

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUĞA SAHİP
ANNELERİN VE NORMAL GELİŞİM GÖSTEREN ÇOCUĞA
SAHİP ANNELERİN DEPRESYON DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**
Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Aysu FIRINCI

İstanbul, 2017

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUĞA SAHİP
ANNELERİN VE NORMAL GELİŞİM GÖSTEREN ÇOCUĞA
SAHİP ANNELERİN DEPRESYON DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**
Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Aysu FIRINCI

Öğrenci No:
140790014

Danışman:
Yrd. Doç. Dr. Filiz Şükrü GÜRBÜZ

İstanbul, 2017

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Normal Gelişim Gösteren Çocuklara Sahip Annelerin Depresyon Düzeyleri ve Otizm Spekturm Bozukluğu Olan Çocuklara Sahip Annelerin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi**” başlıklı bu çalışmamın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 06.04.2017

Aysu FIRINCI

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ,
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

6. / 4. / 2017

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim Dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **140790014** numaralı **Aysu FIRINCI**'nin "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuğa Sahip Annelerin ve Normal Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Annelerin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 14.03.2017 tarih ve 2017/10 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (45) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Filiz ŞÜKRÜ GÜRBÜZ
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Esengül KAYAN
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE

Doç. Dr. Muhammed AYAZ
(İstanbul Arel Üniversitesi)



TEŐEKKÜR

Tez alıőması boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaşarak her konuda yardımcı olan saygı değer hocam Yrd. Doç. Dr. Filiz Őukr Gürbüz'e teőekkür ederim.

Bana karşı desteklerini hiç bir zaman esirgemeyen ve her zaman yanımda olan aileme, özellikle de annem Aysel Fırınacı'ya sonsuz teőekkür ederim.



Adı ve Soyadı : Aysu FIRINCI
Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Filiz Şükrü GÜRBÜZ
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2017
Alanı : Klinik Psikoloji
Anahtar kelimeler : Otizm Spektrum Bozukluğu, Depresyon

ÖZ

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARA SAHİP ANNELERİN VE NORMAL GELİŞİM GÖSTEREN ÇOCUĞA SAHİP ANNELERİN DEPRESYON DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırmanın amacı; Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların annelerinin ve normal gelişim gösteren çocuğa sahip annelerin depresyon düzeyinin incelenmesidir. Normal gelişim gösteren çocukların annelerindeki depresyon düzeyi ile otizm spektrum bozukluğa sahip çocukların annelerinin depresyon düzeyi belirlenecek ve karşılaştırılacaktır.

Araştırmanın örneklemini, İstanbul ilinde Ataşehir’de bir gelişim merkezinde terapi gören ve otizm spektrum bozukluğu olan 50 çocuğun annesi ve Ataşehir ve çevresinde bulunan, normal gelişim gösteren 50 çocuğun annesi olmak üzere toplam 100 kişiden toplanan veriler ile sınırlıdır. Araştırmada , Beck tarafından geliştirilmiş olan Beck Depresyon Ölçeği kullanılmış ve katılan annelerin depresyon düzeyleri Beck Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Otistik çocuğu olan annelerin ve normal gelişim gösteren çocukların annelerinin sosyodemografik özelliklerini öğrenebilmek üzere, araştırmacının geliştirmiş olduğu “Sosyodemografik Bilgi Formu”ndan faydalanılmıştır. Ulaşılan istatistiksel analizlere göre otistik spektrum bozukluğu olan çocuğa sahip anneler ve normal gelişim gösteren çocuğa sahip annelerin depresyon seviyeleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Araştırmanın sonuçları ile ulaşılan bulguların, literatür ile tutarlı olup olmadığı ve sonuçları etkileyebilecek diğer değişkenler tartışılmış ve bir takım önerilerde bulunulmuştur.

Name and Surname : Aysu FIRINCI
Supervisor : Asst. Prof. Dr. :Filiz Şükrü GÜRBÜZ
Degree and Date : Master, 2017
Major : Clinical Psychology
Key Word : Depression, Autism Spectrum Disorder.

ABSTRACT

EXAMINATION OF DEPRESSION LEVELS OF MOTHERS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER AND MOTHERS WITH NORMAL DEVELOPMENT

The purpose of this research is to examine the depression level of children with autism spectrum disorder and mothers with normal development. The level of depression in mothers of normally developing children and the depression level of mothers' children with autism spectrum disorder will be determined and compared.

The sample of the study is limited to a total of 100 subjects, including 50 of the children with autism spectrum disorder who were treated at a development center in Ataşehir in Istanbul and the mother of 50 children with normal development in and around Ataşehir. The Beck Depression Scale developed by Beck (1961) was used in the study and depression levels of the participating mothers were assessed by the Beck Depression Scale. The "Sociodemographic Information Form" developed by the researcher was used to obtain sociodemographic information of the mothers of autistic children and the mothers of normal development children. According to statistical analysis, there was no significant difference between the depression levels of the mother with the child with autism spectrum disorder and the mother with the normal developmental child. Coherence of the findings with the literature and other variables that may have an effect on the results were discussed and various suggestions were presented.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZ	i
ABSTRACT	ii
TABLolar LİSTESİ	v

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
1.2. Problem.....	2
1.2.1. Alt Problemler.....	2
1.3. Hipotez.....	2
1.4. Sayıtlılar.....	3
1.5. Sınırlılıklar.....	3
1.6. Araştırmanın Gerekçesi ve Önemi	3
1.7. Tanımlar.....	4

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Otizm Spektrum Bozukluk Tanımı ve Belirtileri	5
2.1.1. DSM V E Göre Otizm Açılımı Kapsamında Bozukluk.....	5
2.2. Otistik Spektrum Bozukluğuyla İlişkili Durumlar	6
2.2.1. Genel Öğrenme Güçlükleri	6
2.2.2. Başka Nörolojik Durumlar.....	7
2.3. Otizmin Nedenleri	7
2.3.1. Psikojenik Teori	7
2.3.2. Davranışsal Teori	7
2.3.3. Organik Teori.....	8
2.4. Depresyon.....	8
2.4.1. DSM-V e Göre Tanı Ölçekleri.....	9
2.4.2. Depresyonun Kuramları	10
2.4.2.1. Psikanalitik Kurama Göre Depresyon.....	10
2.4.2.2. Davranışçılık Kurama Göre Depresyon	10

2.4.2.3. Varoluşçu Kurama Göre Depresyon	11
2.4.3. Depresyonun tedavisi	11
2.4.3.1. Psikoterapi	11
2.4.3.2. Bilişsel Davranışçı Terapi	11
2.4.3.3. Psikoanalitik Terapi	12
2.4.3.4. İlaçla Tedavi	12
2.5. Kadın ve Depresyon	13
2.5.1. Kadınlarda Depresyonun Sık Görülme Sebepleri	14

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

METHOD

3.1. Araştırma Modeli	16
3.2. Evren ve Örneklem	16
3.3. Veri Toplama Araçları	16
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	16
3.3.2. Beck Depresyon Ölçeği	17
3.3.3. Verilerin İstatistiksel Analizi	17
3.4. Bulgular ve Yorumlar	18
3.5. Tartışma	37
SONUÇ ve ÖNERİLER	43
KAYNAKÇA	44
EKLER	48
Ek-1: Beck Depresyon Ölçeği	48
Ek-2: Sosyodemografik Bilgi Formu	52
ÖZGEÇMİŞ	54

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1. Gruplara Göre Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı	18
Tablo 2. Soygeçmiş ve Aileye İlişkin Özellikler	21
Tablo 3. Gruplar Arasında Depresyon Puanları	24
Tablo 4. Gruplar Arasında Depresyon Düzeyleri Dağılımı	25
Tablo 5. Gruplar Arasında Depresyon Düzeylerinin Analizi	26
Tablo 6. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Çocuğun Yaşı Değişkenine Göre Dağılımı.....	26
Tablo 7. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Öğrenim Düzeyi Değişkenine Göre Dağılımı .	27
Tablo 8. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Çalışma Durumu Değişkenine Göre Dağılımı .	27
Tablo 9. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Medeni Durum Değişkenine Göre Dağılımı ...	28
Tablo 10. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Dağılımı	28
Tablo 11. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Sosyo Ekonomik Durum Değişkenine Göre Dağılımı	29
Tablo 12. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Göç Durumu Değişkenine Göre Dağılımı	29
Tablo 13. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Aile Tipi Değişkenine Göre Dağılımı	30
Tablo 14. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Sosyal Destek Değişkenine Göre Dağılımı...	30
Tablo 15. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Soygeçmişte Tanısı Kesinleşmiş Psikiyatrik Hastalık Değişkenine Göre Dağılımı.....	30
Tablo 16. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Evlenme Biçimi Değişkenine Göre Dağılımı 31	
Tablo 17. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Akraba Evliliği Değişkenine Göre Dağılımı .	31
Tablo 18. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Eşiyile İletişim Değişkenine Göre Dağılımı ...	32
Tablo 19. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Evlilikten Memnuniyet Değişkenine Göre Dağılımı	32
Tablo 20. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Eşinin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Dağılımı	33
Tablo 21. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Gebelik Değişkenine Göre Dağılımı.....	33
Tablo 22. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Yardımcı Üreme Tekniği Değişkenine Göre Dağılımı	34
Tablo 23. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Gebelikte Düzenli Takip Değişkenine Göre Dağılımı	34
Tablo 24. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Gebelikte Sağlık Sorunu Değişkenine Göre Dağılımı	34

Tablo 25. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Doğum Şekli Değişkenine Göre Dağılımı	35
Tablo 26. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Doğumda Annede Sağlık Sorunu Değişkenine Göre Dağılımı	35
Tablo 27. Annelerin Depresyon Düzeylerinin İyi Bir Anne Olduğunu Düşünme Değişkenine Göre Dağılımı	36
Tablo 28. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Antidepresan İlaç Kullanımı Değişkenine Göre Dağılımı	36



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Otizm tanısı alan çocukların ebeveynlerinin birçoğu tanıyı ilk duyduklarında bu problemle ilgili yeterli bilgiye sahip olmamaktadır. Ne ile karşılaştığını, bu durum karşısında nasıl bir yol izlemesi gerektiğini bilemeyen ebeveynde bu durum kaygıya sebep olmaktadır. Genellikle daha fazla ihtiyaçları olan bu çocukların aile hayatına ayak uydurabilme konusunda problemlerle karşı karşıya gelinmektedir. Tüm bu kaygıların özünde ebeveynlerin bilgi sahibi olmadıkları bir duruma karşı hissettikleri korku vardır. (Darıca, Abidoğlu, Gümüşcü, 2000).

Engelli çocuğun doğumun gerçekleşmesiyle aile içerisindeki düzenin değişmesi ve çocuğı göre düzenlenmesi ebeveynlere yeni roller atfetmesi anlamında sıkıntılı bir sürecin başlamasına ve birçok zorlukla karşı karşıya gelmelerine sebep olabilecektir (Dicle, 2012). Engelli bir çocuğun ebeveyni olarak onunla hayat sürdürmek, ihtiyaçlarını karşılamak yıpratıcı bir durum olmakla birlikte ebeveynler duygusal , maddi ve sosyal olarak güçlük çekmektedirler. Eğitim ve bakımı için ihtiyaçlar, tıbbi boşluk ve parasal açıdan bunların karşılanamaması maddi açıdan sıkıntılara yol açmaktadır. Çocuğun hayatını iyi bir şekilde sürdürebilmesi ebeveyn desteği ile mümkündür ancak çeşitli sıkıntılar ortaya çıkması bu desteğin sınırlandırılmasına sebebiyet vermektedir (Dereli, Okur, 2008). Ebeveynlerin yaşadıkları içinde buldukları süreçteki tecrübeleri farklılık gösterebilmektedir. Kimi ebeveynler tanıyı yok sayarken, kimi ebeveynler ise sahip oldukları çocuğun yapması gereken ama yapmadığı bir çok şeyi savunma mekanizmaları belirleyerek yetersiz olmanın doğasıyla ilişkilendirebilirler. Kimi ebeveynler ise yetersiz olan çocuklarının bulunduğu duruma karşı sevdikleri birisini yitirmiş gibi hissedebilirler ve depresif bir psikoloji içerisine girebilirler (Varol, 2006).

Otizimli çocuğun ihtiyaçlarının karşılanmasının güç olduğu ve zaman alıcı olduğunu düşünün ebeveynler kendilerine ayıracakları vakitlerinin kalmadığını bu sebepten dolayı kendi isteklerinden vazgeçmeleri gerektiğini düşünmektedirler. Çocuklarının geleceği için ve yalnız başlarına hayatlarını nasıl idam ettirebilecekleri konusunda yoğun endişe duymaktadırlar. Her türlü güçlüğe rağmen ebeveynler

çocuklarının bu ihtiyaçlarıyla meşgul olmaktan mutluluk duymaktadırlar. Çocukların konuşmak için çabalamaları, gülümsemeleri ve az da olsa gelişme belirtileri göstermeleri onları en mutlu kılan olaylardır (Üstüner, 2009).

