereksinimlerini karşılayamamaları annelerdeki kaygı ve stres düzeylerinin artmasına sebep olmaktadır (Uğuz vd., 2004).

Annelerin yeterli sosyal destek görmemesi durumunda ise engelli çocuğun varlığı, sorumlulukları ve geleceklerine yönelik belirsizliklerin olması çeşitli ruhsal problemleri açığa çıkartabilmektedir. Engelli çocuğa sahip annelerin, sağlıklı çocuğa sahip annelere göre daha yüksek düzeyde depresyon belirtileri gösterdiği, yapılan araştırmada belirlenmiştir (Şentürk ve Varol Saraçoğlu, 2013).

## **1.1. PROBLEM CÜMLESİ**

Araştırmanın problem cümlesi, özel eğitim merkezinde eğitim alan mental retarde ve otistik çocukların annelerinin, depresyon ve aleksitimi düzeyleri arasında fark var mıdır, sorusudur.

### **Hipotezler:**

1) Özel eğitim merkezinde eğitim alan mental retarde ve otistik çocukların annelerinin, depresyon düzeyleri arasında anlamlı derecede fark var mıdır?

2) Özel eğitim merkezinde eğitim alan mental retarde ve otistik çocukların annelerinin aleksitimi düzeyleri arasında fark var mıdır?

### **Alt Problemler:**

1) Özel eğitim merkezinde eğitim alan mental retarde çocukların annelerinin sosyodemografik özellikleri (yaş, ekonomik durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, medeni durum, çocuğunuzun kaç yıldır özel eğitim aldığı, engelli çocuğunuzun bakımı esnasında destek alınıp alınmadığı, geçmişte psikiyatris/psikolog başvurusu olup olmadığı, varsa tanı ve tedavi, devam eden tedavi/hastalığın varlığı) depresyon düzeylerini anlamlı biçimde etkilemektedir.

2) Özel eğitim merkezinde eğitim alan mental retarde çocukların annelerinin sosyodemografik özellikleri (yaş, ekonomik durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, medeni durum, çocuğunuzun kaç yıldır özel eğitim aldığı, engelli çocuğunuzun bakımı esnasında destek alınıp alınmadığı, geçmişte psikiyatris/psikolog başvurusu olup olmadığı, varsa tanı ve tedavi, devam eden tedavi/hastalığın varlığı) aleksitimi düzeylerini anlamlı biçimde etkilemektedir.

3) Özel eğitim merkezinde eğitim alan otistik çocukların annelerinin sosyodemografik özellikleri (yaş, ekonomik durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, medeni durum, çocuğunuzun kaç yıldır özel eğitim aldığı, engelli çocuğunuzun bakımı esnasında destek alınıp alınmadığı, geçmişte psikiyatris/psikolog başvurusu olup olmadığı, varsa tanı ve tedavi, devam eden tedavi/hastalığın varlığı) depresyon düzeylerini anlamlı biçimde etkilemektedir.

4) Özel eğitim merkezinde eğitim alan otistik çocukların annelerinin sosyodemografik özellikleri (yaş, ekonomik durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, medeni durum, çocuğunuzun kaç yıldır özel eğitim aldığı, engelli çocuğunuzun bakımı esnasında destek alınıp alınmadığı, geçmişte psikiyatri/psikolog başvurusu olup olmadığı, varsa tanı ve tedavi, devam eden tedavi/hastalığın varlığı) aleksitimi düzeylerini anlamlı biçimde etkilemektedir

## 1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI ve ÖNEMİ

Yapılacak olan araştırmanın temel amacı, özel eğitim merkezinde eğitim alan mental retarde ve otistik çocukların annelerinin, depresyon ve aleksitimi düzeylerini incelemektir. Sosyodemografik özelliklerin depresyon ve aleksitimi düzeyini anlamlı biçimde etkileyip etkilemediğini tespit etmek araştırmanın diğer amacıdır.

Literatür taramasında otizmlili ve mental retarde tanısı alan çocuğa sahip annelerin, çeşitli zorlanmalar yaşadıkları ve bu zorlanmaların annelerin duygu durumlarında bozulmalara neden olduğu belirlenmiştir. Yapılan araştırmalarda engelli çocuğa sahip annelerin depresyon düzeylerinin, sağlıklı çocuklara sahip annelere göre daha yüksek olduğu belirlenirken; otizmlili ve mental retarde tanısı alan çocuğa sahip annelerin aleksitimi düzeyiyle ilgili herhangi bir araştırma yapılmadığı görülmüştür. Yapılan araştırmanın daha önce hiç araştırılmamış olmasının, araştırmaya önem kattığı düşünülmüştür.

## 1.3.TANIMLAR

**Zihinsel Engel:** Doğuştan gelen ya da erken çocukluk döneminden önce çeşitli sebeplere bağlı olarak ortaya çıkan, rutin aktiviteleri yerine getirememem durumudur (Sulker, 2006).

**Otizm:** Sosyal iletişimsel alanda yetersizlikler ve sınırlı, tekrarlayıcı davranışlar ve ilgi alanları ile seyretmektedir (APA 2013).



**Aleksitimi:** Sözel ve sözel olmayan algılamalarda yaşanan bozukluktur. Zihinsel becerilerle birlikte, bireylerin dil yetenekleri aleksitiminin tanımlanabilmesinde oldukça önemlidir (Parker, Taylor ve Bagby, 2001),

**Depresyon:** Bedensel ve davranışsal belirtilerle ortaya çıkan, bireyin duygusal yapısında ve düşünme biçiminde değişikliğe sebep olan bir hastalıktır (Koroğlu, 2006).



## BÖLÜM II

### KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

#### 2.1. OTİZM ve ZİHİNSEL ENGEL

Bu bölümde otizm ve zihinsel engel ile ilgili literatür taramasına yer verilmiştir.

##### 2.1.1. Otizm

Otizm, belirli alanlarda normal olmayan davranışların görüldüğü nörolojik bir bozukluktur (Schopler and Mesibov,1995).

Otizm, başkalarıyla olan iletişim ve etkileşimlerde gecikmelerin, yineleyici hareketlerin, kısıtlı ilgi alanlarının ve aktivitelerin görüldüğü nöro gelişimsel bir bozukluktur (Levy, Mandell and Schultz, 2009; Akt. Türkoğlu, Bilgiç ve Uslu, 2012).

Otizm, Kanner ilk olarak incelendiğinde tarafından Erken Bebeklik Otizmi şeklinde ifade edilmiştir. İlk incelemelerden bu zamana kadar, daha kapsamlı şekillerde ele alınıp incelenmiştir. Otizm, bireyin içine kapanarak, yalıtılmışlık göstermesi şeklinde ifade edilmiştir (Schopler and Mesibov, 1995; Akt. Erol Adaklı, 2013).

Lord ve McGee (2001) otizmin doğum ya da doğumdan hemen sonraki gelişim dönemlerdin de ortaya çıktığını, hayal gücünü ve başkalarıyla iletişimi kısıtladığını ve duygu aktarımını engellediğini belirtmiştir.

Otizm, yıllar sonra ortaya çıkan ve yapısı gereği tanısı zor koyulan bir gelişimsel bozukluktur. Sosyal etkileşim ve iletişim alanlarında olumsuz etkisi olan, temelleri genetiği dayalı nörolojik bir bozukluktur (Kadak, Demir ve Doğangün, 2013). Otizm tanısı alan çocukların %5-10'unda tıbbi nedenlere bağlı olarak otizm tanısı koyulduğu belirlenmiştir (Fazlıoğlu Özlü, 2004).

Darıca, Arıboğan ve Gümüşü (2005), otizmlı çocukların davranış problemleri olabileceğini belirtmiştir. Sözel yollarla kendisini ifade edemeyen otizmlı çocuklar, iletişim problemlerinden dolayı öfke problemleri yaşayabilmektedirler. Evdeki eşyalara zarar verip, yanındakilere bağırma, ve vurma davranışı gösterebilirler. Akranlarına göre normal gelişim gösteren çocukların alıcı ve ifade edici dil becerileri gelişmiştir, hayal gücünü kullanarak oyun oynayabilirler ve taklit etme yetenekleri vardır. Otizmlı çocuklarda ise akranlarına göre normal olan davranışlarda eksiklikler vardır.

Otizme, çeşitli problemlerin eşlik ettiği bilinmektedir. Epilepsi ve uyku problemlerinin olması oldukça sık görülürken, hafif mental retardenin de sıklıkla eşlik ettiği belirtilmektedir. Yapılan araştırmada her 10000 kişiden 4-5 kişinin otizm tanısı aldığı belirlenirken, 15-20 kişinin de otistik davranışlar sergilediği belirtilmiştir (Korkmaz, 2003).

Kanner, otizmle ilgili tanı ölçütleri oluşturmuştur. Uzun süredir otizmle ilgili araştırmalar yapılmasına rağmen, belirlenen tanı ölçütlerinin hala geçerliliğini koruduğu görölmektedir. Ölçütler şu şekildedir:

1. Çevresinde bulunan kişilerle etkileşimde bulunulmaz.
2. Konuşmalarda aksama görülür ve geç konuşma vardır.
3. Konuşmak, tercih edilen bir iletişim yolu değildir.
4. Başkaları tarafından çıkarılan sesler tekrarlanır.
5. Zamirler, doğru bir şekilde kullanılamaz.
6. Hayatlarındaki değişikliklerden hoşlanmazlar.
7. Yineleyici davranışlar vardır.

8. Normal ya da normalden üstün zekaya sahiptirler.

9. Dış görünümünde anormallik yoktur (Akt. Çandır, 2015).

Otizmin tanı ölçütü ise iletişimde kullanılan dil veya sembolik ifadelerin birisinde 3 yaş öncesi gecikme olması ve bu gecikmenin çocuğun işlevselliği bozması şeklinde ifade edilmiştir. Otizm, 3 yaşına kadar ortaya çıkmaktadır ve bir ömür devam etmektedir. Otizmde, yineleyici hareketler, iletişim problemleri ve ilgi alanlarında kısıtlılık bulunmaktadır (İftar, 2003).

### **2.1.2. Otizme Neden Olan Faktörler**

Otizmin erkeklerde kızlara göre daha fazla görülmesi ve kardeşlerin normale kıyaslandığında daha yüksek düzeyde risk grubunda bulunması genetik nedenlerle açıklanmaktadır (Korkmaz, 2010).

Otizmi başlatan unsurlardan birisinin genler olduğu öne sürülmüştür. Bağışıklık sisteminin düzenlenmesini ve işlevlerini kontrol eden C4B geninin eksikliğinde otizm, disleksia ve dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu görüldüğü belirtilmiştir (McCandless, 2000).

Otizmin, çift yumurta ikizlerinde daha yüksek düzeyde görüldüğü belirtilmiştir. Otizmin ikizlerde görülme oranı %50 olarak tespit edilmiştir (Darıca, Arıboğan, Gümüşçü, 2005: 29).

Kanner, otizmi açıkladığı dönemde psikanalitik kuramın bakış açısı, ebeveynlerin tutum ve kişilik özellikleri ile biyolojik unsurlar dikkate alınmamıştır. Fakat derinlemesine otizm incelendiğinde biyolojik temelinin de olduğu görülmektedir (Charney, Nestler and Bunn, 1999). Anne karnındaki bazı enfeksiyonlar ve doğumun yan etkilerinin otizmin gelişimiyle ilişki içerisinde olduğu belirtilmiştir (Nelson, 1991).

Denge ve benzeri durumlarla ilgili olan beyinciğin otizmle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Kayaoğlu, Görür, 2008). Otizmlı çocuklarda, sinir hücreleri arası bilgi taşıyıcısı olan transmitterlarda problem olduğu öne sürülmüştür. Ayrıca oksitosin bozukluğunu, iletişim problemlerine yol açtığı savunulmuştur (Kora, 1998).

İkizlerin her zaman otizm olmaması, doğum sonrası istenmeyen sebeplere bağılı olarak otizmin görülebilmesi ve 2 yaşına kadar çocuğun normal gelişim gösterirken sonradan otizm tanısı almasının çevresel etkenlere bağılı olduğunu göstermektedir (Korkmaz, 2010).

Doğum öncesindeki enfeksiyonlar, madde kullanımının olması çocuğun otizmlı olmasına sebep olabilmektedir (Stubbe, 2007).

Otizm kavramının ortaya çıkmasından yapılan ilk çalışmalarda, ebeveynin ilgisizliği ve çocuğa yaklaşım tarzının otizme sebep olabileceğı belirtilmiştir. Daha sonra ise otizmin ebeveyn tutumundan, ekonomik sebeplerden kaynaklanmadığı, her sınıfta ortaya çıkabildiğı bildirilmiştir (Güneş, 2006). Otizmin nedenlerinin genetik faktörlerde yoğunlaştığı görülse de çevresel faktörlerinde etkili olduğu belirtilmiştir (Dawson et al., 2002).

### **2.1.3. Zihinsel Engel**

Zeka, öğrenme, karşılaşılan yeni durumlara uyum sağlama ve problem çözme becerilerini kapsayan bir süreçtir. Zihnin çok çeşitli işlevselliğı bulunmaktadır. Algılama, düşünme, bellek, öğrenme ve muhakeme etme bunlara örnek olarak gösterilebilir (Gardner, 1997).

Engel, yetersizliği olan bireylerin sosyal çevrelerindeki etkileşimde karşı karşıya kaldıkları problemlere denmektedir (Sarı, Yılmaz ve Kanter, 2012).

Engellilik, bireyi bir ya da birden çok alanda aktivitelerini sınırlandıran zihinsel ya da fiziksel bozukluklardır. Engelli birey, zihinsel ya da fiziksel bozukluğu olan kişilere denmektedir (Çakmak, 2008).

Zihinsel engel, doğum öncesi, esnası ve sonrası gelişimi dönemlerinde çeşitli nedenlere bağlı olarak bilişsel işlevsellikte yavaşlama, gerileme ve duraklama gösteren, bu durum sonucunda da uyum problemlerine sebep olan durumdur (Çağlar, 1979).

Zihinsel yetersizlik, doğuştan gelen ya da erken çocukluk döneminden önce çeşitli sebeplere bağlı olarak ortaya çıkan, rutin aktiviteleri yerine getirmeme durumudur (Sulkes, 2006).

Zihinsel engelin sınıflandırmaları ise şu şekildedir:

**Nedenlere Göre Sınıflandırma:** Zihinsel engele sebep olan tıbbi, biyolojik ve çevresel faktörler dikkate alınarak yapılan sınıflamadır (Cavkaytar ve Diken, 2005; Sucuoğlu, 2009).

**Zeka Geriliğinin Düzeyine Göre Sınıflandırma:** Zihinsel engelin düzeyine göre iki farklı şekilde sınıflama yapılmaktadır. Birincisi psikolojik, ikincisi ise eğitsel sınıflamadır (Eripek, 2005). Psikolojik sınıflamada, zeka testinin sonucuna göre intelligence quotient (IQ) değeri baz alınır. Yapılan değerlendirmelere göre zihinsel engeller çok ağır, ağır, orta ve hafif şeklinde ayrılmıştır. Çok ağır, 24 ve altı; ağır 25-40, orta 40-55, hafif 52-68 ya da 55-70 IQ değeriyle sınıflandırılmaktadır. Eğitsel sınıflandırmalar ise eğitilebilir, öğretilebilir, ağır ve çok ağır şeklinde sınıflandırılmaktadır (Cavkaytar ve Diken, 2005).

Öğretilebilir kavramı, kendi içinde ikiye ayrılmaktadır. İlk olarak temel akademik becerilerin öğretilmediği zihin engelli çocuklardan bahsedilir. İkinci olarak ise öz bakım, iletişim ve sosyal uyum becerilerini öğrenebilecek olan zihinsel engelliler ifade edilmektedir. Ağır ve çok ağır düzeyde zihinsel engele sahip olan çocuklar ise basit düzeyde öz bakım becerilerini öğrenebilirler (Vuran ve Eripek, 2004).

#### **2.1.4. Zihinsel Engelin Nedenleri**

Zihinsel engelli bireylerin bu duruma ne sebep olduğu genel anlamda bilinmekle birlikte ayrıntılı olarak nedenler belirtilememektedir. Zihinsel engele yol açan birden çok unsur vardır. Genel anlamda zihinsel engelin nedenleri 3 grupta toplanmıştır. Bunlar doğum öncesi, sırası ve doğum sonrası nedenlerdir (Aral ve Gürsoy, 2009).

##### **2.1.4.1. Doğum Öncesi Nedenler**

Hamilelikten önce annenin geçirdiği ciddi rahatsızlıklar genetik bozukluklar, psikoaktif madde kullanımı, yeme bozuklukları, radyasyona maruz kalma gibi durumların zihinsel engele neden olduğu belirtilmiştir. Ayrıca hamilelik döneminde uyuşturucu madde, alkol ve tütün kullanımının olması ile kan uyuşmazlığının da zihinsel engele neden olabileceği ifade edilmiştir (Çiftçi 2007).

##### **2.1.4.2. Doğum Sırası Nedenler**

Doğum sırasında çocuğun zihinsel engelli olmasının temel sebebi beyin hasarının oluşmasıdır. Beynin zedelenmesi, doğumun normalden daha zorlu geçmesi, bebeğin oksijen eksikliğinin olması, göbek bağının bebeğin boynuna dolanması da zihinsel engele neden olabilmektedir (Cırhinlioğlu, 2001).

Bebeğin doğum sırasında oksijensiz kalması, kesinlikle zihinsel engeli ortaya çıkacaktır yorumu doğru değildir. Bu noktada önemli olan bebeğin beyninin hangi bölgesinin oksijensiz kaldığı ve oksijensiz kalma süresidir (Tekinarslan, 2010).

##### **2.1.4.3. Doğum Sonrası Nedenler**

Hamileliğin ve doğumun sağlıklı ve sorunsuz geçmesi, zihinsel engel riskini ortadan kaldırmamaktadır. Çocuğun kafatasında zedelenmelerin olması, beyin tümörü ve iltihabı, zehirlenmeler, enfeksiyon, merkezi sinir sistemi bakterileri, beslenme

bozuklukları, astım ve bronşitin zihinsel engele yol açabildiği belirtilmiştir (Leff, 1998).

Aşı iltihapları, sarılık, beslenme bozuklukları ve travmaların zihinsel engele neden olabileceği belirtilmektedir (Öztürk, 2002). Bunlara ek olarak çevre koşullarının yetersiz olmasının da zihinsel engele sebep olabileceği ifade edilmektedir (Aral ve Gürsoy, 2009).

### **2.1.5. Zihinsel Engelli ve Otizmlı Çocuğa Sahip Ailelerin Genel Yapısı**

Ailede çocukların yeri oldukça önemlidir. Çocukların yeterlilikleri, ailenin beklentileri ve umutları için büyük önem taşımaktadır. Çocuklar, aileleri için mutluluk kaynağıdır. Aileye katılan çocuklar, ebeveynlere yeni sorumluluk yüklerler ve çocukların evliliği pekiştirme işlevleri vardır (Eripek, 1996).

Aileler, toplumların en temel yapı taşıdır. Çocuklar ise bu yapı taşının ayrılmaz bir parçasıdır. Kadınların ve erkeklerin ortak ürünü olan çocuklar, neslin devamını sağlamakla birlikte bir sevgi aracıdır (Ataman, 2003).

Ailelere verilebilecek en büyük ödüllerden birisi çocuklarının yetenek alanlarının olmasıdır. Bu yüzden çocuklar aileler için oldukça önemlidir (Burt and Perlis, 2003).

