

T.C.
Marmara Üniversitesi
Eğitim Bilimleri Enstitüsü
İlköğretim Ana Bilim Dalı
Okul Öncesi Öğretmenliği Bilim Dalı

**3-7 YAŞ ARASI OTİSTİK ÇOÇUĞA SAHİP OLAN ANNELERİN ALGILADIKLARI
SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ İLE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ
İLİŐKI**

(Yüksek Lisans Tezi)

Ertan Görgü

İstanbul (2005)

T.C.
Marmara Üniversitesi
Eğitim Bilimleri Enstitüsü
İlköğretim Ana Bilim Dalı
Okul Öncesi Öğretmenliği Bilim Dalı

**3-7 YAŞ ARASI OTİSTİK ÇOÇUĞA SAHİP OLAN ANNELERİN ALGILADIKLARI
SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ İLE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ
İLİŐKI**

(Yüksek Lisans Tezi)

Ertan Görgü

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Canan Savran

İstanbul (2005)

T.C.
Marmara Üniversitesi
Eğitim Bilimleri Enstitüsü

**3-7 YAŞ ARASI OTİSTİK ÇOÇUĞA SAHİP OLAN ANNELERİN ALGILADIKLARI
SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ İLE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

Ertan Görgü

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Canan Savran

Jüri Üyesi: Doç. Dr. Yıldız Güven

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Rengin Zembat

OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENLİĞİ BİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

İstanbul (2005)

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, 3-7 yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyi ve depresyonları arasındaki ilişki ile bunları yordayıcı olabilecek değişkenleri belirlemektir.

Araştırma örneklemini, İstanbul ilinde yaşayan, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) ve Milli Eğitime bağlı rehabilitasyon merkezlerine devam etmekte olan 3-7 yaş arası otistik çocuğa sahip 165 anne oluşturmuştur.

Araştırmada otistik çocukların annelerine ait kişisel bilgileri elde etmek üzere, araştırmacı tarafından geliştirilen “Kişisel Bilgi Formu” kullanılmıştır. Annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyi Zimet ve arkadaşlarının geliştirdiği, Eker, Arkar ve Yıldız’ın (2001) Türkçe’ye uyarladığı Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) ile değerlendirilmiştir. Annelerin depresyon düzeyleri ise, Beck Depresyon Ölçeği ile belirlenmiştir. Uygulamalar Kasım 2004-Nisan 2005 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Verilerin çözümünde ve yorumlanmasında, χ^2 , ss, Kurtosis, Kolmogorov-Smirnov, Kruskal Wallis, Hollender-Wolfe Testi, Mann Whitney “U” Testi kullanılmıştır. Sonuçların manidarlığı .05 ve .01 düzeyinde çift yönlü olarak sınanmıştır. Tüm veriler “SPSS 11.0 for Windows” programında çözümlenmiştir.

Yapılan istatistiksel analizler sonucunda; otistik çocuk annelerinin yaşının, medeni durumlarının, otistik çocuğun doğum sırasının, otistik çocuğun cinsiyetinin, otistik çocuğun yaşının, otistik çocuğun doğum sırasının, otistik çocuğa tanı konulma süresinin, annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyi ile depresyonlarını yordamadığı gözlenmiştir.

Annenin eğitim durumu, ev dışında bir işte çalışma, eşin eğitimi durumu, aylık gelir, sahip olunan çocuk sayısı, otistik çocuğu ilk farkedene kişi, çocuklara doğumdan itibaren bakan kişi, şuan bakıcı yardımı alıp almama ve otizm derecesini algılama değişkenlerinin ise annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyi ile depresyonlarını yordadığı görülmüştür.

Bu sonuçlar çerçevesinde elde edilen bulguların literatüre uygunluğu ve sonuçlar üzerinde etkili olabilecek diğer değişkenler tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Otizm, depresyon, sosyal destek

ABSTRACT

The purpose of this research is to determine the relationship between social support perception level and depressions of the mothers who have the child with autism between the ages 3-7 and the variables that these can interpret.

The sample of the research is constituted from 165 mothers who have child with autism between the ages 3-7 following the programs in rehabilitation centers that are bound to SHÇEK and MEB and live in İstanbul.

To take the personal information about the mothers who have the child with autism, "the personal information form" that is improved by the researcher was used. The perception of social support of mothers is evaluated with Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) that is improved by Zimet and his/her colleagues and adapted into Turkish by Eker, Akar and Yıldız(2001). Beck Depression Scale has used to determine the depression levels of the mothers.

To analyse and interpret the datums, χ^2 , t , F , Kurtosis, Kolmogorov-Smirnov, Kruskal Wallis, Hollender-Wolfe and Mann Whitney tests are used. The meaning of results were tested by double aspects in the level .05 and .01. All the datums were analysed in the "SPSS 11.0 for Windows" program.

In The results of statistical analysis' observations, the age of the mothers who have the child with autism, the marital status, the birth sequence of the child with autism, the sex and the age of the child with autism, the duration of the child's diagnosis has not interpreted the perception of social support and depressions of mothers.

It is observed that the mother's educational status the mother's who go to work, the father's educational status, monthly income, the number of children they have, the person who realises the autism of the child, the person who looks after

the child from birth, the perception of autism level, the child who has a babysitter, variables interpret the depression and the social support.

Appropriateness to the literature of findings through out this research and the other variables that can effect the results have been discussed due to these results.

Key Words: Autism, depression, social support

Bu alışmada katkılarından dolayı danışmanım Yrd. Do. Dr. Canan Savran'a, bana barış ve huzur dolu bir alışma ortamı sunan Rüzgar Terapi ve Rehabilitasyon Merkezi yöneticileri Sıral Demiral ve Ruhi Uzunhasanoğlu'na, otistik çocuklar ve aileleri konusunda, birlikte uzun tartışmalar yürüttüğümüz meslektaşlarım ve mesai arkadaşlarım Pelin Eraktan, Senem Eke, Gülderen Kılıç, Sibel Aslantepe, Ferda Pınar Yüksel, şule Erdem, Ahu Ölçer, Aysun Elipek ve Serap alışkan'a, bilgisayar konusunda desteğini esirgemeyen sevgili Erdost Zenk'e, bana rahat bir çalışma ortamı sunan sevgili anne - babama ve Umut Türidi'ye teşekkürlerimi sunarım.

İstanbul 2005

Ertan Görgü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
Teşekkür.....	v
İçindekiler	vi
TABLolar LİSTESİ	ix
I. GİRİŞ	1
Problem.....	1
Amaç.....	8
Önem.....	11
Sayıtlılar	11
Sınırlılıklar.....	11
Tanımlar.....	12
II.İLGİLİ LİTERATÜR	13
2.1. Otizm.....	13
2.1.1. Otistik Bozukluk Tanı Ölçütleri.....	13
2.1.2. Otizmin Nedenleri.....	14
2.1.3. Sıklık.....	16
2.1.4.Otizm Tanısı Nasıl Konur.....	16
2.1.5.Erken Belirtiler.....	16
2.1.6. Erken Bağlanma Tutumu.....	17
2.1.7. Otizmde Sosyal Gelişim.....	18
2.1.8. Bilişsel Boyut.....	21
2.1.9.İletişimsel Boyut.....	22
2.1.10. Oyun Gelişimi.....	25
2.1.11. Ritüel Ve Sterotipik İlgiler Veya Davranışlar.....	26
2.1.12. Davranış Problemleri.....	27

2.2. Depresyon.....	28
2.2.1. Yaygınlık.....	31
2.2.2. Sosyo Ekonomik ve Kültürel Durum.....	31
2.2.3. Depresyonun Klinik Özellikleri	32
2.2.3.1. Kognitif Bozukluk Belirtileri.....	32
2.2.3.1.1. Bilişsel Yetiler.....	32
2.2.3.1.2. Düşünce Akımı ve İçeriği.....	32
2.2.3.1.3. Hafıza ve Dikkat.....	33
2.2.3.1.4. Algı.....	33
2.2.3.2. Duygulanım Bozuklukları.....	33
2.2.3.3. Fizyolojik Bozukluklar.....	34
2.2.3.4. Sosyal Bozukluklar.....	34
2.2.4. Depresyon Kuramları.....	34
2.2.4.1. Psiko-Dinamik Yaklaşım.....	34
2.2.4.2. Bilişsel Görüş.....	35
2.2.4.3. Kişiler Arası İlişkiler ve Sosyal Yönden Yaklaşım.....	37
2.2.4.4. Davranışçı Yaklaşım.....	37
2.3. Sosyal Destek.....	38
2.3.1. Sosyal Desteğin İşlevleri.....	39
2.4. Konuyla İlgili Araştırmalar.....	42
2.4.1. Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar	42
2.4.2. Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar.....	45
III. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ.....	49
3.1. Araştırma Modeli.....	49
3.2. Evren ve Örneklem.....	49
3.3. Verilerin Toplanması.....	50
3.4. Araştırmada Kullanılan Araçlar.....	50
3.4.1. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	50

3.4.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS).....	52
3.4.3. Kişisel Bilgi Formu (KBF)	54
3.5. Verilerin Çözümü ve Yorumlanması.....	54
IV. BULGULAR.....	55
4.1. Örneklemi Betimlemeye Yönelik Bulgular.....	55
4.2. Verilerin Çözümlemesine ve Yorumlanmasına Yönelik Bulgular...	64
V. SONUÇ ve TARTIŞMA	130
Öneriler	142
KAYNAKÇA.....	145
EKLER	

TABLolar

Tablo 4.1. Annelerin Yaş Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımı.....	55
Tablo 4. 2. Annelerin Medeni Durum Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımı.....	56
Tablo 4. 3. Annelerin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılım.....	56
Tablo 4. 4. Anne Çalışma Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılım.....	57
Tablo 4. 5. Eşlerin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılım.....	58
Tablo 4.6. Ailelerin Aylık Gelir Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılım.....	58
Tablo 4.7. Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılım.....	59
Tablo 4.8. Otistik Çocuğun Doğum Sırası Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılım.....	60
Tablo 4.9. Otistik Çocuğun Yaşı Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılım.....	60
Tablo 4.10. Otistik Çocuğun Cinsiyeti Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılım.....	61
Tablo 4.11. Otizmi Fark Eden Kişi Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılım.....	62
Tablo 4.12. Tanı Konulma Yılı Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılım.....	62
Tablo 4.13. Otistik Çocuğa Doğumdan İtibaren Bakan Kişi Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılım.....	63
Tablo 4.14. Evde Bakıcı Bulunma Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılım.....	63

Tablo 4.15. Algılanan Otizm Derecesi Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılım.....	64
Tablo 4. 16. Araştırmanın Sürekli Değişkenlerine Ait Tanımlayıcı İstatistik Değerleri.....	65
Tablo 4. 17. Anne Yaşı Değişkenine Göre Algılanan Sosyal Destek Toplam ve Alt Ölçekleri ile Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	67
Tablo 4. 18 . Anne Medeni Durum Değişkenine Göre Algılanan Sosyal Destek Toplam ve Alt Ölçekleri ile Depresyon Puanları İçin Yapılan Mann Whitney “U” Testi Sonuçları.....	69
Tablo 4. 19a . Anne Eğitimi Değişkenine Göre Algılanan Aile Desteği Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	70
Tablo 4. 19b: Aile Desteği Değişkenine Göre Aile Desteği Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları.....	71
Tablo 4. 20a: Anne Eğitimi Değişkenine Göre Algılanan Özel Kişi Desteği Alt Ölçeği Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	71
Tablo 4. 20b: Özel Kişi Desteği Değişkenine Göre Özel Kişi Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe testi Sonuçları.....	72
Tablo 4. 21a: Anne Eğitimi Değişkenine Göre Algılanan Arkadaş Desteği Alt Ölçeği Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	73
Tablo 4. 21b: Arkadaş Desteği Değişkenine Göre Arkadaş Desteği Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları.....	73

Tablo 4.22a: Anne Eğitimi Değişkenine Göre Algılanan Toplam Sosyal Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	74
Tablo 4. 22b: Toplam Destek Değişkenine Göre Toplam Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe testi Sonuçları.....	75
Tablo 4. 23a: Anne Eğitimi Değişkenine Göre Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	75
Tablo 4. 23b: Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları.....	76
Tablo 4. 24. Anne Çalışma Durumu Değişkenine Göre Algılanan Sosyal Destek Toplam ve Alt Ölçekleri ile Depresyon Puanları İçin Yapılan Mann Whitney “U” Testi Sonuçları.....	77
Tablo 4. 25a: Eşin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Algılanan Aile Desteği Alt Ölçeği Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	79
Tablo 4. 25b: Eşin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Aile Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları.....	80
Tablo 4. 26: Eşin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Algılanan Özel Kişi Desteği Alt Ölçeği Toplam Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	80
Tablo 4. 27a: Eşin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Algılanan Arkadaş Desteği Alt Ölçeği Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	81
Tablo 4. 27b: Eşin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Arkadaş Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları.....	82
Tablo 4. 28a: Eşin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Algılanan Toplam Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	82

Tablo 4. 28b: Eşin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Toplam Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları.....	83
Tablo 4. 29a: Eşin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	84
Tablo 4. 29b: Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları.....	84
Tablo 4. 30a: Aylık Gelir Durumu Değişkenine Göre Algılanan Aile Destek Alt Ölçeği Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	85
Tablo 4. 30b: Aile Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları.....	86
Tablo 4. 31a: Aylık Gelir Durumu Değişkenine Göre Algılanan Özel Kişi Desteği Alt Ölçeği Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	86
Tablo 4. 31b: Özel Kişi Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları.....	87
Tablo 4. 32a: Aylık Gelir Durumu Değişkenine Göre Algılanan Arkadaş Desteği Alt Ölçeği Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	88
Tablo 4. 32b: Arkadaş Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe testiSonuçları.....	88
Tablo: 4. 33a Aylık Gelir Durumu Değişkenine Göre Algılanan Toplam Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	89
Tablo:4. 33b Toplam Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe testiSonuçları.....	90
Tablo:4. 34a Aylık Gelir Durumu Değişkenine Göre Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	90
Tablo:4. 34b Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları.....	91
Tablo:4. 35 Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Aile Destek Alt Ölçeği Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	92

Tablo: 4. 36 Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Özel Kişi Destek Alt Ölçeği Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	93
Tablo: 4. 37a Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Arkadaş Destek Alt Ölçeği Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	94
Tablo:4. 37b Arkadaş Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları.....	95
Tablo: 4. 38a Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Algılanan Toplam Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	95
Tablo: 4. 38b Toplam Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları.....	96
Tablo: 4. 39 Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	97
Tablo: 4. 40 Otistik Çocuğun Doğum Sırası Değişkenine Göre Algılanan Sosyal Destek ve Alt Ölçekleri İle Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	98
Tablo: 4. 41 Otistik Çocuğun Yaşı Değişkenine Göre Algılanan Sosyal Destek ve Alt Ölçekleri İle Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	101
Tablo: 4. 42 Otistik Çocuğun Cinsiyetine Göre Algılanan Sosyal Destek ve Alt Ölçekleri İle Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	104
Tablo: 4. 43 Otistik Çocuğu İlk Kimin Farkettiği Değişkenine Göre Algılanan Sosyal Destek ve Alt Ölçekleri İle Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	106
Tablo: 4. 44 Otistik Çocuğa Tanı Konulma Süresi Değişkenine Göre Algılanan Sosyal Destek ve Alt Ölçekleri İle Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	108

Tablo: 4. 45a Çocuğa Doğumdan İtibaren Kimin Baktığı Değişkenine Göre Algılanan Aile Desteği Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	111
Tablo: 4. 45b Aile Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları.....	112
Tablo: 4. 46a Çocuğa Doğumdan İtibaren Kimin Baktığı Değişkenine Göre Algılanan Özel Kişi Desteği Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	113
Tablo: 4. 46b Özel Kişi Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları.....	114
Tablo: 4. 47a Çocuğa Doğumdan İtibaren Kimin Baktığı Değişkenine Göre Algılanan Arkadaş Desteği Alt Ölçeği Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	115
Tablo:4. 47b Arkadaş Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları.....	116
Tablo:4. 48a Çocuğa Doğumdan İtibaren Kimin Baktığı Değişkenine Göre Algılanan Toplam Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	117
Tablo:4.48b Toplam Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları.....	118
Tablo:4. 49a Çocuğa Doğumdan İtibaren Kimin Baktığı Değişkenine Göre Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	119
Tablo: 4. 49b Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları.....	120

Tablo 4. 50: Şuan Bakıcı Yardımı Alıp Almama Değişkenine Göre Algılanan Sosyal Destek Toplam ve Alt Ölçekleri ile Depresyon Puanları İçin Yapılan Mann Whitney “U” Testi Sonuçları.....	121
Tablo: 4. 51a Otizm Derecesi Değişkenine Göre Aile Destek Alt Ölçeği Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	123
Tablo:4. 51b Aile Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları.....	123
Tablo: 4. 52 Otizm Derecesi Değişkenine Göre Özel Kişi Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	124
Tablo: 4. 53a Otizm Derecesi Değişkenine Göre Arkadaş Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	125
Tablo: 4. 53b Arkadaş Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları.....	125
Tablo: 4. 54a Otizm Derecesi Değişkenine Göre Algılanan Toplam Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	126
Tablo: 4. 54b Toplam Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları.....	127
Tablo: 4. 55a Otizm Derecesi Değişkenine Göre Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	127
Tablo: 4. 55b Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları.....	128

Tablo: 4. 56 Algılanan Sosyal Destek Toplam ve Alt Ölçekleri ile Depresyon Puanları Arasındaki İlişki İçin Yapılan Sperman Sıra Farkları Korelasyon Katsayı Sonuçları	129
---	-----

I. GİRİŞ

Problem

Toplumun en küçük sistemi ailedir ve her aile kendi içinde bir sistem oluşturmaktadır.

Her ailede, bir bütün olarak aile sisteminin ya da aile üyelerinden her birinin belirli gelişim aşamalarından geçmelerine bağlı olarak stres yaratan belirli olaylar ve dönemler vardır (Fıfıloğlu,1996, s:31). Çocuğun aileye katılımı, ailenin yaşamındaki en önemli geçiş dönemlerinden birisidir. Aile için bir çocuk dünyaya getirme kararıyla başlayan süreç, doğumla birlikte ailede rollerin yeniden düzenlenmesin, yeni rutinlerin oluşturulmasını ve pek çok alanda oluşacak değişikliklere uyum sağlamasını gerektirir (Kazak ve Marvin,1984, s.68).

Her çocuk ailenin ve toplumun bir takım beklentileri ile dünyaya gelir. Anne babalar kendilerinin, eşlerinin ve sevilen diğer insanların ortak noktalarını temsil eden ve toplumun beklentilerini tümüyle karşılayabilecek mükemmel bir çocuk hayal ederler (Küçükler, 1997, s:1). Fakat çocuğun engelli olduğunun fark edilmesiyle birlikte beklentiler ve gerçek arasında uyumsuzluk ortaya çıkar. Bu durum ailelerin karmaşa yaşamasına neden olur. Sonuçta aile engelli bir çocuğa anne babalık etmenin zorluğu ve bilinmezliğiyle yüzleşmek zorunda kalır (Akkök, 1994, s:10; Kazak ve Marvin,1984, s.69) Bu durumda kalan anne ve babalar çok sevilen birinin ölümündeki gibi kaybettikleri “normal” çocukları için sık sık üzülür ve acı çekerler (Akkök, 1989, s:27).

Sloman, Springer ve Vachon'a (1993) göre, yoğun üzüntü ve yas duygusu yalnızca fiziksel ölümlerin ardından değil, ebeveyn açısından, “mükemmel” bir çocuğa sahip olma rüyasının ölümüyle de ortaya çıkabilmektedir (Akt. Doğan, 2001, s:7).

Aileler için en kaygı verici tecrübelerden biri, kronik hastalığı bulunan bir çocuğu yetiştirmektir. Eğer ağır bir hastalık aile hayatını kısa bir süreliğine tehdit ediyorsa, kişinin tedaviye cevap vermesi halinde her zaman için hayatın normale döneceği beklentisi vardır. Fakat kronik bir hastalık söz konusu olduğunda böyle bir beklenti asla yoktur. Aile hastalığa ve aile üyesine alışmak için hastalığın rutinlerine ve bu konuda yapılması gerekenlere kendini uydurmak zorundadır. Kronik bir hastalığın aile üzerindeki etkilerini maddi, sosyal, kişisel, bedensel ve davranışsal olmak üzere geniş bir yelpazede açıkça görmek mümkündür. Ayrıca, kronik çocuk hastalığının kendine özgü doğası ile aile üzerindeki etkisinin de önemli bir belirleyicisidir (Bouma ve Schweitzer, 1990, s. 722).

Engellilik, değiştirilemeyen ve süreklilik gösteren bir durumdur. Bu nedenle de engelli çocuğun gereksinimlerinin karşılanması, anne baba için çok daha uzun dönemli ve güç olabilmektedir. Bu durum, anne babaların özellikle kritik yaşam olaylarında ortaya çıkan krizlere ve stres kaynaklarına sürekli uyum yapmalarını gerektirir. Engelli çocuk aileleri üzerine yapılan bir çok araştırma, bu ailelerin bir çok kaynaktan gelen ve yüksek düzeyde stres yaratan durumlarla karşılaştıklarını göstermektedir (Randall ve Parker,1999, s:10). Engelli çocuğun özel bakım gereksinimleri, eğitimi, giderek artan maddi gereksinimler, engele ilişkin toplumsal tutum ve yargılar, çocuğun şimdiki ve gelecekteki durumunun belirsizliği, bu ailelerin karşılaşmak durumunda kaldıkları stres kaynaklarıdır(Akkök 1989, Randall ve Parker, 1999; Howlin 1998).

Aileye özürlü bir çocuğun katılımıyla ailede içerisindeki ilişkilerin etkileşimsel doğasına bağlı olarak, başta anne baba olmak üzere tüm aile bireylerinin rol ve sorumluluklarını önemli ölçüde etkilemekte, fiziksel, sosyal ve maddi zorlanmalar başlamakta ve bu durum aile ilişkilerini bozabilmekte ve bazı aileler bu durumla baş etmekte zorlanmaktadır. Bu durum çaresizlik hissi, anksiyete ve depresif belirtiler ortaya çıkarabilmektedir (Akkök 1989, :27, Kuloğlu Aksaz 1991; Randal ve Parker, 1999, s:7; Doğan, 2001,s:2).

Engelli çocuğa sahip olan aileler, çocuklarının özürlü oluşu ve başkalarından farklı olmasının getirdiği duygusal tepkiler kadar, çocuğun yavaş gelişimi, fiziksel bakımı için gerekli özel düzenlemeler, eğitim zorlukları gibi çok farklı nedenlerle olumsuz yönde etkilenmektedirler. Bu olumsuzluklara maddi problemler, çocuğun yaşıt grubundan izolasyonu, toplumun özre bakışının getirdiği sorunlar ve bunlardan etkilenen evlilik ilişkilerindeki problemler de eklenir. Özürlü bir çocuk ile ailesi arasındaki ilişkinin, sıradan bir aile çocuk ilişkisine oranla daha karmaşık, gergin ve dengesiz olduğu düşünülür (Robinson ve Robinson 1976; Duygun, 2001; s:2; Randal ve Parker, 1999, s:7).

Özürlü veya sürekli hastalığı olan bir çocuğa sahip aile çok çeşitli kaygı endişeleri birarada yaşamaktadır. Özürlü bir çocuk, ailede büyük bir hayal kırıklığı olarak algılanmakta ve yoğun bir kaygı ve endişe kaynağı oluşturmaktadır (Ross, 1978). bu kaygı ve endişe düzeyi özrün veya hastalığın derecesine, aile bireylerinin psikolojik olgunluklarına, maddi kaynaklarına ve çevrenin ne ölçüde destek olduğuna bağlı olarak değişmektedir (Holyroyd, 1978, akt. Akkök, 1989. s:27).

Engelli çocuğa sahip anne babalarda, yüksek stres düzeyinin göstergeleri olarak belirtilen fiziksel, bilişsel ve duygusal belirtilerin görülebildiği, suçluluk, kızgınlık ve depresyonun, stresin duygusal belirtileri arasında yer aldığı belirtilmektedir. Engelli çocuğu olan anne babalar, engel durumunun yarattığı ek sorumluluklara bağlı olarak aile içi ilişkilerinden başlayarak, tüm sosyal çevreleriyle destekleyici ve gereksinim duydukları yardımı sağlayıcı sosyal ilişkilerden soyutlanabilmektedirler. Bu durum ailelerde engellenme ve kontrolü yitirme duygusuna bağlı olarak depresyona neden olabilmektedir(Kargın 1990, Akkök 1994, s:11; Randal ve Parker, 1999, s:10; Cantez ve İyidoğan,1990).

Alan yazın incelendiğinde; otistik çocukların ailelerinin diğer engel gruplarından daha fazla strese maruz kaldığı ve daha yüksek depresyon belirtileri gösterdiği görülmektedir.

Otizm gibi gelişimsel bozukluğu olan bir çocuğa sahip olmak, çocuğun anne, baba ve kardeşlerinin yaşamlarını, duygu ve düşüncelerini, davranış örüntüleri ve

ilişki biçimlerini de içine alan çok yönlü etkileşmeye yol açar. Bu etki, aile, çocuğunun bir gelişimsel sorunu olduğunu ve bunun süreğenliğini ilk kez duyduğunda başlar. Ailenin etkilenmişliği, çok yönlü, karşılıklı ve tüm aile sistemini değiştirecek düzeyde gelişir. Genel olarak, ailenin süreğen gelişimsel bozukluğu olan bir çocuğa sahip olması, sürekli bir stres kaynağının varlığı olarak kabul edilmektedir (Erden ve Akçakın, 2001. ss:145-146).

Bristol (1984), otizmi diğer gelişim bozukluklarıyla kıyasladığında, bazı faktörlerin (belirsizlik, şiddeti ve süresi, toplumdaki örneklerle uyuma azlığı) bu ailelerde uyumu zorlaştırdığını ifade etmektedir. Schopler ve Bristol (1984) ise, otistik çocuğun genellikle fiziksel olarak normal görünmekte olduğunu, özrün derecesinin belirsiz olduğunu ve bunda ailenin yetenek ve potansiyellerle ilgili gerçekçi beklentiler geliştirmesini zorlaştırdığını belirtmektedir. Unger ve Powel (1980) da, bu çocukların müdahale programlarından istifade edebilmesine rağmen (hafif otizimli olanlar bile) hayatları boyunca bazı yardımlara ihtiyaç duymaları ve ailelerin bu geçişin farkına varması, otistik çocuğun ailesine karşı sınırlı anlayışı, destek ve uygun hizmetlerin az oluşu bireylerde önemli sorunlar yaratabileceğini belirtmektedir (Tunali ve Power, 1993,s.949). Norton ve Drew (1994) otistik çocukların, diğer çocuklar gibi aileleriyle iletişime geçmediğini, başkaları ile göz kontağı kurmadığını, bir çoğunun konuşmadığını ve rutinleri olduğunu, rutinlerin bozulmasına aşırı tepki gösterdiğini belirtmişler ve bu nedenlerden dolayı ailelerin otistik çocuklarına uyum sağlamalarının ve bu durumla baş etmelerinin diğer engel gruplarına göre daha güç olduğunu belirtmişlerdir.

Rodrigue, Morgan ve Geffken (1992) otistik çocukların ailelerinin diğer sorunlu çocukların ailelerine nazaran daha fazla sıkıntı yaşadığını belirtmektedir.

Alan yazın incelendiğinde, ailedeki engelli bir çocuktan, annelerin, ailedeki diğer üyelerden daha fazla etkilendiğini göstermektedir.

Traustadottir'a (1991) göre engelli çocuk ailelerinde anneler, çocuklarının bakımıyla çok fazla ilgilendikleri için sahip oldukları diğer rollerden vazgeçmekte, sosyal aktivitelere katılımı ve sosyal yaşamlarında bir azalma meydana gelmekte

ve burumda kalan anneler stresin etkilerine, psikolojik ve duygusal problemlere daha fazla maruz kalmaktadırlar.

Akçakın ve Erden (2001) ve Herken ve arkadaşları (2000) yaptıkları çalışmada engelli çocuğa sahip annelerin babalardan daha yüksek depresyon puanları aldığını, Beşikçi (2000) otistik çocuklara sahip annelerin, babalara oranla stres puanlarının daha yüksek olduğunu, Esenler (2000) otistik çocukların annelerinin stres düzeylerinin dikkat eksikliği/hiperaktivite tanısı almış çocukların annelerinden ve normal gelişim gösteren çocukların annelerinden daha yüksek olduğunu tesbit etmiştir.

Herken ve arkadaşları (2000) çocuğun bakımını birinci derecede annenin sağlamasından dolayı annelerin bu durumdan daha fazla etkilendiği belirtmişlerdir (s:149).

Sorunlu çocuğa sahip ebeveynler, özellikle anneler, aşırı derecede suçluluk duymak gibi ciddi duygusal sorunlar karşısında savunmasız ve eleştiriye olan hassasiyeti artmaktadır (Norton ve Drew, 1994, s.72). Anneler, sorunlar, yalnızlık, fiziksel sağlık, depresyon ve ebeveynlik sorunları karşısında daha hassastırlar (Rodrigue, Morgan, Geffken, 1992,s.250).

Norton ve Drew (1994) annelerin otistik bir çocuğun tüm zorlu yükünü taşıdığını belirtmişlerdir.

Anneler, çocuğun bakımına yönelik sorumlulukların büyük bir çoğunluğunu üstlenmeleri nedeniyle yaşadıkları aşırı stres durumlarıyla ilgili olarak kronik yorgunluk, çeşitli fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklar göstermektedirler (Dyson, 1996; Rodriguez ve Morpy, 1997). Sosyal izolasyon ve yetersiz sosyal destek engelli çocuk annelerinin yaşadıkları olumsuz sosyal sonuçlardır (Kazak ve Marvin, 1984; Bright ve Hayward, 1997).

Bristol (1984) engelli çocuğa sahip olan annelerin babalara oranla daha fazla kaygı ve endişe yaşadıklarını belirtmektedir (akt. Akkök, 1989,s:27).

Holroyd ve McArthur (1976) otistik, down sendromlu ve psikiyatri kliniğine başvuran diğer hastaların annelerini karşılaştırmış ve otistik çocuğa sahip olan annelerin daha fazla strese maruz kaldıklarını belirtmiştir (Akt.: Fırat, 2000, s:13).

Piven ve arkadaşları (1997) otistik çocukların anne babalarının, down sendromlu çocukların anne babalarına göre çevre ile daha sınırlı arkadaşlıklar kurduklarını belirtmişlerdir (Akt.: Fırat, 2000, s:13).

Darıca, Gümüşçü-Tuş ve Pişkin-Abidoğlu (2000), Bıyıklı (1989) otistik çocuğa sahip ailelerde gözlenen duygusal problemlerin belirli aşamalardan geçtiğini belirtmişlerdir. Bu aşamalar;

A) Birincil Tepkiler:

1. Şok
2. Reddetme
3. Acı çekme depresyon

B) İkincil Tepkiler:

1. Suçluluk duyma
2. Kararsızlık
3. Kızgınlık duyma
4. Utanma-mahçup olma

C) Üçüncül Tepkiler:

1. Pazarlık etme davranışı
2. Uyum sağlama ve her şeye yeniden başlama

Bir başa çıkma ve kaynağı ya da yöntemi olarak işlev görebilen sosyal destek, uzun ve kısa süreli stres ve kriz dönemlerinde, bireyin bilgi işleme sürecini etkileyerek, yeni durumlara ve uyarıcılara karşı uyumu kolaylaştıran zihinsel bir yapı olarak harekete geçer. Bireyler ve gruplar arasındaki bağlantıları sağlayarak, ailenin stresle baş etmede gereksinim duyduğu yardım ve destek ağını oluşturur. Böylece sosyal destek bireyin ve ailenin davranışlarını etkileme ve onların yeterliliklerini güçlendirme yoluyla önleyici ve eğitici bir işlev görür (Güçray, 1995).

Yapılan alışmalar, engelli çocuğun özelliklerine ya da diğer etmenlere bağlı olarak ailenin yaşadığı stresin, uygun sosyal destek sistemleri ile azaltılabileceğini göstermiştir (Bristol, Gallegher ve Schopler, 1988; Crnic, Friedrich, Grenberg, 1983; Feiring, Fox, Jaskir ve Lewis, 1987; Yuk-ki Chen ve So-kum Tang, 1997; Akt. zkan, 2001, s:5)

Araştırmalar engelli çocuğa sahip annelerin daha az sosyal destek aldıklarını ve verilen destekten memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğunu göstermektedir (Dunst, Trivette ve Cross, 1986; Bensen, Gross, Messer, Kellum ve Passmore, 1991; akt. zkan, 2001).

