

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ
ÇOCUKLARIN ANNE BABALARININ DEPRESYON, KAYGI
VE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİN, PSİKOLOJİK
YARDIM ALMAYA YÖNELİK TUTUMLARI İLE İLİŞKİSİ
ÜZERİNE BİR İNCELEME**

Betül YILDIRIM

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Osman Ağa ÖNAL**

İSTANBUL, Ekim 2018

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ
ÇOCUKLARIN ANNE BABALARININ DEPRESYON, KAYGI
VE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİN, PSİKOLOJİK
YARDIM ALMAYA YÖNELİK TUTUMLARI İLE İLİŞKİSİ
ÜZERİNE BİR İNCELEME

Betül YILDIRIM
162005122

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih :

Tezin Savunulduğu Tarih :

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Osman Ağa ÖNAL

Diğer Jüri Üyeleri : Prof. Dr. Arşaluys KAYIR

Dr. Öğr. Üyesi P. Sevda BIKMAZ

İSTANBUL, Ekim 2018

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ
ÇOCUKLARIN ANNE BABALARININ DEPRESYON, KAYGI
VE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİN, PSİKOLOJİK
YARDIM ALMAYA YÖNELİK TUTUMLARI İLE İLİŞKİSİ
ÜZERİNE BİR İNCELEME**

Betül YILDIRIM

162005122

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Osman Ağa ÖNAL

İSTANBUL, Ekim 2018

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans eğitimim sırasında bana engin bilgileriyle destek olan ve şu anki halime evrilmeme büyük katkıda bulunan, tezimin fikir babası, çok sevgili hocam Prof. Dr. Özgür ÖNER'e, zor günlerde bizlere sabrı ve azmi öğreten değerli hocamız Prof. Dr. Orhan DOĞAN'a, tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Osman Ağa ÖNAL'a ve tez jürimde yer almayı kabul eden hocalara değerli katkılarından dolayı çok teşekkür ederim.

Tez sürecimin başından sonuna her aşamasında her konuda sevincimi ve üzüntümü paylaştığım, yüksek lisansın bana kazandırdığı Latife'ye, Dilara'ya ve Mehmet'e, desteğini hiç esirgemeyen, her zaman yanı başımdaymış gibi hissettiğim canlarım Beste'ye ve Ayşegül'e, Lisans eğitimim sırasında hayatıma giren Gökçe'ye, İlay'a, Büşra'ya ve Gizem'e yanımda oldukları için çok teşekkür ederim.

Tüm hayatım boyunca her zaman yanımda olan, bana olan güvenlerini hiçbir zaman kaybetmeyen biricik annem Canan'a ve canım babam Erol'a, her derdimi sabırla dinleyen kardeşlerim Elif'e ve Ercan'a attığım her adımda elimden tuttıkları için ömrüm boyunca minnettar kalacağım. İyi ki varsınız...

Son olarak da sevgilim Gani'ye, her zaman beni en iyi halime taşıdığı, yıllardır gösterdiği sevgisi ve sonsuz desteği için çok ama çok teşekkür ederim. Bu zorlu süreci katlanılabilir kıldığın ve bugünkü Betül olmamı sağladığın için ayrıca minnettarım. İyi ki hayatımdasın.

Betül YILDIRIM

Ekim, 2018

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vii
SEMBOLLER	ix
TABLO LİSTESİ	x
BÖLÜM 1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	2
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	3
1.3. ARAŞTIRMA SORULARI.....	3
BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU	4
2.1.1. Otizm Kavramının Tarihi Gelişimi	4
2.1.2. Otizmin Tanı Ölçütleri	5
2.1.3. Otizmin Yaygınlığı.....	8
2.1.4. Otizmde Erken Teşhis	9
2.1.5. Otizmin Nedenleri ve Risk Faktörleri	10
2.1.5.1. Genetik Faktörler.....	10
2.1.5.2. Nöroanatomik Bulgular ve Nörogörüntüleme Bulguları.....	11
2.1.5.3. Çevresel Faktörler	11
2.1.5.4. Epigenetik Faktörler	11
2.1.5.5. Risk Faktörleri	12
2.1.6. Otizm Tanısı	12
2.1.7. Otizmin Tedavisi	14
2.2. DEPRESYON.....	15
2.2.1. Depresyonun Tanı Ölçütleri	15
2.2.2. Depresyonun Yaygınlığı.....	16
2.2.3. Depresyonun Nedenleri ve Risk Faktörleri.....	17
2.2.3.1. Biyolojik Etkenler	17
2.2.3.2. Genetik Etkenler.....	17

2.2.3.3. Risk Faktörleri	18
2.3. KAYGI.....	18
2.3.1. Kaygı (Anksiyete) Bozukluğu Tanı Ölçütleri	18
2.3.2. Kaygı (Anksiyete) Bozukluğunun Yaygınlığı.....	19
2.3.3. Kaygı (Anksiyete) Bozukluğunun Nedenleri ve Risk Faktörleri.....	20
2.3.3.1. Risk Faktörleri	20
2.4. YAŞAM KALİTESİ	21
2.5. OTİZMLİ ÇOCUĞU OLAN AİLELERDE DEPRESYON VE KAYGI.....	22
2.6. OTİZM VE YAŞAM KALİTESİ	24
2.7. PSİKOLOJİK YARDIM ALMA TUTUMU.....	25
BÖLÜM 3. YÖNTEM.....	27
3.1. ÖRNEKLEM.....	27
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	27
3.2.1. Bilgilendirimli Olur Formu	27
3.2.2. Sosyodemografik Bilgi Formu	28
3.2.3. Beck Depresyon Envanteri	28
3.2.4. Beck Anksiyete (Kaygı) Ölçeği	29
3.2.5. Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi-Ebeveyn Sürümü.....	30
3.2.6. Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği- Kısa Form	31
3.3. İŞLEM.....	32
3.4. UYGULANAN ANALİZLER.....	33
BÖLÜM 4. BULGULAR.....	34
4.1. OSB TANILI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN DAĞILIMLAR.....	34
4.1.1. Demografik Özelliklere İlişkin Dağılımlar	34
4.1.2. Klinik Özelliklere İlişkin Dağılımlar	37
4.2. OSB TANILI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİN DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE OTİZMDE YAŞAM KALİTESİ VE PSİKOLOJİK YARDIM ALMAYA İLİŞKİN TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER.....	40
4.3. OSB TANILI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİN DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ, OTİZMDE YAŞAM KALİTESİ VE PSİKOLOJİK YARDIM ALMAYA İLİŞKİN TUTUMLARININ ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLER BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRILMASI	42
4.3.1. Demografik Değişkenler Bakımından OSB Tanılı Çocukların Ebeveynlerin Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri, Otizmde Yaşam Kalitesi ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumlarının Karşılaştırılması.....	42
4.3.2. Klinik Değişkenler Bakımından OSB Tanılı Çocukların Ebeveynlerin Depresyon ve Anksiyete	

Düzeyleri, Otizmde Yaşam Kalitesi ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumlarının Karşılaştırılması.....	50
BÖLÜM 5. SONUÇ VE TARTIŞMA	64
5.1. SONUÇLARIN GENEL ÖZETİ.....	64
5.2. TARTIŞMA.....	67
5.3. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE ÖNERİLER.....	71
KAYNAKLAR.....	74
EKLER.....	84
ÖZGEÇMİŞ.....	97



ÖZET

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARIN ANNE BABALARININ DEPRESYON, KAYGI VE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİN, PSİKOLOJİK YARDIM ALMAYA YÖNELİK TUTUMLARI İLE İLİŞKİSİ ÜZERİNE BİR İNCELEME

Bu çalışmanın amacı, Otizm SPEKTRUM Bozukluğu tanısı almış çocukların anne-babalarında depresyon, kaygı, yaşam kalitesi ve psikolojik yardım alma tutumu düzeylerini incelemek; ayrıca bazı kişisel (cinsiyet, yaş), demografik (medeni durum, eğitim seviyesi, çalışma durumu, gelir düzeyi, sosyoekonomik düzey, burs/sponsor/devlet desteği bilgisi) ve klinik (ebeveynlerin psikolojik öyküsü, çocuğun kaç yaşında tanı aldığı, ne zamandır özel eğitim aldığı, hastalık derecesi, haftalık özel eğitim saati, psikolojik öyküsü) değişkenleri ile aralarındaki ilişkiyi değerlendirmektir. Veriler 129 kadın, 45 erkekten oluşan 174 ebeveyn/bakım veren kişiden toplanmıştır. Bu çalışmada ölçüm aracı olarak Sosyo-demografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Ölçeği, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi - Ebeveyn Sürümü ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği – Kısa Form kullanılmıştır. Verilerin analizinde ilk aşamada katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları, yüzdeler ve ortalamalar incelenmiştir. Sonrasında yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonucu depresyon puanları ile anksiyete puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunurken, bu iki formun yaşam kalitesi puanları ile arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi puanları ile psikolojik yardım almaya ilişkin tutum puanları arasında ise anlamlı ilişki bulunmamıştır. Son olarak da katılımcıların sosyo-demografik bilgi formundaki bağımsız değişkenlere göre ölçeklerden aldıkları ortalama puanların karşılaştırıldığı Kruskal Wallis H, Mann Whitney U ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir. Buna istinaden ebeveynlerin cinsiyetlerine, sosyoekonomik düzeylerine ve otizm tanılı çocukların belirti düzeylerine göre depresyon, kaygı ve

yaşam kalitesi ortalama puanları arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Çalışma durumlarına göre bakıldığında ise yalnızca anksiyete ortalama puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Gelir durumlarına göre incelendiğinde anksiyete ve yaşam kalitesi ortalama puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların geçmişte psikolojik yardım alıp almamalarına ve özel gereksinimleri olan çocukların ailelerine yönelik bir psikolojik destek çalışması yapılacak olsa, bu çalışmaya katılmayı düşünüp düşünmemeye düzeylerine göre depresyon, kaygı, yaşam kalitesi ve psikolojik yardım alma tutumu ortalama puanları arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Katılımcıların devletin maddi bakım desteği/burs/sponsor alma durumlarına göre incelendiğinde ise anksiyete ve yaşam kalitesi puan ortalamaları bakımından anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Çocuklarının geçmişte özel eğitim dışında farklı tedavi/ilaç alıp almamalarına göre ebeveynlerin depresyon ve kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Elde edilen bu sonuçlar literatür ışığında değerlendirilerek araştırmanın sınırlılıkları belirlenmiş ve gelecekte yapılacak çalışmalar için önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Otizm Spektrum Bozukluğu, depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi, psikolojik yardım alma tutumu

Tarih: 24.10.2018

ABSTRACT

AN INVESTIGATION ON THE RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION, ANXIETY, QUALITY OF LIFE AND ATTITUDES TOWARD SEEKING PSYCHOLOGICAL PROFESSIONAL HELP LEVELS OF THE PARENTS OF CHILDREN WITH AUTISM SPEKTRUM DISORDER

The aim of this study was to investigate the levels of depression, anxiety, quality of life and attitudes toward seeking psychological professional help for parents of children diagnosed with Autism SPEKTRUM Disorder; also to evaluate the relationship between personal (gender, age), demographic (marital status, educational level, working status, income level, socioeconomic level, scholarship/sponsor/government support information) and clinical variables (parents' psychological history, how old the child was when diagnosed, how long she/he has been receiving special education, degree of disability, weekly special education hour, psychological history). Data were collected from 174 parents/caregivers consisting of 129 women and 45 men. In this study, Sociodemographic Information Form, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Scale, Quality of Life Questionnaire in Autism - Parental Version and Attitudes Toward Seeking Psychological Professional Help Scale - Short Form were used. In the analysis of the data, the frequency distributions, percentages and averages of the sociodemographic characteristics of the participants were examined in the first stage. Pearson Correlation Analysis was examined and a positive correlation was found between depression scores and anxiety scores. Also, there was a significant negative correlation between the quality of life scores and these two forms. There was no significant relationship between depression, anxiety and quality of life scores and attitudes toward seeking psychological professional help scores. Finally, Kruskal Wallis H, Mann Whitney U and independent sample t test findings were compared with the mean scores of the participants according to the independent variables in the sociodemographic information form. Significant differences were found between the

mean scores of depression, anxiety and quality of life according to parents' gender, socioeconomic level and symptom levels of children with autism. On the basis of working status, a significant relationship was found only between anxiety average scores. When examined according to income status, a significant relationship was found between anxiety and quality of life mean scores. According to the participants' psychological help history and levels of thinking about attending or not to a possible future psychological support group for families of children with special needs, significant relationships were found between the mean scores of depression, anxiety, quality of life and attitudes toward seeking psychological professional help. When examined according to the state financial support/scholarship/sponsorship status, significant relationships were found in terms of anxiety and quality of life mean scores. A significant relationship was found between the parents' depression and anxiety mean scores according to whether their children received different treatment/medicine other than special education in the past. These results were evaluated in the light of the literature and the limitations of the study were determined and suggestions were made for future studies.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, depression, anxiety, quality of life, attitudes toward seeking psychological professional help

Date: 24.10.2018

SEMBOLLER

\bar{X} : Ortalama

SS : Standart Sapma

N : Örneklem Sayısı



TABLO LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 4.1.	OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeler 35
Tablo 4.2.	OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin eğitim ve sosyoekonomik düzeylerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeler 36
Tablo 4.3.	OSB tanılı çocukların ebeveynlerin yaş ortalamaları ve standart sapmaları..... 37
Tablo 4.4.	OSB tanılı çocukların tanı yaşları, şimdiki yaşları, eğitim süreleri ve haftalık eğitim süresi ortalamaları ve standart sapmaları..... 38
Tablo 4.5.	OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin çocuklarının klinik özelliklerine göre verdikleri yanıtların frekans dağılımları ve yüzdeleri 39
Tablo 4.6.	OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Otizmde Yaşam Kalitesi ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumları Arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları..... 41
Tablo 4.7.	OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin cinsiyetlerine göre BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları..... 43
Tablo 4.8.	OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin medeni durumlarına göre BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları..... 44
Tablo 4.9.	OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin eğitim durumlarına göre BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ile Kruskal Wallis testi bulguları 45
Tablo 4.10.	OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin çalışma durumlarına göre BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları..... 46
Tablo 4.11.	OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin gelir durumlarına göre BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ile Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi bulguları 47

Tablo 4.12.	OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin sosyoekonomik düzeylerine göre BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ile Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi bulguları.....	49
Tablo 4.13.	OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin daha önce kendileri için psikolojik/psikiyatrik yardım alıp almamalarına göre BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları.....	51
Tablo 4.14.	OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin şu anda kendileri için psikolojik/psikiyatrik yardım dışında bir tedavi/ilâç alıp almamalarına göre BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları.....	52
Tablo 4.15.	OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin geçmişte kendileri için psikolojik/psikiyatrik yardım dışında bir tedavi/ilâç alıp almamalarına göre BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları.....	53
Tablo 4.16.	OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin özel gereksinimleri olan çocukların ailelerine yönelik bir psikolojik destek çalışması yapılacak olsa, bu çalışmaya katılmayı düşünüp düşünmeme düzeylerine göre BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ile Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi bulguları.....	54
Tablo 4.17.	OSB tanılı çocukların cinsiyetlerine göre ebeveynlerin BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları.....	56
Tablo 4.18.	OSB tanılı çocukların otizm belirti düzeylerine göre ebeveynlerin BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları.....	57
Tablo 4.19.	OSB tanılı çocukların özel eğitim için devletin eğitim desteğinden faydalanabiliyor olmalarına göre ebeveynlerin BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları.....	59
Tablo 4.20.	OSB tanılı çocukların devletin maddi bakım desteğinden faydalanabiliyor olmalarına göre ebeveynlerin BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları	60
Tablo 4.21.	OSB tanılı çocukların özel eğitim için burs/sponsor desteğinden faydalanabiliyor olmalarına göre ebeveynlerin BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları	61
Tablo 4.22.	OSB tanılı çocukların özel eğitim için şu anda özel eğitim dışında farklı ilâç/tedavi alıp almamalarına göre ebeveynlerin BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları.....	62

Tablo 4.23. OSB tanılı çocukların özel eğitim için geçmişte özel eğitim dışında farklı ilaç/tedavi alıp almamalarına göre ebeveynlerin BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları..... 63



BÖLÜM 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ailelerine yeni bir bireyin katılacağı haberini alan anne babalar hazırlıklara daha çocuk doğmadan başlamakta ve geleceğe dair büyük beklentilerle çocuklarının dünyaya geleceği güne kendilerini hazırlamaktadırlar. Geleceğe yönelik planlara bir de aileler ve arkadaş çevresi de dâhil olunca, beklentiler daha da büyümekte ve henüz doğmamış çocuğun tüm beklentileri karşılaması beklenmektedir.

Çocuklarının bir bozukluğa sahip olduğunu öğrenen ebeveynler çocukları doğmadan önce kurdukları tüm hayallerin yıkılması ile büyük bir psikolojik yıkım yaşamakta ve bu hiç hesaba katmadıkları durumla karşı karşıya kaldıklarında bir şok sürecine girmektedirler. Bazı alanlarda yetersizlikleri olan bir çocuğun aileye katılmasıyla birlikte aile dinamikleri değişmekte, aile bireyleri arasında roller değişmekte, ilişkiler etkilenmekte ve maddi ve manevi bazı zorlu süreçler baş göstermektedir. Kimi aileler bu süreçleri göğüslemekte güçlük çekmektedir (Görgü, 2005). Karılaştıkları birçok güçlük karşısında aileler çaresizlik içerisinde düşebilmekte, kaygı ve depresyon belirtileri gösterebilmekte ve yaşam kalitelerinde olumsuz yönde değişiklikler meydana gelebilmektedir (Akkök, 1989; Doğan, 2001; Kuloğlu-Aksaz, 1991; Randal ve Parker, 1999).

Bu araştırma, Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) tanısı almış çocukların anne babalarında depresyon, kaygı ve yaşam kalitesi düzeylerinin, psikolojik yardım alma tutumu ile ilişkisini belirlemek üzerinedir. Otizmi olan çocukların anne babalarında depresyon, kaygı ve yaşam kalitesi düzeylerine ek olarak ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, gelir düzeyi, eğitim seviyesi, psikolojik yardım hikâyeleri gibi), çocuğun özellikleri (yaş, tanı yaşı cinsiyet, bozukluk derecesi gibi) ve tüm bunların ailelerin içinde bulunduğu durumun ışığında psikolojik yardım alma tutumları ile ilişkisi incelenmiştir.

1.1. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Hem gelişim geriliği gösteren hem de normal gelişim düzeyinde olan çocukların gelişim süreçlerinde anne babalarına ihtiyaçları vardır (Ardıç, 2013a). Bu gelişim sürecinde, ebeveynlerin doğru ve sağlıklı kararlar alabilecek, çocukları ile en uygun şekilde ilgilenebilecek ve ailenin işleyişini aksamadan ilerletebilecek düzeyde psikolojik anlamda sağlıklı olmaları gerekmektedir (Gönen, 2014).

Gelişimsel olarak sorun yaşayan çocukların ebeveynleri hem psikolojik hem de sosyal desteğe ihtiyaç duymakta ve bu, yapılan çalışmalarla da kanıtlanmaktadır (Ardıç, 2013b; Dereli & Okur, 2008). Ailelerin sorun yaşadıkları noktaların doğru belirlenmesi ve ailelerin süreçte en iyi şekilde desteklenebilmesi için psikolojik ihtiyaçların doğru tespit edilmesi gerekmektedir. Bu araştırmanın amaçları da göz önünde bulundurulduğunda, çalışmanın sonuçlarının hem literatürde hem de uygulaması planlanacak programların altyapısında önemli fikirler verecek nitelikte olacağı düşünülmektedir.

Psiko-sosyal desteği olan ebeveynler ve aileleri, bozukluktan haberdar olmalarıyla birlikte yaşadıkları şok ve kabullenme süreçlerini destekle birlikte daha kolay ve hızlı şekilde atlattıklarıdır. Kabullenme sürecini kısa sürede ve kolay atlatan ebeveynler ve aileleri, çocukları ve sosyal çevreleri ile daha sağlıklı ilişkiler kurmaktadır (Aydoğan & Darıca, 2000; Darıca vd., 2005). Bu çalışmanın sonuçları, OSB olan çocukların anne baba ve ailelerinin psikolojik yardım ya da sosyal destek almalarının önemini vurgulayacaktır.

Bozukluğa sahip çocukların ebeveynlerinin ve ailelerinin depresyon, kaygı ve yaşam kalitesi düzeylerinin psikolojik yardım alma tutumları ile ilişkisinin araştırılması, bu ailelerin ihtiyaçlarını bizlere birinci ağızdan iletmeleri, aileler için yapılacak çalışmaların artırılıp hızlandırılarak yaşam kalitelerinin yükselmesi açısından önemlidir. Ayrıca sosyo-demografik bilgiler ışığında aile yapıları değerlendirilerek sorunun farklı değişkenlerinin de tespit edilmesinin literatür için önemli bir kaynak oluşturacağı düşünülmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmada amaç, Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı almış çocukların anne ve babalarında depresyon, kaygı ve yaşam kalitesi düzeyleri ve bunlarla ilişkili olarak psikolojik yardım almaya yönelik tutumları araştırmaktır. İlk aşamada OSB'li çocukların ebeveynlerinde, OSB olmayan çocukların ebeveynlerinden daha yüksek olduğu düşünülen depresyon, kaygı ve yaşam kalitesi düzeyleri ve bunların psikolojik yardım alma tutumu düzeyleri ile nasıl bir ilişki içerisinde olduğu incelenecektir. Buna ek olarak çalışma kapsamında katılımcılardan alınan sosyodemografik değişkenler (yaş, medeni durum, eğitim seviyesi, ekonomik gelir düzeyi, çalışma durumu, psikolojik öykü, çocuğun cinsiyeti, yaşı, kaç yaşında tanı aldığı, kaç yıldır eğitim aldığı, hastalık derecesi, haftalık özel eğitim saati, devlet/özel kurum eğitim/burs yardımları, psikolojik öyküsü) ile depresyon, kaygı, yaşam kalitesi ve psikolojik yardım alma tutumu düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirilecektir.

1.3. ARAŞTIRMA SORULARI

Araştırma soruları şu şekilde belirlenmiştir:

1. Araştırmaya katılan OSB olan çocukların ebeveynlerinin depresyon, kaygı ve yaşam kalitesi ve psikolojik yardım alma tutumu düzeyleri nedir?
2. Araştırmaya katılan OSB olan çocukların ebeveynlerinin depresyon, kaygı ve yaşam kalitesi düzeyleri ile psikolojik yardım alma tutumu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. Araştırmaya katılan OSB olan çocukların ebeveynlerinin, OSB tanısı almış çocuğun cinsiyeti, yaşı, kaç yaşında tanı aldığı, ne zamandır özel eğitim aldığı, psikolojik öyküsü; ebeveynlerin yaşı, medeni durumu, eğitim seviyesi, çalışma durumu, gelir düzeyi, sosyoekonomik düzeyi, psikolojik öykü değişkenleri ile ebeveynlerin depresyon, kaygı, yaşam kalitesi ve psikolojik yardım alma tutumu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde öncelikle Otizm Spektrum Bozukluğu, depresyon, kaygı, yaşam kalitesi ve otizmin bu kavramlarla ilişkisi anlatılmıştır. Sonrasında ise psikolojik yardım alma tutumundan bahsedilmiş ve önceki bölümlerde bahsedilen tüm kavramların psikolojik yardım alma tutumu ile ilişkisi ele alınmıştır.

2.1. OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU

Geçmişten günümüze edinilen bilgiler ışığında, Otizm Spektrum Bozukluğu, birçok davranışsal belirtisi olan nöro-gelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Fuentes vd., 2014). DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 5th Edition / Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5) kriterlerine istinaden, OSB'nin klinik özellikleri olarak sosyal iletişim ve sosyal etkileşim gibi temel iki işlevde yetersizliğin yanında kısıtlı ve tekrarlayıcı davranışlar, ilgi alanları ve aktivitelerden bahsedilebilir. Belirtiler, yaşamın ilk birkaç yılında ortaya çıkar, ancak bu belirtiler çocuğun yaşının gereği ihtiyaç duyduğu sosyal talepleri yerine getirmeye başlayana kadar fark edilmeyebilir (Fuentes vd., 2014).

2.1.1. Otizm Kavramının Tarihi Gelişimi

İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuler (1857-1939), otizm (autism) ve şizofreni (schizophrenia) terimlerini icat eden kişidir. Yunan kökenli kelime *autos*, 'kendilik' anlamına gelmektedir ve Bleuler bu terimi şizofreni hastalarının dış dünyadaki algıları ve deneyimlerinden soyutlanarak kendi iç dünyalarındaki fantezilerine çekilmelerini tanımlamak için kullanmıştır (Kuhn, 2004).

'Otizm' kavramı, Bleuler'in 'otistik psikopati' terimini kullanımından 30 yıl sonra Avusturyalı pediyatrist Hans Asperger tarafından Viyana Üniversitesi Hastanesi'nde verdiği bir ders sırasında (Asperger, 1938) kullanılmış ve bugünkü anlamını kazanmaya başlamıştır. Asperger, o dönemde yayınladığı ikinci doktora tezinde de (ilk yayınlanma

tarihi 1943) (Asperger, 1944) bir grup çocuk ve ergenin yaşadığı iletişim sorunları ve sosyal sorunlardan bahsetmiş ve bu bireylerin kısıtlı ilgi alanları ve tekrarlayıcı davranışlarının da olduğunu eklemiştir.

Asperger ile benzer zamanlarda ve birbirlerinden habersiz olarak, Leo Kanner, John Hopkins Üniversitesi Hastanesi'nde (Amerika Birleşik Devletleri) görev yaptığı dönemde, 'Duygusal Temasların Otistik Bozuklukları' (Autistic Disturbances of Affective Contact) (Kanner, 1943) adlı ünlü makalesini yayınlamıştır. Yaptığı çalışmada Asperger'in de çalışmasında tarif ettiği davranışlardan bahsetmiştir. Makalesinde bahsettiği 'otistik çekilme' ve 'değişime direnç' gibi tanımlamalar günümüzde OSB sınıflandırmaları arasında yerini korumaktadır. Kanner'ın çalışmasında bahsettiği 11 çocuğun, Asperger'in çalışmasında bahsettiği çocuklardan farkı, bu çocukların erken dönemde herhangi bir bilişsel ya da dil alanına bir gecikme yaşamamaları olmuştur.

Asperger'in Almanca olarak yayınladığı makalenin Uta Frith tarafından İngilizce'ye çevrilmesi ile birlikte (Asperger, 1943) bu bilgiler daha geniş bir kitleye yayılmış ve Lorna Wing tarafından Birleşik Krallık'ta daha da bilinir hale getirilmiştir (Wing, 1997). Takip eden süreçte ise otizmin bir spektrum (bozukluk yelpazesi) olduğu kabul görmüş ve son halini almıştır.

2.1.2. Otizmin Tanı Ölçütleri

Otizm, DSM-IV'de 'Yaygın Gelişimsel Bozukluk' ana başlığı altında;

- Otistik Bozukluk,
- Asperger Bozukluğu,
- Dezintegratif Bozukluk,
- Rett Bozukluğu ve
- Başka türlü açıklanamayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk

olmak üzere beş alt başlıkta açıklanırken, DSM-5'te 'Otizm Spektrum Bozukluğu' adıyla son haline ulaşmıştır.

