



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**ÇOCUKLARINDA OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU
OLAN EBEVEYNLERİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ VE
ANKSİYETE İLE BAŐ ETME TUTUMLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

GÜNER KARACASU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŐA

2019

**ÇOCUKLARINDA OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU
OLAN EBEVEYNLERİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ VE
ANKSİYETE İLE BAŐ ETME TUTUMLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

GÜNER KARACASU

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŐMANI

Yrd. Doç. Dr. EZGİ ULU

LEFKOŐA

2019

KABUL VE ONAY

Güner Karacasu tarafından hazırlanan “Çocuklarında otizm spektrum bozukluğu olan ebeveynlerin tükenmişlik düzeyi ve anksiyete ile baş etme tutumları arasındaki ilişki” başlıklı bu çalışma 25/09/2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

Yrd. Doç. Dr. Ezgi ULU (Danışman)

Yakın Doğu Üniversitesi

Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

Yrd.Doç.Dr. Deniz ERGÜN

Yakın Doğu Üniversitesi

Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

Doç. Dr. Aşkın KİRAZ

Yakın Doğu Üniversitesi

Fen Edebiyat Fakültesi

Prof. Dr. Mustafa Sağsan

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarını Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylıyorum

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.***
- Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih 25/09/2019

İmza

Güner Karacasu

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamısında bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, bilgilerini benimle sabırla ve güler yüzle paylaşan, her zaman yanımda olan tez danışmanım sayın Yrd. Doç. Dr. Ezgi ULU' ya çok teşekkür ederim.

Tez kapsamında ki anket çalışmaları için bana her türlü desteği sağlayan özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri kurum yöneticilerine çok teşekkür ederim.

Araştırmaya büyük katkısı olan ailelere ve çocuklarına çok teşekkür ederim.

Hayatımın her alanında olduğu gibi tez çalışmam süresince de beni yalnız bırakmayan, meanevi desteklerini her zaman hissettiğim aileme ve bu süreçte her zaman yanımda olan, desteğini esirgemeyen eşim Betül KARACASU'ya, kızım Defne KARACASU ve oğlum Deniz KARACASU'ya sonsuz teşekkür ederim.

Güner Karacasu

ÖZ

ÇOCUKLARINDA OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN EBEVEYNLERİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ VE ANKSİYETE İLE BAŞ ETME TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu çalışma otizm spektrum bozukluğu (OSB) tanısı alan çocukların ebeveynlerinin tükenmişlik düzeyi, anksiyete ve baş etme tutumlarını, demografik değişkenlere göre araştırılması amacıyla yapılmıştır. Ayrıca bu araştırmada baş etme tutumları ile tükenmişlik düzeyi ve anksiyete ilişkisini belirlemesi hedeflenmiştir. Araştırma Özel eğitim ve Rehabilitasyon merkezinde 2018-2019 öğretim döneminde eğitim gören OSB'li çocukların anne babaları ile yapılmıştır. Çalışmada Beck Anksiyete Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Başa Çıkma Stratejileri Formu kullanılmıştır. Araştırma bulgularında ebeveynlerinin tükenmişlik düzeyinin otistik çocukların yaş gruplarına, kardeş sayısına, ebeveynlerin eşlerinin evlilik sayısına, ebeveynlerin psikiyatrik hastalık öyküsü durumuna göre farklılaştığı görülmüştür. Bunun yanı sıra ebeveynlerin anksiyete düzeyinin ebeveynlerin psikiyatrik hastalık öyküsü durumuna göre anlamlı olarak değişiklik gösterdiği görülmüştür. Ebeveynlerin baş etme yöntemlerinin çocuğun kaçınıcı çocuk olduğuna, ebeveynlerin evlilik süresine, ebeveynlerin psikiyatrik hastalık öyküsü durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür. Ebeveynlerin anksiyete ve tükenmişlik düzeyi arasında pozitif yönde güçlü düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Ebeveynlerin duygusal tükenmişlik düzeyi ile COPE ölçeğinin işlevsel olmayan baş etme alt boyutu arasında da pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Otizm spektrum bozukluğu, Anksiyete, Tükenmişlik, Baş etme tutumu