Amaç

Bu araştırma; 3-7 yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyi ve depresyonları arasındaki ilişki ile bunları yordayıcı olabilecek değişkenleri belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu amaçla şu sorulara cevap aranmıştır:

1. 3-7 Yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal destek (aile desteği, özel kişi desteği, arkadaş desteği) düzeyleri ve depresyonları; annelerin yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

2. 3-7 Yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal destek (aile desteği, özel kişi desteği, arkadaş desteği) düzeyleri ve depresyonları; medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

3. 3-7 Yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal destek (aile desteği, özel kişi desteği, arkadaş desteği) düzeyleri ve depresyonları; eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

4. 3-7 Yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal destek (aile desteği, özel kişi desteği, arkadaş desteği) düzeyleri ve depresyonları; ev dışında bir işte çalışma değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

5. 3-7 Yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal destek (aile desteği, özel kişi desteği, arkadaş desteği) düzeyleri ve depresyonları; eşin eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

6. 3-7 Yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal destek (aile desteği, özel kişi desteği, arkadaş desteği) düzeyleri ve depresyonları; ailenin toplam gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

7. 3-7 Yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal

destek (aile desteği, özel kişi desteği, arkadaş desteği) düzeyleri ve depresyonları; sahip olunan çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

8. 3-7 Yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal destek (aile desteği, özel kişi desteği, arkadaş desteği) düzeyleri ve depresyonları; otistik çocuğun doğum sırası değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

9. 3-7 Yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal destek (aile desteği, özel kişi desteği, arkadaş desteği) düzeyleri ve depresyonları; otistik çocuğun yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

10. 3-7 Yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal destek (aile desteği, özel kişi desteği, arkadaş desteği) düzeyleri ve depresyonları; otistik çocuğun cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

11. 3-7 Yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal destek (aile desteği, özel kişi desteği, arkadaş desteği) düzeyleri ve depresyonları; otistik çocuğun otistik olduğunu kimin farkettiği değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

12. 3-7 Yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal destek (aile desteği, özel kişi desteği, arkadaş desteği) düzeyleri ve depresyonları; otistik çocuğun tanı süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

13. 3-7 Yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal destek (aile desteği, özel kişi desteği, arkadaş desteği) düzeyleri ve depresyonları; otistik çocuğa doğumdan itibaren kimin baktığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

14. 3-7 Yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal destek (aile desteği, özel kişi desteği, arkadaş desteği) düzeyleri ve depresyonları; otistik çocuğun şuan bir bakıcısı olup olmaması değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

15. 3-7 Yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal destek (aile desteği, özel kişi desteği, arkadaş desteği) düzeyleri ve depresyonları; annelerin otistik çocukların otizm derecelerini algılamaları değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

16. 3-7 Yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal destek (aile desteği, özel kişi desteği, arkadaş desteği) düzeyleri ile depresyonları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Önem

Özel eğitim alanında yapılan son çalışmalar, engelli çocuğa yönelik hizmetlerin, sadece engelli çocuğa sunulan hizmetlerle sınırlı olmadığı, ailenin bir sistem olduğu ve öncelikli olarak aile bireylerinin gereksiniminin belirlenmesi ve bu gereksinim doğrultusunda hizmet verilmesi düşüncesini ön plana çıkarmıştır. Bu çalışmanın otistik çocuğa sahip olan annelerin risk faktörlerini belirlemek bakımından önemli olacağı düşünülmektedir.

Özel eğitimde ve engelli aileleriyle çalışan uzmanlara, ailelere sunulacak hizmetler bakımından yol gösterici olabileceği ve alan yazına katkısı olabileceği düşünülmektedir.

Sayıtlılar

3-7 Yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile depresyonları arasındaki ilişkinin inceleneceği araştırma şu sayıtlılara dayanmaktadır:

1. Seçilen örneklem grubu evreni temsil etmektedir.
2. Uygulanan ölçeklere uygulayıcılar doğru cevaplar vermişlerdir.

Sınırlılıklar

Araştırma, İstanbul ilinde Sosyal Hizmetler ve Milli Eğitime bağlı rehabilitasyon ve eğitim merkezlerine devam eden 3-7 yaş arası otistik çocuğa sahip olan, ikinci bir engelli çocuğu olmayan ve engelli çocuğunda ikinci bir engel bulunmayan 165 anne ile sınırlıdır.

Tanımlar

Algılanan Sosyal Destek: Bireyin diğer bireyler tarafından sevildiğine, ilgi gördüğüne, değer verildiğine ve bir iletişim ağının karşılıklı bir parçası olduğuna ilişkin, diğer kişilerden edindiği bilgilerdir (Erim,2001; Dunst, Trivette ve Cross, 1988).

Depresyon: Duygusal, bilişsel, davranışsal ve somatik belirtilerle kendini gösteren; bunun sonucunda bireyde çökkün bir ruh haline, bireyin davranışsal etkinliklerinde azalmaya, zihinsel etkinliklerinde bazı değişikliklere ve bedensel bazı yakınmalara neden olan, şiddeti bireyden bireye değişebilen bir duygudurum bozukluğudur (Öztürk, 1997).

Otizm: Otizm; Değişik edinsel ve gelişimsel nedenlere bağlı olarak, 3 yaş öncesinde çocuklarda ortaya çıkan, sözel ve sözel olmayan iletişim, oyun ve sosyal ilişki alanlarında bozukluk ve steroatipiler ile karakterize olan bir bozukluktur (Korkmaz, Yalçinkaya ve Demirbilek 1996:61).

II. İLGİLİ LİTERATÜR

2.1.OTİZM

Otizm, en genel anlamıyla iletişim bozukluğudur. Bir hastalıktan çok gelişimsel bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. Sendromu ilk tanımlayan ABD'li çocuk psikiyatristi Leo Kanner'dir (Korkmaz a, 2000, s: 129).

2.1.1 Otistik Bozukluk Tanı Ölçütleri

DSM-IV'de otizmin tanı kriterleri şu şekilde sıralanmıştır ;

(A)En az ikisi (1)'inci maddeden ve birer tanesi (2) ve (3)'üncü maddelerden olmak üzere (1), (2) ve (3)'üncü maddelerden toplam altı yada daha fazla maddenin bulunması.

(1) Aşağıdakilerin en az ikisinin varlığı ile kendini gösteren toplumsal nitel bozulma :

(a) toplumsal etkileşim sağlamak için yapılan el-kol hareketleri, alınan vücut konumu ,takınılan yüz ifadesi, göz göze gelme gibi bir çok sözel olmayan davranışta belirgin bir bozulma olması

(b) yaşlılarıyla gelişimsel düzeyine uygun ilişkiler geliştirememe

(c) diğer insanlarla eğlenme, ilgilerini yada başarılarını paylaşma arayışı içinde olmama

(d) toplumsal yada duygusal karşılık vermeme

(2) aşağıdakilerden en az birinin varlığı ile kendini gösteren iletişimde nitel bozulma :

(a) konuşulan dilin gelişiminde gecikme olması yada hiç gelişmemiş olması

- (b) konuşması yeterli olan kişilerde, başkalarıyla söyleşiyi başlatma yada sürdürmede belirgin bir bozukluğun olması
- (c) basmakalıp yada yineleyici yada özel bir dil kullanma
- (d) gelişim düzeyine uygun çeşitli imgesel yada toplumsal taklitlere dayalı oyunları kendiliğinden oynamama

(3) aşağıdakilerden en az birinin varlığı ile kendini gösteren davranış, ilgi ve etkinliklerde sınırlı, basmakalıp ve yineleyici örüntülerin olması :

- (a) ilgileneme düzeti yada üzerinde odaklanma açısından olağandışı bir yada birden fazla basmakalıp ve sınırlı ilgi örüntüsü çerçevesinde kapanıp kalma
- (b) özgül, işlevsel olmayan, alışlageldiği üzere yapılan gündelik işlere yada törensel davranış biçimlerine hiç esneklik göstermeksizin sıkı sıkıya uyma
- (c) baskalıp ve yineleyici motor mannerizmler
- (d) eşyaların parçalarıyla sürekli uğraşıp durma

(B) Aşağıdaki alanlardan en az birinde, 3 yaşından önce gecikmelerin yada olağandışı bir işlevselliğin olması :

- (1) toplumsal etkileşim
- (2) toplumsal etkileşimde kullanılan dil yada
- (3) sembolik yada imgesel oyun (APA,2000, ss :50-52)

2.1.2.Otizmin Nedenleri

Cook ve Leventhal (1996) ve Ernst ve arkadaşları (1997)'na göre; otizmin nörobiyolojik temelleri, otizme yol açan genetik hastalıklar, otistiklerde sıkça görülen bağışıklık sistemi bozuklukları, edinsel hastalıklara bağlı olarak otizmin ortaya çıkması, otistik çocukların beyinlerinde otopsi ile saptanan nöroanatomik

bozukluklar veya nörogörüntüleme bulguları, vücut sıvılarında saptanan nörokimyasal bozukluklar, otizmin epilepsi ile ilişkisi, norolojik muayene defisitleri, nöropsikolojik testlerde saptanan özgül bozukluklar ve hayvan deneylerinde çıkarılan sonuçlara dayanır. Son araştırmalar otizmin, genetik bir nedene bağlı olarak beyindeki bazı yapılarda biyokimyasal dengenin bozulması ile açığa çıktığı düşünülmektedir (Korkmaz, 2000c, s. 43).

Otizme neden olan ya da otistik belirtilerle birlikte seyreden pek çok hastalık vardır ve bunlar arasında genetik bozukluklar ilk sırada yer alır. Bunların içinde özellikle tuberoz skleroz (TS) dikkati çekmiştir. TS'li çocukların %44'ünde otistik belirtiler mevcuttur; tüm otistik çocukların %5-10'u ise TS tanısı alır. Otizimle ilgili bir başka hastalık ise frajil X sendromudur. Frajil X sendromlu çocukların %12-21'i otizimli bulunmuştur. Otistiklerde ise bu oran %4'tür. Son yıllarda otizmin genetik temeli üzerine olan çalışmalar otizmin çok faktörlü, çok genli bir hastalık olduğunu düşündürmektedir (Korkmaz, 2000c, s. 44; Öztürk, 1997, s.430).

Otizmin genetik geçişli olduğunu destekleyen diğer çalışmalar ikizlerle yürütülen çalışmalardır. Yapılan çalışmalar tek yumurta ikizlerinde otizmin birlikte görülme sıklığı %92, ayrı yumurta ikizlerin de ise %10 olarak belirtilmiştir. Çalışmalara göre hangi veya kaç sayıda genin bu tabloda rol oynadığı bilinmemektedir. Genetik etyoloji heterojendir (değişik ailelerde değişik genler sorumludur). Yaygın gelişimsel bozuklukta geniş fenotip değişkenlerin varlığı, bireyin genomunda, çoğul genlerin (ayrı genler ve bunların birleşimlerinin) etkileşime girdiğinin düşündürmektedir (Jamain 2003; Muhle, 2004). Yine bazı çalışmalara göre otizm "tek tip bozukluk" değildir. Biyolojik ve genetik belirleyicileri saptansa dahi, bu belirleyiciler, fenotipe sahip tüm bireylerde mevcut olmayacaktır (Charman, 2003; akt.: Güvendeğer, 2004, s:155).

Otistik bir çocuğa sahip ailelerde, tekrar otistik birey görülme sıklığı genel popülasyonda görülme sıklığından 45 kez fazladır (Jamain 2003; akt.: Güvendeğer, 2004, s:155).

2.1.3. Sıklık

Otizm, hafif ve ağır formları da hesaba katıldığında erken çocukluk çağının oldukça sık rastlanılan hastalıklarından birisidir. Bu oran 500'de 1'dir (Korkmaz a, 2000, s.129) ve erkeklerde kızlara oranlara 3-4 kat daha fazla görülür (Korkmaz b, 2000, s.41)

2.1.4.Otizm Tanısı Nasıl Konur

Bir çocuğun otistik olup olmadığını anlamak için 3 şeye bakmak gerekir. Birincisi; davranış çeşitlerini, davranış paternlerini ve otistik olmayan davranış şekillerini anlamak gerekir.

İkinci olarak; davranışın şekli kadar davranışın fonksiyonu, çocuğun yaptığı şeyleri niçin yaptığını anlamak gerekir.

Üçüncü olarak; profesyoneller tarafından kullanılan resmi tanımlama standartlarına göre tanımlama yapmak gereklidir (Siegel,1996. s: 13).

2.1.5.Erken Belirtiler

Teitelbaum (1998), Minsheu ve Ratta, (1992) göre; en erken belirtiler, motor taklit alanında ve jestlerin gelişiminde kendini belli eder. Örneğin normal bir yeni doğan bebeğin bile kendisine dil çıkararak annesine bir yanıt olarak dil çıkarabileceğini belirten uzmanlar, otistik çocuklarda taklit yeteneğinin belirgin bir şekilde gelişmediğini, buna daha sonra jestlerin kullanımındaki sorunların eklendiğini ifade etmektedirler. Sonradan otistik tanısı almış 4-6 aylık bebeklerin video kayıtları izlenerek değişik vücut pozisyonlarındaki hareketleri değerlendirilmiş ve otistik bebeklerin ağız kenarının aşağı sarkık olduğu, motor gelişim aşamalarının biri veya hepsinde (yutma, ayağa kalkma, emekleme, yürüme vb.) bir gecikme olduğu saptanmıştır (Korkmaz, 2000 a, ss:134).

Baron-Cohen (1995)'e göre; karşılıklı dikkatin gelişmemesi bir diğer erken belirti olup, göz göze gelindiğinde anlamlı bir iletişim kurulmaması, bebeğin

gereksinimlerini ifade etmek için değişik ağlamalar kullanmaması, nesnelere ilgilenmemesi, kucağa alınınca susmaması, kucağa alınmaya direnmesi şeklinde kendini gösterebilir. Otistik çocukların işarete parmağını istediği veya ilgi çekmek istediği nesneye doğrudan yöneltmediği, bazen kabaca bir yön belirtir gibi bir hareket yaptığı izlenir. Bir diğer bulgu ise ismiyle seslenince hiç dönmemeleri veya “canı istediği zaman” dönüyor olmalarıdır (Korkmaz a, 2000, ss:134).

Yine otistik özellik gösteren çocukların bebekken iki tip davranış biçimi gösterdikleri gözlenmiştir. Bunlardan birinci tip, sürekli ağlama, huzursuzluk, uyku bozuklukları ve uyumsuz davranış gösterenlerdir. İkinci tip ise; sakin, uslu, bakımları çok çok kolay, anneden hiçbir ilgi beklemeyen tiptir (Fazlıoğlu ve Eşme, 2005, ss:32).

2.1.6.Erken Bağlanma Tutumu

Bağlanma, çocuk ve bakım veren kişi arasında gelişen; ilişi kurma, çocuğun bakım veren kişiyi arama ve yakınlık arayışı davranışı ile kendini gösteren, özellikle stres durumlarında belirginleşen, dayanıklı ve devamlılığı olan duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır (Thompson, 2002, akt.; Pehlivantürk, 2004, s:58).

Otistik çocukların çoğu diğer çocuklarla karşılaştırıldıklarında zamanlarının çok azını anne-babalarının veya bakıcılarının yakınında geçirirler. Bakıcılarının veya anne-babalarının yakınında olanlar bile diğer çocuklardan daha az sıklıkta yaptıklarını göstermek için anne-babalarını veya bakıcılarına bakarlar .

Normal olarak tipik bir 2-3 yaş çocuğu hemen hemen bir lastik bant gibi anne-babasına bağlıdır. Belirli bir uzaklığa kadar anne-babasından ayrılır fakat çok uzaklaşırsa lastik bant onu rahatsız etmeye başlar , çocuğun dürtüsü geri dönmesi ve görsel olarak geriye kontrol etmesi için uyarır. Otistik çocuklarda ise sanki bu lastik bant yok gibidir. İki yaşında otistik bir çocuğu olan baba, bağlanma durumunu test etmek için çocuğuyla bir sahile gitmiş ve çocuğun kendisinden

uzaklaşmasına izin vermiştir. Baba çocuğunu arkadan izlemeye başlamış ve ne zaman kendisine dönüp bakacağını veya geriye ne zaman döneceğini görmek istemektedir. Çocuk babadan o kadar uzaklaşmıştır ki artık bu durumdan baba rahatsız olmuştur ve gidip çocuğunu almıştır fakat bu süre içerisinde çocuk hiç geriye dönmemiştir.

Otistik çocuğa sahip anne-babalar buna benzer çok örnekler vermişlerdir. Parkta, markette, sokakta birçoğunun otistik çocuğu kendisinden bu şekilde ayrılıp uzaklaşmıştır.

Bütün bunlar otistik çocuklar için anne babadan ayrılmanın veya onların yanından uzaklaşmanın onlar için bir anlam ifade etmediğini göstermektedir (Siegel,1996. ss: 26-27).

Otistik çocuklar, annenin yaklaşmasına, uzaklaşmasına, varlığına, yokluğuna yakın akrabaya veya yabancıya karşı kayıtsızdır (Öztürk, 1997, s.429). İlgilerini çevredeki kişiler ile kendiliklerinden paylaşmazlar ve duygusal karşılık vermezler. Zaman içinde özellikle yüksek fonksiyonlu otistiklerde ilişki kurmalarında artış olmasına karşın sosyal davranışları uygunsuz ve olağandışı olmaya devam eder (Tunguay, 2000; Wolkmar ve Klin, 2000; Wolkmar ve diğ. 2002; akt.; Pehlivantürk, 2004, s:58).

2.1.7.Otizimde Sosyal Gelişim

Sosyal ilişki güçlüğü, otizmi en iyi tanımlayıcı bulgudur (Volkmar ve diğ. 1993,akt: Pehlivantürk, 2004, s:56).

Otizmin tanımlanmasında en önemli ayırıcı özellik çocuğun diğer insanlarla ilişki kurup kurmamasıdır. Otistik çocukların diğerleriyle ilgilenme seviyesi ve diğerlerine bağlılıkları çok farklı niteliktedir.

Otistik çocuklar kendi yaşlılarıyla karşılaştırıldığında diğer bireylerle ilişkilerinde daha bariz yetersizlikler göstermektedirler. Diğerleriyle ilişki kurmaya istekli değildirler, onların istek ve duygularını dikkate almazlar. Otistik çocuklar

çoğunlukla “ilgisiz, soyutlanmış ve kendi dünyalarında” şeklinde tanımlanırlar. Bu bozuklukta sosyal gelişim alanındaki güçlükler belirgindir ve dil ya da zihinsel gelişim alanındaki gecikme ya da sapmalardan bağımsızdır (Siegel,1996. s: 25).

Otistik çocuklar erken dönemde sosyal izolasyonun ilk işaretlerini verirler. Bu çocuklar çoğu kez dikkatlerini esas olaylara yönlendirmezler. Örneğin; bir doğum günü partisinde tipik bir 2 yaş çocuğu kendisine ait olsun olmasın orada bulunan hediye paketlerini açmak ister, onlarla ilgilenir, içlerinde neler olduğunu merak eder. Oysa otistik çocuk sadece kendi başına oturmaktan ve bir kurdele parçasını sallamaktan mutlu olabilir (Siegel,1996. s: 26).

Çoğu otistik çocuğun sosyal becerileri son derece sınırlıdır ve başkalarından ayrı, tamamen kendilerine ait bir dünya da yaşıyormuş gibi görünürler. İnsanlarla ilişki kurmadaki beceri eksikliği genellikle otizmin en önemli belirtisi olarak kabul edilmektedir (Volkmar ve diğ., 1996, s. 145-146; Darıca ve diğ., 2000, s.20; Fazlıoğlu ve Eşme, 2005, s:39).

Otistik çocukların birçoğu göz teması kurmazlar veya bakışları insanları delip geçer. Karşıdakilerin duygusuna karşı son derece tepkisiz ve ifadesiz gibidir ve bir ilişkiyi başlatmaya isteksizdirler. Çağrıldıklarında isimlerine tepki vermezler, onlarla konuşurken dinlemiyormuş gibi görünürler. Kucağa alındıklarında çoğu kez rahatsız oluyormuş gibi bir izlenim verirler. Genellikle bir şey istediklerinde ebeveynlerinin elini tutarak istedikleri nesneye yöneltirler. Sanki kişiler onlar için amaca ulaşmada bir araçtır (Volkmar ve diğ., 1996, s. 146-147; Darıca ve diğ., 2000, ss.16-21).

Bu çocuklar, pragmatik iletişim ve sosyal iletişimdeki pek çok bilgi kaynağını birleştirme, başkalarının hislerini anlama vb. konularda sorun yaşarlar. Başkalarından gelen sosyal işaretler, gülümseme, el sallama, kaş çatma çocuğa anlamsız gelebilir (Aorons ve Gittens, 1992, ss:11-12; Volkmar ve diğ., 1996 s. 147).

Otistik çocuklar insanlarla dolu bir odaya, sanki boş bir odaya girmiş gibidir, insanları algılamadığı izlenimi bırakır ve onlarla ilişki kurmaz. İçe kapanıklığı,

çevreyle ilişki kurmaması, görmüyor, işitmiyor gibi davranması ile dikkatleri çeker. Dış dünya ile bu çocuklar arasında sanki bir duvar vardır (Öztürk, 1997, s: 429).

Otistik çocuğun yaşadığı sosyal sorunlar yaşa ve gelişim seviyesine göre değişse de bireylerin hayatları boyunca devam etmektedir (Volkmar ve diğ., 1996 s. 146).

Klin ve arkadaşlarına göre büyük yaştaki otistikler bile, normal gelişime sahip küçük çocukların sahip oldukları sosyal becerilere sahip olamamaktadırlar (Klin, Volkmar ve Sparrow, 1992, s.869).

Otistik çocuklardaki sosyal bozulmaya bağlı olarak 4 farklı grup tanımlanmıştır;

1. Soğuk-Uzak Grup: Sosyal bozulmanın en yaygın tipidir. Sıklıkla diğer insanlar yokmuş gibi davranırlar, onlara obje muamelesi yaparlar. Ebeveynler sıklıkla bu çocukların kendi dünyalarında yaşadıklarını ifade ederler. Yaralandıklarında göstermek için gelmezler, acıya çok az tepki verirler. Erken dönemde ebeveynlerden ayrılmaya tepki göstermezler, diğer çocuklarla oynamazlar.

2. Pasif Grup: Bu grup en az rastlanılandır. Birinci gruptakinin aksine bu gruptaki çocuklar kontakt kurmaktan sakınmazlar. İlgilendikleri nesnelere diğerlerine göstermezler ve bir şey istediklerinde ya birinin ya da ilgilendikleri nesnenin yanına gidip dururlar ve ne istediklerini diğerlerinin bulması için beklerler. Göz kontağını istediğiniz kadar uzun kurabilirler. Diğer çocuklar, bu gruptaki çocukları pasif arkadaşlar olarak oyunlarında kullanırlar.

3. Aktif Fakat Tuhaf Grup: Bu gruptaki çocukların entellektüel seviyeleri yüksektir. Sosyal sınırlara özen göstermezler, herhangi bir yabancıyla konuşabilirler. Eğer belirli bir takıntısı varsa bu takıntıya diğer insanları da dahi edebilirler. Örneğin; yürüyüş ayakkabısı takıntısı olan bir çocuk yoldan geçenlerin pantolonlarını kaldırarak doğru ayakkabı giyip giymediklerini kontrol edebilir. İsteddiği ayakkabıyı giymiş olanları yol boyunca takip edebilirler. Bu gruptaki çocuklar duygularını saklamazlar ve sosyal kuralları algılamakla ilgili problem yaşarlar. Diğer

çocuklardan uzak durmazlar fakat onların oyunlarını bozarak, oyuncaklarını ellerinden almaya çalışarak onlara katılırlar. Eğer diğer çocuklar istenilen tepkiyi vermezlerse onlara karşı daha rahatsız edici ve saldırgan davranabilirler.

4. Aşırı Resmi ve Aşırı Kalıpcı Grup: Bu davranış paterni ileri ergenlik veya erken yetişkinlikte görülür. Genellikle bu çocuklar yüksek IQ'ludur ve ifade edici dil becerileri çok gelişmiştir. Karşılaştıkları herkese yakın aile üyesiymiş gibi davranan aktif ama tuhaf grubun tersine aile üyelerine uzak yabancılar gibi davranırlar. Davranışları genellikle kibar ve resmidir. Örneğin; yatılı okula giden bir çocuk annesine "sayın....." diye başlayan "saygılar....." ile biten bir mektup yazabilir. Bu gruptaki çocuklar kurallara uyma konusunda aşırı titizdirler ve birisi bu kurallara uymadığında çok üzülüp kızabilirler.

Çocuklar sıklıkla büyüdükçe değişirler; soğuk-uzak çocuk daha sonra aktif fakat tuhaf olabilir. Asıl sorunları diğer insanların duygu, düşünce ve inançlarını anlamamaları ve tüm bunlara uygun tepkileri verememeleridir (Hawlin, 1998,s:8-9).

2.1.8.Bilişsel Boyut

Araştırmalar otistik çocukların %40'ının 40-50 IQ (orta ve derin mental reterdasyon), %30'unun 50-70 IQ (hafif mental reterdasyon) ve %30'unun da 70 ve daha fazla IQ skoruna sahip olduğunu göstermektedir. Otistik bozukluğu olan çocukların %75'i işlevsel olarak yaşlılarından geridir(Türkbay, 2005; Fazlıoğlu ve Eşme, 2005, s:36).

Otistiklerde, özellikle karar verme, planlama, yanlışını farkedip düzeltme, eylem başlatma gibi yürütücü işlevlerde sorun vardır. Zihin kuramı testlerinden çok düşük puanlar almaktadırlar. Özellikle zeka testlerinde yer alan blok dizaynlarında başarılı olduğu bilinir. Görsel ham belleklerinin iyi olduğu bilinir (Frith, 1989, s: 175; Frith ve Happe, 1994, s.116).

Otistiklerin %10'u bazı konularda, özellikle soyutlama yetisi gerektirmeyen ve belleğe dayalı becerilerde üstün özellikler gösterirler (Miller,1999, s. 31).

Otistik çocukların birçoğu genel öğrenme sorunları çekerler. Somut örnekleri daha iyi anlarlar. Görsel sunulan bilgiyi daha iyi öğrenirler. Öğrendiklerini genellemek için sürekli yönergeye gereksinim duyarlar (Volkmar ve diğ., 1996, s. 148).

Rumsey (1992), otistik çocukların dil yeteneği ve resim düzenlemede , Treffert (1998), sözlü olmayan veya bilgi gerektiren becerilerde düşük puanlar aldıklarını belirtmiştir (Volkmar ve diğ., 1996, s. 149).

2.1.9.İletişimsel Boyut

Otistik çocukların ailelerinin çocuklarında ilk farkettileri problem dildeki anormalliktir. Anlaşılmaz, karmaşık ve sınırlı bir dil kullanımı, diğer insanları taklit etmekten ve iletişimi sürdürmekten uzak tavırları vardır. Dil öncesi dönemde normal bebeklerin bakım verenlere gösterdikleri tepkileri göstermezler. Otistik bebekler ebeveynlerine doğru kollarını uzatıp kaldırılmayı beklemezler ve diğer insanların gülümsemelerine ve sesle çıkarmalarına karşılık vermezler.

Hawlin(1998), Rapin (1991) ve Gillberg & Coleman (1992)'a göre; otistik çocukların birçoğu yaşam boyu konuşma geliştirmez, konuşma geliştirenlerin büyük bir kısmı ise fonksiyonel konuşmada sorun yaşarlar. (Hawlin, 1998,s:4; Korkmaz , 2000a, s.132). Lord ve Rutter (1994) otistik çocukların bir çoğunun fonksiyonel konuşma geliştirmekte problem yaşadığını ve bu çocukların dili ya çok az anladıklarını ya da hiç anlamadıklarını belirtmişlerdir. Yaşları ilerledikçe dil problemlerini başka iletişim yollarını kullanarak gidermektedirler; göz teması, işaret etme, yüz ifadesi ve hareketler gibi. Çok az çocuk basit işaret dilini öğrenebilmektedir (Hawlin, 1998,s:4).

Hiç konuşmayan çocuklarda ise iletişim oldukça sınırlıdır ve öncelikle basit yönergelere uymayı öğrenmektedirler. Konuşmayı öğrenen çocukların, alıcı dilleri ifade edici dillerinden daha düşük seviyededir. Deyimleri algılayamazlar. Resim

dersinde “yanında oturan çocuğu çiz” dendiğinde “yanında oturan çocuğun resmini çiz” dendiğini anlayamazlar. “doğum günün ne zaman?” sorusuna “her yıl tabiki” gibi yanıtlar verirler (Hawlin, 1998,s:5).

Bilişsel yetenekleri yüksek otistik çocuklarda konuşma olması gereken yaşa kadar gelebilir fakat dil gelişimi paternlerinde ve dilin kullanımında problemler göze çarpar. Konuşmanın tonunda ve vurgularında tuhaflik görülür. Sesler mekanik ve monotondur. Ya çok yüksek ya çok alçak sesle konuşurlar. İkinci olarak semantik hatalar yaparlar; neolojizm ve tersine çevirme gibi. Kendilerine yeni kelimeler veya kalıplar üretirler. Kendisi için “en” zamirin kullanırlar. “yüzmeye gitmek istiyorsun” gibi kendi isteklerini başkalarının dilinde söyleyebilirler. Konuşma ekolalik eğilimlidir. Bazı çocuklar sürekli aynı kelime kalıplarını tekrarlayabilirler veya aynı soruları durmadan sorarlar. Buna karşılık diğer insanların bir şey söylemeleri veya soruya cevap vermeleri için ısrar ederler. Bu rutindeki bir değişiklik onlarda gerilim yaratabilir (Hawlin, 1998,ss:6-7).

Otizmdeki en dil bozukluğunun en karakteristik özelliği iletişimin sosyal amaçlar için kullanımındaki bozukluktur. Konuşmayan otistik çocuklar büyüdükçe alternatif iletişim yöntemleri geliştirmedeki motivasyonları kaybolur. Ama konuşan otistiklerde durum bunun tersidir. İnsanlarla, kendi takıntıları hakkında konuşma isteyebilirler veya çift yönlü iletişime az ilgi göstermeye devam etseler de tekrarlayıcı sorular sorma eğilimindedirler(Hawlin, 1998,s:7).

Otistik çocuklar sürekli olarak iletişim bozukluğu sergilerler. En belirgin görülen bozukluk dilin semantik ve pragmatik yanının bozulmasıdır (Lord ve Paul, 1997, s.s. 202-204; Volkmar ve diğ., 1996, s. 150; Darıca ve diğ. 2000,s:46, s.25; Siegel, 1996, s:43; Frith, 1989, s: 118).

Otistik çocuklarda genellikle konuşma monotondur ve uygun ses özelliklerini kullanmada hatalar çok fazladır;tonlamada, anlamı vurguyla çıkarmada, sesin yüksekliği ve alçaklığında. Yine bir çok otistik çocuk zamirleri kullanamaz ve anlayamaz, kendinden 3. tekil kişi olarak bahseder. Cümlelerinde mecazi anlam

kullanamazlar ve mecazi anlam olan cümleleri anlayamazlar (Volkmar ve diğ., 1996, s. 151; Öztürk, 1997, s.429; Korkmaz , 2000a, s.132; Frith, 1989, s: 118).

Minsheu ve Coleman (1992)'a göre; otistik çocuklarda ekolalik konuşma, bağlaç, zamir ve edatlardan yoksun cümleler görülebilir (Korkmaz , 2000a, s.132).

Normal gelişim gösteren bebeklerin;insan yüzüne, hareket eden nesnelere baktıkları ve seslere güldükleri gözlenirken, otistik bebeklerin ancak gıdıklandıkları, sallandıkları ya da havaya hoplatıldıkları zaman güldükleri gözlenmiştir. Otistik bebekler, insanlara olduklara kadar çevresindeki nesnelere de ilgisizdirler. Bu ilgisizlik, çevrelerindeki nesnelere uzanıp onları yakalama isteği göstermeme şeklinde görülmektedir. İsteklerini ağlayarak, bağırarak, çığlık atarak belirten bir çok bebeğin, yürümeyi öğrenir öğrenmez iletişim kurmak için yetişkinin elinden tutarak, çekerek isteklerini belirttiği ancak bunu yaparken de yetişkinin yüzüne bakmadığı gözlenmektedir (Darıca ve diğ., 2000, ss:47-48; Frith, 1989, s: 122).

Canlılarla olan ilişkileri cansızlarla olduğu gibidir. Bir ele veya yüze masaya dokunur gibi dokunurlar (Öztürk, 1997, s.429).

Klin(1993)'e göre, küçük yaşlardaki otistik çocuklar konuşmaya karşı normalde olması gerektiği kadar ilgi göstermezler ve sözsüz iletişimde devamlı olarak problem yaşarlar (Volkmar ve diğ., 1996, s. 146).

Otistik çocukların %75'i yaşamın ilk yılında "mama, baba" gibi normal çocukların kazandıkları ilk kelimeleri kazanamazlar. Ayrıca kelimeleri kazanan çocuklarda ilk kelimelerini başka bir kelimeye bağlayarak kullanamamaktadırlar(Darıca ve diğ., 2000, ss:51-53).

Karşılıklı konuşma becerisi normal çocuklarda 2 veya 3 yaşında gelişirken otistik çocukların hemen hemen hiçbiri bu yaşa geldikleri halde karşılıklı olarak konuşmayı geliştirememişlerdir. Hemen hemen tüm otistik çocuklarda gözlenen konuşma farklılıkları; %90'ında konuşmanın sıklığının olmaması, %50'sinde

telaffuz bozuklukları, %75'inde ses tonu ve ritmdeki aksaklıklar, %13'ünde konuşmanın çık hızlı olması şeklinde değerlendirilmektedir (Darıca ve diğ., 2000, ss:53-54).

2.1.10.Oyun Gelişimi

Bauer (1995) otistik çocukların oyuncaklara ilgi göstermediğini, buna karşın ev içindeki eşyalarla (örneğin mutfak eşyalarına) ilgilenebildiklerini belirtmiştir. Oyun oynayabilen otistikler de ise karşılıklı oyun gelişmez veya bir hedefe yönelik oyun kuramazlar. Kendi başlarına oynarlar ve oyunları somut ve tekrarlayıcı nitelikte olabilir. Yaşları ilerlese de oyunlarının niteliğinde bir gelişme ve zenginleşme olmaz (Korkmaz, 2000a, s.131).

Bir çok otistik çocuk oyuncakları amacına uygun olarak kullanamaz. Bir çoğunun oyun şekli nesnelere döndürmek, emmek, yalamak, vurmak, belli bir parçasına yoğunlaşmak şeklindedir (Türkbay,2004, Darıca ve diğ.2000, s. :44).

Otizmdeki dil bozukluğu çocuğun hayal gücü gerektiren normal oyun paternlerinin gelişimini de etkiler. Dildeki stereotipi, tekrarlayıcılık ve asosyalite hayali oyunlarda da görülür. Oyun becerileri sınırlıdır, fakirdir, yaratıcılıktan yoksundur, işlevsel değildir; objeleri dizmek, çeşitli paternlerde onları yerleştirmek, arabaların tekerleklerini çevirmek sıklıkla gözlenen oyunlardır. Daha büyük ve yetenekli çocuklar daha karmaşık oyu becerileri sergileyebilirler. Sınıftaki bir bebeği öğretmeni olarak canlandırabilir, bir çizgi filmdeki karakterlerin seslerini taklit ederek karmaşık senaryoları oynayabilir. İlk bakışta böyle aktiviteler otistik çocuk tanımından farklı görünmektedir ancak dikkatli bakıldığında çoğu kez bu oyun aktivitelerinin tekrarlayıcı doğası göze çarpmaktadır. Bu oyunlar esnasında çocuk herhangi bir nedenden dolayı engellenirse büyük bir gerilim yaşar, çoğu kez oyunun en başına döner. Diğer çocukların oyununa katılmasına çoğu kez izin vermez (Hawlin, 1998,s:8).

