

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

**OTİZMLİ BİREYE SAHİP ANNELERİN KABUL-RED
DÜZEYLERİNİN DEPRESYONA ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Zeynep AĞCA

İSTANBUL, 2017

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

**OTİZMLİ BİREYE SAHİP ANNELERİN KABUL-RED
DÜZEYLERİNİN DEPRESYONA ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Zeynep AĞCA

Öğrenci No:
140790182

Danışman:
Yrd. Doç. Dr. Ali DAYI

İSTANBUL, 2017

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “OTİZMLİ BİREYE SAHİP ANNELERİN KABUL-RED DÜZEYLERİNİN DEPRESYONA ETKİSİ” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlâk ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım11.05.2017

Aday: Zeynep AĞCA



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

11/05/2017

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim Dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **140790182** numaralı **Zeynep AĞCA'nın** "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**Otizmlili Bireye Sahip Annelerin Kabul-Red Düzeylerinin Depresyona Etkisi**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 11.04.2017 tarih ve 2017/14 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (6.15) 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. Ali DAYI
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE
Yrd. Doç. Dr. Hakan KARAŞ
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE
Yrd. Doç. Dr. Atilla TEKİN
(Haliç Üniversitesi)

TEŞEKKÜR

Öncelikle hayatım boyunca beni maddi ve manevi olarak destekleyip okul ve iş yaşamımda sürekli ilerlemem için teşvik eden, her koşulda bana sonsuz güvenen, değerli anne, babama ve daima yanımda oldukları için kardeşlerime çok teşekkür ediyorum.

Araştırmam boyunca akademik bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, tezimi tamamlama aşamasında benden desteğini esirgemeyen sevgili tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Ali DAYI' ya sonsuz teşekkür ederim.

Tezimi yazma aşamasında desteğini esirgemeyen fikirlerini benimle paylaşan ve sabırlı bir şekilde tam vazgeçecekken benim motivasyonumu her daim yüksek tutmaya çalışan Kübra ERSOY' a sonsuz teşekkür ederim.

Tezimin son aşamalarında beni destekleyen, motive eden ve katkılarından dolayı arkadaşım Kamil ÇOBAN' a çok teşekkür ederim.

Mesleki hayatım boyunca bana birçok konuda ışık tutup, her zaman bilgilerini paylaşan değerli hocam Prof. Dr. Binyamin BİRKAN' a teşekkürü bir borç bilirim.

Son olarak, araştırmanın örneklem grubunu oluşturan ve katkılarıyla bu tezin oluşmasına yardımcı olan tüm annelere çok teşekkür ederim.

Zeynep AĞCA

Adı ve Soyadı : Zeynep AĞCA
Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Ali DAYI
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans Tezi, 2017
Alanı : Klinik Psikoloji
Anahtar Kelimeler : Otizm, Depresyon, Kabul-Red

ÖZET

OTİZMLİ BİREYE SAHİP ANNELERİN KABUL-RED DÜZEYLERİNİN DEPRESYONA ETKİSİ

Bu araştırmanın amacı, kabul-red düzeylerinin depresyona etkisini incelemektir. Bunun için otizmlili ve otizmlili olmayan çocuk sahibi anneler ile araştırma gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmada otizmlili annelerin depresyonunu yordama da kabul-reddin rolü incelenmektedir. Araştırma modeli olarak betimsel ve ilişkisel tarama modeli tercih edilmiştir.

Araştırmaya 107 anne (55 otizmlili çocuğa sahip ve 52 otizmlili olmayan çocuğa sahip) katılmıştır.

Araştırmanın verileri Sosyo-demografik Bilgi Formu, Aile Çocuk İlişkileri-Anne Formu (Parental Acceptance Rejection Questionnaire-mother form) ve Beck Depresyon Envanteri ile toplanmıştır.

Elde edilen verilerin analizinde çıkarımsal istatistikler çerçevesinde Korelasyon Analizi, Bağımsız Örneklem T-Testi ve ANOVA kullanılmıştır.

Gerçekleştirilen analizler sonucunda elde edilen bulgular şu şekilde özetlenebilir: depresyonun otizmlili çocuk sahibi olma durumuna, eşin eğitim

durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterirken; eğitim durumuna, anne-baba eğitim durumuna, ekonomik gelir düzeyine göre bir farklılık göstermediği saptanmıştır.

Reddetmenin anne eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterirken; otizmli çocuk sahibi olma durumuna, eğitim durumuna, eşin eğitim durumuna, baba eğitim durumuna, ekonomik gelir düzeyine göre bir farklılık göstermediği saptanmıştır.



Name and Surname : Zeynep AĞCA
Supervisor : Assit. Prof. Dr. Dr. Ali DAYI
Degree and Date : Master, 2017
Major : Clinical Psychology
Keywords : Autism, Acceptance-Rejection, Depression

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION AND ACCEPTANCE-REJECTION LEVEL IN MOTHERS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

The aim of this search is to examine the effect of acceptance-rejection over the depression. That's why the mothers of normal children and children with autism are used. Descriptive and relational survey models were preferred as research.

The study was conducted on 107 mothers total (55 mothers of children with autism spectrum disorder and 52 mothers of normal children).

The data of the study were collected Socio-demographic Form, Parental Acceptance Rejection Questionnaire-mother form and Beck Depression Inventory Scale.

During the analysis process of acquired data Correlation Analysis, Independent-Samples T-Test and ANOVA were applied in terms of deductive statistics.

The findings of the analysis can be summed up as following: It is found out that the depression differs in a reasonable way depending on having children with autism, educational status of husband, while it does not differ depending on education, educational level of parents, economic status.

It is found out that the acceptance-rejection differs in a reasonable way depending on educational level of mother while it does not differ depending on education, educational level of father, economic status, having children with autism, educational status of husband.



İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZET	i
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	viii
KISALTMALAR	ix
SEMBOLLER	x

BİRİNCİ BÖLÜM

1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
1.2. Problem Cümlesi ve Alt Problemler	2
1.3. Sayıtlar	2
1.4. Sınırlılıklar	3
1.5. Araştırmanın Gerekçesi Ve Önemi	3
1.6. Tanımlar	4

İKİNCİ BÖLÜM

2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. OTİZM	5
2.1.1. Otizm Nedir?.....	5
2.1.2. Otizme Tarihsel Yaklaşım	7
2.1.3. Otizmin Epidemiyolojisi	7
2.1.4. Otizmin Kliniği	8
2.1.4.1. Tanı.....	8
2.1.4.2. Eşlik Eden Tanılar	10
2.1.4.3. Tedavi Yaklaşımlar	12
2.1.5. Otizm Ve Özellikleri	14
2.1.5.1. Otizimli Çocukların Duyusal Özellikleri	14
2.1.5.2. Otizimli Çocukların Bilişsel Özellikleri.....	16
2.1.5.3. Otizimli Çocukların Motor Özellikleri.....	16
2.1.6. Otizm Ve Aile	17

2.1.7. Eğitim.....	19
2.1.7.1. Uygulamalı davranış analizi (ABA: Applied Behavior Analysis),.....	19
2.1.7.2. Teacch	21
2.1.7.3. İlişki-Temelli Yöntemler.....	21
2.1.7.4. Sosyal öyküler	22
2.1.7.5. Kolaylaştırılmış İletişim (FC)	22
2.1.8. Otizmin Etiyolojisi	22
2.2. DEPRESYON	23
2.2.1. Depresyon Nedir?	23
2.2.2. Depresyonun Klinik Özellikleri	24
2.2.3. Depresyonun Epidemiyolojisi Ve Cinsiyet.....	26
2.2.4. Annelik Depresyonu	27
2.2.5. Depresyon Nedenleri İle İlgili Kuramlar	28
2.2.5.1. Psikodinamik Yaklaşım.....	28
2.2.5.2. Bilişsel Görüş	29
2.2.5.3. Davranışçı Yaklaşım	29
2.2.6. Depresyonun Tedavisi.....	30
2.2.6.1. Psikoterapi	30
2.2.6.2. Bilişsel Davranışsal Terapi.....	30
2.2.7. Davranışsal Terapi	31
2.2.8. İlaçla Tedavi.....	31
2.2.9. Elektro-Konvulsif Terapi	32
2.3. KABUL-RED	32
2.3.1. Ailenin Çocuğu Kabullenme ve Reddetme Teorisi	33
2.3.1.1. Kişilik Alt Teorisi.....	33
2.3.1.2. Başa Çıkma Alt Teorisi	33
2.3.1.3. Sosyo- Kültürel Sistem Alt Teorisi	34
2.3.2. Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Uyum Sürecini Açıklayan Modeller .	34

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. YÖNTEM	36
3.1. Araştırma Modeli	36
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	36
3.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	36
3.4. Veri Toplama Araçları	37
3.4.1 Aile Çocuk İlişkileri-Anne Formu	37
3.4.2 Beck Depresyon Envanteri.....	38
3.5. Veri Toplama Araçlarının Geçerliliği ve Güvenirliği.....	39
3.5.1 Anne Çocuk İlişkileri Formu	39
3.5.2 Beck Depresyon Envanteri.....	42
3.6. Verilerin Analizi.....	43
3.6.1. İstatistiksel Yöntemler	43

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR.....	44
4.1. Demografik Bilgilerin Dağılımı.....	44
4.2. Annelerin Depresyon ve Kabul-Red Düzeylerinin Otizmlı Çocuk Sahibi Olma Durumuna İncelenmesi	46
4.3. Otizmlı Çocuğu Olan Annelerin Depresyon ve Kabul-Red Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi	48
4.4. Otizmlı Çocuğu Olan Annelerin Depresyon ve Kabul-Red Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	56
TARTIŞMA.....	58
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	68
KAYNAKÇA.....	70
EKLER	81
Ek-1: Araştırmada Kullanılan Sosyo-Demografik Bilgi Formu	81
Ek-2: Aile-Çocuk İlişkileri Formu (Anne).....	83
Ek-3: Beck Depresyon Envanteri	85

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1. Demografik Bilgiler	44
Tablo 2. Annelerin Otizmlı Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Depresyon ve Kabul-Red Düzeylerinin İncelenmesi	46
Tablo 3. Otizmlı Çocuğu Olan Annelerin Eğitim Durumuna Göre Depresyon ve Kabul-Red Düzeylerinin İncelenmesi	48
Tablo 4. Otizmlı Çocuğu Olan Annelerin Eşin Eğitim Durumuna Göre Depresyon ve Kabul-Red Düzeylerinin İncelenmesi	50
Tablo 5. Otizmlı Çocuğu Olan Annelerin Anne Eğitim Durumuna Göre Depresyon ve Kabul-Red Düzeylerinin İncelenmesi	51
Tablo 6. Otizmlı Çocuğu Olan Annelerin Baba Eğitim Durumuna Göre Depresyon ve Kabul-Red Düzeylerinin İncelenmesi	53
Tablo 7. Otizmlı Çocuğu Olan Annelerin Ekonomik Gelir Düzeyine Göre Depresyon ve Kabul-Red Düzeylerinin İncelenmesi	54
Tablo 8. Depresyon ve Kabul-Red ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Analizi	56
Tablo 9. Depresyon ve Kabul-Red ve Alt Boyutları İle Demografik Bilgiler Arasındaki Korelasyon Analizi	58

KISALTMALAR

ABA	: Applied Behavior Analysis
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BTA-YGB	: Başka Türlü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk
DIR	: Developmental, Individual, Relationshipbased
DSM	: The Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders
Ekar	: Ebeveyn Kabul Ve Reddi Kuramı
EKT	: Elektro-Konvulsif Terapi
FC	: Kolaylaştırılmış İletifim
OSB	: Otistik Spektrum Bozukluğu
RAM	: Rehberlik Araştırma Merkezi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TEACCH	: Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped).
UDA	: Uygulamalı Davranış Analizi
YGB	: Yaygın Gelişimsel Bozukluklar

SEMBOLLER

α	: Alfa
n	: Frekans
%	: Yüzde
X	: Aritmetik Ortalama
ss	: Standart Sapma
p	: Anlamlılık değeri
t	: t istatistiği
F	: F istatistiği

BİRİNCİ BÖLÜM

1. GİRİŞ

Otizm, ömür boyu süren bireyin dil, sosyalleşme, iletişim gibi birçok alana etki eden yüksek kortikal işlevlerle bağlantılı olan ve davranışsal belirtileri bulunan bozukluk şeklinde ifade edilebilir. Günümüzde otizmin görülme sıklığı ile ilgili yapılan araştırmalar, otizmin azımsanamayacak oranda yaygın olduğunu göstermektedir (Yurdakul ve ark., 2005)

Otizmin geniş tanımından dolayı bu özelliklerin tümü her otizimli bireylerde bir arada görülmemektedir. Bu belirtilerin bir arada görülmediği gibi zamanla belirtilerde değişebilir. Bu sebepten ötürü tanı koymak için bireyin belli aralıklarla, farklı alanlarla çalışan uzmanlar tarafından değerlendirilmesi uygun olur (Ordu, 2005).

Depresyon kişinin yaşama dair istek ve zevkinin azaldığı/kaybolduğu, kişinin geleceğe dair karamsar, kötümser düşünceler içinde olması, geçmişe ilişkin pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin olduğu, zaman zaman ölüm düşüncesi, intihar girişimi ve bazen ölümlerle sonuçlanabilen, iştah, uyku, cinsel istek ile ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu ruhsal bir bozukluktur (Çevik ve Volkan,1993).

Aile, bireyin toplumsallaşması açısından ilk basamağı oluşturan kurum olduğundan dolayı oldukça önemlidir. Bu kuruma katılan çocuğun ilk etkileşimi anneye olmaktadır. Toplumumuzda kadın için annelik önemli bir olaydır (Gençtan, 2004).

Annenin çocuğu kabul etmemesi anne-çocuk ilişkisindeki en önemli sorundur. Annenin ruh sağlığı, sağlıklı bir anne-çocuk ilişkisi geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Mutsuz bir evlilik, annenin eşinden yeterli ilgi görmeyişi, ailenin ekonomik sıkıntılarının olması annenin çocuğuna karşı reddedici tutumlar geliştirmesine yol açmaktadır (Yavuzer, 2007).

Tüm bunlarla hareketle otizmlı bireye sahip annelerin kabul-red düzeyleri ile depresyon arasındaki ilişkinin araştırılması hedeflenmektedir. Araştırmada otizmlı bireye sahip olan ve olmayan annelerin bireyi kabul-red düzeylerinin yaş, medeni durum, eğitim seviyesi gibi sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırılmalı olarak incelenmiştir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amaçlarından biri annelerin kabul-red ve depresyon düzeylerini etkileyen faktörlerin otizmlı çocuğa sahip olma durumuna ve bazı değişkenlere göre araştırılmasıdır. Çalışmanın asıl amacı ise otizmlı bireye sahip olan annelerin depresyon düzeylerini yordama da kabul-red tutumunun rolünü araştırmaktır. Bu kapsamda aşağıdaki alt problemlere cevap aranmıştır.

1.2. Problem Cümlesi ve Alt Problemler

Otizmlı çocuğa sahip ebeveynlerde depresyon ve kabul-red düzeyi arasında ilişki var mıdır?

Bu problemler doğrultusunda şu sorulara yanıt aranacaktır:

1. “Otizmlı çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeyleri sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?”

2. “Otizmlı çocuğa sahip kabul-red düzeyleri sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?”

3. “Otizmlı ve otizmlı olmayan çocuk sahibi annelerin depresyon ve kabul-red düzeyleri arasında bir farklılaşma var mıdır?”

1.3. Sayıtlar

Araştırmaya katılan bireylerin kendilerine verilen araçları içtenlikle ve nesnel olarak yanıtladıkları varsayılmıştır.

1.4. Sınırlılıklar

- Bu araştırma İstanbul ilinin çeşitli ilçelerinde ikamet eden otizimli ve otizimli olmayan çocuğa sahip olan annelerden toplanan verilerle sınırlıdır.
- Araştırmada bireylere dair bilgiler, araştırmacı tarafından hazırlanan “Sosyo-demografik Bilgi Formunda yer alan sorularla sınırlıdır.
- Bireylerin kabul-red düzeyine ilişkin veriler Anne-Çocuk İlişkileri Ölçeğinin kapsadığı niteliklerle sınırlıdır.
- Bireylerin depresyon düzeyine ilişkin veriler Beck Depresyon Ölçeğinin kapsadığı niteliklerle sınırlıdır.

1.5. Araştırmanın Gerekçesi Ve Önemi

Otizmin giderek artmasından ötürü otizimli bireyler ile ilgili yapılan araştırma gerekliliği bir gerçektir. Otizimli bireye sahip olmak maddi ve manevi yönden bir takım zorluklara neden olmaktadır. Annelerin hem otizmi kabullenme hem de bundan sonraki psikolojik süreçlerin belirlenmesi ile ilgili çalışmaların yapılmasının da aynı ölçüde gerekli olduğu düşünülmektedir. Otizimli bireye sahip annelerin fizyolojik ve psikolojik sağlıklarının iyi olmasının otizimli bireye de olumlu yönde yansıtılabileceği söylenebilir. Çocuğun bakım verme yükünün anne üzerinde olması göz önünde bulundurulduğunda bireylerin gelişimi için annelerin ruh hali önem arz etmektedir.

Araştırmalara göre Otizimli bireye sahip ailelerin depresyon düzeylerinin herhangi bir tanı almamış bireylerin ailelerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmanın amaçları göz önüne alındığında literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.6. Tanımlar

Otizm tanımı 1943 yılında Leo Kanner tarafından “Erken Bebeklik Otizmi” olarak ifade edilmiştir. Otizm, birtakım alanlarda zorluklar ve anormallikler ile kendini gösteren nöro-gelişimsel bir bozukluktur. Otizm, isim olarak son 74 yılda otistik, otistik bozukluk, otizm spektrum bozukluk şeklinde değişikliklere uğramıştır. Kısaca otizmi tanımak gerekir ise “kendi iç dünyasına yönelen ve dış dünyaya kendini kapatarak gösteren bireyler olarak tanımlanmaktadır” (Schopler & Mesibov, 1995).

Depresyon, psikoloji alanında en sık rastlanılan birçok faktöre bağlı olarak karmaşık bir ruhsal bozukluktur. Depresyonun, kaygı ve kronik stres ile ilişkili olduğu incelenmiş ve bu faktörler arasındaki ilişkinin varlığı belirgin bir şekilde olduğu belirtilmiştir (Hastings ve Beck, 2004).

Birçok birey zaman zaman depresif duygu durum ya da depresif belirtilerden bir ve ya birkaçıyla baş etme durumunda kalabilmektedir. Bu kişiler yaşamış olduğu durgunluk, isteksizlik, ilgisizlik duygu durumu yanı sıra yaşamlarını idame ettirebilirler. Bazı bireyler ise sosyal ortamlardan, arkadaş ilişkilerinden televizyon izleme gibi etkinliklerden hoşlanmayabilir. Bu semptomların sebebi depresif duygu durum ve ya bireyin mizaç özelliğinden ötürü olabilir (Köknel, 2005).

Rohner’in (1975), evrendeki bütün insanların sıcaklık alma ihtiyacı kuramında evrensel bir yaklaşım benimsemiştir. Bu yaklaşıma göre insan davranışının kendi kültürüne ait bağımsız genellenebilir ilkeleri betimlemeyi hedeflemiştir. Ebeveyn Kabul ve Reddi Kuramı (EKAR) belli başlı anne baba davranışlarını, ve bu davranışların da bireylerdeki zihinsel yapılanmanın öncü ve sonuçlarını anlatan bir kuramdır. Bu kuramda ebeveyn kabul ve reddini şu şekilde ifade etmiştir. Ebeveynin çocuğu için göstermiş olduğu yakınlık, sıcaklık, alaka, bakım ve sevgi gösterme durumlarını kabul etme olarak ifade etmiştir. Ebeveynin çocuğuna karşı kabulde gösterilen durumların olmadığı, çocuğu görmezden geldiği hatta sözel ve fiziksel olarak şiddet sergilediği davranışlar reddetme olarak ifade etmektedir (Rohner, 1975).

İKİNCİ BÖLÜM

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OTİZM

Bu bölümde otizm ile ilgili açıklamalara yer verilmektedir.

2.1.1. Otizm Nedir?

Otizm tanımı ilk olarak 1911 yılında İsviçreli psikiyatrist Eugen Bluer'in içine kapanık olan şizofreni hastalığı için kullandığı "otizm" terimi ile başlamıştır. 1943 yılında ise Kanner'in sosyal izolasyon, yineleyen tekrarlayıcı davranışlar, sözcükleri tekrar etme ve yalnızlık gösteren 11 çocuk için makalesinde kullandığı "otistik bozukluk" terimi ile bilimsel alana taşınmıştır (Heflin ve Alaimo, 2007; Kanner, 1943; Koegel ve Lazebnik, 2004; Schreibman, 2005)

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), doğumdan itibaren göz kontağı kurmama, işaret etme davranışı ve ortak dikkat gibi alanlarda yetersizlik ile kendini gösteren, yaşamın ilk 3 yılında ortaya çıkan, sosyal etkileşim ve iletişim ile birlikte sosyal davranış, algılama, dil, tekrarlayan davranış şeklinde kendini gösteren belirti ve derecesinin bireyden bireye farklılık gösteren gelişimsel nörobiyolojik bir bozukluktur (Çolak, 2015).