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN BURNOUT AND ANXIETY AND COPPING STRATEGIES OF PARENTS OF CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER

This study was conducted to investigate the burnout level, anxiety and coping attitudes of children with autism spectrum disorder (ASD) according to demographic variables. In this study, it was aimed to determine the relationship between coping attitudes and burnout level and anxiety. The research was conducted with the parents of children with ASD who were educated in the Special Education and Rehabilitation Center in the 2018-2019 academic year. Beck Anxiety Scale, Maslach Burnout Inventory and Coping Strategies Form were used in the study. The findings of the study showed that the burnout level of the parents differed according to the age groups of the autistic children, the number of siblings, the number of marriages of the spouses of the parents, and the history of the psychiatric illness of the parents. It was observed that the methods of coping with the parents differed significantly according to the number of children, the duration of the marriage and the history of the psychiatric illness of the parents. A strong positive correlation was found between the anxiety and burnout levels of the parents. A positive, moderate relationship was also found between the level of emotional depression and the dysfunctional coping subscale of the COPE scale.

Key Words: Autismspectrumdisorder, Anxiety, Burnout, Copingattitude

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY

BİLDİRİM

TEŞEKKÜR	iii
ÖZ.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	x

1. BÖLÜM

GİRİŞ	1
1.1. Problem Durumu.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Önemi.....	3
1.4. Sınırlılıklar.....	4
1.5. Tanımlar	4

2. BÖLÜM

KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	6
2.1. Otizm	6
2.1.1. Otizm: Tanı ve Sıklık	6
2.1.3. Otizmin Nedenleri	10
2.1.3.1. Psikojenik Kuram	11
2.1.3.2. Genetik Kuram	11
2.1.3.3. Nörobiyolojik Kuram.....	12
2.1.3.4. Davranışsal Kuram	13
2.1.3.5. Kavramsal Kuram	13
2.1.3.6. Otizm Gelişimi ile İlişkili Çevresel Faktörler	13
2.1.4. Otizmlili Çocukların Özellikleri.....	14
2.1.4.1. Sosyal ve Duygusal Gelişim Özellikleri.....	14
2.1.4.2. Bilişsel Gelişim Özellikleri.....	15
2.1.4.3. Psikomotor Gelişim Özellikleri	15
2.1.4.4. Otizmlili Çocuğun Dil Gelişim Özellikleri	16
2.1.5. OSB'li Çocuğun Aile Üzerinde Olan Etkisi.....	17

2.2. Anksiyete	22
2.2.1. Tanım	22
2.2.2. Anksiyetenin Belirtileri	23
2.2.3. Anksiyete Düzeyleri	24
2.2.4. Anksiyetenin Nedenleri	25
2.2.5. Anksiyete Türleri	26
2.2.6. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramlar	27
2.2.6.1. Psikanalitik Yaklaşım	27
2.2.6.2. Bilişsel Kuram	28
2.2.6.4. Varoluşçu Kuram	29
2.2.6.5. Bütüncül Yaklaşım	30
2.2.7. Özel Bakıma İhtiyacı Olan Çocukların Annelerinde Anksiyete	30
2.3. Tükenmişlik	31
2.3.1. Tükenmişlik Kavramı	31
2.3.2. Tükenmişlik Sendromunun Evreleri	32
2.3.2.1. Şevk ve İdealistlik Çoşku Evresi	32
2.3.2.2. Durağanlaşma Evresi	33
2.3.2.3. Engellenme Evresi	33
2.3.2.4. Umursamazlık Evresi	33
2.3.3. Tükenmişlik sendromunun alt boyutları	33
2.3.3.1. Duygusal Tükenme	33
2.3.3.2. Duyarsızlaşma	34
2.3.3.3. Kişisel Başarıda Düşme	34
2.3.4. Tükenmişliğin Nedenleri	35
2.3.4.1. Bireysel Nedenler	35
2.3.4.2. Çevresel Faktörler	37
2.3.5. Tükenmişliğin Belirtileri	37
2.3.5.1. Fiziksel Belirtiler	37
2.3.5.2. Duygusal belirtiler	37
2.3.5.3. Davranışsal Belirtiler	38
2.3.6. Tükenmişlikle Başa Çıkma Yolları	38
2.3.7. Tükenmişliğin Sonuçları	39
2.3.8. Engelli Çocuğu Olan Annelerde Tükenmişlik	40
2.4. Baş Etme Tutumları	40