2.1.11.Ritüel ve Strootipik İlgiler veya Davranışlar

Bu alandaki davranışlar geniş bir yelpazede yer almaktadır ve çocuğun entelektüel seviyesine göre değişmektedir.

Sterotipik Davranışlar: Basit, streotipik davranışlar genelde bilişsel yetenekleri şiddetli biçimde bozulmuş çocuklarda görülür. Kağıdı parçalara ayırmak, ip sallamak, ip parçalarına parmakla vurmak, giysi veya halıların iplerini toplamaya veya köpeğin tüylerini yolmaya saatler harcayabilirler. Görsel uyarım için çeşitli nesnelere gözlerinin önündende sağa sola sallayabilir. Bazı çocuklarda lambaları, kapıları açıp kapamak, arabaların tekerleklerinin çevirmek için saatler harcayabilirler.

Motor manerizmler de, el çırpma ve şaklatma gibi davranışlar çok sık görülür ve çocuğun diğer aktivitelerine de karışır. İleri derecede mental geriliği olan çocuklarda kendine zarar verme davranışlarının görülme riski yüksektir. Sıklıkla sallanma, fiske vurma gibi basit streotipik davranışlar zamanla kafa atma, ısırma gibi ciddi problemlere de dönüşebilir.

Diğer Ritüalistik Davranışlar: Ritüalistik ve streotipik davranışların karmaşıklığı IQ ile birlikte artar. Böyle çocuklar belirli objeleri döndürme, belirli boyutta veya kalınlıkta objeleri kullanma, belirli boyutta veya renkte yaprakları toplama gibi davranışlar sergilemektedirler. Aradıkları çeşitteki obje bulunmadığında çok huzursuz olmaktadır. Bebek olanlar belirli bir renkteki veya şekildeki şişelerin dışındaki şişelerden sür içmeyi reddedebilirler. (Hawlin, 1998,ss:11-12).

Diğer Bağımlılıklar ve Koleksiyonlar: Objeye toplama otistik çocukların tipik bir özelliğidir. Bu objeler kağıt parçalarından Mr. Bean'ın videolarına kadar değişen çeşitliliktedir. Toplanan objeler gereksiz ve tuhaf olsalar da çocuk için topladığı obje miktarı önemlidir. Bazen bu takıntılar aile için çok pahalı şeyler olabilmektedir.

Bir çok küçük otistik çocuk belirli nesnelere yanlarında taşımak istemektedirler. Bu nesnelere genelde normal çocukların taşıdığı nesnelere

bezememekte ve sıradışı olmaktadır. Taşınılan nesne kaybolduğunda, kırıldığında veya ulaşılmaz olduğunda, çocuk aşırı stres yaşayabilir ve tüm aktivitelerini durdurabilir (Hawlin, 1998,s:13).

Rutinler ve Değişime Direnç: Çevredeki herhangi bir değişime karşı direnç erken yaşlarda belirgin hale gelmektedir. Bir çok bebek, alışveriş sırasında arabalarında sessiz dururken, ebeveynler normal rutinden farklı bir şey yaptıklarında (farklı bir yere gittiklerinde) rahatsızlık yaşar. Bazı çocuklar her gün aynı saatte aynı yerde oturarak beslenmek isterler. Bazıları evdeki eşyaların yerlerinin değişmesinden rahatsız olurlar. Normal çocukların hoşlandıkları değişiklikler (okul tatilleri, öğretmenin hasta olması, partiler, Noel) otistik çocuklar için kabus olabilmektedir.

Her şeyi aynı şekilde yapma isteği kompulsif bir davranıştır ve çevrenin, çocuğu bu davranışından vazgeçirme isteği şiddetli bir dirençle karşılaşır (Hawlin, 1998,ss:13-14).

2.1.12.Davranış Problemleri

Otistik çocuklarda bir çok davranış problemi tanımlanmıştır. Bunlar; aynı olmada ısrar etme, stereotipiler, sınırlı ilgi alanı, tepkisiz kalma, uyku sorunları, duyuşsal uyarılara aşırı veya yetersiz tepki verme, nedensiz yere gülme ve ağlama, dış gıcırdatma, yeme problemleri, uygunsuz cinsel davranışlar, dikkat dağınıklığı ve zarar verici davranışlar en sık rastlanılanlarıdır (Volkmar ve diğ., 1996, s. 152; Korkmaz, 2000a, ss.151-152; Korkmaz, 2001, ss:27-30; Darıca ve diğ., 2000, ss.35-38; Öztürk, 1997, s429; Fazlıoğlu ve Eşme, 2005, ss:43).

2.2.DEPRESYON

Depresyon, derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (Öztürk,1997. ss:224; Köknel, 1989).

Majör Depresif Epizod tanı ölçütleri DSM-IV'de şu şekilde sıralanmıştır;

A. İki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin(ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.

(1) ya hastanın kendisinin bildirmesi (ör:kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi(ör:ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

(2) hemen her gün yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması belirlendiği üzere)

(3) perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (ör: ayda, vücut kilosunun %5'inden fazla olmak üzere) ya da hemen her gün iştahının azalmış ya da artmış olması.

(4) hemen her gün insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku) olması

(5) hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk y da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir)

- (6) hemen her gün yorgunluk bitkinlik ya da enerji kaybının olması
- (7) hemen her gün, değersizlik, aşırı yada uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)
- (8) hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma aya da kararsızlık (ya ya hastanın kendisi söyler yada başkaları bunu gözlemiştir)
- (9) yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu semptomlar bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. bu semptomlar bir madde kullanımının (ör: kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (ör: hipodiriodizm) doğrudan fizyolojik etkenlerine bağlı değildir.

E. bu semptomlar Yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitilmesinden sonra

bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor ya da psikomotor retardasyonla belirlidir. (APA,2000, ss :151-153)

Depresyon, birincil depresyonlar ve ikincil depresyonlar olarak ayrılmaktadır.

Birincil depresyonlar ; bedensel ya da başka bir ruhsal hastalığa bağlı olmaksızın ortaya çıkan ruhsal çökkünlüklerdir. Bunlar :

- depresyon nöbeti
- yineleyici depresyon
- bipolar duygulalım bozukluğunda görülen depresyon nöbetleri

- distimik bozukluk
- atipik depresyonlar

İkincil depresyonlar; bedensel ya da başka bir ruhsal hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan

çökkünlüklerdir. Kanser, kalp-damar hastalıkları, kansızlıklar, süreğen enfeksiyon hastalıkları, hipotiriodi, Addison, kafa travmaları, beyin ırları, beyin damar hastalıkları

ve çeşitli nedenlere bağlı bunamalarda hastalığın başlagıcında ya da gidişi sırasında

değişik derecelerde depresyon durumları sık görülmektedir. Ayrıca şizofrenik, paranoid, fobik ve obsesif hastalarda ikincil olarak depreyon durumları görülebilir.

Ikincil depresyonlarda genel klinik durum birincil ruhsal depresyonlara çok benzesede bunlarda asıl hastalığın belirtileri ya da öyküsü bulunmaktadır (Öztürk,1997. s:224).

Bir depresyon nöbetinde şu ana belirtiler genellikle bulunmaktadır;

1. çökkün ve bunaltılı duygudurum (üzüntü, elem, bunaltı)
2. psikomotor yavaşlama
3. genel isteksizlik,enerji azlığı, çabuk yorulma
4. eskiden zevk aldığı şeylerden zevk alamama
5. ilgilerde, eylemlerde azalma
6. dikkati yoğunlaştırma yetsinde azalma, dalgınlık
7. yetersizlik, değersizlik, suçluluk düşünceleri
8. geçmişe pişmanlıklarla, geleceğe karamsar, umutsuz bakış
9. uykuda bozulma
10. iştahta azalma, zayıflama
11. cinsel isteksizlik
- 12 özkıyım düşünceleri(Öztürk,1997. s:237).

2.2.1.Yaygınlık

Türkiye’de toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansı %10 civarındadır (Süleymanoğlu,2003, s:8).

Batı endüstri toplumlarında kadınlarda depresyon görülme sıklığı erkeklerin yaklaşık olarak iki katıdır. Bunun bizim toplumumuz içinde geçerli olduğu belirtilmektedir (Güleç ve Küey, 1989. s:18). Ancak depresyon kadınlarda daha fazla görülse de depresyona bağlı intiharlarda ölüm oranı erkeklerde daha fazladır(Süleymanoğlu,2003, s:8).

Yapılan çalışmalar depresyonun son 25 yılda 10-20 kat arttığını göstermektedir. Depresyonlu hastalar psikiyatri serfisinde yatan hastaların yaklaşık %75’ini oluşturmaktadır (Alper, 1999. s: 21; Batıgün, 2001).

2.2.2.Sosyo Ekonomik ve Kültürel Durum

Yeterli sosyal destek görenlerde psikiyatrik bozukluk görülme sıklığı azalmaktadır. Türkiye’de 65 yaş üstündeki kişilerde, kadınlarda, yalnız yaşayanlarda, başkalarına bağımlı yaşayanlarda, kronik rahatsızlığı olan birisine bakım verenlerde depresyon riskinin arttığı bildirilmiştir (Güleç ve Küey, 1989; Süleymanoğlu, 2003; Özkan, 2002; Çelebi 2003; Beşikçi, 2000; Esenler,2001).

Gözleme dayalı verilerin ve araştırmaların desteklediği görüşe göre yaşam olayları ve çevresel stres vericiler önemli klinik depresyonun gelişmesinin neden olurlar. Örneğin; eş kaybı, işini kaybetme vb. (Alper, 1999. s: 21).

2.2.3. Depresyonun Klinik Özellikleri

2.2.3.1. Kognitif Bozukluk Belirtileri

2.2.3.1.1. Bilişsel Yetiler

Bilinç açıktır. Çok ağır depresyonlarda bilinç bulanık gibi bir izlenim bırakabilir. Genellikle algı bozukluğu görülmez. Çok seyrek olarak suçlayıcı, aşalayıcı türden işitme varsanıları tanımlayanlar olabilir. Daha çok unutmaktan yakınır. Fakat gerçek bir bellek bozukluğu yoktur. Unutkanlık yakınması ağır üzüntü, sıkıntı ve dikkat azalmasına bağlıdır. Örneğin, günlük işlerini yaparken bir çok şeyini unutabilir, yemeğini yakabilir, randevuları kaçırabilir. Zaman çok zor geçer ve hiç bitmeyecekmiş gibi uzar. Geçmiş zaman iyi yaşanmamıştır ve gelecek zamanda iyi yaşanmayacaktır. (Süleymanoğlu, 2003, s:11; Öztürk 1997. ss:235-236; Yüksel, 2001, s:220).

2.2.3.1.2. Düşünce Akımı ve İçeriği

Düşünce ve hareket yavaşlamıştır. Hasta düşüncelerini düşük bir ses tonu ile, çok yavaş ve zorlukla söyleyebilir. Düşünce içeriği geçmiş pişmanlıklar ve acı veren olumsuz anılarla doludur. Gelecek karanlık ve umutsuzdur. Çaresizlik duyguları ve düşünceleri kişinin ruhsal yaşamına egemendir. Kendi kendini suçlama eğilimi vardır. Örneğin, çocuklarına iyi bir anne olamamış, kocasına iyi bir eş olamamış, bir çok yanlışlıklar yapmış, onların mutsuzluğuna neden olmuştur. Bütün yanlış giden şeylerden kendini sorumlu tutar. Özsaygısı çok azalmıştır. Kendini işe yaramaz, değersiz ve küçük görür. Değersizlik ve küçüklük düşünceleri bazen küçüklük sanrıları dercesine varır. Giderek varlığının ve yaşamının anlamsız olduğunu söyler. Suçlanma, değersizlik ve işe yaramazlık düşünceleri cezalandırılma beklentilerine yol açar. Artık her türlü kötülüğü, cezayı hak etmiş

hisseder ve intihar düşünceleri gelişir. Çok ağır durumlarda kötülük görme beklentileri, kötülük görme sanrılarına dönüşebilir. Konuşma yavaşlamıştır ve monotondur. Sorulan sorulara çok geç ve çok kısa cevaplar verirler. Bazen hiç konuşmayabilirler.enerji kaybına bağlı olarak günlük işler bile altından kalkılamayacak kadar büyük görevler olarak algılanır.(Süleymanoğlu, 2003, s:11; Öztürk,1997. ss:235-236; Yüksel, 2001, s:221; Tuğrul ve Sayılğan,1994, s:4).

2.2.3.1.3.Hafıza ve Dikkat

Anımsamada güçlük ve unutkanlık sıklıkla şikayet konusudur. Dikkatlerini ve düşüncelerini bir konu üzerinde yoğunlaştıramazlar. Çoğunlukla spontan dikkatte azalma görülür (Süleymanoğlu, 2003, s:11; Yüksel, 2001, s:220).

2.2.3.1.4.Algı

Daha çok kendine yönelik, kusur ve hatalı davranışlarından dolayı azarlayıcı sesler şeklinde algı bozuklukları görülebilir, çeşitli halüsinasyonlar olabilir (Süleymanoğlu, 2003, s:11; Yüksel, 2001, s:220).

2.2.3.2. Duygulanım Bozuklukları

Duygulanımda üzüntü ve acı duyma biçiminde artma vardır. Buna çökkün ya da düşük duygudurum denir. Sık ağlama görülür, kimi hastalarda üzüntü ile birlikte ağır bunaltı da olabilir. Bunaltılı hastalarda tedirginlik, yerinde durmama görülebilir. Bu duruma bunaltılı çökkünlük denir. Çabuk öfkelenme, çevresindekilerden nefret etme; daha da seyrek olarak derin bir acı içindeyken sevdiklerine karşı bütün duygularını yitirmiş gibi hissetme biçiminde duygulanım azalması belirtileri görülür. Huzur bir yüz ifadesi, çabuk kızma, sinirlenme görülebilir. (Süleymanoğlu, 2003, s:11; Öztürk,1997. ss:235-236; Yüksel, 2001, s:220).

2.2.3.3. Fizyolojik Bozukluklar

Depresyondaki bir hastada genel olarak yüz çizgileri belirgin, alın çizgileri derinleşmiş, omuzlar çökük, yüz üzüntülü ve az bakımlı bir genel görünüm vardır. Hareketler ve her türlü dışa vuran davranış çoğu kez yavaşlamıştır. Durgunlukgöze çarpar. Bazen çok sıkıntılı ve tedirgin bir görünüm olur. Konuşma alçak sesli ve yavaştır. Yanıt almak güçtür. Çok ağır çökkünlükte hiç konuşmama olabilir. Sıklıkla iştah azlığı ve kilo kaybı gözlenir. Uykuya dalmada güçlük, uykuyu sürdürmede güçlük, sabahları erken uyanma şeklinde uyku bozuklukları yaşanır. (Süleymanoğlu, 2003, s:11; Öztürk1997. ss:235-236; Yüksel, 2001, s:220).

2.2.3.4. Sosyal Bozukluklar

Depresyondaki kişiler genellikle yalnız kalmak isterler. Sosyal ilişkilerden kaçınırlar. Cinsel ilgi ve isteğinde azalma olur (Yüksel, 2001, s:221).

2.2.4. Depresyon Kuramları

2.2.4.1. Psikodinamik Yaklaşım

Freud (1917), melankoliyi matemle karşılaştırmalı biçimde ele alarak açıklamaya çalışır. Matem (yas), dıştaki bir varlığın kaybına tepki iken: melankolik hastada nesne (varlık) gerçek anlamda ölmemiş olabilir ancak sevgi nesnesi kaybedilmiştir. Melankolide üç ön şart vardır: nesne kaybı, ambivalns ve libidonun benlik içine gerilemesi. Kişinin kaybedilen nesneye yönelik öfke ve hayal kırıklığı kendine döner. Matemli kişi, gerçeğe ve normal duygulanıma, yeni ilişkilere geri dönerken; melankolik birey, dış dünyadan çekilmeyi sürdürür. Kaybedilen şeyin anlamı, erken yaşamdaki önemli bir nesne ilişkisiyle vey sembolik anlamda önemli amaç ya da ihtiyaçlarla da bağlantılıdır. Melankolik bireyin reddedilen kişiden çekilen öfkesini, bu kişiyle bilinç dışı özdeşleşme izler. Sonuç olarak, Freud'a göre

melankolik hastadaki hastalık öncesi nesne ilişkisi, normal yas içindeki birine göre daha fazla narsistik ve daha fazla duygusal bağımlılık gösterir (Aşkın, 1999, ss:27-28; Süleymanoğlu, 2003, s:11; Tuğrul ve Sayılğan, 1994,s.179).

Öztürk (1997, s. 232), psikoanalitik kuramın bilinçdışı etkenlerini ve düzeneklerini özetleyerek şöyle sıralamıştır;

- Kişinin üst benliği, katı, acımasızca cezalandırıcıdır.
- İlişkilerinde ikili duygular egemendir. Yani sevgi ve nefret yan yana bulunur ancak nefret bilinç dışıdır.
- İçer atılmış olarak kişinin benliğinde yaşatılan sevgi nesnesine karşı güçlü ikili duygular vardır.
- Belki gerçek bir duruma, ya da düşüncede olan bir değişime bağlı olarak bireyde bir yitim duygusu olur; sevdiği kişiyi ya da nesneyi yitirdiği duygusu gelişir, ya da gerçekten yitirmiştir.
- Bu yitim duygusu ikili duyguları, yani sevgi ve özlemlerle birlikte bilinçdışı kin ve nefreti uyarır.
- Katı üstbenlik yüzünden kin ve nefret bireyin kendine yöneltilir.
- Birey kin ve nefreti kendine yöneltince özsaygı düşer, kişi kendini değersiz, küçük ve suçlu görür. Yaşam anlamı yitirir. Artık ölümü bile hak etmiştir.

Böylece ruhsal depresyon oluşmuştur.

2.2.4.2.Bilişsel (Cognitive) Görüş

A.T. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan bilişsel görüşe göre çökkünlük temelde bir duygulanım bozukluğu değil buna ikincildir. Çökkünlüğe yakın kişilerde yaşamın ilk dönemlerinden başlayarak, yerleşmiş olan a)kendisine, b)geleceğe ve c)dış dünyaya karşı olumsuz kavramlar vardır. Bu olumsuz

kavramlar giderek (Beck'e göre şemalar) olumsuz yargılara, düşüncelere ve tutumlara neden olur. Kişi her olayda önce olumsuz yönleri algılar ve düşünür. Örneğin, evlilikte her şeyin bozuk gitmesihemen çocuklukta yrleşmiş olumsuz kavramları zincirleme uyarır ve kişi artık evliliğinde her şeyin kötüye gideceği, kendisinin değeriz ve seilmeyen bir kişi olduğu, geleceğin karanlık, dünyanın bomboş olduğu yargılarını harekete geçirir. Gene örneğin; böyle bir kişinin eşi ve çocukları diyelimki uçakla bir geziye giderken, uçağın düşeceği, kötü haber duyacağı duyguları önde gelir. Varılan yerden yapılamsı gereken telefon konuşması gecikse, telefon hatlarının arızalı olabileceği düşüncesi akla gelmez, öncelikle bir felaket alabileceği düşüncesi kişiyi kemirir. Bir bakıma bu kişiler yaşam olayarı karşısında olumsuz ve karamsar senaryolar yazarlar. Böylece olumsuz düşünce ve kavramlardan duygulanım bozukluğu ortaya çıkar. (Öztürk 1997, ss: 233-234; Akyüz, 2004,s:25)

Beck'in bilişsel kuramında 4 temel öge vardır:

1. Olumsuz üçlü: Kendin, dünyayı ve yaşantıları, geleceği olumsuz algılama
2. Olumsuz düşüncelerin otomatik olarak ortaya çıkması
3. Bilgi işlemede ve algılamada sistematik hataların olması
4. Temel işlevsel olmayan sayılıtların ortaya çıkması (Savaşır ve Yıldız, 1996, s.20)

Beck, olumsuz üçlünün depresyon belirtilerinin oluşmasından sorumlu olduğunu belirtir. Bilişsel modele göre kişi öncelikle kendine ilişkin olumsuz algılamalara sahiptir. Daha sonra dünyayı ve geleceği olumsuz algılar. Kendisini yetersiz ve değersiz olarak algılayan kişinin çevresindeki her şey onun için engelleyici olmaktadır (Batıgün, 2001, s:21).

Bu bireyler, yaşantılarını son derece olumsuz şekilde yorumlarlar. Kişisel dünyalarını, aşırı ölçüde yüklü, yaşam amaçlarını başarmada yenilemez engellerle dolu ya da zevksiz ve ya doyumsuz olarak görürler. Gelecekte, mevcut

problemlerinin ne zaman biteceği belirsiz, önlerinde düzelmesi mümkün olmayan cefalı, mahrum, engelli bir hayat görürler (Aşkın, 1999, s:37)

2.2.4.3.Kişiler Arası İlişkiler ve Sosyal Yönden Yaklaşım

Depresyonda kişiler arası ilişkiler yaklaşımı, tek bir nedenden ziyade çoğulcu, bütünleştirici görüşü temsil eder. Buna göre, depresyon ve umut yitimi, bağlanma ilişkilerinin oluşturulması, sürdürülmesi ya da yenilenmesindeki sorunlardan kaynaklanabilir. Depresyonun başlangıcından önce evlilik problemleri çok sıklıkla bildirilmektedir ve aynı dönemde ilişkilerde kayıpta siktir. Depresyona bağlı iş, evlilik, ebeveynlik, aile üyeliği ve arkadaşlık işlevlerindeki ciddi sorunlar, düzelmeyi de büyük ölçüde etkilemektedir. Yani sosyal çevre ve kişiler arası ortam, bozulmuş sosyal roller ve doyumsuz insan ilişkileri, depresyonda çok önemli etkenlerdir (Aşkın, 1999, s.: 33; Öztürk 1997, ss: 233)

2.2.4.4.Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı ve bilişsel yaklaşımlar, bütünüyle bağımsız yaklaşımlar olarak görülemez. Seligman'ın "öğrenilmiş çaresizlik" modeli de essen bir bilişsel model olarak ele alınabilir. Davranışçı anlamda depresyonun temel özelliği, olumlu yöndeki kuvvetlendirici (pekiştirici) davranışın ortaya konmasında azalma olarak tanımlanmıştır. Depresyonu, davranışçı açıdan ilk kez Ferster, olumlu pekiştiricinin kaybına (ayrılık, ölüm gibi ani çevresel değişiklik) bağlamıştır (Aşkın, 1999, s:43; Öztürk 1997, s: 233; Akyüz, 2004,s:25; Köknel, 1989, s:196).

Bu görüşe göre depresyon, çocukluktan beri acılı uyarılarla karşılaşınca bunlardan kaçmayı, kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumudur (Öztürk, 1997, s:234; Akyüz, 2004,s:25; Korkmaz , 2001 Psikolojik... s:39).

2.3.SOSYAL DESTEK

Sosyal destek; stres altındaki ya da güç durumdaki bireye çevresindeki insanlar (eş, aile, arkadaş) tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım olarak tanımlanır (Eker ve Arkar,1995,s:45).

Jonson ve Sarason (1979) sosyal desteği; kişinin güvенеbileceği ilişkiler yoluyla, sosyal kaynaklardan yararlanabilme derecesi şeklinde tanımlamışlardır. Cobb (1976) sosyal desteği; kişiyi sevildiğine, değer ve önem verildiğine ve iletişim ağının bir parçası olduğuna inandıran bilgi olarak tanımlamıştır. House (1981) ise sosyal desteği araçsal, duygusal, bilgisel ve değer ifade eden destek olmak üzere tanımlamıştır (akt: Soylu, 2002,s:16).

Sosyal desteğin tanımı üzerinde görüş ayrılıkları olmakla birlikte,tüm tanımlar sosyal desteğin maddi, duygusal ve kognitif yönüne ilişkin genel bilgiyi kapsamaktadır.

Cohen ve Wills (1985) daha önceki sosyal destek tipolojilerinden yola çıkarak sosyal desteği dört boyutta ele almış ve şöyle açıklamışlardır.

a. Duygusal Destek: Sevgi, hoşlanma, anlayış, kabul görme, değer verilme, özen gösterilme, korunma gereksinimlerini kapsayan bu tür destek, literatürde ifade edici destek, değerlilik desteği, yakın destek olarak da adlandırılmaktadır.

b. Araçsal Destek: Parasal yardımı, materyal kaynakları, araç gereç yardımı gibi somut yardımları içerir.

c. Bilgisel Destek: Sorun kabul edilen olaylarla başa çıkmada, tanımlayıcı ve sorunu anlamayı içeren destek biçimi olarak tanımlanmaktadır.

d. Yaygın Destek: Boş vakitlerde diğer insanlarla zaman geçirme, eğlenme, rahatlama, sosyal arkadaşlık olarak tanımlanmaktadır.

Sosyal destek ile sağlık ilişkisini açıklayan iki model vardır:

1. Temel Etki Modeli: Bu model sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki olduğunu ileri sürmektedir. Bu modele göre, sosyal destek fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde her koşulda, olumlu etkiye sahiptir. Aynı zamanda temel etki modeli, sosyal desteğin olmamasının birey üzerinde olumsuz etki yaratabilecek bir durum olduğu görüşünün savunur. Dolayısıyla, sosyal destekten yoksun olma, birey üzerinde kendi başına olumsuz etki yaratabilecek bir durumu oluşturmaktadır (Cohen ve Wills, 1985)

2. Tampon Modeli: Temel etki modelinin tersine tampon etki modelinde, sosyal desteğin en önemli fonksiyonu, stres verici yaşam olaylarının yarattığı zararlı azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını korumaktır. Stres yaratıcı durumlar söz konusu olmadığı sürece, sosyal desteğin bulunmamasının sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde olumsuz bir etkisi yoktur. Ancak, yüksek düzeylerde stres yaratıcı durumlarda sosyal destek bireyin uyum sağlamasını ve koşullarla başa çıkmasını kolaylaştırarak stresin zararlı etkilerini azaltan bir tampon görevi yapmaktadır (Cohen ve Wills, 1985).

2.3.1.Sosyal Desteğin İşlevleri

Sosyal destek, insan sağlığı ile ilişkili olduğu kabul edilen bir sosyal değişkendir.

Stresle başetme, problem çözme, ruhsal hastalıklardan korunma ve sosyal destek ilişkisini konu edinen hemen hemen bütün araştırmacılar, başetmede sosyal desteğin çok önemli bir rolü olduğu fikrinde birleşmişlerdir (Coyne ve Dewey, 1991; DeJong, Sonderen ve Emmelkamp, 1999; MacTurk, Maedov-Orlean ve Koester, 1993; Quittner ve diğ., 1990;akt.: Doğan, 2001; Gürkan, 1998; Süleymanoğlu, 2003; Kaymakçıoğlu, 2001; Bayram, 1999; Büyükkoca, 2001; Örsal, 1998; Ünüvar, 2003; Akyüz, 2004; Soylu, 2002; Özkan, 2002; Duygun, 2001).

Sosyal destek bireye güven kazandırmakta ve hayatına olumlu yönler katmakta hem de stres yapıcı olaylarla karşılaşıldığında bu durumla daha etkili bir biçimde mücadele etmesini sağlamaktadır (Etzion, 1984, akt. Torun, 1995, s:25).

Sosyal ağların ve üyelerinin birbirlerine sağladıkları desteğin doğrudan ya da dolaylı olarak ailenin ve ağın diğer üyelerinin davranışlarını, tutumlarını, beklentilerini ve bilgilerini etkilediği belirtilmektedir. Sosyal destek, bireylerin stres yaşantılarını gerçekçi bir şekilde değerlendirmelerini, yeteneklerini güçlendirerek alternatif başatma yöntemleri geliştirmelerini sağlamaktadır (Pearson, 1986, akt. Özkan, 2001, s:32).

Geniş bir sosyal ilişki içinde bulunan insan; eş, evlat, ebeveyn, arkadaş yada komşu gibi birbirinden farklı roller sürdürür. Bu farklı rollerde birey, seviliyor, değerli bulunuyor ve gerektiğinde yardım görüyorsa, kendini o denli mutlu ve güven içinde hissedecektir. Bunun aksine, sosyal ilişkiler yetersiz ya da bozuk olduğunda birey olumsuz olaylar karşısında anksiyete, çaresizlik ve değersizlik duygularını sıkça yaşayacağından, psikolojik ve fiziksel hastalık geliştirme riski artacaktır .

Yapılan çalışmalar stres ile hastalık arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Sosyal destek bu türdeki bulguları açıklamaya yardım eden moderatör olarak kabul edilmektedir. Sosyal destek, stres yaratan yaşam olaylarının algılanan önemini azaltarak ve sağlıklı davranışları kolaylaştırarak, bireyin emosyonel gerginliklerinin üstesinden gelmesine yardım eder. Bu nedenle stres/hastalık ilişkisinde sosyal desteğin tampon rolü oynadığı kabul edilir .

Sosyal destek kaynaklarının ve genel olarak geniş sosyal ağın bireye sağladığı düzenli ve olumlu yaşantılarla ve toplumsal olarak onaylanan roller aracılığı ile olumlu etki yaptığı ileri sürülmektedir. Bu tür destek bireyin yaşam durumları, kendini kabulü ve benlik değeri üzerindeki olumlu etkisiyle psikolojik uyumu da bu yönde etkiler. Ayrıca sosyal ağ ile bütünleşme, ruhsal ya da bedensel sağlığın bozulmasında yol açılacak olumsuz davranışlardan da kaçınmaya hizmet eder. Sosyal destek, bireyin içinde bulunduğu stresli durumu, strese yüklediği anlamı ve duygusal tepkisini değiştirmesine katkıda bulunarak, bireyi

zorlayıcı olayların etkilerinden korumaktadır (Lackovich ve diğ., 1978; Akt., Çakır ve Palabıyıköğlü, 1997, s:16-17).

Cohen ve Wills(1985)'e göre; sosyal destek, kişiler arası ilişkilerde yakın ilişki kurma ve kabul görme yoluyla bireyin psikolojik uyumuna katkıda bulunur. Bireye bilgi verir ve mevcut problemlerinde mali yardımlar sağlayarak problemlerin çözümünde rol oynar.

Thoits'e göre; sosyal destek, bireyin stresli durumlarla başetme çabalarına yardımcı olan en büyük kaynaktır. Sosyal desteğin yardımcı olma işlevi, akut stres durumlarında olduğu gibi, kronik stres durumlarında da geçerlidir (Akt.:Doğın, 2001, s:27). Diğler bir deyişle, sosyal desteğin kişinin kronik stresin olumsuz etkisinden mümkün olduğunca az zarar görmesine yardımcı olması, öncelikli olarak başetme mekanizmalarının seçimine etki etmesi yoluyla gerçekleşir (Qittner ve diğ., 1990;Akt.: Doğın, 2001,s:27). Destekleyici bir aile ortamından gelen bireylerin, stresli bir durum karşısında sıklıkla etkin ve problem odaklı başetme tarzına başvurdukları; yeterli destek alamayan bireylerin ise daha çok duygu odaklı başetme ve durumdan kaçma gibi etkisiz tarzları kullandıkları bildirilmiştir. Dolayısıyla kişinin kendini iyi hissetmesinde sosyal destek doğrudan değil, başetme tarzlarında etkili olarak dolaylı bir etkiye sahiptir (DeJong ve diğ., 1999;akt.:Doğın, 2001,s:27).

Özetle, başetme süreci ve algılanan sosyal destek arasında karşılıklı bir ilişki vardır. Destek olarak algılanan kaynakların özellikleri kadar, bu desteği algılayan bireylerin özellikleri ve diğler sosyo-kültürel değışkenlerde rol oynamaktadır (Coyne ve Downey, 1991; DeJong ve diğ., 1999; akt.:Doğın, 2001,s:28).

2.4.Konuyla İlgili Araştırmalar

2.4.1.Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar

Bristol (1980) alışmasında yaşları 4 ile 19 arasında değişen kırk otistik çocuğun anneleri ile yaptığı çalışmada, annenin yaşı, ailedeki genel kaygı ve çocuğun bağımlılık derecesi arasındaki ilişkiye bakmıştır. Sonuç olarak annelerin kaygısı üzerinde; çocuğun yaşı (yaş büyüdükçe kaygı artmaktadır), çocuğun cinsiyeti(erkek ocuk anneleri kızlara göre daha fazla kaygı yaşamaktadırlar), çocuğun bağımlılık derecesi (bağımlılık attıkça kaygı artmaktadır) ve çevreye bağlı değişkenlerin (resmi ve resmi olmayan kurumlardan yardım alanlarda daha düşük) etkili olduğu bulunmuştur (Morgan, 1988, s:267-268).

Holroyd ve McArthur (1976), 100 otisitk, 100 down sendromlu ve 100 hastaneye yatmadan tedavisi mümkün olan klinik çocukların annelerinin çocuklarına karşı davranışlarını ve çocukların anneler üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Sonuç olarak, hem otistik hem de down sendromlu çocuklara sahip annelerin, sağlık sorunları, depresif belirtiler, çocukların kendilerine aşırı bağımlılıkları, çocukların gelecekleri konusunda olumsuz düşünseler ve aileye gelen kısıtlamalar gibi sorunları paylaşmalarına rağmen otisitk ocuk annelerinin daha fazla sorun yaşadıklarını tespit etmiştir.

Kazak (1987) alışmasında zrl veya sürekli hastalığı olan çocuğa sahip ana babaları normal çocuğa sahip anne babalar ile ailedeki kaygı düzeyi, evlilik ilişkileri ve ailedeki sosyal ilişkiler değişkenleri yönünden karşılaştırmıştır. Birinci grup ailelerin kaygı düzeyi yönünden anlamlı bir farklılık gösterdiği, ancak diğer değişkenlerde böyle bir farklılık olmadığı bulunmuştur (akt. Akkök, 1989,s:27).

Lonsdale (1977,1978) alışmalarında da normal ve down sendromlu çocuğa sahip aileleri evlilik ilişkileri yönünden karşılaştırmış ve aralarında manidar bir fark bulunamamıştır (akt. Akkök, 1989,s:27).

Bristol (1979), DeMayer ve Goldberg (1983), Friedrich, Wiltner ve Cohen (1985) çalışmalarında annelerin kaygı ve endişelerinin çocukların yaşı ilerledikçe arttığını bulmuştur (akt. Akkök, 1989,s:27).