Asperger Sendromu 1944 yılında kendi soyadını vermiş olduğu Hans Asperger tarafından tanımlanmıştır. Ayrıca Asperger sendromu 1991 yılında Lorna Wing'in makalesinde de gündeme gelmiştir. Hans Asperger, Asper Sendromunu bir yandan tanımlarken bir yandan da otizmden farklı olan belirtilerini de ifade etmiştir. Bu farklılıklara bakıldığında otizm, 1 yaşından itibaren kendini göstermesi; otizimli bireyin dil gelişiminin geç olması ya da hiç olmaması, sosyal anlamda yetersiz olması, göz kontağı yoksunluğu olmasıdır. Öte yandan Asperger sendromu ise 3 yaşından önce ortaya çıkmayan bir kişilik özelliğidir. Bu bireyler yürümeye

başlamadan konuşabilen, sosyal iletişime girebilen, kendi halinde konuşan, zeka seviyesinin vasat ya da üst seviyede olduğu ifade edilmiştir.

1991 yılında Frith'in editörlük yapmış olduğu kitapta Gilberg, Asperger sendromu ile ilgili altı Asperger vakasının benzerlik bakımından otizm ile karşılaştırmıştır. Bu iki sendrom arasında yakın bir benzerlik olduğunu açıklamıştır. Başlangıçta otizm özellikleri gösteren bir çocuk ilerleyen yaşlarda tanısının Asperger Sendromuna doğru değiştiğini ifade etmiştir. Ayrıca otizm tanısı almış bir birey aynı zamanda Asperger Sendromun da eşlik ettiği belirtilmiştir. Wing zeka seviyeleri olarak bu iki sendromu karşılaştırdığında Asperger Sendromunun hafif düzeyde olan zeka seviyesinin üstün bir zekaya doğru gidişatın olduğu zihinsel bir performans olduğunu ifade etmiştir. Otizmin zeka seviyesinde gerilik olması ya da sözel olmayan becerilerde üstün performans göstermesi ile Asperger Sendromundan ayrılan bir özellik olduğunu belirtmiştir (Wing, 1991).

Literatüre bakıldığında bu iki sendromun aynı ve ya farklı olduğunu ifade eden çelişkili tartışmalara rastlanmıştır. Yapılan birçok araştırma otizm ve asperger sendromunun farklılıkları ve benzerlikleri üzerine odaklanmıştır. Tantam (1988) bu iki sendrom arasındaki farklılıklara şu açılardan vurgu yapmıştır;

- 1- Sosyal yakınlık kurmak ister ancak bunu nasıl yapacağını bilmediği için güçlük çekmek
- 2- Denge ve koordinasyon sağlayamayan ve beceriksiz olarak nitelendirilebilir olma
- 3- Sözel ifadede güçlük çekmek,
- 4- Donuk bir yüz ifadesinde bulunma uygun jest mimikleri kullanamama
- 5- Rutine bağlı kalma.

1998 yılında Tantam maddeler halinde belirtilen özelliklere sahip otizm tanılı çocuklara Asperger Sendromu tanısı koymanın daha uygun olacağını belirtmiştir (Tantam,1988).

Biz de Otizmlı bireyleri duyuşal, bilişsel ve motor yetenekleri açısından inceleyip ayırmaya çalışacağız.

2.1.2. Otizme Tarihsel Yaklaşım

Otizmlı bireylerden farklı kişiler olarak bahseden bilim adamları 1970 yıllarında Fransa'da Jan Itard ve İngiltere'de Jon Haslam adında bilim adamlarıdır. 1911 yılında otizm adını kullanan ise Eugen Bleuler'dir. Otizm kavramı, iletişimin reddedilmesi, gerçeklik ile bağlantının bozulmasından dolayı şizofren hastalarında görülen belirtileri içermektedir. 1943 yılında çocuk psikiyatristi olan Leo Kanner ise 1943 yılında on bir çocuk üzerinde ilk kez yaptığı incelemede rutinlerdeki değişiklikler, otistik yalnızlık ve farklı yetenekler olmak üzere otizmin üç karakteristik özelliğı olduğunu ifade etmiştir (Fazlıoğlu ve Eşme Yurdakul, 2009).

Otizm ile ilgili günümüze kadar birçok tanım ve yorumlar yapılmıştır. Başlangıçta "buzdolabı anne babaların" çocuğa mutlu bir hayat sunulmadığı düşünölmektedir. Genetik ve biyolojik faktörün ise günümüzde otizmde rol oynadığı bilinmektedir (Fazlıoğlu ve Eşme Yurdakul, 2009).

Otistik ve otizm terimi yıllarca kullanılmaktadır fakat son yıllarda otizm spektrum bozukluğu terimi olarak da kullanılmaya başlanmıştır. Otizm, yaygın bir gelişimsel bozukluk ile benzer anlamı taşır ve karmaşık bir gelişim eksikliği olarak ifade edilir ve bu geniş yelpazenin kategorilerinden biridir (Kırcaalı İftar, 2007).

2.1.3. Otizmin Epidemiyolojisi

Yapılan çalışmalarda otizmin görölme sıklığı ile ilgili bir çok araştırma yapılmıştır. Ve bu çalışmalarda yaygınlığı giderek arttığı görölmüştür (Fombonne 2005).

1970 yılında Judith Gould ve Wing tarafından gerçekleştirilen araştırmanın bulgularına göre her 10,000 birey arasından 22 bireyde otistik belirtilerin olduğu ifade edilmiştir. Otizmin görülme sıklığı ile ilgili Gilberg'in 1986 yılında aynı sayıları elde ettiğini söyleyen Wing, bugün doğan her 10,000 bireyde 58 gibi bir sayıya ulaşıldığını belirtmiştir (Persson 2000).

Otizmin 2500'de 1 olarak görülme sıklığı yapılan incelemelere göre seneler içerisinde görülme sıklığı 1000'de 1 gibi bir oranda olduğu belirtilmiştir. Öte yandan otizmin geniş bir yelpaze belirtileri olmasından dolayı bu oranın 500'de 1'e ulaştığı ifade edilmiştir (Korkmaz 2005).

Cinsiyet oranına bakıldığında Otizmin, erkek bireylerde görülme oranının kız bireylere oranla 3-4 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Persson 2000). Genetik faktörler bakıldığında otizmlili bireylerin kardeşlerinde otizm görülme ihtimali genele bakıldığında 50 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Öztürk 2001).

2.1.4. Otizmin Kliniği

Otizmlili bireyler genellikle yaşamın ilk üç yılında tespit edilebilirler. Bunun yanında, otizmlili birçok kişi ölçütlerin zorluğundan dolayı beş-altı yaşlarına kadar tanınmayabilir. Otizm yaşam boyu süren bir bozukluk olduğundan dolayı otizmlili çocukların hayatlarının büyük bir kısmında bir eğitim programı dâhilinde olmaları gerekmektedir. Tedavinin en önemli ilkesi ise erken tanıdır (Fazlıoğlu, Yurdakul, 2009).

2.1.4.1. Tanı

APA'nın 2013 yılında yayınladığı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'na (DSM-V) göre, bir vakanın OSB (Otistik Spektrum Bozukluğu) olarak kabul edilebilmesi için aşağıdaki ölçütleri karşılaması gerekmektedir.

A. O sırada ya da öyküden alınan bilgilere (ayrıntılamaktan çok örnekleyen) göre, aşağıdakilerle kendini gösteren, değişik biçimleriyle toplumsal iletişim ve toplumsal etkileşimde süregiden eksiklikle:

1. Sözelimi, olağandışı toplumsal yaklaşım ve karşılıklı konuşamamadan, ilgilerini, duygularını ya da duygulanımını paylaşamamaya, toplumsal etkileşimi başlatamamaya ya da toplumsal etkileşime girememeye dek değişen aralıkta, toplumsal-duygusal karşılıklı eksikliği.

2. Sözelimi, sözel ve sözel olmayan tümleşik iletişim yetersizliğinden, göz iletişimi ve beden dilinde olağandışılıklara ya da el-kol devinimlerini anlama ve kullanma eksikliklerine, yüz ifadesinin ve sözel olmayan iletişimin hiç olmamasına dek değişen aralıkta, toplumsal iletişim için kullanılan sözel olmayan iletişim davranışlarında eksiklikler.

3. Sözelimi, değişik toplumsal ortamlara göre davranışlarını ayarlama güçlüklerinden, imgesel oyunu paylaşma ya da arkadaş edinme güçlüklerine, yaşıtlarına ilgi göstermemeye dek değişen aralıkta, ilişkiler kurma, ilişkilerini sürdürme ve ilişkileri anlama eksiklikleri.

B. O sırada ya da öyküden alınan bilgilere (ayrıntılamaktan çok örnekleyen) göre, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, sınırlı, yineleyici davranış örüntüleri, ilgiler ya da etkinlikler:

1. Basmakalıp ya da yineleyici motor eylemler, nesne kullanımları ya da konuşma (örn. Yalın motorbasmakalıp davranış örnekleri, oyuncakları ya da oynar nesnelere sıraya dizme, ekolali, kendine özgü deyişler).

2. Ayrılık konusunda direnme, sıradanlık dışına esneklik göstermeme ya da törensel sözel ya da sözel olmayan davranışlar (örn. küçük değişiklikler karşısında aşırı sıkıntı duyma, geçişlerde güçlükler yaşama, katı düşünce örüntüleri, törensel selamlama davranışları, her gün aynı yoldan gitmek ve aynı yemeği yemek isteme).

3. Yoğunluğu ve odağı olağandışı olan, ileri derecede kısıtlı, değişkenlik göstermeyen ilgi alanları (örn. Alışılmadık nesnelere aşırı bağlanma ya da bunlarla uğraşıp durma, ileri derecede sınırlı ya da saplantılı ilgi alanları).

4. Duyusal girdilere karşı çok yüksek ya da düşük düzeyde tepki gösterme ya da çevrenin duyusal yanlarına olağandışı bir ilgi gösterme (örn. ağrı/ ısıya karşı aldırış etmeme, özgül birtakım seslere ya da dokulara karşı ters tepki gösterme, nesnelere aşırı koklama ya da nesnelere aşırı dokunma, ışıklardan ya da devinimlerden görsel büyülenme).

C. Belirtiler erken gelişim evresinde başlamış olmalıdır (toplumsal gerekler sınırlı yeterliğin üzerine çıkana dek tam olarak kendini göstermeyebilir ya da daha sonraki yıllarda, öğrenilen yöntemlerle maskelenebilir).

D. Belirtiler, toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında klinik açıdan belirgin bir bozulmaya neden olur.

E. Bu bozukluklar, anlıksal yeti yitimi (anlıksal gelişimsel bozukluk) ya da genel gelişimsel gecikme ile daha iyi açıklanamaz. Anlıksal yeti yitimi ve otizm açılımı kapsamında bozukluk sıklıkla bir arada ortaya çıkar. Otizm açılımı kapsamında bozukluk ve anlıksal yeti yitimi eş tanısı koymak için, toplumsal iletişim genel gelişim düzeyine göre beklenenin altında olmalıdır. (Koroğlu, 2014).

2.1.4.2. Eşlik Eden Tanılar

Otizm diğer bir adıyla yaygın gelişimsel bozukluk (YGB) terimi; sözel ve sözel olmayan iletişim, toplumsal içinde var olma ve etkileşim içinde olma, duygusal karışıklıklar, oyun oynama gibi alanlarda güçlükleri kapsayan geniş bir yelpazedir.

Yaygın gelişimsel bozukluk grubunda var olan otizm spektrum bozukluk, Asperger sendromu ve başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk (BTA-YGB) tanıları; sosyal etkileşim, iletişim, kısıtlı olan ya da tekrarlayıcı davranışlar olmak üzere hafiften ağıra doğru değişen düzeylerde yetersizlik ve

bozulmanın da olabildiği durumlardır. Gelişimsel düzeyin ve işlevselliğin ağır derece olduğu durumlar için otistik bozukluk, dil gelişiminde ve bilişsel anlamda gecikmenin olmadığı daha hafif düzeyde olan ise Asperger sendromu olarak adlandırılmaktadır. Otistik belirti ve ya Asperger sendrom belirtilerine sahip olan fakat tüm tanı kriterlerini karşılamayan veya da bu belirtileri hafif düzeyde gösteren bireyler için BTA-YGB tanısı konulur. (Özkaya, 2013).

Otizm ve Asperger sendromu birbirine dönüşebilir; erken dönemde otistik olan çocukların çok küçük bir bölümünde daha sonra Asperger sendromu belirtileri görülebilir. Tipik otizmde ise klinik tablo hafiften ağıra doğru giden bir yelpaze içindedir. Temel bozuklukların özellikleri pek değişmez. Dildeki sorun bazı olgularda zamanla düzelir, ancak çoğunlukla kalıcıdır. İletişim sorununun temel yönleri ile kısıtlı ilgi alanı ve duyuşsal belirtiler atipik otizmle benzerlik gösterir; yaş, cinsiyet, ailede benzer durum özellikleri de atipikten farklı değildir. Stereotipiler sıklık ve şiddet açısından küçük yaşlarda atipik olgulardaki gibi olabilir ve ilerleyen yaşlarda devam edebilir. Mental durum hafiften ağıra doğru değişen düzeylerde geridir. Kendine zarar verme davranışı sıkçadır. Özbakım sorunları belirgin olup ileri yaşlarda da devamlılık gösterebilir (Korkmaz, 2000).

Rett Sendromu genellikle kız çocuklarında olan, mikrosefali, kognitif yıkım, alıcı/ifade edici dil yeteneği ve amaca uygun olan el hareketlerinde kayıp olmasına sebep olan ve zaman içerisinde ilerleyici bir hastalıktır (Volkmar FR, Lord C, Klin A, Cook E.,2002).

Klinik tablo, seyir ve etiyolojileri açısından otistik spektrum dışında olan, ancak otizmle karışabilen bir çok hastalık vardır. Ağır konuşma bozuklukları ve ağır dikkat sorunlarını ilk görüşmede otizmden ayırt etmek zor olabilir. Doğumsal sağırılık ve körlük otizmle karışabilir veya bir arada görülebilir. Ağır zeka geriliği çoğu zaman otizmle örtüşür (Volkmar FR, Lord C, Klin A, Cook E.,2002).

Seçici konuşmazlık (elektif mutizm) çocuğun genel anlamda konuşma yeteneğinin olmasına rağmen bazı sosyal ortamlarda (örneğin okulda veya ev dışı diğer ortamlarda) hiç konuşmamasıdır. Bu bozukluğun süresi en az 1 aydır ve sadece okul

ortamında oluyorsa ilk ayla sınırlı değildir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2002 Steinhausen HC, Juzi C., 1996).

Otizm Spektrum bozukluğunda yer alan stereotipik hareketler, amacı olmayan tekrarlayıcı hareketlerin olmasıdır. Kendisine zarar verme davranışları ve mental retardasyonun olması eşlik edebilir.

Çekingen kişilik bozukluğu kızlarda daha sıktır. Toplumsal ketlenme, yetersizlik duyguları, olumsuz değeriendirilmeye aşırı duyarlılık gösterirler, anksiyete belirgindir. İç görü ve empati vardır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2002 Korkmaz B.,2000).

Çocukluk çağı depresyonu genellikle epizodik olmasından dolayı otizmden ayrılır. Şizotipal kişilik bozukluğunda tuhaf düşünce ve konuşmalar, referans fikirler, garip inanışlar, kuşkuculuk, aşırı toplumsal anksiyete vardır. Şizoid kişilik bozukluğu olanlar yakın ilişkilere girmek istemezler ve toplumsal ilişkilerden koparlar, çok az etkinlikten hoşlanırlar, duygusal soğukluk veya tek düze bir duygulanım gösterirler. Şizotipal ve şizoid kişilik bozuklukları genç erişkin dönemde, değışik koşullar altında ortaya çıkar. Her ikisinde de stereotipik hareketler görülmez (Korkmaz B.,2000).

2.1.4.3. Tedavi Yaklaşımlar

BİYOKİMYASAL TEDAVİLER:

A.İlaç tedavisi: Otizm spektrum bozukluğunu tam anlamı ile tedavi eden ilaçlar maalesef yoktur. Ancak ilaç tedavisinde kullanılan ilaçlar otizmin yanı sıra saldırgan davranışları var ise ya da aşırı hareketlilik var ise bu ilaçlar sayesinde davranışların şiddetini azaltmada etkilidir.

B.Vitamin tedavisi: Dr. Bernard Rimland tarafından 1960 yılında yapılan bir araştırmaya göre vitamin tedavisinin vücut metabolizmasını normal hale getirmek ve davranış problemlerini azaltmak için etkili olduğunu göstermiştir. Bunun sonucunda

da otizmlı birey için vitamin tedavileri başlamış, bu tedavilerde yüksek dozda B6 vitamini ve Magnezyum birlikte kullanılmaktadır.

C. Diyet uygulamaları: Kazain ve Gluten içeren besinlere yönelik yapılan diyetlerin önemli bir tedavi şekli olduğu kanısına varılmıştır. Kazain maddesi süt ürünlerini, Gluten maddesi ise tahıl ürünlerini içermektedir. Kazain ve Gluten protein kaynağı olmasından dolayı, otizmlı bireylerin bünyesindeki enzim eksikliğine bağlı olarak vücutta proteinler parçalanamamakta bu durumda bireylerin bünyesinde çeşitli problemlere neden olmaktadır (http://www.bebek.com/otizmde-tedavi-yontemleri-nelerdir_m03.04.2017 tarihinde alıntıdır).

DUYUSAL VE ALGISAL TEDAVİLER:

A.Duyu entegrasyonu tedavisi: Otizmlı bireyler çevreden gelen duyuları ayırt edememektedirler ve yöntem ile duyuları ayırt etmeyi öğretmeyi sağlamak hedefleridir.

B.İşitsel entegrasyon tedavisi: Otizmlı bireylerde çevreden gelen seslere karşı aşırı duyarlılık gösterirler bu duyarlılığı işitme problemi olduğuna dair inanç vardır. Bu nedenle işitme tedavisine yönelik yapılan çalışmalar ile aşırı duyarlılığı azaltmayı hedeflerler (http://www.bebek.com/otizmde-tedavi-yontemleri-nelerdir_m03.04.2017).

PSİKOLOJİK TEDAVİLER:

Psikoterapi: Bu yöntem Dr. Kanner'e göre otizmlı bireyin otizmlı olmasının temelinde psikolojik bir geçmişin var olduğunu ifade eder. Sonraki yıllarda yapılan incelemeler ise Dr. Kanner'in ifadesi ile örtüşmese de otizmin tedavisinde kullanılmaktadır (http://www.bebek.com/otizmde-tedavi-yontemleri-nelerdir_m03.04.2017 tarihinde alıntıdır).

2.1.5. Otizm Ve Özellikleri

Gelişim psikolojisi, insanlığın ortaya çıktığı zamandan beri toplumla ve doğal çevre ile olan etkileşimlerinin sonucunda ortaya çıkan değişimleri incelemektedir. Günlük yaşamımızda maruz kaldığımız uyanları değerlendirebilmek, anlamlı kılabilmek ve tepki verebilmek için duyuşal, bilişsel ve motor yeteneklerimizi kullanmamız gerekir. Bilişsel yeteneklerin bozulması insan yaşantısında sorunlar teşkil eder. Otizm bilişsel ve duyuşal yeteneklerdeki olumsuz gelişim ile ortaya çıkan zihinsel bir durumdur. Bu nedenle otizmin nedenlerini, gelişim üzerindeki etkilerini ve bu olumsuzlukların motor-koordinasyon üzerinde yarattığı olumsuzlukların incelenmesi önemlidir (Hermelin ve O'Connor, 1970).

1960'lı yıllarda Londra Medical Research Council'de otizmin bilişsel incelemeleri gelişim psikolojisi alanındaki psikologlar tarafından yapılmıştır (Hermelin&O'Connor,1970). Bu araştırmalardan önce otizmin yalnızca duyuşal ve sosyo-çevresel yönden inceleniyor ve bu açılardan açıklanıyor olmasının yetersizliği kanaatinden ortaya çıkmıştır.