1.1. Araştırmanın Amacı

Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların annelerinin ve normal gelişim gösteren çocuğa sahip annelerin depresyon düzeyinin incelenmesi bu araştırmanın amacıdır. Normal gelişim gösteren çocukların annelerindeki depresyon düzeyi ile otizm spektrum bozukluğa sahip çocukların annelerinin depresyon düzeyi belirlenecek ve karşılaştırılacaktır.

1.2. Problem

Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların annelerinin depresyon düzeyi ile normal gelişim gösteren çocukların annelerinin depresyon düzeyi arasında fark var mıdır? Bu problemden yola çıkarak aşağıdaki sorulara cevap aranacaktır.

1.2.1. Alt Problemler

1- Otizm spekturm bozukluğu olan çocuğa sahip annelerin ve normal gelişim gösteren çocuğa sahip annelerin depresyon düzeyleri eğitim seviyelerine göre farklılık gösterir mi?

2- Normal gelişim gösteren çocuğa sahip annelerin depresyon düzeyleri ve otizm spekturm bozukluğu olan çocuklara sahip annelerin depresyon düzeyleri evlilikten memnuniyetlerine göre farklılık gösterir mi?

1.3. Hipotez

Araştırmadaki problemler doğrultusunda aşağıda belirtilen hipotez oluşturulmuştur.

1- Normal gelişim gösteren çocuğa sahip annelerin depresyon düzeyleri ve otizm spekturm bozukluğu olan çocuğa sahip annelerin depresyon düzeyleri arasında fark vardır.

1.4. Sayıtlar

1. Araştırmanın örneklem grubunun evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

2. Araştırmaya katılım gösteren otizm spektrum bozukluğu olan çocukların anneleri ve normal gelişim gösteren çocukların anneleri BECK DEPRESYON testinde yer alan soruları içtenlikle ve gerçek durumlarını yansıtacak şekilde cevapladıkları varsayılmıştır.

3. Araştırmada BECK DEPRESYON testi uygulanmış ve teste katılan annelerin depresyon düzeylerini belirlediği varsayılmıştır.

1.5. Sınırlılıklar

1. İstanbul ili, Ataşehir ilçesinde bir gelişim merkezinde terapi gören ve otizm spektrum bozukluğu olan 50 çocuğun annesi ve Ataşehir ilçesi ve çevresinde bulunan normal gelişim gösteren 50 çocuğun annesi olmak üzere toplam 100 kişiden toplanan veriler ile sınırlıdır.

2. Katılımcıların depresyon düzeyleri ‘‘BECK DEPRESYON TESTİ’’ nin belirlediği özellikler ile sınırlıdır.

1.6. Araştırmanın Gerekçesi ve Önemi

Otizm spektrum bozukluk sebebi tam olarak bilinmeyen ve oldukça yaygın bir bozukluktur. Otizm sosyal etkileşimi, iletişimi olumsuz yönde etkileyen, yineleyen ve sınırlı davranışlara sebep olan ve beyin gelişimini engelleyen bir rahatsızlıktır. Buna bağlı olarak anneler çocuklarının gelişimi ve yaşantıları hakkında endişe duyabilmektedir. Annenin içerisinde bulunduğu durum, çocuğun bakımını daha da zorlaştırmakta olabileceğinden fazla ilgi ve uğraş gerektirebilmektedir. Bunun yanı sıra anneler, çocuklarını geleceğe en iyi şekilde hazırlamak amacıyla

yoğun uğraş verir ve bu konuda kaygı yaşayabilmektedir. İçinde bulunulan durum annelerde başarısızlık endişesi yaratabileceği düşünülmektedir. Başlı başına sorumluluk ve özveri gerektiren annelik çocuğun otistik spektrum bozukluğa sahip olması gerçeğiyle birlikte annelerin omuzlarına daha da büyük bir yük getirebileceğinden dolayı depresyona sebep olabileceği düşünülmektedir. Çocuğun gelişimi ile ilgili duyulan endişe, olumsuz duygulara sebep olabileceğinden dolayı annelerde depresyon görülmesine yol açabileceği düşünülmektedir. Araştırmamızda bu durumun depresyonla ilişkisi incelenecektir.

1.7. Tanımlar

- **Otizm Spektrum Bozukluk:** Otizm spektrum bozukluk, hayattaki ilk yıllarda meydana çıkan kişinin sosyal olarak, ilişkisel ve bilişsel açıdan geride olmasıyla ya da yön değiştirmesiyle belirtileri meydana çıkan, tekrarlayıcı ve kısıtlı davranışların ve ilgi odaklarının olduğu nöropsikiyatrik bir bozukluktur (Pehlivanürk, 2004).

- **Depresyon:** İki hafta süresince işlevsellik seviyesinde oluşan değişim ile birlikte oluşan ilgide azalma ve çökkün duygudurum halidir. DSM-V, depresyonu ağır olmayan, orta derecede ve ağır olarak derecelendirilmiştir (American Psychiatric Association, 2013).

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Bu bölümde, araştırmanın konusunu içeren otizm spektrum bozukluk ve depresyon ile ilişkili kuramsal bilgilere ve konu ile ilişkili yapılan diğer çalışmalara değinilmiştir.

2.1. Otizm Spektrum Bozukluk Tanımı ve Belirtileri

Otizm kelime anlamı ‘autism’ olarak kendine dönük anlamına gelir. Beyin işlevleri ile bağlantılı olarak, çevredeki uyaranlara karşı tepki vermeme, sözlü ve davranışsal (fiziksel, mimik hareketleri vs.) yollarla iletişim kurmakta zorlanma, dil gelişiminde bozukluk, kendi düşünceleriyle meşgul olma durumu, yineleyen stereotipik hareketler, sosyal hayattan kopukluk ve aşırı nesne bağımlılığıyla kendini gösteren nörolojik ve gelişimsel bir hastalıktır. Otizmlili kişi çevresini ve çevresinde olan olayları ve ya davranışları başkalarının anlamlandırdığı gerçekliğin dışında, dış gerçeklikten kopuk bir şekilde yorumlar. Başka bir deyişle kendi duygu ve düşüncelerinin doğrultusunda içsel düşünce ve hayallerine göre algılama eğilimi gösterirler (Budak, 2005; Eisenberg, Murkoff, Hathaway, 2012). Tüm bu davranış durumlarına bağlı olarak otistik çocuklar genellikle çevrelerindeki insanların varlığından haberdar değilmiş gibi çevreden gelen uyaranlara karşı tepkisiz kalabilirler. İşitme veya görme işlevlerinde bir bozukluk olmasa bile göz teması kurmakta, komut almakta sıkıntı çekebilir, duymuyormuş gibi davranabilirler ve uzun süre boşluğu bakabilirler (Eisenberg, Murkoff, Hathaway, 2012). Otizmlili çocukların üçte biri doğumundan sonraki ilk 2-3 yıldan sonra fark edilir (Kotulak, Connaughton, 2000)

2.1.1. DSM V E Göre Otizm Açılımı Kapsamında Bozukluk

A. Toplumsal iletişimde gözlemlenen problemler:

1. Karşılıklı konuşamama, duygu ve düşüncelerini aktaramama, iletişim başlatamama, toplumsal ve duygusal etkileşim eksikliği.

2. Sözel ve sözel olmayan iletişim şekillerinde eksiklik, göz kontağı ve vücut dilinde farklılık, anlamada ve kullanmada yetersizlik ve ya hiç kullanamama.
3. Farklı ortamlara göre davranışlarını ayarlama zorluk çekme, yaşlılarına ilgi gösterme, oyun paylaşma, ilişki kurma ve sürdürmede eksiklik.

B. Alınan bilgilere göre en az ikisi ile kendini gösteren durumlar:

1. Tekrarlayan motor hareketler, konuşma ya da nesne kullanımları.
2. Değişikliklere karşı aşırı sıkıntı, değişime ayak uyduramama, aynılığı korumada ısrarcılık.
3. Nesnelere karşı aşırı bağlanma ve ilgi alanlarında değişmezlik, sabitlik..
4. Duyusal uyarılar karşısında aşırı veya çok az seviyede ilgili olma hali (kokulara, dokulara, ışığa ya da seslere yönelik şiddetli reaksiyon gösterme ya da aşırı ilgili olması durumu).

C. Belirtilerin erken gelişimsel dönemde ortaya çıkmış olması.

D. Belirtilerin, sosyal açıdan ya da diğer fonksiyonel açılardan, klinik yönden belli şekilde bozulmasına neden olmasıdır.

E. Gelişim bozukluğunun anlık ya da genel bir gelişim bozukluğuyla ayrımının yapılabilmesidir. Sıkça birlikte ortaya çıkabilir. Otizm açılım kapsamı içerisinde bozukluk ve anlksal gelişimsel bozukluk tek tanı diyebilmenin tek yolu sosyal gelişiminin beklenenin altında olması gerekir (American Psychiatric Association, 2013).

2.2. Otistik Spektrum Bozukluğuyla İlişkili Durumlar

2.2.1. Genel Öğrenme Güçlükleri

Otizm genel olarak öğrenme güçlüğü ile bir arada görülse de bu olgu her zaman birlikte ortaya çıkacağı anlamına gelmemektedir. Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların çevrelerinden aldıkları ses uyarılarını, konuşmaları duydukları ancak bunları anlamlı olarak yorumlamakta zorlandıkları görülmektedir. Aynı zamanda yaş ilerledikçe daha iyi anlayabildikleri ancak bu sesleri işlemleyip uygun şekilde yerine getirmek ve cevaplamakta güçlük yaşadıkları bilinmektedir. ‘kalk otur’ gibi bir yönergeden oluşan komutları daha basit algılayabildikleri ancak birden fazla ve sıralı yönergelerle ve soyut ifadelerle karşılaştıklarında bunları

anlamlandırmakta zorluk çekmektedirler. Bazı ileri öğrenme güçlüğü yaşayan çocuklar soyut oyun ve dil gerektiren oyunlara geçiş seviyesine ulaşamazlar (Wing, 2015; Darıca, Abidoğlu, Gümüşcü, 2000).

2.2.2. Başka Nörolojik Durumlar

- İleri derecede işitme yetersizlikleri
- İleri derecede görme bozuklukları
- Gelişimsel dil bozuklukları
- Anlam- kullanım bozuklukları
- Dikkat, motor eşgüdüm ve algılama bozuklukları
- İsteğe bağlı suskunluk(seçici suskunluk)

2.3. Otizmin Nedenleri

2.3.1. Psikojenik Teori

1950 ve 1960 yıllarında ortaya koyulan psikojenik teori otizmin, doğumdan sonra çevresel faktörler doğrultusunda meydana geldiğini savunmaktadır. Psikojenik teoriye göre otizm davranış şekillerinde görülen antisosyallik ve içe dönüklük hali, anne-baba tutumu ve duygusal sebeplerden dolayı ortaya çıkmaktadır. Psikojenik teoriye göre annenin çocuk ile olan ilişkisindeki sıcak olmayan ve reddeden davranış biçiminde olması hali sonucunda çocuktaki geri çekilme otizmin nedeni olarak görülmektedir. Otizimli çocuğu olan ebeveynler ve normal gelişim gösteren çocuğu olan ebeveynler ile ilgili yapılan araştırmalarda ailelerin ilgisiz, sıcak olmayan tutumu ve yetiştirme tarzı açısından otizimli ve normal çocuklarda açıkça bir farkın görülmediği savunulmuştur (Darıca, Abidoğlu, Gümüşcü, 2000).

2.3.2. Davranışsal Teori

Davranışsal kuramın desteklediği düşünce ödül-ceza yolu ile gerçekleşen peş peşe ve gelişigüzel şekilde öğrenilmiş olan davranış şekilleridir. Davranışsal kuram, otizmi psikojenik kuramdan farklı olarak daha geniş bir şekilde ele almış ve ebeveyn tutumu ile çerçevelememiştir. Buna göre çocuğun, dahil olduğu çevrede,

çevresindeki kişilerle kurduğu iletişim yoluyla edindiği atipik ve belli tutumların tamamıdır. Çevrenin çocuklara kazandırdığı pozitif ve negatif davranışlar çerçevesinde değerlendirilerek otistik çocuklarda görülen davranış biçimlerinin hemen hemen hepsi öğrenilen davranışlardır. Gözlemlenmiş olan vaka örneklerine baktığımızda, otistik çocukların karşılaştıkları uyaran ve durumların, otistik özellik göstermeyen çocukların karşı karşıya geldiği uyaranlar ve durumlardan farkının fazla olmadığı ancak otizmli çocukların bu durumlara gösterdikleri tepkilerin çok farklı olduğunu savunan bir düşünce oluşmasına sebep olmaktadır. Bu düşünceyi destekleyenler otizmli çocuğun bir eksiklikten kaynaklı yetersizliği olduğunu savunmakta ve bundan dolayı çevrelerinden gelen bilgileri almalarının imkansız olduğunu savunmaktadırlar (Darıca, Abidoğlu, Gümüştü, 2000).