Sanders ve Morgan (1997) yaptıkları çalışmalarında, otistik, down sendromlu ve normal çocuğa sahip anne baların uyum problemlerini ve streslerini araştırmıştır. Araştırma sonucunda, otistik ve down sendromlu çocuk anne ve babalarının normal çocuklara sahip anne ve babalara göre daha fazla stres yaşadıkları, engelli gruplar arasında ise otistik çocuk anne ve babalarının down sendromlu çocuk anne ve babalarından belirgin olarak daha fazla stres yaşadıkları, otistik çocuk babalarının çocuklarının bakımında daha fazla rol aldığı ve sorumluluğu daha fazla paylaştığı bulunmuştur (Aydoğan, 1999,s:23).

Dyson (1993) okul öncesi yaş grubundaki engelli çocuğa anne babalarla boyamsal bir çalışma yürütmüştür; engelli anne babaları stres ve aile işlevleri bakımından normal çocuğa sahip anne babalarla karşılaştırılmış ve engelli çocuğa sahip ailelerin daha yüksek düzeyde stres yaşadıkları belirtilmiştir. Aile işlevleri açısından ise iki grup arasında bir fark bulunamamıştır.

Sheppard (1993) engelli çocukların anneleriyle yaptığı araştırmasında; annelerin depresyonunun, çocuğun duygusal, bilişsel ve davranışsal problemleri ile düşük sosyal destek düzeyin bir sonucu olduğunu bulmuştur. Özellikle eş tarafından verilen sosyal desteğin, kadınları depresyona karşı koruyucu rolü olduğu belirtilmektedir.

Follet ve arkadaşları (1999) yaptıkları çalışmada çevresel riskler ve sosyal desteğin annenin depresyon düzeyi üzerindeki etkisini incelemiştir. Sosyal desteğe duyulan ihtiyaç ve çevresel risklerin depresyonu artırıcı bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir.

Yuk-ki Chen ve So-kum Tang (1997) yaptıkları çalışmasında annenin sürekli engelli çocuğa bakım veren konumunda olmasının annelerin psikolojik ve fiziksel sağlıklarını olumsuz yönde etkilediğini, buna karşın annelerin sosyal çevrelerinden alabildikleri desteklerin, engelin yarattığı güçlüklerin üstesinden gelmelerinde ve

yaşadıkları olumsuz stresin etkilerini azaltmada önemli bir rolü olduğunu bulmuştur (akt. Özkan, 2002,s:29).

Quttner ve arkadaşları (1990) tarafından yapılan araştırmada işitme engelli çocuğa sahip anneler ile normal çocuğa sahip anneler karşılaştırılmıştır. Sonuçlar; işitme engelli çocukların annelerinin, normal çocukların annelerine göre duygusal uyumlarının daha yetersiz olduğunu, annelik rollerinde daha yüksek stres ve daha küçük sosyal destek ağına sahip olduklarını göstermiştir. Annelerin yaşadıkları depresyon ve stres belirtilerinin düşük duygusal destek algısıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (akt. Doğan, 2001).

Pearson ve Chan 'in (1993) yaptıkları çalışmada öğrenme güçlüğü olan ve normal çocuğa sahip Çinli anneler stres ve sosyal destek açısından karşılaştırılmışlardır. Engelli çocuk annelerinin normal gelişen çocuk annelerine göre daha az sosyal destek aldıkları ve daha yüksek düzeyde stres yaşadıkları bulunmuştur. Diğer taraftan annelerin stres düzeyi ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına karşın, annelere sağlanan sosyal destek miktarı arttıkça stresin azaldığı görülmüştür (akt. Özkan ,2002, ss:28-29).

Gowen ve arkadaşları (1989), engelli ve normal gelişen çocuğa sahip annelerde, bebeğin özellikleri ve annenin sahip olduğu sosyal destek sistemlerinin, annenin depresyonu ve algıladığı ebeveynlik ilişkisinin incelemiştir. Engelli çocuğu olan annelerin depresyonunu yordayan değişkenin bakım güçlükleri ve sosyal destek sistemleri olduğu görülmüştür(akt. Özkan ,2002, ss:28-29).

Dunst ve arkadaşları (1986) zihinsel engelli, fiziksel engelli ve gelişimsel olarak risk altında olan çocuğa sahip aileler üzerinde yaptıkları çalışmada, bu ailelerin duygusal ve fiziksel sağlıklarının, onlara sağlanan sosyal destekle doğrudan ilişkili olduğunu göstermiştir. Ailenin sahip olduğu sosyal destek ağı ile, çocuğa karşı olumlu tutumlar geliştirme, psikolojik sağlık ve çocuğun gelişimine dolaylı katkı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur(akt. Özkan, 2002, s:33).

Ralpmund ve Moore (2000) yaptıkları çalışmada algılanan sosyal destek ile depresyonun karşılıklı ve döngüsel bir ilişki içinde olduğunu bulmuştur. Sosyal

destek yokluğunun depresyona neden olabileceği gibi depresyonunda bireyin sosyal ilişkilerinin bozulmasına ve sosyal destek kaynaklarının azalmasına neden olabileceğini bulmuştur.

Ell (1996) yaptığı araştırma sonucunda, engellilerin ve engelli ailelerinin, engellilikle başa çıkmalarında sosyal desteğin önemli bir rolü olduğunu, sosyal destek sistemlerinden aile desteğinin ise en önemli destek kaynağı olduğunu bulmuştur (akt. Duygun, 2001,s:46-47).

Stagg ve Katron (1986), zihinsel engelli ve sağlıklı çocuk annelerini sosyal destek açısından karşılaştırmış ve küçük yaşta zihinsel engelli çocuğa sahip olan annelerin sağlıklı çocuk annelerine göre sosyal destekten daha az doyum sağladıklarını bulmuştur (akt. Duygun, 2001,s:47-48).

Bristol ve Shopler (1984) çalışmasında engelli erkek çocuğa sahip olan ailelerin engelli kız çocuğa sahip olan ailelere göre daha fazla kaygı yaşadıklarını bulmuştur.

Koegel ve arkadaşları (1992) otistik çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeylerini inceledikleri araştırmalarında, 50 anneyle çalışmışlardır. Sonuç olarak çocuğun bağımlı oluşu, uzun süre bir otistik çocuğa bakım vermek ve çocuktaki gerilemelerin ebeveynlerin kaygılarını arttırdığını bulmuşlardır.

Wolf ve arkadaşları (1989), 31 otistik, 31 down sendromu ve 62 gelişimi normal olan çocukların ebeveynlerinin depresyon ve ebeveynlik sıkıntılarını ve aldıkları sosyal desteği incelemiştir. Sonuçlar, otistik çocuk annelerinin daha yüksek depresyon puanlarına sahip olduğunu göstermiştir. Sosyal destek açısından ise gruplar arasında bir fark bulunmamıştır.

2.4.2.Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar

Beşikçi (2000) yaptığı araştırmada; otistik olan ve olmayan çocuklara sahip anne-babaların kaygı düzeyleri ve aile yapılarını karşılaştırdığı çalışmasında tanısı yeni konmuş otistik çocukların annelerinin depresyon düzeyleri ile durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin tanısı daha önceden konmuş otistik çocuk annelerine

göre daha yüksek olduğu, aynı zamanda otistik çocuk annelerinin otistik olmayan normal çocuklara sahip annelere göre depresyon düzeyleri ile durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur.

Kaygusuz (1993) “otistik ve down sendromlu çocukların annelerinde depresyon ve durumluk-sürekli anksiyete düzeylerinin incelenmesi” adlı çalışmada otistik ve down sendromlu çocukların annelerinin depresyon düzeyleri ve durumluk-sürekli kaygılarını normal çocuğa sahip annelerinkinden daha yüksek olarak bulmuştur.

Esenler (2001) yaptığı araştırmasında otizm veya dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (ADHD) tanısı almış çocukların annelerinin stres düzeylerinin karşılaştırılması adlı çalışmada otistik çocukların ve ADHD’li çocukların annelerinin stres düzeyleri normal değerlere göre yüksek bulunmuştur.

Sipahi (2002) yaptığı çalışmada down sendromlu çocuğu olan annelerde depresyon sıklığı ve ilişkili faktörleri araştırmıştır. Araştırma sonucunda Down Sendromlu çocuk annelerinde depresyon sıklığının normal gelişim gösteren çocukların annelerine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Fırat (2000) otistik ve zihinsel özürlü çocukların annelerinde kaygı, depresyon, aleksitimi ve genel psikolojik değerlendirme adlı çalışmada otistik çocuk annelerinin durumluk-sürekli kaygı ve depresyon düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Genç, eğitimsiz ve bakıcısı olmayan annelerde Ruhsal Belirti Tarama Listesi puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Herken ve arkadaşları (2000) down sendromlu çocuğu olan anne ve babaların depresyon düzeyleri ve depresyonla başa çıkma becerileri adlı çalışmada down sendromlu çocukları olan anne ve babaların normal çocukların anne ve babalarından daha yüksek depresyon puanları aldıkları bulunmuştur.

Toros (2002) zihinsel veya bedensel engelli çocukların anne ve babalarında anksiyete, depresyon ve evlilik uyumunun değerlendirilmesi isimli çalışmada özürlü veya zihinsel engelli çocuğa sahip annelerin depresyon düzeylerini hem

babalardan hem de normal gelişim gösteren çocuklara sahip annelerden daha yüksek bulmuştur.

Akyüz (2004) "Huzurevi ve evde yaşayan yaşlıların, yalnızlık ve depresyon düzeyleri ile sosyal destek sistemleri açısından karşılaştırılması" isimli çalışmasında yalnızlık ve depresyon ile sosyal destek arasında negatif anlamlı bir ilişki bulmuştur.

Soylu (2002) üniversite sınavına hazırlanan öğrencilerin ailelerinden sosyal destek algılayıp algılamam durumuna göre psikolojik belirtiler yönünden incelemiş ve kızların erkeklere göre daha az sosyal destek aldıkları ve sosyal destek düzeyleri düşük olan bireylerde anksiyete ve depresyon belirtilerinin daha fazla olduğu bulunmuştur.

Duygun (2001) zihinsel engelli ve sağlıklı çocuk annelerinde stres belirtileri stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal desteğin tükenmişlik düzeyine olan etkisini incelemiş ve stres belirtilerinin algılanan sosyal destek ile negatif yönde anlamlı bir ilişkisinin olduğunu, zihinsel engelli çocuk annelerinin sağlıklı çocuk annelerine göre daha fazla düzeyde tükenmişlik yaşadıklarını bulmuştur.

Ünüvar (2003) çok yönlü algılanan sosyal desteğin 15-18 yaş arası lise öğrencilerinde problem çözme becerilerine ve benlik sayısına etkisini incelemiş ve sosyal destek düzeyi arttıkça problem çözme becerilerinin ve benlik sayısının olumlu yönde arttığını bulmuştur.

Örsal (1998) eğitilebilir zeka engelli çocuk velilerinin sosyal destek ve umutsuzluk düzeylerini incelemiş ve sosyal destek ile umutsuzluk arasında ters yönde ilişki saptamıştır.

Büyükkoca (2001) algılanan destek ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi incelemiş ve algılanan desteğin depresyon üzerinde %13'lük bir etkisinin olduğunu saptamıştır.

Özkan (2002) zihinsel engelli ve normal çocuğa sahip annelerin algıladıkları sosyal destek ve depresyon düzeylerini incelemiş ve zihinsel engelli çocuk annelerinin normal çocuğa sahip annelerden daha yüksek depresyon puanlarına

sahip olduğunu ve duygusal destek algısının depresyon puanlarını tek yordayıcısı olduğunu bulmuştur.

Süleymanoğlu (2003) düzenli olarak hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği hastaları ile düzensiz olarak acilden hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği hastalarının ve normal popülasyonun depresyon ve sosyal destek açısından değerlendirmiş ve sosyal destek ile depresyon arasında ters yönde anlamlı bir ilişki bulmuştur.

Kaner (2001) araştırmasında zihinsel engelli ve işitme engelli çocuğu olan anne babaların yaşadıkları stres ile algıladıkları sosyal desteğin, çocuğun yaşına, cinsiyetine, engel türüne ve anne baba olmak durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığına ve bu değişkenlerin hangilerinin anne babaların stres düzeyini yordadığını incelemiştir. Sonuçlar, sosyal destek ile stres arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu, sosyal destek arttıkça stresin azaldığını göstermiştir. Ayrıca araştırmada, annelerde bakım desteği ve duygusal desteğin, babalarda ise sadece bakım desteğinin stresi yordadığı belirlenmiştir.

Doğan (2001) işitme engelli ve normal çocuğu olan anne babalarla yaptığı çalışmada engelli çocuğa sahip anne babaların stres, kaygı ve depresyon düzeylerinin, normal çocuğu olan anne babalarinkine göre daha yüksek olduğu ve engelli çocuk annelerinin stres ve depresyon düzeylerinin tüm gruptan daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Akkök (1989) çalışmasında, öğretilebilir, eğitilebilir, otistik ve öğrenme güçlüğü olan çocuklara sahip anne babaların kaygı ve endişe düzeylerini, çocuğun cinsiyeti, yaşı ve özürlü derecesi ile araştırmıştır. Sonuçta anne babaların kaygı ve endişelerinin çocuğun yaşıyla ve cinsiyetiyle bir ilişkisinin olmadığı, çocuğun engel türünün kaygı ve endişe düzeylerine anlamlı bir etki yaptığı bulunmuştur; eğitilebilir ve otistik çocuğa sahip olan anne babaların kaygı ve endişe düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

III. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Bu bölümde araştırma modeli, araştırma grupları, kullanılan veri toplama araçları, işlem ve verilerin çözümlenmesi açıklanmaktadır.

3.1.Araştırma Modeli

Araştırma 3-7 yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile depresyonları arasındaki ilişkiyi yordamada katkısı olan değişkenleri belirlemeyi amaçlayan, ilişkisel tarama modellenli bir çalışmadır.

3.2.Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde yaşayan 3-7 yaş arası otistik çocuğa sahip olan anneler oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini ise İstanbul ilinde yaşayan ve 3-7 yaş arası otistik çocuğa sahip olan 165 anne oluşturmuştur. Annelere otistik çocuklarının devam ettikleri merkezler aracılığı ile ulaşılmıştır. Örneklem seçilirken Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve Milli Eğitim Bakanlığına bağlı tüm rehabilitasyon ve özel eğitim merkezlerinin yetkilileriyle görüşülmüş, öncelikli olarak örnekleme uyan kayıtlar kontrol ettirilmiştir. Örnekleme katılacak kişiler seçilirken, S.S.K. Hastaneleri ve Devlet Hastaneleri tarafından çocuklar için verilen heyet raporunun tanı kısmında “otizm” veya “otistik bozukluk” tanısı olması ve otistik çocukların 3-7 yaş arası olması ve çocuklarda ikinci bir engel bulunmaması (görme engeli, işitme problemi vb.) şartı aranmıştır. Bu şartları karşılayan merkezlerdeki yetkililerden izin alındıktan sonra işlemler uygulanmıştır. Bazı merkezlerin kurum yetkileri gerekli izinleri vermemiş, bazı kurumlarda anneler araştırmayı kabul etmemiş, bazı kurumlar da gerekli ölçütleri karşılayacak anne bulunmamıştır. Araştırmadaki annelere; Rüzgar Terapi Merkezi, Altıncı His Rehabilitasyon Merkezi, Yıldız

Rehabilitasyon Merkezi, Tohum Vakfı Rehabilitasyon Merkezi, Todev Rehabilitasyon Merkezi, Canım Rehabilitasyon Merkezi, Birikim Rehabilitasyon Merkezi, Otistik Çocuklar Eğitim Merkezi, Arzu Tan Rehabilitasyon Merkezi, Derin Rehabilitasyon Merkezi, Yıldız Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, Diyalog Rehabilitasyon Merkezi, Kılavuz Rehabilitasyon Merkezi, Gelişim Işık Rehabilitasyon Merkezi, Ant Rehabilitasyon Merkezi, Yaman Rehabilitasyon Merkezi, İzev Rehabilitasyon Merkezi, T.R. Rehabilitasyon Merkezi'nden ulaşılmıştır.

3.3.Verilerin Toplanması

Araştırmada, kişisel bilgilere ulaşmak için "Kişisel Bilgi Formu", algılanan sosyal desteğin düzeyini belirlemek için "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ve depresyon düzeylerini belirlemek için "Beck Depresyon Ölçeği" kullanılmıştır. Uygulamalar, otistik çocukların hizmet aldıkları merkezlerde gerçekleştirilmiştir. Uygulamadan önce merkezdeki uzmana (Psikolojik danışman, pedagoğ, çocuk gelişim uzmanı, psikoloğ) araştırmanın amacıyla ilgili kısa bir bilgi verilmiştir. Uygulayıcılar, kişisel bilgi formunu ve ölçekleri kendileri doldurmuşlardır. Uygulamalar Kasım 2004-Nisan 2005 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.4.Araştırmada Kullanılan Araçlar

3.4.1.Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck Depresyon Ölçeği, 1961 yılında Beck tarafından geliştirilmiştir. Ölçek depresyonda görülen belirtileri içerecek biçimde düzenlenmiştir. Ölçekteki maddeler herhangi bir kuramsal görüş temel alınarak değil, klinik gözlem ve

verilere dayanarak hazırlanmıştır. Beck Depresyon Ölçeği 21 belirti kategorisinden oluşmuştur. Bunlar:

1. duygu durum (mood)
2. karamsarlık (pessimism)
3. başarısızlık duygusu (sense of failure)
4. doyumсуuzluk (lack of satisfaction)
5. suçluluk duygusu (guilt feeling)
6. kendinden hoşnutsuzluk (self-dislike)
7. kendini suçlama (self-accusation)
8. intihar istekleri (suicidal wishes)
9. ağlama nöbetleri (crying spells)
10. sinirlilik (irritability)
11. sosyal geri çekilme (social withdrawal)
12. kararsızlık (indecisiveness)
13. beden imgesinin çarpıtılması (distortion of body image)
14. çalışmanın ketlenmesi (work inhibition)
15. uyku bozukluğu (sleep disturbance)
16. yorgunluk (fatigability)
17. iştah azalması (loss of appetite)
18. kilo kaybı (weight loss)
19. bedensel yakınmalar (somatic preoccupations)
20. cinsel dürtü kaybı (loss of libido)
21. cezalandırma duygusu (sense of punishment)

Her belirti kategorisi 4 kendini değerlendirme maddesinden oluşmuştur ve bu maddeler 0-3 arası puan almaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Her kategori grubunu oluşturan maddeler depresif hastalarda açıkça görülebilen belirtilere dayanarak geliştirilmiştir. Beck (1972), depresyon için ölçek puanlarına göre şu sınıflandırmayı yapmıştır:

- 0-13 puan : depresyon yok
- 14-24 puan : orta derecede depresyon
- 25> puan: ciddi depresyon

Ölçek Türkçe'ye Teğin (1980) tarafından çevrilmiştir.

Güvenirlilik: *Yarıya bölme güvenirliliği:* ölçeğin iki yarım test güvenirlilik katsayısı öğrenci grubu için .78, 30 depresif hasta için .61 olarak saptanmıştır.

Test-tekrar test güvenirliliği: ölçek 40 sosyal bilimler öğrencisine iki hafta ara ile iki kez uygulanmış ve güvenirlilik katsayısı .65 olarak bulunmuştur.

Geçerlik: *Ölçüt bağıntılı geçerlik:* Beck Depresyon Ölçeği ile Depresyonda Bilişsel Tepkiler Ölçeği puanları arasındaki ilişki Pearson momentler çarpımı korelasyon tekniği ile normal, depresif ve şizofrenik deneklerde incelenmiştir. Adı geçen ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları denek gruplarına göre sırayla .20, .52, .33'tür (Savaşır ve Şahin, 1997,ss:26-27).

Beck Depresyon Ölçeği, Kaygusuz (1993), Fırat (2000), Doğan (2001) tarafından araştırmalarda kullanılmıştır.

3.4.2.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS), aile, arkadaş ve özel bir insan olmak üzere üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğinin öznel olarak değerlendirilmesi amacıyla Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Her madde 7 basamaklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmekte olup, bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile ölçeğin toplam puanı

elde edilmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir (akt. Eker ve Arkar, 1995).

MSPSS'in geçerlik çalışması 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır. Ölçek 146 üniversite öğrencisi, psikolojik-psikiyatrik problemleri nedeniyle üniversite sağlık merkezine başvuran 50 üniversite öğrencisi, 50 psikiyatri bölümü hastası, 50 böbrek hastası ve 50 hasta ziyaretçisi üzerinde uygulanmıştır. Yapılan çalışma sonucunda Batı kültüründe tanımlanmış olan 3 faktörün bizim kültürümüz için de geçerli olduğu görülmüştür.

Ölçekle ilgili ikinci çalışma 2001 yılında Eker, Arkar ve Yıldız tarafından, gözden geçirilmiş formuyla yapılmıştır. Ölçek 50'şer denek bulunan üç gruba uygulanmıştır. Bunlar; yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarının oluşturduğu psikiyatri grubu, cerrahi müdahale yapılan hastaların oluşturduğu cerrahi grubu ve rasgele seçilmiş hasta ziyaretçilerinin oluşturduğu normal gruptur. Yapılan çalışma sonunda:

Güvenirlilik: Skalanın üç faktörlü bir yapıya sahip olduğu; iç tutarlılıkta Cronbach alfa değerinin tüm skala için .89, aile desteği boyutu için .85, arkadaş desteği boyutu için .88 ve özel insan desteği boyutu için .92 olduğu saptanmıştır.

Geçerlik: Diğer ölçeklerle korelasyonları; Örneklemin üçünde de MSPSS'in aile ve arkadaş alt ölçekleri ve toplam puanı kendilerine karşılık gelen PSS(Algılanan Sosyal Destek Ölçeği) ölçekleri ile pozitif korelasyonlar göstermiştir.

Psikiyatri örnekleminde, MSPSS ve alt ölçeklerinin Beck Umutsuzluk ve Ucla Yalnızlık Ölçekleri, Belirti Tarama Listesi ve olumsuz sosyal ilişki maddesi ile korelasyonlarının hemen hemen tamamı negatif yönde ve anlamlı seviyededir (Eker, Arkar ve Yıldız, 2001, ss:21-22).

MSPSS, Örsal (1998), Doğan (2001), Duygun (2001), Büyükkoca (2001) Süleymanoğlu (2003) tarafından araştırmalarda kullanılmıştır.

3.4.3.Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya katılanlarla ilgili gerekli bilgileri toplamak ve algılanan sosyal destek düzeyi ile depresyon arasındaki ilişkiye etki edebilecek çeşitli değişkenleri tespit edebilmek için araştırmacı tarafından hazırlanmış bir bilgi toplama formudur. Formda annenin yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, ev dışında bir işte çalışma, aylık toplam gelir, çocuk sayısı, otistik çocuğun; cinsiyeti,yaşı, doğum sırası, tanı süresi, otistik olduğunu kimin farkettiği, doğumdan itibaren otistik çocuğa kimin baktığı, şuan bir bakıcı yardımı alınıp alınmadığı ve annelerin otistik çocuklarının otizminin derecesine ilişkin algıları soruları yer almıştır.

3.5.Verilerin Çözümü ve Yorumlanması

Verilerin çözümü ve yorumlanmasında x, ss, sh, Kurtosis, Kolmagorov-Simirnov, Kruskal Wallis, Mann Whitney "U" Testi, Hollender-Wolfe Testi kullanılmıştır. Manidarlıkları ise .05 ve .01 düzeyinde çift yönlü olarak sınanmıştır. Tüm veriler "SPSS 11.0 for Windows" programında çözümlenmiştir.

IV. BULGULAR

4.1.Örnekleme Betimlemeye Yönelik Bulgular

Bu bölümde çalışmanın yapıldığı gruba ilişkin frekans ve yüzdeler dağılımları yer almaktadır. Bu bilgiler 15 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu aracılığı ile toplanmıştır.

Tablo 4.1.

Annelerin Yaş Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı

Yaş	f	%
24 yaş ve altı	26	15,8
25-29 yaş	38	23,0
30-39 yaş	69	41,8
40 yaş ve üstü	32	19,4
Toplam	165	100,0

Uygulana kişisel bilgi formu sonucunda ulaşılan 165 kişilik örneklemin yaşa göre dağılımı tablo 4.1 deki gibidir. Buna göre; 30- 39 yaş 69 (%41,8), 25-29 yaş 38 (%23,0), 40 yaş ve üstü 32 (%19,4), 24 yaş ve altı 26 (%15,8), anne örnekleme oluşturmaktadır. Bu aşırıya katılanlardan 30-39 yaş grubundaki annelerin en fazla olduğu, daha sonra 25-29 yaş grubundaki annelerin geldiği, onu 40 yaş ve üstü annelerin izlediği ve en az yüzdeyle de 24 yaş ve altı annelerin olduğu görülmektedir.

Tablo 4. 2.
Annelerin Medeni Durum Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı

Medeni Durum	f	%
Evli	159	96,4
Boşanmış	6	3,6
Toplam	165	100,0

Annelerin medeni durum değişkenine göre dağılımı tablo 4.2 deki gibidir. Buna göre 159 (%96,4) evli, 6 (%3,6) boşanmış anne örneklemini oluşturmuştur. Bu araştırmaya katılan örneklem grubunun çok büyük kısmını evli annelerin oluşturduğu görülmektedir.

Tablo 4.3.
Annelerin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı

Anne Eğitim	f	%
İlkokul	37	22,4
Ortaokul	32	19,4
Lise	54	32,7
Üniversite	42	25,5
Toplam	165	100,0

Annelerin eğitim durumlarına göre dağılımları tablo 4.3 teki gibidir. Buna göre; lise mezunu 54 (%32,7), üniversite mezunu 42 (%25,5), ilkokul mezunu 37 (%22,4), ortaokul mezunu 32 (%19,4) anne örneklemini oluşturmuştur. Örneklem grubunda lise mezunu olan annelerin en yüksek oranla bulunduğu (%32,7), en az ise ilkokul mezunu annelerin (%19,4) yer aldığı görülmektedir.

Tablo 4. 4.
Anne Çalışma Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı

Anne İşi	f	%
Evet	46	27,9
Hayır	119	72,1
Toplam	165	100,0

Annelerin çalışma durumu değişkenine göre dağılımı tablo 4.4 deki gibidir. Buna göre; 119 anne (%72,1) ev dışında bir işte çalışmamaktadır, 46 anne (%27,9) ev dışında bir işte çalışmaktadır. Örneklemini oluşturan annelerin büyük çoğunluğunu ev dışında çalışmayan anneler (%72,1) oluşturmaktadır.

Tablo 4. 5.

Eşlerin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzelik Dağılım

Eş Eğitim Durumu	f	%
İlkokul	24	14,5
Ortaokul	18	10,9
Lise	53	32,1
Üniversite	70	42,4
Toplam	165	100,0

Eşlerin eğitim durumu değişkenine göre dağılımları tablo 4.5 teki gibidir. Buna göre; üniversite mezunu 70 (%42,4), lise mezunu 53 (%32,1), ilkokul mezunu 24 (%14,5), ortaokul mezunu 18 (%10,9) kişidir. Araştırmaya katılan annelerin eşlerinin üniversite mezunlarının en çok orana (%42,4), ortaokul mezunlarının ise en az orana (%10,9) sahip oldukları görülmektedir.

Tablo 4.6.

Ailelerin Aylık Gelir Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzelik Dağılım

Aylık Gelir	f	%
Bir milyar ve altı	63	38,2
1-2 milyar arası	54	32,7
2 milyar üstü	48	29,1
Toplam	165	100,0

Ailelerin aylık gelir değişkenine göre dağılımları tablo 4.6 daki gibidir. Buna göre aylık geliri 1 milyar ve altı 63 (%38,2), 1-2 milyar arası 54 (%32,7), 2 milyar üstü 48 (%29,1) kişidir. Araştırmayı oluşturan örnekleme bir milyar ve altı geliri olan ailelerin en kalabalık grubu oluşturduğu, daha sonra 1-2 milyar arası gelire sahip ailelerin geldiği ve en az oarnın ise 2 milyar ve üstü geliri olan ailelerin oluşturduğu görölmektedir.

Tablo 4.7.

Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılım

Çocuk Sayısı	f	%
Bir	65	39,4
İki	76	46,1
Üç ve daha fazla	24	14,5
Toplam	165	100,0

Sahip olunan çocuk sayısı değişkenine göre dağılım tablo 4.7 deki gibidir. Buna göre; iki çocuğa sahip 76 (%46,1), bir çocuğa sahip 65 (%39,4), üç ve daha fazla çocuğa sahip 24 (%14,5) anne bulunmaktadır. Araştırmaya katılan annelerin yaklaşık yarısının iki çocuğa sahip olduğu, onları tek çocuklu annelerin izlediği ve en az oranının ise üç ve daha fazla çocuğa sahip annelerin oluşturduğu görölmektedir.

Tablo 4.8.
Otistik Çocuğun Doğum Sırası Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılım

Doğum Sırası	f	%
Birinci	100	60,6
İkinci	57	34,5
Üç ve daha fazla	8	4,8
Toplam	165	100,0

Otistik çocuğun doğum sırasına göre dağılımı tablo 4.8 deki gibidir. Buna göre; 100 çocuk (%60,6) birinci, 57 çocuk (%34,5) ikinci, 8 çocuk (%4,8) üçüncü veya daha fazla sırada doğmuştur. Araştırmaya katılan annelerin yarısından fazlasının ilk çocuğunun otistik olduğu görülmektedir. Onları ikinci çocukları otizmlili olan anneler izlemektedir. Üçüncü veya daha fazla sırada otistik çocuğa sahip annelerin oranının ise örneklemede en düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 4.9.
Otistik Çocuğun Yaşı Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılım

Otistik Çocuk Yaşı	f	%
Üç	40	24,2
Dört	38	23,0
Beş yaş	47	28,5
Altı yaş	40	24,2
Toplam	165	100,0

Annelerin sahip oldukları otistik çocuğun yaşına göre dağılımları tablo 4.9 daki gibidir. Buna göre; 47 çocuk (%28,5) 5 yaşında, 40 çocuk (%24,2) 3 yaşında, 40 çocuk (%24,2) 6 yaşında, 38 çocuk (%23) 4 yaşındadır. Araştırmaya katılan annelerin, otistik çocukları 5 yaşında olanların örnekleme en yüksek oranda yer aldıkları, 3 ve 6 yaşında çocuklara sahip olan ikinci sırada olduğu ve 4 yaşında otistik çocuğa sahip annelerin ise örnekleme en az yüzdeye buldukları görülmektedir.

Tablo 4.10.
Otistik Çocuğun Cinsiyeti Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı

Otistik Çocuk Cinsiyeti	f	%
Kız	32	19,4
Erkek	133	80,6
Toplam	165	100,0

Annelerin sahip oldukları otistik çocuklarının cinsiyetine göre dağılımları tablo 4.10 daki gibidir. Buna göre; 133 (%80,6) anne otistik erkek çocuğa, 32 (%19,4) anne otistik kız çocuğa sahiptir. Araştırmaya katılan annelerin büyük bir çoğunluğunun otistik erkek çocuğa sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 4.11.

Otizmi Fark Eden Kişi Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı

Farkeden Kişi	f	%
Anne	59	35,8
Baba	10	6,1
Doktor	87	52,7
Aile Büyükleri	9	5,5
Toplam	165	100,0

Otistik çocuğun otizmini fark eden kişi değişkenine göre dağılım tablo 4.11'deki gibidir. Buna göre; otistik çocuğun otizmi olan en yüksek oran ile 87 (%52,7) doktor, daha sonra anne 59 (35,8), sonra baba 10(%6,1) ve en az yüzde ile aile büyükleri 9 (%5,5) fark etmişlerdir.

Tablo 4.12.

Tanı Konulma Yılı Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı

Tanı Yılı	f	%
Bir yıldan az	24	14,5
Biri-iki yıl arası	55	33,3
iki-üç yıl arası	45	27,3
üç-dört yıl arası	27	16,4
Dört yıl ve üstü	14	8,5
Toplam	165	100,0

Otistik çocuğa tanı konulma yılı değişkenine göre dağılım tablo 4.12'deki gibidir. Buna göre; otistik çocukların 55'ine (%33,3) tanı konulmuş bir-iki yıl arası,

45'ine (%27,3) iki-üç yıl arası, 27'sine (%16,4) üç dört yıl arası, 24'üne (%14,5) bir yıldan az, 14'üne (%8,5) dört yıl ve üstü süre geçmiştir.

Tablo 4.13.
Otistik Çocuğa Doğumdan İtibaren Bakan Kişi Değişkenine Göre Frekans ve Yüzelik Dağılım

Bakan Kişi	f	%
Anne	87	52,7
Anne Baba Birlikte	41	24,8
Aile Büyükleri	9	5,5
Bakıcı	28	17,0
Toplam	165	100,0

Otistik çocuğa doğumdan itibaren bakan kişi değişkenine göre dağılım tablo 4.13'teki gibidir. Buna göre; anneler otistik çocuğa en fazla kendilerinin baktığını belirtmişler 87 (%52), daha sonra anne-baba birlikte 41 (%24,8), sonra bakıcı 28 (%17) ve en az yüzde ile aile büyüklerinin 9 (%5,5) baktığını belirtmişlerdir.

Tablo 4.14.
Evde Bakıcı Bulunma Değişkenine Göre Frekans ve Yüzelik Dağılım

Bakıcı	f	%
Evet	41	24,8
Hayır	124	75,2
Toplam	165	100,0

Evde şuan da bakıcı bulunma değişkenine göre dağılım tablo 4.14'teki gibidir. Buna göre; otistik çocukların 124'ünün (%75,2) bakıcısı yoktur, 41(%24,8) çocuk ise bakıcı yardımı almaktadır. Araştırmaya katılan annelerin çok büyük kısmı bakıcı yardımı alamamaktadır.

Tablo 4.15.