2.1.5.1. Otizimli Çocukların Duyuşal Özellikleri

Otizmin bir iletişim kurma problemi olarak da tanımlayabileceğimiz en belirgin özelliği iletişim kurmanın temeli olan ilişki kurma becerisinde bireyin yaşamış olduğu güçlüktür. Otistik çocukların sosyal anlamda iletişimi genellikle kendi istek ve beklentileri doğrultusunda gerçekleşir (Aydın, 2003). Standart gelişime nazaran meydana gelen yetersizlikler Otizmin ilk belirtileri sayılmaktadır.

Sosyal etkileşim için İletişim kurmanın önem arz ettiği toplumsal kabullenişte ve günlük yaşamda bu iletişim kanallarının duyuşal yollarla açıklanabildiği bir gerçektir. Bu başlık altında otizimli çocukların duyuşal özelliklerine değineceğiz.

Leo Kanner'ın otizm tanısında, sosyal çekingenliği en temel belirti olarak ifade etmiştir. Bu durum günümüzde de otizm tanısı için sosyal iletişim yeteneğinin belirleyici bir özellik olarak sayılır. Otizimli bireyler sosyal beceriler sergilemekte

basitten karmaşığa doğru problemler yaşamaktadırlar. Otizmlı olmayan bireyler çocukluktan itibaren sosyal becerilerini çevresindeki başka kişileri gözlemler ve taklit ederler. Otizmlı bireyler ise taklit etme yetenekleri sınırlı ya da olmamasından dolayı bu becerilerini gözlemleyerek geliştiremezler. Otizmlı bireylerde hayal gücünün ve taklit becerisinin yetersiz olmasından ötürü, sosyal oyun kurma, oyun oynama becerilerinin geliştirememesine neden olur. Otizmlı çocuklar var olan oyuncakları amacına uygun şekilde oynayamazlar. Arabanın dönen tekerleği ile ya da sadece arabanın sesine odaklanırlar. Ayrıca otizmlı bireyler normal akranları ile sosyal ilişki de kuramazlar. Normal çocukların başlatmış olduğu iletişimi anlamakta ve kendi ihtiyaç ve isteklerini ifade etmekte oldukça güçlük yaşarlar (Egel 1989). Erken yaşta yoğun davranışsal eğitim programının üzerinde inşa edildiği ana ayaklardan birinin taklit becerisi olması ve bu programın otizmlı çocuklarda ortaya çıkardığı gelişim otizm tedavisinde taklitin önemini kanıtlar niteliktedir (Kırcaali İftar, 2016).

Otizmlı çocuklar insanların duygularını anlamakta ve kendi hislerini ifade etmekte zorlanmakta ve empati duygusundan yoksun olmaktadır. Otizmlı bireylerin bilişsel becerileri diğer bireylerin duygu ve düşüncesini anlayamamaktadırlar. Normal kişilerin sağlıklı iletişim için kullanmış olduğu ve iletişimin kalitesini büyük ölçüde etkileyen jest ve mimikler, uygun ses tonu, duruş pozisyonu ilgili iletişimi yorumlamakta güçlük çekerler veya da hiç yorumlayamazlar. Bu beceri yoksunluğundan ötürü sağlıklı bir iletişim kuramamaktadırlar (Valdizan ve arkadaşları. 2003).

Otizmlı çocuklarda yaygın olarak görülen sosyal (duyusal-duygusal) gelişim özelliklerine bakıldığında; karşısındaki ile göz kontağı kurmazlar, ya da kısa süreli bakarlar. Kendi istek ve ilgileri dışında dış çevresinde olup bitenlere karşı ilgisiz olma, toplumsal kurallara uymama ve anlamama, yaşına uygun oyuncaklarla oynamama, kendi halinde olma isteği gibi alanlarda beceri eksiklerini söyleyebiliriz (Darıca et al, 2000).

2.1.5.2. Otizmlilerin Bilişsel Özellikleri

Gelişimsel bir sendrom olan otizm geniş bir yelpazeye sahip olduğundan dolayı en çok kabul gören ayrımlar arasında, bireyin zeka seviyesine yapılandır. Nörobiyolojik açıdan normal zeka veya da yüksek zekaya sahip bireylerin ayrı grubu temsil ettiği düşünülmektedir (Korkmaz, 2000).

Otizmin tanımlamalarında tanım yapan tüm araştırmacıların üzerinde görüş birliğine vardığı nokta Otizmliler çok zeki olduğu, fakat bireyin problem davranışların yoğunluğundan ötürü bu zekasını gösteremediğine inanılıyordu. Otizmliler zihinsel gelişimleri için yapılan incelemelerde zihinsel performanslarını iki alt grup şeklinde ayrılmıştır. Normal zihinsel beceriye sahip olanlar yüksek fonksiyonlu olarak, yetersiz zihinsel beceriye sahip olan bireyler için ise düşük fonksiyonlu olarak ifade edilmiştir. Otizmliler; %40'ının 40-45, %30'unun 50-70, %30'unun ise 70 ve yukarı zekaya sahip olduğu bulunmuştur (Darıca ve arkadaşları, 2000).

2.1.5.3. Otizmlilerin Motor Özellikleri

Leo Kanner'e göre otizmliler normal bir motor gelişim özelliğine sahip olduklarını ifade etmiştir. Fiziksel olarak yaşlarına göre benzer görünüme sahip olduğu ancak motor becerileri gelişiminde akranlarına göre farklı olduğu gözlenmiştir. Fiziki görünüm olarak hemen hemen birçok beceriyi yapabilecek şekilde görünmelerine karşın, bazı becerilerin gelişimi geç olduğu söylenebilir. Otizmliler seri şekilde yapılması istenilen becerileri yapmakta zorluk yaşarlar. Örnek verecek olursak; küpleri dizme, bardakları iç içe geçirme, kesme yapma gibi motor becerilerde yetersiz oldukları görülmüştür. Bu durum otizmlilerin ön koşulu olan hazır bulunuşluk düzeylerinin de normal yaşları ile karşılaştırıldığında farklıdır (Beversdorf ve ark., 2001).

Otizmlilerin eğitiminde hareket becerileri desteklemek için egzersiz çalışmaları önemli yer teşkil eder. Çocuklara hareket becerisi kazandırarak, bireylerin bu sayede kendi bedenlerinin farkında olmasını ve dış dünyayı

öğrenmeleri konusunda fayda sağlar. Ayrıca otizmliler bireylerin hareket becerisi kazanması sayesinde problemlerle başa çıkabilme, çözüm üretme gibi bireye alternatif yetenek kazandırmış olur. Ayrıca bu eğitim sayesinde birey dikkatini toplama, göz kontağı kurma, iletişim başlatma gibi temel beceriler sağlar. Doğru şekilde planlanmış bir hareket eğitimi programı ile bireyler diğer kişilerin farkında olur, onlarla uyum içerisinde hareket etme ve işbirliği kurma yeteneğini geliştirmesini sağlar (Eichstaedt ve Lavay, 1992).

Temel hareket beceri bireyin karmaşık davranışları öğrenmesi açısından da önemli yere sahiptir. Böylelikle bireyler kompleks hareket kazanılmasında zemin oluşturur. Zaman içerisinde birey sportif ve rekreasyonel aktivitelere yönlendirilebilirler. Bu nedenle, otizmliler çocukların okul öncesi yaşlardan itibaren sporun herhangi bir dalına yönlendirilmesi (özellikle yüzme gibi), bireyin gelişimlerini olumlu yönde etki sağlar (Darıca ve arkadaşları, 2000).

2.1.6. Otizm Ve Aile

Aile ile ilgili yapılan pek çok tanım bulunmaktadır. Türk Dil Kurumu tarafından yayımlanan Türkçe sözlükte, aile için “Evlilik ve kan bağına dayanan, karı, koca, çocuklar, kardeşler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu toplum içindeki en küçük birlik” tanımı yapılmıştır (Türk Dil Kurumu, 2016). Başka bir tanıma göre evlilik ve kan bağı özelliklerin aile tanımı için yeterli veya gerekli olmadığı belirtilmiştir (Turnbull, Turnbull, Erwin ve Soodak, 2006). Bir diğer tanımda ise aile, duygusal bağlarla birbirlerinin hayatlarında olan ve birbirlerine bağlanmış kişilerin oluşturduğu grup olarak tanımlanmış, evliliğin aile olmak için gerekli bir unsur olmadığı belirtilmiştir (Benderix ve Sivberg, 2007).

Ailelerin temel gereksinimleri olmaktadır. Bunlar sevgi, ekonomik, bakım, toplumsallaşma ve eğitim gereksinimleridir. Bu gereksinimler gelişimsel yetersizlikten etkilenmiş çocuğı olan ve olmayan tüm aileler için geçerli görülmektedir. Aile içindeki roller ve aile üyelerinden her birinin üstlendiğı görev ve sorumluluklar, diğer aile bireylerini etkilemektedir. Bu bağlamda, ailede OSB’li bir çocuğun bulunması, aile üyelerinin rollerini, görev ve sorumluluklarını nasıl etkilediğı ve bu

durumdan ailedeki normal gelişim gösteren diğer çocuk ya da çocukların nasıl etkilendiklerini öğrenmenin önemli olduğu düşünülmektedir. Her anne baba bebeğin doğumuna kadar bir takım hayaller kurarlar. OSB'li bir çocuğa sahip olduklarını öğrendiklerinde, hayallerini kurdukları mükemmel çocuğu kaybetme hissi yaşamaktadır; bu durum sevilen bir yakının kaybında yaşanan yas sürecine benzemektedir (Siegel ve Silverstein, 2001).

Bu süreci açıklayan modellerden biri Kubler-Ross (1969)'un geliştirmiş olduğu modeldir. Bu modeldeki süreçler; inkar etme, kızgınlık, pazarlık, depresyon ve kabulden oluşmaktadır. Anne ve babanın çocuklarında herhangi bir problem olmadığını savundukları dönem inkar etme dönemidir. Kızgınlık dönemi ise; anne ve babanın OSB'nin neden kendilerinin bulunduğu dair sorgulamaları içeren, öfke ve kızgınlık hissettikleri dönemdir. Pazarlık dönemi ise; anne veya babanın ya da ailenin OSB gerçeğinden uzaklaşmak için çeşitli uygulama ve önerileri denedikleri ve ne yapabileceklerine dair düşündükleri ve çaba sarf ettikleri dönemdir.

Depresyon dönemi ise; anne ve babaların OSB'nin iyileştirilemeyeceğine yönelik düşüncelerinden dolayı depresyon yaşadıkları dönem olarak açıklanmaktadır. Anne babaların artık çocuklarının güçlü ve zayıf yanlarını, gereksinimlerini, gelecekleri ile ilgili konuları açık ve dürüst bir şekilde dile getirdikleri dönem ise kabullenme dönemdir (Tekin-İftar ve Kutlu, 2013).

Kişisel özellikler, dini inanışlar, sosyo-ekonomik düzeyleri, yakın çevresinin tutumu, toplumsal özellikler bu unsurlar otizmlili çocukların gereksinimlerini karşılamaya çalışan aileler kendi aile yapısına uygun şekilde belirleyebilir (Şanlı, 2012).

Özel gereksinimli çocuğun aile içerisinde sadece olumsuz durumlara sebep olduğu söylenemez. Aileler çeşitli kayıplara karşı uyum tepkileri ortaya çıkarmaktadırlar. Bu uyum tepkileri ailelerin zorlu süreçleri kısa sürede ve olabilecek en az zararla atlattıklarına yardım eder niteliktedir. Aile, gücünün farkına varabileceği gibi aile bağlarını güçlendirerek toplumla ve kurumlarla dayanışma halinde olabilecektir (Şanlı, 2012).

2.1.7. Eğitim

Otizimli bireylerin tedavisi için en etkili yöntem yoğun eğitimidir.

Eğitimde kullanılan yöntemler (<https://www.tohumotizm.org.tr/egitim-yontemleri-0>, 04.03.2017 tarihinde alıntıdır).

- Uygulamalı davranış analizi (ABA)
- TEACCH
- İlişki-Temelli Yöntemler
- Sosyal öyküler
- Kolaylaştırılmış İletişim (FC)

2.1.7.1. Uygulamalı davranış analizi (ABA: Applied Behavior Analysis),

Davranışçı yöntem olarak da bilinmektedir. Uygulamalı davranış yönteminde bireyin davranışlarını ve bu davranışların bağlantılı olduğu çevresel özellikleri objektif olarak analiz eder. Bireyin davranışları çevre tarafından ödüllendirildiği ve ya cezalandırıldığı düşünülmektedir. Bu nedenden dolayı Uygulamalı davranış analizinde istenilen davranışı arttırmak (örneğin; göz kontağını arttırmak) için ödül (örneğin; sevdiği yiyeceği yer) kullanılır, uygun olmayan davranışı azaltmak (örneğin; kendine vurma) için ise caydırıcı yöntem (örneğin, sevdiği oyuncak ile oynamaz) kullanılır.

Uygulamalı davranış analizinde kişinin kazanması ya da azaltması istenilen davranışlar sistemli bir gözlem ve kayıt tutma yolu ile belirlenmektedir. Belirlenen davranışa uygun çalışma planı hazırlanır ve daha sonra da aynı gözlem ve kayıt tutma yöntemi ile değerlendirme yapılır. Normal gelişim gösteren çocuklar öğrendikleri herhangi bir davranışı çeşitli ortamlarda uygulayabilmekte iken (genellerken), otizimli çocuklar genelleymemektedirler. Genelleme becerisini kazandırmak da öğretilen beceriler arasındadır.

Bu yöntemde, otizimli çocuklarda görülen problem davranışların azaltılmasına yönelik özel programlar hazırlanır. Problem davranış azaltılma noktasında öncelikli olarak davranış öncesi, davranış ve sonrası durumlar ya da olaylar gözlenmektedir. Sonrasında ise davranışa temel hazırlayan durumların önlenmesi için program uygulanır. Bu davranış ortaya çıktığında görmezden gelme ya da caydırılma (örneğin, çocuk kazanmış olduğu sembolü kaybeder) ve alternatif olarak artırılmak istenen davranışların ödüllendirilmesi uygulama yollarıdır.

Otizimli çocuklara yönelik uygulamalı davranış analizi çalışmaları:

- Çocuğun uyanık olduğu her an,
- Çocuğun bütün davranışlarını hedef alan,
- Çocuğun yaşamının geçtiği tüm çevrelerde,
- Çocuğun yaşamındaki tüm önemli kişiler tarafından,

Haftada 20-40 saat uygulanan olabildiğince erken yaşta başlatılan eğitim hedeflenir. Söz konusu yöntemin otizimli çocuklar için asıl amacı, bu çocukların yaşlıları beraber kaynaştırma programlarına devam edebilme seviyesine gelmelerini hedeflemektedir.

Çeşitli tekniklerin yer aldığı bu yöntemde teknikler otizimli bireylerin eğitimi için çeşitli şekillerde kullanılmaktadır. Buna ek olarak söz konusu teknikler aracılığıyla çeşitli uygulamalar geliştirilmiştir. Maddeler halinde bu yöntemler:

- Ayrık denemelerle öğretim
- İpucu sunma ve geri çekmeli öğretim (yanlızsız öğretim)
- Erken yoğun davranışsal eğitim
- Etkinlik çizelgeleriyle öğretim
- Replik silikleştirmeyle öğretim
- Videoyla model olma
- Fırsat öğretimi
- İşlevsel değerlendirme ve analiz
- Pecs
- Sözel davranış

2.1.7.2. Teacch

Eric Schopler tarafından 1970'li yıllarda ABD'nin Kuzey Karolayna eyaletinde geliştirilen TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped) yöntemi otizmlili bireyin ilgi alanları, becerileri ve ihtiyaçlarını temel almaktadır. Bireyin çevreye uymasındansa, çevrenin bireye uymasının amaçlandığı bu yöntemde, kişiler kendilerine ait olan çalışma köşelerinde görsel planlarını takip eder ve belli becerileri yerine getirirler. Bu sayede başkalarına bağımlılıklarının en aza indirilmesi hedeflenir.

Tüm dünyada ve Türkiye'de uygulanmasının yaygın olmasına rağmen TEACCH'in otizmlili bireyler üzerindeki etkilerini inceleyen araştırmaların çoğu deneysel araştırma özelliği taşımamaktadır

2.1.7.3. İlişki-Temelli Yöntemler

İlişki-temelli (relationship-based) yöntemler, bireylerde duygusal gelişimi ve bağlanmayı temel alan yöntemlerdir. Bu yöntemlerden Floortime (DIR) ve RDI'lar popüler olanlarıdır. Bu iki yöntemin temelinde bireyle serbest oyun ortamında, birey ile sosyal etkileşimde olmaktır. Bu şekilde bireyin sosyal becerileri gelişerek bir yandan da keyif alması sağlanır. Bu nedenle bireyin yapmış olduğu hiç bir şey engellenmez, aksine bireyin yapmış olduğu şeyin aynısını yaparak onun dünyasına inmeye çalışılır.

RDI'da ise Floortime'dan farklı olarak zekayı geliştirecek yönde etkinliklerin yer aldığı belirtilir. Fakat, bu etkinliklerin nasıl yapıldığına dair kaynaklardan tam olarak anlayamamaktadır.

Otizmlili bireylerde sosyal etkileşim yetersiz olduğu için bu gibi yöntemler aileler tarafından ilgi görmektedir. Ancak, bu uygulamaların etkilerini gösteren çalışmalar vaka örneklerinin yada betimsel çalışmaların ötesine geçmemektedir.

2.1.7.4. Sosyal öyküler

1991 yılında Sosyal öyküler (socialstories), eğitimci Carol Gray tarafından çocukların eğitiminde fayda sağlayacağı sosyal öyküleri hazırlar. Çocukların okuma-yazma bilenlere cümleler şeklinde, okuma yazma bilmeyenler için de resimli öyküler hazırlar. Bu öykülerin amacı çocuğun sosyal ortamda ne yapması gerektiğini anlatmaktır.

2.1.7.5. Kolaylaştırılmış İletişim (FC)

Bu yöntem konuşmayan otizmlı bireylerde yardımcı iletişim şeklinde de bilinen kolaylaştırılmış (FC: Facilitated Communication), alternatif bir yöntemdir. Bu yöntem, bireyin anlatmak istediği ifadeyi yardımcının fiziksel desteği ile yazmasıdır. Yardım eden kişinin otizmlı bireyle direkt irtibatla olmasından dolayı farkında olmadan iletişimi etkilediği düşünülmektedir. Amerikan Psikologlar Birliği 1994'te bu yöntemin bilimsel olmadığına dair bir görüş yayımlamıştır.

2.1.8. Otizmin Etiyolojisi

Otizmin etiolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte genetik, biyolojik ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile ortaya çıkan heterojen nöropsikiyatrik bir bozukluk olduğu düşünülmektedir. Çok sayıda otizmin etiyojisini bulma amaçlı nöroanatomisini ve patofizyolojisinin yapısal ve işlevsel beyin görüntüleme çalışması olmuştur. Sonuçlara göre bir çok farklı anatomik değişikliklerin olduğu bulunmuştur (Ulay, Ertuğrul, 2009).

Kanner tarafından otizmin ilk betimlendiği dönemlerde psikanalitik bakış açısına göre yetersiz ebeveynlik becerileri, ebeveynlerin kişilik yapılarının ve otizmlı bireye karşı tutarsız tutumları olduğunu ve otizmin biyolojik temeli göz önünde bulundurulmuştur. Otizm üzerine yapılan araştırmalar çoğaldıkça otizmin biyolojik temeline yönelik önem de artmıştır. Anne karnındayken çeşitli komplikasyonların otizm ile bağlantılı olduğunu ve talidomid, başta valproik asit olmak üzere antikonvülsanlara maruziyetin, bazı viral enfeksiyonların bağlantılı olduğu

bildirilmiştir. Ayrıca, annenin hamilelik döneminde yaşadığı psikolojik stres etkenlerinin de OSB gelişimi ile ilişkili olduğu düşünülmüştür (Türkoğlu, 2012).

Otizme neden olan tamamen genetik sendrom bir yana, gen araştırmacıları, otizmlilerde bulunmayan olmasa da bir çoğunda ortak olan genetik işaretler keşfedilmiştir. Otizmlilerde %3 oranında kromozom anomalisi bulunmaktadır. Özellikle 15. ve X kromozom anomalileri en sık görülmektedir. Genetik yönden yapılan incelemelere göre; otizmlilerde ve ailelerinin kanında normalden farklı bulgular bulunmuştur. Genetik çalışma sonuçları, otizmin çift yumurta ikizlerine göre, tek yumurta ikizlerinde belirgin olarak görüldüğünü göstermiştir. Yapılan araştırmalar, otizmin ikizlerde görülme oranının %50 daha fazla olduğu yönündedir (Darıca, Arıboğan, Gümüşçü, 2005).