2.3.3.Organik Teori

Otistik duruma özgü tek bir sebep olmadığı için, nedeni olan etken biyolojik açıdan net olarak bilinmemektedir bununla beraber bir çok sebebin var olduğu düşünülmektedir. Tanı alan kişilerin sadece yüzde %5-10 kadarında tıbbi sebebe rastlanmaktadır. Çeşitli yöntemler aracılığıyla gerçekleştirilen araştırmalara rağmen tam olarak bir sebep bulunamamıştır. Çalışmalarda bireylerin beyinlerinde hücrelerin farklı şekillerde işleyiş gösterdiği ve beyin hücreleri arasında ileti taşıyan kimyasalların fazla ya da az olabileceği sanılmaktadır. Fakat genetik yönünü incelemek için yapılan ikiz araştırmalarında, tamamen benzerlik gösteren tek yumurta ikizlerden bir tanesi normal özellikler gösterirken, bir diğerrinin otistik olduğu görülmüştür. 1998 senesinde konuşma becerisi ile ilgili bulunan 7. Kromozomdaki gen, bu becerideki problemlerin ve bu problemlerin kuşaktan kuşağa sürmesinin nedeni olabileceği üzerinde durulmasına sebep olmuştur (Korkmaz, 2005).

2.4. Depresyon

Depresyon Latince'den gelen 'depressus' sözcüğünden gelen ve aşağıya bastırmak, yorgunluk çekmek, dertli anlamlarına gelirken Türkçe'de çökkün kelimesine karşılık gelmektedir. Önemli olmayan sebeplerden dolayı suçluluk hissi,

karamsarlık, öz güvende eksiklik, sosyal hayattan kopma, yeme problemleri gibi şikayetler ile ilgide azalma belirtileri ile belirtilen ruhsal bir çöküntü veya ruh hali rahatsızlığı olarak tanımlanabilir (Köknel, 1989; Budak, 2005).

Depresyon bir çok psikolojik bozuklukta da olduğu gibi tek bir sebebe bağlı olarak meydana çıkmayıp birden çok sebeple beliren bulgular ve semptomların tamamı olarak tanımlanan bir sendromdur. En ön çıkan belirtileri; pişmanlık, çabuk yorulma, kendini suçlama, bitkinlik, kişinin kendine olan güveninde azalma, pasiflik, asabiyet, tedirginlik, uyku sorunları, iştah problemleri, cinsel istekte azalma, konsantrasyon bozuklukları, fizikler yakınmalar, kararsızlık gibi örneklerle ifade edilebilir (Köknel, 1989; Türkçapar, 2013).

Bazı kişilik özellikleri depresyona yatkınlık göstermektedir. Bu özellikler; aşırı sorumluluk duygusuna sahip olmak, titizlik ve mükemmeliyetçi olmak, kendinden ve çevresindekilerden çok şey beklemek, herkesi mutlu etmeye çalışma çabası, özgüven eksikliğine sahip olmak, içe kapanıklık, narsisizm, şüphecilik, kişiselleştirmeye yatkınlık, seçici odaklanma, karşılaştığı durum ve olayları yeterince sebep olmamasına rağmen olumsuz çıkarımlar ile yorumlamak olarak sıralanabilir. (Tan, 2015)

2.4.1. DSM-V e Göre Tam Ölçekleri

Verilen belirtilerden en az beşinin süregelen iki hafta boyunca görülmesi ve işlevsellik durumunun etkilenmesidir. Belirtiler arasında çökkün duygudurum ve ya ilgisini yitirme, zevk alamama durumu bulunmalıdır.

1. Hemen hemen her gün ve günün kısmen tamamını kapsayan çökkün duygudurum hali görülür. Kişinin kendisini boşluk içerisinde ve umutsuz hissetmesi hali kendisi tarafından ya da çevresindekiler tarafından bildirilebilir.
2. Hemen hemen her gün ve kısmen tüm aktivitelere karşı ilgide azalma ve ya zevk alamama halidir.
3. Yeme isteğindeki değişiklikler. Ekstra çaba harcamadan bir ay içerisinde kiloda %5 azalma ve ya artma durumudur.
4. Hemen hemen her gün uykuda aşırılık ya da uyuyamama durumu.

5. Hemen hemen her gün psikodevinimsel çıkış ve ya ajitasyon hali. Kişinin çevresindekiler tarafından gözlenebilir.
6. Hemen hemen her gün görülen enerji düşüklüğü halidir.
7. Hemen hemen her gün duyulan suçluluk ve değersizlik hisleridir.
8. Hemen hemen her gün yaşanan konsantrasyonda güçlük ve ya kararsızlık halidir.
9. Tekrarlayan ölüm düşünceleri, intihar düşünceleri ve ya girişimi halidir.

2.4.2. Depreyonun Kuramları

2.4.2.1. Psikanalitik Kurama Göre Depresyon

Klasik psikoanalitik teori, depresyonun geç oral döneme ve erken anal döneme saplanmasından kaynaklı olduğunu belirtmektedir. Freud depresyonun, bireylerin erken çocukluk dönemlerinde, özellikle de odipus kompleksin çözümünün öncesinde narsistik harabiyetle karşılaşmış olmaları ve sonraki dönemlerde bunun gibi durumlarla karşılaşmalarından kaynaklandığını belirtir. Psikanalitik teoriye göre, depresif bireylerin erken çocukluk evrelerinde karşılaştıkları narsistik harabiyetler ve sonrasındaki evrelerde benzer yaralanmalar sebebiyle dışarıdan narsistik destekleyiciler arayışında bulunurlar ve bu arayış üst benliğin gelişimine zarar verir.

Bunun sonucunda bağışlamayan, cezalandıran sert bir üst benlik oluştururlar. Bu bireyler ihtiyaçlarını boyun eğme davranışı ya da kendini sevdirmeye çabası ile gidermeye çalışmaktadırlar (Alper, 2001).

2.4.2.2. Davranışçılık Kurama Göre Depresyon

Davranışçı terapinin birden fazla kurucu vardır. Birden fazla psikolog bu kuramın oluşmasında katkı sağlamıştır. B.F. Skinner edimsel koşullanma kavramı ve ilkelerini, Wolpe ise kendine güvenli davranma eğitim yönteminin gelişmesine katkı sağlamıştır. Davranışçı terapi özünde çeşitli yöntemleri kapsar. Bu yöntemlerin temelinde öğrenme yolu ve süreçleri ile davranış bozukluklarının ortadan kalkmasına yeteceğine dayanan bir anlayış vardır. Öğrenme kavramları eşliği ile bireyin yakındığı davranış bozukluklarını yok etmeyi hedefleyen bu yöntemler farklı isimler almaktadırlar. En yaygın kullanılan yöntemler sistematik duyarsızlaştırma ve

edinimsel koşullanmadır. Davranışçı terapi temel problemlere değil bireyin davranışına odaklanır (Cüceloğlu, 1997).

2.4.2.3. Varoluşçu Kurama Göre Depresyon

Varoluşçuluk bireysellik, özgünlük, özgür iradeyi ifade eder ve şimdiki şu anı yaşamayı ve kendi hareketlerinin mesuliyetini alma görüşünü temsil eder. sözlük

Varoluşçu kuramın temsilcilerinden M. Boss depresyondaki birey, hayatın getirdiği görevleri üstlenme konusunda kendini mevcudiyete ve hayatın imkanlarına kapatan bu nedenle hür ve özgün olamayan kimsedir. Kişi kendini diğer insanların talepleri ve istekleri doğrultusunda yönlendirirken, başkalarının sempaticilerini kaybetmemek ve sürdürebilmek amacıyla uğraş sarf etmektedir. Depresyon içerisindeki kişilerde beliren kendini aşağılama ve suçluluk hislerinin sebebi bu varoluşsal suçluluktan dolayı oluşmaktadır (Alper, 2001).

2.4.3. Depresyonun tedavisi

2.4.3.1. Psikoterapi

Ruhsal bozuklukların, davranış bozukluklarının iyileştirilmesi ya da semptomlarının yoğunluğunu azaltılmasını amaçlayan bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Psikoterapi, bireylerde depresyona neden olan hatalı düşünceleri ve kişilik özelliklerini belirleyerek, konuşma aracılığıyla iyileştirilmesidir. Psikoterapi yoluyla, bireydeki anormallik açığa çıkartılarak bireye farklı düşünme teknikleri öğretilir. Bu yöntemle tedavi olan kişilerde depresyonun yeniden ortaya çıkma ihtimali daha düşük bir olasılıktır. Bazı hastalarda bir kaç seansta etkili olmakla birlikte senelerce gereksinim duyan hastalar da görülmektedir. Ancak depresyon tedavisinde seans süresi ortalama 50 dakika olmakla birlikte seans sayısı ortalama 12-20 ile yeterli olmaktadır (Tan, 2015; Budak, 2005).

2.4.3.2. Bilişsel Davranışçı Terapi

Düşünceler beynimizde ya da zihinde gelişen bir sürecin sonucunda oluşur. Depresyon yaşayan bireyler olumsuz düşünmeye yatkındırlar. Kendilerine, hayata ve

geleceklerine karşı olumlu olmayan bakışlara sahiplerdir. Depresyondaki bireyler aynı zamanda olumsuz olayları fark etmeye daha eğilimli oldukları görülür. Olumsuz düşünceler otomatikleşmeye meyillilerdir. Bilişsel davranışçı terapi kişinin rahatsız edici duygu ve düşüncelerini belirleyip olumlu duygu ve düşüncelerle değiştirmesine yardımcı olmayı amaçlayan terapi şeklidir (Budak, 2005; Türkçapar, 2013).

2.4.3.3.Psikoanalitik Terapi

Cinsel ve saldırganlık dürtüleri olarak bilinen id ve kişinin vicdanını, ahlak kurallarını, sosyal niteliklerini yansıtan üst ben arasındaki dengeyi ego sağlamaktadır. Bunu yaparken id'in talebini bilinçaltına atarak Üst benlik ve id arasında oluşan çelişkiyi yüzeysel olarak çözer. Ancak bu çelişkiler bilinçaltına atılsa da bireyin davranışlarını etkilemeyi sürdürürler. Bilinçaltındaki çözülemeyen çelişkileri bilinç yüzüne çıkararak bunları çözmek psikoanalitik terapinin amacını oluşturmaktadır. Bu teknikte serbest çağrışım etkili bir yöntem olarak kullanılmaktadır (Cüceloğlu, 1997).

2.4.3.4.İlaçla Tedavi

Depresyon yaşayan bireyin beynindeki, düşünce ve duyguların düzenlenmesini sağlayan serotonin, dopamin ve noradrenalin hormonlarında azalma olduğu görülür. Antidepresanlar bu maddeleri arttırır ve etkisini düzenler. Antidepresanlar psikoaktif ilaçların ortak ismi olup nöropatik ağrıların yok edilmesinde de ağrı kesici özelliği gösterebilir. Etkisi kullanıldığı an ortaya çıkmadığı gibi üç haftalık dönemde kendisini göstermeye başlamaktadır. Sedasyon, ağız kuruluğu, görme bozuklukları yan etkileri arasında ortaya çıkabilmektedir. Ancak genellikle ciddi yan etkilere sahip olmadıkları görülür.

Bireyler antidepresan kullanımında tamamen iyileşme gösterebilir bile kullanımı en az 6 ay sürdürmelidir. Bunun sebebi depresyonun iyileştikten sonraki 6 ay içerisinde yenileme olasılığının yüksek oluşudur (Tan, 2015; Budak, 2005).

2.5. Kadın ve Depresyon

Kuey (1990)'e göre kadınlarda depresyonun erkeklerden daha çok gözlemlenmesinde erkek egemen algıların yoğun olduğu ve bu toplumdaki kadınların ekonomik anlamda, çevresel ve yasal olarak eşitsizlik duygularına karşılık, durumu düzeltme gücünün tam olarak olmayışı veya hiç olmayışı sonucunda meydana gelen çaresizlik ve güçsüzlük hislerinin içselleştirilmesini ve geleneksel kadınlık rolünü sebep olarak sorumlu tutmuştur (Önen, Kaptanoğlu, Seber, 1995).

Ülkemizdeki epidemiyolojik çalışmalarda depresif rahatsızlıklar bakımından riskli etmenler 40 yaş ve üstü olmak, dulluk, kadınlık, çekirdek aile olmak, düşük sosyal ve ekonomik duruma sahip olmaktır (Küey, 1998).

Major depresyon hastalarındaki risk etkenlerini belirlemeye yönelik, depresyon tanılı 2014 hasta ile yapılan bir araştırmada ailesel yükünlük, 25-44 yaş aralığında olmak ve kadın olmak risk faktörü olarak belirlenmiştir (Ünal, Küey, Güleç, Bekaroğlu, Evlice, Kırılı, 2002).