Algılanan Otizm Derecesi Değişkenine Göre Frekans ve Yüzelik Dağılım

Otizm Derecesi	f	%
Ağır	22	13,3
Orta	71	43,0
Hafif	72	43,6
Toplam	165	100,0

Algılanan otizm derecesine göre dağılım tablo 4.15'teki gibidir. Buna göre; araştırmaya katılan annelerin 72 'si(%43,6) otistik çocuklarını hafif olarak nitelendirmiş, 71'i (%43) çocuklarını orta düzeyde otistik olarak nitelendirmiş ve 22'si (%13,3) otistik çocuklarını ağır olarak nitelendirmiştir. Annelerin büyük bir çoğunluğu çocuklarını hafif ve orta düzeyde otistik olarak nitelendirirken çok az bir kısmı ağır düzeyde otistik olarak nitelendirmiştir.

4.2.Verilerin Çözümlemesine ve Yorumlanmasına Yönelik Bulgular

Bu bölümde araştırmanın amaçları doğrultusunda yapılan istatistiksel işlemlere yer verilmiştir. Araştırmanın sürekli değişkenlerine ait bilgileri toplamak için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Çok Yönlü Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) kullanılmıştır.

Tablo 4. 16.
Araştırmanın Sürekli Değişkenlerine Ait Tanımlayıcı İstatistik Değerleri

	İstatistik	Aile Desteği	Özel Kişi Desteği	Arkadaş Desteği	Toplam Destek	Depresyon
Tanımlayıcı İstatistikler	N	165	165	165	165	165
	A.Ortalama	17,8000	15,1273	16,2303	49,1091	21,9152
	Std.Hata	,6080	,5693	,5845	1,5971	1,2219
	Medyan	20,0000	15,0000	16,0000	51,0000	16,0000
	Std.sapma	7,8096	7,3128	7,5082	20,5150	15,6962
	Skewness	-,213	,101	,030	-,086	,539
	Skewness Hata	,189	,189	,189	,189	,189
	Kurtosis	-1,397	-1,327	-1,362	-1,417	-,917
	Kurtosis Hata	,376	,376	,376	,376	,376
Kolmogorovz	1,654	1,584	1,613	1,625	1,925	
-Smirnov p	,008**	,013*	,011*	,010**	,001**	

* p<,05 **p<,01

Tablo 4. 16'nın incelenmesinden anlaşılacağı üzere araştırmanın sürekli değişkenleri ölçülen özelliğin kendinden kaynaklı normal dağılım özelliği göstermemektedir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Aile Desteği alt boyutunda normal dağılım gösterme durumu ile ilgili yapılan Kolmogorov-Smirnov analizi sonuçları .01 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir. Ölçeğin simetriklik açısından sola çarpık (-.213), basıklık açısından heterojen (-1,397) olduğu anlaşılmaktadır.

Özel kişi alt ölçeğinde, normal dağılım gösterip göstermeme durumu ile ilgili

yapılan Kolmogorov-Smirnov analizi sonuçları .05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir. Ölçeğin simetriklik açısından sağa çarpık (.101), basıklık açısından ise heterojen (-1,327) olduğu anlaşılmaktadır.

Arkadaş desteği alt ölçeğinde ise, Kolmogorov-Smirnov analizi sonuçları .05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir. Ölçeğin simetriklik açısından sağa çarpık (.030), basıklık açısından heterojen (-1,362) olduğu anlaşılmaktadır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin toplam puanlarında ise, normal dağılım gösterme durumu ile ilgili yapılan Kolmogorov-Smirnov analizi sonuçları .01 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir. Ölçeğin simetriklik açısından sola çarpık (-,086), basıklık açısından ise heterojen (-1,417) olduğu görülmektedir.

Beck Depresyon Ölçeği puanlarında ise, normal dağılım gösterme durumu ile ilgili yapılan Kolmogorov-Smirnov analizi sonuçları .01 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir. Ölçeğin simetriklik açısından sağa çarpık (.539), basıklık açısından ise heterojen (-,917) olduğu görülmektedir.

Algılanan sosyal destek ve depresyon dağılımları, evren parametresinden farklılık göstermiştir. Bu gerekçeye dayalı olarak araştırmanın istatistikleri, parametrik olmayan istatistikler kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4.17.

Anne Yaşı Değişkenine Göre Algılanan Sosyal Destek Toplam ve Alt Ölçekleri ile Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Sürekli Değişken	Yaş	N	Sıralamalar Ortalaması	Kaykare	sd	p
Aile Desteği	24 yaş ve altı	26	68,40	6,866	3	p>,05
	25-29 yaş	38	96,26			
	30-39 yaş	69	85,62			
	40 yaş ve üstü	32	73,47			
	Toplam	165				
Özel Kişi Desteği	24 yaş ve altı	26	84,17	1,433	3	p>,05
	25-29 yaş	38	81,43			
	30-39 yaş	69	79,50			
	40 yaş ve üstü	32	91,45			
	Toplam	165				
Arkadaş Desteği	24 yaş ve altı	26	78,90	,403	3	p>,05
	25-29 yaş	38	81,37			
	30-39 yaş	69	83,99			
	40 yaş ve üstü	32	86,13			
	Toplam	165				
Toplam Destek	24 yaş ve altı	26	76,73	,579	3	p>,05
	25-29 yaş	38	85,38			
	30-39 yaş	69	83,33			
	40 yaş ve üstü	32	84,55			
	Toplam	165				
Depresyon	24 yaş ve altı	26	81,38	1,351	3	p>,05
	25-29 yaş	38	86,36			
	30-39 yaş	69	85,55			
	40 yaş ve üstü	32	74,83			
	Toplam	165				

Tablo 4. 17 incelendiğinde, annelerin algılanan sosyal destek düzeylerinin ve depresyon puanlarının yaşa göre farklılaşıp farklılaşmadığı için yapılan Mann Whitney “U” testi sonuçları görülmektedir.

Buna göre; aile desteği alt ölçeğinde; en yüksek sıralamalar ortlamasına 25-29 yaş grubundaki anneler sahiptir (96,26), onları 30-39 yaş grubundaki anneler takip etmekte (85,62), daha sonra 40 yaş ve üstü anneler gelmekte (73,47) ve son sırad da 24 yaş ve altı anneler (68,40) yer almaktadır. Özel kişi alt ölçeğinde ise; en yüksek sıralamalar ortalamasına 40 yaş ve üstü anneler sahiptir (91,45), daha sonra 24 yaş ve altı anneler (84,17) onları izlemekte, sonra 25-29 yaş grubundaki anneler (81,43) gelmekte ve son sırad da 30-39 yaş grubundaki anneler (79,50) yer almaktadır. Arkadaş desteği alt boyutunda ise; en yüksek sıralamalar ortalamasının 40 yaş ve üstü olan annelere ait olduğu (86,13) görülmektedir. Onları 30-39 yaş grubundaki anneler (83,99) takip etmekte, daha sonra 25-29 yaş grubundaki anneler yer almakta (81,37) ve son sırad da 24 ve altı yaş grubundaki anneler (78,90) yer almaktadır. Toplam sosyal destek puanlarında ise; en yüksek sıralamalar ortalamasının 25-29 yaş grubundaki annelere ait olduğu (85,38) görülmektedir. Onları 40 yaş ve üstü anneler (84,55) takip etmekte, daha sonra 30-39 yaş grubundaki anneler (83,33) yer almakta ve son sırad da 24 yaş ve altı anneler (76,73) yer almaktadır. Depresyon puanlarında ise; en yüksek sıralamalar ortalamasının 25-29 yaş grubundaki annelere (86,36) ait olduğu daha sonra 30-39 yaş grubundaki annelerin geldiği (85,55), onları 24 yaş ve altı annelerin takip ettiği (81,38) ve son sırad da 40 yaş ve altı annelerin (74,83) yer aldığı görülmektedir. Elde edilen sonuçlara göre, algılanan sosyal destek düzeyleri hiçbir alt boyutta ve depresyon puanları yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

Tablo 4. 18 .

**Anne Medeni Durum Değişkenine Göre Algılanan Sosyal Destek
Toplam ve Alt Ölçekleri ile Depresyon Puanları İçin Yapılan Mann Whitney
“U” Testi Sonuçları**

Sürekli Değişken	Medeni Durum	N	Sıralamalar Ortalaması	Sıralamalar Toplamı	U	z	p
Aile Desteği	Evli	159	83,03	13202,50	471,500	-,048	p>,05
	Boşanmış	6	82,08	492,50			
	Toplam	165					
Özel Kişi Desteği	Evli	159	82,33	13091,00	371,000	-,924	p>,05
	Boşanmış	6	100,67	604,00			
	Toplam	165					
Arkadaş Desteği	Evli	159	82,21	13071,00	351,000	-1,098	p>,05
	Boşanmış	6	104,00	624,00			
	Toplam	165					
Toplam Destek	Evli	159	82,39	13100,50	380,500	-,840	p>,05
	Boşanmış	6	99,08	594,50			
	Toplam	165					
Depresyon	Evli	159	83,67	13304,00	370,000	-,932	p>,05
	Boşanmış	6	65,17	391,00			
	Toplam	165					

Tablo 4. 18 incelendiğinde, annelerin algılanan sosyal destek düzeylerinin ve depresyon puanlarının medeni duruma göre farklılaşıp farklılaşmadığı için yapılan Mann Whitney “U” testi sonuçları görülmektedir.

Buna göre; aile desteği alt ölçeğinde; evli annelerin 83,03 sıralamalar ortlamasına, boşanmış annelerin ise 82,08 sıralamalar ortlamasına sahip oldukları

görülmektedir. Özel kişi alt desteğinde ise; boşanmış annelerin 100,67 ile evli annelerden (82,33) daha yüksek sıralamalar ortlamasına sahip oldukları görülmektedir. Arkadaş desteği alt boyutunda; boşanmış annelerin 104,00 ile evli annelerden (82,21) daha yüksek sıralamalar ortlamasına sahip oldukları görülmektedir. Toplam sosyal destekte ise; boşanmış annelerin 99,08 ile evli annelerden (82,39) daha yüksek sıralamalar ortlamasına sahip oldukları görülmektedir. Depresyon puanlarında ise; evli annelerin 83,67 ile boşanmış annelerden (65,17) daha yüksek depresyon puanları aldıkları görülmektedir.

Elde edilen sonuçlara göre, algılanan sosyal destek düzeyleri hiçbir alt boyutta ve depresyon puanları medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

Tablo 4. 19a
Anne Eğitimi Değişkenine Göre Algılanan Aile Desteği Puanları İçin
Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Sürekli Değişken	Anne Eğitimi	N	Sıralamalar Ortalaması	Kaykare	sd	p
Aile Desteği	ilkokul	37	92,08	16,498	3	P<,01
	Ortaokul	32	53,98			
	Lise	54	83,59			
	Üniversite	42	96,35			
	Total	165				

Tablo 4.19 a 'da anne eğitim değişkenine göre algılanan aile desteği için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları görülmektedir. Buna göre; en yüksek sıralamalar ortlamasına üniversite mezunu anneler (96,35) sahiptir. Onları ilkokul mezunu olan anneler izlemekte (92,08) daha sonra lise mezunu olan anneler (83,59) gelmekte ve son sırada da ortaokul mezunu olan anneler (53,98) yer almaktadır. Yapılan

Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre algılanan aile desteği puanlarının yaş göre .01 düzeyinde anlamlı olarak farklılaştığı gözlenmektedir.

Tablo 4. 19b

**Aile Desteği Değişkenine Göre Aile Desteği Puanları İçin Yapılan
Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi
Sonuçları**

	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite
İlkokul	SO: 92,08	-3,137	-,795	-,217
Ortaokul	P<,01	SO: 53,98	-2,552	-4,144
Lise	p>,05	P<,01	SO : 83,59	-1,181
Üniversite	p>,05	P<,01	p>,05	SO : 96,35

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Hollender-Wolfe Testi sonuçlarına göre (tablo 4. 19b) ortaokul mezunu olanlar anneler diğer eğitim kademesindeki annelerden istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı daha az aile desteği algılamaktadırlar.

Tablo 4. 20a

**Anne Eğitimi Değişkenine Göre Algılanan Özel Kişi Desteği Alt Ölçeği
Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları**

Sürekli Değişken	Anne Eğitimi	N	Sıralamalar Ortalaması	Kaykare	sd	p
Özel Kişi Desteği	İlkokul	37	85,78	14,146	3	P<,01
	Ortaokul	32	63,25			
	Lise	54	76,94			
	Üniversite	42	103,38			
	Total	165				

Tablo 4.20a da anne eğitim durumu değişkenine göre algılanan özel kişi alt ölçeği puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları görülmektedir. Buna göre en yüksek sıralamalar ortalaması 103,38 ile üniversite mezunu annelere aittir. Daha sonra 85,78 ile ilkokul mezunu olan anneler gelmekte, onları 76,94 sıralamalar ortalaması ile lise mezunu anneler takip etmekte ve son sırada 63,25 ile ortaokul mezunu anneler yer almaktadır. Yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; anne eğitim durumu değişkenine göre algılanan özel kişi destek puanları istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı farklılaşmaktadır.

Tablo 4. 20b

Özel Kişi Desteği Değişkenine Göre Özel Kişi Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları

	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite
İlkokul	SO: 85,78	-1,953	-,769	-1,516
Ortaokul	P<,01	SO: 63,25	-1,129	-3,763
Lise	p>,05	p>,05	SO : 76,94	-2,648
Üniversite	p>,05	P<,01	p>,05	SO : 103,38

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Hollender-Wolfe Testi sonuçlarına göre (tablo 4. 20b) ortaokul mezunu olan anneler ilkokul ve üniversite mezununu olan annelere göre istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı daha az özel kişi desteği algılamaktadırlar.

Tablo 4. 21a
Anne Eğitimi Değişkenine Göre Algılanan Arkadaş Desteği Alt lçeği
Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Sürekli Değişken	Anne Eğitimi	N	Sıralamalar Ortalaması	Kaykare	sd	p
Arkadaş Desteği	İlkokul	37	91,28	19,917	3	P<,01
	Ortaokul	32	54,92			
	Lise	54	78,55			
	niversite	42	102,82			
	Total	165				

Tablo 4.21a da anne eğitim durumu değişkenine göre algılanan arkadaş desteği alt lçeği puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları görülmektedir. Buna göre; en yüksek sıralamalar ortalaması 102,82 ile niversite mezunu annelere aittir. Onları 91,28 ile ilkokul mezunu olan anneler izlemekte daha sonra 78,55 ile lise mezunu anneler gelmekte ve son sırada 54,92 sıralamalar ortalaması ile ortaokul mezunu anneler yer almaktadır. Yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; anne eğitim durumu değişkenine göre algılanan arkadaş desteği puanları istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı farklılaşmaktadır.

Tablo 4. 21b
Arkadaş Desteği Değişkenine Göre Arkadaş Desteği Puanları İçin
Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe
Testi Sonuçları

	İlkokul	Ortaokul	Lise	niversite
İlkokul	SO: 91,28	-2,853	-1,283	-,872
Ortaokul	P<,01	SO: 54,92	-2,354	-4,363
Lise	p>,05	P<,05	SO : 78,55	-2,551
Üniversite	p>,05	P<,01	P<,05	SO : 102,82

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Hollender-Wolfe Testi sonuçlarına göre (tablo 4. 21b) ortaokul mezunu anneler, ilkokul ve üniversite mezunu olan annelerden istatistiksel olarak .01 düzeyinde, lise mezunu olan annelerden ise .05 düzeyinde anlamlı daha az arkadaş desteği algılamaktadırlar. Yine lise mezunu olan anneler üniversite mezunu olan annelerden istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı daha az arkadaş desteği algılamaktadırlar.

Tablo 4.22a
Anne Eğitimi Değişkenine Göre Algılanan Toplam Sosyal Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Sürekli Değişken	Anne Eğitimi	N	Sıralamalar Ortalaması	Kaykare	sd	p
Toplam Destek	İlkokul	37	89,41	19,439	3	P<,01
	Ortaokul	32	54,98			
	Lise	54	79,54			
	Üniversite	42	103,15			
	Total	165				

Anne eğitim durumu değişkenine göre algılanan toplam sosyal destek puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığını görmek için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları tablo 4.22a da görülmektedir. Buna göre en yüksek sıralamalar ortalaması 103,15 ile üniversite mezunu olan annelerdedir. Onları 89,41 ortalama ile ilkokul mezunu anneler izlemekte, daha sonra 79,54 ortalama ile lise mezunu anneler gelmekte ve son sırada da 54,98 ortalama ile ortaokul mezunu olan anneler yer almaktadırlar. Yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; anne eğitim durumu değişkenine göre algılanan toplam sosyal destek puanları istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

Tablo 4. 22b
Toplam Destek Değişkenine Göre Toplam Destek Puanları İçin
Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe
testi Sonuçları

	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite
İlkokul	SO: 89,41	-2,817	-,938	-1,111
Ortaokul	P<,01	SO: 54,98	-2,324	-4,394
Lise	p>,05	P<,05	SO : 79,54	-2,446
Üniversite	p>,05	P<,01	P<,05	SO : 103,15

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Hollender-Wolfe Testi sonuçlarına göre (tablo 4. 22b) ortaokul mezunu anneler, ilkokul ve üniversite mezunu olan annelerden istatistiksel olarak .01 düzeyinde, lise mezunu olan annelerden ise .05 düzeyinde anlamlı daha az toplam sosyal destek algılamaktadırlar. Yine lise mezunu olan annelerin, üniversite mezunu olan annelerden istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı daha az toplam sosyal destek algıladıkları görülmektedir.

Tablo 4. 23a
Anne Eğitimi Değişkenine Göre Depresyon Puanları İçin Yapılan
Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Sürekli Değişken	Anne Eğitimi	N	Sıralamalar Ortalaması	Kaykare	sd	p
Depresyon	İlkokul	37	76,76	19,405	3	P<,01
	Ortaokul	32	110,44			
	Lise	54	87,05			
	Üniversite	42	62,39			
	Total	165				

Anne eğitim durumu değişkenine göre depresyon puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığını görmek için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları tablo 4.23a daki gibidir. Buna göre en yüksek sıralamalar ortalaması 110,44 ile ortaokul mezunu olan annelere aittir. İkinci sırada 87,05 ile lise mezunu anneler gelmekte daha sonra 76,76 ile ilkokul mezunu anneler gelmekte ve son sırada 62,39 ile üniversite mezunu anneler gelmektedir. Yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; anne eğitim durumu değişkenine göre depresyon puanları istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

Tablo 4. 23b
Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı
Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları

	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite
İlkokul	SO: 76,76	-3,046	-1,087	-1,539
Ortaokul	P<,01	SO: 110,44	-2,400	-3,892
Lise	p>,05	P<,05	SO : 87,05	-2,605
Üniversite	p>,05	P<,01	P<,01	SO : 62,39

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Hollender-Wolfe Testi sonuçlarına göre (tablo 4. 23b); ortaokul mezunu anneler, ilkokul ve üniversite mezunu olan annelerden istatistiksel olarak .01 düzeyinde , lise mezunu annelerden .05 düzeyinde anlamlı daha yüksek depresyon puanları aldıkları görülmektedir. Yine lise mezunu olan annelerin, üniversite mezunu olan annelere göre istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı daha yüksek depresyon puanları aldıkları görülmektedir.

Tablo 4. 24
Anne Çalışma Durumu Değişkenine Göre Algılanan Sosyal Destek
Toplam ve Alt Ölçekleri ile Depresyon Puanları İçin Yapılan Mann Whitney
“U” Testi Sonuçları

Sürekli Değişken	Çalışma Durumu	N	Sıralamalar Ortalaması	Sıralamalar Toplamı	U	z	p
Aile Desteği	Evet	46	98,54	4533,00	2022,000	-2,604	P<,01
	Hayır	119	76,99	9162,00			
	Total	165					
Özel Kişi Desteği	Evet	46	103,08	4741,50	1813,500	-3,361	P<,01
	Hayır	119	75,24	8953,50			
	Total	165					
Arkadaş Desteği	Evet	46	104,60	4811,50	1743,500	-3,615	P<,01
	Hayır	119	74,65	8883,50			
	Total	165					
Toplam Destek	Evet	46	104,77	4819,50	1735,500	-3,641	P<,01
	Hayır	119	74,58	8875,50			
	Total	165					
Depresyon	Evet	46	47,89	2203,00	1122,000	-5,871	P<,01
	Hayır	119	96,57	11492,00			
	Total	165					

Araştırmanın dördüncü amacı doğrultusunda anne çalışma durumu değişkenine göre algılanan sosyal destek toplam ve alt ölçekleri ile depresyon

puanları için yapılan Tablo 4. 24'de görülmektedir. Buna göre; aile desteği alt ölçeğinde çalışan annelerin sıralamalar ortalaması 98,54, çalışmayan annelerin sıralamalar ortalaması ise 76,99 dur. Özel kişi alt desteği için çalışan annelerin sıralamalar ortalaması 103,08, çalışmayan annelerin sıralamalar ortalaması ise 75,24 dür. Arkadaş desteği alt ölçeği için çalışan annelerin sıralamalar ortalaması 104,60 çalışmayan annelerin sıralamalar ortalaması ise 74,65dir. Toplam sosyal destek puanlarında ise çalışan annelerin sıralamalar ortalaması 104,77, çalışmayan annelerin ise 74,58 dir. Algılanan sosyal destek toplam ve tüm alt boyutlarında çalışan annelerin çalışmayan annelerden daha yüksek sıralamalar ortalaması puanlarına sahip oldukları görülmektedir. Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; algılanan sosyal destek puanları, toplam ve tüm alt boyutlarında anne çalışma durumu değişkenine göre istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Çalışan anneler toplam algılanan sosyal destek ve alt boyutlarında çalışmayan annelerden daha çok sosyal destek algılamaktadırlar. Depresyon puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre ise çalışmayan annelerin sıralamalar ortalaması 96,57 çalışan annelerin sıralamalar ortalaması ise 47,89 dur. Çalışan annelerin çalışmayan annelerden daha düşük depresyon puanları aldıkları görülmektedir. Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; anne çalışma durumuna göre depresyon puanları istatistiksel olarak .01 düzeyinde farklılaşmaktadır. Buna göre; çalışan anneler çalışmayan annelerden daha düşük depresyon belirtileri göstermiştir.

Tablo 4. 25a

Eşin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Algılanan Aile Desteği Alt Ölçeği Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Eşin Eğitim Durumu	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	sd	p
Aile Desteği	İlkokul	24	97,23	12,298	3	P<,01
	Ortaokul	18	69,36			
	Lise	53	67,69			
	Üniversite	70	93,22			
	Total	165				

Araştırmanın beşinci amacı doğrultusunda eşin eğitim durumu değişkenine göre algılanan aile desteği alt ölçeği puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları tablo 4.25a da görülmektedir. Buna göre en yüksek sıralamalar ortalaması 97,23 ile eşleri ilkokul mezunu olan annelerdir. Daha sonra 22 ile eşleri üniversite mezunu anneler gelmekte, onları 69,36 ile eşleri ortaokul mezunu olan anneler izlemekte ve en son sırada 67,69 sıralamalar ortalaması ile eşleri lise mezunu olan anneler yer almaktadır. Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre eşin eğitim durumu değişkenine göre algılanan aile desteği puanları istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

Tablo 4. 25b
Eşin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Aile Destek Puanları İçin
Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe
Testi Sonuçları

	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite
İlkokul	SO:97,23	-1,913	-2,331	-,483
Ortaokul	p>,05	SO:69,36	-,457	-2,125
Lise	P<,05	p>,05	SO :67,69	-2,897
Üniversite	p>,05	P<,05	P<,01	SO :93,22

Tablo 4. 25b de farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Hollender-Wolfe Testi sonuçları görülmektedir. Buna göre; eşleri lise mezunu olan anneler, eşleri ilkokul mezunu olan annelerden istatistiksel olarak .05 düzeyinde, eşleri üniversite mezunu olan annelerden ise .01 düzeyinde anlamlı daha az aile desteği algılamaktadırlar. Eşleri ortaokul mezunu olan annelerin ise, eşleri üniversite mezunu olan annelerden istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı daha az aile desteği aldıkları görülmektedir.

Tablo 4. 26.
Eşin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Algılanan Özel Kişi Desteği Alt
Ölçeği Toplam Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Eşin Eğitim Durumu	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Özel Kişi Desteği	İlkokul	24	80,46	6,444	3	P>,05
	Ortaokul	18	78,81			
	Lise	53	71,83			
	Üniversite	70	93,41			
	Total	165				

Eşin eğitim durumu değişkenine göre algılanan özel kişi destek puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları tablo 4.26a da görülmektedir. Buna göre; en yüksek sıralamalar ortalaması 93,41 ile eşleri üniversite mezunu olan annelerdir. Daha sonra 80,46 ile eşleri ilkokul mezunu olan anneler gelmekte ve onları 78,81 ile eşleri ortaokul mezunu olan anneler izlemekte ve son sırada 71,83 ile eşleri lise mezunu olan anneler gelmektedir. Sıralamalar ortalaması farklılaşsa da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşmamıştır.

Tablo 4. 27a

Eşin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Algılanan Arkadaş Desteği Alt Ölçeği Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Eşin Eğitim Durumu	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Arkadaş Desteği	İlkokul	24	87,29	8,924	3	P<,05
	Ortaokul	18	80,78			
	Lise	53	67,92			
	Üniversite	70	93,51			
	Total	165				

Eşin eğitim durumu değişkenine göre algılanan arkadaş desteği puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları tablo 4. 27a daki gibidir. Buna göre en yüksek sıralamalar ortalamasına 93,51 ile eşleri üniversite mezunu olan anneler sahiptir. Daha sonra 87,29 ile eşleri ilkokul mezunu olan anneler gelmekte onları 80,78 ile eşleri ortaokul mezunu olan anneler yer almakta ve son sırada 67,92 ile eşleri lise mezunu olan anneler yer almaktadır. Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre eşin eğitim durumu değişkenine göre algılanan arkadaş desteği puanları istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

Tablo 4. 27b

Eşin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Arkadaş Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları

	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite
İlkokul	SO:87,29	-,383	-1,897	-,730
Ortaokul	p>,05	SO: 80,78	-,862	-,932
Lise	p>,05	p>,05	SO : 67,92	-2,874
Üniversite	p>,05	p>,05	P<,01	SO :93,51

Eşin eğitim durumu ile algılanan arkadaş desteği puanları arasında istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı bir farklılık vardır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Hollender-Wolfe Testi yapılmıştır (tablo 4.27b). Buna göre; eşleri lise mezunu olan anneler, eşleri üniversite mezunu olan annelerden istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamı daha az arkadaş desteği algılamaktadırlar. Diğer eğitim kademeleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 4. 28a

Eşin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Algılanan Toplam Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Eşin Eğitim Durumu	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Toplam Destek	İlkokul	24	89,33	11,137	3	P<,05
	Ortaokul	18	75,58			
	Lise	53	66,98			
	Üniversite	70	94,86			
	Total	165				

Tablo 4.28a'da eşin eğitim durumu değişkenine göre algılanan toplam sosyal destek puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları görülmektedir. Buna göre; eşleri üniversite mezunu olan anneler 94,86 ile en yüksek sıralamalar ortalamasına sahiptir. Daha sonra 89,33 ile eşleri ilkokul mezunu olan anneler gelmekte, onları 75,58 ile eşleri ortaokul mezunu olan anneler izlemekte ve en son sırada eşleri lise mezunu olan anneler yer almaktadır. Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; eşin eğitim durumu değişkenine göre algılanan toplam sosyal destek puanları istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

Tablo 4. 28b

Eşin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Toplam Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları

	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite
İlkokul	SO:89,33	-,941	-2,145	-,694
Ortaokul	P>,05	SO:75,58	-,503	-1,392
Lise	P<,05	p>,05	SO :66,98	-3,147
Üniversite	p>,05	p>,05	P<,01	SO :94,86

Tablo 4.28a da eşin eğitim durumu ile algılanan toplam sosyal destek puanlarının istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Hollender-Wolfe Testi sonuçlarına göre (tablo 4.28b) eşleri lise mezunu olan anneler, eşleri ilkokul mezunu olan annelerden istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı ve eşleri üniversite mezunu olan annelerden ise istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı daha az sosyal destek algılamaktadırlar.

Tablo 4. 29a
Eşin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Depresyon Puanları İçin
Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Eşin Eğitim Durumu	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Depresyon	İlkokul	24	74,71	14,110	3	P<,01
	Ortaokul	18	79,19			
	Lise	53	103,03			
	Üniversite	70	71,66			
	Total	165				

Eşin eğitim durumu değişkenine göre depresyon puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları tablo 4. 29a da görülmektedir. Buna göre eşleri lise mezunu olan anneler 103,03 sıralamalar ortalaması ile en yüksek puana sahiptir. Daha sonra eşleri ortaokul mezunu anneler 79,19 sıralamalar ortalaması ile ikinci sırada yer almaktadır. Üçüncü sırada eşleri ilkokul mezunu olan anneler 74,71 sıralamalar ortalaması ile gelmekte ve son sırada eşleri üniversite mezunu olan anneler 71,66 sıralamalar ortalaması ile yer almaktadır. Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre eşin eğitim durumu değişkenine depresyon puanları .01 düzeyinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

Tablo 4. 29b
Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı
Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları

	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite
İlkokul	SO:74,71	-,280	-2,603	-,421
Ortaokul	p>,05	SO: 79,19	-1,852	-,626
Lise	P<,01	p>,05	SO : 103,03	-3,500
Üniversite	p>,05	p>,05	P<,01	SO : 71,66

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Hollender-Wolfe Testi sonuçlarına göre (tablo 4. 29b) ise; eşleri lise mezunu olan annelerin depresyon puanları, eşleri üniversite ve ilkokul mezunu olan annelerin depresyon puanlarından istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı daha yüksektir.

Tablo 4. 30a
Aylık Gelir Durumu Değişkenine Göre Algılanan Aile Destek Alt Ölçeği
Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Aylık gelir	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Aile Desteği	Bir milyar ve altı	63	79,25	6,562	2	P<,05
	1-2 milyar arası	54	74,48			
	2 milyar üstü	48	97,51			
	Total	165				

Araştırmanın altıncı amacı doğrultusunda aylık gelir değişkenine göre algılanan aile destek puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları tablo 4.30a da görülmektedir. Buna göre; aylık toplam gelirleri 2 milyar ve üstü olanlar 97,51 sıralamalar ortalaması ile ilk sırada yer almışlar, onu 1 milyar ve altı gelire sahip olanlar 79,25 sıralamalar ortalaması ile takip etmiş ve son sırada 1-2 milyar arası gelire sahip olanlar 74,48 sıralamalar ortalaması ile yer almıştır. Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; aylık gelir değişkenine göre aile desteği puanları istatistiksel olarak .05 düzeyinde farklılaşmaktadır.

Tablo 4. 30b
Aile Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı
Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları

	Bir milyar ve altı	1-2 milyar arası	2 milyar üstü
Bir milyar ve altı	SO:79,25	-,529	-1,987
1-2 milyar arası	p>,05	SO:74,48	-2,443
2 milyar üstü	P<,05	P<,05	SO : 97,51

Tablo 4.30a'da aylık gelir değişkenine göre algılanan aile desteği puanlarının istatistiksel olarak .05 düzeyinde farklılaştığı görülmüştür. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Hollender-Wolfe Testi (tablo 4. 30b) uygulanmıştır. Buna göre; aylık gelirleri 2 milyar ve üstü olan anneler, diğer iki gelir grubundaki annelerden istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı daha yüksek aile desteği algılamaktadırlar.

Tablo 4. 31a
Aylık Gelir Durumu Değişkenine Göre Algılanan Özel Kişi Destek
Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Aylık gelir	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Özel Kişi Desteği	Bir milyar ve altı	63	76,43	13,821	2	P<,01
	1-2 milyar arası	54	71,70			
	2 milyar üstü	48	104,33			
	Total	165				

Tablo 4.31a da aylık gelir durumu değişkenine göre algılanan özel kişi desteği puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları görölmektedir. Buna göre; aylık gelirleri 2 milyar ve üstü olanlar 104,33 sıralamalar ortalaması ile ilk sırada yer almışlar daha sonra aylık gelirleri 1 milyar ve altı olanlar 76,43 sıralamalar ortalaması ile ikinci sırada yer almış ve son sırada 1-2 milyar arası gelirleri olanlar 71,70 sıralamalar ortalaması ile yer almışlardır. Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; gelir durumu değişkenine göre algılanan özel kişi destek puanları istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı farklılaşmaktadır.

Tablo 4. 31b
Özel Kişi Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini
Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları

	Bir milyar ve altı	1-2 milyar arası	2 milyar üstü
Bir milyar ve altı	SO: 76,43	-,572	-3,091
1-2 milyar arası	p>,05	SO: 71,70	-3,395
2 milyar üstü	P<,01	P<,01	SO :104,33

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Hollender-Wolfe Testi sonuçlarına göre (tablo 4. 31b) aylık gelirleri 2 milyar ve üstü olan anneler diğer gelir grubundaki annelerden istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı daha yüksek özel kişi desteği algılamaktadırlar.

Tablo 4. 32a
Aylık Gelir Durumu Değişkenine Göre Algılanan Arkadaş Desteği Alt Ölçeği Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Aylık gelir	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Arkadaş Desteği	Bir milyar ve altı	63	75,41	12,881	2	P<,01
	1-2 milyar arası	54	73,39			
	2 milyar üstü	48	103,77			
	Total	165				

Aylık gelir durumu değişkenine göre algılanan arkadaş desteği puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları tablo 4.32a da görülmektedir. Buna göre; en yüksek sıralamalar ortalamasına 103,77 ile aylık gelirleri 2 milyar ve üstü olan anneler sahiptir, onları aylık gelirleri 1 milyar ve altı olan anneler 75,41 sıralamalar ortalaması ile izlemiş ve son sırada 73,39 sıralamalar ortalaması ile aylık gelirleri 1-2 milyar arası olan anneler yer almıştır. Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; aylık gelir durumu değişkenine göre algılanan arkadaş desteği puanları istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

Tablo 4. 32b
Arkadaş Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe testi Sonuçları

	Bir milyar ve altı	1-2 milyar arası	2 milyar üstü
Bir milyar ve altı	SO: 75,41	-,151	-3,014
1-2 milyar arası	p>,05	SO:73,39	-3,300
2 milyar üstü	P<,01	P<,01	SO :103,77

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Hollender-Wolfe Testi sonuçlarına göre (tablo 4. 32b) aylık gelirleri 2 milyar ve üstü olan anneler diğer gelir gruplarındaki annelerden istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı daha yüksek arkadaş desteği algılamaktadır.