Aileye engelli bir çocuğun katılmasıyla, ailenin çocuğu kabullenmesi oldukça zor olabilmektedir. Aile üyelerinin eğitim seviyesi, ailenin ekonomik yapısı, evlilik uyumu ve mesleklerin bu durumu kolaylaştırıcı ya da zorlaştırıcı etkisi olduğu belirtilmektedir. Ayrıca çocuğun engel türü ve düzeyi, engelin süreklilik göstermesi ve tıbbi yardıma sürekli ihtiyaç duyması da kabullenme aşamasında belirleyici olabilmektedir (Pelchat et al., 1999).



Ebeveynlerin çocuklarında farklı bir durum olduğunu öğrendiklerinde, yaşanan durum farklı olsa bile ailelerin verdikleri tepkilerin benzer olduğu gözlenmiştir. Ailelerin verdikleri tepkiler 3 evreye ayrılmıştır (Melnyk, 1994).

İlk evre şaşkınlık adı altında ele alınmıştır. Şaşkınlık evresinde, aileler çocuklarına koyulan tanıyı ilk defa öğrenmişlerdir. Uzun süre bu durumla yaşamak zorunda kalacak olan ailelerin sık sık bu durumu inkar etmeye çalıştığı belirlenmiştir. İnkâr ederek savunma mekanizmalarını aktif hale getirmektedirler. Ailelerin bu evrede yaptıkları en sık davranışlardan birisi de durumun ciddi olmadığı düşüncesi ve tanının yanlış koyulduğunu düşünüp hiçbir şey yokmuş gibi hareket etmeleridir (Melnyk, 1994).

İkinci evre kızgınlık evresidir. Kızgınlık tanıyı koyan doktorlara yansıtılır. Sonrasında suçluluk hisseden aile üyeleri, bu durumun neden başlarına geldiğini sorgularlar. Sonucunda da cezalandırıldığı düşüncesi hakim olur. Bu evrenin sonucunda ailelerin durumu kabullenmeleri beklenir (Melnyk, 1994).

Son evre kabul aşamasıdır. Kabullenme olduğunda tedavi süreci daha sağlıklı ilerler ve çocuğun alacağı eğitimlerden daha iyi nasıl faydalanılır, sorusu araştırılmaya başlanır. Bu evreler yaşanırken, bazı ailelerin evrelere takıldıkları ve bir sonraki aşamaya geçemedikleri gözlenmiştir. Bu durumda ise yardım alınması gerekmektedir (Melnyk, 1994).

Annelerin engelli çocuklarıyla, babalara kıyasla daha fazla zaman geçirdikleri belirtilmiştir. Bunun en temel sebebi ise annelerin, çocuklarının bakımı konusunda kendilerini daha fazla sorumlu hissetmeleri gösterilmektedir. Bu açıdan bakıldığında engelli çocuğun bakımı ve eğitimi konularında, annelerin fiziksel ve ruhsal yönden sağlıklı olması, babaların sağlıklı olmalarından daha önemlidir (Heller, Hsieh and Rowitz, 1997).

Çocuğu otizm tanısı alan ailelerin tepkilerini dört farklı modelle açıklanmıştır. Bu modeller Aşama Modeli, Sürekli Üzüntü Modeli, Bireysel Yapılanma Modeli ve Çaresizlik, Güçsüzlük ve Anlamsızlık Modelidir (Dennis, 1999).

**Aşama Modeli:** Bu modelde, ebeveynlerin ve diğer aile üyelerinin koyulan tanıyı kabul ettiği belirtilmektedir. Yaşanan duruma uygun hareket edilmektedir. Fakat aileler, normal gelişim özelliklere gösteren çocuğa sahip olamadıkları için duygu karmaşası yaşamaktadırlar. Hayal kırıklığı, reddetmek ve suçluluk hissetmek gibi çeşitli davranışlar görülmektedir. Daha sonra ise koyulan tanıya ilişkin bilgi elde etme çabası görülür ve çocuklarının eğitimi için çeşitli planlar yapılmaktadır.

**Sürekli Üzüntü Modeli:** Bu modelde, ailelerin çevresel tepkilere maruz kalarak yaşadıkları kaygı ve üzüntü durumlarından bahsedilmektedir. Normalden farklı gelişim gösteren çocuğa yönelik koyulan tanıdan dolayı, aileler bu farklılığı kabul etmeye çalışırken aynı zamanda üzüntüyü de bir arada yaşarlar. Bu durumda ailelerin var olan duruma uyum sağlamasını zorlaştırmaktadır.

**Bireysel Yapılanma Modeli:** Bu modelde mantıklı düşünmek ön plandadır. Yaşanılan duyguların durumu yönlendirmesine izin verilmemeye çalışılır. Çevrenin değerlerine göre, ileriye dönük planlar oluşturulur. Normalden farklı bir çocuğa sahip olmak ilk aşamada kaygıya sebep olsa da, uyum süreci kolay bir şekilde başlar.

**Çaresizlik, Güçsüzlük ve Anlamsızlık Modeli:** Bu modele göre ailenin normal olmayan bir çocuğa sahip olmasıyla çevreden gelen tepkilere göre duyguların şekillendiği belirtilmektedir. Otizmlili çocuğa sahip olan aileler, çocuğu istemeyebilir, çocuğun özgürce hareket etmelerini kısıtlayabilir ve ebeveynler birbirlerini suçlayabilirler.

Işıkhan (2005), diğer engel türlerine göre otizmlili çocuğa sahip ailelerin yoğun şekilde stres yaşadıklarını belirtmiştir.

Aileler, otizmlı çocuklarına nasıl davranacaklarını ve bu durumun özel yaşamlarını ne ölçüde etkileyeceğini bilmemelerinden dolayı endişe yaşarlar. Yaşanan belirsizliğin ise aile de bu duruma ilişkin korkulara yol açtığı ifade edilmektedir (Üstüner, 2009). Ebeveynlerin bu korkuları yaşamaması için aile eğitimleri düzenleyerek bilgi aktarımı sağlanabilir.

Engelli çocuğun aileye katılmasıyla bazı aileler durumu çabuk kabullenip, duruma uyum sağlarken; bazı ailelerin duruma uyum sağlayamadığı görülmektedir. Bu aileler sorumlulukların ağır geldiği düşünürler ve sorunlarla başa çıkma konularında kendilerini yetersiz görürler (Shapiro, 1983).

Otizm tanısı 3 yaş civarında konulmaktadır. Doğumun hemen sonrasında ya da bebeğin yaşamının ilk yıllarında bu tanının konulma ihtimali yoktur. çocuğun gelişimiyle ilgili problemin daha sonra belirlenmesi ve ailenin normal bir çocuk beklerken normal dışı gelişim gösteren bir çocuğa sahip olmanın getirdiği sorunla karşılaşma döneminde şok yaşanır (Selimoğlu vd., 2013).

Otizmlı çocuğa sahip olan ailelerde özgüven eksikliği görülmektedir. Bunun en büyük sebeplerinden biriside otizmin sebebinin kesin olarak bilinmemesinden kaynaklanmaktadır. Aile içerisinde anlam verilemeyen davranışların görülmesi, ebeveynlerin kendilerini yetersiz hissetmelerine sebep olmaktadır (Darıca, Arıboğan ve Gümüüşü, 2005).

Çocukların fiziksel, bilişsel ve duygusal becerileri kazanabilmeleri için aile desteğine ihtiyaçları vardır. Normal gelişim gösteren çocuğa sahip aileler, duygusal açıdan rahat olduklarından, bu beklentileri karşılayabilirler. Fakat engelli çocuğa sahip ailelerde suçluluk duygusu olduğunda, bu beklentileri karşılayamazlar. Sonucunda ise ebeveynlerin korku, kaygı ve panik yaşarlar, bu durumda çocukları olumsuz etkilemektedir (İlhan, 2009).

## 2.2. DEPRESYON

Depresyon kavramının yabancı dillerde karşılığı “melancholy” kavramıdır. Günümüzde melankoli depresyonun alt tiplerinde bir tanesi olarak ele alınmaktadır. 1750’li yıllarda depresyon ile melankoli kavramları eş anlamlı olarak kullanılmaktaydı. Timothy Bright (1856) yazdığı “Melankoli” kitabında melankolide yas, tedirginlik, çöküntü ve karamsarlığın olduğunu belirtmiştir (Akt. Köknel, 2000).

Depresyon ilk kez melankoli olarak tanımlandıktan sonra, üzerinde çokça araştırma yapılmış ve birçok farklı tanım ortaya çıkmıştır. Yapılan tanımlarda halen daha çeşitli farklılıkların olduğu görülmektedir (Beck and Alford, 2009).

Depresyon, duygu durumundaki alçalmalar ve sapmalar olmak üzere iki şekilde açıklanabilir. Depresyon kavramın kederli ve bitkin anlamına gelmektedir (Beck, 1969; Akt. Köknel, 2005). Depresyonun dilimizdeki karşılığı ise çökkünlüktür (Köknel, 2005).

Depresyonu yaşayan bireyler, yaşadıkları durumu umutsuzluk, çökkünlük ve hüzün olarak ifade etmektedirler. Depresyonun en temel özelliği, ilgili olduğu konulara ve diğer tüm konulara ilgisizliğin olmasıdır. Bireyin kendisini değersiz hissetmesi, yeme ve uyku bozuklukları, enerjisinin kaybolduğu ve ölüm düşünceleri gibi çeşitli durumlar depresyonda gözlenebilir (Geçtan, 2006).

Depresyon, bireylerin sahip oldukları bağları kopartma noktasına getiren bir hastalıktır. Depresyonda bulunan bireyin en önemli özelliği etkisiz olması ve yaptığı işlerden verim alamamasıdır (Tarhan, 2013a).

Depresyon, bireyin istediği ölçüde ilerlemeyen durumlar karşı gösterdiği tepkidir. Genel itibariyle bireyde mutsuzluk hakimdir. Mutsuzluk halinin uzun süre devam etmesi ve devam ederken de mutsuzluğun bireyin yaşadığı problemlerle ilişki olmaması halinde yaşanan bu durum, çökkünlük ile ilişkilendirilmektedir (Karamustafaloğlu ve Yumrukçal,2011).

Depresyon, bedensel ve davranışsal belirtilerle ortaya çıkan, bireyin duygusal yapısında ve düşünme biçiminde değişikliğe sebep olan bir hastalıktır. Depresyon, en sık karşılaşılabilecek sorunlardan bir tanesidir. Yaşanan olaylara ya da hissedilenlere karşı verilen bir tepki çeşididir. Bireyin kendisine olan saygısında azalmaya sebep olur. Bireyin yaşına göre çeşitli belirtileri bulunmaktadır (Köroğlu, 2006; 2012).

Depresyonun çeşitli şekillerde tanımını yapmak mümkündür. Genel anlamda depresyon, hüznün, keder ve mutsuzluk gibi olumsuz duyguların yaşamda deneyimlenmesidir. Ruhsal açıdan depresyonda fiziksel ve ruhsal belirtilerle depresyon görülmektedir. Psikiyatrik hastalık olarak depresyonda ise belirli belirtilerle kendisini gösteren ve süreklilik gösteren hastalık durumudur (Türkçapar, 2009).

Depresyon bireyin kendisini yetersiz hissetmesiyle, yeme bozukluklarıyla, üzüntülü durumlarla, yorgunlukla, olumsuz benlik algısıyla, ölüm düşüncesi ve intihar gibi belirtilerle kendisini gösteren bir hastalıktır. Depresyon tanısının konulabilmesi için yaşanan birkaç belirtinin en az iki haftadan daha uzun sürmesi ve kişinin sosyal, ailevi ve mesleki işlevselliğini bozması gerekmektedir (Ebert, Loosen and Nurcombe, 2003).

Depresyon, belirti ya da belirtilerden oluşan aylar boyunca bireyde belirtileri görülebilen ve bireyin işlevselliğine önemli ölçüde zarar verip, tekrar etme olasılığı bulunan bir rahatsızlıktır (Rihmer and Angst, 2007).

Depresyon değersizlik, ümitsizlik ve kendine güvenememe gibi belirtilerle ortaya çıkan çökkünlük durumudur. Depresyon birçok kez herhangi bir müdahaleye gerek kalmadan kendiliğinden geçebilen bir rahatsızlıkken, her bireyin depresyondan etkilenme düzeylerinde çeşitli farklılıkların olduğu görülmektedir. İşlevselliği bozan ve uzun süre devam eden depresyon durumunda, ruhsal bozukluk ifadesi kullanılmaya başlanabilir (Budak, 2000).

### 2.2.1. Depresyonun Belirtileri

Depresyonun belirtilerini fizyolojik ve psikolojik olarak ikiye ayırmak mümkündür. Psikolojik belirtiler umutsuzluk, değersizlik algısı, güvensizlik, mutsuzluk, kararsızlık, hüçün ve çevresindeki her şeye karşı oluşan ilgisizlik şeklinde sıralanabilir (Friedman et al., 2009). Fizyolojik belirtiler ise uyku problemleri, yeme bozuklukları, cinsel isteğın azalması ve kendini sürekli olarak yorgun hissetme şeklinde ifade edilebilir (Yates et al., 2004).

Tarhan (2013b) depresyonun belirtilerini şu şekilde belirtmiştir:

1. Tedirginlik, huzursuzluk ve kararsızlık,
2. Verimsizlik ve yaşlanma hissi, enerji kaybı,
3. Çevresinde olan biten her şeye karşı ilgisizlik ya da ilginin azalması,
4. Kilo artışı veya kaybı,
5. Ölüm düşüncesi,
6. Mutsuzluk ve üzgünlük,
7. Cinsel isteğın azalması,
8. Kendisi değersiz ve işe yaramaz hissetme,
9. Dikkat eksikliği,
10. Uyku problemleri,

Bu belirtilerin iki ya da üçüne sahip bir bireyin klinik ortamda tedavi edilmesi gerektiği belirtilmiştir (Tarhan, 2013b).

Öztürk (2002) depresyonun belirtilerini şu şekilde sıralamıştır:

1. Huzursuzluk ve bunaltı,
2. Davranış örüntülerinde yavaşlık,
3. Enerji eksikliği,
4. İlgisizlik ya da sınırlı ilgi,
5. Dalgınlık, konsantrasyon eksikliği,
6. Değersizlik,
7. Umutsuzluk ve pişmanlık,
8. Uyku problemleri,
9. Yeme bozuklukları,
10. Cinsel isteğin azalması,
11. İntihar düşüncesinin varlığı şeklinde belirtilmiştir.—3

### **2.2.2. DSM-V'e Göre Depresyonun Tanı Kriterleri**

Belirtilerin 14 gün boyunca en az 5 tanesi her gün görülmelidir. Bireyin işlevselliğini ise olumsuz olarak etkilemelidir. Belirtilerin en az bir tanesinin depresif ruh hali veya ilgi yitirme olmalıdır.

1. Çökkünlük, çaresizlik ve depresif ruh hali
2. İlgisizlik ve zevk alamama,
3. Uyku bozukluklarının oluşması,
4. Yeme bozukluklarının oluşması,
5. İşlevlerde yavaşlık veya, kışkırtma,
6. Enerji kaybı,
7. Dikkatini toparlayamama,
8. Değersizlik veya suçluluk algısı,
9. Öz kırım düşüncesi (Akt. Köroğlu, 2013).

### **2.2.3. Depresyonun Klinik Özellikleri**

#### **2.2.3.1. Duygulanım**

Duygulanımda çökkünlük hakimdir. Ağlama nöbetleri görülebileceği gibi, kaygı, öfke bozuklukları ve tedirginlikte görülebilmektedir (Öztürk, 2002).

Depresyon, hissedilen üzüntü haliyle birlikte umutsuz, mutsuz, karamsar ve kötümser duygularını da içermektedir. Bireyin kendisini sürekli olarak üzüntülü ve tedirgin hissetmesi işlevselliğinin bozulmasına yol açmaktadır. İşlevsellik bozulmaya başladığı andan itibaren bireyin hayattan zevk almadığı belirtilmektedir. Zevk alamayan bireylerin gelecek yaşantılarına dair olumsuz çıkarımları oluşmakta ve sürekli kötüye giden bir hayatlarının olacağı düşüncesi oluşmaktadır (Köknel, 2005).



### **2.2.3.2. Konuşma ve İlişki Kurma**

Geçtan (2006), depresyon hastalarının çok yavaş ve alçak sesli konuştuklarını belirtmiştir. ağır düzeyde depresyon hastalarında ise bazı zamanlarda hiç konuşma görülmemektedir. Bu durumun sebebi olarak ise psikomotor becerilerde yavaşlama olmasına bağlanmaktadır.

### **2.2.3.3. Bilişsel Yetiler**

Depresyon hastalarının bilişsel yetilerini işlevsel olarak kullanamadıkları gözlenmiştir. Bazı durumlarda unutkanlığın olabileceği hatta bunun bunamaya kadar gidebileceğinden bahsedilmiştir (Tan, 2008).

Kararsızlık depresyonlu bireylerin en çok yakındığı durumlardan birisidir. Buna ek olarak depresiflerde mantıklı kararların alınamadığı ve karar verme becerilerinde eksiklik olduğu belirtilmiştir (Köknel, 2005).

### **2.2.3.4. Fizyolojik Belirtiler**

Köknel (2005) depresyon tanısı alan bireylerin sıklıkla çarpıtılmış beden algısı görüldüğünü belirtmiştir. Buna göre birey, dış görünüşünden memnun değildir ve kendisini kusurlu olarak görür. Bu durumun kadınlarda erkeklere oranlar daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Depresyon fiziksel, psikolojik ve sosyal çevreden gelen belirtilerle gelişebilmektedir. Bazen belirli bir sebebe bağlı kalmadan, belirti alanlarındaki çeşitli belirtilerin bir araya gelmesiyle depresyon görülebilmektedir.

Depresiflerde çarpıntı, karıncalanma, tansiyon (Tan, 2008)ve uyku problemleri görülebilmektedir (Geçtan, 2006).

### **2.2.3.5. Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranışlar**

Depresyon hastalarının tedirgin görüntüsü bulunmaktadır, bu sebeple konuşurken sürekli bir şeylerle meşgul olurlar. Durgun ve üzüntülü yüz ifadesi bulunmaktadır ve yüz hatları da oldukça belirgindir (Öztürk, 2002; Geçtan, 2006)

### **2.2.3.6. Düşünce Akımı ve İçeriği**

Depresyonlu bireylerin, düşünce sistemi yaşanan ruhsal sıkıntı sebebiyle bozulmuştur. Çarpıtılmış düşünceleri bulunmaktadır (Köknel, 2005).

Düşünce sistemleri yavaşlamıştır ve sürekli olarak korku, hüznün, acı ve çaresizlik düşünceleri bulunmaktadır (Köroğlu, 2004).

### **2.2.4. Depresyonun Nedenleri**

Preskorn (1999) depresyonun karmaşık bir yapısı olduğunu belirtmiştir. Depresyonun nedenlerine bakıldığında çok fazla açıklama yapıldığı ifade edilmiştir.

Depresyonun birden fazla nedeni bulunmaktadır. Psikiyatrik bozukluklar, cinsiyet, çevre, işlevselliğin bozulması, ebeveyn tutumları, madde kullanımı ve bedensel rahatsızlıkların depresyonun nedenleri arasında gösterilebilmektedir (Ünal vd., 2002).

Bireylerin yaşadıkları olayları algılama biçimleri, ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasında en önemli etkenlerden birisidir. Bireyin saldırganlık eğilimlerinin fazla oluşu, bağımlı kişilik gelişimi, nefret duygularının hakim oluşu ve kızgınlık duygusunun yüksek olan bireylerin depresyona yatkın olduğu bildirilmiştir (Köknel, 2005).