DSM-5'te OSB tanı ölçütleri şu şekilde belirtilmiştir (DSM-5, 2014):

A) O sırada ya da geçmişte, aşağıdakilerle kendini gösteren, değişik biçimleriyle sosyal iletişim ve etkileşimde sürekli eksiklikler:

1. Sosyal-duygusal karşılık vermede eksiklik (sıra dışı sosyal yaklaşım ve karşılıklı konuşmada güçlük, ilgilerini, duygularını ya da duygulanımını paylaşamama, sosyal etkileşimi başlatamama ya da sosyal etkileşime girememe).
2. Sosyal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişim davranışlarında eksiklikler (sözlü ve sözsüz iletişimde yetersizlik, göz kontağı ve vücut dilinde sıra dışılık veya jestleri anlamlandırma ve kullanmada eksiklik, mimikler ve sözsüz iletişimin hiç olmaması).
3. İlişkiler kurma, ilişkileri sürdürme ve ilişkileri anlama eksiklikleri (değişik sosyal ortamlara göre davranışlarını ayarlayamama, imgesel (hayali) oyunu paylaşma ya da arkadaş edinme güçlükleri, yaşıtlarına ilgi göstermeme).

B) O sırada ya da geçmişte, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, sınırlı, yineleyici davranışlar, ilgiler ya da etkinlikler:

1. Basmakalıp ya da tekrarlayıcı motor eylemler, nesne kullanımları ya da konuşma (örn. basit motor basmakalıp davranışlar, oyuncakları ya da ya da nesnelere sıraya dizme, yankılama [ekolali], kendine özgü deyişler).
2. Aynılık konusunda direnme, sıradanlık dışına esneklik göstermeme ya da törensel, sözel ya da sözel olmayan davranışlar (örn. küçük değişiklikler karşısında aşırı sıkıntı duyma, geçişlerde güçlükler yaşama, katı düşünce tarzı, törensel selamlama davranışları, her gün aynı yoldan gitmek ya da aynı yemeği yemek isteme).
3. Yoğunluğu ya da odağı sıra dışı olan, ileri derecede kısıtlı, değişkenlik göstermeyen ilgi alanları (örn. alışılmadık nesnelere aşırı bağlanma ya da bunlarla uğraşıp durma, aşırı derecede sınırlı ya da saplantılı ilgi alanları).
4. Duyusal olarak aşırı ya da az duyarlılık veya uyaranların duyusal boyutuna aşırı ilgi gösterme (örn, ağrı/ısıya karşı aldırıışsızlık, özgül bir takım seslere ya da dokulara karşı ters tepki gösterme, nesnelere aşırı koklama ya da nesnelere aşırı dokunma, ışıklardan ya da hareketlerden görsel büyülenme [etkilenme]).

C) Belirtiler erken gelişim evresinde başlamış olmalıdır (toplumsal(sosyal) beklenti sınırlarını aşmıcaya dek fark edilmemiş veya daha sonra öğrendiği yollarla gölgelenmiş olabilir).

D) Belirtiler, sosyal, mesleki, başka önemli alanlarda klinik olarak anlamlı düzeyde bozukluğa neden olur.

E) Bu bozukluk zihinsel yetersizlik veya genel gelişimsel gerilik ile daha iyi açıklanamaz. Zihinsel yetersizlik ve OSB sıklıkla bir arada görülür, ancak OSB ve zihinsel engellilik tanısı konması için sosyal iletişimsel düzeyin genel gelişimin düzeyine göre beklenenin altında olması gerekir.

Ayrıca DSM-5, DSM-4'e göre otistik bozukluk, Asperger bozukluğu ya da başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk tanısı almış kişilere otizm açılımı kapsamında bozukluk tanısı konması gerektiğini bildirir. Sosyal iletişimde belirgin eksiklikleri olan, ancak belirtileri, otizm açılımı kapsamında bozukluk için başka tanı ölçütlerini karşılamayan kişilerin, sosyal iletişim bozukluğu açısından değerlendirilmesi gerekmektedir (DSM-5, 2014).

Bu tanı ölçütlerine ek olarak, tanı ölçütlerinin yanında belirtilmesi gereken bazı durumlar ise şu şekildedir (DSM-5, 2014):

- Eşlik eden anlıksal bozukluk olan ya da olmayan,
- Eşlik eden dil bozukluğu olan ya da olmayan,
- Eşlik eden bilinen bir sağlık durumu ya da kalıtsal durum ya da çevre etkeni olan,
- Eşlik eden diğer bir nörogelişimsel, ruhsal ya da davranışsal bozukluk olan,
- Katatoni ile giden.

Bu tanı ölçütleriyle birlikte DSM-5, 'spektrum' konseptini getirmiş ve alt kategorilerden oluşan bir bozukluklar zinciri yerine Lorna Wing tarafından ortaya atılan, tek bir çatı altında toplanmış bir bozukluk ismi olarak OSB kullanılmaya başlanmıştır (Wing vd., 2011). Her ne kadar bu alt başlıklar resmi olarak ortadan kalksa da, klinik ortamda ve halk arasında kullanımı devam etmektedir (Fuentes vd., 2014).

Hem duyulan ihtiyacın belirlenmesi hem de gerekli desteğin planlanması amacıyla bir ek bir tablo oluşturularak bozukluğun şiddeti tanımlanmıştır. Üç başlık altında toplanan ağırlık düzeyleri ise şöyledir (DSM-5, 2014; Fuentes vd., 2014):

Birinci düzey: Destek gerektirir. Desteklenmediği takdirde sosyal iletişimdeki eksiklikler fark edilir seviyede bozukluklara sebep olur. Sosyal etkileşim kurmakta zorlanır, diğerlerine karşı sıra dışı ve/veya başarısız sosyal girişimleri vardır. Bir ya da birkaç alanda işlevselliği, esneklik sağlayamaması sebebiyle belirgin olarak bozulmuştur.

İkinci düzey: *Önemli ölçüde destek gerektirir.* Sözel ve sözel olmayan etkileşimlerinde belirgin eksiklikler, sosyal olarak desteklense dahi bozukluklar fark edilir, sosyal etkileşim kısıtlıdır. Davranışlarında esneklik gösteremez, değişime uyum sağlamakta güçlük çeker ya da kısıtlı ilgileri veya tekrarlayıcı hareketleri sıkça görülür ve işlevselliğini bozar.

Üçüncü düzey: *Çok önemli ölçüde destek gerektirir.* Sözel ve sözel olmayan etkileşimlerinde ciddi eksiklikler, işlevsellikte ciddi bozukluklara sebep olur. Çok kısıtlı sosyal etkileşim ve diğer insanlardan gelen sosyal girişimlere çok kısıtlı tepkiler fark edilir düzeydedir. Davranışlarında esneklik gösterememesi, değişime uyum sağlamakta çok ciddi güçlük çekmesi, işlevselliğinde belirgin bozukluğa sebep olur.

2.1.3. Otizmin Yaygınlığı

Geçmişte otizmin nadir görülen bir bozukluk olduğu düşünülüyse de günümüzde yapılan araştırmalar bunun doğru olmadığını açıkça göstermiştir (Fuentes vd., 2014). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan geniş çaplı anketlere göre, ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (CDC-Centers for Disease Control and Prevention), OSB'nin yaygınlığını tüm ırklar, etnik gruplar ve sosyoekonomik düzeyler için 68'de 1 olarak açıklamıştır (Autism Speaks, 2014). Buna ek olarak da OSB'nin erkek çocuklarında görülme oranının (42'de 1) kız çocuklarında görülme oranından (189'da 1) 5 kat daha fazla olduğunu da yapılan araştırmaların sonucu olarak bildirmişlerdir (Fuentes vd., 2014). CDC'nin internet sitesinde Avrupa, Asya ve Kuzey Amerika'da yapılan birçok araştırmanın sonucu yer almakta ve bu araştırmalar OSB'nin yaygınlığını yaklaşık %1 olarak tespit etmektedir. Kim ve arkadaşlarının (2011) yaptığı araştırmaya istinaden, Güney Kore'de okul çağındaki çocuklar arasında OSB'nin görülme oranını %2,6 olarak tespit edilmiştir (Erkek çocukları arasında %3,7, kız çocukları arasında %1,5). İngiltere'de yapılan başka bir çalışmada ise OSB'nin yetişkinler arasında görülme oranı ise %1 olarak tespit edilmiştir (Brugha vd., 2011).

Türkiye'de kapsamlı bir araştırma henüz yapılmadığı için, OSB'nin ülkemizdeki yaygınlığı kesin olarak bilinmemektedir. Dünya genelinde yapılan araştırmalar ışığında, Türkiye'nin de benzer bir orana sahip olduğu düşünülmektedir. Tohum Türkiye Otizm Erken Tanı ve Eğitim Vakfı'nın 2008 yılında yürüttüğü Adana, Bursa, Gaziantep, İzmir ve Kocaeli illerini kapsayan taramaya istinaden, 18-36 ay arası 45.000'in üzerinde çocuk, çalışma kapsamında otizm riski açısından değerlendirilmiştir.

Taramada M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers: Değiştirilmiş Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği) ve CHAT (Checklist for Autism in Toddlers: Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği) ölçekleri uygulanmıştır. Ayrıca çalışma kapsamında anne-baba görüşlerinin ardından çocuk gözlemlerine yer verilmiştir. Çalışmanın sonunda orta ve yüksek risk düzeyinde çocuklar olduğu tespit edilmiştir (www.tohumotizm.org.tr).

Resmi olarak sonuçları açıklanmayan ancak yakın dönemde önemli sonuçlar barındıran bir çalışma daha İstanbul Kalkınma Ajansı tarafından desteklenen ve Tohum Otizm Vakfı tarafından yürütölen “Otizmde Tarama, Tanılama ve Eğitim Modelinin Geliştirilmesi Projesi”, 2017 yılında İstanbul’da 9.010 çocuğun taranması ile tamamlanmıştır. Proje 12 ay sürerken projenin amacı, erken tanı ve nitelikli eğitimin geliştirilmesi olarak açıklanmıştır. Çalışma kapsamında 18-36 ay arasında, Aile Sağlığı Merkezlerinde aşı olmaya gelen çocuklara M-CHAT-R (Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised: Değiştirilmiş Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği: Revize edilmiş) taraması yapılmıştır. Bu sonuçlara istinaden, riskli görölen çocukların ailelerine telefon ile ulaşarak ikinci bir tarama daha yapılmış ve bu taramadan da riskli çıkan 234 çocuk bağlı oldukları aile sağlığı merkezlerine çağrılarak uzman bir psikolog tarafından Denver II ve uzman bir psikiyatrist tarafından ise ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Scale-2) uygulanmıştır. Muayene sonucunda 234 çocuğun 73’üne otizm şüphesi bildirilerek aileler devlet hastanelerine yönlendirilmiş ve en kısa zamanda yoğun özel eğitime başlamaları önerilmiştir. Çalışmanın içeriği, kapsamı ve sonuçları değerlendirildiğinde, otizm riski açasından oldukça önemli bilgiler barındırdığını ve farkındalık oluşturularak yeni projelere önemli bir kaynak sağladığını söylemek mümkündür (<http://www.hurriyet.com.tr>).

2.1.4. Otizmde Erken Teşhis

Otizmde erken teşhis hem birçok çocuğun ilerlemesini hızlandırabilecek müdahalelerin yapılmasını sağlarken hem de ailelerin şüphelerini ve endişelerini ortadan kaldırarak aileleri geleceğe dair planlar yapmaları konusunda yönlendirmektedir. Eğer bir ailede daha önce otizm tanısı almış bir çocuk varsa, yeni doğmuş veya doğacak çocukların yaşamlarının ilk yıllarında yoğun gözlem altında tutulması çok önemlidir (Fuentes vd., 2014). Otizm tanısı almış çocuklarda yaşamlarının ilk altı aylarında otizm belirtisi tespit etmek oldukça güç iken bu dönemde

yalnızca gelişim geriliği belirtilerinden söz edilebilmektedir. Ancak altıncı ayın sonrasında sosyal etkileşim problemleri fark edilir hale gelmeye başlar (Zwaigenbaum vd., 2005). İki yaşına gelen otizm spektrumundaki çocukta, sosyal etkileşim, oyun, dil ve bilişsel kapasite ve ek olarak da duyuşsal ve motor kapasitelerinde fark edilir seviyede bozulmalar görülür (Zwaigenbaum vd., 2009). Fuentes ve arkadaşları (2014), tüm bu bulgular ışığında OSB'nin bazı vakalarda daha erken tespit edilebileceğini ve tespiti kolaylaştıran birçok yeni birçok belirtinin ortaya çıktığı 24 ay civarında birçok çocuğun OSB açısından erken teşhis edilebileceğini bildirmişlerdir ve bunun önemini aktarmışlardır.

2.1.5. Otizmin Nedenleri ve Risk Faktörleri

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1950'li yıllarda ve 60'lı yılların başında otizm, ailelerin ilgisizliği ve ihmali yüzünden çocuğun yalnızlığa itilmesi olarak değerlendirilmiş ancak 1964 yılında Bernard Rimland bugünkü otizm kavramını açıklamıştır. Beynin gelişimsel bir bozuklukluğı olduğundan "Infantile Autism: The Syndrome and its Implications for a Neural Theory of Behavior" adlı kitabında bahsetmiştir (Rimland, 1964).

2.1.5.1. Genetik Faktörler

Muhle ve arkadaşlarına (2004) göre, geçmişte yapılan ikiz kardeş ve aile çalışmaları neticesinde görülmüştür ki otizmin nedenleri arasında genetik (kalıtsal) faktörlerin büyük bir önemi vardır. Örnek vermek gerekirse, Otizimli bireyin kardeşlerinde de otizm görülme oranı, normal popülasyonda görülme oranından 50 ila 200 kat daha fazladır Otizimli bireyin otizmi olmayan akrabaları arasında dahi iletişim ve sosyal beceri problemleri görülme oranı oldukça yüksektir (Fuentes vd., 2014).

Freitag'a (2007) göre otizmin kalıtım derecesi %90 civarındadır ancak genetik faktörler oldukça farklı yapıda, karmaşık ve büyük çoğunluğu da henüz anlaşılmamıştır. Otizmle alakası olduğu düşünülen genler üzerinde yapılan çalışmalarda bazı anormallikler saptanmış ve bazı kromozom bölgeleri otizmden sorumlu bulunmuşsa bile çalışmalar hala kesinlik kazanmamıştır (Freitag v. 2010). Fuentes ve arkadaşlarına (2014) göre, otizmde genetik araştırmaların gelecekte odaklanması gereken asıl alan, gen-çevre etkileşimini aydınlatacak çalışmalardır.

2.1.5.2. Nöroanatomik Bulgular ve Nörogörüntüleme Bulguları

Nöroanatomik ve nörogörüntüleme bulgularına istinaden beynin serebral bölgesindeki volümün arttığı ve hem gri hem de beyaz bölgenin bu durumdan etkilendiği, ventriküllerin de genişlediği görülmüştür (Fuentes vd, 2014). Nörogörüntüleme bulguları ayrıca beyin kimyasında, serotonin sentezinde ve beyin elektro-fizyolojik yapısında anormallikler tespit edilmiştir (Courchesne vd., 2004; Hazlett vd., 2005; Lainhart, 2006).

Yakın zamanda yapılan bir çalışmada, öldükten sonra beyin yapıları incelenen otizmlili küçük çocukların büyük çoğunluğunun düzensiz korteks yapısında belirli lekeler/benekler tespit edilmiştir (Stoner vd., 2014). Bu bölgeler otizmde sorun teşkil eden sosyal, duygusal, iletişim ve dil alanlarından sorumlu beyin bölgelerinde olduğu da edinilen bilgiler arasındadır.

2.1.5.3. Çevresel Faktörler

Otizmin sebeplerinden biri olarak kabul gören çevresel faktörlerden bazıları civa, kadmiyum, nikel, trikloretilen ve vinil klorürdür (Kinney vd., 2010). Ancak geçmişte kabul gören kızamık aşısının otizme sebep olduğu görüşü dünyada hatırı sayılır birçok kurum tarafından reddedilmiş ve yapılan araştırmalarla da aşının otizmin sebebi olmadığı kanıtlanmıştır (Goodlee vd., 2011; Wakefield vd., 1998).

Grant ve Soles (2009) tarafından D vitamini eksikliğinin otizm riskini arttırdığı iddia etmiştir. Suren (2013) hamilelik öncesinde alınan folik asit takviyesinin otizm riskini azalttığını öne sürerken, Christensen (2013) yaptığı çalışmada annenin epilepsi tedavisi için hamilelik sırasında kullandığı sodyum valproatın doğacak çocuktaki otizm riskini belirgin bir şekilde arttırdığını bildirmiştir.

2.1.5.4. Epigenetik Faktörler

Genetik ve çevresel faktörlere ek olarak, epigenetik faktörlerin, OSB ile birlikte görülebilen birçok genetik sendromun, gen ekspresyonunu düzenlemeye yardımcı olan epigenetik işaretlerin düzensizlik göstermesiyle de bağlantılı olduğuna dair göstergeler vardır (Grafodatskaya vd., 2010).

2.1.5.5. Risk Faktörleri

NICE (National Institute for Health and Care Excellence, Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü, ABD)'in (2011) yayınladığı kılavuzda otizm SPEKTRUM bozuklukları açısından önemli görülen bazı risk faktörleri listelenmiştir. Bu risklerin tamamına dair kanıtların çok da güçlü olmadığını belirten NICE, listeyi şu şekilde sıralamıştır:

- Otizmlili bir kardeşe sahip olmak,
- Ebeveynlerde şizofreni benzeri psikozun hikâyesi,
- Ebeveynlerde duygusal bozukluk hikâyesi,
- Ebeveynlere başka bir zihinsel veya davranışsal bozukluk öyküsü,
- 40 yaşın üzerinde anne yaşı,
- 40 yaşın üzerinde baba yaşı,
- Doğum ağırlığının 2500 gr'dan az olması,
- Prematüre doğum (35 haftadan az),
- Yeni doğan yoğun bakım ünitesine kalmak,
- Doğum kusurlarının varlığı,
- Erkek cinsiyetine sahip olmak,
- 20 haftadan daha az zamanda düşük tehdidi,
- Başkentte yaşamak,
- Bir başkent banliyösünde yaşamak.

Özetle, otizmin kalıtsal bir bozukluk olduğuna dair kanıtlar ne kadar güçlü olursa olsun, genetik faktörlerin oldukça heterojen ve karmaşık bir yapıya sahip olması ve çevresel faktörlerin genlerle ilişkisi henüz tam olarak anlaşılammış olması, otizmin nedenlerinin netleştirilmesine engel olmaktadır (Fuentes vd., 2014). Ancak geçmişten günümüze devam eden birçok çalışmanın olması, gelecekte edinilecek yeni bilgiler için umut verici niteliktedir.

2.1.6. Otizm Tanısı

OSB şüphesi taşıyan çocuğun hiç vakit kaybetmeden, alanında uzman eğitimcilerin çalıştığı bir özel eğitim merkezine yönlendirilmesi ve bu özel eğitim merkezinde standart bir eğitim sisteminin uygulanıyor olması gerektiği görüşü uzmanların büyük çoğunluğu tarafından kabul görmektedir. Tanı koyulma aşamasında çocuğun birden

fazla ortamda gözlenmesi gerektiği de ayrı bir genel geçer görüş olarak nitelendirilebilir. Küçük çocukların farklı ortamlarda farklı şekillerde davranabileceğini düşündüğümüzde, çocuğun hem standart bir muayene ortamında gözlenmesi hem de doğal ortamında izlenmesi, daha ideal bir tanılama sistemi getirecektir (Fuentes vd., 2014). Ayrıca, günümüzde en yeni ve en geçerli tanı koymaya yardımcı araçların kullanılması da tanı güvenilirliğini arttırmakta ve doğru yönlendirmelerin yapılmasına olanak vermektedir. Bu ölçek ve testler çoğunlukla ülkemiz dışında geliştirilmektedir. Bu ölçek ve testlerin dilimize çevrilmesi ve kültürümüze uyarlanması, kaliteli ve uygun fiyatlı uygulayıcı sertifikası ve eğitim olanaklarının sunulması, gerçekçi ve kullanıcı dostu araçların geliştirilmesi, mevcut araçların da yaygınlaştırılması, otizm alanında yere daha sağlam adımlarla basılmasını sağlayarak hem bilimsel alana hem de OSB şüphesi olan çocuğa ve ailesine oldukça büyük katkılar sağlayacaktır (Fuentes vd., 2014).

DSM-5'te de belirtilen ölçütler hakkında gelişimsel ve davranışsal alanlarda uzmanlara ve ailelere bilgi veren iyi bir tanılama aracının sahip olması gereken özellikleri NICE (National Institute for Health and Care Excellence, Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü, ABD) şu şekilde sıralamıştır:

- Bilişsel kapasite ve öğrenme biçimi,
- Akademik beceriler,
- Konuşma, dil ve iletişim becerileri,
- Motor beceriler,
- Uyum (kendi kendine yardım dâhil) becerileri,
- Sosyalleşme becerileri,
- Benlik saygısını da içeren zihinsel ve duygusal sağlık, fiziksel sağlık ve beslenme,
- Duyusal hassasiyetler,
- Yaşam deneyimlerini, gelecekteki destek çalışmaları ve planlarını etkileyebilecek davranışlar.

2.1.7. Otizmin Tedavisi

Fuentes ve arkadaşlarına (2014) göre otizmin tedavisinde farklı birçok faktör devreye girdiği için tam olarak bir tedavi tanımından bahsetmek oldukça güçtür. Ancak OSB’li kişiler için yapılması gereken üç ana şeyi şu şekilde tanımlıyorlar: *kişiselleştirmek, kavramsallaştırmak ve güçlendirmek*.

Özel eğitimin önemi her ne kadar bilinse de OSB için kesin bir ‘kür’ arayan klinisyenler ve aileler, bozukluğun altında yatan bir neden, bir mekanizma ya da bir durum var mı diye arayışlar içerisine giriyorlar (Fuentes vd., 2014). Ülkemizde ve dünyada bu ‘kür’ arayışı genellikle internet ortamında paylaşılan kimi doğru kimi ise yanlış olan bilgilerle gerçekleşmektedir ancak aileler bu bilgi kirliliği içerisinde daha da içinden çıkılmaz durumlara sürüklenmektedirler. Aileler ve uzmanlar, çocuklar için hiçbir şey yapmadan durmaktansa, ellerinden gelen her yolu deneyerek içlerinden birinin işe yaramasını ümit etmektedirler.

OSB için kesin bir ‘kür’ bulunmaması ile birlikte, yaşam boyu süren, kişiye uygun ve kaliteli özel eğitim desteği, otizimli kişilere ve uzmanlara büyük destek oluştururken, yüksek kalitede toplum hizmetlerinin sağlanması ile de otizimli kişilerin ve ailelerinin yaşam kaliteleri yükselmektedir (Fuentes vd., 2014). Ancak imkânları geniş ve varlıklı ülkelerde geliştirilen eğitim programları, dünya genelinde yaygınlığa ulaşamadığı için ülkemiz de dâhil olmak üzere oldukça az sayıda OSB’li birey bu güncel ve kaliteli eğitim programlarından faydalanabiliyor.

Günümüzde bilimsel araştırmalarla da en çok desteklenen davranışsal müdahaleler, daha çok anne-çocuk etkileşimini arttıran, sosyal ve iletişim becerilerini arttırmaya yönelik, kısa süreli hedefler sunan programlardır. Uzun dönem sonuçları hedefleyen programların sahip olması gereken elementler ise Otizm Avrupa (Autism Europe) tarafından şu şekilde belirlenmiştir: *eğitim, ulaşılabilir toplum hizmetleri, her türlü psikolojik ve medikal tedaviye ulaşım*.

Psikotropik ilaçların kullanımı ise toplumdaki inanın aksine OSB’nin belirtilerine yönelik değil otizme eşlik eden diğer bozuklukların (örneğin dikkat eksikliği ve hiperaktivite) belirtileri için (öfke sorunları, kendine zarar verme gibi) kullanılmaktadır (Sung vd., 2014).

Otizm Avrupa’ya göre geçerliliği kanıtlanmış, iyi sonuç veren bir müdahale, *kişiselleştirilmiş, yapılandırılmış, yoğun ve genellenebilir, ve ailelerin de katılımını içeren* programlar olmalıdır.

2.2. DEPRESYON

Depresyon kelimesi, çökkünlük, kederli hissetme, düşük işlevsellik ve yaşamsal aktivitelerin azlığı anlamlarında kullanılmaktadır. Depresyon, toplumun büyük kesinimi etkileyen, yaygın bir psikiyatrik bozukluktur ve tedavi edilmediği takdirde erken ölüm, birçok sağlık sorununun gelişmesi gibi sonuçlar doğurabilir (Çelik & Hoccoğlu, 2016).

2.2.1. Depresyonun Tanı Ölçütleri

Depresyon Bozuklukları DSM-5'te 8 ayrı alt grupta belirtilmiştir. Bu alt gruplar;

- Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği,
- Majör Depresyon,
- Süregiden Depresyon (Distimi),
- Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori,
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon,
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon,
- Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon,
- Tanımlanmamış Depresyondur.

Bu çalışmada Majör Depresyon bozukluğu ele alınacaktır. DSM-5'te majör depresyonun tanı ölçütleri şu şekilde belirtilmiştir (DSM-5, 2014):

A) İki hafta süresince, aşağıdaki belirtilerden beşi ya da daha çoğu görülüyorsa ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuşsa; (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadan en az biri varsa.

Not: Başka bir sağlık durumuna bağlı belirtiler bu belirtilerin dışında değerlendirilmelidir.

1. Çökkün duygudurum (kendisi ya da başkaları tarafından bildirilir).
2. İlgide azalma ve zevk alamama (günün büyük bir bölümünde, kendi beyanı ile ya da gözlemlerle belirlenebilir).
3. Kilo vermeye çalışmazken çok kilo verme ya da kilo alma ya da yeme isteğinde azalma.
4. Belirgin bir şekilde uykusuzluk çekme ya da fazla uyuma.
5. Fazla kaygılı olma ya da fazla sakinlik (yavaşlama).
6. Enerji kaybı, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması.
7. Değersizlik ve uygunsuz şekilde suçluluk hissetme.

8. Dikkatini toparlamakta, düşünmekte güçlük çekme ya da kararsızlık.
9. Ölümle ilgili düşünceler; kendini öldürme ile ilgili fikirler ya da planlar.

B) Klinik olarak belirgin şekilde bir sıkıntı ya da sosyal, işle ilgili konularda işlevsellikte düşmeye sebep olan belirtiler.

C) İçinde bulunulan dönem herhangi bir madde veya başka sağlık durumunu ilgili değildir.

Not: A-C maddeleri majör depresyonu oluşturan tanı ölçütleridir.

D) Bu dönem, şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bir bozukluk tanımıyla açıklanamaz.

E) Kişi, bu süreç içerisinde hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirmemiştir.