Tablo 4. 33a
Aylık Gelir Durumu Değişkenine Göre Algılanan Toplam Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Aylık gelir	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Toplam	Bir milyar ve altı	63	75,97	13,389	2	P<,01
Destek	1-2 milyar arası	54	72,44			
	2 milyar üstü	48	104,11			
	Total	165				

Aylık gelir durumu değişkenine göre algılanan toplam sosyal destek puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları tablo 4.32a da görülmektedir. Buna göre; en yüksek sıralamalar ortalamasına 104,11 ile aylık gelirleri 2 milyar ve üstü olan anneler sahiptir, onları aylık gelirleri 1 milyar ve altı olan anneler 75,97 sıralamalar ortalaması ile izlemiş ve son sırada 72,44 sıralamalar ortalaması ile aylık gelirleri 1-2 milyar arası olan anneler yer almıştır. Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; aylık gelir durumu değişkenine göre algılanan toplam sosyal destek puanları istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

Tablo4. 33b

**Toplam Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini
Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe testi Sonuçları**

	Bir milyar ve altı	1-2 milyar arası	2 milyar üstü
Bir milyar ve altı	SO: 75,97	-,339	-3,007
1-2 milyar arası	p>,05	SO: 72,44	-3,410
2 milyar üstü	P<,01	P<,01	SO : 104,11

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Hollender-Wolfe Testi sonuçlarına göre (tablo 4. 33b) aylık gelirleri 2 milyar ve üstü olan annelerin aylık gelirleri 1 milyar ve altı olanlar ile 1-2 milyar arası olanlardan istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı daha yüksek toplam sosyal destek algıladıkları görülmektedir.

Tablo 4. 34a

**Aylık Gelir Durumu Değişkenine Göre Depresyon Puanları İçin Yapılan
Kruskal Wallis Testi Sonuçları**

	Aylık gelir	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Depresyon	Bir milyar ve altı	63	96,59	12,516	2	P<,01
	1-2 milyar arası	54	83,81			
	2 milyar üstü	48	64,25			
	Total	165				

Tablo 4.34a da aylık gelir durumu değişkenine göre depresyon puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları görülmektedir. Buna göre; 96,59 sıralamalar ortalaması ile 1 milyar ve altı gelire sahip olanlar ilk sırada yer almışlar, 1-2 milyar gelire sahip olanlar 83,81 sıralamalar ortalaması ile ikinci sırada yer almış ve 2 milyar üstü gelire sahip olanlar ise en düşük sıralamalar ortalaması ile 64,25 son sırada yer almıştır. Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; aylık gelir değişkenine göre depresyon puanları istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

Tablo 4. 34b
Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı
Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları

	Bir milyar ve altı	1-2 milyar arası	2 milyar üstü
Bir milyar ve altı	SO: 96,59	-1,384	-3,591
1-2 milyar arası	p>,05	SO: 83,81	-1,993
2 milyar üstü	P<,01	P<,05	SO : 64,25

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Hollender-Wolfe Testi uygulanmıştır. Sonuçlar tablo 4. 34b deki gibidir. Buna göre; aylık gelirleri 2 milyar ve üstü olan annelerin aylık gelirleri 1 milyar ve altı olan annelerden istatistiksel olarak .01 düzeyinde, aylık gelirleri 1-2 milyar arası olan annelerden .05 düzeyinde anlamlı daha düşük depresyon puanlarına sahip oldukları görülmektedir.

Tablo 4. 35
Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Aile Destek Alt Ölçeği Puanları İçin
Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Çocuk Sayısı	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Aile Desteği	Bir	65	77,71	5,363	3	p>,05
	İki	76	90,91			
	Üç	20	77,18			
	Dört ve daha fazla	4	47,88			
	Total	165				

Araştırmanın 7. amacı için çocuk sayısı değişkenine göre aile destek puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları Tablo 4. 35'de görülmektedir. Buna göre; iki çocuğa sahip annelerin 90,91 sıralamalar ortalaması ile en yüksek ortalamaya sahip oldukları görülmektedir. Onları 77,71 sıralamalar ortalaması ile bir çocuğa sahip olan anneler izlemekte daha sonra 77,18 ortalama ile üç çocuğa sahip olan anneler gelmekte ve 47,88 sıralamalar ortalaması ile dört ve daha fazla çocuğa sahip anneler son sırada yer almaktadır. Yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre çocuk sayısı değişkenine göre aile destek puanlarının farklılaşmadığı görülmüştür.

Tablo 4. 36
Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Özel Kişi Destek Alt Ölçeği Puanları
İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Çocuk Sayısı	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Özel Kişi Destegi	Bir	65	73,85	5,889	3	p>,05
	İki	76	90,13			
	Üç	20	90,95			
	Dört ve daha fazla	4	56,38			
	Total	165				

Tablo 4. 36'da çocuk sayısı değişkenine göre özel kişi desteği puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları görülmektedir. Buna göre; 90,95 sıralamalar ortlaması ile üç çocuğa sahip anneler ilk sırada yer almış, 90,13 sıralamalar ortalaması ile iki çocuğa sahip anneler ikinci sırada yer almış, 73,85 sıralamalar ortalaması ile tek çocuğa sahip anneler üçüncü sırada yer almış ve son sırada 56,38 ortalama ile dört ve daha fazla çocuğa sahip anneler yer almıştır. Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; çocuk sayısı değişkenine göre özel kişi destek puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 4. 37a
Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Arkadaş Destek Alt Ölçeği Puanları
İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Çocuk Sayısı	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Arkadaş Desteği	Bir	65	72,98	10,441	3	P<05
	İki	76	94,38			
	Üç	20	80,85			
	Dört ve daha fazla	4	40,25			
	Total	165				

Tablo 4.37a da çocuk sayısı değişkenine göre arkadaş destek puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları görülmektedir. Buna göre; iki çocuğa sahip anneler 94,38 sıralamalar ortalaması ile ilk sırada yer almış, onları 80,85 sıralamalar ortalaması ile üç çocuğa sahip anneler izlemiş, daha sonra 72,98 sıralamalar ortalaması ile tek çocuğa sahip anneler yer almış ve son sırada 40,25 sıralamalar ortalaması ile dört ve daha fazla çocuğa sahip olan anneler yer almıştır. Yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; çocuk sayısı değişkenine göre arkadaş destek puanlarının istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı olarak farklılaştığı görülmektedir.

Tablo 4. 37b
Arkadaş Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini
Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları

	Bir	İki	Üç	Dört ve daha fazla
Bir	SO:72,98	-2,630	-,747	-1,440
İki	P<01	SO: 94,38	-1,256	-2,012
Üç	p>,05	p>,05	SO : 80,85	-1,868
Dört ve daha fazla	p>,05	P<05	p>,05	SO : 40,25

Tablo 4.37b de arkadaş destek puanları için yapılan Hollender Wolfe Testi sonuçları görülmektedir. Buna göre; iki çocuğa sahip anneler tek çocuğa sahip annelerden istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı daha fazla arkadaş desteği algılamaktadır. Yine iki çocuğa sahip olan anneler ise dört ve daha fazla çocuğa sahip annelerden istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı daha fazla arkadaş desteği algılamaktadırlar.

Tablo 4. 38a
Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Algılanan Toplam Destek Puanları İçin
Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Çocuk Sayısı	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Toplam Destek	Bir	65	73,88	8,422	3	P<,05
	İki	76	93,05			
	Üç	20	82,30			
	Dört ve daha fazla	4	43,88			
	Total	165				

Çocuk sayısı değişkenine göre algılanan toplam destek puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları tablo 4.38a da görülmektedir. Buna göre; ilk sırada 93,05 sıralamalar ortalaması ile iki çocuğa sahip anneler yer almış onları 82,30 sıralamalar ortalaması ile üç çocuğa sahip anneler izlemiş daha sonra 73,88 sıralamalar ortalaması ile tek çocuğa sahip anneler yer almış ve son sırada 43,88 sıralamalar ortalaması ile dört ve daha fazla çocuğa sahip anneler yer almışlardır. Yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; çocuk sayısı değişkenine göre algılanan toplam sosyal destek puanlarının istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı olarak farklılaştığı görülmektedir.

Tablo 4. 38b
Toplam Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini
Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları

	Bir	İki	Üç	Dört ve daha fazla
Bir	SO: 73,88	-2,365	-,772	-1,361
İki	P<05	SO: 93,05	-,997	-1,800
Üç	P>,05	P>,05	SO : 82,30	-1,707
Dört ve daha fazla	P>,05	P>,05	P>,05	SO : 43,88

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Hollender-Wolfe Testi sonuçlarına göre (tablo 4. 38b) iki çocuk sahibi olan anneler tek çocuk sahibi olan annelerden istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı daha fazla toplam sosyal destek algılamaktadır.

Tablo 4. 39
Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Depresyon Puanları İçin Yapılan
Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Çocuk Sayısı	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Depresyon	Bir	65	87,43	6,676	3	p>,05
	İki	76	76,47			
	Üç	20	83,05			
	Dört ve daha fazla	4	134,75			
	Total	165				

Tablo 4. 39'da çocuk sayısı değişkenine göre depresyon puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları görülmektedir. Buna göre; dört ve daha fazla çocuğa sahip annelerin en yüksek sıralamalar ortalaması (134,75) ile ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Daha sonra 87,43 sıralara ortalaması ile tek çocuğa sahip anneler yer almıştır. Onları 83,05 sıralar ortalaması ile üç çocuğa sahip olan anneler izlemiş ve son sırada 76,47 sıralar ortalaması ile iki çocuğa sahip olan anneler yer almıştır. Yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları göre; çocuk sayısı değişkenine göre depresyon puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 4. 40
Otistik Çocuğun Doğum Sırası Değişkenine Göre Algılanan Sosyal Destek ve Alt Ölçekleri İle Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Otistik Çocuk Hangi Sırada	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Aile Desteği	Bir	100	82,33	,382	3	P>05
	İki	57	83,01			
	Üç	6	94,67			
	Dört ve üstü	2	81,00			
	Total	165				
Özel Kişi Desteği	Bir	100	82,43	2,993	3	P>05
	İki	57	80,54			
	Üç	6	115,75			
	Dört ve üstü	2	83,00			
	Total	165				
	Otistik Çocuk Hangi Sırada	N	Sıralar Ortalaması			
Arkadaş Desteği	Bir	100	81,60	1,452	3	P>05
	İki	57	84,26			
	Üç	6	101,58			
	Dört ve üstü	2	61,25			
	Total	165				

Tablo 4.40 (Devamı)

	Otistik Çocuk Hangi Sırada	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Toplam Destek	Bir	100	82,46	1,574	3	P>05
	İki	57	81,86			
	Üç	6	106,33			
	Dört ve üstü	2	72,50			
	Total	165				
Depresyon	Bir	100	83,93	2,868	3	P>05
	İki	57	81,78			
	Üç	6	63,92			
	Dört ve üstü	2	128,75			
	Total	165				

Tablo 4. 40'da otistik çocuğun doğum sırası değişkenine göre algılanan sosyal destek toplam ve alt ölçekleri ile depresyon puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları görülmektedir. Buna göre; aile desteği alt ölçeği için en sıralar ortalaması 94,67 ile üç çocuğa sahip olan annelerdedir. Onları 83,01 ile iki çocuğa sahip olan anneler izlemiş daha sonra 82,33 sıralar ortalaması ile tek çocuğa sahip olan anneler yer almış ve son sırada 81,00 sıralar ortalaması ile dört ve daha üstü çocuğa sahip olan yer almıştır. Özel kişi desteği için üç çocuğa sahip olan annelerin 115,75 ile en yüksek sıralar ortalamasına sahip olduğu ve ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Onu 83,00 sıralar ortalaması ile dört ve üstü çocuğa sahip anneler izlemiş daha sonra 82,43 sıralar ortalaması ile tek çocuğa sahip olan anneler yer almış ve son sırada 80,54 ile iki çocuğa sahip olan anneler yer almıştır. Arkadaş desteği için ise 101,58 sıralar ortalaması ile üç çocuğa sahip olan anneler ilk sırada yer almıştır. Onları 84,26 ile iki çocuğa sahip olan anneler

izlemiş, 81,60 sıralar ortalaması ile tek çocuklu anneler üçüncü sırada yer almış ve son sırada 61,25 sıralar ortalaması ile dört ve daha fazla çocuğa sahip olan yer almıştır. Algılanan toplam sosyal destek puanları için, en yüksek sıralar ortalaması 106,33 ile üç çocuğa sahip olan anneler grubuna aittir. Onları 82,46 ile tek çocuklu anneler izlemiş daha sonra 81,86 sıralar ortalaması ile iki çocuklu anneler yer almış ve son sırada 72,50 sıralar ortalaması ile dört ve daha üstü çocuğa sahip olan anneler yer almıştır. Depresyon puanları için ise en yüksek sıralar ortalaması 128,75 ile dört ve daha fazla çocuğa sahip olan annelerde görülmüş, onları 83,93 sıralar ortalaması ile tek çocuğu olan anneler izlemiş daha sonra 81,78 sıralar ortalaması ile iki çocuklu anneler yer almış ve son sırada 63,92 sıralar ortalaması ile üç çocuklu anneler yer almışlardır. Yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre ise otistik çocuğun doğum sırası değişkenine göre algılanan sosyal destek toplam ve alt ölçekleri ile depresyon puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

Tablo 4. 41.

Otistik Çocuğun Yaşı Değişkenine Göre Algılanan Sosyal Destek ve Alt Ölçekleri İle Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Otistik Çocuk Yaşı	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Aile Desteği	Üç	40	81,34	,739	3	P>05
	Dört	38	82,87			
	Beş yaş	42	75,33			
	6 yaş	40	82,84			
	Total	160				
Özel Kişi Desteği	Üç	40	84,74	1,402	3	P>05
	Dört	38	77,49			
	Beş yaş	42	75,13			
	6 yaş	40	84,76			
	Total	160				
Arkadaş Desteği	Üç	40	75,34	1,945	3	P>05
	Dört	38	77,13			
	Beş yaş	42	80,69			
	6 yaş	40	88,66			
	Total	160				
Toplam Destek	üç	40	80,60	1,167	3	P>05
	Dört	38	78,39			
	Beş yaş	42	76,30			
	6 yaş	40	86,81			
	Total	160				

Tablo 4.41 (Devamı)

	Otistik Çocuk Yaşı	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Depresyon	Üç	40	83,61	4,018	3	P>05
	Dört	38	83,25			
	Beş yaş	42	86,92			
	6 yaş	40	68,04			
	Total	160				

Araştırmanın 9. amacını gerçekleştirmek için otistik çocuğun yaşı değişkenine göre algılanan sosyal destek toplam ve alt ölçekleri ile depresyon puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları Tablo 4. 41'de görülmektedir. Buna göre; aile desteği için en yüksek sıralar ortalaması 82,87 ile dört yaşında çocuğa sahip olan annelerde gözlenmiş onları 82,84 ile 6 yaşında çocuğa sahip olan anneler izlemiş, 81,34 ile üç yaşında çocuğa sahip olan anneler üçüncü sırada yer almış ve son sırada 75,33 sıralar ortalaması ile beş yaşında otistik çocuğa sahip olan anneler yer almıştır. Özel kişi desteği için en yüksek sıralar ortalaması 84,76 sıralar ortalaması ile altı yaşında otistik çocuğa sahip olan annelerde görülmüş, daha sonra 84,74 ile üç yaşında otistik çocuğa sahip olan anneler yer almış onları 77,49 ile dört yaşında otistik çocuğa sahip anneler izlemiş ve son sırada 75,13 sıralar ortalaması ile beş yaşında otistik çocuğa sahip anneler son sırada yer almıştır. Arkadaş desteği alt ölçeğinde ise altı yaşında otistik çocuğa sahip olan annelerin 88,66 ile en yüksek sıralar ortalamasına sahip oldukları görülmektedir. Onları 80,69 ile beş yaşında otistik çocuğa sahip anneler izlemekte daha sonra dört yaşında çocuğa sahip anneler 77,13 ile yer almakta ve son sırada

75,34 sıralar ortalaması ile üç yaşında çocuğa sahip anneler yer almıştır. Algılanan toplam sosyal destek puanlarına baktığımızda ise en yüksek sıralar ortalamasına 86,81 ile 6 yaşında otistik çocuğu olan annelerin sahip olduğu görülmektedir. Daha sonra 80,60 sıralar ortalaması ile üç yaşında otistik çocuğa sahip anneler yer almış onları 78,39 ile dört yaşında çocuğa sahip anneler izlemiş ve son sırada en düşük sıralar ortalaması (76,30) ile beş yaşında çocuğa sahip anneler yer almıştır. Depresyon puanlarına baktığımızda ise en yüksek sıralar ortalamasına 86,92 ile beş yaşında çocuğa sahip annelerin sahip olduğu görülmektedir. Onları 83,61 ile üç yaşında çocuğa sahip olan anneler izlemekte daha sonra 83,25 ile dört yaşında çocuğa sahip anneler gelmekte ve son sırada 68,04 sıralar ortalaması ile 6 yaşında otistik çocuğa sahip anneler gelmektedir. Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; otistik çocuğun yaşı değişkenine göre algılanan sosyal destek toplam ve alt ölçekleri ile depresyon puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 4. 42.

Otistik Çocuğun Cinsiyetine Göre Algılanan Sosyal Destek ve Alt Ölçekleri İle Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Otistik Çocuğun Cinsiyeti	N	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p
Aile Desteği	Kız	32	80,23	2567,50	2039,500	-,366	P>05
	Erkek	133	83,67	11127,50			
	Total	165					
Özel Kişi Desteği	Kız	32	78,17	2501,50	1973,500	-,638	P>05
	Erkek	133	84,16	11193,50			
	Total	165					
Arkadaş Desteği	Kız	32	75,69	2422,00	1894,000	-,966	P>05
	Erkek	133	84,76	11273,00			
	Total	165					
Toplam Destek	Kız	32	77,59	2483,00	1955,000	-,713	P>05
	Erkek	133	84,30	11212,00			
	Total	165					
Depresyon	Kız	32	79,03	2529,00	2001,000	-,524	P>05
	Erkek	133	83,95	11166,00			
	Total	165					

Araştırmanın 10. amacı için otistik çocuğun cinsiyetine göre algılanan sosyal destek ve alt ölçekleri ile depresyon puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları Tablo 4. 42'de görülmektedir. Buna göre; aile desteği alt ölçeğine

baktığımızda erkek çocuğa sahip annelerin 83,67 sıralar ortalaması ile kız çocuklarına sahip olan annelerden (80,23) daha yüksek sıralar ortalamasına sahip oldukları görülmektedir. Aynı şekilde özel kişi destek alt ölçeğinde de erkek çocuğa sahip annelerin 84,16 sıralar ortalaması ile 78,17 sıralar ortalamasına sahip kız çocuğu annelerinden daha yüksek sıralar ortalamasına sahip oldukları görülmektedir. Arkadaş desteğine baktığımızda aynı şekilde erkek çocuğa sahip annelerin 84,76 sıralar ortalaması ile ilk sırada kız çocuğu annelerinin ise 75,69 ile ikinci sırada olduğu görülmektedir. Toplam sosyal destek puanlarında ise erkek çocuklarına sahip annelerin sıralar ortalaması 84,30, kız çocuklarına sahip annelerin sıralar ortalaması ise 77,59 dur. Depresyon puanlarında ise erkek çocuklarına sahip olan annelerin sıralar ortalaması 83,95 kız çocuklarına sahip annelerin sıralar ortalaması ise 79,03 dür. Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; otistik çocuğun cinsiyeti değişkenine göre algılanan sosyal destek toplam ve alt ölçekleri ile depresyon puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 4. 43.

Otistik Çocuğu İlk Kimin Farkettiği Değişkenine Göre Algılanan Sosyal Destek ve Alt Ölçekleri İle Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Kim Fark Etti	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Aile Desteği	Anne	59	87,20	4,422	3	P>05
	Baba	10	95,45			
	Doktor	87	76,57			
	Aile Büyükleri	9	103,72			
	Total	165				
Özel Kişi Desteği	Anne	59	89,50	2,830	3	P>05
	Baba	10	90,25			
	Doktor	87	79,41			
	Aile Büyükleri	9	67,00			
	Total	165				
Arkadaş Desteği	Anne	59	85,19	2,697	3	P>05
	Baba	10	86,35			
	Doktor	87	78,88			
	Aile Büyükleri	9	104,78			
	Total	165				
Toplam Destek	Anne	59	88,03	2,219	3	P>05
	Baba	10	90,65			
	Doktor	87	77,83			
	Aile Büyükleri	9	91,56			
	Total	165				
Depresyon	Anne	59	83,56	8,016	3	P<05
	Baba	10	42,70			
	Doktor	87	87,66			
	Aile Büyükleri	9	79,11			
	Total	165				

Araştırmanın 11. amacını gerçekleştirmek için otistik çocuğu ilk kimin fark ettiği değişkenine göre algılanan sosyal destek toplam ve alt ölçekleri ile depresyon puanları için Kruskal Wallis Testi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 4. 43'de görülmektedir. Buna göre; aile desteği alt ölçeği için en yüksek sıralar ortalaması 103,72 ile aile büyükleri grubuna aittir. Onları 95,45 ile baba grubu takip etmekte daha sonra 87,20 ile anne grubu gelmekte ve son sırada 76,57 sıralar ortalaması ile doktor grubu gelmektedir. Özel kişi alt ölçeği için en yüksek sıralar ortalaması 90,25 ile baba grubuna aittir. Onları 89,50 ile anne grubu takip etmekte daha sonra 79,44 ile doktor grubu gelmekte ve son sırada da 67,00 ile aile büyükleri grubu gelmektedir. Arkadaş desteği alt ölçeği için en yüksek sıralar ortalaması yine 104,78 ile aile büyükleri grubuna aittir. Onları 86,35 ile baba grubu takip etmekte daha sonra 85,19 ile anne grubu yer almakta ve son sırada 78,88 ile doktor grubu yer almaktadır. Toplam sosyal destek puanlarına baktığımızda ise en yüksek sıralar ortalamasının 91,56 ile aile büyükleri grubuna ait olduğu görülmektedir. Onları 90,65 ile baba grubu takip etmekte, daha sonra 88,03 ile anne grubu yer almakta ve son sırada da 77,83 ile doktor grubu yer almaktadır. Depresyon puanlarına baktığımızda en yüksek sıralar ortalamasının 87,66 ile doktor grubuna ait olduğu görülmektedir. Onları 83,56 ile anne grubu takip etmekte daha sonra 79,11 ile aile büyükleri grubu gelmekte ve son sırada da 42,70 ile baba grubu gelmektedir. Yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; otistik çocuğun cinsiyeti değişkenine göre algılanan sosyal destek toplam ve alt ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Depresyon puanları ise istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Tablo 4. 44
Otistik Çocuğa Tanı Konulma Süresi Değişkenine Göre Algılanan Sosyal Destek ve Alt Ölçekleri İle Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Tanı Konulalı Kaç Yıl Oldu	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Aile Desteği	Bir yıldan az	24	100,42	5,569	4	P>05
	Biri-iki yıl arası	55	77,47			
	iki-üç yıl arası	45	75,60			
	üç-dört yıl arası	27	89,22			
	Dört-beş yıl arası	14	86,64			
	Total	165				
Özel Kişi Desteği	Bir yıldan az	24	97,35	4,614	4	P>05
	Biri-iki yıl arası	55	74,83			
	iki-üç yıl arası	45	80,27			
	üç-dört yıl arası	27	86,69			
	Dört-beş yıl arası	14	92,18			
	Total	165				

Tablo 4. 44 (Devamı)

	Tanı Konulalı Kaç Yıl Oldu	N	Sıralar Ortalama ası	Ki-Kare	Sd	p
Arkadaş Desteği	Bir yıldan az	24	88,98	1,385	4	P>05
	Biri-iki yıl arası	55	79,08			
	iki-üç yıl arası	45	81,80			
	üç-dört yıl arası	27	82,52			
	Dört-beş yıl arası	14	92,93			
	Total	165				
Toplam Destek	Bir yıldan az	24	96,44	4,606	4	P>05
	Biri-iki yıl arası	55	76,04			
	iki-üç yıl arası	45	78,04			
	üç-dört yıl arası	27	87,56			
	Dört-beş yıl arası	14	94,46			
	Total	165				
Depresyon	Bir yıldan az	24	86,69	2,044	4	P>05
	Biri-iki yıl arası	55	82,90			
	iki-üç yıl arası	45	88,61			
	üç-dört yıl arası	27	76,30			
	Dört-beş yıl arası	14	71,96			
	Total	165				

Araştırmanın 12. amacı için otistik çocuga tanı konulma süresi değişkenine göre algılanan sosyal destek toplam ve alt ölçekleri ile depresyon puanları için Kruskal Wallis Testi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 4. 44'de görülmektedir. Buna göre;

aile desteği alt ölçeği için en yüksek sıralar ortalaması (100,42) tanı konulma yılı 1 yıldan az çocuklara sahip olan annelere aittir. Onları 89,22 sıralar ortalaması ile tanı konulma süresi üç-dört yıl arası çocuklara sahip anneler gelmekte daha sonra 86,64 sıralar ortalaması ile tanı konulma süresi dört-beş yıl arası olan anneler gelmekte onları 77,47 ile tanı konulma süresi bir-iki yıl olan çocuklara sahip anneler izlemekte ve son sırada 75,60 sıralar ortalaması ile tanı konulma süresi iki-üç yıl olan çocukların anneleri gelmektedir. Özel kişi alt ölçeğine baktığımızda ise en yüksek sıralar ortalamasının yine tanı konulma süresi bir yıldan az çocukların annelerine ait olduğunu görmekteyiz (97,35). Bunu 92,18 sıralar ortalaması ile tanı konulma süresi dört beş yıl arası olan çocukların anneleri izlemekte daha sonra 86,69 ile tanı süresi üç-dört yıl arası olan çocukların anneleri gelmekte, onları 80,27 sıralar ortalaması ile iki-üç yıl arası tanı konulmuş çocuğa sahip anneler izlemekte ve son sırada da 74,83 sıralar ortalaması ile iki üç yıl arası tanı konula süresine sahip çocukların anneleri gelmektedir. Arkadaş desteği alt ölçeğine baktığımızda ise en yüksek sıralar ortalamasının 92,93 ile tanı süresi dört-beş yıl arası çocuklara sahip annelere ait olduğu görülmektedir. Bunu 88,98 ile bir yıldan az tanı süresi olan çocukların anneleri izlemekte, daha sonra 82,52 sıralar ortalaması ile tanı süresi üç-dört yıl arası olan çocuklara sahip anneler grubu gelmekte, onları 81,80 sıralar ortalaması ile tanı süresi iki-üç yıl arası çocuğa sahip anneler izlemekte ve son sırada da 79,08 sıralar ortalaması ile tanı süresi bir-iki yıl arası olan çocuklara sahip anneler grubu gelmektedir. Toplam destek puanlarına baktığımızda en yüksek sıralar ortalamasına 96,44 ile bir yıldan az tanı konulmuş çocuğa sahip annelerin ilk sırada yer aldığını görmekteyiz. Onları 94,46 sıralar ortalaması ile dört-beş yıl tanı konulma süresi geçmiş çocuğa sahip anneler izlemekte, daha sonra 87,56 sıralar ortalaması ile üç-dört yıl tanı süreli çocukların anneleri gelmekte, onları 78,04 ile tanı süresi iki-üç arası çocuklara sahip anneler izlemekte ve son sırada da 76,04 sıralar ortalaması ile tanı süresi bir-iki yıl arası geçmiş çocuklara sahip anneler grubu yer almaktadır. Depresyon puanlarına baktığımızda en yüksek sıralar ortalamasının 88,61 ile tanı süresi iki-üç yıl arası

çocuklara sahip annelere ait olduğunu görmekteyiz. Daha sonra 86,69 sıralar ortalaması ile tanı süresi bir yıldan az olan çocuklara sahip annelerin yer aldığını görmekteyiz. Onları 82,90 ile bir-iki yıl arası tanı süreli çocukların anneleri izlemekte daha sonra 76,30 ile üç-dört yıl tanı süreli çocuklara sahip anneler gelmekte ve son sırada 71,96 sıralar ortalaması ile tanı süresi dört- beş yıl arası olan çocuklara sahip annelerin geldiğini görmekteyiz. Yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; otistik çocuğa tanı konulma değişkenine göre algılanan sosyal destek toplam ve alt ölçekleri ile depresyon puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 4. 45a

Çocuğa Doğumdan İtibaren Kimin Baktığı Değişkenine Göre Algılanan Aile Desteği Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Çocuğa Kim Baktı	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Aile Desteği	Anne	87	70,96	15,236	3	P<,01
	Anne Baba Birlikte	41	88,57			
	Aile Büyükleri	9	119,94			
	Bakıcı	28	100,38			
	Total	165				

Tablo 4. 45a da çocuğa doğumdan itibaren kimin baktığı değişkenine göre algılanan aile desteği puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları görülmektedir. Buna göre; en yüksek sıralar ortalaması 119,94 ile çocuklarına aile büyükleri tarafından bakılan annelerdir. Onları 100,38 sıralar ortalaması ile çocuklarına bakıcılar tarafından bakılan anneler izlemekte daha sonra 88,57 sıralar ortalaması ile anne-baba birlikte çocuklarına bakan anneler grubu gelmekte ve son sırada da çocuklarına yalnız bakan anneler 70,96 sıralar ortalaması ile gelmektedir. Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; . çocuğa kimin baktığı

değişkenine göre annelerin algıladıkları aile destek puanları çocuklarına doğumdan itibaren kimin baktığı değişkenine istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

Tablo 4. 45b
Aile Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı
Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları

	Anne	Anne-Baba Birlikte	Aile Büyükleri	Bakıcı
Anne	SO:70,96	-2,052	-2,757	-2,796
Anne-Baba Birlikte	P<0,5	SO: 88,57	-1,963	-1,164
Aile Büyükleri	P<,01	P<,05	SO : 119,94	-1,301
Bakıcı	P<,01	p>,05	p>,05	SO : 100,38

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Hollender-Wolfe Testi sonuçlarına göre (tablo 4.45b) çocuklarına yalnız bakan annelerin, çocuklarına anne-baba birlikte bakan annelerden .05, aile büyükleri ve bakıcı yardımı alan annelerden istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı daha düşük aile desteği algıladıkları görülmektedir. Yine çocuklarına anne-baba birlikte bakan annelerin, çocuklarına aile büyükleri bakan annelerden istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı daha düşük aile desteği algıladıkları görülmektedir.

Tablo 4. 46a

Çocuğa Doğumdan İtibaren Kimin Baktığı Değişkenine Göre Algılanan Özel Kişi Desteği Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Çocuğa Kim Baktı	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Özel Kişi Desteği	Anne	87	70,02	19,175	3	P<,01
	Anne Baba birlikte	41	90,80			
	Aile Büyükleri	9	77,72			
	Bakıcı	28	113,61			
	Total	165				

Tablo 4. 45a da çocuğa doğumdan itibaren kimin baktığı değişkenine göre algılanan özel kişi desteği puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları görülmektedir. Tablo incelendiğinde en yüksek sıralar ortalamasının 113,61 ile çocuklarına bakıcı tarafından bakılan annelere ait olduğu görülmektedir. İkinci sırada ise 90,80 sıralar ortalaması ile çocuklarına anne-baba birlikte bakan anneler gelmektedir. Üçüncü sırada 77,72 sıralar ortalaması ile çocuklarına aile büyükleri bakan anneler grubu gelmekte ve dördüncü ve son sırada ise 70,02 sıralar ortalaması ile çocuklarına yalnız bakan anneler grubu yer almaktadır. Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre annelerin algıladıkları özel kişi destek puanları çocuklarına doğumdan itibaren kimin baktığı değişkenine istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

Tablo 4. 46b
Özel Kişi Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini
Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları

	Anne	Anne-Baba Birlikte	Aile Büyükleri	Bakıcı
Anne	SO: 70,02	-2,394	-,498	-4,061
Anne-Baba Birlikte	P<,05	SO: 90,80	-,620	-2,113
Aile Büyükleri	p>,05	p>,05	SO : 77,72	-2,228
Bakıcı	P<,01	P<,05	P<,05	SO : 113,61

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Hollender-Wolfe Testi uygulanmıştır. Sonuçlar tablo 4. 46b da görülmektedir. Buna göre; çocuklarına yalnız bakan annelerin, çocuklarına anne-baba birlikte bakan annelerden istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı ve bakıcı yardımı alan annelerden istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı daha düşük özel kişi desteği algıladıkları görülmektedir. Yine çocuklarına anne-baba birlikte bakan ve aile büyükleri tarafından bakılan çocukların annelerinin, çocuklarına bakıcı tarafından bakılan annelerden istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı daha düşük özel kişi desteği algıladıkları görülmektedir.

Tablo 4. 47a
Otistik Çocuğa Doğumdan İtibaren Kimin Baktığı Değişkenine Göre
Algılanan Arkadaş Desteği Alt Ölçeği Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis
Testi Sonuçları

	Çocuğa Kim Baktı	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Arkadaş Desteği	Anne	87	69,57	19,381	3	P<,01
	Anne Baba Birlikte	41	86,87			
	Aile Büyükleri	9	105,78			
	Bakıcı	28	111,75			
	Total	165				

Tablo 4.47a da çocuğa doğumdan itibaren kimin baktığı değişkenine göre algılanan arkadaş desteği puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları görülmektedir. Buna göre; en yüksek sıralar ortalamasının 111,75 ile çocuklarına bakıcı tarafından bakılan annelere ait olduğu görülmektedir. İkinci sırada ise 105,78 sıralar ortalaması ile çocuklarına aile büyükleri tarafından bakılan anneler gelmektedir. Üçüncü sırada 86,87 sıralar ortalaması ile çocuklarına anne-baba birlikte bakan anneler grubu gelmekte ve dördüncü ve son sırada ise 69,67 sıralar ortalaması ile çocuklarına yalnız bakan anneler grubu yer almaktadır. Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre annelerin algıladıkları arkadaş destek puanları çocuklarına doğumdan itibaren kimin baktığı değişkenine istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

Tablo 4. 47b
Arkadaş Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini
Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları

	Anne	Anne-Baba birlikte	Aile Büyükleri	Bakıcı
Anne	SO: 69,57	-1,969	-2,166	-3,991
Anne-Baba Birlikte	P<,05	SO: 86,87	-1,012	-2,285
Aile Büyükleri	P<,05	p>,05	SO : 105,78	-,249
Bakıcı	P<,01	P<,05	p>,05	SO : 111,75

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Hollender-Wolfe Testi sonuçlarına göre (tablo 4. 47b) çocuklarına yalnız bakan annelerin, çocuklarına anne-baba birlikte ve aile büyükleri tarafından bakılan annelere göre istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı ve bakıcı yardımı alan annelerden istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı daha düşük arkadaş desteği algıladıkları görülmektedir. Yine çocuklarına anne-baba birlikte bakan annelerin, çocuklarına bakıcı tarafından bakılan annelerden istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı daha düşük arkadaş desteği algıladıkları görülmektedir.