1960-80 yıllarında biyolojik kuram otizmin etiolojisinde kabul görmüştür. Bu kuramda otizmin bilinen tıbbi bir hastalık veya doğum travması sonucu ortaya çıktığı kabul edilmiştir. Otizmin epidemiyolojik araştırmasına göre etiolojisinin anlaşılması otizmin kompleks bir etiolojisinin olduğu sonucuna varılmıştır (Kayaoğlu, Görür, 2008).

Otizm, sonuç olarak merkezi sinir sisteminin gelişimsel bir bozukluğudur. Son yirmi yıldan beri ise altta yatan biyolojik ve psikolojik nedenler göz ardı edilmeksizin etiolojide spesifik genetik faktörlerin rolünün büyük olduğu kabul edilmektedir (Courchesne, Redcay, Kennedy, 2004).

2.2. DEPRESYON

2.2.1. Depresyon Nedir?

Depresyon kelimesi Latince kökü “depressus” olan aşağıya doğru bastırmak, bitkin, gamlı, donuklaştırılmak, durgunlaştırılmak anlamına gelmektedir. Türkçe karşılığı ise ruhsal olarak çöküntü veya çökkünlüktür (Köknel, 2005).

Beck (1969)'e göre depresyon, iki farklı şekilde ele alınmaktadır. 1.duygu durumunda alçalma 2. Normal duygu-durumda sapma (Köknel, 2005).

Beck'in bilişsel kuramında ifade ettiği bilişsel çarpıtma unsuruna göre birey depresyondayken kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz algılar. Bu da bilgi işleme sürecindeki gerçekleşen bazı hatalardan kaynaklanmasından dolayıdır. Yani bilgi işleme sürecinde bir hata olduğunda algılama sürecinde de bazı hatalar olmaktadır ve kişi olayları çarpık bir şekilde değerlendirme eğilimine girer (Doğan, 2001).

Genel anlamda depresyon temelinde mutsuzluk, kendine güvensizlik halini barındırır. Depresyondaki birey kendisini üzüntülü, isteksiz ve karamsar olarak hisseder. Daha önceden Kolaylıkla yapmış olduğu işleri depresyondayken gözünde büyür ve zor gelmeye başlar. Eskiye oranla kendilerini güçsüz, cansız ve enerjisiz hissettiklerini belirtirler (Mete, 2008).

2.2.2. Depresyonun Klinik Özellikleri

Genel Görünüm: Mutsuzluk hali, omuzlar çökük, hareketler de yavaşlık, genel bir durgunluk ön plandadır. Bazen tedirgin ve sıkıntılı haldedir. Genel olarak bilinç bozukluğuna dair belirti göstermezler. Kişi yer ve zaman yönelimleri tamdır. Unutkandırlar. Dikkat ve konsantrasyonda güçlükler görünür. Ağır depresyonlarda algılama sorunları görülebilir. Depresif duygu durum halleri vardır. Toplumdan izole ederler kendilerini. İştah kaybı, uyku bozukluğu ve cinsel istek kaybı gibi fizyolojik özellikleri olmaktadır. Fiziksel etkinliklere ve toplum içine girmekten olabildiğince uzak dururlar (<http://www.onlineterapiler.com/depresyon.html> 03.04.2017 tarihinde alıntıdır)

DSM-5 tanı ölçütleri başvuru kitabında Majör depresif bozukluk tanı ölçüt kriterleri aşağıdaki şekilde yer almaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013):

A. Aynı iki haftalık dönemde, aşağıda belirtilenlerden en az beş tanesi bulunmuştur. Daha önceki işlevsellik düzeyinde değişiklik olmuştur; bu değişikliklerden en az biri zevk alamama, ilgi kaybı ve yahut da çökkün duygu durumudur.

1. Çökkün duygu durum, hemen hemen her gün ve günün büyük bir kısmında söz konusu olur. Bu durum, ilgili bireyce bilinir ya da diğer kişiler tarafından gözlemlenir.

2. Hemen hemen her gün ve günün büyük bölümünde, aktivitelerin bir çoğunda isteksizlik veya zevk duyamama mevcuttur.

3. Kilo verme düşüncesi yok iken aşırı kilo kaybı ya da kilo alma (bir ayda kilonun % 5'inden fazlasında değişiklik gibi), hemen hemen her gün iştah artma ya da iştah kaybı.

4. Neredeyse her gün, aşırı uykusuzluk ya da uyku hali.

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel ajitasyon ya da yavaşlama.

6. Neredeyse her gün, bitkinlik veya içsel gücün kalmaması.

7. Neredeyse her gün, aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) veya değersizlik duygusu.

8. Neredeyse her gün, odaklanma ve karar vermede güçlük yaşamak.

9. Tekrarlanan ölüm düşünceleri, özel eylem planlamaksızın tekrarlayan intihar düşünceleri ya da intihara teşebbüs ya da kendini öldürmek için özel bir eylem hazırlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin şekilde bir sıkıntıya yada toplumsal mesleki alanlarla yada önemli diğer işlevsellik alanlarda işlevsellikten düşmeye sebep olur.

C. Bu dönem, bir maddenin veya farklı bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Majör depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk veya şizofreni açılımı kapsamında ve psikoza giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış başka bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman, mani veya hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani veya hipomani benzeri dönemler, bir maddeye bağlı ya da fizyolojik sağlık durumunun etkilerine bağlanabiliyorsa, bu dışlama uygulanmaz.

2.2.3. Depresyonun Epidemiyolojisi Ve Cinsiyet

Depresyon oldukça yaygın bir ruhsal bozukluktur. Hayat boyu depresif semptomların prevalansına bakıldığında %13-20 oranında olduğu bulunmuştur. Majör depresif bozukluk ergen ve erişkin bayanlarda, ergen ve erişkin erkeklere oranla 2 ila 3 kat daha fazladır. Erkek ve kadınlarda en yüksek oranlar 25-44 yaş grubundadır (Leckman ve ark., 2000).

Bazı kaynaklara bakıldığında depresyonun yaşam boyu görülme prevalansı %17-21 arasındadır. İlk depresyon durumunun erken yaşta yaşayan kişilerde sosyal anlamda ve mesleki işlevselliğin bozulduğu ve yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür. Ayrıca eşlik eden başka bir fizyolojik ve psikiyatrik hastalık kendini öldürme girişiminde artış ve depresif belirtilerin daha şiddetli olduğudur. Kabaca belirtmek gerekir ise erişkin bir toplumda her 4 kadından birinde ve her 8-10 erkekten birisi ömürleri boyunca en az bir kez depresif epizod geçirir (Işık, 2013).

Medeni duruma bakıldığında boşanmış ayrılmış kişilerde depresyon oranı daha fazla görülmektedir. Gelir seviyesine bakıldığında ise yoksul kişilerde yapılan çalışmalara göre 2 kat daha fazla olduğu görülmüştür (Işık, 2013).

Ebeveynlerden birinde majör depresif bozukluğu olan kişilerde % 10-25 oranında depresyon gelişme riski vardır. Her iki ebeveynde de hastalık varsa bu riskin iki kat arttığı öne sürülmektedir Yaşam olayları ve çevresel stres etkenleri, depresif bozukluklarda özellikle de ilk 1-3 atakta daha etkilidir (Işık, 2013).

2.2.4. Annelik Depresyonu

Anne olmak kadınların biyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliğin yaşandığı bir olaydır (Hergüner ve ark., 2014).

Anne adayı hamile kaldığı günden itibaren dokuz ay boyunca bir yandan vücudundaki değişikliklerin yanı sıra her geçen gün hayatını yeni doğacak bebek için revize etmeye başlar. Öncesinde bebeğini sağlıklı bir şekilde dünyaya getirmek için sağlıklı beslenmeye, alkol, sigara gibi alışkanlıkları var ise bunları bırakmaya ya da olabildiğince en aza indirmeye çalışma gibi kendi yaşam kalitesinden ödün vermeye başlar.

Hamilelikte kadınların mutluluğun yanı sıra duygusal iniş çıkışların yaşandığı bir dönemdir. Eğer anne adayların psikolojik yatkınlığı var ise doğuma kadar ki süreçte depresyon gibi psikiyatrik bozukluğun ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir (Hergüner ve ark., 2014).

Gebelik hali, doğum ve lohusalık durumu uluslar arası çalışmalarda depresyonun 18-44 yaş arası kadınlarda görüldüğünü göstermektedir (Çalık ve Aktaş, 2011).

Depresyonlu anne ile depresyonlu olmayan annelerin oranına bakıldığında çocuklarında psikolojik sorun oluşması 3 kat daha fazla olduğu anne çocuk ilişkisinin de 10 kat daha fazla kötü yönde olduğu belirtilir (Weissman ve Feder, 2004).

Depresyon; annenin öz yeterliliği, bebek bakımı kabiliyeti, bebek ve anne arasındaki bağı ve aile içindeki sorumluluk ve görevlerini olumsuz şekilde etkilenmesine neden olmaktadır. Bu sebepten annelerin depresyonda olması

çocukların büyüme ve gelişmelerinin daha yavaş olduğu davranışsal, duygusal ve bilişsel gelişmelerini olumsuz yönde etkilediğini söyleyebiliriz (Aslantaş ve ark., 2009).

2.2.5. Depresyon Nedenleri İle İlgili Kuramlar

Depresyonu tanımlamak için birçok hipotez geliştirilmiştir. Bu hipotezlerden bazıları psikoanalitik yaklaşım, davranışçı yaklaşım, öğrenilmiş çaresizlik ve umutsuzluk kuramı, bilişsel yaklaşım kuramıdır.

2.2.5.1. Psikodinamik Yaklaşım

Saldırganlığın İçe Yönelmesi Modeli: Bu modele göre, depresyondaki kişinin temelde “insanlardan nefret ediyorum” diye hissi, ancak bilinç dışında bu duyguyu başka kişilere yansıttığı ve aslında “onlar benden nefret ediyor” sonucuna vardığı ileri sürülmüştür (Aşkın, 1999).

S. Freud’a göre; içe yönelen öfke özünde kişinin bağımlılık ve sevgi ihtiyacını önleyen sevgi nesnesini cezalandırmaya yönelik olduğudur. Ökseleyici bir kaybı önlemek için nesne zaten içe alınmış olduğu için kişi kendi cezalandırıcı dürtüleri hedefi haline gelmiştir. Saldırganlığın içe yönelme modeline göre, depresif hastalarda özgüvensizlik ve öfkenin dışarıya yöneltilmesinde yetersizliği açıklamanın yanı sıra depresyonun tedavi edilmesinde öfkenin dışarıya yöneltilmesinin tedavi edici yönde destekleyici olduğu çok az kanıt bulunmaktadır (Akiskal, 2000).

Nesne Kaybı Modeli: Nesne kaybının kişide oluşturduğu yıkıcı duyguyu ifade etmektedir. Kişinin yaşamının erken dönemlerinde sevgi bağlarının kopması sonucunda depresyona yatkınlık geliştirdiği ve yetişkinlik döneminde de kayıp yaşadığında çocukluktaki yıkıcı duyguyu yeniden tetiklediği düşünülmüştür (Özmen, 2001).

S. Freud’a göre; dıştaki varlığın kaybına duyulan yas tepki iken, melankolik hastalarda nesne kaybı olmasa bile sevgi nesnesi kaybedilmiştir. Bowlby’e göre,

çocuğun gelişimi sırasında anne yada bakım veren kişi yerine geçen kişilerle kurduğu bağların, yaşamın sonraki yıllarında başka sevgi nesnelere ile kurulacak bağların öncüsü olduğunu belirtmiştir (Aşkın, 1999).

2.2.5.2. Bilişsel Görüş

Bilişsel teoriye göre; bireylere rahatsızlık veren duygusal durumlar, olay ve yaşantılardan kaynaklı değil de bu kavramların algılanma süreçlerinde atfedilen anlamlardan oluşmaktadır. Bilişsel psikolojinin ana görevi bireyin olay karşısında başa çıkma stratejilerinde büyük farklılıklar sergilerler. Bilgiyi ne şekilde elde ettiği, içsel anlamda temsil etmiş olduğu bütünleştiği, bireyin duygu ve davranışını hangi bilginin etki ettiğini belirlemektir (Kalafat, 1996).

Günümüzde en çok kabul gören kuramlar ise Seligman'ın Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli ve Beck'in Depresyonda Bilişsel Bozukluklar Modeli (Beck, 1972) depresyonun oluşumu ve tedavisi konusundaki bilişsel yaklaşımlarıdır (Güleç, 1993).

2.2.5.3. Davranışçı Yaklaşım

Davranışsal kurama göre sosyal ve çevresel pekiştirecin azalması bireyin adaptif davranışlarının azalmasına, sönmesine ve disforik duygu durum ve pasif karakterize ile depresyona neden olur. Depresyondaki bireyler oldukça az kişiler arası ödüllendirici davranışlara bağlanırlar ve bireylerdeki bu yetersiz sosyal ilişkiler ve azalmış sosyal pekiştireçler olumsuz duyguların gelişmesine sebep olur. Bazı durumlarda olumlu pekiştirecin artması birey tarafından itici olarak algılanmaya yol açabilir. Örneğin depresyondaki bireyin aşırı yemesi sert bir ifade ile sözel eleştiri ya da uyarı kişinin sosyal ortamdan izole olmasını ya da gizli bir şekilde yemesini arttırabilir (Carvalho, 2011).

Bilişsel ve davranışsal kuramın birleştiği bilişsel davranışçı kurama göre ise; erken yaşlarda depresyon yaşayan bireyde gelişim esnasında yetişkinliğe doğru gittiğinde travmalar sonucu sosyal alanda sağlıklı olan bilişsel-duygusal gelişme

raydan çıkar ve birey burada takılı kalır. Depresyonu kronik haline gelen bireyde kişi algısal olarak çevreden o kadar kopmuştur ki davranışlarının sonuçlarının davranışına bir etkisi olmaz. Bu hastalar toplumsal-kişiler arası ilişkiler alanında Piaget'nin pre-operasyonel dönem adını verdiği dönemin işlevsel özelliklerini sergilerler. Bu durum, bozukluğun sürmesine ve depresyonun bilişsel, duygusal ve davranışsal örüntüsünün ortaya çıkmasına yol açar (Türkçapar, 2009).

2.2.6. Depresyonun Tedavisi

Depresyonu tedavi etmeye yönelik birçok yöntem bulunmaktadır. Bu terapilerin temelinde depresyonda olan bireyin en kısa sürede depresyon belirtilerinden kurtulmasını sağlamaktır. Her bir terapi yöntemi kendi içinde geliştirmiş olduğu teknikleri içermektedir (Friedman ve diğerleri, 2009). Terapi yöntemlerinde etkililiği kanıtlanmış çeşitli psikoterapi yöntemleri vardır. Bu uygulamalara ek olarak ilaç tedavisi ile birlikte sürdürülebilir. Kullanılan tedavi yöntemleri: ilaç tedavisi (antidepresanlar), psikoterapi yöntemleri, grup tedavisi, elektro-konvulsif terapi (EKT), Fototerapi(özel bir ışık tedavisi) ve diğer yöntemler. (Robins, Caspi, ve Moffitt, 2002).

2.2.6.1. Psikoterapi

Psikoterapi depresyonda olan bireyin, depresyona sebep olan kişilik özelliklerinin yanlış düşünce sisteminin konuşma aracılığı ile ortaya çıkartılıp düzeltme yöntemidir. Böylelikle kendisini kötü hissettiren düşüncelerden sıyrılan birey depresyondan da kurtulmuş olmaktadır. Psikoterapi görüşme süreleri 50 dakika kadar sürmektedir. Depresyon derecesine göre kişi ek olarak ilaç tedavisi alabilir. 12 ila 20 seans arası terapi gören bireyin tekrardan depresyona girme ihtimali düşük bir olasılıktır (Tan, 2008).

2.2.6.2. Bilişsel Davranışsal Terapi

Bilişsel terapi; kişinin duygu, düşünce ve davranışları arasındaki bağlantıları bulmaya çalışır.

Bilişsel tedavinin amaçları şöyledir:

- 1.Hastanın olumsuz otomatik düşüncelerini belirleyip değiştirmek,
- 2.Hastanın çarpıtılmış otomatik düşüncelerinin yerine yeni seçenekler bulmasına sağlamak,
- 3.Biliş, duygulanım ve davranış arasında bulunan bağlantıları tanımasını sağlamak,
- 4.Çarpıtılmış bilişlerin yerine daha gerçeğe uygun yorumlar koymasını sağlamak ve davranış kalıplarını değiştirmek
- 5.Hastanın çarpıtmalarına sebebiyet veren inançların tanımasını ve değiştirmesini sağlamaktır (Köknel, 2005).

2.2.7. Davranışsal Terapi

Doğrudan davranışa müdahale vardır. Hem birey hem de toplum açısından uygun olmayan davranışın söndürülerek, yeniden koşullandırma yöntemi ile uygun olan davranışın ortaya çıkmasını sağlamaya çalışır. Bu yöntem depresyonun yanı sıra daha çok fobilerde ve son zamanlarda obsesif-kompulsif bozukluklarda etkili bir yöntemdir. Terapide kullanılan en önemli teknik sistematik duyarsızlaştırmadır. Bu terapi yöntemde hastaya öncelikle gevşeme ve rahatlama yöntemleri öğretilmektedir. Hastada kaygı ve korku uyandıran nesnelere, kişiler ve durumlar saptanır. Daha sonra kişinin hayatını etkileyen bu nesne, kişi ve durumlarla hastayı karşılaştırıp ortaya çıkan aşırı duygulanım ve coşku söndürülmesi amaçlanır. Bu tedavi uygulaması için hastaya ev ödevleri de verilebilmektedir (Şenkal, 2013).

2.2.8. İlaçla Tedavi

Nörotransmitterler olarak adlandırılan beyin kimyasalları üzerinde antidepresanların etkili olduğu bilinmektedir. Antidepresan ilaçlar depresyon tedavisi için etkili olmasından ötürü oldukça popüler bir yöntemdir (Köroğlu ,2013).

2.2.9. Elektro-Konvulsif Terapi

EKT Ağır depresyondaki bireylerde ilaç ile tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda veya yan etkileri nedeniyle istenen ilaç dozlarının uygulanamadığı zamanlarda beyine elektrik uyarımı yapılarak gerçekleştirilen bir yöntemdir. EKT, ağır depresyonların yanı sıra mani ve şizofrenide de uygulanmaktadır. Bu yönetime “Beyine elektrik uyarımı”, “elektroşok tedavisi” veya “şok tedavisi” de denilmektedir (<http://www.medimagazin.com.tr/hekim//tr-ekt-elektro-konvulsif-tedavi-nedir-nasil-uygulanir-2-671-69182.html> 04.04.2017 tarihinde alıntı).

2.3. KABUL-RED

Ebeveyn Kabul-Red Kuramı Rohner tarafından geliştirilmiştir. Bu kuramda ebeveynin çocuğun kabullenilmesi ve red edilmesinin çocuk üzerinde ne gibi etkiler olduğunu inceleyen sosyalizasyon kuramıdır (Rohner,1986).

Rohner’e göre kabul edici ebeveynler çocuklarına karşı sözel ve davranışsal olarak sıcaklık kuran ebeveynlerdir. Çocuğu öpmesi, sarılması, güzel sözler söylemesi çocuğun kendisini kabullendiğini hissettirir (Rohner,1986). Bu kurama göre çocuğun temel ihtiyacı, ebeveyn tarafından sağlanan sevgi, konfor ve destektir. (Khaleque & Rohner, 2002; Rohner, 2005; Rohner & Khaleque, 2005).

1980-84 yıllarında yapılan araştırmaya göre Rohner reddetmeyi iki şekilde olduğunu belirtmiştir. 1.si ebeveyn çocuğuna karşı düşmanca, kızgın ve öfkeli davranırlar. 2.sinde ise çocuğuna ilgisiz ve onları yok sayma şeklinde davranış sergilediklerini belirtmiştir.

EKAR Kuramı’na göre, anne-baba tarafından reddedilme, özellikle yedi kişilik boyutunda etkili olmaktadır:

1. Algılanan reddedilme sıklığına ve yoğunluğuna bağlı olarak, bağımlılık ve savunucu bağımsızlık

2. Duygusal tepkisizlik

3. Düşmanlık, saldırganlık, pasif saldırganlık veya düşmanlık veya saldırganlığın denetimiyle ilgili sorunlar

4. Olumsuz öz saygı

5. Olumsuz öz yeterlilik

6. Duygusal tutarsızlık,

7. Olumsuz dünya görüşü (Eryavuz, 2006; Rohner, 2005; Salahur, 2010; Rohner ve ark., 2011).

2.3.1. Ailenin Çocuğu Kabullenme ve Reddetme Teorisi

Teoride 3 alt teori bulunmaktadır: Kişilik, başa çıkma, sosyo kültürel sistem alt teorileri.

2.3.1.1. Kişilik Alt Teorisi

Bu teoride çocuğun doğumdan itibaren biyolojik temelli duygusal ihtiyacıdır (Khaleque & Rohner, 2002; Rohner, 2005; Rohner & Khaleque, 2005).