Duygudurum bozukluğu kadınlarda erkeklere göre iki kat daha çok görülmekte ve bu durum çocuk sahibi olma yaşlarında üst noktaya çıkmaktadır. Doğumdan sonraki evre de kadının psikiyatrik rahatsızlıklarla karşılaşma riskinin en çok olduğu evredir. Hamilelik ve doğumdan sonraki süreçte kadında meydana gelen aktif psikiyatrik rahatsızlık annede belirgin rahatsızlıklara sebep olmakla birlikte çocuğun gelişim sürecini de olumsuz yönde etkilemektedir. Doğumdan sonra annede görülen duygudurum bozuklukları, özellikle de depresyon konusundaki araştırmalar oldukça artmış ve daha iyi anlamamızı sağlamıştır (Dilbaz, Enez, 2007).

Kaygı, gerilim ya da korku amigdalanın uyarılmasıyla meydana çıkar ve beynin tüm dikkatini karşılaştığı tehdide çevirmesine sebep olur. Kaygı, kadınlarda erkeklere oranla dört kat fazla görülür. Kadınların aşırı hassas gerilim tepkileri erkeklere göre daha kolay endişelenmelerine sebep olur. Bu durum kadınların bilhassa üreme periyotlarında, erkeklere göre çok daha fazla depresyon yaşamalarına ve kaygıya kapılmalarına sebep. Psikologlar, depresyonun cinsiyetler arasında görülen bu farkının çevredeki şartlara ve sosyal şartlara bağlasalar da bazı nörologlara göre endişe, kaygı, genler, östrojen ve projesteron duyarlılığıyla beyin

biyolojisinin bu depresyonda önemli bir etkisi vardır. Bir çok gen çeşitlenmesine ve östrojen veya serotonininden etkilenen beyin yapısının kadınlarda depresyon olasılığını yükselttiği varsayılmaktadır.

Depresyon tanılı kimi kadınlarda değişik olan CREB-1 geninin östrojen tarafınca etkilenen bir açıp kapatma tuşu vardır. Bilim adamları ergenlikte karşılaşılan östrojen ve progesteron hareketlerinin kadınlarda depresyona karşı korunmasızlığına sebebiyet veren bir çok sistemden biri olabileceğini düşünmektedirler.

Kadınlar ve erkekler ergenlikten önce aynı oranda depresyon olasılığına sahiptirler. Ancak bu dönemden sonra kızlar depresyona erkeklerden iki kat daha çok eğilimlidir. Kadın beyni annelikle birlikte yapısal ve işlevsel olarak ve daha bir çok açıdan başkalaşır. Genetik kodların derininde esas annelik iç güdülerini harekete geçiren kodlar vardır. Gebelik boyunca hormonlar da bu durumu besler ve çocuğun dünyaya gelmesiyle birlikte harekete geçmekte ve çocukla olan temas da bu güdülerini sağlamlaştırmaktadır.

Anneler çocuğu yalnızca doğurmakla sorumlu olmayıp aynı zamanda çalışmak ve ona bakmakla sorumlu olduğu modern topluluklarda, beyinde olan bu farklılaşmalar kadınların çelişme içerisine girmesine sebep olmaktadır (Brizendine, 2011).

2.5.1. Kadınlarda Depresyonun Sık Görülme Sebepleri

Kadınlar erkeklere göre depresyonla baş edebilmek için daha fazla yardım arar ve doktora başvururlar. Depresyon kadınlarda daha sık görüldüğü gibi erkeklere oranla daha uzun sürmesi ve tekrarlama olasılığı da daha yüksektir (Tan, 2015).

Kadınların riskli grup olmasındaki faktörler şu şekilde sıralanabilir; fiziksel şiddet, cinsel tacizler, duygusal şiddet, sosyo-ekonomik koşullar, cinsiyet rolleri, kadın hormonları. Östrojen ve progesteron kadının vücut hatlarının oluşmasının, anne olmasının, adet görmesinin nedeni olan hormonlardır. Bu hormonların artması ve azalması sonucunda her ay adet görmeleri gerçekleşir. Ay içerisinde değişkenlik

gösteren hormon seviyeleri ile ruh hali de değişik durumlara girer. Aynı zamanda gebelik döneminde oluşan hormon değişiklikleri de bazı kadınlarda depresyon görülmesine neden olabilmektedir.

Toplumumuzda sık görülen, çalışan kadınların aynı zamanda evde de sorumlu olduğu görevlerin devam etmesi durumu, çalışmayan kadınlar için ise çocuklarının bakımını yalnız üstlenmeleri, yaşlılara bakmakla sorumlu olmaları ve bu yaptıklarının elle tutulur şekilde gözükmemesi depresyonu harekete geçirebilecek sebeplerdir (Tan, 2015; Tarhan, 2015).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

METHOD

3.1. Araştırma Modeli

Araştırmada kullanılan model tarama modelidir, geçmişte veya süregelen bir durumu olduğu biçimde betimlemeyi hedefleyen araştırma modelidir. Çalışma konusu kendi koşulları içerisinde ve olduğu şekilde açıklanmaya çalışılmaktadır. Durumu herhangi biçimde değiştirme veya etkileme gibi bir çaba sarf edilmez (Karasar, 2009).

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmadaki ölçekler, İstanbul ilinde, Ataşehir ilçesinde bulunan özel bir kurumda destek alan 50 otistik çocuğun annesi ve yine Ataşehir ilçesi ve çevresi ilçelerde bulunan normal gelişim gösteren 50 çocuğun annesinden oluşan toplamda 100 anne üzerinde uygulanmıştır. Bu çocukların annelerine, çalışmanın konu ve amacı ile ilgili bilgiler aktarılmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada, Beck Depresyon Envanteri ve çalışmaya katılan örneklem grubunun demografik bilgilerini toplamak amacı ile araştırmacının hazırladığı “Sosyodemografik Bilgi Formu” kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmada, sosyo-demografik veri edinmek için araştırmacının hazırladığı 26 soru içeren Sosyodemografik Bilgi Formu kullanılmıştır. Kişisel bilgi formunda bireylerin öğrenim düzeyi, mesleği, çalışma durumu, medeni durumu, çocuk sayısı, sosyo-ekonomik durum, sosyal güvence, göç durumu, aile tipi, sosyal destek, soygeçmişte psikiyatrik hastalık, evlenme biçimi, akrabalık durumu, eş iletişimi, evlilik memnuniyeti, eşin eğitim durumu, eşin çalışabilirlik durumu, gebelikte plan, yardımcı üreme tekniği, gebelikte düzenli takip, gebelikte sağlık durumu, doğum

şekli, doğumda annede sağlık durumu, çocuğun sağlık durumu, annenin yeterlilik hissi, antidepresan kullanımı ile ilgili maddeler bulunmaktadır. Çalışma esnasında annelere kimlik bilgilerini içeren sorular etik kanunlar nedeniyle yöneltilmemiştir.

3.3.2. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği, Dr. Aaron T. Beck'in çalışmalarıyla oluşturulmuştur. Tüm yanıtlardan ulaşılan 0 ve 3 aralığında puanların toplanmasıyla, toplamda 21 soru bulunur ve kişideki depresyonu seviyelendirme ölçeğidir. Karamsarlık, geçmişteki başarısızlıklar, kendini suçlama hissi, ceza almış olma hisleri, kendinden memnuniyetsizlik, öz eleştiri ve değersizlik duygularını duyma alt ölçeği ile inceleyen bu ölçeğin ülkemize uyarlanması Hisli tarafından yapılmıştır.

3.3.3. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 22.0 İstatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 22.0 İstatistik paket programı kullanıldı. Gruplar arası sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi ve Fisher Exact test kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, gruplar arası karşılaştırmalarında Bağımsız örnekler (Independent samples) t testi, İki'den fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek yönlü (One way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Bonferroni testi kullanıldı.

Beck depresyon ölçeğinin güvenilirliği için Cronbach's Alpha katsayısı hesaplandı. 21 sorudan oluşan ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,878 olarak bulundu. Örneklemin Beck depresyon ölçeği iç tutarlılığı açısından yüksek derecede güvenilir bir ölçektir. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.4. Bulgular ve Yorumlar

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan normal ve otistik çocuğa sahip olan annelerin anket ve ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Tablo 1. Gruplara Göre Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı

		Normal (n=50)		Otistik (n=50)		p
		n	%	n	%	
Çocuğun Yaşı	1-4	20	%41,7	15	%35,7	X ² =3,673 p=0,299
	5-9	12	%25,0	18	%42,9	
	10-14	12	%25,0	6	%14,3	
	15-19	4	%8,3	3	%7,1	
Öğrenim Düzeyi	Yok	1	%2,0	1	%2,0	X ² =0,803 p=0,938
	İlköğretim	7	%14,0	9	%18,0	
	Lise	22	%44,0	19	%38,0	
	üniversite	19	%38,0	19	%38,0	
	Yüksek Lisans	1	%2,0	2	%4,0	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	22	%44,0	16	%32,0	X ² =3,214 p=0,200
	Çalışmıyor	28	%56,0	32	%64,0	
	Emekli	0	%0,0	2	%4,0	
Medeni Durum	Bekar	5	%10,0	6	%12,2	X ² =0,126 p=0,722
	Evli	45	%90,0	43	%87,8	
Çocuk Sayısı	1	29	%58,0	18	%36,0	X ² =6,312 p=0,097
	2	15	%30,0	19	%38,0	
	3	4	%8,0	11	%22,0	
	4	2	%4,0	2	%4,0	
Sosyo Ekonomik Durum	Alt	7	%14,0	2	%4,0	X ² =7,659 p=0,054
	Orta-alt	12	%24,0	23	%46,0	
	Orta-üst	23	%46,0	21	%42,0	
	üst	8	%16,0	4	%8,0	
Göç Durumu	Var	17	%34,0	16	%32,0	X ² =0,045 p=0,832
	Yok	33	%66,0	34	%68,0	
Aile Tipi	Çekirdek	37	%74,0	43	%86,0	X ² =2,250 p=0,134
	Geniş	13	%26,0	7	%14,0	
Sosyal Destek	Yok	11	%22,0	25	%52,1	X ² =9,537 p=0,002
	Var	39	%78,0	23	%47,9	

Çocuğun Yaşı açısından otistik ve normal çocuğa sahip anneler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=3,673$; $p=0,299>0.05$). Normal çocuğa sahip olan annelerin 20'si (%41,7) 1-4, 12'si (%25,0) 5-9, 12'si (%25,0) 10-14, 4'ünün (%8,3) 15-19; otistik çocuğa sahip olan annelerin 15'i (%35,7) 1-4, 18'i (%42,9) 5-9, 6'sının (%14,3) 10-14, 3'ünün (%7,1) 15-19 olduğu görülmektedir.

Öğrenim Düzeyi açısından otistik ve normal çocuğa sahip anneler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,803$; $p=0,938>0.05$). Normal çocuğa sahip olan annelerin 1'i (%2,0) yok, 7'si (%14,0) ilköğretim, 22'si (%44,0) lise, 19'unun (%38,0) üniversite, 1'i (%2,0) yüksek lisans; otistik çocuğa sahip olan annelerin 1'i (%2,0) yok, 9'unun (%18,0) ilköğretim, 19'unun (%38,0) lise, 19'unun (%38,0) üniversite, 2'si (%4,0) yüksek lisans olduğu görülmektedir.

Çalışma Durumu açısından otistik ve normal çocuğa sahip anneler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=3,214$; $p=0,200>0.05$). Normal çocuğa sahip olan annelerin 22'si (%44,0) çalışıyor, 28'i (%56,0) çalışmıyor; otistik çocuğa sahip olan annelerin 16'sının (%32,0) çalışıyor, 32'si (%64,0) çalışmıyor, 2'si (%4,0) emekli olduğu görülmektedir.

Medeni Durum açısından otistik ve normal çocuğa sahip anneler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,126$; $p=0,722>0.05$). Normal çocuğa sahip olan annelerin 5'i (%10,0) bekar, 45'i (%90,0) evli; otistik çocuğa sahip olan annelerin 6'sının (%12,2) bekar, 43'ünün (%87,8) evli olduğu görülmektedir.

Çocuk Sayısı açısından otistik ve normal çocuğa sahip anneler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=6,312$; $p=0,097>0.05$). Normal çocuğa sahip olan annelerin 29'unun (%58,0) 1, 15'i (%30,0) 2, 4'ünün (%8,0) 3, 2'si (%4,0) 4; otistik çocuğa sahip olan annelerin 18'i (%36,0) 1, 19'unun (%38,0) 2, 11'i (%22,0) 3, 2'si (%4,0) 4 olduğu görülmektedir.

Sosyo Ekonomik Durum açısından otistik ve normal çocuğa sahip anneler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=7,659$; $p=0,054>0.05$). Normal çocuğa sahip olan annelerin 7'si (%14,0) alt, 12'si (%24,0) orta-alt, 23'ünün (%46,0) orta-üst,

8'i (%16,0) üst; otistik çocuğa sahip olan annelerin 2'si (%4,0) alt, 23'ünün (%46,0) orta-alt, 21'i (%42,0) orta-üst, 4'ünün (%8,0) üst olduğu görülmektedir.