Not: Mani veya hipomani benzeri dönemler bir maddenin yol açtığı veya başka bir sağlık durumunun belirtileri ile açıklanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

2.2.2. Depresyonun Yaygınlığı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2001 yılında bir rapor yayınlamıştır ve bu rapora göre yaklaşık 340 milyon kişinin depresyon belirtilerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Geçmiş verilere istinaden yapılan tahminlerde, 2020 yılına gelindiğinde depresyonun, kişilerin iş hayatını olumsuz etkileyen bozukluklar arasında birinci sırada, işlev kaybına yol açan hastalıklar arasında ise ikinci sırada yer alacağı tahmin edilmektedir ('Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı, DALY: Disability Adjusted Life Year') (WHO, 2001). DSÖ, tüm dünyada en acil sağlık sorunlarının sıralandığı listede ise depresyonu, dördüncü sıraya koymuştur (Akhiskal, 2007). Avrupa Beyin Komitesi'nin yaptığı bir çalışmada ise depresyonun Avrupa'da öngörülenden daha erken zamanda 'en çok yeti yitimine sebep olan bozukluk' olarak yerini alacağı bildirilmiştir (Spinney, 2009).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, depresyonun yaygınlığının %8 ile %20 arasında olduğu tespit edilmiştir (Doğan vd., 1995). Köroğlu'nun 2004 yılında yayınladığı kitabında majör depresif bozukluğun yaşam boyu riski erkeklerde %5 ile %12 arasında iken kadınlarda %10 ile %25 olarak tespit edilmiştir. Yetişkinlerde majör depresif bozukluğun alınan örnekleme noktasındaki prevalansı (belli bir toplumda belli bir anda yaygınlığı) erkekler için %2 ile %3 arasında ve kadınlar için %5 ile %9 arasında değiştiği bildirilmektedir (Köroğlu, 2004). Olchanski ve arkadaşlarının (2013) yaptığı

araştırmaya istinaden ise, depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı %1,5 ile %19 olarak bildirilmiştir. Yapılan araştırmalar arasında bu oranların farklılık göstermesinin sebebi, kullanılan tanı araçları ve tanı ölçütlerinin farklılık göstermesidir (Yalvaç, 2012).

2.2.3. Depresyonun Nedenleri ve Risk Faktörleri

Depresyon, diğer psikolojik bozukluklarda da olduğu gibi yalnızca tek bir sebebe bağlı olarak değil birden çok sebebe bağlı olarak ortaya çıkan bir bozukluktur (Fıncı, 2017).

2.2.3.1. Biyolojik Etkenler

Depresyonun biyolojik kökenleri tam olarak bilinmese de yapılan çalışmalar ve uygulanan tedaviler ışığında bir takım görüşler ileri sürülmektedir. Çelik ve Hocaoğlu'na (2016) göre, depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlarla sinir hücreleri arasındaki ileti sağlanır ve bu maddelerin hedefindeki reseptörlerin etkinliği değişmektedir. Nörotransmitter olarak adlandırılan iletili maddelerin ve reseptörlerin depresyonun oluşumunda rol oynadığı düşünülmektedir (Çelik ve Hocaoğlu, 2016). Sinir iletiliciler arasında depresyonla ilişkisi olduğu düşünülen en önemli sinir iletilicilerinden bazıları noradrenalin, serotonin ve dopamindir.

2.2.3.2. Genetik Etkenler

Depresyonun gelişiminde etkisi olduğu düşünülen bir diğer etmen de genetik faktörlerdir. İkiz bireyler üzerinde birçok çalışma yapılmış ve bu araştırmaları ele alan metaanaliz çalışmalarında depresyona genetik bir geçisin olduğu tespit edilmiştir (Erdan & Abay, 2001). Buna istinaden tek yumurta ikizlerinde (monozygot) depresyon riski %40 iken, çift yumurta ikizlerinde (dizyot) bu oran %11'dir. Majör depresif bozukluk hastaları üzerine yapılan çalışmalarda bu hastaların birinci derece akrabalarında depresyon görülme riskinin arttığı tespit edilirken yapılan evlatlık çalışmalarında biyolojik anne babasında depresyon olan evlat edinilmiş çocuklarda da depresyon görülme riskinin yüksek olduğu görülmüştür (Elder & Mosack, 2011; Holmans vd., 2007). Bir diğer çalışmada ise birinci derece akrabasında depresyon olan kişilerde depresyon gelişme riskinin üç kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Işık vd., 2013).

Epigenetik faktörlerin de depresyon gelişimi üzerinde rol oynadığı da yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (Haddad vd., 2008).

2.2.3.3. Risk Faktörleri

Depresyonun ortaya çıkmasına etki eden birçok risk faktörü vardır. Kişide kalıtsal yatkınlığın olması, kadın cinsiyetine sahip olmak, bağımlı ve takıntılı özellikler gösteren kişiliğe sahip olmak, stresli yaşam, başka bir psikiyatrik ve/veya bedensel hastalığa sahip olmak, sosyal destek azlığı, ayrılmış, boşanmış ya da dul olmak, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olmak gibi sebepler, depresyonun gelişmesine etki eden faktörlerdir (Yalvaç, 2012).

2.3. KAYGI

Kaygı (Anksiyete) temel olarak bunaltı, boğulma hissi ve sıkıntılı durum anlamlarına gelirken olası bir tehlike karşısında bireyi tetikte tutarak gerektiğinde harekete geçiren biyolojik bir uyarıcı olarak da düşünülebilir (Tükel & Alkın, 2006). Kaygı, kaynağı belli olmayan bir tehlike beklentisi anlamında kullanılarak korkudan ayırılır (Arkonaç, 1999). En basit şekilde tanımlamak gerekirse, fiziksel belirtilerin de eşlik ettiği, normalin dışında, nedeni olmayan bir tedirginlik ve endişe yaşamak olarak düşünülebilir (MEB, 2012).

2.3.1. Kaygı (Anksiyete) Bozukluğu Tanı Ölçütleri

DSM-5'te Kaygı Bozuklukları 11 alt grupta ele alınmaktadır. Bu alt gruplar;

- Ayrılma Kaygısı,
- Seçici Konuşmazlık (Mutizm),
- Toplumsal Kaygı (Sosyal Fobi),
- Panik Bozukluk,
- Agorafobi,
- Yaygın Kaygı Bozukluğu,
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu,
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu,
- Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu,
- Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğudur.

Bu çalışmada Yaygın Kaygı Bozukluğu ele alınacaktır. DSM-5'te yaygın kaygı bozukluğunun tanı ölçütleri şu şekilde belirtilmiştir (DSM-5, 2014):

A) En az 6 ay süresince, olaylar veya aktivitelerle (işte ya da okulda başarı gösterme) ilgili aşırı bir kaygı vardır.

B) Kuruntuları kontrol etme sorunları.

C) Yaşanan kaygıya aşağıdaki altı belirtiden üçü veya daha fazlası en az 6 ay süre boyunca eşlik eder:

Not: Çocuklarda yalnızca tek bir maddenin gözlenmesi yeterlidir.

1. Huzursuzluk, gerginlik veya sakinleşememe,
2. Çabuk yorulma,
3. Odaklanma sorunları veya zihin boşalması,
4. Kızgınlık,
5. Kas gerginliği,
6. Uyku düzeninde ve kalitesinde bozulma.

D) Yaşanan kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, belirgin bir sıkıntıya, sosyal, veya işle ilgili alanlarda işlevsellikte düşmeye sebep olur.

E) Bu bozukluk, bir madde kullanımı (örn. ilaç) veya bir sağlık durumu (örn. hipertiroidi) belirtileri ile açıklanamaz.

F) Bu bozukluk, diğer ruhsal bozukluklardan biriyle daha iyi açıklanamaz.

2.3.2. Kaygı (Anksiyete) Bozukluğunun Yaygınlığı

Kaygı bozuklukları, mental bozukluklar arasında yaşam boyu yaygınlık açısından en çok görülen bozukluk gruplarından. Kaygı bozukluğu yaşayan hastaların çoğu eşlik eden başka bir mental bozukluğa daha sahiptir. Hastaların neredeyse %70'i kaygı bozukluğuna ek bir depresif bozukluk da yaşamaktadır (Faravelli vd., 2012).

Kaygı bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı %6 ile %12 arasında iken, yaygın kaygı bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %3 ile %5 arasındadır (Kessler vd., 2009). Cinsiyet ve yaş olarak değerlendirildiğinde, kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre daha fazla iken, ileri yaşlarda da daha sık görülmektedir (Martin, 2003).

2.3.3. Kaygı (Anksiyete) Bozukluğunun Nedenleri ve Risk Faktörleri

Diğer psikolojik rahatsızlıklarda olduğu gibi kaygı bozuklukları da tek bir nedene bağlı olarak değil birden fazla faktörün birleşmesiyle meydana gelmektedir. Genetik faktörler, çocukluk dönemi yaşantıları, kişilik özellikleri, yanlış öğrenmeler, önemli olumsuz yaşam olayları (ölüm, hastalık, kaza gibi), çevresel ve ailesel faktörler, kaygı bozukluklarının nedenlerinden bazılarıdır (MEB, 2012).

2.3.3.1. Risk Faktörleri

a) Genetik Faktörler

Biyolojik kökeninin kesin olarak kanıtlanamamasına rağmen, yapılan aile, ikiz ve evlatlık çalışmalarına istinaden kaygının kalıtsal olduğu kanıtlanmıştır (Hettema vd., 2001).

b) Cinsiyet

Amerika Birleşik Devletlerinde düzenlenen Ulusal Komorbidite Anketi (The National Comorbidity Survey) sonuçlarına göre, kaygı bozuklukları kadınlarda erkeklerden 2 katı daha fazla oranda görülüyor (Kessler vd., 1994). Ayrıca, belirtilerin sayısı ve şiddeti de kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek seyrediyor (Vesga-Lopez vd., 2008).

c) Yaş

Kaygı bozukluklarının genellikle ileri yaşlarda ortaya çıktığı bilinir (Beekman, 1998). Erken yaşlarda başlayan anksiyetenin çocukluk yaşlarında ya da erken dönemde yaşanan istismar, ayrılık, yaşının gerektirdiğinin üzerinde sorumluluk alma, küçük çaplı ancak kronik stres gibi zorlu yaşam olayları gibi durumların sonucu olduğu düşünülmektedir (Beesdo vd., 2010; Benjet vd., 2010; Gosselin & Laberge, 2003; Moffitt vd., 2007).

d) Komorbidite (Eşlik eden diğer bozukluklar)

Anksiyete bozukluğu olan hastaların eşlik eden farklı bir bozukluğunun daha olması, kişinin psikolojik ve sosyal açıdan daha büyük sorunlar yaşamasına ve tedavinin daha zorlaşmasına sebep olmasına sebep olmaktadır (Nutt vd., 2006). Yaygın kaygı bozukluğuna eşlik eden bozukluklardan bazıları majör depresif bozukluk ve bipolar bozukluk, anoreksiya nervosa, panik ve sosyal kaygı bozuklukları, özgül fobi, travma

sonrası stres bozukluğu ve madde kullanım bozukluklarıdır (Dellava vd., 2011; Nutt vd., 2006; Simon, 2009).

e) Diğer Risk Faktörleri

Amerika'da yapılan araştırmaların çoğunda Asyalı, Latin ve siyahi yetişkinlerin yaygın kaygı bozukluğu açısından diğer kökenlere istinaden daha düşük riske sahip olduğu görülmüştür (Weisberg, 2009). Akrabalar veya eşlerle olan ilişkinin kalitesinin de kaygı ile bağlantılı olduğu tespit edilmiş ve ilişkinin kalitesiz olması kaygı seviyesinin yüksek olacağının bir göstergesi olarak düşünülmüştür (Priest, 2013).

2.4. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi, öznel bir algıdır ve aile, okul ve iş gibi sosyal ortamlarda kişisel ihtiyaçların ve temel sorumluluklarının karşılanmasını temsil eder (Schalock, 1994). Toplumda yaşam kalitesi çoğunlukla maddi durumla ilişkilendirilir ve yalnızca paranın yaşam kalitesini arttıran bir durum olduğu düşünülür. Ancak yaşam kalitesi, öznel bir algı olması sebebiyle yaşamdan beklenti ile orantılı olarak değişiklik gösterir. Nussbaum ve Sen'e (1993) göre, yaşam kalitesinin tam anlamıyla değerlendirilebilmesi için kişilerin sahip olduğu sağlık şartlarının ve sağlık hizmetlerinin, eğitimin (sisteminin) kalitesi ve ulaşılabilirliğinin, iş gücünün monoton mu yoksa tatminkâr mı olduğunun, işçi-işveren ilişkilerinin kalitesinin, vatandaşların sahip olduğu politik ve yasal ayrıcalıkların ve toplumsal ve kişisel alandaki özgürlüklerinin, aile ilişkilerinin ve cinsiyetler arası ilişkilerin nasıl yapılandığının ve bu yapılanmanın diğer insani aktiviteleri olumlu ya da olumsuz nasıl etkilediğinin bütüncül olarak ele alınıp değerlendirilmesi gerekmektedir. Ek olarak tüm bunların üzerinde tutulması gereken özellikler arasında, kişilerin toplum tarafından da desteklenebilen hayal etme, merak etme, sevgi ve minnet gibi duyguları hissedebilme gibi insanın ticari ilişkilerin üzerinde bir varlık olduğunu gösteren özellikleri sorgulayabilme yetisini de yaşam kalitesini değerlendirirken dikkate almak gerekmektedir (Nussbaum ve Sen, 1993).

2.5. OTİZMLİ ÇOCUĞU OLAN AİLELERDE DEPRESYON VE KAYGI

Otizmin geniş çaplı ve kronik doğası ve otizmlili çocukların baş etmesi güç semptomları ve sorunlu davranışları sebebiyle aileler oldukça zor bir durumun içine düşmektedir. Otizmin hayatlarına girişı ile birlikte, aileler kendilerini bekleyen, çocuğun günlük bakımı, topluma kazandırılması ve eğitim planlamalarının yapılması gibi birçok yeni sorumlulukla karşı karşıya kalmaktadırlar (Darıca vd., 2005). Otizmlili çocuklarına bakım veren pozisyonları sebebiyle zamanlarının çoğunu çocuklarına ayırmaları sonucunda ilişkileri ve birçok alandaki faaliyetleri (ekonomik, iş ve aile yaşamı gibi) etkilenmekte ve buna bağılı olarak da depresyon ve kaygı gibi diğer birçok olumsuz sonucu beraberinde getirmektedir (Glasberg vd., 2007; Gray, 1998, Marcus vd., 2005; Moes, 1995).

Otizmin nedenlerinin net bir şekilde bilinmemesi, otizmlili çocuğa sahip aileleri de bir belirsizlik içine sokmakta ve kendilerine olan güven duygularının olumsuz şekilde etkilenmesine sebep olmaktadır. Buna bağılı olarak da ailelerde yetersizlik inançları da ortaya çıkabilmektedir (Dalkılıç, 2016). Uğuz ve arkadaşlarının (2004) çalışmasına göre, engelli çocuğu olan annelerde bunaltı, zorlantı ve depresyon seviyesi, engelli çocuğa sahip olmayan annelere göre istatistiki olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmektedir. Fişiloğlu ve Demir (2000)'e göre ise otizm spektrum bozukluğu olan çocukların annelerinde sosyal fobi ve depresif belirtilerin görülme oranı sıktır.

Suudi Arabistan'ın Riyad (Riyadh) şehrindeki seçilmiş bazı hastaneler ve kliniklere başvuran çocukların ebeveynleri ile yapılan bir retrospektif kohort çalışmada, ebeveynlerin depresyon ve kaygı düzeyleri incelenmiştir (Almansour vd., 2013). Çalışmaya 50 OSB'li çocuğun anne/babası katılırken, 50 katılımcı da tipik gelişimi olan çocukların anne/babalarından oluşmaktadır. Çalışma kapsamında, hastane ortamında depresyon ve kaygı ölçeği uygulanan ailelerde hem depresyon, hem de kaygı ölçek puanları deney grubu için (OSB'li çocukların ebeveynleri) ortalamasının anlamlı şekilde üzerinde bulunmuştur. Çalışmaya katılım gösteren kişiler arasından, deney grubunda %22, kontrol grubunda ise %2 oranında psikiyatrik sorun öyküsü olan katılımcı tespit edilmiştir. Buna istinaden de OSB'li çocuğa sahip kişilerde psikiyatrik öykü oranının, tipik gelişim gösteren çocuğa sahip kişilerde görülme oranından anlamlı bir şekilde yüksek olduğu da tespit edilen bilgiler arasındadır (Almansour vd., 2013).

Akçakın ve Erden (2001) tarafından yürütülen bir çalışmada, otizm tanısı almış çocukların anne-babalarından oluşan 82 kişilik araştırma grubunda kaygı, depresyon ve obsesyon (takıntı) belirtilerini değerlendirmek üzere Beck Depresyon Envanteri, Durumluk-Sürekli Kaygı Envateri, Maudsley Obsesif Soru Listesi ve SCL 90-R formları kullanılmıştır. Çalışmanın sonucunda, OSB'li çocukların annelerinin Beck Depresyon Envanteri puanları, kontrol grubu puanlarından anlamlı olarak yüksek çıkmış ancak diğer ölçeklerde anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. SCL-90 puanları karşılaştırıldığında ise hem deney hem de kontrol grubunda annelerin skorlarının babaların aldığı skorlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yapılan bir diğer çalışmada, tanı konulma zamanları üzerinden otizmlili çocukların ebeveynlerinin kaygı ve depresyon düzeyleri, normal gelişim gösteren çocukların ebeveynlerinin düzeyleri ile karşılaştırılmış ve sonrasında bu düzeylerin aile yapıları arasındaki ilişkiler incelenmiştir (Beşikçi, 2000). Araştırmanın sonuçlarına istinaden, otizmlili çocukların annelerine ait depresyon ve durumluk ve sürekli kaygı puanları, kontrol grubundaki annelere göre anlamlı şekilde daha yüksek çıkmıştır. Deney grubu içerisinde yapılan istatistiksel hesaplamalar sonucunda ise otizm tanısı yakın zamanda konmuş çocukların annelerinde depresyon ve durumluk-sürekli kaygı düzeyleri, tanısı daha önceden konmuş çocukların annelerine göre anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir. OSB olan çocukların babalarında depresyon ve kaygı düzeyleri açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Otizm tanısı belirli bir süre önce konmuş çocukların annelerinde depresyon ve sürekli kaygı seviyeleri babalara göre daha yüksek çıkarken; tanısı yakın zamanda konmuş çocukların annelerinde, depresyon ve durumluk-sürekli kaygı seviyeleri babalarinkine göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Normal gelişim gösteren çocukların ebeveynleri arasında depresyon ve kaygı düzeyleri açısından bir fark olup olmadığına istinaden yapılan istatistiksel hesaplamalarda ise anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Piven ve Palmer'in (1999) araştırmasında, 25 otizm tanısı almış bireyin ve 30 Down sendromu tanısı almış bireyin ebeveynleri çalışma grubuna dâhil edilerek yirmi dört farklı psikiyatrik bozukluğun tanı kriterini içeren ve bilimsel araştırmalar için kullanılan Araştırma Tanı Kriteri (Research Diagnostic Criteria-RDC) envanteri uygulanmıştır. Otizm tanısı almış kişilerin ebeveynlerinde majör depresyon ve sosyal fobi için yaşam boyu görülme oranı, Down sendromu tanısı almış kişilerin ebeveynlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışma kapsamında katılımcıların büyükanneleri, büyükbabaları, dayıları, amcaları, teyzeleri ve halaları ile

de görüşmeler yapılmış ve Aile Geçmiş Görüşmesi: Gelişimsel Bozukluklarda Bilişsel ve Sosyal İşlevsellik (Family History Interview for Developmental Disorders of Cognition and Social Functioning) formu uygulamıştır. Buna istinaden, diğer aile üyelerinde depresyon ve kaygı bozuklukları olup olmadığını anlamak amacıyla yapılan bu görüşmelerde, hem depresyon hem de kaygı seviyelerinin, otizm tanısı almış bireylerin aile üyelerinde, Down sendromu tanısı almış aile üyelerine oranla anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Lounds ve arkadaşlarına (2007) göre, yapılan bazı araştırmaların sonuçlarına istinaden, otizmlili çocuklar çocukluk çağını atlatıp yetişkin çağa geldiklerinde, annelerin kendilerini daha iyi hissettiklerini ve bununla bağlantılı olarak da depresyon ve kaygı seviyelerinin daha küçük yaşta otizmlili çocuğa sahip annelere nazaran daha düşük olduğu görülmüştür.

2.6. OTİZM VE YAŞAM KALİTESİ

Yaşam boyu süredir bir sosyal iletişim bozukluğu olan otizm, ebeveynlerin yaşam kalitelerini olumsuz etkileyecek birçok risk faktörü barındırmaktadır (Rattaz vd., 2017). OSB'li çocuğa sahip olmak, anne-babaların yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu birçok araştırma ile kanıtlanmış bir veridir (Rattaz vd., 2017). Özellikle bazı ihtiyaçların karşılanamaması, sosyal çevre desteğinin yetersiz olması gibi bazı sorunlarla birlikte OSB, aileler için yaşam kalitesini oldukça etkileyen bir bozukluk olarak görülmektedir (Craig vd., 2016; Davis & Carter 2008; Schieve vd., 2007). OSB'li çocuğa sahip anne-babalar genellikle gelecek hakkında kaygılanırken, özellikle kendileri olmadan otizmlili çocuklarının hayatlarına nasıl devam edecekleri konusunda endişe etmekte ve bu da anne babaların yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkilemektedir (Eaves & Ho 2008; van Heijst & Geurts 2014).

Jacobsen and Mulick'e göre (2000), otizmlili çocukların bakımı ile ilgili gerekli ve yeterli bilgilendirmeyi sağlayan bakım merkezlerinin yetersiz kalması, otizmin birçok belirtisiyle de birleşince, ailelerde stres, sosyal çekilme, sağlık sorunları ve eşler arasında memnuniyetsizlik seviyelerinde artışı da beraberinde getirebilmekte ve bu problemler otizmlili çocuğu olan ailelerde diğer sorunları olan çocuklara sahip ailelere göre daha büyük negatif etkilere sebep olabilmektedir (Dunn vd., 2001; Sivberg, 2002).

Arabistan'da yapılan bir çalışmada, ailelerde yaşam kalitesi düzeyleri sorgulandığında, katılımcıların çoğunluğu hastalığın yaşamlarını önemli ölçüde

etkilediğini düşünmektedirler (%84), buna karşı olarak da katılımcıların yalnızca %2'si hayatlarının hastalıktan etkilenmediğini bildirmişlerdir (Almansour vd., 2013).

Otizmlı çocukların yaşam kalitesi değerlendirilirken ise, çocuğun yaşı, bozukluğun derecesi, eşlik eden diğer bozuklukların olup olmaması, ailenin durumu ve sosyal desteğin olup olmaması, kaynakların seviyesi, içinde bulunulan toplumun gelişmişlik düzeyi, alınan eğitimin kalitesi ya da eksikliği, sağlık hizmetlerinin seviyesi, iş olanakları, erişkinlik döneminde otizmlı bireyin toplumun içerisinde kendine bir yer bulup bulamaması gibi birçok değişkenin otizmlı bireyin yaşam kalitesi üzerinde çok büyük etkileri olduğu bildirilmiştir (Fuentes vd., 2014).

Otizmlı veya yetersiz zihinsel kapasiteye sahip genç erişkinlerden oluşan bir grup ile yapılan araştırmanın sonuçlarına göre, sorunlu davranışların seyrekliği, ihtiyaç duyulan desteğin azlığı ve ailenin dini inancının kuvvetli olması, ailenin yaşam kalitesinin yüksek olmasını destekleyen değişkenler olduğu tespit edilmiştir (Boehm vd., 2015).

2.7. PSİKOLOJİK YARDIM ALMA TUTUMU

Psikolojik yardım alma tutumu, kişinin psikolojik yardım almak ile ilgili düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını içine alan tepki olarak tanımlanabilir. Kişilerin, ruh sağlıklarının tehlike altında olduğunu düşündüklerinde, bir uzmandan yardım alma hakkındaki düşünceleri ve tepkilerinden oluşan tutumları ile psikolojik destek talep edip etmeyecekleri arasında bir ilişkinin varlığından da söz etmek mümkündür (Karalp, 2009).

Otizm veya başka bir bozukluğa sahip çocukların aileleri, bireysel terapi ya da grup terapisi gibi seçenekleri olan psikolojik yardım alanlarını tercih edebilirken, sosyal bir destek sağlayan aile eğitim programları gibi alternatif imkanları da değerlendirebilmektedirler.

Bu alanda çalışmalar yapan birçok araştırmacının da kabul ettiği üzere, psikolojik destek gruplarının gelişimsel bozukluğa sahip çocukların aileleri için önemi bir yere sahip olduğu tespit edilmiştir (Schilling, 1988). Ailelerin büyük çoğunluğu destek alma konusunda kendilerini yönlendiren birinin olmadığını belirtirken, destek gruplarına yönlendirilen aileler ise çoğunlukla daha önce destek almış aile üyeleri ya da arkadaşlar veya tanıyı koyan uzmanlar tarafından yönlendirildiklerini bildirmiştir (Mandell & Salzer, 2007).

Destek gruplarına katılan ailelerin beyanına göre, bu gruplar sayesinde gelişen aidiyet duygusu ile ebeveyn olarak yetkinliklerinin arttığını, sosyal çekilmelerinde azalma olduğunu ve duygusal desteği daha etkili şekilde hissettiklerini bildirmişlerdir (Kerr & McIntosh, 2000; Law vd., 2001; Solomon vd., 2001).

Otizmlili çocuklarının erişkinlik dönemine gelmesiyle birlikte yaşam kalitelerinin daha da düştüğünü bildiren ailelerin sosyal destek almak amacıyla bazı aile destek gruplarına katıldıkları da edinilen bilgiler arasındadır (Rattaz vd., 2017). Diğer araştırmalar da bu araştırmanın sonuçlarını destekleyici şekilde, yaşam kalitelerinin OSB'li çocukları sebebiyle düştüğünü bildiren ailelerin, günlük hayatta yaşadıkları zorlukları aşmak amacıyla bir sosyal destek arama eğiliminde olduklarını bildirmiştir (Cappe vd., 2011; Pozo vd., 2014).

Yapılan bir araştırmada, 1005 kişinin katıldığı bir anket araştırmasının sonucuna göre, psikolojik destek gruplarına katılan ebeveynlerin/bakım sağlayıcıların üçte ikisi daha önce hiç otizm temelli bir destek grubuna katılmadıklarını bildirmişlerdir (Mandell & Salzer, 2007). Bu araştırma ayrıca, destek gruplarına katılan ailelerin otizmlili çocuklarının, destek gruplarına katılmayan ailelerin çocuklarına göre yaşlarının daha büyük olduğunu ve bu çocukların cinsiyetlerinin erkek olduğunu göstermiştir (Mandell & Salzer, 2007). Fombonne'nin (2003) yaptığı bir araştırmada otizmin görülme oranının, kız çocuklarında erkek çocuklarına oranla anlamlı miktarda daha az görüldüğü belirtilmiş ve başka bir araştırmada, otizmlili kız çocuğuna sahip ailelerin psikolojik destek gruplarından fayda görmeyeceklerini düşündükleri için bu gruplara katılmadıkları düşünülmüştür (Mandell & Salzer, 2007).

Bir çalışmadan edinilen bilgilere istinaden, otizm tanısı almış çocukların ebeveynlerinde bir psikolog ya da psikiyatristten yardım alma oranı %16 iken, normal gelişim gösteren çocukların ebeveynlerinde ise bu oran %4 olarak tespit edilmiş ve aradaki bu farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Almansour vd., 2013).