2.3.1.2. Başa Çıkma Alt Teorisi

Reddedilme durumu ile başa çıkma konusunda başarılı olan kişilerin özelliklerinin araştırıldığı bir teoridir. Reddedilme durumu ile başa çıkabilen birey hem sosyal hem de iş hayatında başarılı olabilen biri olarak tanımlanmaktadır (Khaleque & Rohner, 2002; Rohner, 2005; Rohner & Khaleque, 2005).

2.3.1.3. Sosyo- Kültürel Sistem Alt Teorisi

Bu teoride, çevre, ebeveyn davranışı, bireyin davranışı, akran, öğretmen davranışları, deneyimler, adet, görenek gibi toplum içinde var olan kültüre göre değişiklik gösteren bu gibi unsurların bireydeki etkisini incelemektedir (Khaleque & Rohner, 2002; Rohner, 2005; Rohner & Khaleque, 2005).

2.3.2. Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Uyum Sürecini Açıklayan Modeller

Hemen hemen her kadının evlenip çocuk sahibi olma hayali vardır. Hamile kaldığını öğrendiğinden itibaren doğuma kadar çocuğun cinsiyetine göre bir takım hayaller kurup planlar yapmaktadır. Çocuğunun otizm tanısını öğrenen bir anne için genellikle ilk tepki şok tepkisi olmaktadır. Otizm, üzerinde bilinenler de göz önüne alındığında, bu durum aileler için çok şaşırtıcı ve kabul edilmemektedir.

Aile böyle bir tanı karşısında kabullenme sürecine kadar geçen sürede otizmi reddederler. Tanıyı araştırır ya da kulaktan dolma bilgilerle duyarsız kalmaya çalışırlar. Ailenin sosyo-demografik düzeyine göre çareyi yurt dışına gitmek, çocuğu hocalara götürme ya da bitkisel karışımlar yapmada bulurlar. Sonraki aşamada aile artık durumun ciddiyetinin farkına varmaya başlar. Bu seferde suçluluk, utanç, hayal kırıklığı, acı çekme gibi duyguları yaşarlar (Cataloluk, 2005).

Ebeveynlerin yaşamış olduğu iki tür hayal kırıklığı vardır. 1. Hayalini kurmuş olduğu ve kendini tamamlayacak olarak düşünmüş olduğu çocuk doğmamıştır. 2. İse korktuğu asla olmasını istemediği özellikte bir çocuğun olması. Otizmlı çocuğa sahip olan anne kendisini sorgulamaya başlar. “acaba hamilelikte yanlış bir şey mi yaptım?”, “çocuğun otizmlı olarak doğması benim suçum mu?”, “daha önceden yapmış olduğum bir şey yüzünden cezalandırılıyor muyum?” gibi düşüncelere sahip olması akabinde depresyona girme olasılığı yüksek bir durumdur. Çocuklarının otizmlı olduğunu öğrenen eşlerin bu durumun temelini keşfetme döneminde, aile genetik özelliklerine dayanarak birbirilerini suçlamaları rastlanan bir durumdur. Buna ek olarak yakın çevreden aslında çocuğun normal olduğu, sorunun ailenin yanlış yetiştirme sergilediklerinden kaynaklandığını ifade eder (Wing, 1996).

Ailenin otizmli bir çocuğa sahip olduğunu öğrendikten sonra birincil, ikincil ve üçüncül tepki geliştirilir. Birincil tepkide anlatılmak istenilen; şok, reddetme, acı çekme. İkincil tepkilerden anlatılmak istenen ise; suçluluk duyma, kararsızlık, kırgınlık duyma ve utanmadır. Üçüncül tepkiler olarak ise; uzlaşma uyum sağlama ya da kabul etmedir (Darıca ve diğerleri, 2005).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde öncelikle çalışmanın yöntemi ve çalışma grubundan söz edilerek veri toplama araçları ile ilgili bilgiler verilmiştir. Daha sonra veri analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler açıklanmıştır.

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma “tarama modeli” olarak tasarlanmıştır. “Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekilde betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez (Karasar, 2005).

Bu araştırmanın bağımsız değişkenleri sosyo-demografik bilgiler ve kabul-red; bağımlı değişkeni ise depresyondur.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde otizmlili ve otizmlili olmayan çocuğa sahip annelerin tümü oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini, İstanbul ilinde yaşayan 55’i otizmlili çocuğa sahip olan ve 52’si herhangi bir hastalık tanısı konmamış olan çocuğa sahip anneler olmak üzere toplam da 107 kişi oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Otizmlili çocuğa sahip olan annelerin kabul-red düzeyleri, herhangi bir hastalık tanısı konmamış (normal) çocuğu sahip olan annelere kıyasla daha yüksektir.

H2: Otizmlili çocuğa sahip olan annelerin depresyon düzeyleri, herhangi bir hastalık tanısı konmamış (normal) çocuğu sahip olan annelere kıyasla daha yüksektir.

H3: Annelerin depresyon düzeyleri ile kabul-red tutumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada, örneklem grubuna, annelere ait kişisel bilgilerin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından düzenlenen sosyo-demografik bilgi formu, Aile Çocuk İlişkileri (Anne) Formu ve Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır. Veri toplama araçlarıyla ilgili bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Bu bölümde araştırma için kullanılan veri toplama araçları hakkında bilgi verilecektir.

3.4.1 Aile Çocuk İlişkileri-Anne Formu

Aile-Çocuk İlişkileri-Anne formu annenin çocuğunu kabul etme ve reddetme davranışlarına ait algılarını ölçmektedir. 1980 yılında Rohner, Savedra ve Granum (akt. Anjel, 1993) tarafından geliştirilen form 56 maddeden oluşmakta ve sıcaklık-şefkat (warmth-affection), saldırganlık düşmanlık (aggression-hostility), ihmalkarlık-ilgisizlik (neglect-indifference) ve ayrışmamış reddetme (rejection undifferentiated) olmak üzere dört alt boyut bulunmaktadır. Ölçeğin sıcaklık-şefkat boyutu, sıcaklık, sevgi ve şefkatin yer aldığı ebeveyn kabulü ile fiziksel ve/veya sözel yaralayıcı davranışlarının sergilendiği reddedici ebeveyn tutumlarını ölçmektedir (ben çocuğum hakkında güzel şeyler söylerim). Saldırganlık-düşmanlık boyutu çocuğa karşı hissedilen öfke, kızgınlık, nefret, kötü niyet gibi duyguları ölçmektedir (çocuğum kötü 47 davrandığında onu küçümseyerek azarlarım). İhmalkarlık-ilgisizlik boyutu ebeveynin çocuğa karşı ilgisiz, kayıtsız olma durumunu (çocuğum sanki orada yokmuş gibi davranırım), ayrışmamış reddetme boyutu ise ret davranışlarının ortada olmamasına karşın çocuğun kendisini seilmeyen, istenmeyen veya reddedilmiş gibi hissetmesine neden olabilecek tutumları (çocuğumu gerçekten sevip sevmediğimden şüphe ediyorum) ölçmektedir. Ölçek 'hemen hemen her zaman doğru', 'bazen doğru', 'nadiren doğru', 'hiçbir zaman doğru değil' seçenekleri olan 4'ten 1'e doğru puanlanan dört dereceli likert tipi bir ölçektir. Sıcaklık-şefkat boyutu 1, 5, 8, 12, 15,

18, 20, 24, 27, 30, 31, 34, 38, 41, 45, 48, 51, 53, 54 ve 56. maddeleri; saldırganlık-düşmanlık boyutu 2, 6, 9, 13, 16, 19, 21, 25, 28, 32, 35, 39, 42, 43, 46 ve 49. maddeleri; ihmalkarlık ilgisizlik boyutu 3, 7, 10, 14, 17, 22, 26, 29, 33, 36, 40 ve 47. maddeleri; ayrılmamış reddetme boyutu ise 4, 11, 23, 37, 44, 50, 52 ve 55. maddeleri içermektedir. Bu maddelerden 1, 5, 7, 8, 12, 14, 15, 18, 20, 24, 26, 27, 31, 33, 34, 38, 40, 41, 45, 47, 48, 51, 53, 54 ve 56. maddeler ters kodlanmaktadır. Alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları ilgi-şefkat alt boyutunda .85, saldırganlık-düşmanlık alt boyutunda .80, ihmalkarlık-ilgisizlik alt boyutunda .74 ve ayrılmamış reddetme boyutunda .67 olarak bulunmuştur. Çocuk ve yetişkin formlarına olan benzerliği nedeniyle anne formunun geçerliği yeterli olarak kabul edilmiştir.

Form ilk kez 1988 yılında Polat ve Sunar tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra Anjel ve Erkman (1993) tarafından geri çeviri işlemleri yapılmıştır. Dil eşdeğerli farklı dillerdeki formlar arasında anlamlı farklılık bulunmadığı gösterilmiştir. Türkiye'deki güvenilirlik çalışması 229 anne üzerinde yapılmıştır. Toplam puan alfa katsayısı Ural ve arkadaşlarının çalışmasında .90 düzeyinde bulunmuştur (Ural ve ark., 2015).

3.4.2 Beck Depresyon Envanteri

1978 Yılında Beck Depresyon Envanteri (BDE) A. T. Beck, J. Rush, B. F. Shaw ve G. Emery tarafından kişilerin depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Beck depresyon envanteri (Beck depresyon ölçeği) depresyonda görülen duygusal, bedensel, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçen ve sık kullanılan bir envanteredir. Bu ölçeğin asıl amacı, depresyon tanısı koymak değil, kişinin göstermiş olduğu depresyon derecesini nesnel olarak belirlemektir.

Beck Depresyon Envanteri (BDE), kilo artışı/azalması, iştah kaybı/artma, suçluluk duygusu, kötümserlik, cezalandırılma durumu, kendini cezalandırma isteği, uykuda artış/azalma, içe dönüklük, karasızlık, kendinden nefret etme, kendisini öldürme isteği, somatik yakınmalar, cinsel isteksizlik, yorgunluk, kötümserlik gibi 21 depresif 36 belirti kategorisi içermektedir (Öner, 1994). Türkçe geçerlilik ve

güvenilirliği Durak ve Palabıyıköğü tarafından 1994 senesinde gerçekleştirilmiştir (Durak ve Palabıyıköğü, 1994).

Bu kategorilerden her biri 4 tane kendini değerlendirme maddesinden oluşur ve 0 ile 3 puan arasında derecelendirilir. Ölçekte en düşük 0, en yüksek 63 puan alınmaktadır. Alınan puanlar 0–9 puan arası normal, 16–23 orta derecede depresyon, 24–63 puanları arası ciddi derecede depresyon olarak değerlendirilmektedir (Öner, 1994).

3.5. Veri Toplama Araçlarının Geçerliliği ve Güvenirliği

3.5.1 Anne Çocuk İlişkileri Formu

56 soruluk likert yapılı Anne Çocuk İlişkileri Formu maddelerinin güvenilirlik değeri Tablo 'de sunulmuştur.

Madde İstatistikleri

	Cronbach's Alpha (Eğer Madde Silinirse)	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha
AÇ1	,914		
AÇ30	,913		
AÇ5	,918		
AÇ8	,917		
AÇ12	,914		
AÇ15	,915		
AÇ18	,917		
AÇ20	,915		
AÇ24	,917		
AÇ27	,914		
AÇ31	,919	,737	,916
AÇ34	,914		
AÇ38	,914		
AÇ41	,914		
AÇ45	,913		
AÇ48	,917		
AÇ51	,916		
AÇ53	,918		
AÇ54	,915		
AÇ56	,915		

AÇ2	,915		
AÇ6	,914		
AÇ9	,916		
AÇ13	,915		
AÇ16	,915		
AÇ19	,916		
AÇ21	,916		
AÇ25	,913	,870	
AÇ28	,912		
AÇ32	,912		
AÇ35	,913		
AÇ39	,913		
AÇ42	,913		
AÇ43	,914		
AÇ46	,912		
AÇ49	,913		
<hr/>			
AÇ4	,914		
AÇ11	,915		
AÇ23	,915		
AÇ37	,913	0,679	
AÇ44	,913		
AÇ50	,915		
AÇ52	,913		
AÇ55	,916		
<hr/>			
AÇ3	,913		
AÇ10	,913		
AÇ17	,915		
AÇ22	,913		
AÇ29	,913		
AÇ36	,914	0,766	
AÇ7	,915		
AÇ14	,915		
AÇ26	,914		
AÇ33	,915		
AÇ40	,914		
AÇ47	,915		

İç tutarlılık katsayısı (Cronbach's Alpha) = 0,916 olup, buna göre ölçeğin yüksek güvenilirlikte olduğu tespit edilmiştir. Madde silinirse Cronbach's Alpha değeri sütunu, değer ait olduğu sorunun silinmesi durumunda alfa iç tutarlılık katsayısının hangi değeri alacağını ifade etmektedir. Herhangi bir madde çıkarıldığı durumda alfa seviyesi artış ya da azalış göstermeyecektir, fakat mevcut iç tutarlılık katsayısına göre yüksek seviyede güvenilir olması sebebi ile herhangi bir soru maddesinin ölçek dışında bırakılması gerekliliği bulunmamaktadır.

Dört alt boyutu olan çok boyutlu algılanan ölçeğin Sıcaklık-Şefkat alt boyutu için iç tutarlılık katsayısı = 0,737 olup, ölçeğin bu bölümü oldukça güvenilirdir. Saldırganlık-Düşmanlık alt boyutu için iç tutarlılık katsayısı = 0,870 olup, ölçeğin bu bölümü yüksek derecede güvenilirdir. Ayrışmamış Reddetme alt boyutu için iç tutarlılık katsayısı = 0,679 olup, ölçeğin bu bölümü oldukça güvenilirdir. İhmalkarlık-İlgisizlik alt boyutu için iç tutarlılık katsayısı = 0,766 olup, ölçeğin bu bölümü oldukça güvenilirdir.

3.5.2 Beck Depresyon Envanteri

21 soruluk likert yapılı Beck Depresyon Envanteri maddelerinin güvenilirlik değeri Tablo 'de sunulmuştur.

Madde İstatistikleri		
	Cronbach's Alpha (Eğer Madde Silinirse)	Cronbach's Alpha
BD1	,903	,909
BD2	,902	
BD3	,903	
BD4	,903	
BD5	,902	
BD6	,905	
BD7	,904	
BD8	,907	
BD9	,904	
BD10	,908	
BD11	,904	
BD12	,903	
BD13	,904	
BD14	,905	
BD15	,908	
BD16	,905	
BD17	,907	
BD18	,911	
BD19	,907	
BD20	,907	
BD21	,903	

İç tutarlılık katsayısı (Cronbach's Alpha) = 0,909 olup, buna göre ölçeğin yüksek güvenilirlikte olduğu tespit edilmiştir. Madde silinirse Cronbach's Alpha değeri sütunu, değer ait olduğu sorunun silinmesi durumunda alfa iç tutarlılık katsayısının hangi değeri alacağını ifade etmektedir. Herhangi bir madde çıkarıldığı durumda alfa seviyesi önemli düzeyde artış ya da azalış göstermeyecektir, bununla beraber mevcut iç tutarlılık katsayısına göre yüksek seviyede güvenilir olması sebebi ile herhangi bir soru maddesinin ölçek dışında bırakılması gerekliliği bulunmamaktadır.

3.6. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS 21 paket programı aracılığıyla istatistiki test ve analizler uygulanarak çözümlenmiştir. Ve çözümlenen veriler söz konusu istatistiksel test ve analizlerin bilimsel gereği doğrultusunda değerlendirilerek raporlanmıştır.

3.6.1. İstatistiksel Yöntemler

Güvenilirlik Analizi: Güvenirlik analizi, ölçmede kullanılan araçların güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir yöntemdir. Cronbach's Alpha Katsayısının bulunabileceği aralıklar ve değerlendirme kriteri aşağıdaki gibidir:

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Bağımsız Örnekler T-Testi: İki aritmetik ortalama arasındaki farkın manidarlığını test etmede kullanılan parametrik bir analizdir.

Korelasyon analizi: İki değişken arasında doğrusal bir ilişki olup olmadığını, varsa bu ilişkinin yönünü ve şiddetinin ne olduğunu belirlemek için kullanılan bir istatistiksel yöntemdir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR

4.1. Demografik Bilgilerin Dağılımı

Araştırmaya katılan otizmliler ve otizmi olmayan çocuk annelerinin kişisel bilgilerinin dağılımı aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 1. Demografik Bilgiler

		Otizmliler Çocuk Sahibi Olma Durumu				Ki-Kare
		Otizmliler Çocuk Sahibi Anne		Otizmi Olmayan Anne		
		n	%	n	%	χ^2/p
Eğitim Durumu	İlköğretim ve Altı	21	38	17	33	$\chi^2=0,352$ $p=0,553$
	Lise Ve Üzeri	34	61	35	67	
Medeni Durum	Evli	47	85	49	94	$\chi^2=2,232$ $p=,135$
	Diğer	8	15	3	6	
Çalışma Durumu	Evet	6	11	26	50	$\chi^2=19,485$ $p=,000^*$
	Hayır	49	89	26	50	
Eşin Eğitim Durumu	İlköğretim ve Altı	25	45	19	37	$\chi^2=0,878$ $p=0,349$
	Lise Ve Üzeri	30	54	33	64	
Anne Eğitim Durumu	İlköğretim ve Altı	43	78	43	83	$\chi^2=2,646$ $p=,266$
	Lise Ve Üzeri	12	22	9	17	
Baba Eğitim Durumu	İlköğretim ve Altı	46	83	42	80	$\chi^2=1,072$ $p=0,358$
	Lise Ve Üzeri	9	16	10	19	
Ekonomik Gelir Düzeyi	Düşük	15	27	3	6	$\chi^2=8,833$ $p=,003^*$
	Orta	40	73	49	94	
	Toplam	55	100	52	100	

Araştırmaya katılan otizmliler çocuk sahibi annelerin 21'i (%38) ilköğretim ve altı, 34'i (%61) lise ve üzeri eğitim kurumlarından mezun iken; otizmi olmayan çocuk sahibi annelerin 17'si (%33) ilköğretim ve altı, 35'i (%67) lise ve üzeri eğitim kurumlarından mezundur.

Çocuğu otizimli olan annelerin medeni durumu incelendiğinde 47'si (%85) evli, 8'i (%15) boşanmış/eşi vefat etmiş iken; otizimli olmayan çocuk sahibi annelerin 49'u (%94) evli, 3'ü (%6) boşanmış/eşi vefat etmiştir.

Çocuğu otizimli olan annelerin 6'sı (%11) çalışmakta, 49'u (%89) çalışmamakta iken; otizimli olmayan çocuk sahibi annelerin 26'sı (%50) çalışmakta, 26'sı (%50) çalışmamaktadır.

Eğitim durumu incelendiğinde otizimli çocuk sahibi annelerin 25'i (%45) ilköğretim ve altı, 30'u (%54) lise ve üzeri eğitim mezunu iken; otizimli olmayan çocuk sahibi annelerin 19'u (%37) ilköğretim ve altı, 33'ü (%64) lise ve üzeri eğitim kurumlarından mezundur.

Eşinin eğitim durumu incelendiğinde otizimli çocuk sahibi annelerin eşlerinin 25'i (%45) ilköğretim ve altı, 30'u (%54) lise ve üzeri eğitim durumunda iken; otizimli olmayan çocuk sahibi annelerin 19'u (%37) ilköğretim ve altı, 33'ü (%64) lise ve üzeri eğitim kurumlarından mezundur.

Anne eğitim durumu incelendiğinde otizimli çocuk sahibi annelerin 43'ü (%78) ilköğretim ve altı, 12'si (%22) lise ve üzeri eğitim durumunda anneye sahip iken; otizimli olmayan çocuk sahibi annelerin 43'ü (%83) ilköğretim ve altı, 9'u (%17) lise ve üzeri eğitim durumuna sahip anneye sahiptir.

Baba eğitim durumu incelendiğinde otizimli çocuk sahibi annelerin 46'sı (%83) ilköğretim ve altı, 9'u (%16) lise ve üzeri mezunu babaya sahip iken; otizimli olmayan çocuk sahibi annelerin 42'si (%80) ilköğretim ve altı, 10'u (%19) lise ve üzeri eğitim durumuna sahip babaya sahiptir.

Çocuğu otizimli olan annelerin 15'i (%27) düşük, 40'i (%73) orta ekonomik düzeye sahip iken; otizimli olmayan çocuk sahibi annelerin 3'i (%6) düşük, 49'i (%94) orta ekonomik düzeydedir.