Depresyonun nedenleri şu şekilde incelenmektedir:

#### **2.2.4.1. Fizyolojik Nedenler**

Bireyin sinir sistemindeki işlevselliğin duygulanım bozukluklarının oluşmasında önemli bir etken olduğu belirtilmiştir. Ruhsal bozukluklar ile normal kabul edilen davranışların oluşumunda beynin çeşitli bölgelerindeki süreçlerin normal işleyip işlememesine bağlı olduğu belirtilmektedir(Köknel, 2005).

Alper (1999), depresyon hastalarında nöroadrenalin ve serotonin eksikliğinin olduğunu ve nörotransmitterlerin dengesizliğinin görülebileceğini belirtmiştir.

#### **2.2.4.2. Biyolojik Nedenler**

Ünal ve arkadaşları (2002), ailede depresyon hastalarının bulunmasının ve bu yüzden maddi, manevi gereksinimlerinin karşılanamamasının depresyonun nedenlerinden olduğunu belirtmiştir. depresyonun kalıtımla da geçebileceğini, anne-babadan herhangi birisinin depresyonda olmasının çocuklarda depresyonun oluşmasında önemli bir etken olduğu ifade edilmiştir. İkizler üzerinde yapılan araştırmada, tek yumurta (monozigotik) ikizlerinden birisi depresyondaiken, diğer kardeşinde depresyona girme ihtimalinin, çift yumurta (dizigotik) ikizlerindeki orandan daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Yetişkinlerin depresyonlarının yarıya kısmının genetik sebeplerle açıklanabileceği ifade edilmektedir (Lau and Eley, 2010).

Duygulanım bozukluğu bulunan bireyler üzerinde yapılan bir araştırmada, bireylerin birinci derecede akrabalarında da duygulanım bozukluklarının daha sık görülebildiği belirtilmiştir (Tezel, 2003).

Depresyonun biyolojik nedenlerinin olabileceği düşüncesiyle son zamanlarda sıklıkla araştırılan bir konu olmuştur. Yapılan araştırmalarda depresyonun biyolojik nedenleri olabileceği belirtilmiş fakat sınırlarının tam çizilemeyeceği aktarılmıştır (Beck, 2008).

### **2.2.4.3. Psikososyal Nedenler**

İnsanların hayatında önemli bir yere sahip olan kişilerin ve ya nesnelere kaybının depresyonun nedenlerinden birisi olduğu belirtilmiştir. Çok sevdiği birisinin ölümü, işten çıkarılma ve statü kaybı bu duruma örnek olarak gösterilebilir. Ayrıca bireyin yaşam amacıyla toplumun değerlerinin çatışması da depresyona sebep olabilmektedir (Güleç, 2009).

Cimilli (2001), depresyonun oluşumunda olumsuz sosyal koşullar ve ekonomik güçlüklerin bulunduğunu belirtmiştir. sosyal çevrenin insanları çok fazla etkilediği belirtilmiş ve çevrenin depresyonun ortaya çıkmasında önemli bir etken olduğu savunulmuştur.

Depresyonun en temel nedeni uyumsuz ve uygun olmayan düşüncelerdir. Bireyler kendi yaşamına ilişkin olumsuz algıları ve değerlendirmelerindeki çarpıklık, depresif düşünce yapısı ortaya çıkarmaktadır. Bu düşünce yapısıyla birlikte çaresizlik hissedilecek ve depresyonun temelleri atılmış olacaktır (Beck, 2008).

### **2.2.5. Depresyonun Yaygınlığı**

Depresyonun yaygınlığı ile ilgili yapılan araştırmada depresyona başlama yaşının ortalama 35 yaş olduğu belirlenmiştir. Depresyon hastası kadınların, erkeklere oranla daha fazla oldukları tespit edilmiştir (Köknel, 2005).

Tarhan (2013a; 2013b), kadınlarda depresyon görülme oranının erkeklere göre daha fazla olduğunu belirtmiştir. Depresif erkeklerde ise intihar oranının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca ülkemizde 3.5 milyon depresyon hastasının olduğunu, sağlık birimlerine başvuranlardan %25'inin depresyon tanısı aldığı belirtilmiştir. Güleç ve Küey (1989)'de tıpkı Tarhan (2013b) kadınlarda depresyonun daha fazla görüldüğünü belirtmiştir.

Depresyon, oldukça sık görülen bir ruhsal bozukluktur. Genel nüfusa göre kadınlarda %20, erkeklerde ise %10 oranında depresyon yaşandığı belirtilmiştir (Köroğlu, 2013).

Akalın, Cimilli ve Kuzhan (2002), Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı açıklamaya göre 2020 yılında en sık rastlanan ikinci rahatsızlık olacağını tahmin edildiğini belirtmiştir.

### **2.2.6. Depresyon ile İlgili Yapılmış Araştırmalar**

Otizmlı çocuğa sahip olan ve sağlıklı gelişim gösteren çocuğa sahip annelerin depresyon ve kaygılarının incelendiği araştırmaya 3-16 yaş arasında çocuğu olan toplam 80 anne katılmıştır. Araştırma sonucuna göre otizmlı çocuğa sahip annelerin orta düzeyde depresif belirtiler yaşadığı ve bu annelerin ağır düzeyde anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir. Sağlıklı annelerin ise hafif düzeyde depresif belirtiler yaşadıkları, orta düzeyde de anksiyete yaşadıkları saptanmıştır. Otizmlı çocuğa sahip annelerin, sağlıklı çocuğa sahip olan annelere göre depresyon düzeylerinin anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Çocuğun yaşı, annenin eğitim düzeyi değişkenine göre annelerin depresyon düzeylerinin farklılaşmadığı bildirilmiştir. Gelir düzeyi daha yüksek olan ve boşanmış annelerin (otizmlı çocuğa sahip olan) depresif belirtileri daha düşük düzeyde yaşadığı belirlenmiştir (Şahin, 2015).

Stresli veya birden fazla çocuğa sahip olan annelerde psikiyatrik rahatsızlıkların daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Erdim vd., 2015).

Yapılan araştırmada 13-22 yaşlarında bedensel veya zihinsel engelli bireylerin annelerinin depresyon, kaygı ve stres düzeyleri incelenmiştir. Araştırmanın örneklemini 80 engelli çocuk sahibi anne ile 89 sağlıklı çocuk sahibi anne oluşturmuştur. Araştırmada Beck Depresyon Envanteri uygulanmıştır. Araştırma sonucunda engelli çocuğa sahip olan annelerin, sağlıklı çocuğa sahip annelere göre depresyon, kaygı ve stres düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Uğuz, Toros ve Yazgan İnanç, 2004).

Toros (2002) fiziksel veya bedensel engelli çocuğa sahip annelerde anksiyete, depresyon, evlilik uyumunun ve çocuğu algılama şeklini incelediği araştırmasında, engelli çocuğa sahip annelerin, sağlıklı çocuğa sahip annelere göre depresyon düzeyleri daha yüksek olarak belirlenmiştir.

Down sendromu bulunan çocuklara sahip annelerin, sağlıklı çocuklara sahip annelere göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Herken vd., 2000).

Zihinsel veya bedensel engeli bulunan çocuklara sahip anne ve babaların stres düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, babaların annelere göre daha stresli ve kaygılı oldukları belirlenmiştir (Frey, Greenberg and Fewell, 1989).

Yapılan başka bir çalışmada otizmli çocuğa sahip ebeveynlerin, sağlıklı çocuğa sahip ebeveynlere göre kaygı ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Özürlü bir çocuğa sahip olmanın getirisiyle bu sonucun çıktığı ifade edilmiştir (Gündoğdu, 1995).

Engelli çocuğa sahip anne-babaların, sağlıklı çocuğa sahip anne-babalara göre geleceğe umutla bakma düzeylerinin, başarı beklentisi ve bağımsızlık algısının düşük olduğu tespit edilmiştir (Magill Evans et al., 2011).

Mental retardasyon ve otizmli çocuğa sahip anneler üzerinde yapılan başka bir çalışmada, engelli çocuğa sahip olan annelerin, sağlıklı çocuğa sahip olanlara göre çocuklarının gelecekleri konusunda kendilerini endişeli ve yalnız hissettikleri, daha fazla kaygı yaşadıkları tespit edilmiştir (Bagenholm and Gillberg, 1991).

Aydın (2016) fiziksel ve zihinsel engelli (otizm, down sendromu ve zihinsel engel) çocuğa sahip annelerin depresyon düzeylerini incelediği araştırmanın örneklemini 2-17 yaşlarında çocuğu olan 60 anne oluşturmaktadır. Fiziksel ve zihinsel engeli bulunan çocuklara sahip annelerin, hafif düzeyde depresyon belirtileri yaşadıkları belirlenmiştir. Annenin yaşı, eğitim düzeyi, ekonomik gelir, engel türü (otizm, zihinsel

engel, down sendromu), çocuğun bakımında destek alma, eşiyle akrabalık bağının olup olmaması, çocuğun yaşı, örgün öğretime devam edip etmeme, çocukların özel eğitim alma süreleri değişkenine göre annelerin depresyon düzeylerinin farklılaşmadığı belirlenmiştir. 4 ve üzerinde çocuğa sahip olan, sigara kullanan annelerin depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Çandır (2015) araştırmasında yaşları 4 ile 24 arasında değişen otizm ve down sendromu tanısı alan çocukların annelerinin depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri incelenmiştir. Araştırmaya 50 otizmlı, 50 down sendromlu ve 50 normal çocuklara sahip anneler olmak üzere 150 anne örneklemini oluşturmuştur. Otizmlı çocukların annelerinin, down sendromlu çocukların annelerine göre depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Psikiyatrik tedavi geçmişi olan otizmlı çocukların annelerinin, gruptaki diğer kişilere göre depresyon düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

### **2.3. ALEKSİTİMİ**

Duygu, heyecanlar ve hayalden oluşan, uyarıların yokluğunda bile olabilen ruhsal durumdur (Gürün, 1998). Lazarus (1982)'a göre duygu, çevreyle iletişim esnasında uyarıcıların algılanıp, değerlendirilmesiyle oluşan içsel yaşantılardır. Aleksitimi bilişsel beceriler ve dil yeteneği ile yakından ilgilidir ve algılamalardaki bozukluklar şeklinde ifade edilebilir (Taylor ve Bagby and Parker 2001),

Aleksitimi kavramı Sifneos tarafından ilk kez 1972 yılında kullanılmıştır (Akt. Koçak, 2002). Aleksitimi, duygulardan uzaklaşma ve düşüncenin esiri olmak şeklinde tanımlanmıştır (Dökmen, 2000). Aleksitimi ile ilgili yapılan bir diğer tanımda ise duygu sağırlığı ifadesi kullanılmıştır. Aleksitimi duyguları ifade etme noktasında bireylerin yetersiz olmasıdır (Sayar ve Acar, 2001).

Aleksitimikler, duygularını ifade etmede zorluk yaşarlar fakat düşüncelerini kolay bir biçimde karşı tarafa aktarabilirler. Sağlıklı ve duygularını rahat biçimde ifade edebilen kişilerle olan etkileşimlerinde herhangi bir problem yoktur. Duygu ve

düşünceleri arasındaki bağı kuramamalarından dolayı, duygularından uzaklaşabilmek için bilişsel yapılarını devreye sokarlar. Buna rağmen zekalarını tam olarak kullandıkları söylenememektedir (Sifneos, 1988; Akt. Bayraktutan, 2014).

Duygular, insanların organları gibi işlevseldir. Duygular ortadan kalktığında, yaşanan hisler anlamlandırılmaz ve ifade edilemez. Genel olarak bu durumu yaşayanlara, ruhsuz insan yakıştırması yapılsa da aleksitimi kavramının bu konuyu daha net açıklayacağı düşünülmektedir (Koçak, 2002).

Başkalarıyla olan problemleri ve yaşanan engellemeleri, deneyimledikleri bir sorundan kaynaklandığını düşünmeyen aleksitimik bireyler, problemlerini oldukça yüzeysel açıklamaya çalışırlar ve o sorunla tekrar karşı karşıya kalmak istememektedirler (Taylor, 1984; Akt. Epözdemir, 2012).

Duygularını ifade edemeyen bireyler yani aleksitimikler, duygularından ziyade yaşanan duruma odaklanmışlardır ve duyguları yerine çevresine ne yaptığını anlatırlar. Soyut ifadelerden uzak durmak için çabalayan aleksitimiklerin, daha çok somut ifadelerle kendilerini ifade ettikleri belirtilmiştir hayal kuramadıklarından, duyguları yoktur ve sınırlandırılmış düşünce yapıları vardır (Goleman, 1995).

Aleksitimik bireyler, yaşadıkları duygularını tarif adlandıramadıklarından yüzeysel bir şekilde inceleyip, duygularını bedensel tepki biçimine dönüştürürler. Konuşurken, sürekli olarak ayrıntılardan bahsederler ve duyguları yüzlerine yansımadığından yüz ifadesi duyguları olmayan robotlar gibidir (Lesser, 1981).

Duygular, insanlara varlıklarını hissettiren en önemli unsurdur. Deneyimlenen olaylarda sevinç, üzüntü ve kızgınlık gibi çeşitli duygular yaşanır. Bu duygular sayesinde yaşanan olaylar bir anlam kazanır. İnsanların yaşamlarını normal bir şekilde devam ettirebilmesi ve yaşam kalitelerinin yükselmesi için duygulara ihtiyaç vardır (Koçak, 2002).



Aleksitimiklerin, üretkenlikleri kısıtlıdır. Duygusal zekalarının gelişmemiş olmasının, yaratıcılık özelliklerini geliştirememelerine sebep olmuştur. Aleksitimik özellik gösteren bireylerin çevreyle uyumu yüksektir ve genel anlamda sakin bir yapıları vardır (Varol, 1998).

Duygularını sözlerle aktaramayan kişilerin cahil olduğu belirtilmiştir. Bu kişiler, duygu yapılarının farkında değildir çünkü yaşadıkları kaygıları bedenselleştirmişlerdir. Marty ve Muzan'ın 1963'te psikosomatik hastalığı olanlarla yaptığı araştırmada, çeşitli problemleri olanlarla birlikte, duygu durumlarında eksiklik olan kişilere odaklanmışlardır. Araştırma sonucunda ise bu kişilerin detaylara odaklandıkları, konuşma dillerini etkin bir şekilde kullanamadıkları ve sözcük dağarcıklarının da normal gelişim gösteren bireylere göre daha kısıtlı olduğu belirtilmiştir (Akt. Krystal 1988).

Paez ve arkadaşları (1997; Akt. Koçak, 2002) aleksitiminin kişisel eğilim olduğunu, sosyal destek eksikliğine ve nörolojik sebeplere bağlı olarak ortaya çıktığını ifade eden birçok görüş olduğunu belirtmiştir.

Aleksitimiği birincil ve ikincil aleksitimi olarak ifade edilebilmektedir. Birincil aleksitimi, psikolojik kökenli fiziksel rahatsızlığı olanların bedensel tepkilerine sebep olan ve devamlılık gösteren durumlar şeklinde ifade edilmiştir. İkincil aleksitimi ise yüksek düzeyde bedensel ve psikolojik rahatsızlıkları olanlarda ve travma yaşayanların yaşadığı anlık durumlar şeklinde aktarılmıştır (Freyberger, 1977; Akt. Epözdemir, 2012)

Normal gelişim gösteren bireylerin kızabileceği ya da ağlaya bileceği yerlerde, aleksitimikler donuk biçimde beklerken, farklı bir zamanda ve konu ile alakasız duygusal tepkiler gösterebilirler. Başkalarıyla iletişimlerinde sınırlılık bulunmaktadır. Yüz hareketlerinden, duygularını kestirebilmek mümkün değildir, içe kapanık bir yapıları vardır (Varol, 1998).

### **2.3.1. Aleksitiminin Sınıflandırılması**

Büyükşahin ve Batıgün (2008) aleksitimik özellikleri ve belirtileri 4 alt özellikle sınıflandırıldığını aktarmıştır. Bu alt özellikler şunlardır:

1- Duyguları fark etme, ayırt etme ve söze dökme güçlüğü,

2- Hayal kurma, fantezi yaşamında kısıtlılık,

3- İşlemsel düşünme,

4- Dışa dönük bilişsel yapı, şeklinde sınıflandırılmıştır. (Lesser 1981: Taylor, Bagby and Parker, 1991; Akt. Büyükşahin ve Batıgün, 2008).

#### **2.3.1.1. Duyguları Fark Etme, Ayırt Etme ve Söze Dökme Güçlüğü**

Aleksitimikler, bir olay yaşadıklarında ve ne hissettiği sorulduğunda, o anda hissettiklerini söylemek yerine ne yapmak istediklerini anlattığı görülmüştür. Duygularını aktarması yönünde baskı yapıldığında ise ne zaman duygularını, ne zaman düşüncelerini aktardığını bilemedikleri belirlenmiştir (Dereboy, 1990).

Aleksitimik özellikler gösteren bireylerin, yaşamlarında ilişki kurabildikleri, düşünebildikleri ve bilgisi aktarabildiği belirtilmiştir. Fakat duygu ve düşüncelerinin arasında farkları ayırt edemedikleri, bağlantı kuramadıkları ve duygularını ifade edemedikleri belirlenmiştir (Lesser, 1981; Faryna et al., 1986; Akt. Koçak, 2002).

#### **2.3.1.2. Hayal Kurma, Fantezi Yaşamında Kısıtlılık**

Aleksitimiklerin, hayal güçleri sınırlıdır ve hayal güçlerindeki sınırlılıktan dolayı, heyecanlara kendilerini kapatmışlardır. Heyecan eksikliği, aleksitimikleri detaycı yapmaktadır. Olayların detaylarıyla çok fazla ilgilenirler ve yaratıcılıkları sınırlıdır (Sifneos, 1988; Akt. Aygen, 2011).

Detaycı özellikleri sebebiyle aleksitimik bireylerin işlemsel düşünceyi devreye sokarlar ve duygular tamamen yok sayılır. Rüyalarını hatırlamakta güçlük çekerler ya da belirli bir kısmını hatırlamaktadırlar. Rüyalarındaki hayal unsurlarından ziyade somut durumlar üzerine yoğunlaşmıştır (Sifneos, 1988).

### **2.3.1.3. İşlemsel Düşünme**

Larsen ve arkadaşları (2003) aleksitimiklerin duygularını ifade etmelerinde ve işlemsel düşüncelerinde eksiklik olduğunu bildirmiştir. Aleksitimikler, duygularını ifade etmelerindeki güçlüğü rağmen çevreleriyle uyum içinde yaşadığı bilinmektedir. Bunun en büyük sebebi ise faydacı ve mekanik düşünme yapıları gösterilmektedir. Problem durumuyla karşılaştıklarında somut çözüm önerileri bulmaya meyilli bir yapıları vardır. Bu problemleri detaylı bir şekilde incelemek yerine yüzeysel olarak incelemektedirler (Direk, 2008)

Aleksitimikler, karşılaştıkları sorunları yüzeysel olarak incelediklerinden, duygular ve çatışmaların nedenleri üzerinde durmazlar. Problemlerin en kısa çözüm yolları üzerine odaklanmışlardır. Aleksitimikleri karşılaştıkları problem durumuyla tekrar karşılaşmak istemezler, çevreleriyle uyum içindedirler, çevresindeki kişilerle ilişkileri de iyi düzeydedir ve bu duruma sebep olan ana etmen ise olayların altındaki duygusal yönlerin göz ardı edilmesi gösterilmektedir. İşlemsel düşünceleri, aleksitimiklerin ikili ilişkilerde sorun yaşamalarını engellemektedir (Taylor, 1984; Akt. Epözdemir, 2012).