Tablo 4. 48a

Çocuğa Doğumdan İtibaren Kimin Baktığı Değişkenine Göre Algılanan Toplam Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Çocuğa Kim Baktı	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Toplam Destek	Anne	87	68,22	21,477	3	P<,01
	Anne Baba Birlikte	41	89,87			
	Aile Büyükleri	9	102,06			
	Bakıcı	28	112,75			
	Total	165				

Çocuğa doğumdan itibaren kimin baktığı değişkenine göre algılanan toplam destek puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları tablo 4.48a daki gibidir. Buna göre; en yüksek sıralar ortalamasının 112,75 ile çocuklarına bakıcı tarafından bakılan annelere ait olduğu görülmektedir. İkinci sırada ise 102,06 sıralar ortalaması ile çocuklarına aile büyükleri tarafından bakılan anneler gelmektedir. Üçüncü sırada 89,87 sıralar ortalaması ile çocuklarına anne-baba birilikte bakan anneler grubu gelmekte ve dördüncü ve son sırada ise 68,22 sıralar ortalaması ile çocuklarına yalnız bakan anneler grubu yer almaktadır. Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre annelerin algıladıkları toplam sosyal destek puanları çocuklarına doğumdan itibaren kimin baktığı değişkenine göre istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

Tablo 4.48b
Toplam Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini
Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları

	Anne	Anne-Baba birlikte	Aile Büyükleri	Bakıcı
Anne	SO: 68,22	-2,401	-2,213	-4,172
Anne-baba Birlikte	P<,05	SO: 89,87	-,632	-1,999
Aile Büyükleri	P<,05	p>,05	SO : 102,06	-1,045
Bakıcı	P<,01	P<,05	p>,05	SO : 112,75

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Hollender-Wolfe Testi yapılmıştır (tablo 4. 48b). Buna göre; çocuklarına yalnız bakan anneler, çocuklarına anne-baba birlikte ve aile büyükleri tarafından bakılan annelerden istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı ve bakıcı yardımı alan annelerden istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı daha düşük toplam sosyal destek algılamaktadır. Yine çocuklarına anne-baba birlikte bakan annelerin, çocuklarına bakıcı tarafından bakılan annelerden istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı daha düşük toplam sosyal destek algıladıkları görülmektedir.

Tablo 4. 49a
Çocuğa Doğumdan İtibaren Kimin Baktığı Değişkenine Göre
Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Çocuğa Kim Baktı	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Depresyon	Anne	87	101,33	31,365	3	P<,01
	Anne Baba Birlikte	41	71,88			
	Aile Büyükleri	9	65,83			
	Bakıcı	28	47,86			
	Total	165				

Tablo 4.49a da çocuğa doğumdan itibaren kimin baktığı değişkenine göre depresyon puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları görülmektedir. Buna göre en yüksek sıralar ortalaması 101,33 ile çocuklarına yalnız bakan annelere aittir. Daha sonra 71,88 sıralar ortalaması ile çocuklarına anne baba birlikte bakan anneler gelmekte onları çocuklarına aile büyükleri tarafından bakılan anneler 65,83 sıralar ortalaması ile izlemekte ve son sırada da çocuklarına bakıcı tarafından bakılan anneler 47,86 sıralar ortalaması ile yer almaktadır. Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre annelerin depresyon puanları çocuklarına doğumdan itibaren kimin baktığı değişkenine göre istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

Tablo 4. 49b
Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı
Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları

	Anne	Anne-Baba Birlikte	Aile Büyükleri	Bakıcı
Anne	SO: 101,33	-3,275	-2,409	-4,968
Anne-baba Birlikte	P<,01	SO: 71,88	-,228	-2,153
Aile Büyükleri	P<,05	p>,05	SO : 65,83	-1,634
Bakıcı	P<,01	P<,05	p>,05	SO : 47,86

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Hollender-Wolfe Testi sonuçlarına göre (tablo 4. 49b) çocuklarına yalnız bakan annelerin, çocuklarına anne-baba birlikte ve bakıcı yardımı alan annelerden istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı ve çocuklarına aile büyükleri tarafından bakılan anneler göre .05 düzeyinde anlamlı daha yüksek depresyon puanları aldıkları görülmektedir. Yine çocuklarına anne-baba birlikte bakan annelerin, çocuklarına bakıcı tarafından bakılan annelerden istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı daha yüksek depresyon puanları aldıkları görülmektedir.

Tablo 4. 50

Şuan Bakıcı Yardımı Alıp Almama Değişkenine Göre Algılanan Sosyal Destek Toplam ve Alt Ölçekleri ile Depresyon Puanları İçin Yapılan Mann Whitney “U” Testi Sonuçları

	Şu an Bakıcı var mı?	N	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p
Aile Desteği	Evet	41	100,44	4118,00	1827,000	-2,702	P<01
	Hayır	124	77,23	9577,00			
	Total	165					
Özel Kişi Desteği	Evet	41	109,96	4508,50	1436,500	-4,175	P<01
	Hayır	124	74,08	9186,50			
	Total	165					
Arkadaş Desteği	Evet	41	105,49	4325,00	1620,000	-3,481	P<01
	Hayır	124	75,56	9370,00			
	Total	165					
Toplam Destek	Evet	41	108,60	4452,50	1492,500	-3,959	P<01
	Hayır	124	74,54	9242,50			
	Total	165					
Depresyon	Evet	41	48,79	2000,50	1139,500	-5,291	P<01
	Hayır	124	94,31	11694,50			
	Total	165					

Tablo 4. 50 incelendiğinde, şuan bakıcı yardımı alıp-almama değişkenine göre annelerin algılanan sosyal destek ve depresyon puanları için yapılan Mann Whitney “U” Testi sonuçları görülmektedir. Buna göre; aile desteği alt ölçeği için bakıcı yardımı alan annelerin 100,44 sıralar ortalaması ile bakıcı yardımı almayan

annelerden (sıralar ortalaması 77,23) daha yüksek sıralar ortalamasına sahip oldukları görülmektedir. Özel kişi desteğine baktığımızda yine bakıcı yardımı alan annelerin 109,96 sıralar ortalaması ile 74,08 sıralar ortalamasına sahip bakıcı yardımı almayan annelerden daha yüksek sıralar ortalamasına sahip oldukları görülmektedir. Arkadaş desteğinde ise yine bakıcı yardımı alan annelerin 105,49 ile bakıcı yardımı almayan annelerden (sıralar ortalaması 75,56) daha yüksek sıralar ortalamasına sahip oldukları görülmektedir. Toplam sosyal destek puanlarına baktığımızda da alt ölçeklerdeki gibi bakıcı yardımı alan annelerin 108,60 sıralar ortalaması ile 74,54 sıralar ortalamasına sahip bakıcı yardımı almayan annelerden daha yüksek sıralar ortalamasına sahip oldukları görülmektedir. Depresyon puanlarına baktığımızda ise algılanan sosyal destek puanlarının tersine bakıcı yardımı almayan annelerin 94,31 sıralar ortalaması ile bakıcı yardımı alan annelerden (sıralar ortalaması 48,79) daha yüksek sıralar ortalamasına sahip oldukları görülmektedir. Elde edilen sonuçlara göre, algılanan sosyal destek düzeyleri tüm alt boyutlarda ve toplamda ve depresyon puanları, şuan bakıcı yardımı alıp almama değişkenine göre istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bakıcı yardımı alan annelerin algılanan sosyal destek toplam ve alt ölçeklerinde, bakıcı yardımı almayan annelere göre .01 düzeyinde anlamlı daha yüksek sosyal destek algıladıkları ve .01 düzeyinde anlamlı daha düşük depresyon puanları aldıkları görülmektedir.

Tablo 4. 51a
Otizm Derecesi Değişkenine Göre Aile Destek Alt Ölçeği Puanları İçin
Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Otizm derecesi	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Aile Desteği	Ağır	22	67,68	8,029	2	p<,05
	Orta	71	76,02			
	Hafif	72	94,56			
	Total	165				

Araştırmanın 15. amacı doğrultusunda otizm derecesi değişkenine göre aile destek puanları için Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır. Buna göre; çocuklarını hafif olarak algılayan annelerin en yüksek sıralar ortalamasına (94,56) sahip oldukları görülmektedir. Onları 76,02 sıralar ortalaması ile çocuklarını hafif olarak algılayan anneler gelmekte ve son sırada ise 67,68 sıralar ortalaması ile çocuklarını ağır olarak algılayan anneler gelmektedir. Buna göre; otizm derecesi değişkenine göre annelerin algıladıkları aile destek puanları istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

Tablo 4. 51b
Aile Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı
Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları

	Ağır	Orta	Hafif
Ağır	SO:67,68	-,752	-2,274
Orta	p>,05	SO: 76,02	-2,342
Hafif	p<05	p<05	SO : 94,56

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Hollender-Wolfe Testi sonuçlarına göre (tablo 4. 51b) çocuklarını ağır ve orta olarak nitelendiren

anneler çocuklarını hafif olarak nitelendiren annelerden istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı daha düşük aile desteği algılamaktadırlar.

Tablo 4. 52
Otizm Derecesi Değişkenine Göre Özel Kişi Destek Puanları İçin
Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Otizm Derecesi	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Özel Kişi Desteği	Ağır	22	83,02	5,439	2	p>05
	Orta	71	73,63			
	Hafif	72	92,24			
	Total	165				

Tablo 4. 52’de çocuğun otizm derecesi değişkenine göre özel kişi destek puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları görülmektedir. Buna göre; çocuklarını hafif olarak nitelendiren annelerin 92,24 sıralar ortalaması ile ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Onları çocuklarını ağır olara nitelendiren anneler 83,02 ortalama ile izlemekte ve son sırada çocuklarını orta olarak nitelendiren anneler 73,63 sıralar ortalaması ile son sırada yer almaktadır. Yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; çocuğun otizm derecesi değişkenine göre annelerin algıladıkları özel kişi destek puanları istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 4. 53a
Otizm Derecesi Değişkenine Göre Arkadaş Destek Puanları İçin
Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Otizm Derecesi	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Arkadaş Desteği	Ağır	22	80,25	6,933	2	p<05
	Orta	71	72,91			
	Hafif	72	93,79			
	Total	165				

Tablo 4.53a ya bakıldığında otizm derecesi değişkenine göre arkadaş destek puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları görülmektedir. Buna göre; çocuklarını hafif olarak nitelendiren annelerin 93,79 sıralar ortalaması ile ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Onları çocuklarını ağır olara nitelendiren anneler 80,25 ortalama ile izlemekte ve son sırada çocuklarını orta olarak nitelendiren anneler 72,91 sıralar ortalaması ile son sırada yer almaktadır. Yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; çocuğun otizm derecesi değişkenine göre annelerin algıladıkları arkadaş destek puanları istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

Tablo 4. 53b
Arkadaş Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini
Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları

	Ağır	Orta	Hafif
Ağır	SO: 80,25	-,611	-1,145
Orta	p>,05	SO: 72,91	-2,624
Hafif	p>,05	P<01	SO : 93,79

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Hollender-Wolfe Testi sonuçlarına göre (tablo 4. 53b) çocuklarını orta derecede olarak nitelendiren annelerin çocuklarını hafif olarak nitelendiren annelerden istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı daha düşük arkadaş desteği algıladıkları görülmektedir.

Tablo 4. 54a
Otizm Derecesi Değişkenine Göre Algılanan Toplam Destek Puanları
İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Otizm Derecesi	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Toplam Destek	Ağır	22	77,70	7,731	2	p<05
	Orta	71	72,86			
	Hafif	72	94,62			
	Total	165				

Tablo 4.54a ya bakıldığında otizm derecesi değişkenine göre toplam destek puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları görülmektedir. Buna göre; çocuklarını hafif olarak nitelendiren annelerin 94,62 sıralar ortalaması ile ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Onları çocuklarını ağır olara nitelendiren anneler 77,70 ortalama ile izlemekte ve son sırada çocuklarını orta olarak nitelendiren anneler 72,86 sıralar ortalaması ile son sırada yer almaktadır. Yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; çocuğun otizm derecesi değişkenine göre annelerin algıladıkları toplam sosyal destek puanları istatistiksel olarak .05 düzeyinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

Tablo 4. 54b
Toplam Destek Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini
Tamamlayıcı Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları

	Ağır	Orta	Hafif
Ağır	SO: 77,70	-,321	-1,358
Orta	p>,05	SO: 72,86	-2,765
Hafif	p>,05	p<01	SO : 94,62

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Hollender-Wolfe Testi sonuçlarına göre (tablo 4. 54b) çocuklarını orta olarak nitelendiren annelerin çocuklarını hafif olarak nitelendiren annelerden istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı daha düşük toplam sosyal destek algıladıkları görülmektedir.

Tablo 4. 55a
Otizm Derecesi Değişkenine Göre Depresyon Puanları İçin Yapılan
Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Otizm Derecesi	N	Sıralar Ortalaması	Ki-Kare	Sd	p
Depresyon	Ağır	22	73,98	7,925	2	p<05
	Orta	71	95,04			
	Hafif	72	73,88			
	Total	165				

Tablo 4.55a ya bakıldığında otizm derecesi değişkenine göre depresyon puanları için yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları görülmektedir. Buna göre; çocuklarını orta derecede otistik olarak algılayan annelerin 95,04 ile en yüksek

sıralar ortalamasına sahip oldukları görülmektedir. Onları çocuklarını ağır olarak algılayan anneler 73,98 ortalama ile takip etmekte ve son sırada ise 73,88 sıralar ortalaması ile çocuklarını hafif olarak nitelendiren anneler gelmektedir. Yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; otizm derecesi değişkenine göre annelerin depresyon puanları .05 düzeyinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

Tablo 4. 55b
Depresyon Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testini Tamamlayıcı
Hesaplardan Hollender-Wolfe Testi Sonuçları

	Ağır	Orta	Hafif
Ağır	SO: 73,98	-1,538	-,255
Orta	p>,05	SO: 95,04	-2,767
Hafif	p>,05	p<01	SO :73,88

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Hollender-Wolfe Testi sonuçlarına göre (tablo 4. 55b) çocuklarını orta olarak nitelendiren annelerin çocuklarını hafif olarak nitelendiren annelerden istatistiksel olarak .01 düzeyinde anlamlı daha yüksek depresyon puanları aldıkları görülmektedir.

Tablo 4. 56
Algılanan Sosyal Destek Toplam ve Alt Ölçekleri ile Depresyon
Puanları Arasındaki İlişki İçin Yapılan Sperman Sıra Farkları Korelasyon
Katsayısı Sonuçları

Değişkenler	sd	Rho	p
Aile Desteği&Depresyon	163	-,645	P<,01
Özel Kişi Desteği&Depresyon	163	-,583	P<,01
Arkadaş Desteği&Depresyon	163	-,660	P<,01
Toplam Destek&Depresyon	163	-,705	P<,01

Tablo 4. 56'da algılanan sosyal destek ve alt ölçekleri ile depresyon puanları için yapılan Sperman Sıra Farkları Korelasyon Katsayısı sonuçları görülmektedir. Buna göre aile desteği toplam ve tüm alt boyutları ile depresyon puanları arasında istatistiksel açıdan .01 düzeyinde anlamlı bir farklılaşma vardır. Bu fark toplam destek ve tüm alt boyutlarda ters yönlüdür.

V. TARTIŞMA-SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada 3-7 yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki çeşitli değişkenler açısından incelenmiştir.

Araştırmanın tanımlayıcı istatistiki değerleri incelendiğinde (tablo 4.16) örneklemin aile desteği aritmetik ortalamasının (17,80) Türkiye'deki normal grup dağılımından (25,02) daha düşük olduğu görülmektedir. Arkadaş desteği aritmetik ortalaması da (16,23) Türkiye'deki normal grup dağılımından (22,86) daha düşük bulunmuştur. Yine özel bir insan desteği de (15,12) aynı şekilde Türkiye'deki normal grup dağılımından (18,54) daha düşük bulunmuştur. Toplam algılanan sosyal destek puanında da (49,10) Türkiye normal grup puanından (66,42) düşüktür. Depresyon puanlarına baktığımızda ise; tüm grubun aritmetik ortalamasının 21,91 olduğu görülmektedir. Depresyon ölçeğinin kesim noktaları incelendiğinde bu ortalamanın orta düzeyde depresyon belirtisi kısmına denk geldiği görülmektedir. Araştırmamızın bu verileri, literatürdeki, engelli çocuğa sahip ailelerin daha düşük sosyal destek algıladıkları ve daha yüksek depresyon belirtileri gösterdikleri bulgularıyla benzerlik göstermektedir (Fırat,2000; Doğan, 2001; Kay,2002; Özkan,2002;Gowen ve ark. 1989; Dunst ve ark. 1986; Bristol,1980,Kazak ve Marvin, 1984).

Araştırmanın birinci amacından yola çıkılarak ulaşılan sonuçlara göre; annelerin yaşı değişkenine göre algıladıkları sosyal destekleri tüm alt boyutlarda ve depresyonları anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Bu sonuçlar; Kay'ın (2002), Sipahi'nin (2002), Esenler'in (2001), Akkök, Aşkar ve Karancı'nın (1992) bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Araştırmanın ikinci amacını; annelerin algıladıkları sosyal desteğin ve depresyonun medeni duruma göre farklılaşıp farklılaşmadığını görmek için yapılan istatistiksel analizler sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgular;

Kay'ın (2002), Özkan'ın (2002) bulguları ile benzerlik göstermektedir. Ancak Dunst ve Trivette (1986), Schilling ve ark (1986), Simon ve ark. (1993;akt. Kay 2002) yalnız yaşayan annelerin stres ve depresyona daha yatkın olduklarını belirtmektedir. Fakat Türkiye'deki yapılan araştırmalara bakıldığında medeni durumun anlamlı bir sonuç vermediği yönündedir. Bu durum kültürlerden kaynaklı olarak yorumlanmıştır. Ülkemizdeki eşinden ayrılan kadınların genellikle tek başlarına yaşamlarını sürdürmedikleri, genellikle tekrar aileleriyle (anne-baba) yaşamaya başladıkları, her ne kadar medeni olarak yalnız yaşıyor olarak görünse de bir aile içinde yer aldığı şeklinde düşünülmektedir. Yurt dışında yapılan çalışmalarda ise genellikle yalnız yaşayan annelerin sadece engelli çocuklarıyla birlikte yaşadığı, tekrar anne babasıyla birlikte yaşamaya dönmediği şeklindedir.

Araştırmanın üçüncü amacı için eğitim durumu değişkenine göre annelerin algıladıkları sosyal destekleri ve depresyonlarının farklılaşıp farklılaşmadığını görmek için yapılan istatistiksel analizler sonucunda; algılanan sosyal desteğin aile desteği alt boyutunda ortaokul mezunu olan anneler diğer eğitim kademesindeki annelerden daha az aile desteği ($p<.01$) algılamaktadırlar.

Özel kişi desteği alt boyutunda ise; ortaokul mezunu olan anneler ilkököl ve üniversite mezunu olan annelere göre daha az özel kişi desteği algılamaktadırlar ($p<.01$).

Arkadaş desteği alt boyutunda ise; ortaokul mezunu olan anneler, ilkököl, üniversite ($p<.01$) ve lise ($p<.05$) mezunu olan annelere göre daha az arkadaş desteği algılamaktadırlar.

Algılanan toplam sosyal destek de ise; ortaokul mezunu olan anneler, ilkököl, üniversite ($p<.01$) ve lise ($p<.05$) mezunu olan annelere göre daha az toplam sosyal destek algılamaktadırlar. Lise ve üniversite mezunu olan annelerin sosyal destek algısının yüksek olması; Bailey ve arkadaşlarının (1999) ve Quine ve Pahl'ın (1991) anne eğitim seviyesi yükseldikçe annelerin sosyal destek arama ve sosyal destekten yararlanmasının daha olası olduğu yönündeki bulgusuyla tutarlılık göstermektedir. Ancak araştırmada ilkököl mezunu olan annelerin sosyal

destek algısının yüksek çıkması ise yine araştırma bulgusuyla çelişmektedir. Ayrıca bu bulgular Özkan'ın (2002) anne eğitim düzeyinin toplam sosyal destek algısıyla ilişkisiz olduğu yönündeki bulgusuyla tutarlılık göstermemektedir.

Ortaokul mezunu olan annelerin depresyon puanları, ilkokul, üniversite ($p<.01$) ve lise ($p<.05$) mezunu olan annelerden daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca lise mezunu olan anneler de üniversite mezunu olan annelere göre ($p<.01$) daha depresif belirtiler göstermektedirler. Lise ve üniversite mezunu olan annelerin daha düşük depresif belirtiler göstermesi Quine ve Pahl'ın (1991); anne eğitim seviyesi yükseldikçe engelli bir çocuğa sahip olmanın verdiği olumsuz etkilerden daha rahat korunur ve daha az stres belirtileri gösterir yönündeki araştırma bulgularıyla tutarlılık gösterirken, ilkokul mezunu olan annelerin de düşük depresyon skorları alması yine aynı çalışmanın bulgularıyla çelişmektedir. Ayrıca bu bulgular Özkan'ın (2002) ve Sipahi'nin (2002) anne eğitim düzeyinin, depresyon düzeyini yordamada anlamlı bir katkısının olmadığı yönündeki bulgusuyla tutarsızlık göstermektedir.

Bu sonuçların örneklemin kendi yapısından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Araştırmamızın dördüncü amacı; ev dışında bir işte çalışıp çalışmamanın algılanan sosyal destek toplam ve alt boyutlarını ve depresyon puanlarını yordayıp yordamadığıydı. Sonuçlar; algılanan sosyal desteğin toplamında ve tüm alt boyutlarında çalışan annelerin, çalışmayan annelerden daha yüksek ($p<.01$) sosyal destek algıladıklarını göstermektedir. Bu bulgular Sloper ve arkadaşlarının (1991), bulgularıyla tutarlılık göstermektedir. Ev dışında çalışan anneler daha geniş bir sosyal ilişki ağına sahip olabilmektedirler. Buda onların farklı kaynaklardan gelen destekleri daha rahat kullanmalarına imkan vermektedir. Araştırmanın bir diğer sonucu ise çalışan annelerin çalışmayan annelerden daha düşük depresyon puanları ($p<.01$) almalarıdır. Bu bulgular Sloper ve arkadaşlarının (1991), Trivette ve Dunst (1992, akt. Kay, 2002) bulgularıyla tutarlılık göstermektedir. Ev dışında çalışan annelerin sadece engelli çocuğa bakım vermek ve aile içindeki eş ve anne rolünün dışında başkaca rollere sahip olması ve ayrıca daha bağımsız olmayı temsil edebildiği; engelli çocuğa sürekli bakım

vermenin ve onunla ilgilenmenin verdiği yoğun stresten uzaklaşmak anlamına gelebileceği şeklinde yorumlanmıştır. Tüm bunların bir araya gelmesi çalışan annelerin otistik çocuklarıyla birlikte yaşamanın verdiği stresle ve duygusal yükle daha rahat başa çıkma mekanizmaları oluşturmalarını sağlamaktadır.

Araştırmanın beşinci amacı doğrultusunda eşin eğitim durumu değişkenine göre annelerin algılanan sosyal destek ve depresyon düzeyleri incelenmiş ve algılanan sosyal desteğin aile desteği alt boyutunda eşleri lise mezunu olan anneler eşleri niversite mezunu olan annelerden ($p<.01$) ve eşleri ilkokul mezunu olan annelerden ($p<.05$) daha düşük aile desteği algılamaktadır. Ayrıca eşleri ortaokul mezunu olan anneler de, eşleri niversite mezunu olan annelerden daha az ($p<.05$) aile desteği almaktadır.

Özel kişi desteği alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Arkadaş desteği alt boyutunda ise; eşleri lise mezunu olan anneler eşleri niversite mezunu olan annelerden daha az ($p<.01$) arkadaş desteği algılamaktadırlar.

Algılanan toplam sosyal destek de ise; eşleri lise mezunu olan anneler eşleri niversite mezunu olan annelerden ($p<.01$) ve eşleri ilkokul mezunu olan annelerden ($p<.05$) daha az toplam sosyal destek algılamaktadırlar.

Araştırmanın bir diğer sonucu ise eşleri lise mezunu olan annelerin eşleri niversite ve ilkokul mezunu olan annelerden daha yüksek ($p<.01$) depresyon puanlarına sahip olmasıdır.

Araştırmanın beşinci amacı için yapılan işlemlerde sadece özel kişi alt leği dışında eşleri lise mezunu olan annelerin daha az sosyal destek algıladıkları ve yüksek depresyon skorlarına sahip oldukları görülmektedir. Araştırmamızın bu sonuçları literatürdeki araştırmalarla karşılaştırıldığında tutarlılık göstermemektedir. Beşikçi (2000) yaptığı araştırmada otistik çocuğa sahip olan annelerden eşleri ilkokul mezunu olanların daha yüksek depresyon skorlarına sahip olduğunu belirtmiştir.

Bizim araştırmamızdaki bu durumun örneklemin kendi yapısından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Araştırmamızın altıncı amacının sonuçları ise şoyledir;

Aile desteği alt leğine göre; aylık gelirleri 2 milyar ve üstü olan anneler diğer gelir grubundaki annelerden daha yüksek aile desteği ($p < .05$) algılamaktadır.

Özel kişi desteği alt ölçeğinde; aylık aile gelirleri 2 milyar ve üstü olan anneler diğer gelir grubundaki annelerden daha yüksek özel kişi desteği ($p < .01$) algılamaktadır.

Arkadaş desteği alt ölçeğinde; aylık aile gelirleri 2 milyar ve üstü olan anneler diğer gelir grubundaki annelerden daha yüksek arkadaş desteği ($p < .01$) algılamaktadır.

Toplam sosyal destekte ise; aylık aile gelirleri 2 milyar ve üstü olan anneler diğer gelir grubundaki annelerden daha yüksek toplam sosyal destek ($p < .01$) algılamaktadır. Bu bulgular zkan'nın (2002) maddi gelirin sosyal desteği yordamadığı yönündeki bulgularıyla tutarlılık göstermemektedir.

Daha yüksek gelire sahip olan annelerin, ekonomik bakımdan daha rahat hareket ettikleri ve bu nedenle sosyal ağlarını daha geniş tutabildikleri ve sosyal ağın geniş olmasından kaynaklı çok kaynaklı sosyal desteğin daha yüksek bir algıya dönüştüğü şeklinde düşünülmüştür. Ayrıca ekonomik olarak daha düşük gelire sahip olmanın, otistik çocuğun getirdiği maddi yükü karşılamada anneleri g duruma düşürdüğü ve bu durumunda annelerin algılarını da etkilediği yönünde düşünülebilir.

Depresyon puanlarında ise; aylık aile gelirleri 2 milyar ve üstü olan annelerin aylık gelirleri 1 milyar ve altı olan anneler ($p < .01$) ile aylık gelirleri 1-2 milyar arası olan annelerden ($p < .05$) daha düşük depresyon puanlarına sahiptirler.

Depresyon puanlarının da aylık gelirleri yüksek olan annelerde düşük çıkması maddi olarak daha rahat hareket etme imkanının annelerinin çocuğun bakımı için gerekli maddi yükü karşılamada bir rahatlık sağladığı ve bununda depresyon puanlarına etki ettiği şeklinde yorumlanmıştır.

Araştırmanın yedinci amacına uygun olarak çocuk sayısı değişkenine göre annelerin algıladıkları sosyal destekleri ve depresyon düzeyleri karşılaştırılmıştır. Buna göre;

Aile ve özel kişi desteği alt ölçeklerinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Arkadaş desteği alt ölçeğinde ise; iki çocuğa sahip olan anneler, tek çocuğa sahip olan anneler ($p < .01$) ile dört ve daha fazla çocuğa sahip olan annelerden ($p < .05$) daha fazla arkadaş desteği algılamaktadırlar.

Toplam sosyal destek puanlarında ise; iki çocuk sahibi olan anneler tek çocuk sahibi olan annelerden daha fazla ($p < .05$) sosyal destek algılamaktadırlar.

Depresyon puanları ise anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

Bu bulgular; Sipahi'nin (2002) çocuk sayısı değişkenin tek başına annelerin depresyon düzeylerini yordamadığı yönündeki bulgusuyla tutarlılık göstermektedir.

Araştırmanın sekizinci amacına uygun olarak otistik çocuğun doğum sırasına göre annelerin algıladıkları sosyal destek ve depresyon düzeyleri karşılaştırılmıştır. Buna göre; algılanan sosyal destek toplam ve tüm alt boyutlarında ve depresyon puanları anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

Araştırmanın dokuzuncu amacına uygun olarak otistik çocuğun yaşı değişkenine göre annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve depresyonları karşılaştırılmıştır. Buna göre; annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri toplam ve tüm alt boyutlarda ve depresyon düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Bu bulgular; Kay (2002), Özkan (2002), Dyson (1997), Herman ve Marcenko (1997), Akkök (1989) bulgularıyla tutarlılık göstermektedir. Ancak bazı araştırma bulguları ise çocuğun yaşının annenin depresyon düzeyini etkilediği yönündedir (Kaner 2001; Beckman, 1983, Orr ve arkadaşları 1993). Bizim araştırmamızda çocuğun yaşıyla anne depresyonu arasında ilişki çıkmaması, araştırmaya katılanların yaş ranjının sınırlı olmasıyla (3,4,5 ve 6) açıklanabilir. Araştırmaya katılan çocuklar okul öncesi dönem çocuklarıdır. Her ne kadar her dönemin kendine özgü sorunları

olsada okul öncesi dönemdeki tüm bireyler çocuk olarak görülmekte ve bu dönemdeki gelişimsel problemler, davranış problemleri vb. şeyler aile ve toplum tarafından daha kabul edilebilir görülmektedir. Ancak ilerleyen yaşlarda ortaya çıkan aynı problemler ve başkaca eklenen problemlerin (ergenlik sorunları, okul problemleri, iş vb) kabulü aile ve toplum tarafından zor olabilmektedir. Bu nedenle araştırmaya katılan çocukların yaş ranjının dar olması, toplumsal ve aile kabulü ile açıklanabilir.

Araştırmanın onuncu amacına uygun olarak otistik çocuğun cinsiyeti değişkenine göre annelerin algıladıkları sosyal destek ve depresyon puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre; annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri toplam ve alt boyutları ile depresyon düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Bu bulgular; Özkan (2002), Fırat (2000), Kay (2002), Bailey ve ark. (1999), Dyson (1997), Gowen ve arkadaşları (1989), Akkök (1989), İnami ve diğerleri (akt. Akkök, 1989) bulgularıyla tutarlılık göstermektedir. Bu durum çocukların cinsiyetlerinin farklı olmasına rağmen gelişimsel olarak benzer özellikleri göstermeleriyle ve ailelerin cinsiyeti dikkate almadan öncelikli olarak çocuklarının temel gereksinimlerine odaklandıkları şeklinde açıklanabilir. Araştırmacılar çocuğun cinsiyetinden daha çok bakım güçlüğü'nün (Beckman,1983), çocuğun bakımı için gerekli zamansal kaynağa ilişkin annenin algısının (Herman ve Marcenko, 1997), çocuğun yeterlik ve davranış problemlerinin düzeyinin (Sloper ve ark., 1991), stres, yaşam doyumu ve depresyon düzeyiyle daha ilişkili olduğunu belirtmektedir.

Araştırmanın on birinci amacına uygun olarak otistik çocuğu ilk kimin fark ettiği değişkenine göre annelerin algıladıkları sosyal destek ve depresyon puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre; annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri toplam ve tüm alt boyutlarda otistik çocuğu ilk kimin fark ettiği değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

Depresyon puanları ise toplamda farklılaşmaktadır ($p<.05$). Ancak gruplar arasında herhangi bir fark görülmemiştir.

Araştırmanın on ikinci amacına uygun olarak otistik çocuğa tanı konulma süresi değişkenine göre annelerin algıladıkları sosyal destek ve depresyon puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre; annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri toplam ve alt boyutları ile depresyon düzeyleri, tanı konulma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Bu bulgular Esenler'in (2001) bulgularıyla tutarlılık göstermektedir.

Bu durum tanı konulmanın üstünden geçen zamanının ya da içinde bulunulan duruma alışmanın annelerin depresyonlarını etkilemediği şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmamızın bu bulgusu Beşikçi'nin (2000) tanısı yeni konmuş otistik çocuk annelerinin tanısı daha önceden konmuş otistik çocuk annelerine göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bulgusuyla tutarlılık göstermemektedir. Bu durum araştırmamızda yaş ranjının dar olmasıyla açıklanabilir.

Araştırmanın on üçüncü amacına uygun olarak çocuğa doğum itibaren kimin baktığı değişkenine göre annelerin algıladıkları sosyal destek ve depresyon puanları karşılaştırılmıştır.

Aile desteği alt ölçeğinde; çocuklarına yalnız bakan anneler, çocuklarına aile büyükleri ve bakıcı tarafından bakılan anneler ($p<.01$) ile çocuklarına anne-baba birlikte bakan annelerden ($p<.05$) daha düşük aile desteği algılamaktadırlar. Ayrıca çocuklarına anne-baba birlikte bakan anneler, çocuklarına aile büyükleri tarafından bakılan annelere göre daha az ($p<.05$) aile desteği algılamaktadırlar.