Yapılan çalışmalar her ne kadar destek gruplarının önemini vurgulasa ve faydalı etkilerinden söz etse de bu grupların yaygınlığının tespitine yönelik araştırma literatürde yer bulamamıştır (Mandell & Salzer, 2007).

BÖLÜM 3. YÖNTEM

Bu başlık altında, araştırmanın yöntemi, örnekleme, veri toplama araçları, araştırmada yapılan işlemler ve veri analizi yöntemleri anlatılmıştır.

3.1. ÖRNEKLEM

Bu araştırmaya dâhil olan katılımcılar, Türkiye'nin farklı illerinde yaşayan, çocukları OSB tanısı almış ve araştırmanın yapıldığı dönemde özel eğitime devam eden çocukların ebeveynlerinden oluşmaktadır. Çalışmada gruplar “rastgele basit örnekleme” yöntemi kullanılarak seçilmiş olup araştırmaya 127 anne, 45 baba ve 2 diğer bakım veren kişi katılmıştır. Araştırmaya 23-62 yaşları arasında 129 kadın (yaş ort=37.71; ss=6.223) ve 45 erkek (yaş ort=40.33; ss=6.153) toplamda 174 ebeveyn (yaş ort=38.89; ss=6.293) katılmıştır. Veriler OSB olan çocukların hizmet aldıkları okul ve rehabilitasyon merkezlerinde elden verilerek ve online anket sistemi üzerinden toplanmıştır. Katılımcıların 61'ine formlar elden verilirken, 113 katılımcı online anket üzerinden formlara erişim sağlamıştır.

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu çalışmada, Bilgilendirimli Olur Formu, Sosyodemografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri, Beck Kaygı Ölçeği, Otizmde Yaşam Kalitesi Ölçeği-Ebeveyn Sürümü ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form, veri toplama aracı olarak kullanılmıştır.

3.2.1. Bilgilendirimli Olur Formu

Katılımcılara araştırma materyalini doldurmadan önce bilgilendirimli olur formu ile araştırmaya dair kısaca bilgi verilmiştir. Yapılan araştırmanın gizliliği, amacı ve beklentileri hakkında gerekli bilgilendirmeler yapılmış ve katılımcılardan gönüllü bir

şekilde çalışmaya katıldıklarını onaylamaları istenmiştir. Bilgilendirimli Olur Formu ekte yer almaktadır (EK A).

3.2.2. Sosyo-demografik Bilgi Formu

Sosyo-demografik bilgi formu, bu araştırma için, araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Formda ebeveynler ve aileler ile ilgili otizmlili çocukla olan yakınlık, yaş, medeni durum, ailede yaşayan kişi sayısı, eğitim seviyesi, mesleği, gelir seviyesi, sosyoekonomik düzey, geçmiş/güncel psikolojik öykü ve destek gruplarına katılım bilgileri alınmıştır. Çocuk ile ilgili sorular arasında ise cinsiyet, yaş, tanı yaşı, bozukluk seviyesi, özel eğitime devam süresi ve haftalık eğitim saati, devlet/sponsor/burs eğitim desteği, geçmiş/güncel psikolojik öykü bilgilerini içeren sorulara yer verilmiştir. Bunlara ek olarak, şunda içinde buldukları sistemle ilgili geribildirimleri ve gelecekte biz uzmanlardan beklentilerini öğrenmeyi amaçlayan sorular da yer almaktadır. Sosyo-demografik bilgi formu EK B’de bulunmaktadır.

3.2.3. Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Envanteri (BDI) ilk olarak 1961 yılında Aaron T. Beck tarafından geliştirilmiştir. Takip eden yıllarda ise önce 1978, daha sonra da 1996 yılında revize edilmiştir.

Bu envanter (EK C) depresyon tanısı koymak için değil, depresyon belirtilerini ölçmek için oluşturulmuş, 21 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçekten 0-63 arası puanlar alınabilmektedir. Kullanıcı el kitabında belirtildiği üzere, BDI kesme puanları şu şekildedir: 0-12 puan minimal/normal düzeyde depresyon belirtileri, 13- 18 puan hafif düzeydeki depresyon belirtileri, 19-28 puan orta düzeyde depresyon belirtileri, 29-63 puan şiddetli düzeyde depresyon belirtileri (Bu kişinin bir uzmana başvurması gerekebilir).

Beck ve arkadaşlarının (1988) yirmi beş yıllık bir çalışmasına istinaden, psikiyatrik ve psikiyatrik olmayan vakalara üzerinde BDI’nın psikometrik özellikleri incelenmiş ve iç tutarlılığı, Cronbach alfa katsayısı psikiyatrik vakalar için $r=.86$, psikiyatrik olmayan vakalar için ise $r=.81$ olarak bulunmuştur. BDI’nın birlikte geçerliğini ölçmek amacıyla klinik değerlendirmelerin yanı sıra, Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği (HRSD: Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression) kullanılmış ve geçerlilik oldukça yüksek bulunmuştur. Buna istinaden psikiyatrik vakalar için BDI ve HRSD

arasındaki ortalama korelasyon sırasıyla 0.72 ve 0.73 olarak bulunurken, klinik olmayan vakalar için bu sayılar sırasıyla 0.60 ve 0.74 olarak tespit edilmiştir. Çalışmanın sonucunda BDI'nın depresyonun alt türlerini ayırt etmekte ve depresyonu kaygıdan ayırmakta başarılı olduğu bildirilmiştir.

Türkiye'deki güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Hisli tarafından 1989 yılında yapılmıştır. Bu araştırmada, BDI'nın "yarıya bölme güvenilirliği" $r=.74$ olarak belirlenmiştir. "Madde analizlerinde" ise Cronbach alfa katsayısı $r=.80$ bulunmuştur. BDI'nın "birlikte geçerliği", MMPI-D (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri – Depresyon) Skalası kullanılarak belirlenmiş ve bu iki ölçek arasında Pearson korelasyon katsayısı, bu örneklem için $r=.50$ olarak bulunmuştur. "Yapı geçerliğini" ölçmek amacıyla yapılan faktör analizi sonuçlarına göre ise iki ayrı gruptan (normal, depresif) elde edilen farklı faktör sonuçlarına istinaden, BDI'nın Türkçe formunun yapı geçerliğine ilişkin önemli kanıtlar sunduğu söylenebilmiştir. Son olarak da Hisli'nin bu çalışmasında (1989) cinsiyetler arası farklılıklara da bakılmış ve cinsiyete göre anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Özet olarak BDI'nın depresyonun belirtilerini ölçme açısından geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Buna istinaden de yapılacak araştırmalarda ve psikoloji/psikiyatri alanında kullanılabilecek bir ölçek olduğu belirtilmiştir (Hisli, 1989).

3.2.4. Beck Anksiyete (Kaygı) Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği (BAI) ilk olarak 1988 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Sonrasında ise 1993 yılında revize edilmiş kullanıcı kılavuzu yayımlanmıştır.

Bu envanter (EK D) kaygı bozukluğu tanısı koymak için değil, kaygı belirtilerini ölçmek için oluşturulmuş, 21 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçekten 0-63 arası puanlar alınabilmektedir. Kullanıcı el kitabında belirtildiği üzere, BAI kesme puanları şu şekildedir: 0-9 puan en düşük seviyede kaygı belirtileri, 10- 16 puan hafif seviyede kaygı belirtileri, 17-29 puan orta seviyede kaygı belirtileri, 30-63 puan şiddetli seviyede kaygı belirtileri (Bu kişinin bir uzmana başvurması gerekebilir).

Yurtdışında yapılan iki aşamalı bir çalışmanın birinci aşaması olan test-tekrar-test çalışmasına istinaden, BAI'nın iç tutarlılığı ölçüldüğünde Cronbach alfa katsayısı $r=.94$ olarak bulunurken 11 günlük zaman aşımı süresi sonrası güvenilirliğini ölçmek amaçlı tekrar kontrol edildiğinde bu katsayı $r=.67$ olarak tespit edilmiştir. İkinci aşamada ise

BAI'nın birlikte geçerliğini ölçmek amacıyla Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI: State-Trait Anxiety Inventory), Beck Depresyon Envanteri ve günlük değerlendirmeler kullanılmıştır. Buna istinaden BAI birleşim ve ayrışım geçerlilikleri açısından Sürekli Kaygı Envanterinden daha güçlü istatistiklere sahiptir. Ayrıca BAI ve Durumluk Kaygı ölçeği arasındaki ilişki, BAI ve Durumluk Depresyon ölçeği arasındaki ilişkiden anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (Fydrich vd., 1992).

Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, ülkemizde 1998 yılında Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Ulusoy, 1998). Bu çalışmada, BAI'nın iç tutarlılığı için Cronbach alfa katsayısı $r=.93$ olarak belirlenmiştir. Madde toplam korelasyonu ise $r=.46$ ve $r=.72$ arasındadır. BAI'nın "birlikte geçerliği", STAI-T (Sürekli Kaygı) ve STAI-S (Durumluk Kaygı) Skalası kullanılarak belirlenmiş ve ölçekler arasındaki korelasyon katsayısı bu örnekte sırasıyla $r=.45$ ve $r=.53$ olarak bulunmuştur. Ayrıca BAI'nın BDI, Umutsuzluk Skalası (HS) ve Otomatik Düşünceler Ölçeği (ATQ) arasındaki korelasyonları ise sırasıyla, $r=.46$, $r=.34$ ve $r=.41$ olarak bulunmuştur.

3.2.5. Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi-Ebeveyn Sürümü

Otizimde Yaşam Kalitesi Anketi-Ebeveyn Sürümü (OYKA-E), OSB olan çocukların ebeveynlerinde yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiş bir ölçektir (Eapen vd., 2014). Bu ölçek otizimli kişilerin belirtileri ve ebeveynlerin kendi yaşamlarına dair görüşleri ışığında otizmin kendileri üzerinde olan etkisini değerlendirmektedir (EK E).

Ölçek, A ve B olmak üzere iki alt bölümden oluşmaktadır. Bölüm A formunda ebeveynlerin kendi yaşam kalitelerini nasıl algıladıklarını ölçen 28 madde yer almaktadır. Her madde birden (hiç) beşe (çok fazla) kadar 5'li likert şeklinde puanlanır. Ankette 2, 4, 17 ve 22. Maddeler ters puanlanmaktadır. Bölüm B, ebeveynlerin, çocuklarının otizmle ilgili yaşadıkları güçlüklerin kendileri için ne derece sorun olduğuna dair algılarını değerlendirmektedir. Bu algıyı ölçmek için ise OSB olan çocukların yaşadıkları zorlukları dair 20 madde bulunmaktadır. Bu zor durumların ebeveynler için ne derece sorun oluşturduğunu değerlendirdikleri beşli likert tipi puanlama ölçeğinde "5": 'Benim için hiç sorun değildi.' iken, "1": 'Benim için çok fazla sorundu.' anlamına gelmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, çocuklarının otizme özgü davranışlarının ebeveynler için daha az sorun olduğunu göstermektedir. Ölçekten toplam 48-240 arasında puan alınabilmektedir ancak Eapen ve arkadaşları

tarafından iki bölümün birbirinden ayrı şekilde puanlanması ve kullanılması önerilmektedir.

Eapen ve arkadaşlarının (2014) OYKA-E için yaptığı çalışmada OSB’li çocuğu olan grupta iç tutarlılık katsayıları Bölüm A için $\alpha=0.94$ iken Bölüm B için $\alpha=0.92$; kontrol grubunda ise Bölüm A için $\alpha=0.96$ iken Bölüm B için $\alpha=0.86$ olarak bulunmuştur. Yapı geçerliliği incelendiği zaman ise, hem Bölüm A ve Bölüm B için ayrı ayrı hem de toplam puan bazında bakıldığında, OSB’li çocuğu olan grupta alınan puanlar, kontrol grubunda alınan puanlara bakıldığında istatistiki olarak anlamlı şekilde daha düşük çıkmıştır. Birleşim ve ayrışım geçerliliğine bakıldığında ise Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) ile Bölüm A arasında pozitif bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Bölüm B ile ise Sosyal İletişim Ölçeği (SCQ-Social Communication Questionnaire) arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

OYKA-E’nin Türkçeye çevrilmiş halinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Özgür ve arkadaşları tarafından tamamlanmıştır (Özgür vd., 2017). Yapılan analizlere istinaden, Form A’nın soru ve toplam puan arasındaki korelasyon 0.19-0.77 iken, Form B’de bu aralık yer 0.42-0.75 arasında saptanmıştır. İç tutarlılık açısından incelendiğinde, anketin A formunun Cronbach alfa değeri 0.93, Form B’nin Cronbach alfa değeri 0.94 olarak hesaplanmıştır. Geçerlilik analizlerinde ise ‘yapı geçerliliğini’ ölçmek için açıklayıcı faktör çözümlemesi yapılmış ve hem A hem de B formu için alt boyut belirlenmiştir. Birleşim-ayrışım geçerliliği ölçülürken Form A ile Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü (WHOQOLBREF-TR) kullanılmış ve toplam puanları arasında pozitif yönde korelasyon bulunmuştur. Form B toplam puanının, KINDL 4-7 ve 8-16 Yaşları Yaşam Kalitesi Ölçekleri Aile Formu’nun hem alt alanları hem de toplam puanları arasında ilişki saptanmıştır. Özetle bu çalışmada, bozukluğa özgü bir ölçek olan OYKA-E’nin istatistiksel olarak yüksek seviyede geçerlik ve güvenilirlik bildirirken, Türkiye’de otizmli çocuğu olan ebeveynlerin yaşam kalitelerini değerlendirmek için uygun bir ölçek olduğu bulunmuştur.

3.2.6. Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form

Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form (PYAİTÖ-KF) Fischer ve Farina (1995) tarafından geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir.

Formun orjinal sürümünde 29 madde bulunurken (Attitudes Toward Seeking Psychological Professional Help Scale) (Fischer & Turner, 1970) kısaltılmış haliyle 10 madde içermektedir (EK F). Ölçek maddeleri, (3) katılıyorum ile (0) katılmıyorum arasında değişen 4'lü likert tarzda yanıtlanmaktadır. Ölçeğin 2, 8, 9 ve 10. maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 27'dir. Ölçekten alınan puan arttıkça psikolojik yardım almaya ilişkin tutum da olumlu yönde değerlendirilmektedir.

Fischer ve Farina (1995), ölçeğin faktör yapısını değerlendirmek amacıyla açımlayıcı faktör analizi uygulamış ve ölçeğin tek faktörlü bir yapıya sahip olduğunu tespit etmişlerdir. Birlikte geçerlik katsayılarını ölçmek amacıyla Psikolojik Yardım Alma Nedeniyle Sosyal Damgalanma Ölçeği (PYANSÖ) ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği – Uzun Form kullanılmış ve aralarındaki ilişki .87 olarak tespit edilmiştir. Bir ay sonra yapılan test-tekrar test güvenilirliği .80 çıkarken Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise .84 olarak tespit edilmiştir.

PYAİTÖ-KF'nin Türkçe versiyonunun hazırlanması 2011 yılında Topkaya tarafından doktora tezinin bir parçası olarak sunulmuş ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması da aynı araştırma kapsamında tamamlanmıştır. PYAİTÖ-KF'nin uyarlama çalışması kapsamında, ölçeğin çevirisi aynı araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. PYAİTÖ-KF güvenilirliği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ve McDonald'ın Omega değerleri ile ölçülmüştür. Ölçek için Cronbach Alfa katsayısı $r=.76$ bulunurken, yapısal güvenilirliği değerlendiren McDonald'ın Omega değeri .76 ölçülmüştür. Ölçeği oluşturan dokuz maddenin madde toplam test korelasyonlarının .30 ile .55 arasında olduğu görülmüştür. Bu değerlere bakıldığında, PYAİTÖ-KF'nin iç tutarlılık ve yapısal güvenilirliğinin yeterli olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, PYAİTÖ-KF'nin psikolojik yardım almaya ilişkin tutumu değerlendirebilecek maddeler içerdiği ve yeterli psikometrik özelliklere sahip olduğu görülmüştür.

3.3. İŞLEM

Araştırmaya katılan kişiler, yukarıda ayrı ayrı açıklanan ölçek bataryasında önce Bilgilendirimli Olur Formunu ve Sosyo-demografik Bilgi Formunu, daha sonra Beck Depresyon Envanterini, Beck Anksiyete Ölçeğini, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi-Ebeveyn Sürümünü ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Formu doldurmuştur. Ölçek bataryası, anne baba ve ailelerin bir kısmına elden dağıtılırken

formların bir kısmı da docs.google.com/forms internet adresinden oluşturulmuş ve anket linki sosyal medya yoluyla gönderilmiştir. Ölçeklerin uygulanma süresi yaklaşık 30 dakikadır.

3.4. UYGULANAN ANALİZLER

Araştırma verilerinin elden verilen kısmı araştırmacı tarafından elle SPSS sistemine girilirken online anket sistemi üzerinden doldurulan formlar ise anket sistemi üzerinden SPSS sistemine aktarılmış ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

Araştırma için toplanan veriler, SPSS v. 21 (Statistical Package for Social Sciences) istatistik programı ile istatistiksel analize tabi tutulmuştur. Analizlere geçilmeden önce katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Normallik testi sonucunda Beck Depresyon Envanterinden ve Beck Anksiyete Ölçeğinden alınan puanların normal dağılım göstermediği ancak Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi A ve B formlarından ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden alınan puanların normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Diğer yandan ölçeklerden alınan puanların çarpıklık-basıklık değerleri incelendiğinde Tabachnick ve Fidel'in (2013) önerdiği gibi değerlerin -1.5 ve +1.5 aralığında bulunduğu, dolayısıyla Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeğinden alınan puanların da normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir. Ölçeklerden alınan puanların normal dağılım gösterdiği kabul edildiğinden, ölçeklerden alınan puanlar arasındaki korelasyon katsayılarının hesaplanmasında Pearson korelasyon analizi yürütülmüştür. Ancak sosyodemografik bilgi formunda yer alan bağımsız değişkenlere göre ölçeklerden alınan ortalama puanların karşılaştırılması sırasında bağımsız değişken frekans dağılımları arasındaki farklar gözetilerek, gruplararası karşılaştırmalarda normal dağılım sağlandığında bağımsız örneklem t testi, sağlanmadığında ise Kruskal Wallis H ve Mann Whitney U testi yürütülmüştür.

BÖLÜM 4. BULGULAR

Bu başlık altında, araştırmanın amaçları ışığında elde edilen verilerin istatistiksel analiz bulguları yer almaktadır. Birinci aşamada katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları, yüzdeler ve ortalamalar verilmiştir. İkinci olarak katılımcıların ölçek puanları arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları yer almaktadır. Üçüncü ve son olarak da katılımcıların sosyo-demografik bilgi formundaki bağımsız değişkenlere göre ölçeklerden aldıkları ortalama puanların karşılaştırıldığı Kruskal Wallis H, Mann Whitney U ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

4.1. OSB TANILI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN DAĞILIMLAR

Bu başlık altında OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular demografik ve klinik değişkenler bakımından ayrı ayrı ele alınmıştır.

4.1.1. Demografik Özelliklere İlişkin Dağılımlar

Tablo 4.1’de OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 4.1. OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeler

Değişken	Değişken Kategorisi		Kadın	Erkek	Toplam
Yakınlık Derecesi	Anne	n	127	0	127
		%	98.4	0.0	73.0
	Baba	n	0	45	45
		%	0.0	100.0	25.9
	Diğer	n	2	0	2
		%	1.6	0.0	1.1
Çocuğun Cinsiyeti	Kız	n	20	8	28
		%	15.5	17.8	16.1
	Erkek	n	109	37	146
		%	84.5	82.2	83.9
Medeni Durum	Evli	n	107	41	148
		%	82.9	91.1	85.1
	Eşinden ayrı	n	3	1	4
		%	2.3	2.2	2.3
	Boşanmış	n	15	2	17
		%	11.6	4.4	9.8
Eşi vefat etmiş	n	1	1	2	
	%	0.8	2.2	1.1	
Bekar	n	3	0	3	
	%	2.3	0.0	1.7	
Toplam	n	129	45	174	
	%	100.0	100.0	100.0	

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin yakınlık derecelerine bakıldığında, %73'ünü annelerin, %25.9'unu babaların ve %1.1'ini diğer yakınların oluşturduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarının %16.1'i kız ve %83.9'u erkek çocuktur.

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin medeni durumlarına bakıldığında, %85.1'inin evli, %2.3'ünün eşinden ayrı, %9.8'inin boşanmış, %1.1'inin eşinin vefat etmiş, %1.7'sinin bekar olduğu görülmüştür.

Tablo 4.2'de OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin eğitim ve sosyoekonomik düzeylerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 4.2. OSB tanımlı çocukların ebeveynlerinin eğitim ve sosyoekonomik düzeylerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeler

Değişken	Değişken Kategorisi		Kadın	Erkek	Toplam
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	n	0	1	1
		%	0.0	2.2	0.6
	İlkokul	n	9	3	12
		%	7.0	6.7	6.9
	Ortaokul	n	13	9	22
		%	10.1	20.0	12.6
	Lise	n	33	14	47
		%	25.6	31.1	27.0
	Ön lisans	n	21	7	28
		%	16.3	15.6	16.1
Lisans	n	40	10	50	
	%	31.0	22.2	28.7	
Yüksek Lisans	n	11	1	12	
	%	8.5	2.2	6.9	
Doktora	n	2	0	2	
	%	1.6	0.0	1.1	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	n	61	40	101
		%	47.3	88.9	58.0
	Çalışmıyor	n	68	5	73
		%	52.7	11.1	42.0
Aylık Gelir	0-1000 TL	n	7	1	8
		%	5.4	2.2	4.6
	1000-2000 TL	n	30	8	38
		%	23.3	17.8	21.8
	2000-3000 TL	n	24	13	37
		%	18.6	28.9	21.3
	3000-4000 TL	n	15	5	20
		%	11.6	11.1	11.5
4000-5000 TL	n	13	3	16	
	%	10.1	6.7	9.2	
5000 TL ve üstü	n	40	15	55	
	%	31.0	33.3	31.6	
SED	Alt	n	32	13	45
		%	24.8	28.9	25.9
	Orta	n	90	29	119
		%	69.8	64.4	68.4
	Üst	n	7	3	10
		%	5.4	6.7	5.7
Toplam	n	129	45	174	
	%	100.0	100.0	100.0	

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin eğitim durumlarına bakıldığında, %0.6'sının okuryazar olmadığı, %6.9'unun ilkokul, %12.6'sının ortaokul, %27'sinin lise, %16.1'inin ön lisans, %28.7'sinin lisans, %6.9'unun yüksek lisans ve %1.1'inin doktora mezunu olduğu gözlenmiştir.

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin çalışma durumlarına bakıldığında, %58'inin bir işte çalıştığı, %42'sinin çalışmadığı görülmüştür.

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin %4.6'sı aylık gelirlerinin 0-1000 TL, %21.8'i 1000-2000 TL, %21.3'ü 2000-3000 TL, %11.5'i 3000-4000 TL, %9.2'si 4000-5000 TL aralığında ve %31.6'sı 5000 TL ve üzeri olarak bildirmişlerdir.

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin %25.9'u alt sosyoekonomik düzeye, %68.4'ü orta sosyoekonomik düzeye ve %5.7'si üst sosyoekonomik düzeye sahip olduklarını bildirmişlerdir.

4.1.2. Klinik Özelliklere İlişkin Dağılımlar

Tablo 4.3'te OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin yaş ortalamaları ve standart sapmaları verilmiştir.

Tablo 4.3. OSB tanılı çocukların ebeveynlerin yaş ortalamaları ve standart sapmaları

	Ebeveynin Cinsiyeti	N	ORT	SS	Min.	Maks.
Yaş	Kadın	129	37.71	6.223	23	62
	Erkek	45	40.33	6.153	30	60
	Toplam	174	38.39	6.293	23	62

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin yaş ortalamalarına bakıldığında, kadınların yaş ortalaması 37.71 (ss=6.223), erkeklerin yaş ortalaması 40.33 (ss=6.153) bulunmuştur. Ebeveynlerinin tamamının yaş ortalaması ise 38.39 (ss=6.293) bulunmuştur.

Tablo 4.4'te OSB tanılı çocukların tanı yaşları, şimdiki yaşları, eğitim süreleri ve haftalık eğitim süresi ortalamaları ve standart sapmaları verilmiştir.

Tablo 4.4. OSB tanılı çocukların tanı yaşları, şimdiki yaşları, eğitim süreleri ve haftalık eğitim süresi ortalamaları ve standart sapmaları

	Çocuğun Cinsiyeti	N	ORT	SS	Min.	Maks.
Çocuğun tanı yaşı	Kız	28	2.42	.607	1	4
	Erkek	146	2.72	.972	1	6
	Toplam	174	2.67	.928	1	6
Çocuğun şimdiki yaşı	Kız	28	7.26	5.130	3	23
	Erkek	146	8.22	4.785	2	29
	Toplam	174	8.07	4.840	2	29
Eğitim Süresi (yıl)	Kız	28	4.37	4.410	0	18
	Erkek	146	5.27	4.602	0	27
	Toplam	174	5.13	4.571	0	27
Haftalık Eğitim Saati	Kız	27	8.00	9.790	2	40
	Erkek	145	6.84	8.103	1	44
	Toplam	172	7.02	8.369	1	44

OSB tanılı çocukların tanı yaş ortalamalarına bakıldığında, kız çocukların tanıların konduğu yaş ortalamaları 2.42 (ss=.607), erkek çocukları tanıların konduğu yaş ortalamaları 2.72 (ss=.972) bulunmuştur. Çocukların tamamının yaş ortalaması 2.67 (ss=.928) bulunmuştur.

OSB tanılı çocukların şimdiki yaş ortalamalarına bakıldığında, kız çocuklarının yaş ortalamaları 7.26 (ss=5.130), erkek çocukların yaş ortalamaları 8.22 (ss=4.785) bulunmuştur. Çocuklarının tamamının şimdiki yaş ortalamaları 8.07 (ss=4.840) bulunmuştur. Çocukların şimdiki yaşları kız çocuklarda 3-23 ve erkek çocuklarda 2-29 arasında değişmektedir. Çocukların tamamında ise şimdiki yaşlar 2-29 arasında değişmektedir.

OSB tanılı çocukların özel eğitim sürelerine bakıldığında, kız çocukların özel eğitim süresi ortalamaları 4.37 (ss=4.410) yıl ve erkek çocukların özel eğitim süresi ortalamaları 5.27 (ss=4.602) yıl bulunmuştur. Çocukların tamamının özel eğitim süresi ortalamaları 5.13 (ss=4.571) yıl bulunmuştur. Çocukların özel eğitim süreleri kız çocuklarında 0-18, erkek çocuklarında 0-27 ve grubun tamamında 0-27 yıl arasında değişmektedir.

OSB tanılı çocukların haftalık özel eğitim saati ortalamalarına bakıldığında, kız çocukların haftalık özel eğitim saati ortalamaları 8 (ss=9.790), erkek çocukların haftalık özel eğitim saati ortalamaları 6.84 (ss=8.103) bulunmuştur. Çocukların tamamının haftalık özel eğitim saati ortalamaları 7.02 (ss=8.369) bulunmuştur. Haftalık özel eğitim

süreleri kız çocuklarında 2-40, erkek çocukların 1-44 ve grubun tamamında 1-44 arasında değişmektedir.