### **2.3.1.4. Dış Merkezli-Uyum Sağlamaya Yönelik Kognitif Yapı**

Aleksitimiklerin sadece duyguları sözel olarak ifade etmede değil, duyguların bilişsel işleme sürecinde de zorluk çektiği yapılan araştırmalarda özellikle vurgulanmıştır. Bu durum duyguların farklılaşmamasına ve yanlış düzenlenmesine neden olduğu ve bu özelliklerin aleksitimiye etkileyen nörotizm ve depresyonla doğrudan ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Martinen, 2001).

## 2.3.2. Aleksitimiye Açıklamaya Yönelik Kuramsal Çerçeve

### 2.3.2.1. Psikoanalitik Kuram

Psikoanalitik kuramın merkezinde acı veren algılar ya da duyguların inkar edilmesi ve ifade edilmemesinin temel sebebi, duygusal travma ya da savunma mekanizmalarıdır. Freud, kuramın temelini duygulardan kaynaklı kaygılar üzerine kurmuştur. Bastırılan yaşam enerjisi, hayal ya da fantezi olarak hayat bulamazsa kaygılar ortaya çıkar. Ortaya çıkan kaygılar, bireyin ruh sağlığı için tehlike oluşturmaktadır. Karşılaşılan uyarıcıların sözel yollarla ifade edilebilmesi, bilinç düzeyinde gerçekleşmektedir. Bilinç dışına itilen duygular, algılanamaz ve ifade edilemez. Bu yüzden bilinç dışına itilen duyguları, bilinç düzeyine getirip, sebep olabileceği kaygıları engellemek gerekmektedir. Bilinç dışında kalıp, sözlü olarak duygular ifade edilmediğinde, bedensel tepkilerle ifade edilir. Bu durum, aleksitimiklerin özellikleri ile benzerlik göstermektedir (Stoudemire, 1991; Akt. Koçak, 2002).

Aleksitiminin psikolojik sebepleri bulunduğu ve aleksitimiklerin kullandığı savunma mekanizmasının inkar ve bastırmadan daha farklı olduğu belirtilmektedir. Çocukluk dönemindeki anne ile çocuk arasındaki ilişkinin bozuk olması, çocukların imge kurabilme becerilerini ve benliğin oluşmasını kısıtlamaktadır. Anne imgesini oluşturamayan çocukların, hayal kurabilme ve fantezi becerileri gelişmeyecektir. Anne-çocuk ilişkisinin bozuk olması, çocukların duygularını sözel olarak aktarımını da engelleyerek, aleksitiminin temelleri oluşacaktır (Mc Dougall, 1982).

Luminet (1994) anne-çocuk ilişkisinde, çocuklara karşı aşırı kontrollü yaklaşılmasının, çocukların duygularını ifade etmelerine engel olduğunu ve bu durumun, bedensel tepkilere yol açtığını belirtmiştir.

### **2.3.2.2. Davranışçı ve Sosyo-Kültürel Kuram**

Bireylerin davranışları, sosyal ilişkilerden öğrenilmektedir. Tüm davranış örüntüleri, doğumdan başlayarak öğrenilmiştir. Sahip olduğumuz kültürel değerler, içinde yaşanılan çevrenin aktarımı ile oluşmuştur. İletişim tarzları ve davranış biçimleri çevrenin yapısına göre şekillenmektedir. Yine aynı şekilde duyguların aktarımında da bu etkiler görülmektedir (Lesser, 1985).

Kültürel çevrenin duyguların ifadesine etkisinin araştırıldığı bir araştırmada, farklı etnik kökene sahip öğrencilerin, duygu ifade düzeyleri incelenmiştir. İnceleme sonuçlarına göre Asya kökenli Amerika vatandaşlarının, Avrupa kökenli Amerika vatandaşlarına göre aleksitimik belirtileri daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Le, Berenbaum and Raghavan, 2002).

İletişim kurma becerileri, aile tarafından çocuklara öğretilmektedir. Bu noktada çocukların model alma yolunu kullandıkları ve model aldıkları kişinin iletişim biçimlerini kullandıkları belirlenmiştir. Çocuklar, içinde buldukları çevreden bağımsız olmayacak şekilde duygularını ifade etmek yerine, bastırmayı tercih ederse ve duygularını bedensel ifadeler kullanarak bildirirse aleksitimiye zemin hazırlamış olur. Bu yaklaşıma göre aleksitimik özelliklerin, kültürel çevreden öğrenilen durumlara göre oluşmaktadır (Stoudemire, 1991).

Çevresel etkenlerin bireyin aleksitimi düzeyine etkisinin incelendiği araştırmada, ekonomik geliri ve yaşam şartları düşük olanların, yüksek ekonomik gelire sahip ve yaşam şartları daha iyi olan bireylere göre aleksitimik düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Lesser, 1985; Akt. Aygen, 2011)

### **2.3.2.3. Bilişsel Kuram**

Bireylerin duygusal yapıları bilişsel değerlendirmelerden oluşmaktadır. Bilişsel değerlendirmeler, doğuştan gelebildiği gibi rastgelede oluşabilir. Bunun yanı sıra alınan eğitimler ve algılarla da oluşabilmektedir. Aleksitimiklerin bilişsel yapıları, en alt

düzeydeki değerlendirmelerle oluşmaktadır. Stres yaşayan aleksitimik birey, yaşadığı durumu tanımlayamaz ve sonucunda psikosomatik hastalıkların belirtileri ortaya çıkar (Lazarus, 1982).

Bilişsel yaklaşım bireylerin psikolojik sorunlarının, bilgilerin işlevselliğini yitirmiş ve olumsuz değişime uğramış bilişsel süreçlerle, gerçekten farklı ve uygun olmayan bir şekilde algılanmasından kaynaklandığı savunmaktadır. Aleksitimi de bilişsel yaklaşıma göre yine aynı şekilde ifade edilmektedir. İşlevselliğini yitirmiş bilişsel süreçlerin aleksitimiye sebep olabileceği aktarılmıştır. Bu yaklaşıma göre aleksitimikler, olay odaklı düşünürler ve duygularını konuşmaktan kaçınırlar (Zackheim, 2007).

Yakın çevremizden ve model aldığımız kişilerden mantık dışı inançlar öğrenilmektedir. Bu inançlara ek olarak, bireyler kendilerince batıl inançlar ve yanlış bilgiler oluşturabilmektedirler. Mantık dışı inançlar, birey tarafından sürekli tekrarlanarak doğru olarak algılanmaya başlanır ve bu inançların en büyük destekçisi yine bireyin kendisidir. Duygusal problemlerin temelinde kişinin kendisine yönelttiği suçlamalar bulunmaktadır. kişilerin kendisini olduğu gibi kabul etmesi gerekir ve kendisini bunu yapmaya mecbur hisseder. Bu mecburiyet hissi, kişileri işlevsel olmayan davranışlara yöneltir (Ellis, 1994; Akt. Tanhan, 2014).

#### **2.3.2.4. Nörofizyolojik ve Genetik Açından Aleksitimi**

Bu yaklaşım modeline göre aleksitiminin temel sebebi beyin yarım küreleri arasındaki kopukluktur. Aleksitimi fizyolojik kökenlidir, çevreden gelen uyarıcılara, duygusal olarak cevap verilmemekten kaynaklanmaktadır (Nemiah, 1975; Akt. Epözdemir, 2012).

Aleksitimiklerin, beyinlerinin sağ ve sol yarım kürelerdeki düşünceler arasında kopukluk olduğu savunulmuştur. Bunun üzerine bazı bireylerin corpus colassium (beynin her iki lobu arasındaki bilgi iletişimini sağlayan sinir ağlarından oluşan yapı)

etkisizleştirilmiş ve sonucunda da aleksitimik belirtilerin arttığı belirlenmiştir (Hoppe and Bogen, 1977).

### **2.3.3. Aleksitiminin Değerlendirilmesi ve Yaygınlığı**

Aleksitimi düzeyini belirlemek için en yaygın kullanılan ölçek Toronto Aleksitimi Ölçeğidir (TAS-20). Taylor, Ryan ve Bagby (1985) tarafından geliştirilen TAS-20'nin, 20 sorusu vardır ve kesme puanı 61'dir. 61 puanın üstünde puan alanlar aleksitimik olarak değerlendirilmektedir.

Büyüksahin ve Batıgün (2008), klinik örneklemelerin yanı sıra aleksitiminin sağlıklı bireylerde de sıkça görülebildiğini belirtmiştir.

Yapılan araştırmanın örneklemini sağlıklı üniversite öğrencileri öğrencileri oluşturmaktadır. Aleksitimi ile ilgili yapılan araştırmalarda da normal popülasyondaki yaygınlığın ele alındığı araştırmalar belirlenmiştir. Parker, Taylor ve Bagby (1989; Akt. Aktay, 2014) aleksitiminin yaygınlığını %18,8 olduğunu tespit etmiştir. Laos (1995) aleksitiminin yaygınlık düzeyini %23; Montreuil ve Pedinelli (1995) %7 olduğunu belirtmiştir (Akt. Koçak, 2002). Kokkonen, Karvonen ve Veijola (2001; Akt. Bayraktutan, 2014) aleksitiminin erkeklerde %9,4, kızlarda ise % 5.2 oranında görüldüğünü belirtmiştir.

5454 kişilik yetişkinlerin oluşturduğu araştırmada ise aleksitiminin yaygınlığı %9,9 olarak tespit edilmiştir (Mattila et al., 2006). Üniversite öğrencileriyle yapılan araştırmada ise erkeklerde %8,2, kızlarda ise %1,8 oranında aleksitimi görüldüğü belirlenmiştir (Blanchard et al., 1981).

Honkalampi ve arkadaşları (2000) erkeklerin, kadınlara oranla aleksitimi düzeylerinin daha fazla olduğunu tespit etmiştir. erkeklerin kadınlardan daha aleksitimik olmalarının temel sebebi, erkeklerin duygularını ifade edebilecek sözcük dağarcıklarının geliştirilememesi gösterilmiştir. Ayrıca erkeklerin olumsuz duygularını ifade etmesi,

çevre tarafından zayıflık olarak algılanabilmektedir. Bu yüzden erkekler, kadınlara göre duygularını ifade etmekten kaçınmaktadırlar (Levant et al., 2006).

#### **2.3.4. Aleksitimi Konusunda Yapılan Araştırmalar**

Yapılan araştırmalar incelendiğinde akranlarına göre normal gelişim gösteren sağlıklı çocuklar ile normal gelişim göstermeyen çocukların annelerinin aleksitimi düzeylerinin tespitine yönelik az sayıda araştırma olduğu görülmektedir.

Otizmlı çocukların annelerinin aleksitimi düzeylerinin incelendiği araştırmada otizmlı çocuğa sahip annelerin, sağlıklı gelişim gösteren çocuğa sahip annelere göre aleksitimi düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Annelere sorulan yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, herhangi bir işte çalışıp çalışmama, meslek, iş durumu, hanedeki kişi sayısı, yerleşim yeri değişkenlerine ve otizmlı çocuğun yaşı ve cinsiyet değişkenine göre annelerin aleksitimi düzeylerinin farklılaşmadığı tespit edilmiştir. sahip olunan çocuk sayısına göre 3 ve üzerinde çocuğu olan annelerin daha az sayıda çocuğu olanlara göre; otizmlı çocuğu kız olanların, otizmlı çocuğu erkek olan annelere göre aleksitimi düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Otizmlı çocuğu 7 ve üstündeki yaşlarda özel eğitime başlayan annelerin, daha erken özel eğitimden faydalanmaya başlayan çocukların annelerine göre aleksitimi düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Aygen, 2011).

Otizmlı çocuca sahip annelerin örnekleme oluşturduğu bir araştırmada, çocuklarının bakımlarını üstlenen annelerin, desteklenmesi halinde duygusal karmaşıklıktan kurtulacağı ve yalnız kaldıklarını hissetmeyecekleri belirtilmiştir. Ayrıca sosyal çevresiyle etkili iletişim kurabilen annelerinin duygularının olumlu olarak etkilendiği tespit edilmiştir (Shu, 2009).

Otizmlı ve sağlıklı çocuklara sahip ebeveynlerin karşılaştırıldığı araştırmada, otizmlı çocuğu olan anne ve babaların, sağlıklı çocuğa sahip olanlara göre empati kurma becerilerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Wolff, Narayan and Moyes, 1988).



Öksüz (2008) tarafından yapılan araştırmada otizmliler ve normal gelişim gösteren çocuğa sahip anne-babaların aleksitimi ve depresyon düzeyleri karşılaştırılmıştır. Araştırmanın örneklemini İstanbul'da yaşayan 3-18 yaş arasında otizmliler ve sağlıklı çocuğa sahip anne-babalar oluşturmuştur. Otizmliler çocuğa sahip anne-babalar ile sağlıklı gelişim gösteren anne-babaların aleksitimi düzeylerinde herhangi bir farklılık belirlenmezken, otizmliler anne-babaların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Fırat (2000) tarafından otizmliler ve zihinsel engelli çocuklara sahip annelerin depresyon, aleksitimi ve ruhsal durumlarının incelendiği araştırmada 3-12 yaş gurubundaki çocukların anneleri örneklemler oluşturmuştur. Araştırma sonucunda otizmliler ve zihinsel engelli çocuklara sahip annelerin aleksitimi ve kaygı düzeylerinin farklılaşmadığı belirlenmiştir.

Szatmari ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan araştırmada otizmliler ve sağlıklı çocuklara sahip ebeveynlerin aleksitimi düzeyleri karşılaştırılmıştır. Sonuçlar tespit edilirken bireysel görüşmeler yapılamamış, şu anda aleksitimi düzeyinin belirleyicisi olan Toronto Aleksitimi Ölçeği kullanılmıştır. Otizm tanısı almış çocuğa sahip ebeveynlerin, sağlıklı gelişim gösteren çocuklara sahip ebeveynlere göre aleksitimi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca otizmliler çocuğa sahip babalardan aleksitimi düzeyi yüksek olanların, düşük olanlara göre tekrarlayan davranış belirtilerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durumun sebebi ise geniş otizm fenotipi ile açıklanmıştır. Ayrıca aleksitiminin, otizme neden olan bir unsur olmadığı, otizmliler çocuğa sahip olmanın bir sonucu olabileceği ifade edilmiştir.

Baronn-Cohen ve Hammer (1997) tarafından yapılan araştırmada asperger ve otizm tanısı almış çocuklar ile sağlıklı gelişim gösteren çocukların ebeveynlerine Gözlerden Zihin Okuma Ölçeği uygulanmış ve ölçek değerleri karşılaştırılmıştır. Ebeveynlere sade göz bölgesinin olduğu fotoğraflar gösterilmiş ve bu fotoğrafların hangi duyguları anlatmaya çalıştığı sorulmuştur. Araştırma sonucunda sağlıklı çocuğa sahip ebeveynlerin, diğer gruptaki ebeveynlere göre anlatılmak istenen duyguyu daha iyi ifade edebildikleri belirlenmiştir.

Bishop ve arkadaşları (2004) ebeveynlerdeki bazı olumsuz durumların, çocuklarda otizme ya da gelişim geriliğine neden olduğu düşüncesinin artık geçerliliğini yitirdiğini bildirmiştir. Çocuklarda otizmin genetik yapılardan olabileceği belirtilmiştir. Otizmlili çocuğa sahip ailelerin, sağlıklı çocuğa sahip ailelere göre iletişim, sosyallik ve dil becerileri konularında farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Lumley ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan araştırmada aile işlevselliğinin yeterli düzeyde olmamasının ve annelerdeki aleksitimi düzeyinin yüksek olmasının, çocuklarda aleksitimik belirtileri artırdığını belirlemişlerdir.

Otizmlili çocuğa sahip annelerin çocuklarına yaklaşımı ve çocuk yetiştirme biçimlerinin, sağlıklı çocuğa sahip annelerinkinden farklılık göstermediği belirtilmiştir. Otizmlili çocuğa sahip annelerin, çocuklarında gelişme olsa bile sağlıklı çocuğa sahip annelere göre daha stresli ve kaygılı oldukları belirlenmiştir (Montes and Halterman, 2007).

Otizmlili çocuğa sahip ebeveynler üzerinde Saraç ve Aydın (2014)'ın yaptığı araştırmada aleksitimi düzeyinin cinsiyete göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bireyin aleksitimik özellikler taşıması, kendisini tanımayı, duygularını ifade etmeyi ve uyum sağlama becerilerini engellediği belirtilmiştir. Ebeveyn-çocuk ilişkisinde, çocuğun sosyalleşebilmesini engelleyen ana unsurlardan birisi olarak aleksitimik özellikler gösterilmiştir.

Siller ve Sigman (2002) otizmlili çocuğa sahip ebeveynlerin, dili kullanabilme becerilerinin oldukça başarılı olduğunu belirtmiştir.

## **BÖLÜM III**

### **YÖNTEM**

3. bölümde araştırmanın modeli, evreni ve örnekleme, kullanılan ölçme araçları ve veri analiz yöntemleri incelenmiştir.

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ**

Yapılan araştırma tanımlayıcı tarama çalışmasıdır.

#### **3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM**

Araştırmanın evrenini İstanbul ili Üsküdar İlçesi Beylerbeyi Özel Dünya Rehabilitasyon ve Özel Eğitim merkezinde eğitim alan öğrencilerin anneleri oluşturmaktadır. Örnekleme ise aynı rehabilitasyon ve özel eğitim merkezinde eğitim gören otizm ve mental retarde tanısı alan öğrencilerin anneleri oluşturmaktadır. Araştırmaya 100 mental retarde ve otistik çocuk annesi katılmıştır.

#### **3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Veri toplama araçları uygulanmaya başlamadan önce araştırmacı, annelerle bire bir görüşerek gerekli açıklamaları yapmıştır. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu katılımcılarla paylaşarak yazılı onam alınmıştır.

Araştırmamızda, “Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Toronto Aleksitimi Ölçeği” uygulanmıştır.

### 3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Form (Ek-1) araştırmacı tarafından hazırlanmış olup yaş, ekonomik durum, eğitim d¼zeyi, çalışma durumu, medeni durum, çocuğunuzun kaç yıldır ¼zel eğitim aldığı, engelli çocuğunuzun bakımı esnasında destek alınıp alınmadığı, geçmişte psikiyatri/psikolog başvurusu olup olmadığı, varsa tanı ve tedavi, devam eden tedavi/hastalığın varlığı soruları, katılımcılara sorulmuştur. Sosyodemografik Veri Formu anneler tarafından doldurulmuştur.

### 3.3.2. Beck Depresyon ¼leęi (BD¼)

BD¼ (Ek-2) Beck (1961) tarafından depresyonun d¼zeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiş. ¼leęin 21 maddesi ve 4 seçenekten oluşan cevapları mevcuttur. Cevaplara verilecek puanların 0-3 arasında değiştiği g¼r¼lmektedir. BD¼'den en az 0 puan alınırken, en fazla 63 puan alınmaktadır. BD¼'ye verilecek cevaplara g¼re depresyon şiddeti şu şekilde belirtilmiştir:

- 1) Hafif d¼zeyde depresif belirtiler (10-16 puan)
- 2) Orta d¼zeyde depresif belirtiler (17-29 puan)
- 3) şiddetli depresif belirtiler (30-63 puan)

¼lkemizde BD¼'n¼n uyarlaması Hisli şahin (1989) tarafından gerçekleştirilmiştir. BD¼ anneler tarafından doldurulmuştur.

### 3.3.3. Toronto Aleksitimi ¼leęi (TA¼-20)

TA¼-20, Taylor, Ryan ve Bagby (1985) tarafından, aleksitimi d¼zeyini belirlemek için geliştirilmiştir. G¼le ve arkadaşları (2009) tarafından T¼rke geçerlik ve g¼venirlik çalışması yapılan TA¼-20'nin 20 sorusu bulunmaktadır. TA¼-20'ye verilecek cevapların 1 (hiçbir zaman) ile 5 (her zaman) arasında olduğu belirtilmiştir.