Göç Durumu açısından otistik ve normal çocuğa sahip anneler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,045$; $p=0,832>0.05$). Normal çocuğa sahip olan annelerin 17'si (%34,0) var, 33'ünün (%66,0) yok; otistik çocuğa sahip olan annelerin 16'sının (%32,0) var, 34'ünün (%68,0) yok olduğu görülmektedir.

Aile Tipi açısından otistik ve normal çocuğa sahip anneler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=2,250$; $p=0,134>0.05$). Normal çocuğa sahip olan annelerin 37'si (%74,0) çekirdek, 13'ünün (%26,0) geniş; otistik çocuğa sahip olan annelerin 43'ünün (%86,0) çekirdek, 7'si (%14,0) geniş olduğu görülmektedir.

Sosyal Destek açısından otistik ve normal çocuğa sahip anneler arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=9,537$; $p=0,002<0.05$). Normal çocuğa sahip olan annelerin 11'i (%22,0) yok, 39'unun (%78,0) var; otistik çocuğa sahip olan annelerin 25'i (%52,1) yok, 23'ünün (%47,9) var olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Soygeçmiş ve Aileye İlişkin Özellikler

		Normal (n=50)		Otistik (n=50)		p
		n	%	n	%	
Soygeçmişte Tanısı Kesinleşmiş Psikiyatrik Hastalık	Yok	6	%12,0	3	%6,0	$X^2=1,099$ p=0,243
	Var	44	%88,0	47	%94,0	
Evlenme Biçimi	Anlaşarak	40	%80,0	39	%78,0	$X^2=0,060$ p=0,806
	Görücü	10	%20,0	11	%22,0	
Akraba Evliliği	Yok	46	%93,9	46	%92,0	$X^2=0,133$ p=0,511
	Var	3	%6,1	4	%8,0	
Eşiyile İletişim	İyi	36	%80,0	19	%43,2	$X^2=13,591$ p=0,001
	Orta	8	%17,8	18	%40,9	
	Kötü	1	%2,2	7	%15,9	
Evlilikten Memnuniyet	İyi	35	%77,8	22	%50,0	$X^2=8,083$ p=0,018
	Orta	9	%20,0	17	%38,6	
	Kötü	1	%2,2	5	%11,4	
Eşinin Eğitim Durumu	Okur Yazar	1	%2,2	1	%2,1	$X^2=2,998$ p=0,392
	İlköğretim	8	%17,4	3	%6,2	
	Lise	16	%34,8	21	%43,8	
	üniversite	21	%45,7	23	%47,9	
Gebelik	Planlanmış	43	%86,0	34	%69,4	$X^2=3,951$ p=0,047
	Planlanmamış	7	%14,0	15	%30,6	
Yardımcı üreme Tekniği	Yok	48	%96,0	44	%97,8	$X^2=0,245$ p=0,540
	Var	2	%4,0	1	%2,2	
Gebelikte Düzenli Takip	Yok	42	%84,0	39	%78,0	$X^2=0,585$ p=0,444
	Var	8	%16,0	11	%22,0	
Gebelikte Sağlık Sorunu	Yok	9	%18,0	7	%14,0	$X^2=0,298$ p=0,585
	Var	41	%82,0	43	%86,0	
Doğum Şekli	Sezaryen	17	%34,0	22	%44,9	$X^2=1,231$ p=0,267
	Normal	33	%66,0	27	%55,1	
Doğumda Annede Sağlık Sorunu	Yok	34	%68,0	25	%52,1	$X^2=3,800$ p=0,284
	Hafif	11	%22,0	19	%39,6	
	Orta	3	%6,0	3	%6,2	
	Ciddi	2	%4,0	1	%2,1	
Antidepressan İlaç Kullanımı	Evet	8	%16,3	7	%17,9	$X^2=0,040$ p=0,841
	Hayır	41	%83,7	32	%82,1	

Soygeçmişte Tanısı Kesinleşmiş Psikiyatrik Hastalık açısından otistik ve normal çocuğa sahip anneler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=1,099$; $p=0,243>0.05$). Normal çocuğa sahip olan annelerin 6'sının (%12,0) yok, 44'ünün (%88,0) var; otistik çocuğa sahip olan annelerin 3'ünün (%6,0) yok, 47'si (%94,0) var olduğu görülmektedir.

Evlenme Biçimi açısından otistik ve normal çocuğa sahip anneler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,060$; $p=0,806>0.05$). Normal çocuğa sahip olan annelerin 40'ının (%80,0) anlaşarak, 10'unun (%20,0) görücü; otistik çocuğa sahip olan annelerin 39'unun (%78,0) anlaşarak, 11'i (%22,0) görücü olduğu görülmektedir.

Akraba Evliliği açısından otistik ve normal çocuğa sahip anneler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,133$; $p=0,511>0.05$). Normal çocuğa sahip olan annelerin 46'sının (%93,9) yok, 3'ünün (%6,1) var; otistik çocuğa sahip olan annelerin 46'sının (%92,0) yok, 4'ünün (%8,0) var olduğu görülmektedir.

Eşyle İletişim açısından otistik ve normal çocuğa sahip anneler arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=13,591$; $p=0,001<0.05$). Normal çocuğa sahip olan annelerin 36'sının (%80,0) iyi, 8'i (%17,8) orta, 1'i (%2,2) kötü; otistik çocuğa sahip olan annelerin 19'unun (%43,2) iyi, 18'i (%40,9) orta, 7'si (%15,9) kötü olduğu görülmektedir.

Evlilikten Memnuniyet açısından otistik ve normal çocuğa sahip anneler arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=8,083$; $p=0,018<0.05$). Normal çocuğa sahip olan annelerin 35'i (%77,8) iyi, 9'unun (%20,0) orta, 1'i (%2,2) kötü; otistik çocuğa sahip olan annelerin 22'si (%50,0) iyi, 17'si (%38,6) orta, 5'i (%11,4) kötü olduğu görülmektedir.

Eşinin Eğitim Durumu açısından otistik ve normal çocuğa sahip anneler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=2,998$; $p=0,392>0.05$). Normal çocuğa sahip olan annelerin 1'i (%2,2) okur yazar, 8'i (%17,4) ilköğretim, 16'sının (%34,8) lise, 21'i (%45,7) üniversite; otistik çocuğa sahip olan annelerin 1'i (%2,1) okur yazar, 3'ünün (%6,2) ilköğretim, 21'i (%43,8) lise, 23'ünün (%47,9) üniversite olduğu görülmektedir.

Gebelik açısından otistik ve normal çocuğa sahip anneler arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=3,951$; $p=0,047<0.05$). Normal çocuğa sahip olan annelerin 43'ünün (%86,0) planlanmış, 7'si (%14,0) planlanmamış; otistik çocuğa sahip olan annelerin 34'ünün (%69,4) planlanmış, 15'i (%30,6) planlanmamış olduğu görülmektedir.

Yardımcı üreme Tekniği açısından otistik ve normal çocuğa sahip anneler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,245$; $p=0,540>0.05$). Normal çocuğa sahip olan annelerin 48'i (%96,0) yok, 2'si (%4,0) var; otistik çocuğa sahip olan annelerin 44'ünün (%97,8) yok, 1'i (%2,2) var olduğu görülmektedir.

Gebelikte Düzenli Takip açısından otistik ve normal çocuğa sahip anneler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,585$; $p=0,444>0.05$). Normal çocuğa sahip olan annelerin 42'si (%84,0) yok, 8'i (%16,0) var; otistik çocuğa sahip olan annelerin 39'unun (%78,0) yok, 11'i (%22,0) var olduğu görülmektedir.

Gebelikte Sağlık Sorunu açısından otistik ve normal çocuğa sahip anneler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,298$; $p=0,585>0.05$). Normal çocuğa sahip olan annelerin 9'unun (%18,0) yok, 41'i (%82,0) var; otistik çocuğa sahip olan annelerin 7'si (%14,0) yok, 43'ünün (%86,0) var olduğu görülmektedir.

Doğum Şekli açısından otistik ve normal çocuğa sahip anneler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=1,231$; $p=0,267>0.05$). Normal çocuğa sahip olan annelerin 17'si (%34,0) sezaryen, 33'ünün (%66,0) normal; otistik çocuğa sahip olan annelerin 22'si (%44,9) sezaryen, 27'si (%55,1) normal olduğu görülmektedir.

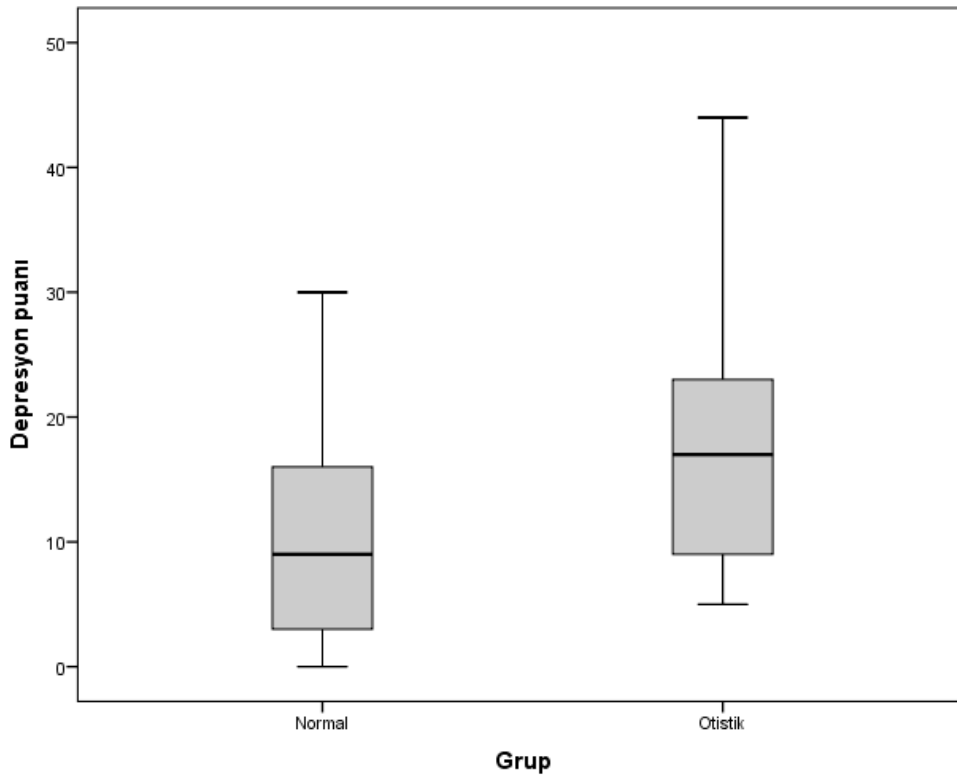
Doğumda Annede Sağlık Sorunu açısından otistik ve normal çocuğa sahip anneler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=3,800$; $p=0,284>0.05$). Normal çocuğa sahip olan annelerin 34'ünün (%68,0) yok, 11'i (%22,0) hafif, 3'ünün (%6,0) orta, 2'si (%4,0) ciddi; otistik çocuğa sahip olan annelerin 25'i (%52,1) yok, 19'unun (%39,6) hafif, 3'ünün (%6,2) orta, 1'i (%2,1) ciddi olduğu görülmektedir.

Antidepressan İlaç Kullanımı açısından otistik ve normal çocuğa sahip anneler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,040$; $p=0,841>0,05$). Normal çocuğa sahip olan annelerin 8'i (%16,3) evet, 41'i (%83,7) hayır; otistik çocuğa sahip olan annelerin 7'si (%17,9) evet, 32'si (%82,1) hayır olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Gruplar Arasında Depresyon Puanları

	Normal (n=50)		Otistik (n=50)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Depresyon Puanı	10,180	8,240	18,100	9,265	-4,516	0,000

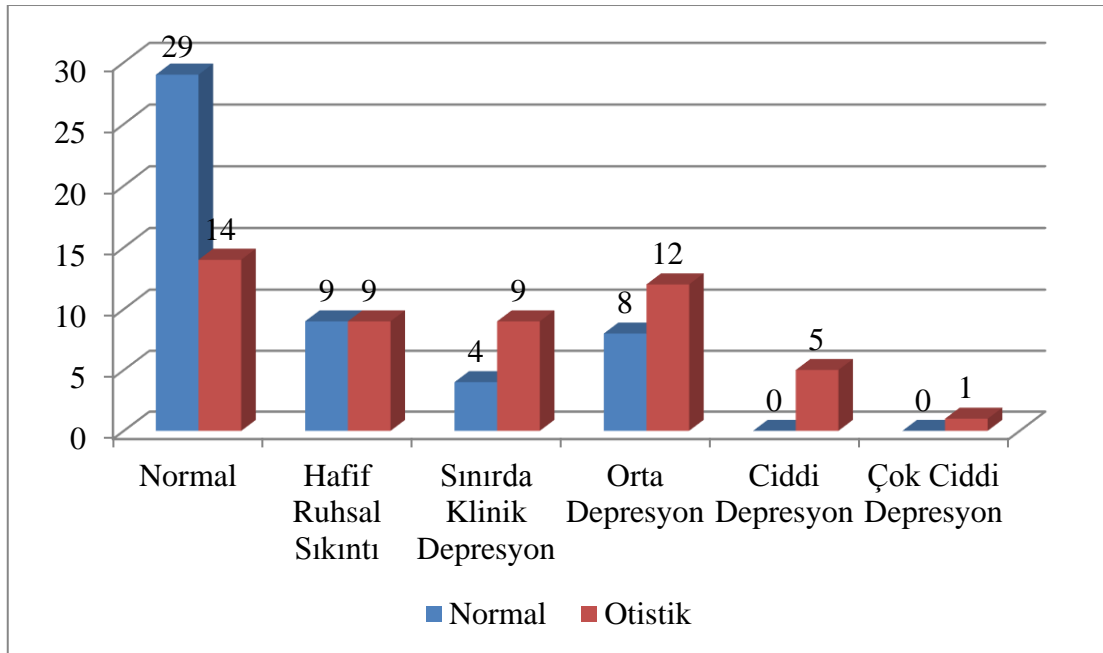
Depresyon ortalamalarının normal ve otistik çocuğa sahip anneler arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-4,516$; $p=0,000<0,05$). Otistik çocuğa sahip olan annelerin depresyon düzeyleri ($18,100 \pm 8,240$), normal çocuğa sahip olan annelerin depresyon düzeylerinden ($10,180 \pm 9,265$) yüksek bulunmuştur.