Tablo 4.5'te OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin çocuklarının klinik özelliklerine göre verdikleri yanıtların frekans dağılımları ve yüzdelikleri verilmiştir.

Tablo 4.5. OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin çocuklarının klinik özelliklerine göre verdikleri yanıtların frekans dağılımları ve yüzdelikleri

Değişken	Değişken Kategorisi		Kadın	Erkek	Toplam
Daha önce kendisi için psikolojik yardım aldı mı?	Hayır	n %	70 54.3	36 80.0	106 60.9
	Evet	n %	59 45.7	9 20.0	68 39.1
Şu anda kendisi için psikolojik yardım dışında bir tedavi ya da ilaç desteği alıyor mu?	Hayır	n %	94 72.9	38 84.4	132 75.9
	Evet	n %	35 27.1	7 15.6	42 24.1
Geçmişte kendisi için psikolojik yardım dışında bir tedavi ya da ilaç desteği aldı mı?	Hayır	n %	92 71.3	38 84.4	130 74.7
	Evet	n %	37 28.7	7 15.6	44 25.3
Özel gereksinimleri olan çocukların ailelerine yönelik psikolojik destek çalışması olsa katılır mı?	Hayır	n %	6 4.7	3 6.7	9 5.2
	Evet	n %	103 79.8	24 53.3	127 73.0
	Emin değilim	n %	20 15.5	18 40.0	38 21.8
Otizm belirtileri açısından çocuğunuzun sahip olduğu otizm seviyesi nedir?	Hafif	n %	54 41.9	18 40.0	72 41.4
	Orta	n %	49 38.0	23 51.1	72 41.4
	Ağır	n %	26 20.2	4 8.9	30 17.2
Çocuğunuzun özel eğitim için devletin eğitim desteğinden faydalanıyor musunuz?	Hayır	n %	27 20.9	14 31.1	41 23.6
	Evet	n %	102 79.1	31 68.9	133 76.4
Devletten çocuğunuz için maddi bakım yardımı alıyor musunuz?	Hayır	n %	101 78.3	38 84.4	139 79.9
	Evet	n %	28 21.7	7 15.6	35 20.1
Çocuğunuzun özel eğitimi için herhangi bir burs/sponsor yardımı alıyor musunuz?	Hayır	n %	104 80.6	32 71.1	136 78.2
	Evet	n %	25 19.4	13 28.9	38 21.8
Şu anda çocuğunuz için özel eğitim dışında farklı bir tedavi ya da ilaç desteği alıyor musunuz?	Hayır	n %	68 52.7	26 57.8	94 54.0
	Evet	n %	61 47.3	19 42.2	80 46.0
Daha önce çocuğunuz için özel eğitim dışında farklı bir tedavi ya da ilaç desteği aldınız mı?	Hayır	n %	74 57.4	29 64.4	103 59.2
	Evet	n %	55 42.6	16 35.6	71 40.8
Toplam		n %	129 100.0	45 100.0	174 100.0

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin %39.1'i daha önce kendileri için psikolojik yardım aldıklarını, %24.1'i şu anda kendileri için psikolojik yardım dışında bir tedavi ya da ilaç desteği aldıklarını, %25.3'ü geçmişte kendileri için psikolojik yardım dışında bir tedavi ya da ilaç desteği aldıklarını bildirirken, ebeveynlerin %73'ü özel gereksinimleri olan çocukların ailelerine yönelik psikolojik destek çalışması olsa buna katılacaklarını, %21.8'i katılıp katılmamak konusunda emin olmadıklarını, %5.2'si katılmayacaklarını bildirmişlerdir.

Ebeveynlerin %41.4'ü çocuklarının otizm belirtilerinin hafif düzeyde olduğunu, %41.4'ü orta düzeyde olduğunu, %17.2'si ağır düzeyde olduğunu bildirmişlerdir.

Ebeveynlerin %76.4'ü çocuklarının özel eğitimi için devletin eğitim desteğinden faydalandıklarını, %20.1'i devletten çocukları için maddi bakım yardımı aldıklarını, %21.8'i çocuklarının özel eğitimi için burs/sponsor yardımı aldıklarını bildirmişlerdir.

Ebeveynlerin %46'sı şu anda çocuklarının özel eğitim dışında farklı bir tedavi ya da ilaç desteği almakta olduklarını, %40.8'i çocuklarının daha önce özel eğitim dışında farklı bir tedavi ya da ilaç desteği aldıklarını bildirmişlerdir.

4.2. OSB TANILI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİN DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE OTİZMDE YAŞAM KALİTESİ VE PSİKOLOJİK YARDIM ALMAYA İLİŞKİN TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Tablo 4.6'da OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Otizmde Yaşam Kalitesi ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumları Arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 4.6. OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Otizmde Yaşam Kalitesi ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumları Arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları

N=174	1	2	3	4	5
1. Depresyon					
2. Anksiyete	.635**				
3. OYKA-A	-.698*	-.552**			
4. OYKA-B	-.213**	-.194*	.373**		
5. OYKA Genel Toplam	-.549**	-.450**	.828**	.830**	
6. PYAİTÖ Toplam	.007	.001	.080	.087	.100

*p<.05; **p<.01

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin Beck Depresyon Envanteri ile Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.635$; $p=.000$). OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeyleri arttıkça anksiyete düzeyleri artmaktadır.

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlarla Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi A Formundan aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.698$; $p=.000$). OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeyleri arttıkça kendi yaşam kalitelerinin olumlu algılamaları düşmektedir.

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlarla Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi B Formundan aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.213$; $p=.005$). OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeyleri arttıkça çocuklarının otizm ile ilgili yaşadıkları zorlukların kendileri için ne kadar az sorun olduğu ile ilgili olumlu algılamaları düşmektedir.

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları puanlarla Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi A Formundan aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.552$; $p=.000$). OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin anksiyete düzeyleri arttıkça kendi yaşam kalitelerinin olumlu algılamaları düşmektedir.

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları puanlarla Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi B Formundan aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.194$; $p=.010$). OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin anksiyete düzeyleri arttıkça çocuklarının otizm ile ilgili yaşadıkları zorlukların kendileri için ne kadar az sorun olduğu ile ilgili olumlu algılamaları düşmektedir.

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlarla Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden aldıkları toplam puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.549$; $p=.000$). OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeyleri arttıkça otizmde yaşam kaliteleri düşmektedir.

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları puanlarla Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden aldıkları toplam puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.450$; $p=.000$). OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin anksiyete düzeyleri arttıkça otizmde yaşam kaliteleri düşmektedir.

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin Beck Depresyon Envanterinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden ve Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden aldıkları puanlarla Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

4.3. OSB TANILI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİN DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ, OTİZMDE YAŞAM KALİTESİ VE PSİKOLOJİK YARDIM ALMAYA İLİŞKİN TUTUMLARININ ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLER BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu başlık altında OSB tanılı ebeveynlerin depresyon ve anksiyete düzeyleri, otizmde yaşam kaliteleri ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutumları demografik ve klinik değişkenler bakımından ayrı ayrı ele alınmıştır.

4.3.1. Demografik Değişkenler Bakımından OSB Tanılı Çocukların Ebeveynlerin Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri, Otizmde Yaşam Kalitesi ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.7’de OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin cinsiyetlerine göre Beck Depresyon Envanterinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden, Otizmde Yaşam Kalitesi

Anketinden ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 4.7. OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin cinsiyetlerine göre BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları

	Ebeveynin Cinsiyeti	N	M _R	S _R	U	z	P
Depresyon	Kadın	129	96.22	12413.00	1777.00	-3.871	.000*
	Erkek	45	62.49	2812.00			
Anksiyete	Kadın	129	96.93	12504.00	1686.00	-4.183	.000*
	Erkek	45	60.47	2721.00			
OYKA-A	Kadın	129	83.20	10733.00	2348.00	-1.906	.057
	Erkek	45	99.82	4492.00			
OYKA-B	Kadın	129	88.09	11363.00	2827.00	-.260	.795
	Erkek	45	85.82	3862.00			
OYKA Genel Toplam	Kadın	129	85.92	11083.50	26.98.50	-.701	.483
	Erkek	45	92.03	4141.50			
PYAİTÖ Toplam	Kadın	129	92.21	11895.50	2294.50	-2.097	.036*
	Erkek	45	73.99	3329.50			

*p<.05

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin cinsiyetlerine göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [U=1777.00; z=-3.871; p=.000]. Kadınların depresyon ortalamaları (M_R=96.22) erkeklerinkinden (M_R=62.49) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin cinsiyetlerine göre Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [U=1686.00; z=-4.183; p=.000]. Kadınların anksiyete ortalamaları (M_R=96.93) erkeklerinkinden (M_R=60.47) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin cinsiyetlerine göre Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [U=2294.50; z=-2.097; p=.036]. Kadınların psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ortalamaları (M_R=92.21) erkeklerinkinden (M_R=73.99) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin cinsiyetlerine göre Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi A ve B formlarından aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4.8'de OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin medeni durumlarına göre Beck Depresyon Envanterinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden, Otizmde Yaşam Kalitesi

Anketinden ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 4. 8. OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin medeni durumlarına göre BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları

	Medeni Durum	N	M _R	S _R	U	z	p
Depresyon	Evli	148	85.56	12663.00	1637.00	-1.212	.225
	Evli değil ya da ayrı	26	98.54	2562.00			
Anksiyete	Evli	148	85.00	12580.00	1554.00	-1.563	.118
	Evli değil ya da ayrı	26	101.73	2645.00			
OYKA-A	Evli	148	89.86	13299.00	1575.00	-1.474	.141
	Evli değil ya da ayrı	26	74.08	1926.00			
OYKA-B	Evli	148	87.73	12984.00	1890.00	-.144	.886
	Evli değil ya da ayrı	26	86.19	2241.00			
OYKA Genel Toplam	Evli	148	88.80	13142.50	1731.50	-.813	.416
	Evli değil ya da ayrı	26	80.10	2082.50			
PYAİTÖ Toplam	Evli	148	88.88	13154.50	1719.50	-.866	.386
	Evli değil ya da ayrı	26	79.63	2070.50			

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin medeni durumlarına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında, Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4.9'da OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin eğitim durumlarına göre Beck Depresyon Envanterinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları sıra ortalaması ile Kruskal Wallis testi bulguları verilmiştir.

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin eğitim durumlarına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında, Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4.9. OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin eğitim durumlarına göre BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ile Kruskal Wallis testi bulguları

	Eğitim Durumu	N	M _R	χ^2	P
Depresyon	İlkokul ve altı	13	97.42	3.277	.657
	Ortaokul	22	74.34		
	Lise	47	83.02		
	Ön lisans	28	95.91		
	Lisans	50	89.75		
	Lisansüstü	14	89.14		
Anksiyete	İlkokul ve altı	13	95.73	3.038	.694
	Ortaokul	22	92.14		
	Lise	47	94.67		
	Ön lisans	28	85.00		
	Lisans	50	79.09		
	Lisansüstü	14	83.54		
OYKA-A	İlkokul ve altı	13	55.92	5.899	.316
	Ortaokul	22	93.52		
	Lise	47	87.79		
	Ön lisans	28	87.68		
	Lisans	50	92.35		
	Lisansüstü	14	88.71		
OYKA-B	İlkokul ve altı	13	58.27	7.424	.191
	Ortaokul	22	76.70		
	Lise	47	88.16		
	Ön lisans	28	97.39		
	Lisans	50	90.35		
	Lisansüstü	14	99.43		
OYKA Toplam Genel	İlkokul ve altı	13	50.58	8.486	.131
	Ortaokul	22	83.80		
	Lise	47	88.50		
	Ön lisans	28	90.68		
	Lisans	50	92.92		
	Lisansüstü	14	98.54		
PYAİTÖ Toplam	İlkokul ve altı	13	61.92	7.074	.215
	Ortaokul	22	73.27		
	Lise	47	91.39		
	Ön lisans	28	88.46		
	Lisans	50	92.04		
	Lisansüstü	14	102.39		

Tablo 4.10'da OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin çalışma durumlarına göre Beck Depresyon Envanterinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 4.10. OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin çalışma durumlarına göre BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ve toplamaları ile Mann Whitney U testi bulguları

	Çalışma Durumu	N	M _R	S _R	U	z	P
Depresyon	Çalışıyor	101	83.50	8433.50	3282.50	-1.233	.218
	Çalışmıyor	73	93.03	6791.50			
Anksiyete	Çalışıyor	101	80.18	8098.00	2947.00	-2.256	.024*
	Çalışmıyor	73	97.63	7127.00			
OYKA-A	Çalışıyor	101	91.05	9196.50	3327.50	-1.095	.273
	Çalışmıyor	73	82.58	6028.50			
OYKA-B	Çalışıyor	101	91.90	9282.00	3242.00	-1.356	.175
	Çalışmıyor	73	81.41	5943.00			
OYKA Genel Toplam	Çalışıyor	101	93.02	9395.50	3128.50	-1.702	.089
	Çalışmıyor	73	79.86	5829.50			
PYAİTÖ Toplam	Çalışıyor	101	84.02	8486.50	3335.50	-1.074	.283
	Çalışmıyor	73	92.31	6738.50			

*p<.05

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin çalışma durumlarına göre Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [U=2947.00; z=-2.256; p=.024]. Çalışmayan ebeveynlerin anksiyete ortalamaları (M_R=97.63) çalışan ebeveynlerin ortalamalarından (M_R=83.50) anlamlı şekilde yüksektir.

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin çalışma durumlarına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4.11'de OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin gelir durumlarına göre Beck Depresyon Envanterinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları sıra ortalaması ile Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 4.11. OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin gelir durumlarına göre BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ile Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi bulguları

	Aylık Gelir	N	M _R	χ^2	p	Z
Depresyon	2000 TL ve altı	46	94.79	8.352	.080	
	2000-3000 TL	37	86.41			
	3000-4000 TL	20	87.58			
	4000-5000 TL	16	112.38			
	5000 TL ve üstü	55	74.87			
Anksiyete	2000 TL ve altı	46	108.61	12.171	.016*	2000 TL ve altı>2000-3000 z=-2.470; p=.014 2000 TL ve altı>3000-4000 z=-2.597; p=.009 2000 TL ve altı>5000 TL ve üstü z=-3.026; p=.002
	2000-3000 TL	37	78.93			
	3000-4000 TL	20	74.43			
	4000-5000 TL	16	91.94			
	5000 TL ve üstü	55	79.07			
OYKA-A	2000 TL ve altı	46	77.93	9.111	.058	
	2000-3000 TL	37	86.85			
	3000-4000 TL	20	93.85			
	4000-5000 TL	16	64.00			
	5000 TL ve üstü	55	100.46			
OYKA-B	2000 TL ve altı	46	74.49	7.522	.111	
	2000-3000 TL	37	96.54			
	3000-4000 TL	20	93.55			
	4000-5000 TL	16	70.78			
	5000 TL ve üstü	55	94.96			
OYKA Genel Toplam	2000 TL ve altı	46	73.21	11.468	.022*	5000 TL ve üstü>2000 TL ve altı z=-2.520; p=.012 3000-4000 TL>4000-5000 TL z=-2.086; p=.037 5000 TL ve üstü > 4000-5000 TL z=-2.622; p=.009
	2000-3000 TL	37	92.50			
	3000-4000 TL	20	97.45			
	4000-5000 TL	16	63.75			
	5000 TL ve üstü	55	99.38			
PYAİTÖ Toplam	2000 TL ve altı	46	80.41	1.651	.800	
	2000-3000 TL	37	94.34			
	3000-4000 TL	20	87.25			
	4000-5000 TL	16	89.88			
	5000 TL ve üstü	55	88.23			

*p<.05

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin gelir durumlarına göre Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(4)}=12.171$; p=.016]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda 2000 TL ve altı gelir düzeyinde sahip olanların anksiyete ortalamaları ($M_R=108.61$) gelir düzeyi 2000-3000 TL olanların ortalamalarından ($M_R=78.93$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [z=-2.470; p=.014].

2000 TL ve altı gelir düzeyinde sahip olanların anksiyete ortalamaları ($M_R=108.61$) gelir düzeyi 3000-4000 TL olanların ortalamalarından ($M_R=74.43$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [z=-2.597; p=.009].

2000 TL ve altı gelir düzeyinde sahip olanların anksiyete ortalamaları ($M_R=108.61$) gelir düzeyi 5000 TL ve üstü olanların ortalamalarından ($M_R=79.07$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [z=-3.026; p=.002].

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin gelir durumlarına göre Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir [$\chi^2_{(4)}=11.468$; $p=.022$]. Farkın nedenini tespit etmek amacıyla Mann Whitney U testi yürütülmüş ve sonucunda 5000 TL ve üstü gelir düzeyinde sahip olanların otizmde yaşam kalitesi ortalamaları ($M_R=99.38$) gelir düzeyi 2000 TL ve altı olanların ortalamalarından ($M_R=73.21$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [$z=-2.520$; $p=.012$].

3000-4000 TL arasında gelir düzeyine sahip olanların otizmde yaşam kalitesi ortalamaları ($M_R=97.45$) gelir düzeyi 4000-5000 TL arasında gelir düzeyine sahip olanların ortalamalarından ($M_R=63.75$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [$z=-2.086$; $p=.037$].

5000 TL ve üstü gelir düzeyine sahip olanların otizmde yaşam kalitesi ortalamaları ($M_R=99.38$) gelir düzeyi 4000-5000 TL arasında olanların ortalamalarından ($M_R=63.75$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [$z=-2.622$; $p=.009$].

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin gelir durumlarına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Otizmde Yaşam Kalitesi Ölçeği A ve B formlarından aldıkları ortalama puanlar arasında ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4.12’de OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin sosyoekonomik düzeylerine göre Beck Depresyon Envanterinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları sıra ortalaması ile Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 4.12. OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin sosyoekonomik düzeylerine göre BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ile Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi bulguları

	SED	N	M _R	χ^2	p	Z
Depresyon	Alt	45	101.49	12.081	.002*	Alt>Üst z=-3.365; p=.001 Orta>Üst z=-2.737; p=.006
	Orta	119	86.11			
	Üst	10	41.05			
Anksiyete	Alt	45	108.44	13.283	.001*	Alt>Orta z=-2.979; p=.003 Alt>Üst z=-2.937; p=.003
	Orta	119	82.34			
	Üst	10	54.70			
OYKA-A	Alt	45	74.30	16.173	.000*	Üst>Alt z=-3.995; p=.000 Üst>Orta z=-3.462; p=.001
	Orta	119	87.65			
	Üst	10	145.10			
OYKA-B	Alt	45	84.22	1.612	.447	
	Orta	119	87.15			
	Üst	10	106.45			
OYKA Genel Toplam	Alt	45	78.07	9.210	.010*	Üst>Alt z=-3.088; p=.002 Üst>Orta z=-2.629; p=.009
	Orta	119	87.37			
	Üst	10	131.50			
PYAİTÖ Toplam	Alt	45	80.78	3.178	.204	
	Orta	119	91.70			
	Üst	10	67.80			

*p<.05

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin sosyoekonomik düzeylerine göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(2)}=12.081$; p=.002]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda, alt sosyoekonomik düzeyde olanların depresyon ortalamaları (M_R=101.49) üst sosyoekonomik düzeydekilerin ortalamalarından (M_R=41.05) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [z=-3.365; p=.011]. Orta sosyoekonomik düzeyde olanların depresyon ortalamaları (M_R=86.11) üst sosyoekonomik düzeydekilerin ortalamalarından (M_R=41.05) anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur [z=-2.737; p=.006].

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin sosyoekonomik düzeylerine göre Beck Anksiyete Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark tespit edilmiştir [$\chi^2_{(2)}=13.283$; p=.001]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda, alt sosyoekonomik düzeyde olanların anksiyete ortalamaları (M_R=108.44) orta sosyoekonomik düzeydekilerin ortalamalarından (M_R=82.34) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [z=-2.979; p=.003]. Alt sosyoekonomik düzeyde olanların anksiyete ortalamaları (M_R=108.44) üst sosyoekonomik düzeydekilerin ortalamalarından (M_R=54.70) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [z=-2.937; p=.003].

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin sosyoekonomik düzeylerine göre Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi A formundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(2)}=16.173$; $p=.000$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda, üst sosyoekonomik düzeyde olanların kendi yaşam kalitelerini olumlu algılama ortalamaları ($M_R=145.10$) alt sosyoekonomik düzeydekilerin ortalamalarından ($M_R=74.30$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [$z=-3.995$; $p=.000$]. Üst sosyoekonomik düzeyde olanların kendi yaşam kalitelerini olumlu algılama ortalamaları ($M_R=145.10$) orta sosyoekonomik düzeydekilerin ortalamalarından ($M_R=87.65$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [$z=-3.462$; $p=.001$].

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin sosyoekonomik düzeylerine göre Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(2)}=9.210$; $p=.010$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda, üst sosyoekonomik düzeyde olanların otizmde yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları ($M_R=131.50$) alt sosyoekonomik düzeydekilerin ortalamalarından ($M_R=78.07$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [$z=-3.088$; $p=.002$]. Üst sosyoekonomik düzeyde olanların otizmde yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları ($M_R=131.50$) orta sosyoekonomik düzeydekilerin ortalamalarından ($M_R=87.37$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [$z=-2.629$; $p=.009$].

4.3.2. Klinik Değişkenler Bakımından OSB Tanılı Çocukların Ebeveynlerin Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri, Otizmde Yaşam Kalitesi ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.13'de OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin daha önce kendileri için psikolojik/psikiyatrik yardım alıp almamalarına göre Beck Depresyon Envanterinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 4.13. OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin daha önce kendileri için psikolojik/psikiyatrik yardım alıp almamalarına göre BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları

		Ebeveyn kendisi için geçmişte psikolojik yardım aldı mı?	N	M _R	S _R	U	Z	p
Depresyon	Hayır		106	75.80	8035.00	2364.00	-3.827	.000*
	Evet		68	105.74	7190.00			
Anksiyete	Hayır		106	74.96	7946.00	2275.00	-4.101	.000*
	Evet		68	107.04	7279.00			
OYKA-A	Hayır		106	96.12	10188.50	2690.50	-2.818	.005*
	Evet		68	74.07	5036.50			
OYKA-B	Hayır		106	87.80	9307.00	3572.00	-.099	.921
	Evet		68	87.03	5918.00			
OYKA Genel Toplam	Hayır		106	91.52	9701.50	3177.50	-1.316	.188
	Evet		68	81.23	5523.50			
PYAİTÖ Toplam	Hayır		106	80.88	8573.50	2902.50	-2.171	.030*
	Evet		68	97.82	6651.50			

*p<.05

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin kendileri için geçmişte psikolojik yardım alıp almamalarına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [U=2364.00; z=-3.827; p=.000]. Geçmişte psikolojik yardım alanların depresyon ortalamaları (M_R=105.74) almayanların ortalamalarından (M_R=75.80) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin kendileri için geçmişte psikolojik yardım almış/almamış olmalarına göre Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [U=2275.00; z=-4.101; p=.000]. Geçmişte psikolojik yardım alanların anksiyete ortalamaları (M_R=107.04) almayanların ortalamalarından (M_R=74.96) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin kendileri için geçmişte psikolojik yardım alıp almamalarına göre Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi A formundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [U=2690.50; z=-2.818; p=.005]. Geçmişte psikolojik yardım almayanların kendi yaşam kalitelerini olumlu algılama ortalamaları (M_R=96.12) alanların ortalamalarından (M_R=74.07) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin kendileri için geçmişte psikolojik yardım alıp almamalarına göre Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [U=2902.50; z=-3.171; p=.030]. Geçmişte psikolojik yardım alanların psikolojik yardım almaya ilişkin tutum

ortalamları ($M_R=97.82$) almayanların ortalamalarından ($M_R=80.88$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.14’de OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin şu anda kendileri için psikolojik/psikiyatrik yardım dışında bir tedavi/ilaç alıp almamalarına göre Beck Depresyon Envanterinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 4.14. OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin şu anda kendileri için psikolojik/psikiyatrik yardım dışında bir tedavi/ilaç alıp almamalarına göre BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ’den aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları

	Ebeveyn kendisi için şu anda psikiyatrik yardım dışında tedavi ilaç aldı mı?	N	M_R	S_R	U	z	p
Depresyon	Hayır	132	81.74	10789.50	2011.50	-2.677	.007*
	Evet	42	105.61	4435.50			
Anksiyete	Hayır	132	82.41	10878.00	2100.00	-2.365	.018*
	Evet	42	103.50	4347.00			
OYKA-A	Hayır	132	91.20	12038.00	2284.00	-1.717	.086
	Evet	42	75.88	3187.00			
OYKA-B	Hayır	132	85.94	11344.50	2566.50	-.723	.470
	Evet	42	92.39	3880.50			
OYKA Genel Toplam	Hayır	132	88.05	11623.00	2699.00	-.257	.797
	Evet	42	85.76	3602.00			
PYAİTÖ Toplam	Hayır	132	79.15	10448.00	1670.00	-3.888	.000*
	Evet	42	113.74	4777.00			

* $p<.05$

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin şu anda kendileri için psikolojik/psikiyatrik yardım dışında bir tedavi/ilaç alıp almamalarına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$U=2011.50$; $z=-2.677$; $p=.007$]. Şu anda kendileri için psikolojik/psikiyatrik yardım dışında tedavi/ilaç alanların depresyon ortalamaları ($M_R=105.61$) almayanların ortalamalarından ($M_R=81.74$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin şu anda kendileri için psikolojik/psikiyatrik yardım dışında bir tedavi/ilaç alıp almamalarına göre Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$U=2100.00$; $z=-2.365$; $p=.018$]. Şu anda kendileri için psikolojik/psikiyatrik yardım dışında tedavi/ilaç alanların anksiyete ortalamaları ($M_R=103.50$) almayanların ortalamalarından ($M_R=82.41$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin şu anda kendileri için psikolojik/psikiyatrik yardım dışında bir tedavi/ilaç alıp almamalarına göre Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [U=1670.00; z=-3.888; p=.000]. Şu anda kendileri için psikolojik/psikiyatrik yardım dışında tedavi/ilaç alanların psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ortalamaları (M_R=113.74) almayanların ortalamalarından (M_R=79.15) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin şu anda kendileri için psikolojik/psikiyatrik yardım dışında bir tedavi/ilaç alıp almamalarına göre Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4.15’de OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin geçmişte kendileri için psikolojik/psikiyatrik yardım dışında bir tedavi/ilaç alıp almamalarına göre Beck Depresyon Envanterinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 4.15. OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin geçmişte kendileri için psikolojik/psikiyatrik yardım dışında bir tedavi/ilaç alıp almamalarına göre BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ’den aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları

	Ebeveyn kendisi için geçmişte psikiyatrik yardım dışında tedavi ilaç aldı mı?	N	M _R	S _R	U	z	p
Depresyon	Hayır	130	83.92	10910.00	2395.00	-1.611	.107
	Evet	44	98.07	4315.00			
Anksiyete	Hayır	130	82.28	10696.50	2181.50	-2.350	.019*
	Evet	44	102.92	4528.50			
OYKA-A	Hayır	130	89.88	11684.50	2550.50	-1.072	.284
	Evet	44	80.47	3540.50			
OYKA-B	Hayır	130	87.69	11399.50	2835.50	-.085	.932
	Evet	44	86.94	3825.50			
OYKA Genel Toplam	Hayır	130	88.58	11515.00	2720.00	-.485	.628
	Evet	44	84.32	3710.00			
PYAİTÖ Toplam	Hayır	130	86.34	11224.00	2709.00	-.525	.600
	Evet	44	90.93	4001.00			

*p<.05

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin geçmişte kendileri için psikolojik/psikiyatrik yardım dışında bir tedavi/ilaç alıp almamalarına göre Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [U=2181.50; z=-2.350; p=.019]. Geçmişte kendileri için psikolojik/psikiyatrik yardım dışında tedavi/ilaç

alanların anksiyete ortalamaları ($M_R=102.92$) almayanların ortalamalarından ($M_R=82.28$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin geçmişte kendileri için psikolojik/psikiyatrik yardım dışında bir tedavi/ilaç alıp almamalarına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4.16’da OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin özel gereksinimleri olan çocukların ailelerine yönelik bir psikolojik destek çalışması yapılacak olsa, bu çalışmaya katılmayı düşünüp düşünmeyeceklerine göre Beck Depresyon Envanterinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları sıra ortalaması ile Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 4.16. OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin özel gereksinimleri olan çocukların ailelerine yönelik bir psikolojik destek çalışması yapılacak olsa, bu çalışmaya katılmayı düşünüp düşünmeme düzeylerine göre BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ’den aldıkları sıra ortalaması ile Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi bulguları

	Psikolojik destek çalışması olsa katılır mı?	N	M_R	χ^2	p	z
Depresyon	Hayır	9	81.06	9.370	.009*	Evet>Emin değilim z=-3.025; p=.002
	Evet	127	94.36			
	Emin değilim	38	66.11			
Anksiyete	Hayır	9	88.28	14.475	.001*	Evet>Emin değilim z=-3.832; p=.000
	Evet	127	95.61			
	Emin değilim	38	60.20			
OYKA-A	Hayır	9	106.50	9.134	.010*	Emin değilim>Evet z=-2.799; p=.005
	Evet	127	80.48			
	Emin değilim	38	106.46			
OYKA-B	Hayır	9	82.06	.361	.835	
	Evet	127	88.87			
	Emin değilim	38	84.21			
OYKA Genel Toplam	Hayır	9	92.33	.782	.676	
	Evet	127	85.45			
	Emin değilim	38	93.21			
PYAİTÖ Toplam	Hayır	9	42.17	10.490	.005*	Evet>Hayır z=-2.974; p=.003
	Evet	127	93.52			
	Emin değilim	38	78.12			

*p<.05

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin özel gereksinimleri olan çocukların ailelerine yönelik bir psikolojik destek çalışması yapılacak olsa, bu çalışmaya katılmayı düşünüp

düşünmeme düzeylerine göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}=9.370$; $p=.009$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda psikolojik destek çalışması olsa katılacakları bildirenlerin depresyon ortalamaları ($M_R=94.36$) katılmaya emin olmadıklarını bildirenlerin ortalamalarından ($M_R=66.11$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [$z=-3.025$; $p=.002$].