Ölçekten en az 20 puan alınırken, en fazla ise 100 puan alınabilmektedir. Alınacak puanlar arttıkça, aleksitimi düzeyi de artmaktadır. TAÖ-20 anneler tarafından doldurulmuştur.

### **3.4. VERİ ANALİZ YÖNTEMLERİ**

Veriler IBM SPSS 21 Windows paket programına aktarılarak analizi yapılmıştır. Yapılan Normallik Testi sonucunda, verilerin normal dağılım göstermediği belirlenmiştir. Normal dağılım göstermeyen veriler için Non-Parametrik testlerde kullanılan Mann-Withney U ve Kruskal-Wallis kullanılmıştır. Örnekleme oluşturan bireylerin Sosyo-Demografik özelliklerinin belirlenmesi için “Frekans” analizi yapılmıştır.

## BÖLÜM IV

### BULGULAR

Bu bölümde bulgulara yer verilmiştir.

#### 4.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Demografik Değişkenlere İlişkin Dağılımı

**Tablo 4.1 Araştırmaya Katılan Bireylerin Yaş Değişkenine İlişkin Dağılımı**

DEĞİŞKEN		%
Yaş	25-35 yaş	21,0
	36-45 yaş	44,0
	46-55 yaş	18,0
	56 yaş ve fazlası	17,0

Araştırmaya katılan annelerden 21 kişinin 25-35 arası yaşa sahip olduğu, 44 kişinin 36-45 yaş aralığında olduğu, 18 kişinin 46-55 yaş aralığında olduğu, 17 kişinin ise 56 ve üstü yaşa sahip olduğu belirlenmiştir.

#### Tablo 4.2 Araştırmaya Katılan Bireylerin Ekonomik Durum Değişkenine İlişkin Dağılımı

DEĞİŞKEN		%
Ekonomik Durum	Düşük	17,0
	Orta	76,0
	Yüksek	7,0

Araştırmaya katılan annelerden 17 kişi düşük ekonomik duruma sahipken, 76 kişi orta, 7 kişi ise yüksek ekonomik duruma sahiptir.

**Tablo 4.3 Araştırmaya Katılan Bireylerin Eğitim Düzeyi Değişkenine İlişkin Dağılımı**

DEĞİŞKEN		%
Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar Değil	20,0
	İlkokul	43,0
	Ortaokul	11,0
	Lise	22,0
	Üniversite	4,0

Araştırmaya katılan annelerden 20 kişi okur-yazar değilken, 43 kişi ilkokul mezunudur. 11 kişi ortaokul mezunuyken, 22 kişi lise mezunu, 4 kişi ise üniversite mezunudur.

**Tablo 4.4 Araştırmaya Katılan Bireylerin Çalışma Durumu Değişkenine İlişkin Dağılımı**

DEĞİŞKEN		%
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	89,0
	Kamu	2,0
	Özel Sektör	9,0

Araştırmaya katılan annelerden 89 kişi çalışmıyorken, 2 kişi kamuda çalışmaktadır. 9 kişi ise özel sektörde çalışmaktadır.

**Tablo 4.5 Araştırmaya Katılan Bireylerin Medeni Durum Değişkenine İlişkin Dağılımı**

DEĞİŞKEN		%
Medeni Durum	Evli	89,0
	Bekar	4,0
	Dul/Boşanmış	7,0

Araştırmaya katılan annelerden 89 evliyken, 4 kişi bekar, 7 kişi ise dul/boşanmıştır.

**Tablo 4.6 Araştırmaya Katılan Bireylerin Çocuklarının Kaç Yıldır Özel Eğitim Aldığı Değişkenine İlişkin Dağılımı**

DEĞİŞKEN		%
Çocukların Özel Eğitim Alma Yılı	0-5 yıl	55,0
	6-9 yıl	28,0
	10-12 yıl	11,0
	13 yıl ve fazlası	6,0

Araştırmaya katılan annelerden 55 kişinin çocuğu 0-5 yıl arası özel eğitim almaktadır. 28 kişinin çocuğu 6-9 yıl arası özel eğitim alırken, 11 kişinin çocuğu 10-12 yıl arası özel eğitim almakta, 6 kişinin çocuğu ise 13 yıl ve daha fazla süredir özel eğitim almaktadır.

**Tablo 4.7 Araştırmaya Katılan Bireylerin Engelli Çocuğun Bakımı Esnasında Destek Alınması Durum Değişkenine İlişkin Dağılımı**

DEĞİŞKEN		%
Engelli Çocuğun Bakımı Esnasında Destek Alıyor Musunuz?	Evet	17,0
	Hayır	83,0

Araştırmaya katılan annelerden 17 kişinin engelli çocuğun bakımı esnasında destek alırken, 83 kişi ise destek almamaktadır.

**Tablo 4.8 Araştırmaya Katılan Bireylerin Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurusu Olup Olmadığı Değişkenine İlişkin Dağılımı**

DEĞİŞKEN		%
Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurusunuz Var Mı?	Evet	8,0
	Hayır	92,0

Araştırmaya katılan annelerden 8 kişinin geçmişte psikolog/psikiyatrist başvurusu varken, 92 kişinin herhangi bir psikolog/psikiyatrist başvurusu bulunmamaktadır.



**Tablo 4.9 Araştırmaya Katılan Bireylerin Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurunuz Varsa Aldığınız Tanı Değişkenine İlişkin Dağılımı**

DEĞİŞKEN		%
<b>Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurunuz Varsa Aldığınız Tanı Nedir?</b>	Kaygı Bozukluğu	1,0
	Panik Atak	1,0
	Depresyon	3,0
	Öfke Kontrol Bozukluğu	1,0
	Danışma Amaçlı Başvuru	2,0

Araştırmaya katılan annelerden 1 kişinin geçmişte kaygı bozukluğu tanısı almıştır. 1 kişi ise panik atak, 3 kişi depresyon, 1 kişi öfke kontrol bozukluğu tanısı almıştır. 2 kişinin ise danışma amaçlı psikolog/psikiyatrist başvurusu olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.10 Araştırmaya Katılan Bireylerin Halen Devam Eden Tedaviniz/Hastalığınızın Olup Olmaması Değişkenine İlişkin Dağılımı**

DEĞİŞKEN		%
<b>Halen Devam Eden Tedaviniz/Hastalığınız Var Mı?</b>	Evet	5,0
	Hayır	95,0

Araştırmaya katılan annelerden 5 kişinin halen devam eden tedavi/hastalığı olduğu belirlenirken, 95 kişinin herhangi bir tedavi/hastalığı bulunmamaktadır.

**4.2. Mental Retardasyon ve Otizm Tanısı Konulmuş Çocuğa Sahip Annelerin Demografik Değişkenlere Göre Beck Depresyon Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması**

**Tablo 4.11 Yaş Değişkenine Göre Beck Depresyon Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması**

TANI	DEĞİŞKEN	F	$\bar{x}$	SS	$\chi^2$	p
MR	Yaş				5,410	,144
	25-35 yaş	11	16,09	11,46		
	36-45 yaş	23	12,91	8,37		
	46-55 yaş	8	22,88	10,62		
	56 yaş ve fazlası	8	16,38	11,019		
Otizm	Yaş				1,526	,676
	25-35 yaş	10	11,30	8,73		
	36-45 yaş	21	12,00	10,48		
	46-55 yaş	10	15,40	15,29		
	56 yaş ve fazlası	9	16,00	10,57		

Çocuğu MR tanısı alan annelerin depresyon düzeyleri “Yaş” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Yaşa göre annelerin Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(3)=5,410$ ;  $p=,144$ ;  $p>0,05$ ].

Çocuğu Otizm tanısı alan annelerin depresyon düzeyleri “Yaş” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Yaşa göre annelerin Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(3)=1,526$ ;  $p=,676$ ;  $p>0,05$ ].

**Tablo 4.12 Ekonomik Durum Değişkenine Göre Beck Depresyon Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması**

TANI	DEĞİŞKEN	F	$\bar{x}$	SS	$\chi^2$	p	
MR	Ekonomik Durum	Düşük	8	17,13	12,03	,140	,932
		Orta	38	15,71	10,33		
		Yüksek	4	13,50	5,45		

TANI	DEĞİŞKEN		F	$\bar{x}$	SS	$\chi^2$	p
OTİZM	Ekonomik Durum	Düşük	9	19,67	16,60	1,507	,471
		Orta	38	11,95	9,31		
		Yüksek	3	10,67	10,07		

Çocuğu MR tanısı alan annelerin depresyon düzeyleri “**Ekonomik Durum**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Ekonomik Duruma göre annelerin Beck Depresyon Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(2)=,140$ ;  $p=,932$ ;  $p>0,05$ ].

Çocuğu Otizm tanısı alan annelerin depresyon düzeyleri “**Ekonomik Durum**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Ekonomik Duruma göre annelerin Beck Depresyon Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(2)=1,507$ ;  $p=,471$ ;  $p>0,05$ ].

**Tablo 4.13 Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Beck Depresyon Ölçeği’nden Alınan Puanların Karşılaştırılması**

TANI	DEĞİŞKEN		F	$\bar{x}$	SS	$\chi^2$	p
MR	Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar Değil	12	17,58	11,46	1,127	,771
		İlkokul	21	15,14	10,10		
		Ortaokul	6	13,33	12,16		
		Lise	11	16,27	8,81		
		Üniversite	-	-	-		
OTİZM	Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar Değil	8	18,25	14,53	6,405	,196
		İlkokul	22	12,82	11,39		
		Ortaokul	5	8,20	11,19		
		Lise	11	15,09	8,86		
		Üniversite	4	7,00	4,24		

Çocuğu MR tanısı alan annelerin depresyon düzeyleri “**Eğitim Düzeyi**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Eğitim düzeyine göre annelerin Beck Depresyon Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(3)=1,127$ ;  $p=,771$ ;  $p>0,05$ ].

Çocuğu Otizm tanısı alan annelerin depresyon düzeyleri “Eğitim Düzeyi” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Eğitim düzeyine göre annelerin Beck Depresyon Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(4)=6,405$ ;  $p=,196$ ;  $p>0,05$ ].

**Tablo 4.14 Çalışma Durumu Değişkenine Göre Beck Depresyon Ölçeği’nden Alınan Puanların Karşılaştırılması**

TANI	DEĞİŞKEN	F	$\bar{x}$	SS	U/ $x^2$	p	
MR	Çalışma Durumu	Çalışmıyor	43	15,91	10,55	,057	,812
		Kamu	-				
		Özel Sektör	7	14,86	8,21		
OTİZM	Çalışma Durumu	Çalışmıyor	46	12,57	10,51	1,228	,541
		Kamu	2	24,00	25,46		
		Özel Sektör	2	18,50	12,02		

Çocuğu MR tanısı alan annelerin depresyon düzeyleri “Çalışma Durumu” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Çalışma durumuna göre annelerin Beck Depresyon Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir ( $U=,057$ ;  $p=,812$ ;  $p>0,05$ ).

Çocuğu Otizm tanısı alan annelerin depresyon düzeyleri “Çalışma Durumu” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Çalışma durumuna göre annelerin Beck Depresyon Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(2)=1,228$ ;  $p=,541$ ;  $p>0,05$ ].

**Tablo 4.15 Medeni Durum Değişkenine Göre Beck Depresyon Ölçeği’nden Alınan Puanların Karşılaştırılması**

TANI	DEĞİŞKEN	F	$\bar{x}$	SS	$x^2$	p	
MR	Medeni Durum	Evli	44	16,23	10,53	,490	,783
		Bekar	3	12,67	1,53		
		Dul/Boşanmış	3	12,00	10,82		

TANI	DEĞİŞKEN	F	$\bar{x}$	SS	$x^2$	p	
OTİZM	Medeni Durum	Evli	45	13,64	11,54	,840	,657
		Bekar	1	14,00	.		
		Dul/Boşanmış	4	8,75	6,24		

Çocuğu MR tanısı alan annelerin depresyon düzeyleri “**Medeni Durum**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Medeni duruma göre annelerin Beck Depresyon Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(2)=,490$ ;  $p=,783$ ;  $p>0,05$ ].

Çocuğu Otizm tanısı alan annelerin depresyon düzeyleri “**Medeni Durum**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Medeni duruma göre annelerin Beck Depresyon Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(2)=,840$ ;  $p=,657$ ;  $p>0,05$ ].

**Tablo 4.16 Çocukların Özel Eğitim Alma Yılı Değişkenine Göre Beck Depresyon Ölçeği’nden Alınan Puanların Karşılaştırılması**

TANI	DEĞİŞKEN	F	$\bar{x}$	SS	$x^2$	p	
MR	Çocukların Özel Eğitim Alma Yılı	0-5 yıl	26	14,85	11,11	2,182	,536
		6-9 yıl	12	19,33	11,59		
		10-12 yıl	8	13,38	5,95		
		13 yıl ve fazlası	4	15,75	4,35		
OTİZM	Çocukların Özel Eğitim Alma Yılı	0-5 yıl	29	14,28	12,51	2,372	,499
		6-9 yıl	16	12,63	8,22		
		10-12 yıl	3	13,00	14,73		
		13 yıl ve fazlası	2	4,00	5,66		

Çocuğu MR tanısı alan annelerin depresyon düzeyleri “**Çocukların Özel Eğitim Alma Yılı**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Çocukların özel eğitim alma yılına göre annelerin Beck Depresyon Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(3)=2,182$ ;  $p=,536$ ;  $p>0,05$ ].

Çocuğu Otizm tanısı alan annelerin depresyon düzeyleri “**Çocukların Özel Eğitim Alma Yılı**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Çocukların özel eğitim alma yılına göre annelerin Beck Depresyon Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(3)=2,372$ ;  $p=,499$ ;  $p>0,05$ ].

**Tablo 4.17 Engelli Çocuğun Bakımı Esnasında Destek Alıyor Musunuz? Değişkenine Göre Beck Depresyon Ölçeği’nden Alınan Puanların Karşılaştırılması**

TANI	DEĞİŞKEN		F	$\bar{x}$	SS	U	p
MR	Engelli Çocuğun Bakımı Esnasında Destek Alıyor Musunuz?	Evet	10	14,70	9,53	193,5	,875
		Hayır	40	16,03	10,45		
OTİZM	Engelli Çocuğun Bakımı Esnasında Destek Alıyor Musunuz?	Evet	7	14,57	9,64	130,00	,566
		Hayır	43	13,05	11,44		

Çocuğu MR tanısı alan annelerin depresyon düzeyleri “**Engelli Çocuğun Bakımı Esnasında Destek Alıyor Musunuz?**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Engelli çocuğun bakımı esnasında destek alıp almama durumuna göre annelerin Beck Depresyon Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir (U=193,5;  $p=,875$ ;  $p>0,05$ ).

Çocuğu Otizm tanısı alan annelerin depresyon düzeyleri “**Engelli Çocuğun Bakımı Esnasında Destek Alıyor Musunuz?**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Engelli çocuğun bakımı esnasında destek alıp almama durumuna göre annelerin Beck Depresyon Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir (U=130;  $p=,566$ ;  $p>0,05$ ).

**Tablo 4.18 Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurusunuz Var Mı? Değişkenine Göre Beck Depresyon Ölçeği’nden Alınan Puanların Karşılaştırılması**

TANI	DEĞİŞKEN		F	$\bar{x}$	SS	U	p
MR	Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurusunuz Var Mı?	Evet	5	20,60	8,32	73,50	,207
		Hayır	45	15,22	10,31		

TANI	DEĞİŞKEN	F	$\bar{x}$	SS	U	p	
OTİZM	Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurusunuz Var Mı?	Evet	3	12,67	7,64	64,00	,790
		Hayır	47	13,30	11,37		

Çocuğu MR tanısı alan annelerin depresyon düzeyleri “**Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurusunuz Var Mı?**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurusu olup olmama durumuna göre annelerin Beck Depresyon Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir (U=73,5; p=,207; p>0,05).

Çocuğu Otizm tanısı alan annelerin depresyon düzeyleri “**Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurusunuz Var Mı?**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurusu olup olmama durumuna göre annelerin Beck Depresyon Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir (U=64; p=,790; p>0,05).

**Tablo 4.19 Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurunuz Varsa Aldığınız Tanı Nedir? Değişkenine Göre Beck Depresyon Ölçeği’nden Alınan Puanların Karşılaştırılması**

TANI	DEĞİŞKEN	F	$\bar{x}$	SS	U/x <sup>2</sup>	p	
MR	Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurunuz Varsa Aldığınız Tanı Nedir?	Kaygı Bozukluğu	1	18,00	-	3,200	,362
		Panik Atak	1	32,00	-		
		Depresyon	2	15,00	-		
		Öfke Kontrol Bozukluğu	1	23,00	-		
		Danışma Amaçlı Başvuru	-	-	-		
OTİZM	Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurunuz Varsa Aldığınız Tanı Nedir?	Kaygı Bozukluğu	-			1,00	1,00
		Panik Atak	-				
		Depresyon	1	11			
		Öfke Kontrol Bozukluğu	-				
		Danışma Amaçlı Başvuru	2	13,50	10,61		

Çocuğu MR tanısı alan annelerin depresyon düzeyleri **“Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurunuz Varsa Aldığınız Tanı Nedir?”** değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Alınan tanı durumuna göre annelerin Beck Depresyon Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(3)=3,200$ ;  $p=,362$ ;  $p>0,05$ ].

Çocuğu Otizm tanısı alan annelerin depresyon düzeyleri **“Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurunuz Varsa Aldığınız Tanı Nedir?”** değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Alınan tanı durumuna göre annelerin Beck Depresyon Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir ( $U=1,00$ ;  $p=1,00$ ;  $p>0,05$ ).

**Tablo 4.20 Halen Devam Eden Tedaviniz/Hastalığınız Var Mı? Değişkenine Göre Beck Depresyon Ölçeği’nden Alınan Puanların Karşılaştırılması**

TANI	DEĞİŞKEN		F	$\bar{x}$	SS	U	p
MR	Halen Devam Eden Tedaviniz/Hastalığınız Var Mı?	Evet	3	19,67	11,59	53,00	,474
		Hayır	47	15,51	10,18		
OTİZM	Halen Devam Eden Tedaviniz/Hastalığınız Var Mı?	Evet	2	10,50	,71	45,00	,882
		Hayır	48	13,38	11,35		

Çocuğu MR tanısı alan annelerin depresyon düzeyleri **“Halen Devam Eden Tedaviniz/Hastalığınız Var Mı?”** değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Devam eden tedavi/hastalık durumuna göre annelerin Beck Depresyon Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir ( $U=53,00$ ;  $p=,474$ ;  $p>0,05$ ).

Çocuğu Otizm tanısı alan annelerin depresyon düzeyleri **“Halen Devam Eden Tedaviniz/Hastalığınız Var Mı?”** değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Devam eden tedavi/hastalık durumuna göre annelerin Beck Depresyon Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir ( $U=45,00$ ;  $p=,882$ ;  $p>0,05$ ).



**4.3. Mental Retardasyon ve Otizm Tanısı Konulmuş Çocuğa Sahip Annelerin Demografik Değişkenlere Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması**

**Tablo 4.21 Yaş Değişkenine Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması**

TANI	DEĞİŞKEN	F	$\bar{x}$	SS	$\chi^2$	p
MR	25-35 yaş	11	48,00	8,16	,331	,954
	36-45 yaş	23	50,26	8,55		
	46-55 yaş	8	48,75	7,94		
	56 yaş ve fazlası	8	49,50	5,93		
Otizm	25-35 yaş	10	46,10	7,75	,474	,924
	36-45 yaş	21	47,14	11,35		
	46-55 yaş	10	48,50	10,30		
	56 yaş ve fazlası	9	48,89	9,51		

Çocuğu MR tanısı alan annelerin aleksitimi düzeyleri“Yaş” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Yaşa göre annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(3)=,33$ ;  $p=,954$ ;  $p>0,05$ ].