Ayrıca gerçekleştirilen ki-kare bağımsızlık test sonuçlarına göre; otizmlı olmayan çocuk sahibi olma durumu ile çalışma durumu ve ekonomik durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırası ile $\chi^2=19,485$, $\chi^2=8,833$, $p<0,05$). Buna göre otizmlı çocuk sahibi anneler arasında çalışmayanların oranı, otizmlı olmayan çocuk sahibi olanlara göre daha yüksektir. Ve otizmlı çocuk sahibi anneler arasında ekonomik düzeyi düşük olanların oranı, otizmlı olmayan çocuk sahibi olanlara göre daha yüksektir.

4.2. Annelerin Depresyon ve Kabul-Red Düzeylerinin Otizmlı Çocuk Sahibi Olma Durumuna İncelenmesi

Bu bölümde otizmlı ve otizmlı olmayan çocuk sahibi annelerin depresyon ve kabul-red düzeylerinin birbirinden farklı olup olmadığının test edilmesi doğrultusunda uygulanan bağımsız gruplar t- testi bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 2. Annelerin Otizmlı Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Depresyon ve Kabul-Red Düzeylerinin İncelenmesi

		n	x	ss	t	p
Depresyon	Otizmlı Çocuk Sahibi Anne	55	14,35	11,22	3,601	0,000
	Otizmlı Çocuk Sahibi Olmayan Anne	52	8,10	5,70		
Reddetme	Otizmlı Çocuk Sahibi Anne	55	78,33	18,36	1,360	0,177
	Otizmlı Çocuk Sahibi Olmayan Anne	52	74,10	13,25		
Sıcaklık-Şefkat	Otizmlı Çocuk Sahibi Anne	55	28,00	5,89	3,329	0,001
	Otizmlı Çocuk Sahibi Olmayan Anne	52	24,69	4,19		
Saldırganlık-Düşmanlık	Otizmlı Çocuk Sahibi Anne	55	22,64	7,21	-0,479	0,633
	Otizmlı Çocuk Sahibi Olmayan Anne	52	23,25	5,96		
İhmalkarlık-İlgisizlik	Otizmlı Çocuk Sahibi Anne	55	15,71	4,67	1,532	0,128
	Otizmlı Çocuk Sahibi Olmayan Anne	52	14,52	3,18		
Ayrışmamış Reddetme	Otizmlı Çocuk Sahibi Anne	55	11,98	3,79	0,531	0,597
	Otizmlı Çocuk Sahibi Olmayan Anne	52	11,63	2,89		

Annelerin depresyon düzeyi puanları ortalamalarının otizmlı çocuk sahibi olma durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmuştur (p değeri= $0,000 < 0,05$).

Annelerin reddetme düzeyi puanları ortalamalarının otizmlı çocuk sahibi olma durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri= $0,177 > 0,05$).

Annelerin sıcaklık-şefkat düzeyi puanları ortalamalarının otizmlı çocuk sahibi olma durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmuştur (p değeri= $0,001 < 0,05$).

Annelerin saldırganlık-düşmanlık düzeyi puanları ortalamalarının otizmlı çocuk sahibi olma durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri= $0,633 > 0,05$).

Annelerin ihmalkarlık-ilgisizlik düzeyi puanları ortalamalarının otizmlı çocuk sahibi olma durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri= $0,128 > 0,05$).

Annelerin ayrışmamış reddetme düzeyi puanları ortalamalarının otizmlı çocuk sahibi olma durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-

testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri=0,597>0,05).

4.3. Otizmlı Çocuğu Olan Annelerin Depresyon ve Kabul-Red Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi

Bu bölümde otizmlı çocuk sahibi annelerin depresyon ve kabul-red düzeylerinin demografik değişkenlere göre farklılaşma gösterip göstermediğinin doğrultusunda uygulanan bağımsız gruplar t-testi bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 3. Otizmlı Çocuğu Olan Annelerin Eğitim Durumuna Göre Depresyon ve Kabul-Red Düzeylerinin İncelenmesi

		n	x	ss	t	p
Depresyon	İlköğretim ve Altı	21	15,00	12,83	0,337	0,737
	Lise ve Üzeri	34	13,94	10,28		
Reddetme	İlköğretim ve Altı	21	77,48	20,42	-0,268	0,790
	Lise ve Üzeri	34	78,85	17,27		
Sıcaklık-Şefkat	İlköğretim ve Altı	21	28,00	5,65	-0,168	0,890
	Lise ve Üzeri	34	28,00	6,12		
Saldırganlık-Düşmanlık	İlköğretim ve Altı	21	22,48	8,08	-0,128	0,898
	Lise ve Üzeri	34	22,74	6,74		
İhmalkarlık-İlgisizlik	İlköğretim ve Altı	21	15,38	5,37	-0,407	0,686
	Lise ve Üzeri	34	15,91	4,25		
Ayrışmamış Reddetme	İlköğretim ve Altı	21	11,62	3,96	-0,555	0,582
	Lise ve Üzeri	34	12,21	3,72		

Çocuğu otizmlı olan annelerin depresyon düzeyi puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri=0,737>0,05).

Çocuğu otizimli olan annelerin reddetme düzeyi puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri=0,790>0,05).

Çocuğu otizimli olan annelerin sıcaklık-şefkat düzeyi puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri=0,890>0,05).

Çocuğu otizimli olan annelerin saldırganlık-düşmanlık düzeyi puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri=0,898>0,05).

Çocuğu otizimli olan annelerin ihmalkarlık-ilgisizlik düzeyi puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri=0,686>0,05).

Çocuğu otizimli olan annelerin ayrışmamış reddetme düzeyi puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri=0,582>0,05).

Tablo 4. Otizmlı Çocuğu Olan Annelerin Eşin Eğitim Durumuna Göre Depresyon ve Kabul-Red Düzeylerinin İncelenmesi

		n	x	ss	t	p
Depresyon	İlköğretim Ve Altı	25	18,80	12,66	2,862	0,006
	Lise Ve Üzeri	30	10,63	8,39		
Reddetme	İlköğretim Ve Altı	25	82,88	21,99	1,708	0,093
	Lise Ve Üzeri	30	74,53	13,95		
Sıcaklık-Şefkat	İlköğretim Ve Altı	25	29,12	5,89	1,295	0,201
	Lise Ve Üzeri	30	27,07	5,82		
Saldırganlık-Düşmanlık	İlköğretim Ve Altı	25	24,08	9,39	1,367	0,177
	Lise Ve Üzeri	30	21,43	4,52		
İhmalkarlık-İlgisizlik	İlköğretim Ve Altı	25	16,40	5,44	1,003	0,321
	Lise Ve Üzeri	30	15,13	3,91		
Ayrışmamış Reddetme	İlköğretim Ve Altı	25	13,28	4,77	2,422	0,019
	Lise Ve Üzeri	30	10,90	2,29		

Çocuğu otizmlı olan annelerin depresyon düzeyi puanları ortalamalarının eşin eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmuştur (p değeri= $0,006 < 0,05$).

Çocuğu otizmlı olan annelerin reddetme düzeyi puanları ortalamalarının eşin eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri= $0,093 > 0,05$).

Çocuğu otizmlı olan annelerin sıcaklık-şefkat düzeyi puanları ortalamalarının eşin eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri= $0,201 > 0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin saldırganlık-düşmanlık düzeyi puanları ortalamalarının eşin eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri=0,177>0,05).

Çocuğu otizimli olan annelerin ihmalkarlık-İlgisizlik düzeyi puanları ortalamalarının eşin eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri=0,321>0,05).

Çocuğu otizimli olan annelerin ayrışmamış reddetme düzeyi puanları ortalamalarının eşin eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmuştur (p değeri=0,019<0,05).

Tablo 5. Otizimli Çocuğu Olan Annelerin Anne Eğitim Durumuna Göre Depresyon ve Kabul-Red Düzeylerinin İncelenmesi

		n	x	ss	t	p
Depresyon	İlköğretim Ve Altı	23	16,26	13,79	1,075	0,287
	Lise Ve Üzeri	32	12,97	8,91		
Reddetme	İlköğretim Ve Altı	23	71,39	8,97	-2,487	0,016
	Lise Ve Üzeri	32	83,31	21,65		
Sıcaklık-Şefkat	İlköğretim Ve Altı	23	26,43	4,25	-1,699	0,095
	Lise Ve Üzeri	32	29,13	6,67		
Saldırganlık-Düşmanlık	İlköğretim Ve Altı	23	19,87	3,42	-2,532	0,014
	Lise Ve Üzeri	32	24,63	8,51		
İhmalkarlık-İlgisizlik	İlköğretim Ve Altı	23	14,22	3,03	-2,071	0,043
	Lise Ve Üzeri	32	16,78	5,34		
Ayrışmamış Reddetme	İlköğretim Ve Altı	23	10,87	2,24	-2,087	0,042
	Lise Ve Üzeri	32	12,78	4,46		

Çocuğu otizmlı olan annelerin depresyon düzeyi puanları ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri=0,287>0,05).

Çocuğu otizmlı olan annelerin reddetme düzeyi puanları ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmuştur (p değeri=0,016<0,05).

Çocuğu otizmlı olan annelerin sıcaklık-şefkat düzeyi puanları ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri=0,095>0,05).

Çocuğu otizmlı olan annelerin saldırganlık-düşmanlık düzeyi puanları ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmuştur (p değeri=0,014<0,05).

Çocuğu otizmlı olan annelerin ihmalkarlık-ilgisizlik düzeyi puanları ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmuştur (p değeri=0,043<0,05).

Çocuğu otizmlı olan annelerin ayrışmamış reddetme düzeyi puanları ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız

gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmuştur (p değeri= $0,042 < 0,05$).

Tablo 6. Otizmlı Çocuğu Olan Annelerin Baba Eğitim Durumuna Göre Depresyon ve Kabul-Red Düzeylerinin İncelenmesi

		n	x	ss	t	p
Depresyon	İlköğretim ve Altı	34	15,56	12,86	1,021	0,312
	Lise ve zeri	21	12,38	7,77		
Reddetme	İlköğretim ve Altı	34	76,65	17,97	-0,862	0,393
	Lise ve zeri	21	81,05	19,10		
Sıcaklık-Şefkat	İlköğretim ve Altı	34	27,79	6,35	-0,327	0,745
	Lise ve zeri	21	28,33	5,20		
Saldırıcılık-Düşmanlık	İlköğretim ve Altı	34	21,62	5,87	-1,344	0,185
	Lise ve zeri	21	24,29	8,88		
İhmalkarlık-İlgisizlik	İlköğretim ve Altı	34	15,76	5,13	0,111	0,912
	Lise ve zeri	21	15,62	3,92		
Ayrışmamış Reddetme	İlköğretim ve Altı	34	11,47	2,94	-1,281	0,206
	Lise ve zeri	21	12,81	4,83		

Çocuğu otizmlı olan annelerin depresyon düzeyi puanları ortalamalarının baba eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri= $0,312 > 0,05$).

Çocuğu otizmlı olan annelerin reddetme düzeyi puanları ortalamalarının baba eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri= $0,393 > 0,05$).

Çocuğu otizmlı olan annelerin sıcaklık-şefkat düzeyi puanları ortalamalarının baba eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi

neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri=0,745>0,05).

Çocuğu otizmlı olan annelerin saldırganlık-düşmanlık düzeyi puanları ortalamalarının baba eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri=0,185>0,05).

Çocuğu otizmlı olan annelerin ihmalkarlık-İlgisizlik düzeyi puanları ortalamalarının baba eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri=0,912>0,05).

Çocuğu otizmlı olan annelerin ayrışmamış reddetme düzeyi puanları ortalamalarının baba eğitim durumu değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri=0,206>0,05).

Tablo 7. Otizmlı Çocuğu Olan Annelerin Ekonomik Gelir Düzeyine Göre Depresyon ve Kabul-Red Düzeylerinin İncelenmesi

		n	x	ss	t	p
Depresyon	Düşük	15	18,13	12,19	1,554	0,126
	Orta	40	12,93	10,64		
Reddetme	Düşük	15	84,53	25,15	1,555	0,126
	Orta	40	76,00	14,81		
Sıcaklık-Şefkat	Düşük	15	29,27	7,31	0,976	0,333
	Orta	40	27,53	5,29		
Saldırganlık-Düşmanlık	Düşük	15	24,67	9,36	1,287	0,204
	Orta	40	21,88	6,19		
İhmalkarlık-İlgisizlik	Düşük	15	17,40	6,93	1,673	0,100
	Orta	40	15,08	3,38		
Ayrışmamış Reddetme	Düşük	15	13,20	4,99	1,476	0,146
	Orta	40	11,53	3,19		

Çocuğu otizimli olan annelerin depresyon düzeyi puanları ortalamalarının ekonomik gelir düzeyi değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri=0,126>0,05).

Çocuğu otizimli olan annelerin reddetme düzeyi puanları ortalamalarının ekonomik gelir düzeyi değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri=0,126>0,05).

Çocuğu otizimli olan annelerin sıcaklık-şefkat düzeyi puanları ortalamalarının ekonomik gelir düzeyi değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri=0,333>0,05).

Çocuğu otizimli olan annelerin saldırganlık-düşmanlık düzeyi puanları ortalamalarının ekonomik gelir düzeyi değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri=0,204>0,05).

Çocuğu otizimli olan annelerin ihmalkarlık-ilgisizlik düzeyi puanları ortalamalarının ekonomik gelir düzeyi değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri=0,100>0,05).

Çocuğu otizimli olan annelerin ayrışmamış reddetme düzeyi puanları ortalamalarının ekonomik gelir düzeyi değişkenine göre bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşup oluşmadığını saptamak amacıyla uygulanmış olan

bağımsız gruplar t-testi neticesinde ortalamalar arasındaki farklılık, istatistiksel seviyede anlamlı bulunmamıştır (p değeri=0,146>0,05).

4.4. Otizmlı Çocuğu Olan Annelerin Depresyon ve Kabul-Red Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu bölümde otizmlı çocuk sahibi annelerin depresyon ve kabul-red ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, değişkenlerin birbirileri ile ilişkili olup olmadığını test etmek için pearson korelasyon analizi uygulanmış ve sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Tablo 8. Depresyon ve Kabul-Red ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Analizi

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Depresyon	1					
2. Reddetme	,191	1				
3. Sıcaklık-Şefkat	,220	,815**	1			
4. Saldırganlık-Düşmanlık	,093	,885**	,499**	1		
5. İhmalkarlık-İlgisizlik	,148	,869**	,736**	,676**	1	
6. Ayrışmamış Reddetme	,222	,825**	,537**	,779**	,552**	1

*,p<0,05; **,p<0,01

Tablo 10’da görüldüğü üzere,

Çocuğu otizmlı olan annelerin depresyon ve toplam reddetme düzeyleri arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson r=0,191, p>0,05).

Çocuğu otizmlı olan annelerin depresyon ve sıcaklık-şefkat düzeyleri arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson r=0,220 p>0,05).

Çocuğu otizimli olan annelerin depresyon ve saldırganlık-düşmanlık düzeyleri arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,093$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin depresyon ve ihmalkarlık düzeyleri arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,148$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin depresyon ve ayrışmamış reddetme düzeyleri arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,222$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin reddetme ve sıcaklık-şefkat düzeyleri arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunduğu gözlenmektedir (pearson $r=,815^{**}$, $p<0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin reddetme ve saldırganlık-düşmanlık düzeyleri arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunduğu gözlenmektedir (pearson $r=,885^{**}$, $p<0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin reddetme ve ihmalkarlık-ilgisizlik düzeyleri arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunduğu gözlenmektedir (pearson $r=,869^{**}$, $p<0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin reddetme ve ayrışmamış reddetme düzeyleri arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunduğu gözlenmektedir (pearson $r=,825^{**}$, $p<0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin sıcaklık-şefkat ve saldırganlık-düşmanlık düzeyleri arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunduğu gözlenmektedir (pearson $r=,499^{**}$, $p<0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin sıcaklık-şefkat ve ihmalkarlık-ilgisizlik düzeyleri arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunduğu gözlenmektedir (pearson $r=,736^{**}$, $p<0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin sıcaklık-şefkat ve ayırışmamış reddetme düzeyleri arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunduğu gözlenmektedir (pearson $r=,537^{**}$, $p<0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin saldırganlık ve ihmalkarlık-ilgisizlik düzeyleri arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunduğu gözlenmektedir (pearson $r=,676^{**}$, $p<0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin saldırganlık ve ayırışmamış reddetme düzeyleri arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunduğu gözlenmektedir (pearson $r=,779^{**}$, $p<0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin ihmalkarlık ve ayırışmamış reddetme düzeyleri arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunduğu gözlenmektedir (pearson $r=,552^{**}$, $p<0,05$).

Tablo 9. Depresyon ve Kabul-Red ve Alt Boyutları İle Demografik Bilgiler Arasındaki Korelasyon Analizi

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
7. Yaş	,058	,163	,084	,148	,196	,137
8. Çocuk Sayısı	-,086	-,152	-,036	-,155	-,159	-,189
9. Otizm Tanısı Alan Çocuğun Yaşı	,075	,141	,103	,130	,208	,018
10. Otizm Tanısı Alma Yaşı	,087	,237	,242	,181	,174	,211
11. Çocuğun Eğitim Alma Süresi	-,032	,062	,113	,043	,084	-,061

Çocuğu otizimli olan annelerin depresyon ve yaş ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,058$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin depresyon ve otizm tanısı alan çocuğun yaşı ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,075$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin depresyon ve otizm tanısı alma yaşı ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,087$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin reddetme ve yaş ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,163$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin reddetme ve otizm tanısı alan çocuğun yaşı ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,141$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin reddetme ve otizm tanısı alma yaşı ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,237$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin sıcaklık-şefkat ve yaş ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,084$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin sıcaklık-şefkat ve otizm tanısı alan çocuğun yaşı ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,103$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin sıcaklık-şefkat ve otizm tanısı alma yaşı ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,242$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin saldırganlık ve yaş ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,148$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin saldırganlık ve otizm tanısı alan çocuğun yaşı ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,13$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin saldırganlık ve otizm tanısı alma yaşı ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,181$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin ihmalkarlık ve yaş ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,196$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin ihmalkarlık ve otizm tanısı alan çocuğun yaşı ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,208$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin ihmalkarlık ve otizm tanısı alma yaşı ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,174$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin ayırışmamış reddetme ve yaş ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,137$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin ayırışmamış reddetme ve otizm tanısı alan çocuğun yaşı ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,018$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin ayrışmamış reddetme ve otizm tanısı alma yaşı ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,211$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin depresyon ve çocuk sayısı ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=-0,086$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin reddetme ve çocuk sayısı ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=-0,152$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin sıcaklık-şefkat ve çocuk sayısı ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=-0,036$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin saldırganlık ve çocuk sayısı ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=-0,155$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin ihmalkarlık ve çocuk sayısı ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=-0,159$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin ayrışmamış reddetme ve çocuk sayısı ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=-0,189$, $p>0,05$).

Çocuğu otizimli olan annelerin depresyon ve çocuğun eğitim alma süresi ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=-0,032$, $p>0,05$).

Çocuğu otizmli olan annelerin reddetme ve çocuğun eğitim alma süresi ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,062$, $p>0,05$).

Çocuğu otizmli olan annelerin sıcaklık-şefkat ve çocuğun eğitim alma süresi ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,113$, $p>0,05$).

Çocuğu otizmli olan annelerin saldırganlık ve çocuğun eğitim alma süresi ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,043$, $p>0,05$).

Çocuğu otizmli olan annelerin ihmalkarlık ve çocuğun eğitim alma süresi ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=0,084$, $p>0,05$).

Çocuğu otizmli olan annelerin ayrışmamış reddetme ve çocuğun eğitim alma süresi ortalamaları arasında anlamlı derecede bir korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gözlenmektedir (pearson $r=-0,061$, $p>0,05$).

TARTIŞMA

Bu araştırmada otizimli çocuğa sahip annelerin depresyon ve kabul-red düzeyleri arasındaki ilişki karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Bu bölümde, araştırma sonucunda elde edilen bulgular, alanda yapılan benzer araştırmaların sonuçları işığında tartışılacaktır.

Her anne baba bebeğin doğumuna kadar bir takım hayaller kurarlar. OSB’li bir çocuğa sahip olduklarını öğrendiklerinde, hayallerini kurdukları mükemmel çocuğu kaybetme hissi yaşamaktadır; bu durum sevilen bir yakının kaybında yaşanan yas sürecine benzemektedir (Siegel ve Silverstein, 2001). Bu araştırmada annelerin otizimli çocuğa sahip olma durumu değişkeni açısından depresyon düzeyler karşılaştırılmış ve anlamlı bir farklılık bulunduğu sonucuna varılmıştır. Grupta otizimli çocuğa sahip annelerin, otizimli olmayan çocuğa sahip olan annelerine göre Beck depresyon envanterinden daha yüksek puan aldıkları grlmştir.