Tablo 4. Gruplar Arasında Depresyon Düzeyleri Dağılımı

Depresyon Düzeyi	Normal (n=50)		Otistik (n=50)	
	n	%	n	%
Normal	29	%58,0	14	%28,0
Hafif Ruhsal Sıkıntı	9	%18,0	9	%18,0
Sınırdaki Klinik Depresyon	4	%8,0	9	%18,0
Orta Depresyon	8	%16,0	12	%24,0
Ciddi Depresyon	0	%0,0	5	%10,0
Çok Ciddi Depresyon	0	%0,0	1	%2,0

Normal çocuğa sahip olan annelerin 29'unun (%58,0) normal, 9'unun (%18,0) hafif ruhsal sıkıntı, 4'ünün (%8,0) sınırdaki klinik depresyon, 8'i (%16,0) orta depresyon; otistik çocuğa sahip olan annelerin 14'ünün (%28,0) normal, 9'unun (%18,0) hafif ruhsal sıkıntı, 9'unun (%18,0) sınırdaki klinik depresyon, 12'si (%24,0) orta depresyon, 5'i (%10,0) ciddi depresyon, 1'i (%2,0) çok ciddi depresyon olduğu görülmektedir. Çapraz tablo 0 değerleri içerdiği için Orta, Ciddi ve Çok Ciddi Depresyon düzeyleri birleştirilerek Orta Ve Ya Ciddi Depresyon olarak adlandırıldı.



Tablo 5. Gruplar Arasında Depresyon Düzeylerinin Analizi

Depresyon Düzeyi	Normal (n=50)		Otistik (n=50)		p
	n	%	n	%	
Normal	29	%58,0	14	%28,0	X ² =11,002 p=0,012
Hafif Ruhsal Sıkıntı	9	%18,0	9	%18,0	
Sınırdaki Klinik Depresyon	4	%8,0	9	%18,0	
Orta Ve Ya Ciddi Depresyon	8	%16,0	18	%36,0	

Depresyon Düzeyi ile açısından otistik ve normal çocuğa sahip anneler arasında anlamlı fark bulunmuştur (X²=11,002; p=0,012<0.05). Normal çocuğa sahip olan annelerin 29'unun (%58,0) normal, 9'unun (%18,0) hafif ruhsal sıkıntı, 4'ünün (%8,0) sınırdaki klinik depresyon, 8'i (%16,0) orta ve ya ciddi depresyon; otistik çocuğa sahip olan annelerin 14'ünün (%28,0) normal, 9'unun (%18,0) hafif ruhsal sıkıntı, 9'unun (%18,0) sınırdaki klinik depresyon, 18'i (%36,0) orta ve ya ciddi depresyon olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Çocuğun Yaşı Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	p
Depresyon	1-4	35	12,570	8,332	0,731	0,484
	5-9	30	15,470	11,863		
	10 Ve üstü	25	13,520	8,608		

Araştırmaya katılan Annelerin depresyon puanları ortalamalarının çocuğun yaşı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (F=0,731; p=0,484>0.05).

Tablo 7. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Öğrenim Düzeyi Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	p
Depresyon	İlköğretim Ve Altı	18	17,610	10,030	4,158	0,019
	Lise	41	15,730	10,169		
	üniversite Ve üstü	41	11,020	7,964		

Araştırmaya katılan Annelerin depresyon puanları ortalamalarının öğrenim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4,158$; $p=0.019<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. öğrenim düzeyi ilköğretim ve altı olan annelerin depresyon puanları ($17,610 \pm 10,030$), öğrenim düzeyi üniversite ve üstü olan annelerin depresyon puanlarından ($17,610 \pm 10,030$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 8. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Çalışma Durumu Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	t	p
Depresyon	Çalışıyor	38	13,050	8,010	-0,831	0,408
	Çalışmıyor	60	14,720	10,561		

Araştırmaya katılan Annelerin depresyon puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-0,831$; $p=0,408>0,05$).

Tablo 9. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Medeni Durum Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	t	p
Depresyon	Bekar	11	15,910	8,757	0,718	0,475
	Evli	88	13,730	9,590		

Araştırmaya katılan Annelerin depresyon puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=0,718$; $p=0,475>0,05$).

Tablo 10. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	p
Depresyon	1	47	12,380	8,938	1,852	0,162
	2	34	16,500	11,463		
	3 Ve üstü	19	14,260	6,479		

Araştırmaya katılan Annelerin depresyon puanları ortalamalarının çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,852$; $p=0,162>0,05$).

Tablo 11. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Sosyo Ekonomik Durum Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	p
Depresyon	Alt	9	12,890	11,720	1,887	0,137
	Orta-alt	35	17,200	8,814		
	Orta-üst	44	12,500	9,870		
	üst	12	12,170	7,779		

Araştırmaya katılan Annelerin depresyon puanları ortalamalarının sosyo ekonomik durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (F=1,887; p=0,137>0.05).

Tablo 12. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Göç Durumu Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	t	p
Depresyon	Var	33	18,360	10,982	3,236	0,002
	Yok	67	12,060	8,131		

Araştırmaya katılan Annelerin depresyon puanları ortalamalarının göç durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (t=3,236; p=0,002<0,05). Göç etmiş olan annelerin depresyon puanları (18,360 ± 10,982), göç etmemiş olan annelerin depresyon puanlarından (12,060 ± 8,131) yüksek bulunmuştur.

Tablo 13. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Aile Tipi Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	t	p
Depresyon	Çekirdek	80	14,460	9,400	0,671	0,504
	Geniş	20	12,850	10,464		

Araştırmaya katılan Annelerin depresyon puanları ortalamalarının aile tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=0,671$; $p=0,504 > 0,05$).

Tablo 14. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Sosyal Destek Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	t	p
Depresyon	Yok	36	18,890	11,143	4,179	0,000
	Var	62	11,180	7,128		

Araştırmaya katılan Annelerin depresyon puanları ortalamalarının sosyal destek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=4,179$; $p=0,000 < 0,05$). Sosyal desteğe sahip olmayan annelerin depresyon puanları ($18,890 \pm 11,143$), sosyal desteğe sahip olan annelerin depresyon puanlarından ($11,180 \pm 7,128$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 15. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Soygeçmişte Tanısı Kesinleşmiş Psikiyatrik Hastalık Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	t	p
Depresyon	Yok	9	16,780	7,120	0,864	0,390
	Var	91	13,880	9,791		

Araştırmaya katılan Annelerin depresyon puanları ortalamalarının soygeçmişte tanısı kesinleşmiş psikiyatrik hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=0,864$; $p=0,390>0,05$).

Tablo 16. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Evlenme Biçimi Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	t	p
Depresyon	Anlaşarak	79	13,870	9,853	-0,537	0,592
	Görücü	21	15,140	8,668		

Araştırmaya katılan Annelerin depresyon puanları ortalamalarının evlenme biçimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=-0,537$; $p=0,592>0,05$).

Tablo 17. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Akraba Evliliği Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	t	p
Depresyon	Yok	92	14,160	9,736	0,156	0,877
	Var	7	13,570	8,848		

Araştırmaya katılan Annelerin depresyon puanları ortalamalarının akraba evliliği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=0,156$; $p=0,877>0,05$).

Tablo 18. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Eşile İletişim Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	p
Depresyon	İyi	55	11,360	8,607	6,278	0,003
	Orta	26	17,460	9,965		
	Kötü	8	20,620	9,812		

Araştırmaya katılan Annelerin depresyon puanları ortalamalarının eşile iletişim değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=6,278$; $p=0.003<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. eşile iletişim orta olanların depresyon puanları ($17,460 \pm 9,965$), eşile iletişim olanların depresyon puanlarından ($11,360 \pm 8,607$) yüksek bulunmuştur. eşile iletişim kötü olanların depresyon puanları ($20,620 \pm 9,812$), eşile iletişim olanların depresyon puanlarından ($11,360 \pm 8,607$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 19. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Evlilikten Memnuniyet Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	p
Depresyon	İyi	57	11,740	8,845	5,958	0,004
	Orta	26	16,460	9,989		
	Kötü	6	23,670	9,070		

Araştırmaya katılan annelerin depresyon puanları ortalamalarının evlilikten memnuniyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=5,958$;

$p=0.004<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. evlilikten memnuniyet ifadesi kötü olanların depresyon puanları ($23,670 \pm 9,070$), evlilikten memnuniyet ifadesi iyi olanların depresyon puanlarından ($11,740 \pm 8,845$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 20. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Eşinin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	p
Depresyon	İlköğretim Ve Altı	13	15,540	10,967	0,938	0,395
	Lise	37	14,700	8,634		
	Üniversite	44	12,270	9,832		

Araştırmaya katılan Annelerin depresyon puanları ortalamalarının eşinin eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,938$; $p=0,395>0.05$).

Tablo 21. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Gebelik Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	t	p
Depresyon	Planlanmış	77	13,390	9,090	-1,440	0,153
	Planlanmamış	22	16,730	11,192		

Araştırmaya katılan Annelerin depresyon puanları ortalamalarının gebelik değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-1,440$; $p=0,153>0,05$).

Tablo 22. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Yardımcı Üreme Tekniği Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	t	p
Depresyon	Yok	92	13,950	9,466	1,381	0,171
	Var	3	6,330	5,508		

Araştırmaya katılan Annelerin depresyon puanları ortalamalarının yardımcı üreme tekniği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=1,381$; $p=0,171>0,05$).

Tablo 23. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Gebelikte Düzenli Takip Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	t	p
Depresyon	Yok	81	13,930	9,578	-0,459	0,647
	Var	19	15,050	9,840		

Araştırmaya katılan Annelerin depresyon puanları ortalamalarının gebelikte düzenli takip değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-0,459$; $p=0,647>0,05$).

Tablo 24. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Gebelikte Sağlık Sorunu Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	t	p
Depresyon	Yok	16	12,060	10,221	-0,945	0,347
	Var	84	14,540	9,476		

Araştırmaya katılan annelerin depresyon puanları ortalamalarının gebelikte sağlık sorunu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-0,945$; $p=0,347>0,05$).

Tablo 25. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Doğum Şekli Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	t	p
Depresyon	Sezaryen	39	14,260	10,002	0,306	0,760
	Normal	60	13,670	8,942		

Araştırmaya katılan annelerin depresyon puanları ortalamalarının doğum şekli değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=0,306$; $p=0,760>0,05$).

Tablo 26. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Doğumda Annede Sağlık Sorunu Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	p
Depresyon	Yok	59	12,200	8,640	3,267	0,042
	Hafif	30	16,130	10,143		
	Orta Veya Ciddi	9	19,330	12,031		

Araştırmaya katılan annelerin depresyon puanları ortalamalarının doğumda annede sağlık sorunu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,267$; $p=0,042<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. doğumda sağlık sorunu orta veya ciddi olan annelerin

depresyon puanları ($19,330 \pm 12,031$), doğumda sağlık sorunu olmayan annelerin depresyon puanlarından ($12,200 \pm 8,640$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 27. Annelerin Depresyon Düzeylerinin İyi Bir Anne Olduğunu Düşünme Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	t	p
Depresyon	Evet	86	12,500	8,352	-4,635	0,000
	Hayır	10	25,900	11,100		

Araştırmaya katılan annelerin depresyon puanları ortalamalarının iyi bir anne olduğunu düşünme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-4,635$; $p=0,000 < 0,05$). İyi bir anne olduğunu düşünmeyen annelerin depresyon puanları ($25,900 \pm 11,100$), iyi bir anne olduğunu düşünen annelerin depresyon puanlarından ($12,500 \pm 8,352$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 28. Annelerin Depresyon Düzeylerinin Antidepresan İlaç Kullanımı Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	t	p
Depresyon	Evet	15	17,470	9,753	2,440	0,017
	Hayır	73	11,810	7,838		

Araştırmaya katılan annelerin depresyon puanları ortalamalarının antidepresan ilaç kullanımı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=2,440$; $p=0,017 < 0,05$). antidepresan ilaç kullanan annelerin depresyon puanları ($17,470 \pm 9,753$), antidepresan ilaç kullanmayan annelerin depresyon puanlarından ($11,810 \pm 7,838$) yüksek bulunmuştur.