Özel kişi alt ölçeğinde; çocuklarına yalnız bakan anneler, bakıcı yardımı alan annelerden ($p<.01$) ve çocuklarına anne-baba birlikte bakan annelerden ($p<.05$) daha düşük özel kişi desteği algılamaktadır. Yine çocuklarına anne-baba birlikte bakan anneler ile çocuklarına aile büyükleri tarafından bakılan annelerin, çocuklarına bakıcı tarafından bakılan annelerden daha düşük ($p<.01$) özel kişi desteği algılamaktadır.

Arkadaş desteği alt boyutunda; çocuklarına yalnız bakan anneler, çocuklarına bakıcı tarafından bakılan annelerden ($p<.01$) ve çocuklarına anne-baba birlikte bakan ve aile büyükleri tarafından bakılan annelerden daha düşük ($p<.05$) arkadaş desteği algılamaktadır.

Algılanan toplam sosyal destek de ise; çocuklarına yalnız bakan anneler, çocuklarına bakıcı tarafından bakılan annelerden ($p<.01$) ve çocuklarına anne-baba birlikte bakan ve aile büyükleri tarafından bakılan annelerden daha düşük ($p<.05$) toplam sosyal destek algılamaktadır. Ayrıca çocuklarına anne-baba birlikte bakan anneler, çocuklarına bakıcı tarafından bakılan annelerden daha düşük ($p<.05$) toplam sosyal destek algılamaktadır.

Çocuklarına yalnız bakan annelerin algılanan sosyal desteğin toplam ve tüm alt boyutlarında en düşük puanlara sahip oldukları görülmektedir. Bu durum çocuğa tek başına bakmanın getirdiği yükün anneyi sosyal destek alabileceği kaynaklardan uzaklaştırdığı şeklinde yorumlanmıştır. Araştırmadan çıkan bir diğer sonuç ise çocukları bakıcı tarafından büyütülen annelerin aile desteği dışında kalan bütün desteklerde, diğer annelerden daha yüksek destek algılıyor olmalarıdır. Bu durum çocuklarına bakıcı tarafından bakıldığında, annelerin sosyal destek kaynaklarına daha rahat ulaştıkları şeklinde yorumlanmıştır.

Depresyon puanlarında ise; çocuklarına yalnız bakan anneler, çocuklarına anne-baba birlikte ve bakıcı tarafından bakılan annelerden ($p<.01$) ve çocuklarına aile büyükleri tarafından bakılan annelerden ($p<.05$) daha yüksek depresyon belirtileri göstermektedir. Ayrıca, çocuklarına anne-baba birlikte bakan annelerde, çocuklarına bakıcı tarafından bakılan annelerden daha yüksek ($p<.05$) depresyon belirtileri göstermektedir.

Algılanan sosyal destekte olduğu gibi depresyon belirtilerinde de çocuklarına yalnız bakan anneler diğer tüm gruplardan daha yüksek depresyon belirtileri göstermektedir. Otistik çocuğa tek başına bakım veren anneler yaşanan stresi çoğu zaman tek başına karşılamakta ve tek başına çözüm üretmek zorunda kalmaktadır. Ayrıca sürekli olarak tek başına bakım vermek annenin stresli olan

aile ortamından uzaklaşmasını ve duygusal olarak rahatlamasını engellemektedir. Sürekli olarak bakım vermek bir süre sonra anneyi yoğun stres durumu altında bırakmakta ve duygusal olarak yıpranan anneler daha yüksek depresyon belirtileri göstermektedir.

Araştırmanın on dördüncü amacına uygun olarak çocuğun şuan bakıcısı olup olmaması değişkenine göre algılanan sosyal destek ve depresyon düzeyleri karşılaştırılmıştır. Buna göre; otistik çocuklarının bakıcısı bulunan anneler daha yüksek aile desteği, özel kişi desteği, arkadaş desteği ve toplam destek ($p<.01$) algılamaktadırlar. Bu bulgular araştırmanın on üçüncü amacıyla paralellik göstermekte ve bakıcı desteği alan annelerin sosyal destek kaynaklarına daha rahat ulaşabildikleri şeklinde ve sunulan desteği daha rahat algılayabildikleri şeklinde yorumlanmıştır.

Araştırmanın bir diğer bulgusu bakıcı yardımı alan annelerin daha düşük ($p<.01$) depresyon belirtileri gösterdiği'dir. Bu bulgu Fırat'ın (2000) bakıcısı olmayan annelerde ruhsal bozukluk belirtilerine daha fazla rastlandığı ve depresyon puanlarının yükseldiği bulgusuyla ve Bristol'un (1980) resmi ve resmi olmayan kurumlardan yardım alan annelerin daha düşük kaygı yaşadıkları, bulgularıyla tutarlılık göstermektedir. Bu bulgu ayrıca araştırmanın on üçüncü bulgusuyla da tutarlılık göstermektedir. Annelerin bakıcı yardımı alması onları stresli ortamdan uzak tutmakta veya stresi paylaşmalarını sağlamakta bu durumda duygusal olarak yıpranmalarını engellemekte ve daha düşük depresyon belirtileri göstermektedirler.

Araştırmanın on beşinci amacına uygun olarak annelerin otistik çocuklarının otizm derecesini algılamaları değişkenine göre algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve depresyonları karşılaştırılmıştır. Buna göre;

Aile desteği alt ölçeğinde; çocuklarını ağır ve orta otistik olarak nitelendiren anneler çocuklarını hafif otistik olarak nitelendiren annelerden daha düşük ($p.05$) aile desteği algılamaktadırlar.

Özel kişi desteğinde anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Arkadaş desteği alt ölçeğinde; çocuklarını orta derecede otistik olarak nitelendiren anneler, çocuklarını hafif otistik olarak nitelendiren annelerden daha düşük ($p<.01$) arkadaş desteği algılamaktadır.

Algılanan toplam sosyal destek de ise; çocuklarını orta derecede otistik olarak nitelendiren anneler, çocuklarını hafif otistik olarak nitelendiren annelerden daha düşük ($p<.01$) toplam sosyal destek algılamaktadır. Bu bulgular otistik çocuğun anne üzerindeki algısının önemli olduğunu göstermektedir. Çocuklarını hafif olarak algılamak annelerin sosyal destek sistemlerindeki bağlarını diğer gruptaki annelere göre korumakta ve destek kaynaklarına daha rahat ulaşmalarını veya sunulan desteği daha rahat algılamalarını sağlamaktadır.

Depresyon puanlarında ise; çocuklarını orta derecede otistik olarak nitelendiren anneler, çocuklarını hafif derecede otistik olarak nitelendiren annelerden daha yüksek ($p<.01$) depresyon belirtileri göstermektedir. Bu bulgular, Blacher, Nihira ve Meyers'in (1978, akt. Akkök, 1989) çocuğun özür derecesi arttıkça, ailenin kaygı ve endişe düzeyinin arttığı, Akkök'ün (1989) çocukların anneye bağımlılıkları arttıkça annelerin kaygı ve endişe düzeylerinin arttığı, Bristol'un (1980), çocukların bağımlılık derecesinin ailedeki kaygıyı yordadığı, Koegel ve arkadaşlarının (1992) otistik çocukların IQ seviyeleri düştükçe ve bağımlılıkları arttıkça annelerin kaygı durumlarının arttığı, Beckman-Bell'in (1980, akt. Akkök, 1989) özürün derecesi arttıkça kaygı ve endişe düzeyinin arttığı yönündeki bulgusuyla tutarlılık göstermektedir.

Özürün derecesi veya algısı arttıkça ailenin ona göstermesi gereken bakım ve işler artmakta, bu da kaygı ve endişeyi arttırıp depresyon skorlarının yükselmesine sebep olabilmektedir. Aynı şekilde çocuğa daha fazla bakım vermek veya böyle yaptığını hissetmek, anneyi daha fazla çocuğuyla ilgilenmeye zorunlu kılmakta ve başkalarıyla geçirilen zaman süresi azalmakta ve sosyal destekte düşmektedir. Bu durum da depresyon skorlarının yükselmesine bir neden olabilir.

Araştırmamızda çocuklarının otizm derecesini ağır olarak nitelendiren annelerle hafif olarak nitelendiren anneler arasında ise istatistiksel olarak anlamlı

bir fark çıkmaması literatürle uyuşmamaktadır. Ancak yapılan istatistik analizlere bakıldığında (Tablo 4.55a), çocuklarını orta derece otistik olarak nitelendiren annelerle çocuklarını ağır derece otistik olarak nitelendiren annelerin aynı sıralar ortalamasına sahip oldukları görülmektedir. Çocuklarını orta derece otistik olarak nitelendiren annelerle çocuklarını hafif olarak nitelendiren anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı ($P<.01$) fark çıkmasına rağmen, çocuklarını ağır olarak nitelendiren annelerle hafif olarak nitelendiren anneler arasında fark çıkmaması, çocuklarını ağır olarak nitelendiren annelerin örnekleme düşük sayıda ($N=22$) yer almasıyla açıklanabilir.

Araştırmanın on altıncı amacına uygun olarak annelerin algıladıkları sosyal destek düzeylerine göre depresyon puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre;

Aile desteği, özel kişi desteği, arkadaş desteği ve toplam sosyal destek ile depresyon puanları arasında .01 düzeyinde anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır. Tüm alt testlerde ve toplamda, destek arttıkça depresyon puanları düşmektedir. Bu bulgular Sheppard'ın (1993); annelerin depresyonunun düşük sosyal destek düzeyiyle ilişkili olduğu, Follet ve arkadaşlarının (1999); sosyal destek ihtiyacı arttıkça depresyon seviyesinin arttığı, Yuk-ki Chen ve So-kum Tang (1997); sosyal desteğin annelerin yaşadıkları olumsuz stresin etkilerini azalttığı, Quittner ve arkadaşları (1990) annelerin yaşadıkları depresyonunun ve stres belirtilerinin düşük sosyal destekle ilişkili olduğu, Gowen ve arkadaşları (1989) annelerin depresyonunu yordayan değişkenin sosyal destek olduğu, Dunst ve arkadaşları (1986); annelerin duygusal fiziksel sağlıklarının, onlara sağlanan sosyal destekle ilişkili olduğu, Ralpmund ve Moore (2000); sosyal destek yokluğunun depresyona neden olabileceği, Özkan'ın (2002); annelere sunulan sabit sosyal desteğin depresyonu yordadığı, DeMeyer'in (1977, akt. Beşikçi, 1993) aileden ve arkadaştan izole olmanın anne-babaların yaşam stresini etkilediği, Örsal'ın (1998) algılanan sosyal destek ile umutsuzluk arasında ters yönlü bir ilişkinin olduğu yönündeki bulgularıyla tutarlılık göstermektedir.

Özellikle annenin, içinde bulunduğu çevre tarafından suçlandığı, daha az kabul gördüğü ve soyutlandığını hissettiği durumlarda, algılanan duygusal desteğin azaldığı ve buna bağlı olarak yaşanan duygusal tükenmişlikle beraber engelli çocuk annelerinde depresyon olasılığının arttığı belirtilmektedir (Duygun, 2001; Quittner ve Ark., 1990).

Öneriler

Araştırmanın sonuçları ışığında şu öneriler getirilmiştir:

1. Aylık gelirleri 2 milyar ve üstü olan annelerin algıladıkları sosyal destekleri yüksek, depresyon düzeyleri ise düşük bulunmuştur. Gelir miktarının yüksek olması sosyal destek algısını ve depresyon puanlarını etkilemektedir. Bu nedenle engelli çocuğa sahip ailelere sunulan eğitim hizmetlerinin dışında, maddi destek yardımı da devlet tarafından sunulmalıdır.
2. Araştırmanın bir diğer bulgusu çocuklarına doğumdan itibaren bakıcı tarafından bakılan ve şuan bakıcısı olan çocuk annelerinin daha yüksek sosyal destek algıladığı ve daha düşük depresyon puanlarına sahip olduğuydu. Bu nedenle ailelere sunulan hizmetlerde mutlaka annelerin bakım yüklerini hafifletici önlemler alınmalıdır. Bununla diğer ülkelerdeki uygulaması ev eğitimcileri ve bakıcı yardımlarıdır. Engelli çocuğa sahip olan ailelere devlet tarafından bakıcı yardımı sağlanmalıdır.
3. Yüksek sosyal destek algısının depresyon puanlarını düşürdüğü görülmektedir. Engelli aileleriyle çalışan uzmanların ailelerin sosyal destek sistemlerini harekete geçirici ve güçlendirici çalışmalarının bu ailelere sunulan psikolojik destekte önemli bir yere sahip olacağı düşünülmektedir. Aynı şekilde ailelere sosyal destek sistemlerinin tanıtılması da ailelerin bu sistemlere kolay ulaşmasını sağlayacaktır.

İlerde yapılması planlanan araştırmalar içinde aşağıdaki öneriler getirilmiştir:

1. Araştırmaya katılan çocukların yaş ranjı sınırlıdır. İlerdeki araştırmalar için bebeklik, okul öncesi, okul çağı ve erişkinlik dönemlerini kapsayan bir grup anneyle

alışılarak ocukların değişik yaş dönemlerinde anneleri nasıl etkilediğine bakılabilir.

2. Araştırmaya tüm aile yeleri katılarak engelli çocuğun ailedeki diğer yeleri nasıl etkilediği incelenebilir.

3. Araştırma boylamsal bir çalışma şeklinde yapılarak zamanın ve değişik yaşam olayların ailedeki etkileri incelenebilir.

KAYNAKÇA

Akkök, F. (1994). Özürlü Bir Çocuğa Sahip Anne Babaların Benlik Kavramlarına İlişkin Bir Ön Çalışma. **Özel Eğitim Dergisi** 1(4), 10-22

Akkök, F. (1989). Özürlü Bir Çocuğa Sahip Anne Babaların Kaygı Ve Endişe Düzeyini Ölçme Aracının Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. **Psikoloji Dergisi** 7 (23), 26-39

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

Akyüz, A. (2004). **Huzurevi ve Evde Yaşayan Yaşlıların, Yalnızlık ve Depresyon Düzeyleri ile Sosyal Destek Sistemleri Açısından Karşılaştırılması**. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Alper, Y. (1999). **Bütün Yönleriyle Depresyon**. İstanbul: Gendaş A.Ş.

American Psychiatric Association (APA).(2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (Fourth Edition) Text Revision**. Washington D.C.

Aorons, M., & Gittens, T. (1992). **The Handbook of Autism**. Routledge Publication Britain .

Aşkın, R. (1999). **Depresyon El Kitabı**. İstanbul: Roche.

Aydoğan, A. (1999). **Özürlü Çocuğa Sahip Anne Babaların Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi**. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Doktora Tezi.

Baltaş, Z. (2000). **Sağlık Psikolojisi:Halk Sağlığında Davranış Bilimleri**. İstanbul: Remzi Kitapevi.

Batgün, A.D. (2001). Depresyonda Bilişsel Davranışçı Terapiler. **Türk Psikologlar Bülteni** 7 (20), 16-31.

Beckman, P. J. (1983). Influence of Selected Child Characteristics on Stress in Families of Handicapped Infants. **American of Mental Deficiency**, 88(2), 150-156.

Beşikçi, H. (2000). **Otistik Olan ve Olmayan Normal Çocuklara Sahip Anne-Babaların Kaygı Düzeyleri ve Aile Yapıları**. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Bıyıklı, L. (1989). Özürlü Çocuk, Toplum ve Aile. **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi** 22(2), 633-641.

Bouma, R., & Smith, R. (1990). The Impact of Chronic Childhood Illness on Family Stress: A Comparison Between Autism and Cystic Fibrosis. **Journal of Clinical Psychology**, 46(6),722-730

Bright, R.J. & Hayward, P. (1997). Dealing With Chronic Stress: Coping Strategies, Self-Esteem and Service Use in Mothers of Handicapped Children. **Journal of Mental Health**, 6(1), 67-75

Bristol, M.M. & Schopler, E. (1984). **A Developmental Perspective on Stress and Coping in Families of Autistic Children**. J. Blacher (Ed). Severely Handicapped Young Children and Their Families. Orlando, Florida: Academic Press.

Cantez, E., & İyidoğan. Z., (1990). **Oligofren Çocuğa Sahip Ailelerin Psikolojik Sorunları**. 5. Ulusal Psikoloji Kongresi Psikoloji Seminer Dergisi Özel Sayısı. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, İzmir.

Cohen, S. & Wills, T.A.,(1985). **Stress**, Social Support and The Buffering Hypothesis. **Psychol Bull** 98(2),310-357.

Çakır, Y. & Palabıyıköğlü, R. (1997). Gençlerde Sosyal Destek, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması. **Kriz Dergisi**, 5(1), 15-24

Darıca, N., Gümüştü-Tuş, Ş. & Pişkin-Abidoğlu, Ü. (2000). **Otizm ve Otistik Çocuklar**. İstanbul: Özgür Yayınları

Doğan, M., (2001). **İşitme Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Çeşitli Psikolojik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi**. Ankara Ünivesitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Dunst, C.J., Leet, H.E. & Trivette, C.M. (1998). Family Resources, Personal well-being and Earl İntervention. **The Journal of Special Education**, 22(1), 108-116

Dunst, C.J., Trivette, C.M. & Cross, A. (1986). Mediating İnfluences of Social Support: Personal, Family and Child Outcomes. **American Journal of Mental Deficiency**, 90(4), 403-417.

Dyson., L. L. (1993) Responce to the Presence of a Child with Disabilites: Parentall Stres and Family Functoning Over Time. Amercan **Journal on Mental Retardation**, 98(2), 207-218

Eker, D. & Arkar, H.(1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenirliğı. **Türk Psikologlar Dergisi**, 10(34), 45-55

Eker, D., Arkar, H. ve Yıldız, H (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliğı. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 12(1),17-25

Erden, G. & Akçakın, M. (2001). Otizmi Olan Çocuklar ve Kardeşlerinin Davranış Sorunları ve Kişilik Özellikleri Örüntüleri. **Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi** 8 (1), 2-10.

Erim, B. (2001). **Yetiştirme Yurtlarında ve Aileleri Yanında Yaşayan Ergenlerin, Benlik Saygısı, Depresyon ve Yalnızlık Düzeyleri ile Sosyal Destek Sistemleri Açısından Karşılaştırılması**. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Esenler, B.(2001). **Otizm veya Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Çocukların Annelerinin Stres Düzeylerinin Karşılaştırılması**. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Fazlıoğlu, Y. & Eşme, M. (2005). **Otizm**. Morpa Kültür Yayınları Ltd. Ş. İstanbul

Fırat, S. (2000). **Otistik ve Zihinsel Özürlü Çocukların Annelerinde Kaygı, Depresyon, Aleksitimi ve Genel Psikolojik Değerlendirme**. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Fıfılıoğlu, H., (1996). **Aile Tedavileri**. Ed.:Efser Kerimoğu. Ankara Üniversitesi Basımevi.

Frith, U. & Happe, F. (1996). **Autism: Beyond “theory of mind”**. Cognition 50: 115-132.

Frith, U., (1989). **Autism: Explaining the Enigma**.

Gowen, J.W., Johnson-Martin, N., Goldman, B.D. & Appelbaum, M. (1989). Feelings of Depression and Parenting Competence of Mothers of Handicapped and Nonhandicapped infants: a Longitudinal Study. **Amercan Journal on Mental Redartaion**, 94(3), 259-271.

Güleç, C. & Küey, L. (1989).Türkiye’de 1980’lerde Depresyon: Epidemiyolojik Ve Klinik Yaklaşımlar. **Nöropisikiyatri Arşivi, XXVII/ Özel Sayı: 17-28**.

Güvendeğer, N. (2004). Ailesinde veya İlk Çocuğunda Otistik Bozukluk Öyküsü Olan Çiftlerde Çocuk Sahibi Olma:Tavsiyeler ve Son Genetik Çalışmalar.**Yeni Symposium** 42(4),154-157

Herken, H., Turan, M., Şenol, S., & Karaca, S. (2000). Down Sendromlu Çocuğa Sahip Olan Anne-Babaların Depresyon Düzeyleri ve Depresyonla Başaçıkma Becerileri. **Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi**, 7 (3),143-152

Herman, S.E. & Marcenko, M.O. (1997). Perceptions of Services and Resources as Mediators of Deression Among Parents of Children with Developmental Disabilities. **Mental Retardation**, 35(6), 458-467.

Howlin, P. (1998). **Children With Autism and Asperger Syndrome**. John Wiley & Sons Ltd.

Kağıtçıbaşı, Çiğdem. (1981). **Çocuğun Değeri: Türkiye’de Değerler ve Doğurganlık**. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.

Kaner, S. (2001). **Zihinsel ve İşitme Engelli Çocukları Olan Ana-Babaların Algıladıkları Stres ve Sosyal Destek Düzeyleri**. Uluslararası Özel Eğitim Konferansı. Antalya.

Kargın, T. (1990). **Eğitsel Yaklaşımlı Aile Rehberliğinin İşitme Engelli Çocukların Sözel İletişim Becerilerine Etkisi**. Eğitim Bilimleri Birinci Ulusal Kongresi Bildirileri.

Kaygusuz, E., (1993). **Otistik ve Down Sendromlu Çocukların Annelerinde Depresyon ve Durumluk ve Sürekli Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi**. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Kazak, A. & Marvin, R.S.,(1984). Differences, Difficulties and Adaptation: Stress and Social Networks in Families With a Handicapped Child. **Family Relations**, 33, 67-77.

Klin, A., Volkmar, F.R., & Sparrow, S.S. (1992). Autistic Social Dysfunction: Some Limitations of the Theory of Mind Hypothesis. **Journal Child Psychology and Psychiatry**, 33(5), 861-876.

Koegel, R.L., Schreibman, L. & Loos, L.M. (1992). Consistent Stress Profiles in Mothers of Children with Autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 22(2),205-216.

Kokmaz, B. (2000a). **Pediatric Davranış Nörolojisi**. İstanbul: Emek Matbaacılık

Kokmaz, B. (2000b). **Yağmur Çocuklar**.Doğan Kitapçılık A.Ş.

Kokmaz,B. (2000c). Bir Sendrom, Bir Belirti, Bir Hastalık: Otizm. **Sendrom**. 12 (4), 43-58

Kokmaz,B. (2001). Otizm:Başlıca Davranış Sorunları ve Pratik Yaklaşım. **Yeni Symposium** 39(1), 26-34

Korkmaz Bülent (2001). **Psikolojik Danışma ve Rehberlik Öğrencilerinin Boyun Eğici Davranış ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi**. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Korkmaz, B. , Yalçınkaya, C. & Demirbilek, V. (1996). Otistik Regresyonda Klinik ve Labaratuvar Verileri. **Nörolojik Bilimler Dergisi** ,13 (1-2),61-67.

Köknel, Ö. (1989). **Depresyon: Ruhsal Çöküntü**. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.

Kuloğlu-Aksaz, N. (1991). Otistik ve Öğretilebilir Zihinsel Özürlü Çocukların Anne Babalarının Kaygı Düzeyleri. **Psikoloji Dergisi** 7(25), 14-20.

Küçüker, S. (1997). **Bilgi Verici Psikolojik Danışmanlık Programının Zihinsel Özürlü Çocukların Kardeşlerinin Özürlü İlgili Bilgi Düzeylerine ve Özürlü Kardeşlerine Yönelik Tutumların Etkisi**. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi.

Lord, C. & Paul, R.(1997). Language and Communication in Autisim. New York. s.s. 195-225

Miller, L.K. (1999). The Savant Syndrome: İntellectual İmpairment and Exceptional Skill. **Psychological Bulletin**,125 (1),31-46.

Morgan, S.B. (1988). The Autistic Child and Family Functioning: A Developmental Family Systems Persrective. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 18(2),263-280.

Norton, P. & Drew, C. (1994). Autism and Potential Family Stressors. **The American Journal of Family Therapy**, 22(1), 67-76.

Orr, R.R., Cameron, S. J., Dobson,L. A. & Day, D. M. (1993). Age-releated Cganges in Stress Experienced by Families with a Child Who Has Developmental Delays. **American Association on Mental Retardation**, 31(3), 171-176.

Örsal, Ö., (1998). **Eğitilebilir Zeka Engelli Çocuk Velilerinin Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyleri**. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Özkan, S., (2001). **Zihinsel Engelli ve Normal Çocuğa Sahip Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi**. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Özel Eğitim Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Öztürk, M.O.(1997). **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Pehlivantürk, B. (2004). Otistik Bozukluğu Olan Çocuklarda Bağlanma. **Türk Psikiyatri Dergisi** 15(1), 56-63.

Quine, L. & Pahl, J. (1991). Stress and Coping in Mothers Caring for a Child with Severe Learning Difficulties: A Test of Lazarus Transactional Model of Coping. **Journal of Community & Applied Social Psychology**, 1, 57-70.

Quittner, A.L, Glueckauf, R.L, & Jackson, D.N. (1990). Chronic Parenting Stress: Moderating Versus Mediating Effects of Social Support. **Journal of Personality and Social Psychology**, 59(6), 1266-1278.

Ralpmund, V. & Moore, C. (200). Women's Stories of Depression: A Constructivist Approach. **South African Journal of Psychology**, 30(2), 20-31.

Randall, P. & Parker, J. (1999). **Supporting the Families of Children with Autism**. John Wiley & Sons, LTD.

Ralpmund, V. & Moore, C. (2000). Women's Stories of Depression: A Constructivist Approach. **South African Journal of Psychology**, 30(2), 20-31.

Robinson, N.M. & Robinson, H.B. (1976). **The Mentally Retarded Child**.

Rodrigue, J.R., Morgan S.B., & Geffken, G.R. (1992). Psychosocial Adaptation of Fathers of Children with Autism, Down Syndrome, and Normal Development. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 22(2), 249-263.

Savaşır, I. & Senar, Y. (1996). **Depresyonun Bilişsel Davranışçı Tedavisi: Bilişsel Davranışçı Terapiler**. Ed: Işık Savaşır, Gonca Boyacıoğlu, Elif Kabakçı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. No:7

Savaşır, I. & Şahin, N.H. (1997). **Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler**. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:9.ss:26-27

Sheppard, M. (1993). Maternal Depression and Child Care: The Significance for Social Work and Social Work Research. **Adoption & Fostering**, 17(2) ss:10-16

Siegel, B. (1996). **The World Of The Autistic Child**. Oxford University Press. New York

Sipahi, Ö. (2002). **Down Sendromlu Çocuğa Sahip Annelerde Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması**. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.

Sloper, P., Knussen, C., Turne, S. & Cunningham, C. (1991). Factors Related to Stress and Satisfaction with Life in Families of Children with Down's Syndrome. **Journal of Psychology and Psychiatry**, 32(4), 655-676.

Soylu, Ö. (2002). **Üniversite Sınavına hazırlanan Öğrencilerin Ailelerinden Sosyal Destek Algılayıp–Algılamama Durumlarına Göre Psikolojik Belirtiler Yönünden İncelenmesi**. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Süleymanoğlu, Y. (2003). **Düzenli Olarak Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Hastaları ile Düzensiz Olarak Acilden Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının ve Normal Populasyonun Depresyon ve Sosyal Destek Açısından Değerlendirilmesi**. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Toros, F. (2002). Zihinsel veya Bedensel Engelli Çocukların Anne ve Babalarında Anksiyete, Depresyon ve Evlilik Uyumunun Değerlendirilmesi. **3 P Dergisi**, 10 (3).

Torun, A. (1995). **Tükenmişlik, Aile Yapısı ve Sosyal Destek İlişkileri Üzerine Bir İnceleme**. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Doktora Tezi.

Traustadottir, W. (1991). Mothers Who Care: Gender, Disability and Family Life. **Journal of Family Issues**, 12(2), 211-228.

Tuğrul, C. & Sayılğan, M. (1994). **Depresyonla Başa Çıkma Yolları**. Ankara : Türk Psikologlar Derneği Yayınları. No:1

Tunali, B. & Power, T.G. (1993). Creating Satisfaction: A Psychological Perspective on Stress and Coping in Families of Handicapped Children. **Journal Child Psychology and Psychiatry**, 34 (6), 945-957.

Türkbay, T. (2005). **Otizm**. [http:// www.gata.edu.tr/dahilibilimler/cocukruh/otizm_ders.htm](http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/cocukruh/otizm_ders.htm). Erişim Tarihi: 14.07.2005

Wolf, L.C., Noh, S., Fisman, S. N. & Speechley, M. (1989). Brief Report: Psychological Effects of Parenting Stress on Parents of Autistic Children. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 19(1), 157-166.

Yukay, M., (1998). **Down Sendromlu Çocuğa Sahip Ailelerle Yapılan Grupla Psikolojik Danışmanın Ailelerin Depresyon Düzeyleri ve Aile Yapıları Üzerine Etkisi**. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Yuk-ki Chen, T. & So-kum Tang, C. (1997). Stress Appraisal and Social Support of Chinese Mothers of Adult Children with Mental Retardation. **American Journal on Mental Retardation**, 101(5), 473-482.

Yüksel, N. (2001). **Ruhsal Hastalıklar**. Beşinci Basım. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi

EKLER

EK I Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

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

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

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

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

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

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

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

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

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

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

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

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

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

EK II Beck Depresyon Ölçeği

DIKKAT !

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçtiğiniz cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız. Bir grupta birden fazla cümle seçmeyiniz.

Seçiminizi yapmadan her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatlice okuyunuz.

- A. 0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum
1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum
2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım
3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum
- B. 0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim
1 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsarım.
2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3 Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbirşey düzelmeyecekmiş gibi geliyor
- C. 0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1 Çevremdeki bir çok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum
2 Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum
3 Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum
- D. 0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum
1 Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum
2 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor
3 Her şeyden sıkılıyorum
- E. 0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum
1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum
2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum
3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum

- F. 0 Kendimden memnunum
1 Kendi kendimden pek memnum değilim
2 Kendime çok kızıyorum
3 Kendimden nefret ediyorum
- G. 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum
1 Zayıf yanlarım ya da hatalarım için kendi kendimi eleştiririm
2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum
3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum
- H. 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum
2 Kendimi öldürmek isterdim
3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm
- İ. 0 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor
1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor
2 Çoğu zaman ağlıyorum
3 Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesemde ağlayamıyorum
- J. 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
- K. 0 Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim
1 Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum
2 Başkaları ile konuşmak, görüşmek istemiyorum
3 Hiç kimseyle konuşmak, görüşmek istemiyorum

- L. 0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum
1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum
2 Karar verirken eskisinekiyasla çok güçlük çekiyorum
3 Artık hiç karar veremiyorum
- M. 0 Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum
1 Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor
2 Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum
3 Kendimi çok çirkin buluyorum
- N. 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
- O. 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 uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum
- P. 0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum
1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum
2 Yaptığım hemen her şey beni yoruyor
3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum
- R. 0 İştahım her zamanki gibi
1 İştahım eskisi kadar iyi değil
2 İştahım çok azaldı
3 Artık hiç iştahım yok

- S. 0 Son zamanlarda kilo vermedim
1 İki kilodan fazla kilo verdim
2 Dört kilodan fazla kilo verdim
3 Altı kilodan fazla kilo verdim
() Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum
() Daha az yiyerek kilo vermeye çalışmıyorum

- T. 0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor
1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor
2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor
3 Sağlığım hakkında o kadar endişeleniyorum ki başka hiçbir şey düşünemiyorum

- U. 0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim
1 Cinsel konularla eskisinden daha az ilgileniyorum
2 Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgileniyorum
3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim

- V. 0 Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor
1 Cezalandırılılabileceğimi seziyorum
2 Cezalandırılmayı bekliyorum
3 Cezalandırıldığımı hissediyorum

EK III Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sevgili Anneler;

Otistik bir çocuğa sahip olmanın size yaşattığı sıkıntıları öğrenmek ve bunlara bağlı olarak ileriki araştırmalarda çözüm önerileri geliştirmek amacıyla bir çalışma yürütmekteyim. Aşağıdaki sorulara vereceğiniz dürüst cevaplar bu araştırmaya büyük katkı sağlayacaktır. Vereceğiniz cevaplar sadece bu araştırmada kullanılacak ve gizli kalacaktır. Bu nedenle kimlik bilgileriniz yer almayacaktır.

Lütfen soruları dikkatlice okuyunuz ve size en uygun cevabın başındaki numarayı daire içine alınız.

İlginiz ve yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Ertan GÖRGÜ
Marmara Üniversitesi
Eğitim Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

A. Yaşınız?

- (1) 24 yaş ve altı (2) 25-29 (3) 30-39 (4) 40 yaş ve üstü

B. Medeni durumunuz?

- (1) Evli (2) Boşanmış (3) Dul (Eşi ölmüş)

C. Eğitim durumunuz?

- (1) İlkokul mezunu (2) Ortaokul mezunu
(3) Lise mezunu (4) Yüksekokul / Üniversite mezunu

D. Ev dışında bir işte çalışıyor musunuz?

- (1) Evet (2) Hayır

E. Eşinizin eğitim durumu nedir?

- (1) İlkokul mezunu (2) Ortaokul mezunu
(3) Lise mezunu (4) Yüksekokul / Üniversite mezunu

F. Ailenizin aylık toplam geliri ne kadar?

- (1) 1 milyar ve altı (2) 1 milyar- 2milyar arası (3) 2 milyar üstü

G. Kaç çocuğunuz var?

- (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ve üstü

H. Otistik çocuğunuz doğum sırasına göre kaçınıcı çocuk?

- (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ve üstü

İ. Otistik çocuğunuzun yaşı?

- (1) 3 (2) 4 (3) 5 (4) 6

J. Otistik çocuğunuzun cinsiyeti ?

- (1) Kız (2) Erkek

K. Çocuğunuzun otistik olduğunu ilk kim farkettti?

- (1) Anne (2) Baba (3) Doktor, pedegog vb. (4) Aile büyükleri, komşu vb.

L. Otistik çocuğunuza otizm tanısı konulalı kaç yıl oldu?

- (1) 1 yıldan az (2) 1-2 yıl arası (3) 2-3 yıl arası (4) 3-4 yıl arası
(5) 4-5 yıl arası (6) 5-6 yıl arası (7) 6-7 yıl arası

M. Otistik çocuğunuza doğumdan itibaren kim baktı?

- (1) Anne (2) Anne ve baba birlikte (3) Aile büyükleri (4) Bakıcı

N. Otistik çocuğunuzun şu anda bir bakıcısı var mı?

- (1) Evet (2) Hayır

O. Sizce çocuğunuzun otizm derecesi nedir?

- (1) Ağır (2) Orta (3) Hafif