Çocuğu Otizm tanısı alan annelerin aleksitimi düzeyleri“Yaş” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Yaşa göre annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(3)=,474$ ;  $p=,924$ ;  $p>0,05$ ].

**Tablo 4.22 Ekonomik Durum Değişkenine Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması**

TANI	DEĞİŞKEN		F	$\bar{x}$	SS	$x^2$	p
MR	Ekonomik Durum	Düşük	8	48,63	10,34	1,062	,588
		Orta	38	49,92	7,59		
		Yüksek	4	46,00	4,55		
OTİZM	Ekonomik Durum	Düşük	9	53,11	11,98	3,734	,155
		Orta	38	46,05	9,27		
		Yüksek	3	49,33	8,50		

Çocuğu MR tanısı alan annelerin aleksitimi düzeyleri “**Ekonomik Durum**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Ekonomik Duruma göre annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(2)=1,062$ ;  $p=,588$ ;  $p>0,05$ ].

Çocuğu Otizm tanısı alan annelerin aleksitimi düzeyleri “**Ekonomik Durum**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Ekonomik Duruma göre annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(2)=3,734$ ;  $p=,155$ ;  $p>0,05$ ].

**Tablo 4.23 Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması**

TANI	DEĞİŞKEN		F	$\bar{x}$	SS	$x^2$	p
MR	Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar Değil	12	48,75	5,80	2,423	,489
		İlkokul	21	50,95	7,90		
		Ortaokul	6	47,33	11,31		
		Lise	11	48,27	8,06		
		Üniversite	-				
OTİZM	Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar Değil	8	48,88	10,25	6,666	,155
		İlkokul	22	50,86	9,78		
		Ortaokul	5	39,80	9,20		
		Lise	11	45,36	9,42		
		Üniversite	4	42,00	6,88		

Çocuğu MR tanısı alan annelerin aleksitimi düzeyleri “**Eğitim Düzeyi**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Eğitim düzeyine göre annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(3)=2,423$ ;  $p=,489$ ;  $p>0,05$ ].

Çocuğu Otizm tanısı alan annelerin aleksitimi düzeyleri “**Eğitim Düzeyi**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Eğitim düzeyine göre annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(4)=6,666$ ;  $p=,155$ ;  $p>0,05$ ].

**Tablo 4.24 Çalışma Durumu Değişkenine Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği’nden Alınan Puanların Karşılaştırılması**

TANI	DEĞİŞKEN	F	$\bar{x}$	SS	U/ $\chi^2$	p	
MR	Çalışma Durumu	Çalışmıyor	43	49,65	7,90	,298	,585
		Kamu	-				
		Özel Sektör	7	47,86	7,73		
OTİZM	Çalışma Durumu	Çalışmıyor	46	47,4130	10,22541	,118	,943
		Kamu	2	49,0000	8,48528		
		Özel Sektör	2	48,5000	7,77817		

Çocuğu MR tanısı alan annelerin aleksitimi düzeyleri “**Çalışma Durumu**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Çalışma durumuna göre annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir (U=,298;  $p=,585$ ;  $p>0,05$ ).

Çocuğu Otizm tanısı alan annelerin aleksitimi düzeyleri “**Çalışma Durumu**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Çalışma durumuna göre annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(2)=,118$ ;  $p=,943$ ;  $p>0,05$ ].

**Tablo 4.25 Medeni Durum Değişkenine Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması**

TANI	DEĞİŞKEN		F	$\bar{x}$	SS	$x^2$	p
MR	Medeni Durum	Evli	44	50,14	7,92	4,627	,099
		Bekar	3	46,33	5,51		
		Dul/Boşanmış	3	41,67	2,52		
OTİZM	Medeni Durum	Evli	45	47,73	10,22	,592	,744
		Bekar	1	50,00	.		
		Dul/Boşanmış	4	44,50	8,19		

Çocuğu MR tanısı alan annelerin aleksitimi düzeyleri “**Medeni Durum**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Medeni duruma göre annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(2)=4,627$ ;  $p=,099$ ;  $p>0,05$ ].

Çocuğu Otizm tanısı alan annelerin aleksitimi düzeyleri “**Medeni Durum**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Medeni duruma göre annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(2)=,592$ ;  $p=,744$ ;  $p>0,05$ ].

**Tablo 4.26 Çocukların Özel Eğitim Alma Yılı Değişkenine Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması**

TANI	DEĞİŞKEN		F	$\bar{x}$	SS	$x^2$	p
MR	Çocukların Özel Eğitim Alma Yılı	0-5 yıl	26	48,42	8,24	3,131	,372
		6-9 yıl	12	52,42	6,69		
		10-12 yıl	8	49,63	7,52		
		13 yıl ve fazlası	4	46,25	8,96		
OTİZM	Çocukların Özel Eğitim Alma Yılı	0-5 yıl	29	47,79	9,79	4,344	,227
		6-9 yıl	16	48,56	10,16		
		10-12 yıl	3	48,67	9,61		
		13 yıl ve fazlası	2	33,50	3,54		

Çocuğu MR tanısı alan annelerin aleksitimi düzeyleri“**Çocukların Özel Eğitim Alma Yılı**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Çocukların özel eğitim alma yılına göre annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(3)=3,131$ ;  $p=,372$ ;  $p>0,05$ ].

Çocuğu Otizm tanısı alan annelerin aleksitimi düzeyleri“**Çocukların Özel Eğitim Alma Yılı**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Çocukların özel eğitim alma yılına göre annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(3)=4,344$ ;  $p=,227$ ;  $p>0,05$ ].

**Tablo 4.27 Engelli Çocuğun Bakımı Esnasında Destek Alıyor Musunuz? Değişkenine Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği’nden Alınan Puanların Karşılaştırılması**

TANI	DEĞİŞKEN		F	$\bar{x}$	SS	U	p
MR	Engelli Çocuğun Bakımı Esnasında Destek Alıyor Musunuz?	Evet	10	47,60	9,06	179,50	,619
		Hayır	40	49,85	7,55		
OTİZM	Engelli Çocuğun Bakımı Esnasında Destek Alıyor Musunuz?	Evet	7	51,43	9,76	114,00	,307
		Hayır	43	46,88	9,94		

Çocuğu MR tanısı alan annelerin aleksitimi düzeyleri“**Engelli Çocuğun Bakımı Esnasında Destek Alıyor Musunuz?**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Engelli çocuğun bakımı esnasında destek alıp almama durumuna göre annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir (U=179,5;  $p=,619$ ;  $p>0,05$ ).

Çocuğu Otizm tanısı alan annelerin aleksitimi düzeyleri“**Engelli Çocuğun Bakımı Esnasında Destek Alıyor Musunuz?**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Engelli çocuğun bakımı esnasında destek alıp almama durumuna göre annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir (U=114,00;  $p=,307$ ;  $p>0,05$ ).

**Tablo 4.28 Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurusunuz Var Mı? Değişkenine Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması**

TANI	DEĞİŞKEN	F	$\bar{x}$	SS	U	p	
MR	Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurusunuz Var Mı?	Evet	5	55,40	6,58	58,50	,080
		Hayır	45	48,73	7,73		
OTİZM	Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurusunuz Var Mı?	Evet	3	45,67	11,24	61,00	,698
		Hayır	47	47,64	9,98		

Çocuğu MR tanısı alan annelerin aleksitimi düzeyleri“**Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurusunuz Var Mı?**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurusu olup olmama durumuna göre annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir (U=58,5; p=,080; p>0,05).

Çocuğu Otizm tanısı alan annelerin aleksitimi düzeyleri“**Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurusunuz Var Mı?**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurusu olup olmama durumuna göre annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir (U=61,00; p=,698; p>0,05).

**Tablo 4.29 Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurusunuz Varsa Aldığınız Tanı Nedir? Değişkenine Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması**

TANI	DEĞİŞKEN	F	$\bar{x}$	SS	U/x <sup>2</sup>	p	
MR	Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurusunuz Varsa Aldığınız Tanı Nedir?	Kaygı Bozukluğu	1	63	-	3,80	,284
		Panik Atak	1	55	-		
		Depresyon	2	49	1,41		
		Öfke Kontrol Bozukluğu	1	61	-		

TANI	DEĞİŞKEN		F	$\bar{x}$	SS	U/x <sup>2</sup>	p
Otizm	Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurunuz Varsa Aldığınız Tanı Nedir?	Depresyon	1	58,00	-	,000	,221
		Danışma Amaçlı Başvuru	2	39,50	,95		

Çocuğu MR tanısı alan annelerin aleksitimi düzeyleri“**Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurunuz Varsa Aldığınız Tanı Nedir?**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Alınan tanı durumuna göre annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir [ $\chi^2(3)=3,200$ ;  $p=,362$ ;  $p>0,05$ ].

Çocuğu Otizm tanısı alan annelerin aleksitimi düzeyleri“**Geçmişte Psikolog/Psikiyatrist Başvurunuz Varsa Aldığınız Tanı Nedir?**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Alınan tanı durumuna göre annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir (U=,000;  $p=,221$ ;  $p>0,05$ ).

**Tablo 4.30 Halen Devam Eden Tedaviniz/Hastalığınız Var Mı? Değişkenine Göre Toronto Aleksitimi Ölçeği’nden Alınan Puanların Karşılaştırılması**

TANI	DEĞİŞKEN		F	$\bar{x}$	SS	U	p
MR	Halen Devam Eden Tedaviniz/Hastalığınız Var Mı?	Evet	3	56,00	6,56	32,50	,120
		Hayır	47	48,98	7,77		
OTİZM	Halen Devam Eden Tedaviniz/Hastalığınız Var Mı?	Evet	2	52,50	7,78	33,00	,457
		Hayır	48	47,31	10,03		

Çocuğu MR tanısı alan annelerin aleksitimi düzeyleri“**Halen Devam Eden Tedaviniz/Hastalığınız Var Mı?**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Devam eden tedavi/hastalık durumuna göre annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir (U=53,00;  $p=,474$ ;  $p>0,05$ ).

Çocuğu Otizm tanısı alan annelerin aleksitimi düzeyleri“**Halen Devam Eden Tedaviniz/Hastalığınız Var Mı?**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile

incelenmiştir. Devam eden tedavi/hastalık durumuna göre annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden aldıkları puanların anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir (U=45,00; p=,882; p>0,05).

#### 4.4. Mental Retarde ve Otizm Tanısı Konulmuş Çocuğa Sahip Annelerin Depresyon Düzeyleri Arasındaki Farkın Karşılaştırılması

Tablo 4.31 Mental Retarde ve Otizm Tanısı Konulmuş Çocuğa Sahip Annelerin Depresyon Düzeyleri Arasındaki Farkın Karşılaştırılması

Değişken	Tanı	F	$\bar{x}$	SS	U	p
Depresyon Düzeyi	MR	50	13,76	10,19	1027,5	,125
	Otizm	50	13,26	11,13		

MR tanısı almış çocukların anneleri ile Otizm tanısı almış çocukların anneleri arasında “*depresyon düzeyi*” açısından anlamlı farklılığın incelenmesi için “*Mann Whitney U*” testi yapılmıştır. Bu iki grubun puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (U=1027,5; p=,125; p>0,05). “Descriptive” verilerine göre MR tanısı almış çocukların annelerinin depresyon ortalamasının 13,76 olduğu ve hafif düzeyde depresyon belirtileri gösterdikleri belirlenmiştir. Otizm tanısı almış çocukların annelerin depresyon ortalamasının 13,26 olduğu ve hafif düzeyde depresyon belirtileri gösterdikleri belirlenmiştir.



#### 4.5. Mental Retarde ve Otizm Tanısı Konulmuş Çocuğa Sahip Annelerin Aleksitimi Düzeyleri Arasındaki Farkın Karşılaştırılması

Tablo 4.32 Mental Retarde ve Otizm Tanısı Konulmuş Çocuğa Sahip Annelerin Aleksitimi Düzeyleri Arasındaki Farkın Karşılaştırılması

Değişken	Tanı	F	$\bar{x}$	SS	U	p
Aleksitimi Düzeyi	MR	50	49,40	7,83	1114	,348
	Otizm	50	47,52	9,94		

MR tanısı almış çocukların anneleri ile Otizm tanısı almış çocukların anneleri arasında “*aleksitimi düzeyi*” açısından anlamlı farklılığın incelenmesi için “*Mann Whitney U*” testi yapılmıştır. Bu iki grubun puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (U=1114; p=,348; p>0,05). “Descriptive” verilerine göre MR tanısı almış çocukların annelerinin aleksitimi ortalamasının 49,40 olduğu, Otizm tanısı almış çocukların annelerin aleksitimi ortalamasının 47,52 olduğu ve 61 kesme puanının altında kaldığı belirlenmiştir.

MR tanısı konulmuş çocuğa sahip annelerden 4 kişinin Toronto Aleksitimi Ölçeği’nden 61 ve üzeri puan alarak aleksitimik özellikler gösterdiği belirlenmiştir. Yine aynı şekilde otizm tanısı konulmuş çocuğa sahip annelerden 4 kişinin Toronto Aleksitimi Ölçeği’nden 61 ve üzeri puan alarak aleksitimik özellikler gösterdiği belirlenmiştir.

## BÖLÜM V

### TARTIŞMA, KISITLILIKLAR VE ÖNERİLER

Yaş değişkenine göre çocuğu MR tanısı alan anneler ile otizm tanısı alanların annelerinin depresyon düzeylerinin farklılaşmadığı belirlenmiştir. Ergin ve arkadaşları (2007) ile Aydın (2016) araştırmasında annenin yaşının depresyon düzeylerini belirleyici olmadığını belirlemiştir. Freidrich ve arkadaşları (1985; Akt. Aydın, 2016) ise engelli çocuğa sahip annelerin zaman içerisinde depresyon düzeylerinin arttığını bildirmiştir. Ergin ve arkadaşlarının (2007) ile Aydın (2016)'ın yaş değişkenine göre annelerin depresyon düzeyi bulguları, araştırmamızda elde edilen bulgularla benzerlik göstermektedir.

Ekonomik durum değişkenine göre çocuğu MR tanısı alan anneler ile otizm tanısı alanların annelerinin depresyon düzeylerinin farklılaşmadığı belirlenmiştir. Aydın (2016) tarafından yürütülen araştırmada ekonomik duruma göre annelerin depresyon düzeylerinin farklı olmadığını bildirmiştir. Bu çalışma, araştırmamızda elde edilen bulgularla benzerlik göstermektedir. Pelchat ve arkadaşları (1999) engelli çocuğa sahip ailelerde ekonomik yapısının engelli çocuğa yardımı zorlaştırabildiğini belirtmektedir. Düşük ekonomik gelire sahip olan aileler, çocuklarının eğitim ve tıbbi bakım ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanabilirler. Araştırmamızda MR ve Otizm tanısı alan çocukların annelerinin daha çok orta düzeyde ekonomik gelire sahip oldukları dikkate alındığında, çocuklarının bakım ve eğitim ihtiyaçlarını karşılayabildikleri düşünülebilir. Bu durumda ekonomik durum değişkenine göre depresyon düzeylerinin farklılaşmamasının açıklayıcısı olabilir.

Eğitim düzeyi değişkenine göre çocuğu MR tanısı alan anneler ile otizm tanısı alanların annelerinin depresyon düzeylerinin farklılaşmadığı belirlenmiştir. Ergin ve arkadaşları (2007), Şahin (2015) ve Aydın (2016) tarafından yürütülen araştırmada eğitim düzeyi göre annelerin depresyon düzeylerinin farklı olmadığını bildirmiştir. Bu çalışma, araştırmamızda elde edilen bulgularla benzerlik göstermektedir. Yapılan araştırmalarda engelli çocuğa sahip annelerin eğitim düzeylerinin çoğunlukla düşük

olduğu belirlenmiştir (Şen, 2004; zsoy, zkahraman ve allı, 2006). Araştırmamızda da çocuğu MR tanısı alan annelerde niversite mezunu olmadığı daha çok ilkokul mezunu oldukları belirlenmiştir. Otizm tanısı olan çocuğa sahip annelerin ise yine aynı şekilde ilkokul mezunu oldukları göze çarpmaktadır.

Medeni durum değişkenine göre çocuğu MR tanısı alan anneler ile otizm tanısı alanların annelerinin depresyon düzeylerinin farklılaşmadığı belirlenmiştir. şahin (2015) araştırmasında boşanmış annelerin evli olanlara göre depresyon düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Altıntaş (2011) ise araştırmasında otizimli çocuğa sahip olan ebeveynlerin, sağlıklı çocuğa sahip olanlara göre evliliklerinden daha az doyum aldıklarını saptamıştır. Araştırmamızda elde edilen bulgu ise medeni duruma göre depresyon düzeylerinin farklılaşmadığı yönündedir. Bu durum ise araştırmaya katılan annelerin boşanmış ve evli olanların oranlarının eşit olmaması ile açıklanabilir.

Çocukların zel eğitim alma yılı değişkenine göre çocuğu MR tanısı alan anneler ile otizm tanısı alanların annelerinin depresyon düzeylerinin farklılaşmadığı belirlenmiştir. Aydın (2016) araştırmasında çocukların özel eğitim alma yılı değişkenine göre depresyon düzeylerinin farklılaşmadığını tespit etmiştir. Bu alışma, araştırmamızda elde edilen bulgularla benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda 0-5 yıl arasında özel eğitim alan çocuklara sahip annelerin örneklemin büyük bir kısmını oluşturduğu görülmektedir. 0-5 yıl arası özel eğitim alan MR tanısı alan çocukların annelerinin depresyon düzeyleri diğer 5 yıldan fazla özel eğitim alan (10-12 yıl hariç) annelere göre düşük olsa da aradaki fark anlamlı değildir. Otizm tanısı alıp da 0-5 yıl arası özel eğitim alan çocukların annelerinin depresyon düzeyleri ise 5 yıldan fazla özel eğitim alan çocukların annelerine göre daha yüksek olsa da aradaki fark anlamlı değildir.

Engelli ocuğun bakımı esnasında destek alınıp alınmadığı değişkenine göre çocuğu MR tanısı alan anneler ile otizm tanısı alanların annelerinin depresyon düzeylerinin farklılaşmadığı belirlenmiştir. Aydın (2016) araştırmasında çocuğun bakımında destek alma değişkenine göre depresyon düzeylerinin farklılaşmadığını tespit etmiştir. Bu alışma, araştırmamızda elde edilen bulgularla benzerlik göstermektedir.

Sencar (2007) araştırmasında engelli çocuğa sahip anne ve babalarda çocuğun bakımı için destek alacak birilerine bulamadıklarını ve en büyük desteğin eşler olduğunu bildirmiştir. Barakat ve Linney (1992) yaptıkları çalışmada engelli çocuğun bakımı esnasında gösterilen sosyal desteğin, annelerin psikolojik uyumunu artırdığını saptamışlardır. Örnekleme oluşturan annelerin büyük bir kısmının çalışmadığı dikkate alındığında engelli çocuğun bakımı esnasında destek göremeyen annelerin, bu desteğe ihtiyaç duymadıkları ve çocuğunun bakım sorumluluklarını yerine getirebildikleri düşünülebilir.