şahin (2015) araştırmasında tek çocuğu otizm tanısı almış olan bireylerin de otizimli çocuğunun yanı sıra normal çocuğu da olan bireylerin de depresyon puanları ile anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak orta seviyede pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Buna göre sadece bir tane otistik çocuğa sahip olan bireylerde depresyon arttıķca anksiyete de artmaktadır. Aynı çalışmada şahin (2015) Sadece otistik çocuğa sahip olan bireylerin sağlıklı ve otistik çocuğa sahip olan bireylere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda otizimli ocuk sahibi annelerin depresyon düzeylerinin ocuk sayısına göre bir farklılaşma göstermediği bulgusuna ulaşılmıştır.

Otizm, üzerinde bilinenler de göz önüne alındığında, bu durum aileler için çok şaşırtıcı ve kabul edilmemektedir. Aile böyle bir tanı karşısında kabullenme sürecine kadar geçen sürede otizmi reddeder (Cataloluk, 2005). Delitay (2009) tarafından gerçekleştirilen çalışmaya göre engelli ve normal ocuk annelerinin reddetme davranışları arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır. Buna göre engelli ocuk annelerinin soğukluk puanı ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ise toplam reddetme puanı açısından otizimli ve otizimli

olmayan çocuk sahibi anneler arasında farklılık gözlenmezken; Delitay (2009) ile aynı doğrultuda olarak otizmlı çocuk sahibi annelerin soğukluk puanlarının normal çocuk sahibi annelere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun sebebi olarak otizmlı çocuğun kendi dünyasında olması ailenin ona göstermiş olduğu ilgi ve alakaya karşı mutluluk belirtisi göstermemesi ve karşılık vermemesinden dolayı olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada, otizmlı çocuğa sahip annelerin depresyon düzeyleri arasında ekonomik gelir düzeyleri bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulguları destekler şekilde Kaplan'ın (2005) yaptığı benzer bir çalışma sonucunda da gelir düzeyinin depresyon üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı belirlenmiştir. Nitekim Şahin (2015) sadece bir otizmlı çocuğa sahip anneler ile gerçekleştirdiği çalışmasında geliri 500 TL ile 1000 TL arasında olan annelerin geliri 1000 TL üzerinde olan annelere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Şahin'in (2015) çalışmasına göre aynı durum sağlıklı çocuğu da bulunan otizmlı çocuk annelerinde benzer olmamış ve gelir durumunun hem otizmlı hem de sağlıklı çocuğu olan annelerin depresyon düzeylerini etkilemediği gözlenmiştir. Araştırmaya katılan anneler arasında yüksek gelir seviyesine sahip bireyler olmadığı görülmüştür.

Bu araştırmada otizmlı çocuğa sahip annelerin eğitim durumuna göre depresyon düzeyi arasındaki ilişki karşılaştırmalı olarak araştırılmış; farklı eğitim durumlarına sahip annelerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bu bulguyu destekler nitelikte olan bir araştırmaya örnek olarak Kaplan (2005), gerçekleştirdiği benzer bir araştırma sonucunda eğitim değişkeni açısından 3-12 yaş lösemili çocuğu olan annelerin depresyon düzeylerinde anlamlı bir değişiklik olmadığı tespitinde bulunmuştur. Benzer şekilde Şahin (2015) çalışmasında sadece otizmlı çocuğu olan annelerin depresyon düzeylerinin farklı eğitim durumlarında olmalarından etkilenmediğini saptamıştır. Otizmlı olan bireylerin ebeveynlerinin depresyon düzeylerinin incelendiği Gönen'in (2014) çalışmasında ise yükseköğretim grubunun, hem ortaöğretimden hem de ilköğretim grubundan daha düşük düzeyde depresif belirtilere sahip olduğu saptanmıştır.

Pelchat, Richard ve Bouchard (1999) ile Timko, Stovel ve Moss (1992) da, yaptıkları benzer çalışmalarda anne babanın eğitim düzeylerinin, engelli çocuğu kabullenme düzeyini, engelli çocuğa uyumlarını ve anne-babaların çeşitli alanlardaki stres düzeylerini etkilediğini belirlemişlerdir. Çalışmamızda eşleri farklı eğitim düzeylerinde olan otizmlili bireye sahip annelerin depresyon düzeylerinin birbirinden anlamlı derecede farklı olduğu sonucuna ulaşmıştır. Eşlerin eğitim düzeyleri arttıkça Beck depresyon puanı düşmektedir.

Bu araştırmada, otizmlili çocuğa sahip annelerin toplam reddetme düzeyleri arasında öğrenim düzeyleri bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulguları destekler şekilde Kaplan'ın (2005) yaptığı benzer bir çalışma sonucunda da öğrenim düzeyinin toplam reddetme üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı belirlenmiştir. Nitekim Delitay (2009) tarafından gerçekleştirilen çalışmaya göre üniversite ve üzeri eğitime sahip olan engelli çocuk annelerinin daha düşük eğitim seviyesindeki annelere göre çocuklarına daha soğuk davrandıkları saptanmıştır.

Çocuğu otizmlili olan annelerin reddetme düzeyi ekonomik gelir düzeyi değişkenine göre incelendiğinde farklı ekonomik düzeylerdeki annelerin toplam reddetme puanları arasında anlamlı Kaplan'ın (2005) yaptığı benzer bir çalışma sonucunda da ekonomik gelir düzeyinin toplam reddetme üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı belirlenmiştir. Buna ek olarak Delitay (2009) tarafından gerçekleştirilen çalışmaya göre de farklı gelir düzeyine sahip olan engelli çocuk annelerinin daha reddetme davranışları arasında farklılık olmadığı saptanmıştır.

Bu çalışmada otizmlili çocuk sahibi anneler arasında çalışmayanların oranının, otizmlili olmayan çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ve otizmlili çocuk sahibi anneler arasında ekonomik düzeyi düşük olanların oranı da otizmlili olmayan çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek olarak tespit edilmişti. Bu çalışma ile benzer olarak Çandır'ın (2015) yaptığı araştırmada down sendromlu ve otizmlili çocukların ailelerinin gelir düzeyinin normal çocuk sahibi ailelere kıyasla daha düşük olduğu ve annelerinin daha çok ev hanımı ağırlıklı olduğu tespit edilmiştir. Aktaş (2011) ise hiperaktivite bozukluğu ve öğrenme güçlüğü olan ile

normal çocukların ebeveynleri üzerinde gerçekleştirdiği çalışma sonucunda çalışma durumu ve gelir düzeyinin iki grup arasında farklılaşmadığını tespit etmiştir.

Helff ve Glidden de (1998) 1970-1990 yılları arasındaki 20 yıllık süreçte engelli çocuk ailelerinin engelli çocuklarına uyumlarının ne tür bir değişime uğradığını araştırmışlardır. Çalışma sonucunda, yıllarla birlikte ailelerin engelli çocuğa uyumlarının arttığını ancak çocuğu kabullenme düzeylerinde herhangi bir artış olmadığını tespit etmişlerdir. Araştırmada çocuğu otizmlili olan annelerin depresyon düzeyleri ve çocuğun eğitim alma süresi ortalamaları arasında anlamlı derecede bir bağlantının bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Aydın (2016) da mental retardasyon, otizm ve down sendromu tanısı almış çocukların annelerinin depresyon düzeylerini araştırdığı çalışmasında annelerin çocuklarının özel eğitim süresine göre depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulgusuna ulaşmıştır. Ayrıca Aydın (2016) mental retardasyon, otizm ve down sendromu tanısı almış çocukların annelerinin, annelerin depresyon düzeylerinin çocuklarının özel eğitim okulu dışında başka okula gitme durumlarına göre farklılaşmadığı bulgusuna ulaşmıştır.

Analizler sonucunda annelerin toplam reddetme ve reddetme alt boyutlarının yaş faktöründen etkilenmediği gözlenmiştir. Kaplan'ın (2005) yaptığı benzer bir çalışmada lösemili çocukların annelerinin farklı yaş gruplarında olmasının reddetme ve alt boyutları konusunda bir farklılık göstermelerine etki etmediği saptanmıştır. Aktaş (2011) ise hiperaktivite bozukluğu ve öğrenme güçlüğü olan çocukların anneleri üzerinde gerçekleştirdiği çalışma sonucunda anne yaşı arttıkça sıcaklık puanları azalmakta, saldırganlık, ihmalkarlık düzeyleri arasında bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir. Kaplan'ın (2005) yaptığı benzer bir çalışmada lösemili çocukların annelerinin farklı sayılarda çocuğa sahip olmasının reddetme ve alt boyutları konusunda bir farklılık göstermelerine etki etmediği saptanmıştır.

Çalışmada otizmlili bireye sahip annelerin çocuk sayıları ile toplam reddetme, sıcaklık-şefkat, saldırganlık, ihmalkarlık düzeyleri arasında bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir. Kaplan'ın (2005) yaptığı benzer bir çalışmada lösemili çocukların annelerinin farklı sayılarda çocuğa sahip olmasının reddetme ve alt boyutları konusunda bir farklılık göstermelerine etki etmediği saptanmıştır.

Araştırma sonucunda otizmliler bireylerin annelerinin yaşlarının depresyon düzeylerine etki etmediği tespit edilmiştir. Otizm spektrum bozukluğu olan bireylerin ebeveynlerinin depresyon düzeylerinin incelendiği Gonen'in (2014) çalışmasında da ebeveynlerin yaşlarının depresyon düzeyleri ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. Benzer şekilde Şahin (2015) de hem sadece bir otizmliler çocuk hem de normal çocuğa sahip olan otizmliler çocuk annelerinin yaşları ile depresyon ölçeğinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığını çalışmasında tespit etmiştir.

Araştırmada annelerin depresyon düzeyleri ve otizm tanısı alan çocuğun yaş ortalamaları arasında anlamlı derecede bir ilişkinin bulunmadığı saptanmıştır. Şahin (2015)'de sadece bir otizmliler çocuk sahibi annelerin çocuklarının yaşları ile annelerin depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığını çalışmasında tespit etmiştir.

Araştırmanın diğer bir bulgusuna göre otizmliler bireye sahip annelerin toplam reddetme, sıcaklık-şefkat, saldırganlık, ihmalkarlık ve depresyon düzeyleri ile çocuklarının otizm tanısı aldığı yaş ve çocuklarının otizm tanısı alma sonrasında aldıkları eğitim süresi arasında bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir.

Gerçekleştirilen analizler neticesinde otizmliler bireye sahip annelerin depresyon düzeylerinin kabul-red olgusu üzerinden yordanamadığı bulgusu elde edilmiştir.

Ebeveynlerin eğitim düzeylerinin yüksek olması bu ebeveynlerin yetersizlik ile ilgili bilgi ve bilgi kaynaklarına daha etkin bir şekilde ulaşmalarını sağlayabilir. Görgü (2005) ebeveynlerin eğitim durumu ile depresyon düzeylerinin negatif yönlü bir ilişki içinde olduğunu ifade etmiştir. Yüksek öğretim düzeyinde eğitim almış ebeveynler; doğru eğitim kaynaklarına ulaşarak ve zamanında harekete geçebilir. Otizmi daha kolay kabul ederek gerçekçi hedefler belirleyerek hayatlarını idame edebilir. Çocuklarının almış olduğu özel eğitimi destekleyip farklı ortamlara da aktarabilirler. Teknolojiyi daha etkin kullanarak bunu Otizmliler bireyin günlük yaşamına uyarlayabilirler.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Otizimli bireye sahip annelerin kabul-red düzeylerinin depresyona etkisi incelendiği çalışmamızda bulgular tartışma kısmında değerlendirilmiştir. Bu bölümde araştırma sırasındaki yaşantılara ve araştırma sonuçlarına dayanarak geliştirilen önerilere yer verilmiştir.

Çalışmamızda otizmli bireye sahip olan ve normal bireye sahip olan annelerin depresyon düzeylerinin birbirinden anlamlı derecede farklı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Otizmli çocuğa sahip annelerin depresyon düzeylerinin, herhangi bir hastalık tanısı olmayan çocuğa sahip olan annelerine göre daha yüksek depresyona sahip oldukları görülmüştür.

Çalışmamızda otizmli bireye sahip olan ve normal bireye sahip olan annelerin sıcaklık-şefkat düzeylerinin birbirinden anlamlı derecede farklı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Otizmli çocuğu olan annelerin soğukluk düzeylerinin otizmli olmayan çocuğu olan annelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun nedeni olarak otizmli bireylerin annelerin gelen sıcaklığa karşılık veremediklerinden dolayı annelerde bu soğukluk düzeyi olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda eşleri farklı eğitim düzeylerinde olan otizmli bireye sahip annelerin depresyon düzeylerinin birbirinden anlamlı derecede farklı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Eşinin eğitim düzeyi düşük olan annelerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Bu sonuçtan yola çıkarak otizmli ve normal bireye sahip ailelerin eğitim düzeyleri göz önünde bulundurularak karşılaştırma yapılabilir.

Çalışmamızda eşleri farklı eğitim düzeylerinde olan otizmli bireye sahip annelerin ayrışmamış reddetme düzeylerinin birbirinden anlamlı derecede farklı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Eşinin eğitim düzeyi düşük olan annelerin ayrışmamış reddetme düzeylerinin daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Eşlerin birbirlerine yakın eğitim düzeyi olan aileler için tekrardan bir çalışma düzenlenebilir.

Çalışmamızda kendi anneleri farklı eğitim düzeylerinde olan otizmlilere sahip annelerin reddetme düzeylerinin birbirinden anlamlı derecede farklı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kendi annesinin eğitim düzeyi yüksek olan annelerin reddetme düzeylerinin daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Burada ailelerin yeteri kadar bilinçlendirilmemesinden kaynaklı olduğu düşünülebilir. Anneler savunma mekanizması olarak reddedebilmektedir. Geniş ailede yaşayan bir toplum olduğumuzdan dolayı anneanne ya da babaanneler otizm konusunda yeterince bilinçlendirilir ise otizmlilere destek olması ve annenin bu durumu daha çabuk kabullenmesini sağlayabilir.

Otizmlilere sahip annelerin depresyon düzeyleri ile toplam reddetme düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Fakat otizmlilere sahip annelerin depresyon düzeylerinin herhangi bir hastalık tanısı almamış çocukların annelerine kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Ebeveynlerin kabul ve red düzeylerinin depresyon üzerine etkisine bakıldığında OSB olan bireyin tanı alma yaşı, eğitime başlama ve eğitim ile kazanmış olduğu beceriler gibi değişkenler dikkate alınabilir.

Otizm tanımı ve otizm ile baş etme konusunda ailelere bilgi verilmesinin depresyon belirtilerinde azalma olduğu gözlenmiştir. Bu sebepten dolayı ailenin ihtiyacı doğrultusunda psiko-eğitim verilmelidir.

Araştırmada otizmlilerle çocuk sahibi anneler arasında çalışmayan ve ekonomik düzeyi düşük annelerin oranının, otizmlilerle olmayan çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelere sosyal destek sağlanması uygun olabilir.

KAYNAKÇA

- Akiskal, Hs., *Mood Disorders: Introduction And Overview. In: Kaplan Hı, Sadock Bj, Editors. Comprehensive Textbook Of Psychiatry. 7th Ed. Baltimore: Williams And Wilkins, 2000, 1284-98.*
- Aktaş, E., *Çocuklardaki Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ve Özgül Öğrenme Güçlüğüünün, Anne Babaların Duygusal İstismar Farkındalığı, İstismar Potansiyeli Ve Çocukların Kabul/Red Algısı İle İlişkisi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2011.*
- Amerikan Psikiyatri Birliği, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı, 5. Baskı(DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, Çev. E. Koroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.*
- Anjel, M./Erkman, F., *The Transliteration Equivalence, Reliability And Validity Studies Of The Parental Acceptance-Rejection Questionnaire Mother Form: A Total For Assesing Child Abuse, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul, 1993.*
- Aşkın R., *Depresyon El Kitabı. 2nd Ed. Konya, 1999.*
- Attwood, T., *Asperger's Sendrome: A Guide For Parents And Professionals, Jessica Kingsley Publishers Ltd., London And Philadelphia. 1998.*
- Attwood, T., *Unusual Behaviors Associated With Autism, Health Visitor, 1993, 402-403.*
- Aydın, Ş., *Fiziksel ve/veya Zihinsel Engelli Çocuk Annelerin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016.* Aydın, A., *Farklı Gelişen Çocuklar, 1. Baskı, 286 – 295, Seçin Yayıncılık, İstanbul, 2003.*

- Badinter, E., *Annelik Sevgisi*, Alfa Yayıncılık, İstanbul, 1992.
- Benderix, Y./Sivberg, B., *Siblings' Experiences Of Having A Brother Or Sister 91 With Autism And Mental Retardation: A Case Study Of 14 Siblings From Five Families*, *Journal Of Pediatric Nursing*, 2007, 410-418.
- Berninger, V. W./ Rutberg, J., *Relationship Of Finger Function To Beginning Writing: Application To Diagnosis Of Writing Disabilities*, *Developmental Medicine & Child Neurology*, 1992, 198-215.
- Beversdorf, D. O./ Anderson, M./Manning, S. E./Anderson, S. L./Nordgren, R. E./Felopulus, G. J./Bauman, M. L., *Brief Report: Macrographia İn High-Functioning Adults With Autism Spectrum Disorder*. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 2001, 97-101.
- Carvalho Jp, Hopko, *Behavioral Theory Of Depression: Reinforcement As A Mediating Variable Between Avoidance And Depression*. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 2011, 42:154-62.
- Connor, F., *Combating Stimulus Over Selectivity: Physical Education For Children With Autism*. *Teaching Exeptional Children*, 1990.
- Cornish, K. M./Mcmanus, I. C., *Hand Prefence And Hand Skill İn Children With Autism*. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 1996, 597-609.
- Courchesne, E., Redcay, E., Kennedy, D., *The Autistic Brain: Birth Through Adulthood*. *Current Opinion İn Neurology*, 17, 489-496. 2004.
- Çalık, K. Y. ve Aktağ, S., *Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi - Depression in Pregnancy: Prevalence, Risk Factors and Treatment*. *Psychiatry Interpers. Biol. Process*. 3, 142-162, 2011.

- Çandır, G., *4-24 Yaş Arası Otizm Spektrum Bozukluğu Ve Down Sendromu Tanısı Alan Çocukların Annelerinde Depresyon, Anksiyete, Stres Ve Baş Etme Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksel Lisans Tezi, İstanbul, 2015.
- Çataloluk, C., *Engelli Ailelerinde Tanı Ve Kabul Sureci: Yas, Sapiens, Özel Eğitim Ve Rehabilitasyon Dergisi*, Yıl:1, Sayı:1, Mayıs-Haziran, 2005.
- Çevik, A./Volkan, V.D., *Depresyonun Psikodinamik Etiyolojisi. Depresyon Monografı Serisi*, 3, 1993, 109-122.
- Çolak, A., *Otizm spektrum bozukluğunu anlamak. A. Cavkaytar (Ed.) Otizm spektrum bozukluğu içinde*, Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Müdürlüğü Yayınları, 2015, 21-54.
- Darıca, N./Gümüşçü, Ş./Pişkin, Ü., *Otizm Ve Otistik Çocuklar*, Özgür Yayınları, İstanbul, 2000.
- Darıca, N./ Arıboğan, Ü./ Gümüşçü, Ş., *Otizm Ve Otistik Çocuklar*, Özgür Yayınları, Ankara, 2005.
- Delitay, H., *Engelli Çocuk Annelerinin Çocuklarını Reddetme Davranışları*, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009.
- Doğan, M., *Depresyonda Bilişsel Terapi Yaklaşımı: Temel Boyutlar Ve Açıklamalar*, Anadolu Üniversitesi Engelliler Entegre Yüksekokulu, 2001, 61-102.
- A Durak, R Palabıyıköglü, *(Beck Umutsuzluk Ölçeği geçerlilik çalışması, Kriz Dergisi* 29 (2), 311-319.
- Egel, A., *Finding The Right Educational Program, Children With Autism: A Parents Guide*, Editör: M. D. Powers, Woodbine House, S. 169202, Bethesda, Md, 1989.