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin özel gereksinimleri olan çocukların ailelerine yönelik bir psikolojik destek çalışması yapılacak olsa, bu çalışmaya katılmayı düşünüp düşünmeme düzeylerine göre Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}=14.475$; $p=.001$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda psikolojik destek çalışması olsa katılacakları bildirenlerin anksiyete ortalamaları ($M_R=95.61$) katılmaya emin olmadıklarını bildirenlerin ortalamalarından ($M_R=60.21$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [$z=-3.832$; $p=.000$].

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin özel gereksinimleri olan çocukların ailelerine yönelik bir psikolojik destek çalışması yapılacak olsa, bu çalışmaya katılmayı düşünüp düşünmeme düzeylerine göre Otizmde Yaşam Kalitesi Anketin A formundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}=9.134$; $p=.010$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda psikolojik destek çalışması olsa katılmaktan emin olmadıklarını bildirenlerin kendi yaşam kalitelerini olumlu algılama ortalamaları ($M_R=106.46$) katılacaklarını bildirenlerin ortalamalarından ($M_R=80.48$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [$z=-2.799$; $p=.005$].

OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin özel gereksinimleri olan çocukların ailelerine yönelik bir psikolojik destek çalışması yapılacak olsa, bu çalışmaya katılmayı düşünüp düşünmeme düzeylerine göre Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}=10.490$; $p=.005$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda psikolojik destek çalışması olsa katılacaklarını bildirenlerin anksiyete ortalamaları ($M_R=93.52$) katılmayacaklarını bildirenlerin ortalamalarından ($M_R=42.17$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [$z=-2.974$; $p=.003$].

Tablo 4.17’de OSB tanılı çocukların cinsiyetlerine göre ebeveynlerin Beck Depresyon Envanterinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden, Otizmde Yaşam Kalitesi

Anketinden ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 4.17. OSB tanılı çocukların cinsiyetlerine göre ebeveynlerin BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları

	Çocuğun Cinsiyeti	N	M _R	S _R	U	z	p
Depresyon	Kız	28	83.75	2345.00	1939.000	-.430	.667
	Erkek	146	88.22	12880.00			
Anksiyete	Kız	28	86.39	2419.00	2013.000	-.127	.899
	Erkek	146	87.71	12806.00			
OYKA-A	Kız	28	82.88	2320.50	1914.500	-.530	.596
	Erkek	146	88.39	12904.50			
OYKA-B	Kız	28	74.09	2074.50	1668.500	-1.538	.124
	Erkek	146	90.07	13150.50			
OYKA Genel Toplam	Kız	28	75.73	2120.50	1714.500	-1.350	.177
	Erkek	146	89.76	13104.50			
PYAİTÖ Toplam	Kız	28	90.54	2535.00	1959.000	-.349	.727
	Erkek	146	86.92	12690.00			

*p<.05

OSB tanılı çocukların cinsiyetlerine göre ebeveynlerin Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında, Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4.18'de OSB tanılı çocukların otizm belirti düzeylerine göre ebeveynlerin Beck Depresyon Envanterinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 4.18. OSB tanılı çocukların otizm belirti düzeylerine göre ebeveynlerin BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları

	Otizm Belirtileri	N	ORT	SS	F	p	Tukey
Depresyon	Hafif	72	16.58	10.553	4.392	.014*	Ağır>Hafif p=.010
	Orta	72	18.49	9.841			
	Ağır	30	23.23	10.906			
Anksiyete	Hafif	72	17.99	13.404	5.926	.003*	Ağır>Hafif p=.021 Ağır>Orta p=.002
	Orta	72	15.81	12.873			
	Ağır	30	26.03	16.458			
OYKA-A	Hafif	72	80.26	21.172	1.961	.144	
	Orta	72	78.81	18.746			
	Ağır	30	72.00	16.642			
OYKA-B	Hafif	72	75.49	16.672	14.305	.000*	Hafif>Orta p=.001 Hafif>Ağır p=.000
	Orta	72	64.19	19.056			
	Ağır	30	55.63	20.232			
OYKA Toplam Genel	Hafif	72	155.75	30.847	9.091	.000*	Hafif>Orta p=.039 Hafif>Ağır p=.000
	Orta	72	143.00	32.496			
	Ağır	30	127.63	28.090			
PYAİTÖ Toplam	Hafif	72	20.10	4.063	1.089	.339	
	Orta	72	19.25	4.350			
	Ağır	30	19.03	3.285			

*p<.05

OSB tanılı çocukların otizm belirti düzeylerine göre ebeveynlerin Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [F(2-171)=4.392; p=.014]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda otizm belirtileri ağır olan çocukların ebeveynlerinin depresyon ortalamaları (Ort=23.23) otizm belirtileri hafif olan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından (Ort=16.58) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.010).

OSB tanılı çocukların otizm belirti düzeylerine göre ebeveynlerin Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [F(2-171)=5.926; p=.003]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda otizm belirtileri ağır olan çocukların ebeveynlerinin anksiyete ortalamaları (Ort=26.03) otizm belirtileri hafif olan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından (Ort=17.99) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.021). Otizm belirtileri ağır olan çocukların ebeveynlerinin anksiyete ortalamaları (Ort=26.03) otizm belirtileri orta olan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından (Ort=15.81) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.002).

OSB tanılı çocukların otizm belirti düzeylerine göre ebeveynlerin Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi B formundan aldıkları ortalama puanlar incelendiğinde aralarında anlamlı fark tespit edilmiştir [$F(2-171)=14.305$; $p=.000$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda otizm belirtileri hafif olan çocukların ebeveynlerinin çocuklarının otizm ile ilgili yaşadıkları zorlukların kendileri için ne kadar az sorun olduğuna ilişkin ortalamaları (Ort=75.49) otizm belirtileri orta olan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından (Ort=64.19) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=.001$). Otizm belirtileri hafif olan çocukların ebeveynlerinin çocuklarının otizm ile ilgili yaşadıkları zorlukların kendileri için ne kadar az sorun olduğuna ilişkin ortalamaları (Ort=75.49) otizm belirtileri ağır olan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından (Ort=55.63) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=.000$).

OSB tanılı çocukların otizm belirti düzeylerine göre ebeveynlerin Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$F(2-171)=9.091$; $p=.000$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda otizm belirtileri hafif olan çocukların ebeveynlerinin otizmde yaşam kalitesi ortalamaları (Ort=155.75) otizm belirtileri orta olan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından (Ort=143.00) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=.039$). Otizm belirtileri hafif olan çocukların ebeveynlerinin otizmde yaşam kalitesi ortalamaları (Ort=155.75) otizm belirtileri ağır olan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından (Ort=127.63) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=.000$).

Tablo 4.19'da OSB tanılı çocukların özel eğitim için devletin eğitim desteğinden faydalanabiliyor olmalarına göre ebeveynlerin Beck Depresyon Envanterinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 4.19. OSB tanılı çocukların özel eğitim için devletin eğitim desteğinden faydalanabiliyor olmalarına göre ebeveynlerin BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları

	Devletten Özel Eğitim Desteği	N	M _R	S _R	U	z	P
Depresyon	Hayır	41	82.12	3367.00	2506.00	-.782	.434
	Evet	133	89.16	11858.00			
Anksiyete	Hayır	41	79.38	3254.50	2393.50	-1.181	.237
	Evet	133	90.00	11970.50			
OYKA-A	Hayır	41	84.67	3471.50	2610.50	-.411	.681
	Evet	133	88.37	11753.50			
OYKA-B	Hayır	41	81.90	3358.00	2497.00	-.814	.416
	Evet	133	89.23	11867.00			
OYKA Genel Toplam	Hayır	41	81.15	3327.00	2466.00	-.924	.356
	Evet	133	89.46	11898.00			
PYAİTÖ Toplam	Hayır	41	86.61	3551.00	2690.00	-.130	.897
	Evet	133	87.77	11674.00			

*p<.05

OSB tanılı çocukların özel eğitim için devletin eğitim desteğinden faydalanıp faydalanmamalarına göre ebeveynlerin Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında, Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4.20'de OSB tanılı çocukların devletin maddi bakım desteğinden faydalanabiliyor olmalarına göre ebeveynlerin Beck Depresyon Envanterinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 4.20. OSB tanılı çocukların devletin maddi bakım desteğinden faydalanabiliyor olmalarına göre ebeveynlerin BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları

	Devletten Maddi Bakım Desteği	N	M _R	S _R	U	z	p
Depresyon	Hayır	139	85.34	11862.00	2132.00	-1.129	.259
	Evet	35	96.09	3363.00			
Anksiyete	Hayır	139	82.09	11410.50	1680.50	-2.825	.005*
	Evet	35	108.99	3814.50			
OYKA-A	Hayır	139	87.28	12132.50	2402.50	-.113	.910
	Evet	35	88.36	3092.50			
OYKA-B	Hayır	139	91.59	12730.50	1864.50	-2.133	.033*
	Evet	35	71.27	2494.50			
OYKA Genel Toplam	Hayır	139	90.13	12528.00	2067.00	-1.372	.170
	Evet	35	77.06	2697.00			
PYAİTÖ Toplam	Hayır	139	89.05	12378.00	2217.00	-.812	.417
	Evet	35	81.34	2847.00			

*p<.05

OSB tanılı çocukların devletin maddi bakım desteğinden faydalanıp faydalanmamalarına göre ebeveynlerin Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [U=1680.50; z=-2.825; p=.005]. Devletten maddi bakım desteği alanların anksiyete ortalamaları (M_R=108.99) almayanların ortalamalarından (M_R=85.34) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OSB tanılı çocukların devletin maddi bakım desteğinden faydalanıp faydalanmamalarına göre ebeveynlerin Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi B formundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [U=1864.50; z=-2.133; p=.033]. Devletten maddi bakım desteği almayanların çocuklarının otizm ile ilgili yaşadıkları zorluklarının/sıkıntılarının kendileri için az sorun olduğu algılarına ilişkin ortalamaları (M_R=91.59) alanların ortalamalarından (M_R=71.27) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OSB tanılı çocukların devletin maddi bakım desteğinden faydalanıp faydalanmamalarına göre ebeveynlerin Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4.21'de OSB tanılı çocukların özel eğitim için burs/sponsor desteğinden faydalanabiliyor olmalarına göre ebeveynlerin Beck Depresyon Envanterinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden ve Psikolojik Yardım

Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 4.21. OSB tanılı çocukların özel eğitim için burs/sponsor desteğinden faydalanabiliyor olmalarına göre ebeveynlerin BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları

	Özel eğitim için burs/sponsor desteği	N	M _R	S _R	U	z	p
Depresyon	Hayır	136	91.05	12382.50	2101.50	-1.759	.079
	Evet	38	74.80	2842.50			
Anksiyete	Hayır	136	91.46	12439.00	2045.00	-1.964	.049*
	Evet	38	73.32	2786.00			
OYKA-A	Hayır	136	83.00	11287.50	1971.50	-2.232	.026*
	Evet	38	103.62	3937.50			
OYKA-B	Hayır	136	87.80	11940.50	2543.50	-.148	.883
	Evet	38	86.43	3284.50			
OYKA Genel Toplam	Hayır	136	85.47	11623.50	2307.50	-1.007	.314
	Evet	38	94.78	3601.50			
PYAİTÖ Toplam	Hayır	136	88.36	12017.50	2466.50	-.429	.668
	Evet	38	84.41	3207.50			

*p<.05

OSB tanılı çocukların özel eğitim için burs/sponsor desteğinden faydalanıp faydalanmamalarına göre ebeveynlerin Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [U=2045.00; z=-1.964; p=.049]. Özel eğitim için burs/sponsor desteği almayanların anksiyete ortalamaları (M_R=91.46) alanların ortalamalarından (M_R=73.32) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OSB tanılı çocukların özel eğitim için burs/sponsor desteğinden faydalanıp faydalanmamalarına göre ebeveynlerin Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi A formundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [U=1971.50; z=-2.232; p=.026]. Özel eğitim için burs/sponsor desteği alanların kendi yaşam kalitelerini olumlu değerlendirme ortalamaları (M_R=103.62) almayanların ortalamalarından (M_R=83.00) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.22'de OSB tanılı çocukların şu anda özel eğitim dışında farklı ilaç/tedavi alıp almamalarına göre ebeveynlerin Beck Depresyon Envanterinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 4.22. OSB tanılı çocukların özel eğitim için şu anda özel eğitim dışında farklı ilaç/tedavi alıp almamalarına göre ebeveynlerin BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları

	Şu anda çocuk için özel eğitim dışında farklı tedavi /ilaç	N	M _R	S _R	U	z	P
Depresyon	Hayır	94	85.02	7991.50	3526.50	-.706	.480
	Evet	80	90.42	7233.50			
Anksiyete	Hayır	94	87.22	8199.00	3734.00	-.079	.937
	Evet	80	87.83	7026.00			
OYKA-A	Hayır	94	83.40	7839.50	3374.50	-1.164	.244
	Evet	80	92.32	7385.50			
OYKA-B	Hayır	94	89.72	8433.50	3551.50	-.630	.529
	Evet	80	84.89	6791.50			
OYKA Genel Toplam	Hayır	94	86.94	8172.50	3707.50	-.159	.874
	Evet	80	88.16	7052.50			
PYAİTÖ Toplam	Hayır	94	85.74	8059.50	3594.50	-.501	.616
	Evet	80	89.57	7165.50			

*p<.05

OSB tanılı çocukların şu anda özel eğitim dışında farklı tedavi/ilaç alıp almamalarına göre ebeveynlerin Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında, Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4.23'de OSB tanılı çocukların geçmişte özel eğitim dışında farklı ilaç/tedavi alıp almamalarına göre ebeveynlerin Beck Depresyon Envanterinden, Beck Anksiyete Ölçeğinden, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 4.23. OSB tanılı çocukların geçmişte özel eğitim dışında farklı ilaç/tedavi alıp almamalarına göre ebeveynlerin BDE, BAÖ, OYKÖ ve PYAİTÖ'den aldıkları sıra ortalaması ve toplamları ile Mann Whitney U testi bulguları

	Geçmişte çocuk için özel eğitim dışında farklı tedavi /ilaç	N	M _R	S _R	U	z	P
Depresyon	Hayır	103	79.76	8215.00	2859.00	-2.444	.015*
	Evet	71	98.73	7010.00			
Anksiyete	Hayır	103	80.04	8244.50	2888.50	-2.353	.019*
	Evet	71	98.32	6980.50			
OYKA-A	Hayır	103	90.67	9339.00	3330.00	-1.000	.317
	Evet	71	82.90	5886.00			
OYKA-B	Hayır	103	86.30	8889.00	3533.00	-.378	.705
	Evet	71	89.24	6336.00			
OYKA Genel Toplam	Hayır	103	88.70	9136.50	3532.50	-.380	.704
	Evet	71	85.75	6088.50			
PYAİTÖ Toplam	Hayır	103	87.39	9001.00	3645.00	-.035	.972
	Evet	71	87.66	6224.00			

*p<.05

OSB tanılı çocukların geçmişte özel eğitim dışında farklı tedavi/ilaç alıp almamalarına göre ebeveynlerin Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [U=2859.00; z=-2.444; p=.015]. Geçmişte özel eğitim dışında farklı tedavi/ilaç alanların ebeveynlerinin depresyon ortalamaları (M_R=98.73) almayanların ortalamalarından (M_R=79.76) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OSB tanılı çocukların geçmişte özel eğitim dışında farklı tedavi/ilaç alıp almamalarına göre ebeveynlerin Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [U=2888.00; z=-2.353; p=.019]. Geçmişte özel eğitim dışında farklı tedavi/ilaç alanların ebeveynlerinin anksiyete ortalamaları (M_R=98.32) almayanların ortalamalarından (M_R=80.04) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OSB tanılı çocukların geçmişte özel eğitim dışında farklı tedavi/ilaç alıp almamalarına göre ebeveynlerin Otizmde Yaşam Kalitesi Anketinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

BÖLÜM 5. SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu bölümde öncelikle araştırma kapsamında elde edilen sonuçlara yer verilmiş, sonrasında ise sonuçlar literatür ışığında değerlendirilmiş ve son olarak da araştırmanın sınırlılıkları tartışılarak ileride yapılabilecek araştırmalar ve uygulamalar için önerilerde bulunulmuştur.

5.1. SONUÇLARIN GENEL ÖZETİ

Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular bu bölümde özetlenmiştir.

1. Örneklem grubundaki OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin depresyon, kaygı, yaşam kalitesi ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutum düzeyleri değerlendirilmiştir.
 - a) Depresyon puanları ile kaygı puanları arasında pozitif bir ilişki bulunurken yaşam kalitesi puanları arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Buna istinaden, OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeyleri arttıkça anksiyete düzeyleri artmakta ve otizmde yaşam kaliteleri düşmektedir. Yaşam kalitesi A ve B formu ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise ebeveynlerin depresyon düzeyleri arttıkça kendi yaşam kalitelerinin olumlu algılamaları ve çocuklarının otizm ile ilgili yaşadıkları zorlukların kendileri için ne kadar az sorun olduğu ile ilgili olumlu algılamaları düşmektedir.
 - b) Anksiyete puanları ile yaşam kalitesi puanları arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. Buna istinaden OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin anksiyete düzeyleri arttıkça kendi yaşam kalitelerinin olumlu algılamaları düşmekte ve çocuklarının otizm ile ilgili yaşadıkları zorlukların kendileri için ne kadar az sorun olduğu ile ilgili olumlu algılamaları düşmektedir.
 - c) Depresyon, kaygı ve yaşam kalitesi puanları ile psikolojik yardım almaya ilişkin tutum puanları arasında bir ilişki bulunmamıştır.

2. Örneklem grubundaki OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin depresyon, kaygı, yaşam kalitesi ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutum düzeyleri demografik veriler bakımından değerlendirilmiştir.
 - a) Cinsiyete göre inceleme yapıldığında, depresyon, kaygı ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ortalamaları kadınlarda erkeklerden anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Yaşam kalitesi düzeyleri arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır.
 - b) Medeni duruma ve eğitim durumuna göre inceleme yapıldığında, depresyon, anksiyete ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.
 - c) Çalışma durumuna göre inceleme yapıldığında, çalışma durumu ile kaygı puanları ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuş ve çalışmayan ebeveynlerin kaygı ortalamalarının çalışan ebeveynlerin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Depresyon, yaşam kalitesi ve psikolojik yardım alma tutumu puanı ortalamaları arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır.
 - d) Gelir durumuna göre inceleme yapıldığında, gelir durumu ile kaygı ve toplam yaşam kalitesi ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunurken, depresyon ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.
 - e) Sosyoekonomik düzeye göre inceleme yapıldığında, depresyon, kaygı, yaşam kalitesi ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ortalama puanları arasında anlamlı farklar olduğu bulunmuştur.
3. Örneklem grubundaki OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin depresyon, kaygı, yaşam kalitesi ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutum düzeyleri klinik değişkenler bakımından değerlendirilmiştir.
 - a) Ebeveynlerin kendileri için geçmişte psikolojik yardım alıp almamalarına göre depresyon, kaygı, yaşam kalitesi ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ortalama puanları arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Kendileri için geçmişte psikolojik yardım alanların depresyon, kaygı, psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ortalamaları almayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yaşam kalitesi ortalamaları bakımından ise geçmişte psikolojik yardım almayanların kendi yaşam kalitelerini olumlu

algılama ortalamaları alanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

- b) Ebeveynlerin şu anda kendileri için psikolojik/psikiyatrik yardım dışında bir tedavi/ilaç alıp almamalarına göre depresyon, kaygı ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ortalama puanları arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Şu anda kendileri için psikolojik/psikiyatrik yardım dışında tedavi/ilaç alanların depresyon, kaygı ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutum puanları ortalamaları, almayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yaşam kalitesi ortalama puanları arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır. Geçmişte kendileri için psikolojik/psikiyatrik yardım dışında tedavi/ilaç alanların kaygı puanı ortalamaları almayanların ortalamalarından anlamlı bir şekilde yüksek iken depresyon, yaşam kalitesi ve psikolojik yardım alma tutumu puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır.
- c) Özel gereksinimleri olan çocukların ailelerine yönelik bir psikolojik destek çalışması yapılacak olsa, bu çalışmaya katılmayı düşünüp düşünmeyeceklerinin düzeyleri ile depresyon, kaygı, yaşam kalitesi ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ortalama puanları arasında anlamlı farklar olduğu tespit edilmiştir. Destek çalışmasına katılacaklarını bildiren ebeveynlerin ölçek puanları, katılmayacaklarını ya da emin olmadıklarını bildiren ebeveynlerin ölçek puanlarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.
- d) OSB tanıli çocukların cinsiyetlerine göre ebeveynlerin depresyon, kaygı, yaşam kalitesi ve psikolojik yardım almaya yönelik tutum düzeylerine ait ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.
- e) OSB tanıli çocukların belirti düzeylerine göre ebeveynlerin depresyon, kaygı, yaşam kalitesi B formu ve yaşam kalitesi toplam puan ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Buna istinaden belirti düzeyi yüksek olan çocukların ebeveynlerinin ölçek puan ortalamaları, belirti düzeyi düşük olan çocukların ebeveynlerinin ölçek puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
- f) OSB tanıli çocukların özel eğitim için devletin eğitim desteğinden faydalanıp faydalanmamalarına göre ebeveynlerin depresyon, kaygı, yaşam kalitesi ve psikoloji yardım almaya ilişkin tutum puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Devletin maddi yardım desteğinden faydalanıp

faydalanmamalarına göre ebeveynlerin kaygı ve yaşam kalitesi B formu ortalama puanlar arasında anlamlı farklar varken depresyon ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ortalama puanları arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır.

- g) OSB tanılı çocukların özel eğitim için burs/sponsor desteğinden faydalanıp faydalanmamalarına göre ebeveynlerin kaygı ve yaşam kalitesi A formu ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Burs/sponsor desteğinden faydalanmayan ebeveynlerin kaygı ortalama puanları, faydalanan ebeveynlerin ortalama puanlarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yaşam kalitesi A formuna istinaden özel eğitim için burs/sponsor desteği alanların kendi yaşam kalitelerini olumlu değerlendirme ortalamaları almayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.
- h) OSB tanılı çocukların şu anda özel eğitim dışında farklı tedavi/ilaç alıp almamalarına göre ebeveynlerin depresyon, kaygı, yaşam kalitesi ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.
- i) OSB tanılı çocukların geçmişte özel eğitim dışında farklı tedavi/ilaç alıp almamalarına göre ebeveynlerin depresyon ve kaygı ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Buna istinaden geçmişte özel eğitim dışında farklı tedavi/ilaç alanların ebeveynlerinin depresyon ve kaygı ortalamaları almayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çocukların geçmişte özel eğitim dışında farklı tedavi/ilaç alıp almamalarına göre ebeveynlerin yaşam kalitesi ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ortalama puanları ile arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır.

5.2. TARTIŞMA

Bu çalışmada otizm tanısı alan çocukların ebeveynlerinin (bakım veren kişiler) depresyon, kaygı, yaşam kalitesi ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutum düzeyleri incelenirken, hem otizm tanısı almış çocuklara hem de bu çocuklara bakım veren bireylere ait kişisel, demografik ve klinik değişkenler hakkında da bilgi toplanılarak araştırma değişkenleri ile aralarında ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Elde edilen sonuçların, bu alanda yapılan çalışmalarla benzer özelliklerin yanında farklı özellikler de gösterdiği görülmüştür.

Kişisel ve demografik veriler arasında göze çarpan ilk verinin annelerin çalışma durumu olduğu görülmektedir. Annelerin büyük çoğunluğu çalışmamaktadır ve bunun sebebinin otizm tanılı çocuğa sahip olmanın getirdiği görev ve sorumluluklar olduğu düşünülmektedir. Veri toplama sürecinde hem sözel hem de yazılı olarak annelerden alınan bilgiler ışığında görüşmüştür ki özel gereksinimli çocuğa sahip olan ailelerde daha çok anneler manevi yükün altına girmektedir ve mesleki kariyer anlamında fedakârlıklar yapmak zorunda kalmaktadır.

Literatürde yer alan çalışmalar arasında bizim çalışmamızla benzer değişkenlere sahip Bumin, Günal ve Tükel (2008) tarafından yürütülen çalışmada engelli çocuğa sahip ailelerde depresyon ve kaygı belirtilerinin yanında yaşam kalitesi düzeyleri incelenmiştir. Yapılan bu çalışmada bizim araştırmamıza benzer şekilde yaş aralıkları 31-39 aralığında, evli ve çalışmayan annelerin yüksek orana sahip olduğu bulunmuştur.