Geçmişte psikolog/psikiyatrist başvurusu olup olmadığı değişkenine göre çocuğu MR tanısı alan anneler ile otizm tanısı alanların annelerinin depresyon düzeylerinin farklılaşmadığı belirlenmiştir. Çandır (2015) araştırmasında down sendromu ve otizmi bulunan çocukların psikiyatrik öykü bulunanların annelerinin %68’inde psikiyatrik öykünün olduğunu belirlemiştir. Araştırmamızda ise örneklemin genelinin %92’sinin geçmişte psikolog/psikiyatrist başvurusu olmadığı tespit edilmiştir. Annelerin ihtiyaçlarına rağmen psikolojik yardımı yeterince alamamaları ya da sağlıklı yönlendirmelerin profesyonel kişiler tarafından yapılmadığı düşünülebilir. Çocuklarının bakımı konusunda kendilerini sorumlu hisseden annelerin, bu konuda desteklenmesi son derece önemlidir.

Yaş değişkenine göre çocuğu MR tanısı alan anneler ile otizm tanısı alanların annelerinin aleksitimi düzeylerinin farklılaşmadığı belirlenmiştir. Aygen (2011) tarafından yapılan çalışmada annelerin yaş değişkenine göre aleksitimi düzeylerinin farklılık göstermediği belirlenmiştir. Paulson (1985; Akt. Aygen, 2011), Krystal ve arkadaşları (1986; Akt. Aygen, 2011) ile Bağcı (2008)’de araştırmasında yaş değişkenine göre aleksitimi düzeyinin farklılık göstermediğini belirlemiştir. Araştırmamızda benzer sonuçlar tespit edilmiştir.

Ekonomik durum değişkenine göre çocuğu MR tanısı alan anneler ile otizm tanısı alanların annelerinin aleksitimi düzeylerinin farklılaşmadığı belirlenmiştir. Paulson (1985), Martin ve Pihl (1986) ile Aygen (2011) tarafından yapılan çalışmada ise gelir düzeyi değişkenine göre aleksitimi düzeylerinin farklılık göstermediği

belirlenmiştir (Akt. Aygen, 2011). Bu sonuçlar ile araştırmamızda elde edilen sonuç benzerlik göstermektedir. Çevresel etkenlerin bireyin aleksitimi düzeyine etkisinin incelendiği araştırmada, ekonomik geliri ve yaşam şartları düşük olanların, yüksek ekonomik gelire sahip ve yaşam şartları daha iyi olan bireylere göre aleksitimik düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Lesser, 1985; Akt. Aygen, 2011). Araştırmamızda örneklemin kısıtlı bir çevreden seçildiği ve genelde aynı ekonomik duruma sahip olduğu düşünüldüğünde Lesser'in bahsettiği farklı yaşam standartlarının görülmeyeceği ve aleksitimi düzeylerinde farklılaşma yaşanmayacağı düşünülebilir.

Eğitim düzeyi değişkenine göre çocuğu MR tanısı alan anneler ile otizm tanısı alanların annelerinin aleksitimi düzeylerinin farklılaşmadığı belirlenmiştir. Aygen (2011) tarafından yapılan araştırmada annelerin eğitim düzeyi değişkenine göre aleksitimi düzeylerinin farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bu sonuç ile araştırmamızda elde edilen sonuç benzerlik göstermektedir. Farklı örneklemler üzerinde yapılan araştırmalarda eğitim düzeyi düşük olanların aleksitimi düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Türk, 1992; Durak-Batıgün ve Büyükşahin, 2008; Ateş vd., 2009). Elde edilen bu bilgilerin ise sonuçlarımızla benzerlik göstermemektedir. Bu durum annelerin benzer eğitim düzeyinde olmaları ile açıklanabilir.

Çalışma durumu değişkenine göre çocuğu MR tanısı alan anneler ile otizm tanısı alanların annelerinin aleksitimi düzeylerinin farklılaşmadığı belirlenmiştir. Yemez (1991) tarafından yapılan araştırmada çalışmayan kadınlarda aleksitimik özelliklerin daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Aygen (2011) tarafından yapılan araştırmada annelerin herhangi bir işte çalışıp çalışmama değişkenine göre aleksitimi düzeylerinin farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bu sonuç ile araştırmamızda elde edilen sonuç benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda MR ve otizm tanılı çocuğa sahip olan annelerin, çocuklarının bakımı için eğitim seviyesi ne olursa olsun çalışmadığı düşünüldüğünde, çalışan ve çalışmayan grup arasındaki aleksitimi düzeyindeki farklılığın olmamasıyla açıklanabilir.

Çocukların özel eğitim alma yılı değişkenine göre çocuğu MR tanısı alan anneler ile otizm tanısı alanların annelerinin aleksitimi düzeylerinin farklılaşmadığı

belirlenmiştir. Aygen (2011) tarafından yapılan araştırmada otizmlı çocuğu 7 ve üstündeki yaşlarda özel eğitime başlayan annelerin, daha erken özel eğitimden faydalanmaya başlayan çocukların annelerine göre aleksitimi düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda özel eğitime yeni başlayan kişiler ile uzun süredir özel eğitim alan kişilerin annelerinde aleksitimi düzeyleri arasında bir fark belirlenmemiştir. Bu bulgu otizmlı ve MR tanısı alan çocukların engel derecesinin yüksek olmaması ve davranış problemlerinin azlığı ile açıklanabilir. Bu durum aleksitiminin belirtileri arasında düşünüldüğünde çıkan sonucun açıklayıcısı olarak düşünülebilir.

MR tanısı almış çocukların anneleri ile Otizm tanısı almış çocukların anneleri arasındaki depresyon düzeyinin iki grup arasında farklı olmadığı belirlenmiştir. MR tanısı almış çocukların annelerinin depresyon ortalamasının 13,76 olduğu ve hafif düzeyde depresyon belirtileri gösterdikleri belirlenmiştir. Otizm tanısı almış çocukların annelerin depresyon ortalamasının 13,26 olduğu ve hafif düzeyde depresyon belirtileri gösterdikleri belirlenmiştir. Uğuz ve arkadaşları (2004) ile Aydın (2016) tarafından yapılan araştırmada, zihinsel engelli ve otizmlı çocuğa sahip olan annelerin depresyon düzeylerinin farklılaşmadığı belirlenmiştir. Fırat (2000) araştırmasında otizmlı çocuğa sahip annelerin, zihinsel engelli çocuğa sahip annelere göre daha fazla depresif duygu durumu içerisinde olduğunu belirlemiştir. Mental retardasyon ve otizmlı çocuğa sahip annelerin depresyon düzeylerinin farklılaşmaması, annelerin benzer sorunlar yaşaması olarak gösterilmektedir. Bu durumda çocuğun engel türünden ziyade annelerin, yaşadıkları sorunlar ön plana çıkmaktadır (Çengelci, 2009).

MR tanısı almış çocukların anneleri ile Otizm tanısı almış çocukların anneleri arasındaki aleksitimi düzeyinin iki grup arasında farklı olmadığı belirlenmiştir. MR tanısı almış çocukların annelerinin aleksitimi ortalamasının 49,40 olduğu, Otizm tanısı almış çocukların annelerin aleksitimi ortalamasının 47,52 olduğu ve 61 kesme puanının altında kaldığı belirlenmiştir. Fırat (2000) ile Fırat ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan araştırmada otizmlı ve zihinsel engelli çocuklara sahip annelerin aleksitimi düzeylerinin farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Bulgular, araştırmamızdaki bulgularla benzerlik göstermektedir. Al-Eithan, Al Juban ve Robert (2012) tarafından zihinsel

engelli ve otizmli çocuğa sahip olan Arap anneler üzerinde yapılan araştırmada, engelli çocuğa sahip annelerin duyguları ifade etmede sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Bu durum çocukların anneleri engellemesi ve yaşanan stres durumuyla açıklanmaktadır. Fırat ve arkadaşları (2002), annelerin aleksitimi düzeylerinin farklılaşmamasının sebebi olarak, annelerin aile işlevselliklerinin ve annelerin engel türlerine göre aldıkları eğitimin benzer düzeyde olmasından kaynaklanabileceğini belirtmiştir.

### **Kısıtlılıklar ve Öneriler:**

- Örneklemini sınırlı sayıda mental retarde ve otizm tanısı almış kişilerin anneleri oluşturmaktadır. Örneklem belirli bir kemsini temsil ettiğinden sonuçlar genellenemez. Ülkenin her bölgesinden daha geniş örneklemlerle çalışmaları yapılarak, sonuçlar genellenebilir.

- Aleksitimi ve depresyon düzeyleri ölçeklerle tespit edilmeye çalışılmıştır. Bundan sonra yapılacak araştırmalarda bireysel görüşmeler yapılabilir. Böylelikle daha güvenilir sonuçlar elde edilebilir.

- Sosyokültürel özelliklere göre örneklemini oluşturan annelerin dengeli dağılmadığı görülmektedir. İleride yapılacak olan araştırmalarda, çalışma durumuna göre depresyon ve aleksitimi düzeylerinin karşılaştırılmasında bu dengeye dikkat edilebilir.

- Engelli ailelerine bireysel hizmetin yanı sıra grupla rehberlik kapsamında problemle başa çıkma becerileri ve aile içi iletişimi konu alan eğitimleri verilebilir.

- Eşlerin engelli çocuğa bakımı sırasında birbirlerine destek olmasını konu alan, engelli çocuğun bakımında ailenin önemini anlatan bilgilendirme toplantıları yapılabilir.

- Duygu ifadesini güçlendiren çalışmalar yapılabilir.

- 100 annede depresyon olmasına rağmen annelerin %92'sinin hiç ruh sağlığı profesyoneline başvurmadığı belirlenmiştir. Annelere sunulan sosyal ve fiziksel

desteğin yanında psikolojik desteğin çok önemli olduğu düşünölmektedir. Annelerin hem bakım veren konumunun dikkate alınarak, çocuklar konusunda danışmanlık verilmesi ve kendi ruh sağlıklarını korumaya yönelik oluşabilecek depresyon ve anksiyete gibi hastalıkların iyileştirilmesi için, çeşitli merkezlerde psikolojik destek hizmetlerinin sunulmasının faydalı olabilir.





## KAYNAKÇA

Akalm, S., Cimili, C. ve Kuzhan, E., 2002, “Depresyon, pratisyen hekimler ve depresyon eğitimi.” Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 11(2):ss.8-62.

Aktay, M., 2014, Üniversite Öğrencilerinde Aleksitimi ve Depresyonun Yordayıcısı Olarak Bağlanma Stilleri, Yüksek Lisans Tezi, Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Al – Eithan, M., Al Juban, H. and Robert. A.A., 2012, “Alexithymia among arab mothers of disabled children and its correlation with mood disorders.” Saudi Med J, 33(9):pp.995-1000.

Alper, Y., Bütün Yönleriyle Depresyon, Gendaş Yayınları, İstanbul, 1999.

Altıntaş, B., 2011, Trabzon il merkezinde otizm tanısı ile eğitim gören çocukların ailelerinde stres, tükenmişlik düzeyi ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, “bakıda”).

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı’ndan, (2013). (Çev. Köroğlu, E.): Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Aral, N. ve Gürsoy, F., Özel Eğitim Gerektiren Çocuklar ve Özel Eğitime Giriş, Morpa, İstanbul, 2009.

Ataman, A., Özel Eğitime Muhtaç Olmanın Nedenleri, Özel Eğitime Giriş, Gündüz Eğitim Yayıncılık, Ankara, 2003.

Ateş, M. A., Algül, A., Gülsün, M., Geçici, Ö., Özdemir, B., Başoğlu, C., Semiz, Ü. B., Ebrinç, S. ve Çetin, M., 2009, “Antisosyal Kişilik Bozukluğu Olan Genç

Erkeklerde Aleksitimi, Saldırganlık ve psikopati ilişkisi.” Nöropsikiyatri Arşivi, 46:ss.135-139.

Aydın, Ş., 2016, Fiziksel Ve/ Veya Zihinsel Engelli Çocuk Annelerinin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Aygen, S., 2011, Otizm Tanısı Almış Çocuk Ve Ergenlerin Annelerinde Aleksitimi Düzeyinin Yordanması, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Bagenholm, A. and Gillberg, C., 1991, “Psychosocial effects on siblings of children with autism and mental retardation: a population- based study.” J Ment Defic Res, 35:pp.291-307.

Bağcı, T., 2008, Üniversite Öğrencilerinin Aleksitimi Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi (Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Barakat, L. P. and Linney, J. A., 1992, “Children with physical handicaps and their mothers: The interrelation of social support, maternal adjustment, and child adjustment”. J Pediatr Psychol, 17:pp.725-739.

Baron-Cohen, S. and Hammer, J., 1997, “Parents of children with Asperger syndrome: What is the cognitive phenotype?” Journal of Cognitive Neuroscience, 9:pp.548–554.

Bayraktutan, M., 2014, Sosyal Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda Empati Becerisi, Aleksitimi, Depresyon, Anksiyete Düzeyleri İle Sempatik Deri Yanıtı İlişkisi ve Tıbbi Tedavinin Etkileri, Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı.

Beck, A. T. and Alford, B.A., Depression: Causes and treatments. University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 2009.

Beck, A. T., 2008, "The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates." Am J Psychiatry, 165(8):pp.969-977.

Bishop, D. et al., 2004, "Using self-report to identify the broad phenotype in parents of children with autistic spectrum disorders: a study using the Autism-Spectrum Quotient." Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45(8):pp.1431-1436.

Blanchard, B.E., Arena, J.G. and Pallmeyer, J.P., 1981, "Psychosometrik Properties Of a Scale to Measure Alexithymia" Psychother Psychosom, 35:pp.67-71.

Budak, S., Psikoloji sözlüğü, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara, 2000.

Burt, S. and Perlis, L. Rehber Anne Babalar, (Çev. Akbaş, F. C.) Hayat Yayıncılık, İstanbul, 2003 (Orijinali 1999).

Büyükşahin, A. ve Batıgün, A., 2008, "Aleksitimi: Psikolojik Belirtiler ve Bağlanma Stilleri" Klinik Psikiyatri, 11:pp.105-114.

Cavkaytar, A. ve Diken, İ. H., Özel Eğitime Giriş, Kök Yayıncılık, Ankara, 2005.

Charney, D.S., Nestler, E.J. and Bunn, B.S., Neurobiology of Mental İllness 1999, 1.baskı, Oxford University Press, 1999.

Cimilli, C., 2001, "Depresyonda Sosyal ve Kültürel Etmenler." Duygudurum Dizisi, Sayı:4.

Cirhinlioğlu, F.G., Çocuk ruh sağlığı ve gelişimi, Nobel Yayıncılık, Ankara, 2001.

Çağlar, D., 1979, “1979 Çocuk yılında özel eğitimde eğitilebilir geri zekalı çocuklar.” Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, ss. 213- 231.

Çakmak, M., 2008, “Amerika Birleşik Devletleri’ndeki Engelli Tanımı Hakkında Bir İnceleme.” Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, ss.52-62.

Çandır, G., 2015, 4-24 Yaş Arası Otizm Spektrum Bozukluğu Ve Down Sendromu Tanısı Alan Çocukların Annelerinde Depresyon, Anksiyete, Stres Ve Baş Etme Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Çengelci, B., 2009, Otizm ve Down Sendrom’lu Çocuğa Sahip Annelerin Kaygı, Umutsuzluk ve Tükenmişlik Duygularının Karşılaştırılması, Ege Eğitim Dergisi, 10 (2):ss.1–221

Çiftçi, H., 2007, Zihinsel engelli çocuklara renk kavramını kazandırmada eş zamanlı ipucuyla öğretimin bireysel ve grup eğitimindeki etkisinin karşılaştırılması, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Gazi Üniversitesi, “bakıda”.

Darıca, N., Arıboğan, Ü. ve Gümüşçü, Ş., Otizm ve Otistik Çocuklar, Özgür Yayınları, Ankara, 2005.

Dawson, G. et al., 2002, “Defining the broader phenotype of autism: genetic, brain and behavioral perspectives.” Development and psychopathology, 14:pp.581-611.

De Sousa, A., 2010, “ Mother of children with developmental disabilities: An analysis of psychopathology.” Journal of Pakistan Psychiatric Society, 7(2):pp.84-90.

Dennis, J., Pediatric Rehabilitation. Philadelphia: Comp. Hanley and Beljus,Inc, 1999.

Dereboy, I.F., 1990, Aleksitimi Özbildirim Ölçeklerinin Psikometrik Özellikleri Üzerine Bir Çalışma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (Yayınlanmamış uzmanlık tezi).”bakıda”

Direk, N., 2008, Miyofasiyal Ağrı Sendromu Hastalarında Kişilik Bozukluğu, Öfke Ve Aleksitimi, İstanbul Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı (Yayımlanmamış uzmanlık tezi) “bakıda”

Durak-Batgün, A. ve Büyükşahin, A., 2008, “Aleksitimi: Psikolojik Belirtiler ve Bağlanma Stilleri.” Klinik Psikiyatri, 11:ss.105-114.

Ebert, H.M. et al., Psikiyatri Tanı ve Tedavi, (Çev. Birsöz, S. ve Karaman, T.), Güneş Kitabevi, Ankara, 2003.

Ellis, A., 1994, Reason And Emotion In Psychotherapy Revised, New York: Kensington, 1994.

Epözdemir, H., 2012, “Aleksitimi: Psikolojik Bir Semptom Mu, Yoksa Bir Kişilik Özelliği Mi?” Türk Psikoloji Yazıları, 15(30): 25-33.

Erdim, L. Ünal, S. ve Bozkurt, G., 2015, “Psikiyatrik hastalığı olan ebeveynle yaşamının çocuklar üzerine etkisi.” Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2(2):ss.233-240.

Ergin D., Eryılmaz N. , Pekuslu S. , Şen N., Kayacı M. 2007, “Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Depresyon Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi” Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10: 1.

Eripek, S., Zihinsel Engelli Çocuklar. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1996.

Eripek, S., Zeka Geriliği, Kök Yayıncılık, Ankara, 2005.

Erol Adaklı, S. 2013, Otizm Tanısı Almış Ve Almamış Kişilerde Duygu İfadelerine İlişkin Çalışma Belleği Ve Duygu İfadelerinin Anlamlandırılması, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Faryna, A., Rodenhauser, P. and Torem, M., 1986, "Development of an Analog Alexithymia Scale." *Psychoter Psychosom.* 45:pp.201- 206.

Fazlıoğlu Özlü, Y., 2004, Duyusal Entegrasyon Programının Otizmli Çocuklarda Görülen Duyusal ve Davranış Problemleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü.

Fırat, S., 2000, Otistik ve zihinsel özürlü çocukların annelerinde kaygı, depresyon, aleksitimi ve genel psikolojik değerlendirilme, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Fırat, S., Diler, R. S., Avcı, A. ve Şeydaoğlu, G., 2002, "Comparison of psychopathology in the mothers of autistic and mentally retarded children." *J Korean Med Sci*, 17(5):pp.679-85.

Frey, K. S., Greenberg, M. T. and Fewell, R. R., 1989, "Stres and coping among parents of handicapped children: A multidimensional approach." *Am J Ment Retard*, 94:pp.240-249.

Freyberger, H., 1977, "Supportive Psycho Therapeutic Techniques in Primary and Secondary Alexithymia." *Psychotherapy Psychosomatic*, 28:pp.337-342.

Friedman, E. S. et al., *Handbook of Depression*, Springer, London, 2009.

Gardner, H., 1997, "Multiple intelligences as a partner in school improvement." *Educational Leadership*, 55(1):pp.20-21.

Geçtan, E., Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar, Metis Yayınları, . İstanbul, 2006.

Goleman, D., Emotional İntelligence (why it can matter more than IQ), (Çev. Yüksel, B. S.), Varlık Yayınları, İstanbul, 1995.

Güleç, C. and Küey, L., 1989, “Türkiye'de 1980'lerde Depresyon Epidemiyolojik ve Klinik Yaklaşımlar.” Nöro-Psikiyatri Arşivi, 26(17-28).

Güleç, C., Psikiyatri'nin ABC'si, 2. Baskı, Say Yayınları, İstanbul, 2009.