3.5. Tartışma

Bir çok çalışmada sosyal desteğin, kişinin sosyolojik, psikolojik problemlerini iyileştirici, engelleyici ve tedavi edici olduğu ve güç durumların üstesinden gelmekte önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. Stresin üstesinden gelmede, sorun çözme, ruhsal bozuklulardan korunma ve sosyal destek ilişkili yaklaşık tüm çalışmalarda, üstesinden gelmede sosyal desteğin büyük önemi olduğu konusunda hem fikirlerdir. Görgü'nün (2005) çalışmasında, annelerin algıladığı sosyal destek seviyelerine göre depresyon puanları incelenmiştir. Bu durumda, aile desteği, özel birey desteği, arkadaş desteği ve genel sosyal destek ile depresyon seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bütün alt test ve toplamında, destek düzeyi yükseldikçe depresyon düzeyi azalmaktadır. (Görgü, 2005). Sosyal destek ile depresyon arasında bir ilişkinin olduğu yaptığımız çalışmada da tespit edilmiştir. Bu yönden literatürdeki diğer bulgularla yaptığımız çalışma örtüşmektedir. Otizmlı çocukların annelerinin sosyal destek almadıklarında depresyon puanlarının yükseldiği kaydedilmiştir. Sosyal destek alan otizmlı çocuk annelerinin ise depresyon puanları almayanlara kıyasla daha düşüktür. Bu durum sosyal desteğin otizmlı çocuk annelerinin depresyonla olan ilişkisinde oldukça önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgular Sheppard'ın (1993); annelerin depresyon seviyesinin yetersiz sosyal destek ile bağlantılı olduğu, Dunst ve arkadaşları(1986); annelerin duygusal ve fiziksel olarak sağlık durumlarının kendilerine sağlanan sosyal destek ile ilişkili olduğu ile tutarlı olduğu görülmüştür.

Otizmlı çocukların annelerinin depresyon seviyesini inceleyen çalışmamızda annenin depresyon düzeyi ile eğitim seviyesi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışmamıza göre, öğrenim düzeyi ilköğretim ve altı olan annelerin depresyon puanları öğrenim düzeyi üniversite ve üstü olan annelerin depresyon puanlarından yüksek bulunmuştur.

3-7 yaş arasındaki otistik çocukların annelerinin depresyon seviyeleri ile sosyal desteği ölçen çalışma ile de bu sonuçlar örtüşmektedir. Görgü (2005) çalışmasında anne ve babaların eğitim durumu ile depresyon seviyelerinin ters orantı

içerisinde olduğunu belirtmiştir. Yüksek eğitim seviyesindeki anne babalar geçerli kaynaklara ve eğitim hizmetlerine daha kolayca ulaşabilir, teknolojiyi otizmlı çocuklarının gündelik hayatları için doğru şekilde kullanabilir, çocuklarının durumunu daha kolay benimseyebilir böylece hayatlarını daha gerçekçi bir doğrultuda sürdürebilir, doğru şekillerde aldıkları sosyal destek ile sağlıklı ilişkilere sahip olabilirler. Benzer bir araştırma olan (Çengelci,2009)'un araştırmasına göre otizm ve down sendrom'lu çocuğa sahip annelerin eğitim seviyelerinin bu annelerdeki motivasyon ile olumlu bir etkiye sebep olduğu görülmektedir. Annelerin eğitim seviyesi arttıkça çocuğun bakımına yönelik motivasyonlarının da artış gösterdiğini söylemek mümkündür.

Çalışmanın bir diğer sonucu ise otizmlı çocuk sahibi annelerin medeni durumları ve çalışma durumlarına göre depresyon seviyeleri farklılık sergilememektedir. Bu bulgu otizmlı çocuk annelerinin depresyon seviyelerini incelediğimiz çalışmamızla tutarlılık göstermektedir. Yaptığımız çalışmada, çalışma durumu ve medeni değişkenleri ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

3 ve 7 yaş arasındaki otizmlı çocuğa sahip annelerin depresyon düzeyleri ile sosyal desteği ölçen Görgü'nün (2005) araştırmasında bir işte çalışıp çalışmamanın, sosyal destek ve alt boyutlarını ve depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Sonuçlarda, sosyal destek ile tüm alt boyutlarında çalışan annelerin, çalışmayan annelerden daha düşük puan aldıkları gözlemlenmektedir. Bu sonuçlar, Sloper ve arkadaşlarının (1991), çalışmalarında ulaştığı sonuçlarla örtüşmektedir. Çalışan anneler daha geniş bir sosyal etkileşim ve çevreye sahip olabilmekte, bu durum onların farklı yönlerden gelen sosyal desteği daha kolay ulaşmalarına olanak tanımaktadır. Çalışan annelerin yalnızca otizmlı çocuğa bakım sağlamak ve eş, anne rollerinin haricinde bir diğer role sahip olması ve bunun yanı sıra daha özgür olması; otizmlı çocuğa aralıksız bakım sağlamanın ve sürekli ilgi göstermenin yarattığı baskıdan uzaklaşmak manasına gelebileceğini ifade etmişlerdir. Çalışma hayatı annelere değişik bir ortam ve çevre sağlayarak bu baskıdan biraz olsun uzaklaşıp enerji toplamalarını sağlamaktadır. Görgü'nün (2005) ulaştığı sonuçlara otizmlı çocukların annelerindeki depresyon seviyelerinin

incelendiği çalışmamızda desteklenmemiştir. Annelerin depresyon düzeyleri ile çalışma durumları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Bunun sebebi olarak da yapılan araştırmanın gelişim merkezindeki çocukların anneleri ile yapılmış olması ve burada sosyal destek anlamında tatmin olmalarından dolayı depresyon seviyelerini etkilemiş olabileceği ön görülmüştür.

Otistik çocuğa sahip annelerin depresyon seviyeleri ve medeni durumları arasındaki ilişkinin incelendiği ve bu doğrultuda farklılıkların saptanması için yapılan istatistiksel analizler neticesinde anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Bu sonuçlar; Özkan'ın (2002) sonuçları ile tutarlılık sergilemektedir.

Otizmlı çocuk ve normal çocuk sahibi anne babaların bazı psikiyatrik ve psikolojik özelliklerinin karşılaştırılmasının yapıldığı çalışmada Öksüz (2008), Beck Depresyon Envanteri'ni kullanarak ulaştığı sonuçları incelediğinde; otizmlı çocuk sahibi annelerin Beck Depresyon Düzeyleri, normal çocuk sahibi annelerin depresyon seviyelerinden daha yüksek bulunmuştur. Otizmlı çocuk sahibi annelerin depresyon seviyelerinin araştırıldığı çalışmamızda, otizmlı çocuk sahibi anneler ile normal çocuk sahibi annelerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılaşma görülmüştür. Sahip olunan çocuğun otizmlı olması değişkeni ile depresyon seviyesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup bu sonuç Öksüz'ün (2008) bulguları ile örtüşmektedir. Gönen (2014) ise otizm spektrum bozukluğu olan çocukların otistik bozukluktan etkilenme düzeyi ile ebeveynlerinin depresyonları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yaptığı araştırmada, ebeveynlerin depresyon seviyelerinin hafif depresif belirtiler gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Çandır (2015), 4- 24 yaş arası otizm spektrum bozukluğu ve down sendromu tanısı alan çocukların annelerinde depresyon, anksiyete, stres ve baş etme tutumlarını inceleyen çalışmasının sonuçlarında, otizm tanısı almış çocukların annelerinin algılanan depresyon ortalamaları down sendromlu çocukların annelerinden ve normal çocukların annelerinden daha yüksek seviyede olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu sonuçlar bizim araştırmamızla örtüşmektedir.

Otizmlı çocuk sahibi olan ve olmayan anneler üzerinde yaptığımız incelemede depresyon düzeyleri ile anlamlı ilişkileri olan bazı değişkenler daha

tespit edilmiştir. Bu değişkenlerden biri eşiyle iletişim değişkeni olmakla beraber eşiyle ilişkisini iyi ile orta cevabını verenler arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Orta cevabını verenlerin depresyon seviyeleri iyi cevabını verenlerden daha yüksektir. Ayrıca orta ile kötü cevabını verenler arasında da depresyon ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kötü cevabını verenlerin iyi cevabını verenlerden daha yüksek bir depresyon ölçeği puanı aldığı saptanmıştır. Bu durum eşiyle ilişkisi daha iyi olan otistik çocuk sahibi annelerin depresyona girme riskinin daha düşük olduğunu göstermektedir. McMiller (1989)'a göre eşlerin birbirleriyle olumsuz bir ilişki içerisinde olmaları benlik saygılarının düşük olmasına sebep olabilir ya da düşük benlik saygısına sahip kadında ilişki sorunları ortaya çıkarabilir. Sonuç olarak düşük benlik saygısı ve güçsüz ilişkiler birbiriyle ilişkilidir ve depresif bozukluklara yol açabilecek bir durumdur (Önen, Kaptanoğlu, Seber, 1995).

Yaptığımız çalışmada evlilikte memnuniyet değişkeni ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Otizmlili çocuk sahibi annelerin evlilikten memnuniyet değerlendirmelerinde depresyon düzeyleri farklılık göstermektedir. Bu araştırmanın bulgularına göre iyi ile kötü cevabını verenlerin depresyon ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). Kötü cevabını verenlerin depresyon ölçeği puanları iyi cevabını verenlerin depresyon ölçeği puanlarında daha yüksektir. Bu sonuç evlilikten memnuniyeti yüksek olan otizmlili çocuk sahibi annelerin depresyon seviyelerinin azaldığı sonucuna ulaştırmaktadır. Hirschfeld (1982)'a göre evlilik uyumu zayıf kişilerdeki depresyon olasılığının yükseldiği düşünülmektedir (Önen, Kaptanoğlu, Seber, 1995).

Çalışmamızda incelediğimiz bir başka değişken olan göç durumunun, çocuklarının tedavi süreci ve imkanlarının, koşullarının genişlemesi amacı ile yaşadıkları yerden farklı bir yere geçici veya kalıcı göç etme durumunda kalan ailelerde bu değişim durumunun vermiş olduğu zorluklar sebebi ile depresyon görülme riskini arttırdığı düşünülmektedir. Yaptığımız çalışmada göç durumu ile depresyon arasındaki ilişkinin anlamlı bir farklılık göstermesi bu düşünceyi destekler niteliktedir. Literatürde göç ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çok çalışmada göç durumunun depresyon seviyesini etkilediği yönünde sonuçlara ulaşılmıştır.

Akbıyık ve ark. (1995)'in yapmış olduğu araştırmada Almanya'ya yerleşen Türk'lerde depresyon seviyesinin yükselmiş olduğu belirlenmiştir. Bireyin kendi yaşadığı yer ve kültüründen başka bir yerde hayatını sürdüren kişilerin gösterdikleri ruhsal yakınmaların biçimi ve dozu bakımından hem kişinin kültürel faktörleri hem de farklı bir yerde hayatını sürdürüyor olmalarından kaynaklı değişimler gösterdiği belirtilmiştir. Göç etmiş olmanın getirdiği stres faktörleri psikolojik problemlere sebep olabilmekle beraber bu durumun en çok kadınları ve çocukları etkilediği belirtilmektedir. Kadınlar ruhsal problemler, dışlanma ve aile rollerindeki farklılaşma gibi bir çok sorunla karşı karşıya gelebilmektedir (Arabacı, Hasgöl, 2016).

Çalışmamızdaki bir diğer değişken olan "iyi bir anne olduğunuzu düşünüyor musunuz?" sorusu annelerin kendileri hakkındaki çocuklarına karşı yeterlilik hislerini yansıtmakta olduğu düşünülerek depresyon ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Evet cevabını verenlerin depresyon seviyelerinin, hayır cevabını verenlerin depresyon seviyelerinden daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Annelerin öz yeterlilik seviyelerinin annelik depresyonu ve stresi üzerinde etkisi olduğu bilinmekte ve depresyon semptomlarına sahip olan annelerin uygun ebeveynlik sergilemekte güçlük çektikleri belirtilmektedir. Öz yeterliliğin sağlanmasıyla depresyon düzeylerinin düşürülebileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda çocuklardaki yetersizlik ve sorunlu durumlar annelerdeki öz yeterlilik seviyeleri üzerinde etki göstererek depresyona yol açabilmektedir. Bu durum çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmekte ve bu kısır döngünün çözümü için ise güçlülere karşı yeterlilik sağlama amacıyla aileye eğitim ve destek verilmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır (Aksoy, Diken, 2009).