Yapılan araştırmalar arasında Benson ve Karlof (2009) yaptıkları çalışmada OSB olan çocukların ebeveynlerinin psikolojik sağlıklarını tehdit eden en önemli riskin çocuklarındaki otizm semptomlarının yoğunluğu olduğunu bildirmişlerdir. Benzer şekilde ebeveynlerin depresyon düzeyleri ile otizm tanılı çocuklarının davranış problemleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulan çalışmalar (Bristol, Gallagher ve Holt, 1993; Cohen ve Tsiouris, 2006; Demir, Mukaddes ve Demir, 2000; Görgü, 2005) ile çocuklarının bilişsel ve uyum davranışlarıyla ebeveynlerinin depresyon düzeyleri arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulan çalışmalar (Cohen ve Tsiouris, 2006) ile benzer özellikler göstermektedir. Bizim çalışmamızda, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi - B Formu ile ebeveynler otizmli çocuklarının davranış ve bilişsel problemlerinin kendileri için ne kadar sorun olduğunu değerlendirmiştir. Bu formdan alınan yüksek puanlar bireyler için çocuklarının bilişsel ve davranış problemlerinin kendileri için ne kadar az sorun olduğunu temsil etmektedir. Literatür ile uyumlu olarak, bu formdan alınan puanlar ile depresyon düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Genel olarak bulgular değerlendirildiğinde, OSB tanısı alan çocuğa sahip olan aile içerisindeki yapı, normal çocuğa sahip olan aile yapısından farklı olacaktır. Hayatlarına giren bu yetersizlikle birlikte ailelerin girdiği şoktan kurtulması zaman almaktadır. Bu süreçte de yetersizlikle birlikte ailenin bakım yükü artmaktadır (Bilgin ve Küçük, 2010; Manor-Binyamini, 2011). Artan yükü, aile bireyleri arasından daha çok anneler yüklenmektedir (Ardıç, 2013; Marks, 1998). Annelerin bu yükle birlikte karşılaştıkları güçlükler stres seviyesini arttırmakta ve beraberinde de anneler sosyal çevrelerinden

uzaklaşarak izole bir ortama sahip olmaktadırlar (Bilgin ve Küçük, 2010; Nealy vd., 2012; Nicholas vd., 2016). Otizm gibi ağır bir yükte birlikte annelerde depresyon, tükenmişlik ve ümitsizlik düzeyleri artarken psikolojik iyi olma halleri de etkilenmektedir (Anclair ve Hiltunen, 2014; Benson ve Karlof, 2009; Higgins vd., 2005). Bizim çalışmamızda da annelerin yetersizliği olan çocuklarının ihtiyaçları konusunda babalardan daha fazla sorumluluk aldıkları ve bu durumun kendilerine ağır psikolojik yükler getirdiği tespit edilmiştir.

Literatürle belirtildiği üzere otizmlili çocuğun cinsiyeti, anne-babaların depresyon düzeylerini etkilemediği bulunmuştur (Ergin vd., 2007). Bizim çalışmamızda da ebeveynlerin depresyon, kaygı, yaşam kalitesi ve psikolojik yardım almaya yönelik tutum düzeyleri ile çocuğun cinsiyeti arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Bizim araştırmamızda edinilen bilgilere göre kadınların erkeklere göre istatistiksel olarak daha depresif ve daha kaygılı oldukları ve kadınların psikolojik yardım alma tutumları erkeklerin tutumlarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda da görüldüğü üzere kadınlar psikolojik problemleri erkeklere oranla daha çok kabul etmekte ve bu problemleri çözmek için yardım/destek arayışına girmektedirler (Özbay, 1996). Psikolojik yardım alma tutumunun ilişki içerisinde sorun yaşayan kişilerde çoğu zaman ilk seçenek olmadığını bildiren Bodenmann (1995), ilk aşamada bireysel başa çıkmanın, ikinci aşamada ikili başa çıkmanın ve son olarak da destek arama davranışının geldiğini bildirmiştir. Aydoğan (2014)'e göre ise kişiler ilk aşamada kendi çabalarıyla, sonrasında eşleriyle, daha sonra aile, yakın arkadaş ve iş arkadaş çevreleriyle ve en son yöntem olarak da profesyonel yardım ile sorunlarını çözmektedirler. Bizim araştırmamızda da kişilerin depresyon, kaygı ve yaşam kalitesi düzeyleri ile psikolojik yardım alma tutumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Literatürde bahsedilene benzer olarak kişiler yaşadıkları sorunlar karşısında psikolojik yardım alma eğiliminde olmak yerine sorunlarını farklı yollar ile çözmeye çalışmaktadır. Bu araştırma sırasında ebeveynlerin bildirimlerine istinaden Türkiye'de psikolojik yardım almanın maliyeti ve sosyal etiketi sebebiyle psikoterapinin kendileri için ilk tercih olmayacağını bildirmişlerdir.

Literatürden farklı olarak, ebeveynlerin eğitim düzeylerine göre depresyon, kaygı, yaşam kalitesi ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Yapılan diğer çalışmalara göre eğitim düzeyi yüksek ebeveynlerde yetersizlikle ilgili bilgiye ve bilgi kaynaklarına erişim imkânlarına sahip olabirirken çocuklarının durumunu daha hızlı kabullenip yardım kaynaklarına daha hızlı

ulaşım sağlayabilir ve çocuklarıyla daha doğru iletişim kurarak hedefleri doğrultusunda yaşamlarına devam edebilirler. Bu da ebeveynlerin iyi oluş hallerini etkileyebilmektedir (Görgü, 2005).

Literatürde yer alan bir araştırmada katılımcıların %25'i otizmlili çocuğa sahip olduklarını öğrendiklerinde bir uzmandan psikolojik yardım almıştır. Araştırmaya katılan çiftlerin %20'si şuanda bir psikolojik desteğe ihtiyaçları olduğunu bildirirken %35'i ise bazen psikolojik desteğe ihtiyaçları olduğunu bildirmiştir (Dalkılıç, 2016).

Bizim araştırmamızın da önemli sonuçlarından biri ebeveynlerin klinik değişkenleri ile ilgili sonuçlardır. Bu sonuçlara istinaden ebeveynlerin %39.1'i daha önce bir uzmandan psikolojik yardım aldıklarını, %24.1'i şu anda kendileri için psikolojik yardım dışında bir tedavi ya da ilaç desteği aldıklarını, %25.3'ü ise geçmişte kendileri için psikolojik yardım dışında bir tedavi ya da ilaç desteği aldıklarını bildirmişlerdir. Veri toplama aşamasında ailelerden alınan bilgilere istinaden, ailelerin karşılaştıkları zorluklar konusunda çaresiz kaldıkları durumlarda çocuklarının özel eğitime devam ettiği kurumun psikoloğundan destek talep ettiklerini ancak kurum psikologlarının kurum içerisinde farklı birçok görevi olduğundan ailelerin psikolojik durumları ile yeterince ilgilenemedikleri bilgisi edinilmiştir. Ebeveynlere özel gereksinimleri olan çocukların ailelerine yönelik psikolojik destek çalışması olsa buna katılıp katılmayacaklarını sorduğumuzda ise ebeveynlerin %73'ü bu gruba katılacaklarını, %21.8'i katılıp katılmamak konusunda emin olmadıklarını, %5.2'si katılmayacaklarını bildirmişlerdir. Olası bir destek programına katılmayı düşüneni kişilerin oranının yüksek olması, bu konuda atılacak adımlar için önemli bir kaynak teşkil etmektedir.

Başka bir araştırmada ise bizim araştırmamızın katılımcılarının şikayetlerine benzer olarak ailelerin büyük kısmının sosyal destek alamamak, suçlama ve suçlanma duygusu yaşamak, yaşadıkları ailevi sorunları birileriyle konuşamamak ve danışmanlık hizmeti alamamak gibi şikâyetleri sahip olduğu ve bunlara ek olarak da geleceğe dair kaygılarının olduğu bildirilmiştir (Özsoy vd., 2006).

Otizmlili çocukların ailelerine yönelik yapılan bir çalışmada ise 1005 katılımcının üçte ikisi (%66.4) daha önce otizmlili çocukların aileleri için oluşturulan bir destek grubuna katıldığını bildirmiştir. Özellikle çocuklarında kendine zarar verme davranışı, uyku ve konuşma problemleri olan ailelerin katılımının daha fazla olduğu da görülmüştür (Mandell & Salzer,2007). Bu çalışmaya benzer olarak bizim çalışmamızda da destek grubu oluşturulsa katılacağını bildiren katılımcı sayısı oldukça yüksektir (%73). Ayrıca bizim çalışmamızda katılımcılara böyle bir grup olsa katılıp katılmayacakları sorulmuş

ve görülmüştür ki destek grubuna katılacağını bildiren katılımcıların depresyon ve kaygı tutumları düzeyleri yüksek; yaşam kalitesi düzeyleri ise düşüktür. Destek grubuna katılacağını bildiren katılımcılarda buna paralel olarak psikolojik yardım almaya ilişkin tutum düzeyleri de yüksek bulunmuştur.

5.3. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE ÖNERİLER

Otizm Spektrum Bozukluğuna sahip çocuklarının ebeveynlerinin psikolojik iyi olma halleri birçok araştırmanın inceleme konusu olmuştur. Otizmlili çocuğa sahip olmak, aile içi dinamikleri etkilemekte, aileyi hem maddi hem manevi olarak ağır yüklerin altına sokmaktadır. Bakım veren konumunda olan aile üyelerinin, depresyon ve kaygı gibi yaygın iki psikolojik bozukluk konusunda risk altında oldukları düşünülmektedir. Otizmin beraberinde getirdiği birçok yetersizliğin aile bireylerinin yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkilediği de araştırmanın bir diğer hipotezidir. Tüm bu değişkenlerle birlikte bakım veren kişilerin psikolojik yardım alma tutumlarının da kişilerin depresyon, kaygı ve yaşam kalitesi düzeyleriyle ilişkisinin olduğu öngörülmüştür. Bu araştırmanın bulgularına istinaden otizmlili çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon, kaygı ve yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler bulunurken bu değişkenler ile psikolojik yardım alma tutumu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Buna istinaden alanda bu konuda daha fazla çalışma yapılmasının gerekli olduğu görülmektedir.

Bu çalışma ile otizmlili çocuğa sahip ailelerin psikolojik iyi olma hallerini incelemek amacıyla depresyon ve kaygı gibi yaygın bozuklukların düzeyleri incelenirken yaşam kalitesi düzeyleri ve bunlarla bağlantılı olarak psikolojik yardım alma tutumları üzerine de dikkat çekilmiştir. Literatür tarafından da desteklenen bulguların hem teorik hem de uygulamalı alan için faydalı bilgiler içerdiği düşünülmektedir.

Otizmlili çocuğa sahip aile dinamiklerinin, normal çocuğa sahip aile dinamiklerinden farklı olduğu bilgisinden yola çıkarak hem alanda çalışan uzmanların hem de devletin ilgili kurumlarının bu konuda hem maddi hem de manevi destek içeren çalışmalar yürütecek projeler ortaya koyması gerekmektedir. Ailelerin uzmanlardan ve resmi kurumlardan beklentilerini belirleyerek bu beklentilerin nasıl karşılanabileceği üzerine de çalışmaların gerekli olduğu düşünülmektedir. Öncelikle alanda çalışan uzmanların (psikiyatrist, psikolog, psikolojik danışan, özel eğitim uzmanı gibi) otizm hakkında kapsamlı ve güncel bilgiye sahip kişiler olması hem çocuğun doğru tanılanması hem de

ailelerin doğru bilgilendirilerek yönlendirilmesi amacıyla önem taşımaktadır. Bu çalışma sırasında ailelerin uzmanlardan otizm hakkında yeterli ve açıklayıcı bilgiler alamadıkları konusunda yakındıkları tespit edilmiştir. Ailelerin bu konudaki beklentilerinin otizm konusunda daha fazla bilgilendirilerek yardım kanallarına daha hızlı ve doğru şekilde ulaştırılmaları yönünde olduğu bilgisi edinilmiştir.

Bu çalışmaya ile anlamlı verilere ulaşılmış olsa da bazı sınırlılıklardan bahsetmek de mümkündür. Araştırmaya otizmlili çocuğa sahip 174 ebeveyn (bakım veren kişi) katılmıştır. Örneklemin yeterince büyük olmaması, araştırma bulgularının genellenebilirliği açısından soru işaretine sebep olmaktadır. Ayrıca araştırmada kullanılan depresyon ve kaygı ölçeklerinin bozukluğun daha çok bedensel belirtileri üzerine odaklandığından bütüncül bir bakış açısı sağlayamamış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmanın diğer bir kısıtlılığı ise araştırma verisinin çoğunun Google Forms sistemi üzerinden kendini bildirim yoluyla toplanmasıdır. Gelecekte yapılacak çalışmalarda gözlem, günlük metodu gibi nitelendirici ölçümlerin kullanılması daha kapsamlı ve önemli sonuçlara ulaşılabilen düşünülmemektedir.

Bu çalışmada araştırma grubu içerisinde yer alan otizmlili çocuğa sahip babalara ulaşma konusunda güçlük yaşanmıştır. Gelecekte bu alanda araştırma yapacak kişilerin bu süreçte babaların katılımlarının teşvik edilmesi yönünde çalışmalar yaparak araştırma gruplarının eşitlenmesini sağlayabilir ve bu şekilde araştırma sonuçları da olumlu yönde etkilenebilir.

Alanda yapılacak sonraki çalışmalarda sosyo-demografik bilgiler arasında, ailedeki çocuk sayısı, otizmlili çocuğun ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu ve otizmlili çocuklarından sonra çocuk sahibi olup olmadıkları bilgilerini de ekleyerek çalışmanın bilgi zenginliği artırılabilir ve alana önemli istatistiksel veriler kazandırılabilir görülmektedir.

Katılımcıların çoğunun düşük gelir seviyesine sahip olduğu düşünüldüğünde, hâlihazırda ekonomik bir yükün altında olan ailelerin psikolojik yardım alma tutumlarını arttırmak amacıyla profesyonel yardım hizmetlerinin düşük ücretle veya ücretsiz olarak sağlanması teşvik edilmelidir.

Ailelerin bir kısmı, kendilerinin başına bir şey geldiğinde çocuklarıyla kimin ilgileneceği konusunda çaresiz hissetmekte ve bu konuda kaygılandıklarını bildirmektedirler. Bu gibi durumlarda yetersizliğe sahip çocukların bakımını üstlenecek, alanında uzman personel barındıran bakım evlerinin kurulması, ailelerin gelecek kaygılarını bir nebze azaltabileceği düşünülmektedir.

Toplumun oldukça büyük bir kesimini oluşturan yetersizliğe sahip çocuk aileleri, toplum tarafından dışlanma, hor görülme gibi şikâyetlerini de çalışma kapsamında dile getirmişlerdir. Toplumun, bu ailelerin içinde buldukları durumu ‘normalleştirebilmesi’ amacıyla okul, hastane gibi kurumlarda bu konuda eğitici eğitimler verilerek ailelerin kabul ve destek gördüklerini hissetmelerine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

Aile içerisinde en büyük sorumluluğu annelerin aldığını gözlemliyoruz. Bu konuda aile eğitimleri artırılarak bu eğitimlere ailenin diğer üyelerinin de katılımı sağlanmalı ve yetersizliğe sahip çocuğun bakımı konusunda annenin üzerindeki yük azaltılmalıdır.



KAYNAKLAR

- Akçakın, M., Erden, G. (2001). Otizm Tanısı Konmuş Çocukların Anne Babalarındaki Ruhsal Belirtiler. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 8(1), 2-10.
- Akiskal, H.S. (2007) *Duygudurum Bozuklukları: Tarihsel Gelişimi ve Kavramın Tanıtımı*. In: Sadock B, Sadock V, eds. Aydın H, Bozkurt A, (çev. eds). Türkçe Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı. Ankara: Öncü Basımevi. p.1559-75.
- Akkök, F. (1989). Özürlü bir çocuğa sahip anne babaların kaygı ve endişe düzeyini ölçme aracının geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 26–39.
- Almansour, M. A., Alateeq, M. A., Alzahrani, M. K., Algeffari, M. A., Alhomaidan, H. T. (2013). Depression and anxiety among parents and caregivers of autistic spectral disorder children. *Neurosciences*, 18(1), 58-63.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). *Ruhsal bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı (DSM-5)*. (Çev. Ed.: E. Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Anclair, M., Hiltunen, A. J. (2014). Cognitive behavioral therapy for stress-related problems: Two single-case studies of parents of children with disabilities. *Clinical Case Studies*, 13(6), 472–486.
- Ardıç, A. (2013a). *Özel gereksinimli çocuk ve aile*. A. Cavkaytar (ed.), Özel Eğitimde Aile Eğitimi ve Rehberliği (3. Baskı). Ankara: Vize Yayıncılık.
- Ardıç, A. (2013b). *Otistik spektrum bozukluğu tanısı almış çocukların ailelerine yönelik bir psiko-egitsel grup programının ebeveynlerin bazı psikolojik değişkenleri üzerindeki etkisi*, *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Eskisehir: Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Arkonaç, O., (1999). *Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü*. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Asperger, H. (1938). Das psychisch abnorme Kind. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 51, 1314-1317.

- Asperger, H. (1944). Die „Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter. *Archiv für psychiatrie und nervenkrankheiten*, 117(1), 76-136. Translated and annotated by Frith U (1991). Autistic psychopathy in childhood. In Frith U (ed), *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, pp37–92.
- Autism Speaks. (2014). *Autism Prevalence*. <https://www.autismspeaks.org/whatautism/prevalence> adresinden elde edilmiştir.
- Aydoğan, A., Darıca, N. (2000). Özürlü çocuğa sahip anne-babaların umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Çocuk Forumu Dergisi* 3(2):25-31.
- Aydoğan, D., (2014). *Çiftlerde ilişkisel yılmazlığın ebeveynlik stresi, ilişkisel başa çıkma, ilişkisel profesyonel yardım arama ile ilişkisi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Gazi Üniversitesi EBE, Ankara.
- Başoğul, C., & Buldukoğlu, K. (2015). Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(1), 1-15.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100.
- Beekman, A. T., Bremmer, M. A., Deeg, D. J., Van Balkom, A. J., Smit, J. H., De Beurs, E., Van Tilburg, W. (1998). Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *International journal of geriatric psychiatry*, 13(10), 717-726.
- Beesdo, K., Pine, D. S., Lieb, R., Wittchen, H. U. (2010). Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 67, 47-57.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E. (2010). Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: childhood, adolescence and adulthood. *J. Psychiatr. Res.*, 44, 732–740.
- Benson, P. R., Karlof, K. L. (2009). Anger, stress proliferation, and depressed mood among parents of children with ASD: A longitudinal replication. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 350-362.
- Beşikçi, H. (2000). *Otistik olan ve otistik olmayan normal çocuklara sahip anne ve babaların kaygı düzeyleri ve aile yapıları* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Bilgin, H., Küçük, H. (2010). Raising an autistic child: Perspectives from Turkish mothers. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(2), 92-99.

- Boehm, T. L., Carter, E. W., Taylor, J. L. (2015). Family quality of life during the transition to adulthood for individuals with intellectual disability and/or autism spectrum disorders. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 120(5), 395-411.
- Bodenmann, G., (1995). A Systemic-Transactional view of stress and coping in couples. *Swiss Journal of Psychology*. 54, pp.34-49.
- Bristol, M. M., Gallagher, J. J., Holt, K. D. (1993). Maternal depressive symptoms in autism: Response to psychoeducational intervention. *Rehabilitation Psychology*, 38, 3-9.
- Bumin, G. T., Günal, A. T., Tükel, Ş. T., (2008). Anxiety, Depression and Quality of Life in Mothers of Disabled Children. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(1), 6.
- Cappe, E., Wolff, M., Bobet, R., Adrien, J.-L. (2011). Quality of life: a key variable to consider in the evaluation of adjustment in parents of children with autism spectrum disorders and in the development of relevant support and assistance programmes. *Quality of Life Research*, 20(8), 1279-1294.
- Christensen, J., Grønberg, T. K., Sørensen, M. J., Schendel, D., Parner, E. T., Pedersen, L. H., Vestergaard, M. (2013). Prenatal valproate exposure and risk of autism spectrum disorders and childhood autism. *Journal of the American Medical Association*, 309(16), 1696-1703.
- Cohen, I. L., Tsiouris, J. A. (2006). Maternal recurrent mood disorders and high functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 1077- 1088.
- Courchesne, E., Redcay, E., Kennedy, D. P. (2004). The autistic brain: birth through adulthood. *Current Opinion in Neurology*, 17:489-496.
- Craig, F., Operto, F. F., De Giacomo, A., Margari, L., Frolli, A., Conson, M., Margari, F. (2016). Parenting stress among parents of children with neurodevelopmental disorders. *Psychiatry Research*, 242, 121-129.
- Çelik, F. H., Hocaoğlu, Ç. (2016). Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*, 6(1), 51-66.
- Dalkılıç, M. (2016). *Otizmlı Çocuğu Olan Çiftlerin Evlilik Doyumu, Kaygı, İlişkisel Yılmazlık ve Psikolojik Yardım Alma Tutumlarının İncelenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Darıca, N., Gümüşcü, S., Piskin, Ü. (2005). *Otizm ve otistik çocuklar*. Ankara: Özgür Yayınları.
- Davis, N. O., Carter, A. S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(7), 1278-1291.

- Dellava, J. E., Kendler, K. S., Neale, M. C. (2011). Generalized anxiety disorder and anorexia nervosa: evidence of shared genetic variation. *Depress. Anxiety*, 28, 728-33.
- Demir, T., Mukaddes, N. M., Demir, D. E., Bilge, S. (2000). Otistik bozukluğu olan çocukların annelerinde birinci eksen de yer alan psikiyatrik bozuklukların araştırılması. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 13(2): 82-86.
- Dereli, F., Okur, S. (2008). Engelli çocuğa sahip olan ailelerin depresyon durumunun belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 25, 164-168.
- Doğan, M. (2001). *İşitme engelli çocuğa sahip ebeveynlerin çeşitli psikolojik değişkenler açısından değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Doğan, O., Gülmez, H., Ketenoğlu, C., Kılıçkap, Z., Özbek, H., Akyüz, G., (1995). *Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi*, Sivas, Dilek Matbaası.
- Dunn, M. E., Burbine, T., Bowers, C. A., Tantleff-Dunn, S. (2001). Moderators of stress in parents of children with autism. *Community mental health journal*, 37(1), 39-52.
- Eapen, V., Črnčec, R., Walter, A., Tay, K. P. (2014). Conceptualisation and development of a quality of life measure for parents of children with autism spectrum disorder. *Autism research and treatment*, 2014.
- Eaves, L. C., Ho, H. H. (2008). Young adult outcome of autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(4), 739-747.
- Elder, B. L., Mosack, V. (2011). Genetics of depression: an overview of the current science. *Issues in mental health nursing*, 32(4), 192-202.
- Ergin, D., Şen, N., Eryılmaz, N., Pekuslu, S., Kayacı, M. (2007). Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 41-48.
- Ersan, E., Abay, E. (2001). Depresyonun genetik nedenleri. *Duygudurum dizisi*, 6, 277-82.
- Faravelli, C., Castellini, G., Benni, L., Brugnera, A., Landi, M., Sauro, C. L. vd. (2012). Generalized anxiety disorder: is there any specific symptom? *Comprehensive psychiatry*, 53(8), 1056-1062.
- Fırıncı, A. (2017). *Otizm spektrum bozukluğu olan çocuğa sahip annelerin ve normal gelişim gösteren çocuğa sahip annelerin depresyon düzeylerinin incelenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Fişiloğlu, H., Demir, A. (2000). Applicability of the Dyadic Adjustment Scale for measurement of marital quality with Turkish couples. *European Journal of Psychological Assessment*, 16(3), 214.

- Fombonne, E. (2003). Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *Journal of autism and developmental disorders*, 33(4), 365-382.
- Freitag, C.M. (2007). The genetics of autistic disorders and its clinical relevance: a review of the literature. *Molecular Psychiatry*, 12:2-22.
- Freitag, C. M., Staal, W., Klauck, S. M., Duketis, E., Waltes, R. (2010). Genetics of autistic disorders: review and clinical implications. *European child & adolescent psychiatry*, 19(3), 169-178.
- Fuentes, J., Bakare, M., Munir, K., Aguayo, P., Gaddour, N., Öner, Ö. (2014) Autism spectrum disorder. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Fydrich, T., Dowdall, D., Chambless, D. L. (1992). Reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of anxiety disorders*, 6(1), 55-61.
- Glasberg, B. A., Martins, M., Harris, S. L. (2007). Stress and coping among family members of individuals with autism. In M. G. Baron, J. Groden, G. Groden & L. P. Lipsitt (Eds.), *Stress and coping in autism* (pp. 277–301). N.Y: Oxford.
- Goodlee F., Smith J., Marcovitch H. (2011) Wakefield's article linking MMR vaccine and autism was fraudulent. *British Medical Journal*, 342:c7452.
- Gosselin, P., Laberge, B. (2003). Etiological factors of generalized anxiety disorder. *Encephale*, 29(4 Pt 1), 351-61.
- Gönen, A. (2014). *Otizm spektrum bozukluğu ile otizm spektrum bozukluğu tanısı olan bireylerin ebeveynlerinin depresyon düzeyleri arasındaki ilişki* (Yüksek Lisans Tezi). Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Bolu.
- Görgü, E. (2005). *3–7 yas arası otistik çocuk sahibi olan annelerin algıladıkları sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki* (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Grafodatskaya, D., Chung, B., Szatmari, P., Weksberg, R. (2010). Autism spectrum disorders and epigenetics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(8), 794-809.
- Grant, W. B, Soles, C.M. (2009). Epidemiological evidence supporting the role of maternal Vitamin-D deficiency as a risk factor for the development of infantile autism. *Dermato-Endocrinology*, 1:223-228.
- Gray, D. E. (1998). *Autism and the family: problems, prospects, and coping with the disorder*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Haddad, S. K., Reiss, D., Spotts, E. L., Ganiban, J., Lichtenstein, P., Neiderhiser, J. M. (2008). Depression and internally directed aggression: genetic and environmental contributions. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 56(2), 515-550.

- Hazlett, H. C., Poe, M., Gerig, G., Smith, R. G., Provenzale, J., Ross, A. vd. (2005). Magnetic resonance imaging and head circumference study of brain size in autism: birth through age 2 years. *Archives of general psychiatry*, 62(12), 1366-1376.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am. J. Psychiatry*, 158, 1568–1578.
- Higgins, D. J., Bailey, S. R., Pearce, J. C. (2005). Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorders. *Autism*, 9, 125-137.
- Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. (A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J. Psychol.*, 7, 3-13.
- Holmans, P., Weissman, M., Zubenko, G., Scheftner, W., Crowe, R., DePaulo, J. vd. (2007). Genetics of recurrent early-onset major depression (GenRED): final genome scan report. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 248-258.
- Işık E., Işık U., Taner Y. (2013). *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*. Ziraat Gurup Matbaacılık, Ankara.
- Karalp, A. (2009). *Lise öğrencilerinin psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlarının bazı değişkenlere göre incelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Kessler, R. C., Ruscio, A. M., Shear, K., Wittchen, H. U. (2009). Epidemiology of anxiety disorders. *Behavioral neurobiology of anxiety and its treatment* (pp. 21-35). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Lainhart, J. E. (2006). Advances in autism neuro-imaging research for the clinician and geneticist. *American Journal of Medical Genetics. Part C, Seminars in Medical Genetics*, 142C:33-39.
- Law, M., King, S., Stewart, D., King, G. (2002). The perceived effects of parent-led support groups for parents of children with disabilities. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 21(2-3), 29-48.
- Jacobson, J. W., Mulick, J. A. (2000). System and cost research issues in treatments for people with autistic disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 30(6), 585-593.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *The Nervous Child*, 2:217-250 (Reprinted in *Acta Paedopsychiatrica*, 1968, 35:100-136).
- Kerr, S. M., & McIntosh, J. B. (2000). Coping when a child has a disability: Exploring the impact of parent-to-parent support. *Child: care, health and development*, 26(4), 309-322.

- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*, 51, 8–19.
- Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y. J., Fombonne, E., Laska, E., Lim, E. C. vd. (2011). Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *American Journal of Psychiatry*, 168(9), 904-912.
- Kinney, D. K., Barch, D. H., Chayka, B., Napoleon, S., Munir, K. M. (2010). Environmental risk factors for autism: do they help cause de novo genetic mutations that contribute to the disorder? *Medical hypotheses*, 74(1), 102-106.
- Köroğlu, E. (2004) *Psikonozoloji, Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. Ankara, HYB Yayıncılık.
- Kuhn, R. (2004). Eugen Bleuler's concepts of psychopathology. *History of Psychiatry*, 15:361-366.
- Kuloglu-Aksaz, N. (1991). Otistik ve öğretilebilir zihinsel özürlü çocukların anne babalarının kaygı düzeyleri. *Psikoloji Dergisi*, 7(25), 14–20.
- Lounds, J., Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Shattuck, P. T., MacLean, J. W. E. (2007). Transition and change in adolescents and young adults with autism: Longitudinal effects on maternal well-being. *American Journal on Mental Retardation*, 112(6), 401-417.
- Mandell, D. S., Salzer, M. S. (2007). Who joins support groups among parents of children with autism? *Autism*, 11(2), 111-122.
- Manor-Binyamini, I. (2011). Mothers of children with developmental disorders in the Bedouin community in Israel: Family functioning, caregiver burden, and coping abilities. *Journal of autism and developmental disorders*, 41(5), 610-617.
- Marcus, L. M., Kuncze, L., Schopler, E. (2005). Working with families. In F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin & D. Cohen (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 1055–1086). NY: Wiley.
- Marks, N. F. (1998). Does it hurt to care? Caregiving, work-family conflict, and midlife wellbeing. *Journal of Marriage and Family*, 60, 951-967.
- Moes, D. (1995). Parent education and parent stress. In R. L. Koegel & L. K. Koegel (Eds.), *Teaching children with autism* (pp. 79–94). Baltimore: Brookes.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., Milne, B. J., Melchior, M., Goldberg, D., Poulton, R. (2007). Generalized anxiety disorder and depression: childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32. *Psychological medicine*, 37(3), 441-452.
- Muhle R., Trentacoste S. V., Rapin I. (2004). The genetics of autism. *Pediatrics*, 113:472-486.

- Murray, C. J., Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349(9064), 1498-1504.
- Nealy, C. E., O’Hare, L., Powers, J. D., Swick, D. C. (2012). The impact of autism spectrum disorders on the family: A qualitative study of mothers’ perspectives. *Journal of Family Social Work*, 15, 187-201.
- NICE (2011). *Autism: Recognition, Referral and Diagnosis of Children and Young People on the Autism Spectrum*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Nicholas, D. B., Zwaigenbaum, L., Ing, S., MacCulloch, R., Roberts, W., McKeever, P., McMorris, C. A. (2016). “Live it to understand it”: The experiences of mothers of children with autism spectrum disorder. *Ethnography*, 26(7), 921-934.
- Nussbaum, M., Sen, A. (Eds.). (1993). *The quality of life*. Oxford University Press.
- Nutt, D., Argyropoulos, S., Hood, S., Potokar, J. (2006). Generalized anxiety disorder: A comorbid disease. *Eur. Neuropsychopharmacol.*, 16 Suppl. 2, S109-18.
- Olchanski, N., McInnis Myers, M., Halseth, M., Cyr, P. L., Bockstedt, L., Goss, T. F., Howland, R. H. (2013). The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical therapeutics*, 35(4), 512-522.
- Öndeş, Ö. (2018). İstanbul’da 9 bin çocuk otizm taramasından geçti. Erişim tarihi: 1 Nisan 2018, www.hurriyet.com.tr.
- Özbay, Y. (1996). Üniversite öğrencilerinin problem alanları ile yardım arama tutumları arasındaki ilişki. IV. *Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmalar*, 175-189.
- Özgür, B. G., Aksu, H., Eser, E. (2017). Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi Anne-Baba sürümünün Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Derg.*, 18(4):344-352.
- Özsoy, S. A., Özkahraman, A. G. Ş., Çallı, Y. H. F. (2006). Zihinsel engelli çocuk sahibi ailelerin yaşadıkları güçlüklerin incelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 9(9).
- Piven, J., Palmer, P. (1999). Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: evidence from a family study of multiple-incidence autism families. *American Journal of Psychiatry*, 156(4), 557-563.
- Pozo, P., Sarriá, E., Brioso, A. (2014). Family quality of life and psychological well-being in parents of children with autism spectrum disorders: a double ABCX model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(5), 442-458.
- Priest, J. B. (2013). Anxiety disorders and the quality of relationships with friends, relatives, and romantic partners. *J. Clin. Psychol.*, 69, 78-88.
- Randall, P. E., Parker, J. (1999). *Supporting the families of children with autism*. Chichester: John Wiley

- Rimland, B. (1964). *Infantile Autism: The Syndrome and Its Implications for a Neural Theory of Behavior*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts.
- Savrun, B. M. (1999). Depresyonun tanımı ve etiolojisi. *Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*. s. 11-17. İstanbul.
- Schalock, R. L. (1994). Quality of life, quality enhancement, and quality assurance: Implications for program planning and evaluation in the field of mental retardation and developmental disabilities. *Evaluation and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 29, 90-101.
- Schieve, L. A., Blumberg, S. J., Rice, C., Visser, S. N., Boyle, C. (2007). The relationship between autism and parenting stress. *Pediatrics*, 119(Supplement 1), S114-S121.
- Schilling, R. (1988). Helping Families with Disabled Members. In: Chilman, C.; Nunnally, E.; Cox, F., editors. *Chronic Illness and Disability*. Newbury Park, CA: Sage.
- Simon, N. M. (2009). Generalized anxiety disorder and psychiatric comorbidities such as depression, bipolar disorder, and substance abuse. *J. Clin. Psychiatry*, 70 Suppl. 2, 10-4.
- Sivberg, B. (2002). Family system and coping behaviors: A comparison between parents of children with autistic spectrum disorders and parents with non-autistic children. *Autism*, 6(4), 397-409.
- Solomon, M., Pistrang, N., Barker, C. (2001). The benefits of mutual support groups for parents of children with disabilities. *American Journal of Community Psychology*, 29(1), 113-132.
- Stoner, R., Chow, M. L., Boyle, M. P., Sunkin, S. M., Mouton, P. R., Roy, S. vd. (2014). Patches of disorganization in the neocortex of children with autism. *New England Journal of Medicine*, 370(13), 1209-1219.
- Sung, M., Chin, C. H., Lim, C. G., Liew, H. S. A., Lim, C. S., Kashala, E., Weng, S. J. (2014). What's in the pipeline? Drugs in development for autism spectrum disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 371.
- Surén, P., Roth, C., Bresnahan, M., Haugen, M., Hornig, M., Hirtz, D. vd. (2013). Association between maternal use of folic acid supplements and risk of autism spectrum disorders in children. *Jama*, 309(6), 570-577.
- Spinney, L. (2009). European Brain Policy Forum 2009: depression and the european society. *European psychiatry*, 24(8), 550-551.
- TC Milli Eğitim Bakanlığı (2012). *Anksiyete, Somatoform, Dissosiyatif ve Duygu Durum Bozuklukları*. Erişim Tarihi: 1 Nisan 2018, www.megep.meb.gov.tr.
- TC Sağlık Bakanlığı & Tohum Otizm Vakfı (2008). *Otizm tarama projesi sonuç raporu*. Erişim Tarihi: 1 Mayıs 2018, www.tohumotizm.org.tr.

- Topkaya, N. (2011). *Psikolojik yardım alma niyetinin sosyal damgalanma, tedavi korkusu, beklenen yarar, beklenen risk ve tutum faktörleriyle modellenmesi* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ege Üniversitesi, Türkiye.
- Tükel, R., Alkın T. (2006). *Anksiyete Bozuklukları*. 1. Baskı, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Ulusoy, M. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cognit Psychother Internat Quart*, 12, 2.
- Uğuz, Ş., Toros, F., İnanç, B. Y., Çolakkadıoğlu, O. (2004). Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 7(1), 42-7.
- Vesga-López, O., Schneier, F., Wang, S., Heimberg, R., Liu, S. M., Hasin, D. S., Blanco, C. (2008). Gender differences in generalized anxiety disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *The Journal of clinical psychiatry*, 69(10), 1606.
- Wakefield, A. J., Murch, S. H., Anthony, A., Linnell, J., Casson, D. M., Malik, M. vd. (1998). RETRACTED: Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *Lancet*, 351:637-641.
- Weisberg, R. B. (2009). Overview of generalized anxiety disorder: epidemiology, presentation, and course. *J. Clin. Psychiatry*, 70 Suppl. 2, 4-9.
- Wing L. (1997). The history of ideas on autism: legends, myths and reality. *Autism*, 1:13-23.
- Wing L., Gould J., Gillberg C. (2011). Autism spectrum disorders in the DSM-V: Better or worse than the DSM-IV? *Research in Developmental Disabilities*, 32:768-773.
- Van Heijst, B. F., Geurts, H. M. (2014). Quality of life in autism across the lifespan: A meta-analysis. *Autism*, 1362361313517053.
- Yalvaç, H. D. (2012). Depresyonun Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 5(2), 7.
- Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Rogers, T., Roberts, W., Brian, J., Szatmari, P. (2005). Behavioral manifestations of autism in the first year of life. *International journal of developmental neuroscience*, 23(2-3), 143-152.
- Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Lord, C., Rogers, S., Carter, A., Carver, L. vd. (2009). Clinical assessment and management of toddlers with suspected autism spectrum disorder: insights from studies of high-risk infants. *Pediatrics*, 123(5), 1383-1391.

EKLER

EK A: BİLGİLENDİRİMLİ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

“Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı almış çocukların anne babalarının depresyon, kaygı ve yaşam kalitesi düzeylerinin psikolojik yardım almaya yönelik tutumları ile ilişkisi üzerine bir inceleme” başlıklı araştırmamıza katılımınızı ve sorularımızı yanıtlamanızı öneriyoruz. Bu araştırmaya katılmanız toplam 10 sayfadan oluşan kendinizle ve çocuğunuzla ilgili soruları yanıtlamanızla olacaktır.

Size verilen diğer kâğıtlara kimliğinizi belli edecek herhangi bir yazı yazmamanızı, herhangi bir işaret koymamanızı rica ederiz. Bu nedenle soruları çekinmeden, içtenlikle ve doğru yanıtlayacağınız konusunda size güvenmekteyiz.

Katılım için size bir ücret ödenmeyecek ya da sizden herhangi bir yarar sağlanmayacaktır. Katılım gönüllülüğe dayalıdır, istemezseniz katılmayabilir ya da başladıktan sonra yanıtlamayı bırakabilirsiniz. Bundan bir sorumluluğunuz olmayacak ve herhangi bir yaptırım söz konusu olmayacaktır. Öte yandan söz konusu form ve testleri sizlerden topladığımızda sizin doldurduklarınızı ayırt etmek zor olacağından araştırmadan ayrılmak isterseniz bunu kâğıtların toplanmasından önce yapmanız gerekecektir. Size verdiğimiz bu bilgilendirimli olur belgesini imzalayıp teslim ettiğinizde araştırmaya katılmanıza **“olur vermiş”** olacaksınız.

Bir sosyal davranışla ilgili alanda yapmayı planladığımız bu bilimsel araştırmaya katkıda bulunduğunuz için içtenlikle teşekkür ederiz.

Saygılarımla,

Betül Yıldırım

Psikolog

Katılımcı Adı Soyadı

İmza:

EK B: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Çocuk ile olan yakınlığınız (___ alanına X işareti koyunuz):

Anne ___ Baba ___ Diğer (belirtiniz) _____

2. Yaşınız (sayı ile belirtiniz): _____

3. Medeni durumunuz:

Evlî: ___ Eşinden ayrî: ___ Boşanmış: ___ Esi vefat etmiş: ___ Bekâr: ___

4. Eğitim Durumunuz (___ alanına X işareti koyunuz):

- a) Okuması yazması yok _____
- b) Okuması yazması var _____
- c) İlkokul mezunu _____
- d) Ortaokul mezunu _____
- e) Lise mezunu _____
- f) On lisans mezunu (2 yıllık) _____
- g) Lisans mezunu (4 yıllık) _____
- h) Yüksek lisans derecesi var _____
- i) Doktora derecesi var _____

5. İşiniz: _____

6. Ailenizin toplam aylık ortalama geliri ne kadardır? (___ alanına X işareti koyunuz)

0 - 1000 TL _____

1000 - 2000 TL _____

2000 – 3000 TL _____

3000 – 4000 TL _____

4000 – 5000 TL _____

5000 TL ve üzeri _____

7. Ailenizin sosyoekonomik durumunu nasıl tanımlarsınız? (___ alanına X işareti koyunuz)

Alt sosyoekonomik düzey _____ Orta sosyoekonomik düzey _____

Üst sosyoekonomik düzey _____

8. Daha önce bir uzmandan (psikolog/psikiyatrist) kendiniz için psikolojik yardım aldınız mı? (___ alanına X işareti koyunuz)

Evet _____ Hayır _____

9. **Suanda** kendiniz için, psikolojik yardım dışında, bir tedavi ya da ilaç desteği alıyor musunuz? (___ alanına X işareti koyunuz)
Evet___ Hayır___
Cevabınız ‘Evet’ ise belirtiniz: _____
10. **Daha önce** kendiniz için, psikolojik yardım dışında, bir tedavi ya da ilaç desteği aldınız mı? (___ alanına X işareti koyunuz)
Evet___ Hayır___
Cevabınız ‘Evet’ ise belirtiniz: _____
11. **Özel** gereksinimleri olan çocukların ailelerine yönelik bir psikolojik destek çalışması yapılacak olsa, bu çalışmaya katılmayı düşünür müydünüz? (___ alanına X işareti koyunuz)
Evet___ Hayır___ Emin değilim___
12. **Çocuğunuzun** cinsiyeti nedir? (___ alanına X işareti koyunuz)
Kız çocuğu___ Erkek çocuğu___
13. **Çocuğunuz** otizm tanısı aldığı anda kaç yaşındaydı? (sayı/ay ile belirtiniz): ___
14. **Otizm tanısı** almış çocuğunuzun şu anki yaşı (sayı/ay ile belirtiniz): _____
15. **Otizm belirtileri** açısından değerlendirildiğinde, çocuğunuzun sahip olduğu Otizm seviyesini işaretleyiniz (Tanıyı koyan uzmanın bildirdiği şekilde ___ alanına X işareti koyunuz)
Hafif___ Orta___ Ağır___
16. **Çocuğunuz** kaç aydır/yıldır özel eğitim alıyor? Belirtiniz. _____
17. **Çocuğunuz** haftada toplam kaç saat özel eğitim alıyor?(sayı olarak belirtiniz)_____
18. **Çocuğunuzun** özel eğitimi için devletin eğitim desteğinden faydalananıyor musunuz? (Toplam 4 saatlik eğitim desteği) (___ alanına X işareti koyunuz)
Evet___ Hayır___
19. **Devletten** çocuğunuz için maddi bakım yardımı alıyor musunuz? (Özel gereksinimi olup da devlet hastanelerinden rapor alan çocuklara bakım veren kişiler için) (___ alanına X işareti koyunuz)
Evet___ Hayır___
20. **Çocuğunuzun** özel eğitimi için herhangi bir Burs/Sponsor yardımı alıyor musunuz?
(___ alanına X işareti koyunuz)
Evet___ Hayır___
21. **Suanda** çocuğunuz için özel eğitim dışında farklı bir tedavi ya da ilaç desteği alıyor musunuz? (___ alanına X işareti koyunuz)
Evet___ Hayır___
Cevabınız ‘Evet’ ise belirtiniz: _____

22. Daha önce çocuğunuz için özel eğitim dışında farklı bir tedavi ya da ilaç desteği aldınız mı? (___ alanına X işareti koyunuz)

Evet___ Hayır___

Cevabınız ‘Evet’ ise belirtiniz: _____

23. şuanda içinde bulunduğunuz sistemde eksik gördüğünüz, ihtiyaç duyduğunuz bir konu varsa lütfen belirtiniz? (Sistemsel aksaklıklar, sorunlar, vb.)

24. Alanda alışan uzmanlar olarak bizlerden hem kendiniz hem de çocuğunuz için bir beklentiniz var mıdır? Lütfen ayrı ayrı belirtiniz.



EK C: BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Sayın cevaplayıcı, aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini **daire içine alarak** işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 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.
- 2- 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.
- 3- 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.
- 4- 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.
- 5- 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.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
 1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

- 7- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 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.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 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.
- 12- 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.
- 13- 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.
- 14- 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.

- 15-** 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.
- 16-** 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.
- 17-** 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.
- 18-** 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
 2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
- 19-** 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20-** 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.
- 21-** 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 D: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğimi yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek Etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama Katlanabildim</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK E: OTİZMDE YAŞAM KALİTESİ ANKETİ – EBEVEYN SÜRÜMÜ

Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi- Ebeveyn Sürümü

Bu anket otizm spektrum bozukluğu (OSB) olan çocukların ebeveynlerindeki yaşam kalitesini değerlendirmektedir.

Bugünün tarihi:

Yaşınız (yıl olarak):

Cinsiyetiniz (daire içine

alınız): Erkek/ Kadın OSB

tanılı çocuğunuzun yaşı (yıl olarak):

OSB tanılı çocuğunuzun cinsiyeti (daire içine alınız): Erkek/ Kız

Çocuk ile olan yakınlığınız (daire içine alınız): Anne/ Baba/ Diğer (belirtiniz)

Bölüm A

Aşağıdaki soruları yanıtlarken lütfen son 4 hafta boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi yansıtan kutucuğa işaret koyunuz.

	Hiç	Biraz	Orta	Biraz fazla	Çok fazla	Uygulanabilir değil	Açıklamalar
1. Hayatımdan memnunum							
2. Stresli hissediyorum							
3. Mutlu ve hoşnut hissediyorum							
4. Çökkün veya endişeli hissediyorum							
5. Birey olarak kendimle ilgili iyi hissediyorum							
6. Yakın ilişkilerimden memnunum							
7. İhtiyacım olduğunda yanımda olan insanlar var							
8. Sosyal hayatımdan memnunum							
9. Aile hayatımdan memnunum							
10. Ekonomik durumumdan memnunum							
11. Yaşadığım yerden memnunum							
12. İhtiyaçlarımı karşılayacak yeterli param var							
13. Başarılarımdan dolayı memnunum							
14. Genel sağlığımdan memnunum							
15. Sağlıklı bir yaşam biçimim var							

	Hiç	Biraz	Orta	Biraz fazla	Çok fazla	Uygulanabilir değil	Açıklamalar
16. Boş zamanlarımda yaptıklarımın memnunum							
17. Sağlık sorunlarım istediğim şeyleri yapmama engeldir							
18. Hayatımın kontrolüm altında olduğunu hissediyorum							
19. Hayatımda hedefler belirler ve hedeflere ulaşırım							
20. Bir eylem planı yapabilir ve bunu uygulayabilirim							
21. Kendi kararlarımı kendim alırım							
22. Suçluluk hissedirim							
23. Bir topluluğun parçasıyım							
24. Toplumdan ihtiyacım olan desteği alabilirim							
25. İhtiyacım olan yere gidebilirim							
26. Günlük yaşamımda kendimi güvende hissedirim							
27. Günlük yaşamımda saygı duyulduğumu hissedirim							
28. Sağlık hizmetlerinin olanaklarından memnunum							

Bölüm A puanlaması: 1= hiç; 2=biraz; 3=orta ya da uygulanabilir değil; 4=biraz fazla; 5=çok fazla (Not: madde 2,4,17,22 ters puanlanmaktadır)

Bölüm B

OSB'li çocuklar bir dizi zorluk yaşarlar. Son 4 hafta boyunca bu zorlukların size ne kadar sorun olduğunu bilmek istiyoruz.

Örneğin, 1.madde için eğer siz “benim için hafif bir sorundu” ifadesini işaretlerseniz, bu “çocuğumun diğer insanlarla sosyalleşmesindeki zorluk son 4 hafta boyunca benim için hafif bir sorundu” anlamına gelir.

Son 4 hafta boyunca bu benim için ne kadar sorun oldu?

<i><u>OSB'li çocukların yaşayabileceği zorluklar;</u></i>	Sorun değildi	Hafif düzeyde sorun	Orta derecede sorun	Biraz fazla sorun	Çok fazla sorun	Uygulanabilir değil	Açıklamalar
1.İnsanlarla sosyalleşme							
2. Arkadaş edinme							
3. Başkalarının duygularını anlama							
4. Sohbeti sürdürme							
5. İhtiyaçlarını bildirme							
6. Kendine söylenenlerin tam anlamıyla gerçek anlamını anlama							
7. Toplumsal olarak utanç verici olan şeyler söyleme							
8. Rutine, alışlagelmiş bir düzene bağlı kalma ihtiyacı							
9. Belirli bir konuya aşırı ilgili olma							
10. Özel bir durumda veya değişiklikler sırasında endişeli olma							
11.Belirli duylulara (koku, tat, dokunma,işitme vb.) hassasiyet							
12. Toplumsal etkileşim kurallarını anlama							
13. Duygusal tepkilerini yönetme							
14. Yapılacak şeyleri belli bir şekilde yapma ihtiyacı							
15. Öfke ve saldırganlığı içeren yıkıcı davranışlar							
16. Uygunsuz duygusal tepkiler gösterme							
17. Tekrarlayıcı alışılmadık davranışlar ya da vücut hareketleri							

<i>OSB'li çocukların yaşayabileceği zorluklar;</i>	Sorun değildi	Hafif düzeyde sorun	Orta derecede sorun	Biraz fazla sorun	Çok fazla sorun	Uygulanabilir değil	Açıklamalar
18. Umursamaz, düşüncesiz ya da patavatsız davranışlara kalkışma							
19. Günlük yaşam görevlerini bağımsız olarak yapma							
20. Sosyal olarak yaklaşıldığında tepki verme							

Bölüm B puanlaması: 5=sorun değildi; 4=hafif düzeyde sorun; 3=orta derecede sorun ya da uygulanabilir değil; 2=biraz fazla sorun; 1=çok fazla sorun

Genel olarak, yaşam kalitenizi nasıl derecelendirirsiniz? (Lütfen aşağıdaki çizgi üzerine çarpı koyunuz)

Hiç memnun değilim

Son derece memnunum

0

5

10

Yaşam kaliteniz üzerinde önemli etkisi olduğuna inandığınız başka herhangi bir şey var mı? (lütfen bunları tanımlayınız).....

Bu anketi tamamladığınız için teşekkürler.

**EK F: PSİKOLOJİK YARDIM ALMAYA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ-KISA
FORM**

Lütfen, ölçeğin maddelerinde yer alan ifadelere katılma düzeyinizi, her maddenin karşısında bulunan numaralardan birini yandaki düzeylere göre işaretleyerek belirtiniz.		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.	Akıl sağlığında bir bozulma olduğunu düşünürsem, ilk tercihim bir uzmandan yardım almak olur.				
2.	Sorunlar hakkında bir psikologla konuşma fikri, bana, duygusal çatışmalardan kurtulmanın kötü bir yolu gibi geliyor.				
3.	Hayatımın bu döneminde ciddi bir duygusal kriz yaşasam, psikoterapi olarak rahatlayabileceğimden eminim.				
4.	Bir kişinin, gerektiği hâlde bir uzmandan yardım almadan çatışmalarıyla ve korkularıyla baş etmeyi istemesi takdir edilecek bir tutumdur.				
5.	Uzun bir süre endişeli veya üzgün olsam, psikolojik yardım almayı isterim.				
6.	Gelecekte psikolojik danışma almayı isteyebilirim.				
7.	Duygusal bir sorunu olan kişinin bunu tek başına çözmesi mümkün değildir; bu sorununu, bir uzmandan yardım olarak çözebilir.				
8.	Gerektirdiği para ve zaman açısından psikoterapinin değeri benim için şüphelidir.				
9.	Kişi, sorunlarını kendi çözmelidir; psikolojik danışma almak başvurulacak son çare olmalıdır.				
10.	Kişisel ve duygusal sorunlar, başka birçok şey gibi, genellikle kendi kendine çözülürler.				

OKAN ÜNİVERSİTESİ

Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 16.04.2018

Toplantı Sayısı: 93

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)

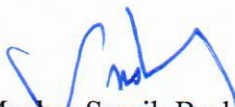
Okan Üniversitesi Etik Kurulu 16.04.2018 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

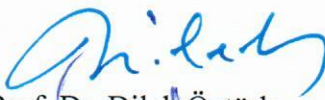
Karar 11. Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü-Psikoloji bölümünden **Betül YILDIRIM**'ın "Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Çocukların Anne Babalarının Depresyon, Kaygı ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Psikolojik Yardım Almaya Yönelik Tutumları ile İlişkisi Üzerine Bir İnceleme" başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



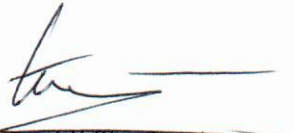
Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)




Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan
(Üye)



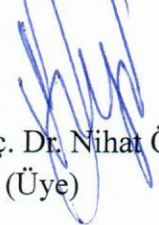
Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)




Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)




Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)



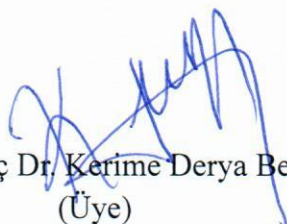
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye)

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı : Betül YILDIRIM
Doğum Yeri ve Yılı : Türkiye, 17.09.1991
E-posta adresi : betulyildirimoun@gmail.com

Eğitim

2018- Okan Üniversitesi, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı, İstanbul
2014- Boğaziçi Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul
2009- Merkez Bankası Derince Anadolu Lisesi, Kocaeli

İş Deneyimi

Nisan-Aralık 2017 TOHUM ISTKA Otizm Tarama Projesi

Ekim 2016 Ocak 2018 Prof. Dr. Özgür Öner – Çocuk Ergen Psikiyatristi
Muayenehanesi, Psikolog

Ocak 2015- Ekim 2016 HSBC Bank A.Ş. İnsan Kaynakları, Uzman Yardımcısı

Haziran-Eylül 2014 GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri
Servisi, Stajyer Psikolog

Eylül 2013-Mayıs 2014 INDITEX Group İnsan Kaynakları, İşe Alım Stajyeri

Mesleki Eğitimler

2017- Denver II Gelişim Tarama Testi
2017- Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği – IV

Ödül ve Burslar

2009 – Tübitak Üstün Başarı Lisans Bursu