Güleç, H. K. vd., 2009, “Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20).”, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 19:pp.214-20.

Gündoğdu, F.B., 1995, Otistik ve normal çocuğu olan ana-babaların evlilik uyumlarını algılamaları ve bazı değişkenler bakımından karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Güneş, A., Otizm ve Otistik Çocukların Eğitimi, İlya Yayınları, İzmir, 2006.

Gürün, O. A., Psikoloji Sözlüğü, İnkılap Kitapevi, İstanbul, 1998.

Heller, T. Hsieh, K. and Rowitz, L., 1997, “Maternal and Paternal Caregiving of Persons with Mental Retardation Across The Lifespan”, Family Relations, 46(4):pp.407-415.

Herken, H. vd., 2000, “Down sendromlu çocuğu olan anne babaların depresyon düzeyleri ve depresyonla başa çıkma becerileri.” Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 7:ss.143-152.

Hisli, N., 1989, "Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği." Psikoloji Dergisi, 23:ss.3-13.

Honkalampi, K. et al., 2000, "Is alexithymia a permanent feature in depressed patients?" Psychotherapy and Psychosomatics, 69:pp.303–308.

Hoppe, K.D. and Bogen, J.E., 1977, "Alexithymia in twelve commissurotomed patients." Psychotherapy Psychosomatics, 28: pp.148-155.

Işıkhan, V., Türkiye’de Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Sorunları. H.Ü. Yayınları, Ankara, 2005.

İftar, G. K., Otistik Özellik Gösteren Çocuklara İletişim Becerilerinin Kazandırılması, Ya-Pa Yayınları, İstanbul, 2003.

İlhan, L., 2009, "Zihinsel engelli çocuğu olan anne-babaların çocuklarının özel eğitim sürecinde beden eğitimi ve spor aktivitelerine yaklaşımlarının değerlendirilmesi." Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 3 (1):ss.1-11.

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

Karamustafalıoğlu, O. and Yumrukçal, H., 2011, "Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları." Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni, 45:ss.65-74.

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



Khamis, V., 2007, "Psychological Distress Among Parents of Children With Mental Retardation in The United Arab Emirates". *Social Science and Medicine*, 64:pp.850–857.

Koçak, R., 2002, "Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve, Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar" *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 35(1-2):ss.183-212.

Kokkonen, P., Karvonen, J.T., and Veijola, J., 2001, "Prevalence And Sociodemographic Correlates Of Alexithymia In Population Sample Of Young Adults." *Comprehensive Psychiatry*, 42: pp.471-476.

Kora, M. E., 1998, "Otistik Bozukluklarda Düşüncel Süreçler, Biliş ve Nöropsikoloji." *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 5(6):ss.170-176.

Korkmaz, B. *Pediyatrik davranış nörolojisi*, Emek Matbaacılık, İstanbul, 2000.

Korkmaz, B., *Otizm, Farklı Gelişen Çocuklar*, (Ed. Kulaksızoğlu, A.) İstanbul, Epsilon Yayıncılık, İstanbul, 2003.

Köknel, Ö., *Bireysel ve Toplumsal Şiddet*, 2. Baskı, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 2000.

Köknel, Ö., *Ruhsal Çöküntü: Depresyon*, 6. Baskı, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 2005.

Köroğlu, E., *Depresyon nedir? Nasıl baş edilir?*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2006.

Köroğlu, E., *Kaygılarımız Korkularımız Nedir? Nasıl Baş Edilir?*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2012.

Köroğlu, E., Psikozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2004.

Krystal, H.J., Massive Psychological Trauma, International Universities Press, New York, 1968.

Küçükler, S. 2001, "Erken Eğitimin Gelişimsel Geriliği Olan Çocukların Anne-Babalarının Stres ve Depresyon Düzeyleri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi", Özel Eğitim Dergisi, 3(1): ss.1-11.

Laos, G., 1995, "Prevalence Of Alexithymia In A General Population." Annual Medical Psychology, 153(5):pp.355-357.

Larsen, K.J., Brand, N., Bermond, B. and Hijman, R., 2003, "Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: a review of neurobiological studies." J Psychosom Res, 54:pp.533-541

Lau, J. Y. and Eley, T. C., 2010, "The genetics of mood disorders." Annual Review of Clinical Psychology, 6:pp.313-337.

Lazarus, R.S., 1982, "Thoughts on The Relation Between Emotion and Cognition" American Psychologist, 37:pp.1019-1024.

Le, H. N., Berenbaum, H. and Raghavan, C., 2002, "Culture And Alexithymia." Emotion, 2: pp.341-360.

Lecomer, L., A parent's guide to developmental delays: recognizing ve coping with missed milestones in speech, movement, learning and other areas. The Berkley Publishing Group , New York, 2006.

Leff, J., 1998, "Mental health problems of homeless children and families, longitudinal study." British Medical Journal, 21:pp.97-113.

Lesser, I.M., 1981, "A Review of the Alexithymia Concept." *Psychosomatic Medicine*, 43(6):pp.531-543.

Levant, F. R., Hall, J. R., Williams, M. C. and Hasan, T. N., 2009, "Gender differences in alexithymia" *Psychology of Men and Masculinity*, 10(3):pp.190-203.

Levy, S. E. , Mandell, D.S. and Schultz, R.T., 2009, "Autism." *Lancet*, 374:pp.1627-1638.

Lord, G., and McGee, P., *Educating Children with Autism*, National Academy Press, Washington D.C., 2001.

Luminet, D., 1994, "Psychosomatic Medicine The Future of An Illusion (Review), *Ann. Med. Psycholl.* 44(11): pp.367-371.

Lumley, M. A. et al., 1996, "Family Factors related to alexithymia characteristics." *Psychosomatic Medicine*, 58:pp.211-216.

Magill-Evans, J. et al., 2001, "Are families with adolescents and young adults with cerebral palsy the same as other families?" *Dev Med Child Neurol*, 43:pp.466-472.

Martinen, F. Otriz B. S. and Garcia, M. A., 2001, "Subjective and Aotonomic Stres Responses in Alexithymia" *Universtity of Murcia, Psicothema*, 13(1).

Mattila, A. K., Salminen, J. K., Nummi, T. and Joukamaa, M., 2006, "Age Is Strongly Associated With Alexithymia In The General Population." *Journal of Psychosomatic Research*, 61:pp. 629-635.

Mc Dougall, J., 1982, "Alexithymia; A Psychoanalytic Viewpoint." *Psychotherapy Psychosomatics*. 38:pp.81-90.

McCandless, J., Otizmi Şimdi Yen "Açlık Çeken Beyinler, Prestij Yayınları, İstanbul, 2000.

Melnyk, B.M., 1994, "Coping With Unplanned Childhood Hospitalization: Effects Of Informational Interventions On Mothers And Children", Nurs Res,; 43(1): pp.50-55.

Montes, G. and Halterman, J. S., 2007, "Psychological functioning and coping among mothers of children with autism: A population-based study." Pediatrics, 119: 1040-1046.

Montreuil, M. and Pardinielli, J.L., 1995, "Parallel Visual Processing Characteristics In Healthy Alexithymia Subjects." Ecephale, 21(5).

Nelson, K.B., 1991, "Prenatal and postnatal factors in the etiology of autism." Pediatrics, 87:pp. 761-766.

Nemiah, J. C., 1975, Denialrevisited: Reflection On Psychosomatictheory." Psychotherapy and Psychosomatics, 26:pp.140-147.

Öksüz, Z., 2008, Otistik ve normal çocuk sahibi anne babaların bazı psikiyatrik ve psikolojik özelliklerinin karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Özsoy, S., Özkahraman, Ş. ve Çallı, F., 2006, "Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Ailelerin Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi". Aile ve Toplum Dergisi, 3(9):ss.69-77.

Öztürk, O., Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Nobel Tıp Kitabevleri,Ankara, 2002.

Paez, D., Basebe, N. and Voldoseda, M., Confrontation: Inhibition, Alexithymia and Health In James W. Pennebaker, Emotion, Disclosure and Health, 2. Edition, 1977.

Parker, J. D.A., Taylor, G. J. and Bagby, R. M., 2001, "The Relationship Between Emotional Intelligence and Alexithymia", *Personality and Individual Differences*, 30:pp.107-115.

Pejovic-Milovancevic M. et al., 2003, "Personality Characteristics of Parents in Hospitalized Children." *European Child and Psychiatry, Supplement 2*:pp.12-125.

Pelchat, D. et al., 1999, "Adaptation of parents in relation to their 6-month-old infant's type of disability." *Child Care Health Dev*, 25(5):pp.377-97.

Preskorn, S. H., *Outpatient Management of Depression*, Professional Communications, Kansas; 1999.

Rihmer, Z. and Angst, J. *Duygudurum Bozuklukları: Epidemiyoloji*, (Çev. Bozkurt, A.), Öncü Basımevi, Ankara, 2007.

Saraç, T., ve Aydın, A., 2014, "Otistik çocuk ebeveynlerinin geniş otizm fenotipi ve aleksitimi özellikleri arasındaki ilişki" *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 41.

Sarı, H. Y., Yılmaz, M. ve Kanter, M., 2012, "Çocuklarda Kanser ve Engellilik", *Türk Onkoloji Dergisi*, 27(2):ss.98-105.

Sayar, K. ve Acar, B., 2001, "Kronik Ağrı Hastalarında Öfke, Benlik Saygısı ve Aleksitimi" *Klinik Psikiyatri*, 2, ss.36-42.

Schopler, E. and Mesibov, G., *Learning and cognition in autism*, Plenum Press, New York 1995.

Selimoğlu, Ö. G. vd., 2013, "Otizmlili Çocukta Sahip Ebeveynlerin Otizm Tanılama Sürecinde ve Tanı Sonrasında Yaşadıkları Deneyimlerine İlişkin Görüşlerinin

İncelenmesi.” International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE), 5(2):ss. 129-167.

Sencar, B., 2007, Otistik Çocuğa Sahip Ailelerin Algıladıkları Sosyal Destek Ve Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Shapiro, J. 1983, “Family Reactions And Coping Strategies In Response To The Physically Ill Or Handicapped Child: A Review.” Soc Sci Med, 17:pp.913-931.

Shu, B. C., 2009, “Quality of life of family caregivers of children with autism : The mother's perspective” The Journal of Autism, 13(1):pp.81-91.

Sicile-Kira, C., Autism spectrum disorders: the complete guide to understanding autism, Asperger’s syndrome, pervasive developmental disorder and other ASD. A Perigee Book, New York, 2004.

Sifneos, P.E., 1988, “Alexithymia And Its Relationship To Hemispheric Specialization Affect And Creativity.” Psychiatric Clinics of North America, 11(3): pp.287-293.

Siller, M., and Sigman, M., 2002, “The behaviors of parents of children with autism predict the subsequent development of their children’s communication” Journal of Autism and Developmental Disorders, 32(2), pp.77-89.

Stoudemire, A., 1991, “Somatothymia” Part 1 and 2. Psychosomatics, 32:pp.365-381.

Stubbe, D., Child and adolescent psychiatry: A practical guide. Lippincott Williams and Wilkins, 2007.

Sucuoğlu, B., Zihin Engelliler ve Eğitimleri, Kök Yayıncılık, Ankara, 2009

Sulker, B. S. (2006). Intellectual Disability, (<http://www.merckmanuals.com/home/children-s-health-issues/learning-and-developmental-disorders/intellectual-disability>) (Erişim tarihi: 25.12.2016).

Szatmari, P. et al., 2008, "Alexithymia in parents of children with Autism Spectrum Disorder." *Journal of Autism Development Disorders*, 38:pp.1859-1865.

şahin, R. A., 1992, "Peptik Ülserli Hastalarda Aleksitimik Özellikler." *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3(1):ss.26-30.

şahin, T. (2015). Sadece otistik çocuğu olan annelerin kayęı ve depresyon düzeyi ile sağlıklı kardeş/kardeşlere sahip ve otistik çocuğu olan annelerin kayęı ve depresyon oranlarının karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

şen, E., 2004, Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Yaşadığı Güçlükler, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

şentürk, M. ve Varol Saraçoğlu, G., 2013, "Eğitilebilir Zihinsel, Bedensel Engelli Çocuğu Olan Annelerle Sağlıklı Çocuğa Sahip Annelerin Aileden Algıladıkları Sosyal Destek ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması", *Int J Basic ClinMed*, 2013, 1(1):40-49.

Tan, O., Depresyon, Timaş, İstanbul, 2005.

Tanhan, F., 2014, "Öğretmenlerde Akılcı Olmayan İnançları Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi." *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 14(2):ss.457-470.

Tarhan, N. 2013b. "Stresten Depresyona", *Diyanet Dergi*, . <http://www.nevzat-tarhan.com/stresten-depresyona.html>. (ET. 20.01.2017)

Tarhan, N., Kadın Psikolojisi, Nesil Yayıncılık, İstanbul, 2013a.

Taylor, G. J., 1984, "Alexithymia: Concept, Measurement and Implication For Treatment." American Journal Psychiatry, 141: pp.725-732.

Taylor, G.J., Ryan, D. and Bagby, R.M., 1985, Toward the development of a new self-report alexithymia scale." Psychother Psychosom, 44:191-199.

Taylor, G.J., Bagby, R.M. and Parker, J.D., 1991, "Alexithymia Construct, A Potential Paradigm For Psychosomatic Medicine." The Academy of Psychosomatic Medicine, 32(2):pp.153-163.

Tekinarslan, İ., Zihinsel yetersizliği olan öğrenciler. Özel eğitime gereksinimi olan öğrenciler ve özel eğitim, 2.baskı, Pegem Yayınevi, Ankara, 2010.

Tezel, A. (2003). Postpartum depresyon riskli kadınlarda bakım ve eğitimin depresyon belirti düzeyine etkisinin karşılaştırılması. Doktora Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Toros, F., 2002, "Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon, evlilik uyumunun ve çocuğu algılama şeklinin değerlendirilmesi." The Journal of clinical psychiatry, 3:ss.45- 52.

Türk, M., 1992, Üniversite Öğrencilerinde Aleksitimik Özellikler ile Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Türkçapar, H., Depresyon, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2009.

Türkoğlu, S. Bilgiç, A. ve Uslu, R., 2012, "Otistik Spektrum Bozukluğu Olan Ayrı Yumurta Üçüzleri: Olgu Sunumu ve Gözden Geçirme." Nöropsikiyatri Arşivi 49:pp.167-171.



Uğuz, Ş., Toros, F. ve Yazgan İnanç, B. 2004, “Zihinsel ve/veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi.” *Journal of Clinical Psychology*, 7(1): ss.42-47.

Ünal, G., 2002, “Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastaların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi”, *Düşünen Adam Dergisi*, 15(2):ss.221-228.

Ünal, S. vd., 2002, “Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri.” *Klinik Psikiyatri Dergisi*, Sayı:5.

Üstüner Top, F., 2009, “Otistik Çocuğa Sahip Ailelerin Yaşadıkları Sorunlar ile Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi: Niteliksel Araştırma.” *Çocuk Dergisi*, 9(1):ss.34-42.

Varol, Ş., 1998, *Grupla Psikolojik Danışmanın Üniversite Öğrencilerinin Aleksitimik Özellikleri Üzerine Etkisi*, On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmamış doktora tezi) “bakıda”.

Vuran, S. ve Eripek, S., *Zeka Geriliği*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2004.

Wolff, S., Narayan, S., and Moyes, B., 1988, “Personality characteristics of parents of autistic children.” *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29(2):pp.53-143.

Yates, W. R. et al., 2004, “Clinical features of depressed outpatients with and without co-occurring general medical conditions in STAR\* D.” *General hospital psychiatry*, 26(6):pp.421-429.

Yemez, B., 1991, *Psikosomatik Somatoform ve Diğer Psikiyatrik Bozukluklarda Aleksitimi Üzerine Kontrollü Bir Çalışma*. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi.

Zackheim L., 2007, "Alexithymia: the expanding realm of research." *Journal of Psychosomatic Research*, 63:pp.345-347.



## EKLER

### EK 1: Sosyodemografik Veri Formu

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar ve kişisel bilgiler sadece araştırma amacıyla kullanılacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır (Adınız-soyadınız sorulmamaktadır). Formdaki tüm soruları eksiksiz olarak cevaplamanız çok önemlidir. Bu çalışmaya olan katkınız ve verdiğiniz cevaplardaki samimiyetinizden dolayı teşekkür ederim.

1) Yaşınız: \_\_\_\_\_

2) Ekonomik Durumunuz: Kötü Orta iyi

3) Eğitim Düzeyiniz:

- Okur-Yazar Değil
- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Üniversite

4) Çalışma durumunuz?

- Çalışmıyorum
- Kamu
- Özel Sektör

5) Medeni Durumunuz?

- Evli
- Bekar
- Dul/Boşanmış

6) Çocuğunuzun kaç yıldır özel eğitim alıyor: \_\_\_\_\_

7) Engelli çocuğunuzun bakımı esnasında destek alıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

8) Geçmişte psikiyatri/psikolog başvurunuz var mı?

- Evet
- Hayır

9) Varsa tanınız ve tedavi ne aldınız :

\_\_\_\_\_

10) Halen devam eden tedaviniz/hastalığınız var mı? Evet Hayır

## **EK 2: Beck Depresyon Ölçeği**

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL 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. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

### **A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.**

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

### **B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.**

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

### **C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.**

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

### **D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.**

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

### **E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.**

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

### **F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.**

1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

### **G- 0. Kendimden memnunum.**

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.

3. Kendimden nefret ediyorum.

**H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

**İ- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatımı bulsam kendimi öldürürdüm.

**J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**

1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

**K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.**

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

**L- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.**

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

**M- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.**

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

**N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.**

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

**O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.**

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

**P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.**

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

**R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.**

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

**S- 0. İştahım her zamanki gibi.**

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

**T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.**

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

**U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.**

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

**V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.**

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

### EK 3: Toronto Aleksitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

**Hiçbir zaman (1), Nadiren (2), Bazen (3), Sık sık (4), Her zaman (5)** olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

		Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1	Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem	1	2	3	4	5
2	Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur	1	2	3	4	5
3	Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor	1	2	3	4	5
4	Duygularımı kolayca tarif edebilirim	1	2	3	4	5
5	Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlenmeyi yeğlerim	1	2	3	4	5
6	Keyfim kaçtığımda, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem	1	2	3	4	5
7	Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır	1	2	3	4	5
8	Neden öyle sonuçlandığımı anlamaya çalışmaksızın, işleri oluruna bırakmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
9	Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var	1	2	3	4	5
10	İnsanların duygularını tanıması gerekir	1	2	3	4	5
11	İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tarif etmek bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
12	İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.	1	2	3	4	5
13	İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum	1	2	3	4	5
14	Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem	1	2	3	4	5
15	İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
16	Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim	1	2	3	4	5
17	İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir	1	2	3	4	5
18	Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim	1	2	3	4	5
19	Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum	1	2	3	4	5
20	Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır	1	2	3	4	5

## **EK 4: Özgeçmiş**

### **Kişisel Bilgiler:**

Adı Soyadı: Atiye Cemre TANRIVERDİ

Doğum Tarihi / Yeri: 20.02.1991 – Meram/Konya

### **Eğitim Bilgileri:**

2015-2017: Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisansı

2010-2015: Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü

### **Yabancı Dil (ler) ve Düzeyi:**

İngilizce – Intermediate

### **İş deneyimi:**

Kasım 2015 – ... :Beylerbeyi Dünya Özel Eğitim ve Psikolojik Danışmanlık Merkezi (Psikolog)

Temmuz 2014 – Ağustos 2014 : Konya Beyhekim Hastanesi Psikiyatri Kliniği / AMATEM (Stajyer Psikolog)