Çalışmamızda doğumda sağlık sorunu ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi sonucu depresyon ve doğumda sağlık sorunu yaşanmış olması arasında anlamlı bir farklılaşma tespit edilmiştir. Özdemir ve ark.(2008)'in doğum sonrası risk faktörlerini incelediği araştırmasında, düşük ve ölü doğum yapanların ve bir önceki gebelikte herhangi bir tıbbi sorun yaşayanların depresyon puanlarının daha yüksek seviyede olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Arslan (2011), İstanbul'da otistik çocuklar eğitim merkezlerindeki öğrenci ebeveynlerinin yaşam boyunca karşılaştıkları sorunları incelediği çalışmasında annelerin birçoğunun otistik spektrum bozukluğa dair bilgileri, tanı konulduktan sonra öğrendiğini ve bu süreçte belirsizlik, mutsuzluk ve endişe içerisine girdiklerini belirtmektedirler. Katılımcıların bir kısmı otistik spektrum bozukluğu olan bir çocuğun hayata gelmesiyle çalışma hayatlarının etkilendiği ve buna bağlı olarak maddi açıdan olumsuz etkilendiklerini dile getiren annelerin, çocuğun rahatsızlığını kabullenme süre zarfında depresyon, stres ve bununla birlikte karşılıklı suçlama yaşadıkları belirtilmektedir. Aileler çocuklarına ve kendilerine dışarıdan gelen bakışlardan rahatsız olduklarını ve anlayışsız tutumlarla karşılaştıklarını belirtmektedirler. Sosyal destek açısından yetersiz kalmakla birlikte yalnızlık duygusu hisetmekte olduklarını belirtmişlerdir. Anneler otistik spektrum bozukluğu olan bir çocuğa sahip olmanın yaşamlarını olumsuz kıldığını ve planlarını çocukları üzerinden yapmak mecburiyetinde olduklarını, sosyal açıdan sınırlarının kısıtlandığını açıklamışlardır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmamızın sonucu bireyleri toplumsal açıdan bilgilendirmek amacına dayanmaktadır. Çalışmamızda yer alan bulgulara dayanarak çeşitli öneriler sunulmaktadır. Çalışmadaki bulgulara göre, otistik spektrum bozukluğu olan çocuklara sahip anneler ve normal gelişim düzeyindeki çocuğa sahip annelerin arasındaki depresyon seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Annelere negatif olaylarla başetmelerini kolaylaştıracak yöntemler oluşturabilmeleri yönünde hizmetler verilmesi ve uzmanlar yönlendirilmesi, içerisinde bulunulan durumu kabullenişlerine ve aile içerisindeki eşlerin iletişimlerini güçlendirmelerine yardımcı olabileceği ve içerisinde bulunulan duruma olumlu yönde katkı sağlayarak depresyon seviyesi üzerindeki etkiyi arttırabileceği düşünülmektedir.

Otizm spektrum bozukluğuna yönelik hizmet ve eğitim veren kurumların, eğitsel ihtiyaçların yaygınlaştırılması sayesinde ailelerin göç etme gereksinimleri azaltılarak depresyonu etkileyen bir durum olarak belirlenen göç durumu azaltılabilir.

Annelerin depresyon seviyesi ile anneliğin karşılaşılan duruma yönelik bilgi eksikliklerinin giderilmesi üzerine çalışmalar yapılması ve bu doğrultuda özel eğitim uygulama alanında bilgi verici danışmanlık hizmetlerinin yaygın ve etkin hale gelmesi annelerin bilinmeyene karşı hissettikleri endişelerinin azalmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Otistik spektrum bozukluğu olan çocuğa sahip annelerin yanı sıra toplumdaki tüm bireylerin bu konuda bilinçlendirilmesi yolu ile sosyal desteğin depresyon ile arasındaki ilişki olumlu yönde güçlendirilerek yaşanan durumun depresyon düzeyindeki etkisi ve olumlu rolü yaygınlaştırılabilir.

KAYNAKÇA

- Akbıyık, İ.A., Mendel, E., Önder, E.M., Cording, C. (1999). Almanya'da yaşayan Türk'lerde Göçmen Olmanın Depresyon Ve Somatik Semptomlar Üzerine Etkisi. *Kriz Dergisi*, 7(2): 25-29.
- Aksoy, V., Diken, İ. (2009). Annelerin Ebeveynlik Öz Yeterlik Algıları ile Gelişimi Risk Altında Olan Bebeklerin Gelişimleri Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Araştırmalara Bir Bakış, *Özel Eğitim Dergisi*, 10(1), 59-68.
- Arabacı, Z., Hasgöl, E., Serpen, S. (2016). Türkiye'de Kadın Göçmenlik Ve Göçün Kadın Sağlığı Üzerine Etkisi, *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 36: 129-144.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fifth Edition)*. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Balkanlı N. (2008). "Otistik Çocuğu Olan ve Olmayan Annelerde Yaşam Kalitesi, Yaşam Doyumu Ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Brizendine, L. (2011). *Kadın Beyni*. (Çev. Z. Ateş Heyzen), Say Yayınları, Baskı:10.
- Budak, S. (2005). "Psikoloji Sözlüğü", Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Cüceloğlu, D. (1997). "İnsan ve Davranışı", İstanbul: Remzi Kitabevi, Baskı:7.
- Çandır, G. (2015). "4- 24 Yaş Arası Otizm Spektrum Bozukluğu Down Sendromu Tanısı Alan Çocukların Annelerinde Depresyon, Anksiyete, Stres Ve Baş Etme Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Darıca, N., Abidoğlu, Ü., Gümüşçü, Ş. (2000). "Otizm ve Otistik Çocuklar". İstanbul: Özgür Yayınları.

- Dereli, F., Okur, S. (2008). Engelli Çocuğa Sahip Olan Ailelerin Depresyon Durumunun Belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*. 25, 164-168
- Dicle, A.N. (2012). Motivasyonel Görüşme Uygulamalarının Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Başa Çıkma Tutumlarına Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Samsun.
- Dilbaz, N., Enez, A. (2007). “Kadın ve Depresyon: Doğum Sonrası Görülen Duygudurum Bozuklukları”, *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*, 3(47), 32-40.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M. & Cross, A. (1986). Mediating Influences of Social Support: Personal, Family and Child Outcomes. *American Journal of Mental Deficiency*, 90(4), 403-417.
- Eisenberg, A., Murkoff, E.H., Hathaway, E.S. (2012). “Çocuğunuz Büyürken Sizi Neler Bekler”. (Çev. Tunalı, D.), Epsilon Yayınları.
- Gönen, A. (2014). “Otizm spektrum bozukluğu ile otizm spektrum bozukluğu tanısı olan bireylerin ebeveynlerinin depresyon düzeyleri arasındaki ilişki”, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Bolu.
- Görgü E. (2005). “3-7 Yaş Arası Otistik Çocuğa Sahip Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki”, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri, İstanbul.
- Karasar, N. (2009). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Korkmaz, B. (2005). “Yağmur Çocuklar. Otizm Nedir?”. İstanbul: 8. Gün Özel Eğitim Yayınları.
- Kotulak, D., Connaughton D. (2000). *Çocuk Sağlığı Rehberi*. Çeviren: Tunalı, D., Epsilon Yayınları.
- Köknel, Ö. (1989). *Depresyon*, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.

- Küey, L. (1998). Birinci Basamakta Depresyon, Tanıma, Ele alma, Yönlendirme, Psikiyatri Dünyası, 1, 5-12.
- Öksüz, Z. (2008). “Otistik ve Normal Çocuk Sahibi Anne Babaların Bazı Psikiyatrik ve Psikolojik Özelliklerinin Karşılaştırılması”, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Önen, R.F., Kaptanoğlu, C., Seber, G. (1995). Kadınlarda Depresyonun Yaygınlığı ve Risk Faktörlerle İlişkisi, Kriz Dergisi, 3(1-2) 88-103
- Özkan, S. (2002). “Zihinsel Engelli ve Normal Çocuğa Sahip Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Pehlivantürk, B. (2004). Otistik Bozukluğu Olan Çocuklarda Bağlanma, Türk Psikiyatri Dergisi, 15(1): 56-63
- Sheppard, M. (1993). Maternal Depression and Chil Care: The Significance for Social Work and Social Work Research. Adoption&Fostering, 17(2) ss:10-16
- 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 Psychiaatry, 32(4), 655-676.
- Tan, O. (2015). “Depresyon”, İstanbul: Timaş Yayınları, Baskı: 8
- Tarhan, N. (2015). “Kadın Psikolojisi”, İstanbul: Nesil Yayınları, Baskı:82
- Türkçapar, H. (2013). Depresyon, Bilişsel ve Davranışçı Terapisi, Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği.
- Özdemir, S., Marakoğlu K., Çivi S. (2008). “Konya İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Riski ve Etkileyen Faktörler”, TAF Prev Med Bull, 7(5):391-398.

- Ünal, S., Küey, L., Güleç, C., Bekaroğlu, M., Evlice, E.M., Kırılı, S. (2002). Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri, Klinik Psikiyatri, 5, 8-15
- Üstüner, F. (2009). Otistik Çocuğa Sahip Ailelerin Yaşadıkları Sorunlar ile Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi: Niteliksel Araştırma. Çocuk Dergisi, 9(1), 34-42.
- Wing, L. (2015). “Otizm El Rehberi”. (Çev. S. Kunt), Tohum türkiye Otizm Erken Tanı ve Eğitim Vakfı, Sistem yayıncılık.
- Varol, N. (2006). Aile eğitimi (2. Baskı). Ankara: Kök Yayıncılık.
- Yusuf, A. (2001). Depresyon Psikoterapisi. Alfa Yayıncılık.

EKLER

Ek-1: Beck Depresyon Ölçeği

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

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

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.

2. Cezalandırılmayı bekliyorum.

3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.

2. Kendime çok kızıyorum.

3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.

3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.

2. Kendimi öldürmek isterdim.

3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.

2. Çoğu zaman ağlıyorum.

3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskişine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.

2. Şimdi hep sinirliyim. 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

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

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

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

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

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

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

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

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.

3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.

2. Dört kilodan fazla kilo verdim.

3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.

2. Saęlıęım beni endiřelendirdięi için bařka Őeyleri dūřünmek zorlařıyor.

3. Saęlıęım hakkında o kadar endiřeliyim ki bařka hiçbir Őey dūřünemiyorum.

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

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

2. Cinsel konularla Şimdi çok daha az ilgiliyim.

3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Ek-2: Sosyodemografik Bilgi Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. İsim Soyisim:
2. Çocuğun doğum tarihi-yaşı:
3. Öğrenim düzeyi: 1.Yok 2.İlköğretim 4.Lise 5.Üniversite 6.Yüksek Lisans
4. Meslek:
5. Çalışabilirlik: 1. Çalışıyor 2.Emekli 3.Çalışmıyor
6. Medeni durum: 1.Bekar 2.Evli
7. Çocuk sayısı: 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4+
8. Sosyoekonomik durum: 1. Alt 2.Orta-alt 3.Orta-üst 4.Üst
9. Sosyal güvence: 1.Yok 2.Emekli sandığı 3.SSK 4.Yeşil Kart
10. Göç Durumu : 1. Evet 2.Hayır
11. Aile tipi: 1.Çekirdek 2.Geniş
12. Sosyal destek: 1.Yok 2.Var
13. Soy geçmişte tanısı kesinleşmiş psikiyatrik hastalık:1.Var 2.Yok
14. Evlenme biçimi: 1.Anlaşarak 2.Görücü
15. Akraba evliliği: 1.Evet 2.Hayır
16. Eşiyle iletişim: 1.İyi 2. Orta 3. Kötü 4.Çok kötü
17. Evlilikten memnuniyet: 1.İyi 2.Orta 3.Kötü 4.Çok kötü
18. Eşinin eğitimi: 1.Yok 2.Okur-yazar 3.İlköğretim 4.Lise 5.Üniversite
19. Çalışabilirlik: 1.Düzenli çalışıyor 2.Düzensiz çalışıyor 3.Çalışmıyor 4.Çalışıyor 5.Emekli

20. Gebelik: 1.Planlı 2.Plansız
21. Yardımcı üreme tekniği: 1.Yok 2.Var
22. Gebelikte düzenli takip: 1. Var 2.Yok
23. Gebelikte sağlık sorunu: 1.Var 2. Yok
24. Doğum şekli: 1.Sezaryen 2.Normal
25. Doğumda annede sağlık sorunu: 1.Yok 2.Hafif 3.Orta 4.Ciddi
26. Çocukta sağlık sorunu: 1.Yok 2.Var
- 27.İyi bir anne olduğunuzu düşünüyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
- 28.Antidepresan kullanımı: 1. Var 2. Yok

ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında Bartın'da doğdu. İlköğretim ve lise eğitimlerini Bartın'da tamamladı. 2014 senesinde Yeditepe Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji bölümünde lisans öğrenimini tamamlamasıyla Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Klinik Psikoloji Bilim Dalında yüksek lisans programı ile öğrenimine devam etti.

Aysu FIRINCI