- Eryavuz, A., *Çocuklukta Algılanan Ebeveyn Kabul Veya Reddinin Yetişkinlik Dönemi Yakın İlişkileri Üzerindeki Etkileri*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, 2006.
- Eichstaedt, C. B./Lavay, B. W., *Physical Aktivity For Individuals With Mental Retardation*, Human Kinetics Books, Illinois 1992.
- Fazlıoğlu, Y., Yurdakul, M. (2009). *Otizm "Otizmde Görsel İletişim Tekniklerinin Kullanımı*. Ankara: Morpa Kültür Yayınları.
- Fombonne, E., *Epidemiological Surveys Of Autism And Other Pervasive Developmental Disorders: An Update*, Journal Of Autism And Developmantal Disorders 2003, Pp.365-82.
- Gençtan, E., *İnsan Olmak*, 3.Baskı, Metis Yayınları, İstanbul, 2004.
- Gönen, A., *Otizm Spektrum Bozukluğu İle Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Olan Bireylerin Ebeveynlerinin Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki*, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksel Lisans Tezi, 2014.
- Görgü, E. (2005). *3-7 yaş arası otistik çocuk sahibi olan annelerin algıladıkları sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Güleç, C., *Psikoterapiler*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993.
- Hastings, R.P./Beck, A., *Practitioner review:Stress intervention for parents of children with intellectual disabilities*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2004, 1338-1349.
- Heflin, L. J./Alaimo, D. F., *Students With Autism Spectrum Disorders: Effective Instructional Practices*, Upper Saddle River, Nj: Pearson, 2007.

Heflin,, C. M., & Glidden, L. M., More positive or less negative? Trends inresearch on adjustment of families rearing children withdevelopmental disabilities, Mental Retardation, Sayı: 36, 1998.

Hergüner, S./Çiçek, E./Annagür, A./Hergüner, A./Örs, R., *Doğum Şeklinin doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek ve maternal bağlanma ile ilişkisi*, Düşünen Adam The Journal of the Psychiatry and Neurological Sciences, 2014, 27, 15-20.

Hermelin, B./O'connor, N., *Psychological Experiments With Autistic Children*, Oxford: Pergamon Press, 1970.

Işık. E., *Duygu Durumu Bozukluklarının Tarihçesi, Sınıflandırılması Ve Prevelansı*, Işık E. Çocuk, Ergen, Erişkin Ve Yaşlılarda Depresif Ve Bipolar Bozukluklar, 2013.

Kalafat, S., *Depresyon Ve Mutlulukta Otomatik Düşüncelerin Rolü*, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Samsun, 1996.

Kanner, L., *Autistic Disturbances Of Affective Contact Nervous Child*, 1943.

Kaplan, Y., *3-12 Yaş Lösemili Çocuğu Olan Annelerin, Hastalığın Teşhis Ve Tedavi Sürecinde Çocuğunu Kabul Ve Red Davranışlarının İncelenmesi*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2005.

Karamustafalıoğlu O./ Yumrukçal H., *Depresyon Ve Anksiyete Bozuklukları*, Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni, 2011, 65-74.

Karasar, N., 2005. *Bilimsel araştırma yöntemi*. Ankara: Nobel Yayınları.

- Khaleque, A./Rohner, R P., *Perceived Parental Acceptance Rejection And Psychological Adjustment: A Meta Analysis Of Cross- Cultural And Intra Cultural Studies. Journal Of Marriage And Family*, 2002, 54-64.
- Kırcaali İftar G., *Otizm Spektrum Bozukluğu*, Daktylos Yayınları, İstanbul, 2007, 3-47.
- Kırcaali İftar G., *Otistik Çocuklar İçin Davranışsal Eğitim Programı Geliştirme*, 2. Baskı, Anı Yayıncılık, Ankara, 2016
- Koegel, L. K./Lazebnik, C., *Overcoming Autism: Finding The Answers, Strategies, And Hope That Can Transform A Child's Life*, London, Viking Penguin Group, 2004.
- Korkmaz B., *Otizm Ve Otistik Spektrum Bozuklukları Pediatrik Davranış Nörolojisi İçinde*, İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2000, 14:129-164.
- Korkmaz, B., *Yağmur Çocuklar, Otizm Nedir?*, 2. Baskı, Doğan Kitapçılık, İstanbul, 2000.
- Korkmaz, B., *Yağmur Çocuklar*, İstanbul: 8. Gün Özel Eğitim Rehabilitasyon, 2005.
- Köknel, Ö., *Ruhsal Çöküntü: Depresyon*, 6. Baskı. İstanbul: Altın Kitaplar, 2005.
- Köroğlu, E., *Depresyon Nedir? Nasıl Baş Edilir?*, 4.Baskı, Ankara: Hekimler Yayımları Birliği, 2013, 11-46-72,
- Köroğlu, E., *Dsm-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*, Hekimler Yayımları Birliği, Ankara, 2014.
- Leckman, J. F., *Duygudurum Bozuklukları, Candansayar S. Current Diagnosis & Treatment İn Psychiatry*, Eds. Michael H. Ebert, Peter T. Loosen, And Barry Nurcombe. Lange Medical Books/Mcgraw-Hill, 2000, 304-320.

- Mete, H. E., *Kronik Hastalık Ve Depresyon. Klinik Psikiyatri 11(Ek 3)*, 2008, 3-18.
- Mitchell, P., *Introduction To Theory Of Mind: Children, Autism And Apes*, Arnold A Member Of The Hodder Headline Group, London, 1997.
- O'neill, M./Jones, R. P., *Sensory-Perceptual Abnormalities İn Autism: A Case For More Research, Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 1997, 283-293.
- Ordu, F, *Farklı Gelişen Çocukların Eğitimi Ve Tanımlanması*, Armoni Yayıncılık, 2005, 139-140.
- Öner, N., *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler Bir Başvuru Kaynağı*, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. Yayın No; 533, 1994.
- Özkaya, B. T., *Yaygın Gelişimsel Bozukluklardan Otizm Spektrum Bozukluğuna Geçiş: Dsm-5'te Karşımıza Çıkacak Değişiklikler*, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2013, 127-139.
- Özmen M., *Depresyonda Dinamik Nedenler*, Duygudurum Dizisi, 2001.
- Öztürk, O., *Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları*, Ankara, Nobel Tıp Yayınları 2001.
- Persson, S. B., *Aq Otistik Zeka Ve Seviyeleri.*, İstanbul. Sistem Yayıncılık, 2000.
- Pelchalt, D., Richard, N., Bouchard, J., M., *Adaptation of Parentsin Relation to Their 6- Month- Old Infant's Type Of Disability*, Child Care Health, Sayı: 25, 1999.
- Robins, R. W./Caspi, A./Moffitt, T. E., *It's not just who you're with, it's who you are: Personality and relationship experiences across multiple relationships. Journal of Personality*, 2002, 70(6), 925-964.
- Rohner, R.P., *They Love Me, They Love Me Not: A Worldwide Study Of The Effects Of Parental Acceptance And Rejection*, New Haven, Ct: Hraf Press., 1975.

Rohner, R.P., *The Warmth Dimension Foundation Of Parental Acceptance-Rejection Theory*, Newbury Park Sage Pub., 1986.

Ryoichiro, I./Chisato, K./Reiko, T., *Brief Report: Comparison Of Sensory-Motor And Cognitive Function Between Autism And Asperger Syndrome In Preschool Children*, *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 2000, 169-175.

Schopler, E./Mesibov, G.(Eds), *Learning And Cognition In Autism*, New York: Plenum Press. 1995.

Schreibman, L. E., *The Science And Fiction Of Autism*. Cambridge, Ma: Harvard University Press, 2005.

Siegel, B./Silverstein, S., *What About Me? Growing Up With A Developmental Disabled Sibling*, New York, Plenum Press, 2001.

Steinhausen Hc/Juzi C., *Elective Mutism: An Analysis Of 100 Cases*, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996, 35(5):606-14.

Şahin, T., *Sadece Otistik Çocuğu Olan Annelerin Kaygı ve Depresyon Düzeyi İlke Sağlıklı Kardeş/kardeşlere Sahip ve Otistik Çocuğu Olan Annelerin Kaygı ve Depresyon Oranlarının Karşılaştırılması*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.

Şenkal İ., *Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağlanma Biçiminin Depresyon ve Kaygı Belirtileri ile İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolünün İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2013.

Şanlı, E., *Özel Eğitim Ve Rehabilitasyon Merkezlerine Devam Eden Zihin Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Gereksinimlerinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, 2012.

- Tan, O., *Depresyon*, Timas Yayinlari, 7.Baskı, İstanbul, 2008.
- Tantam, D., *Lifelong Eccentricity And Social Isolation: 1. Psychiatric, Social And Forensic Aspects.*, British Journal Of Psychiatry, 1988, 153, 777-782.
- Tekin-İftar, E./Kutlu, M., *Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocukların Aileleri: Aileleri Anlama Ve İşbirliği Kurma*, Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuklar Ve Eğitimleri, Ankara, Vize. Ss., 2013, 529-560.
- Timko C., Stovel, K., V. ve Moss R, H., *Functioning Among Mothers and Fathers of Children with Juvenile Rheumatic Disease: A Longitudinal Study*, Journal of Pediatric Psychology, Ssı: 17,1992.
- Tohum Otizm, *Otizmde Eğitim, Terapi Ve Tedavi Yöntemleri*, Haziran, 2012, 6-21.
- Turnbull, A. P./Turnbull, H. R./Erwin, E. J./Soodak, L. C./Shogren, K./A., *Families, Professionals And Exceptionality*, Upper Saddle River (Nj): Merrill., 2006.
- Türkçapar Mh., *Klinik Uygulamada Bilişsel-Davranışçı Terapi: Depresyon*, Hyb Yayıncılık, Ankara, 2009.
- Türkoğlu, S., *Otistik Spektrum Bozukluğu Olan Ayrı Yumurta Üçüzleri: Olgu Sunumu ve Gözden Geçirme*, Nöropsikiyatri Arşivi, 49, 2012, 167-171.
- Ulay, H./Ertuğrul, A., *Otizmde Beyin Görüntüleme Bulguları: Bir Gözden Geçirme*, Türk Psikiyatri Dergisi, 20, 2009, 164-174.
- Ural, O. ve Arkadaşları, *Okul Öncesi Dönemde Çocuğu Olan Annelerin Kabul-Red Düzeyleri İle Sosyal Davranış Denetimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, Yıl: 3, Sayı: 14, Haziran 2015, s. 456-471

- Ummanel, A. *Okul Öncesi Çocuklarda Akran Kabulünün Çeşitli Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara, 2007.
- Valdizan, J. R./Zarazaga-Andia, I./Abril-Villalba, B./Sans-Capdevila, O./Mendez-Garca, M., *Face Recognition İn Autism*, Revista De Neurologia, 2003, 1186-1189.
- Volkmar Fr./Lord C./Klin A./Cook E., *Autism And The Pervasive Developmental Disorders*, In: Lewis M, Ed. *Child And Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook*, Third Edition. Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, 2002, 46:587-597.
- Yavuzer, H., *Ana-Baba Okulu*, 11. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2004.
- Yavuzer, H., *Çocuk Psikolojisi*, 30. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2007.
- Yurdakul, M./ Fazlıoğlu, Y., *Otizm*, Morpa Kültür Yayınları, İstanbul, 2005.
- Weissman, M.M., *Depressed mothers coming to primary care: maternalreports of problems with their children. J Aff Disorders*, 2004, 78: 93- 100.
- Wing, L., *Otizm El Rehberi (The Autistic Spectrum)*, Tohum Türkiye Otizm Erken Tanı Ve Eğitim Vakfı, İstanbul, Kasım, 2005.

İnternet Yayınları

Dilbaz, N., Çavuş, SY., *Depresyon Tedavisinde Yetersiz Yanıt Durumunda güçlendirme tedavisi*, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni,2010,4-14.

<http://psikiyatridizini.net/viewarticle.aspx?articleid=8246&tammetinvar=yes>

03.04.2017

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=6973 , E. T.: 04.03.2017.

http://www.bebek.com/otizmde-tedavi-yontemleri-nelerdir_m 03.04.2017.

<https://www.Tohumotizm.Org.Tr/Egitim-Yontemleri-0> E.T.: 03.04.2017.

<http://www.onlineterapiler.com/depresyon.html> 03.04.2017

<http://www.medimagazin.com.tr/hekim//tr-ekt-elektro-konvulsif-tedavi-nedir-nasil-uygulanir-2-671-69182.html> 04.04.2017

EKLER

Ek-1: Araştırmada Kullanılan Sosyo-demografik Bilgi Formu

Lütfen aşağıda istenen bilgileri ilgili boşluğa yazınız.

1. Yaşınız:
2. Eğitim durumunuz:
Okur/yazar değil () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise ()
Üniversite ()
3. Medeni durumunuz?
Evli () Boşanmış () Ayrı yaşıyor () Dul () Diğer ()
4. Çalışıyor musunuz? Evet () Hayır ()
5. Mesleğiniz?
6. Eşinizin eğitim durumu?
Okur/yazar değil () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise ()
Üniversite ()
7. Eşiniz çalışıyor mu? Cevabınız evet ise mesleği nedir?
Evet () Mesleği: Hayır ()
8. Annenizin eğitim durumu?
Okur/yazar değil () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise ()
Üniversite ()
9. Babanızın eğitim durumu?
Okur/yazar değil () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise ()
Üniversite ()
10. Ekonomik gelir düzeyiniz:
Çok düşük () Düşük () Orta () Yüksek () Çok düşük ()
11. Ailenizin ortalama geliri ne kadardır?.....
12. Daha önce Psikiyatrik bir tedavi gördünüz mü? Evet () Hayır ()
Psikolojik tedavi gördü iseniz tanınmaz?
13. Psikiyatrik tedaviniz halen devam ediyor mu? Evet () Hayır ()
14. Kaç çocuğunuz var?

15. Otizm tanısı alan Çocuğunuzun (çocuklarınızın) yaşı?
16. Çocuğunuzun (çocuklarınızın) tanı alma yaşı?
17. Çocuğunuzun (çocuklarınızın) eğitim alma süresi?(lütfen AY olarak belirtiniz)
(örneğin 20 ay veya 1 yıl 8 ay gibi):
18. Diğer çocuğunuz (çocuklarınızın) bilinen bir hastalığı var mı? Varsa belirtiniz?
19. Ailenizde otizm tanısı alan kişiler var mı? Cevabınız evet ise yakınlık derecesi nedir?
Evet () Yakınlık derecesi.....



Ek -2: AİLE-ÇOCUK İLİŞKİLERİ FORMU (ANNE)

	Benim İçin Doğru		Benim İçin Doğru Değil	
	Hemen Hemen Her Zaman Doğru	Bazen Doğru	Nadiren Doğru	Hiçbir Zaman Doğru Değil
1. Ben çocuğum hakkında güzel şeyler söylerim.	4	3	2	1
2. Çocuğum kötü davrandığında onu küçümseyerek azarlarım.	4	3	2	1
3. Çocuğuma sanki orada yokmuş gibi davranırım.	4	3	2	1
4. Çocuğumu gerçekten sevip sevmediğimden şüphe ediyorum.	4	3	2	1
5. Günlük yaşantımızda çocuğumla tartışır ve fikir alırım.	4	3	2	1
6. O beni dinlemediği zaman çocuğumu başkalarına şikayet ederim.	4	3	2	1
7. Çocuğumla candan ilgilenirim.	4	3	2	1
8. Çocuğumu arkadaşlarını eve getirmesi için cesaretlendiririm ve onların iyi vakit geçirmesine gayret ederim.	4	3	2	1
9. Çocuğumla alay ederim.	4	3	2	1
10. Beni rahatsız etmediği sürece çocuğumun varlığını bilmezlikten gelirim.	4	3	2	1
11. Kızgın olduğum zaman çocuğuma bağırırım.	4	3	2	1
12. Çocuğumun bana güvenip açılmasını kolaylaştırırım.	4	3	2	1
13. Çocuğuma sert davranırım.	4	3	2	1
14. Çocuğumun etrafımda olmasından hoşlanırım.	4	3	2	1
15. Çocuğum bir şeyi iyi yaptığında onun gurur duymasını sağlarım.	4	3	2	1
16. Hak etmediği zaman bile çocuğuma vururum.	4	3	2	1
17. Çocuğum için yapmam gereken şeyleri unuturum.	4	3	2	1
18. Çocuğumu başkalarına överim.	4	3	2	1
19. Kızgın olduğum zaman çocuğumu cezalandırırım.	4	3	2	1
20. Çocuğumla şefkat ve sevgi dolu konuşurum.	4	3	2	1
21. Çocuğuma karşı çok sabırsızım.	4	3	2	1
22. Çocuğumun sorunlarına cevap veremeyecek kadar meşgulüm.	4	3	2	1
23. Çocuğuma içerliyorum.	4	3	2	1

24. Çocuğumu hak ettiği zaman överim.	4	3	2	1
25. Çocuğum sinirime dokunur.	4	3	2	1
26. Çocuğumun kimlerle arkadaşlık ettiği ile ilgilenirim.	4	3	2	1
27. Çocuğumun hayatındaki olaylarla gerçekten ilgilenirim.	4	3	2	1
28. Çocuğumla kırıncı konuşurum.	4	3	2	1
29. Çocuğum yardım istediği zaman anlamazlıktan gelirim.	4	3	2	1
30. Çocuğumun başı dertte olduğunda ona karşı anlayışsız davranırım.	4	3	2	1
31. Çocuğuma istenilen ve ihtiyaç duyulan kişi olduğunu hissettiririm.	4	3	2	1
32. Çocuğuma sinirime dokunduğunu söylerim.	4	3	2	1
33. Çocuğuma büyük özen gösteririm.	4	3	2	1
34. Çocuğum iyi davrandığı zaman onunla gurur duyduğumu söylerim.	4	3	2	1
35. Çocuğumun kalbini kırarım.	4	3	2	1
36. Çocuğumun hatırlamamı beklediği olayları unutturum.	4	3	2	1
37. Çocuğum yanlış hareket ettiği zaman onu artık sevmediğimi hissettiririm.	4	3	2	1
38. Çocuğuma yaptığı şeyin önemli olduğunu hissettiririm.	4	3	2	1
39. Çocuğum yanlış bir şey yaptığında onu tehdit ediyorum veya korkutuyorum.	4	3	2	1
40. Çocuğumla birlikte vakit geçirmekten hoşlanırım.	4	3	2	1
41. Çocuğum üzüldüğü, tasalandığı veya korktuğu zaman ona yardım etmeye çalışırım.	4	3	2	1
42. Çocuğum kötü davrandığı zaman onu oyun arkadaşlarının yanında küçük düşürürüm.	4	3	2	1
43. Çocuğumun benimle beraber olmasından kaçınırım.	4	3	2	1
44. Çocuğumdan şikayet ederim.	4	3	2	1
45. Çocuğumun görüşlerine saygı duyarım ve açıkça söylemesi için onu cesaretlendiririm.	4	3	2	1
46. Çocuğumu olumsuz bir şekilde başka çocuklarla kıyaslarım.	4	3	2	1
47. Plan yaptığım zaman çocuğumu da göz önünde bulundururum.	4	3	2	1
48. Benim için uygun olmasa bile, çocuğumun önemli gördüğü şeyleri yapmasına özen gösteririm.	4	3	2	1
49. Çocuğum kötü davrandığında onu başka çocuklarla haksız bir şekilde kıyaslarım.	4	3	2	1
50. Çocuğuma istenmediğini hissettiririm.	4	3	2	1
51. Çocuğumun yaptığı şeylere ilgi duyuyorum.	4	3	2	1
52. Çocuğum kötü davrandığı zaman ondan utandığımı söylerim.	4	3	2	1
53. Çocuğuma onu sevdiğimi hissettiririm.	4	3	2	1
54. Çocuğuma nazik ve yumuşak davranırım.	4	3	2	1
55. Çocuğum yanlış davrandığında onu utandırmaya veya suçlu hissettirmeye çalışırım.	4	3	2	1
56. Çocuğumu mutlu etmeye çalışırım.	4	3	2	1

Ek-3: BECK DEPRESYON ENVANTERİ

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

Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1. (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
5. (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.
8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9. (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) oğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama Őimdi istesem de ağlayamıyorum.
10. (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her Şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın Şeylere bile artık kızamıyorum.
11. (0) BaŐkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuŐmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık evremde hiç kimseyi istemiyorum.
12. (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
13. (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaŐlanmıŐ ve çirkinleŐmiŐ buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım iŐler Őimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iŐi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
15. (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
16. (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her Şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir Şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
17. (0) İŐtahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iŐtahsızım.
(2) İŐtahım çok azaldı.
(3) Hiçbir Şey yiyemiyorum.

- 18.** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19.** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancuları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20.** (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21.** (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilirliğini düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

ÖZGEÇMİŞ

20.12.1986 yılında İstanbul'da doğdum. İstek Vakfı Atanur Oğuz Okulundan 2004 yılında mezun oldum. Okan Üniversitesi Psikoloji Bölümü 2009 mezunuyum. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Bölümünde yüksek lisansa 2015 yılında başladım. 2011 yılında başlamış olduğum Tohum Türkiye Otizm Erken Tanı ve Eğitim Vakfı'nda eğitmen olarak halen görev yapmaktayım. Yabancı dilim İngilizce'dir.

Zeynep AĞCA