2.4.1. Baş Etme Tutumlarının İşlevleri.....	41
2.5. İlgili Araştırmalar.....	42
3. BÖLÜM	
YÖNTEM	46
3.1. Araştırma Modeli	46
3.2. Evren ve Örneklem	47
3.3. Veri Toplama Araçları	50
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	51
3.3.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (Ek-2)	51
3.3.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Ek-3)	51
3.3.4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (Ek-4)	52
3.4. Verilerin Analizi	53
4. BÖLÜM	
BULGULAR	55
4.1. Demografik bilgilere göre ölçeklerin karşılaştırılması	55
5. BÖLÜM	
TARTIŞMA	84
6. BÖLÜM	
SONUÇ VE ÖNERİLER	91
6.1. Sonuç	91
6.2. Öneriler	93
KAYNAKÇA	95
EKLER	122
Ek 1: Kişisel Bilgi Formu	122
Ek 2: Beck Anksiyete Ölçeği	123
Ek 3: Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....	124
Ek 4: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği.....	125
Ek 5: Aydınlatılmış Onam Formu	126
Ek 6: Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Kullanımına Yönelik Ve Kurumlardan Alınan İzin Belgeleri Maslach Tükenmişlik Ölçeği Annelere Uyarlanmış Formu Kullanım İzni	127
Ek 7: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni....	128

Ek 8: Buca Özel Burçak Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezinden alınan İzin Belgesi.....	129
Ek 9: Özel Buca Mutlu Çocuklar Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezinden Alınan İzin Belgesi.....	130
Ek 10: Özel Mavi Işık Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezinde Alınan İzin Belgesi	131
ÖZGEÇMİŞ.....	132
İNTİHAL RAPORU	133
ETİK KURUL ONAY FORMU.....	134

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Otizm spektrum bozukluğunun ağırlık düzeyleri Otizm spektrum bozukluğunun ağırlık düzeyleri.....	10
Tablo 2. Çalışmaya katılan çocuklarla ilgili genel bilgilerin dağılımı	47
Tablo 3. Ebeveynlerin ilgili genel bilgilerin dağılımı	49
Tablo 4. Çocukların cinsiyetine göre ebeveynlerinin Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarını karşılaştıran T-Testi sonuçları ...	55
Tablo 5. Çocukların yaş gruplarına göre ebeveynlerinin Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği	56
Tablo 6. Çocukların yaş gruplarına göre ebeveynlerinin Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarının ANOVA sonuçları	57
Tablo 7. Çalışmaya dahil edilen çocukların kardeş sayısına göre ebeveynlerinin Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği	58
Tablo 8. Öğrencilerin kardeş sayılarına göre ebeveynlerinin Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarının ANOVA sonuçları	59
Tablo 9. Çocukların kaçınıcı çocuk olduklarına göre ebeveynlerinin Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği	60
Tablo 10. Çocukların kaçınıcı çocuk olma durumlarına göre ebeveynlerinin Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarının ANOVA sonuçları	61
Tablo 11. Çocukların tanı aldıkları yaş gruplarına göre ebeveynlerinin Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği	62

- Tablo 12.** Çocukların tanı aldıkları yaş gruplarına göre ebeveynlerinin Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarının ANOVA sonuçları 63
- Tablo 13.** Çocukların ek hastalık tanısı alma durumlarına göre ebeveynlerinin Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarını karşılaştıran T-Testi sonuçları 64
- Tablo 14.**Çocukların özel eğitim alma sürelerine göre ebeveynlerinin Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği 65
- Tablo 15.**Çocukların özel eğitim alma sürelerine göre göre ebeveynlerinin Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarının ANOVA sonuçları 66
- Tablo 16.**Ebeveynlerin yaş gruplarına göre Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği 67
- Tablo 17.** Ebeveynlerin yaş gruplarına göre Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarının ANOVA sonuçları 68
- Tablo 18.**Ebeveynlerin eğitim durumlarına göre Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği 69
- Tablo 19.** Ebeveynlerin eğitim durumlarına göre Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarının ANOVA sonuçları 70
- Tablo 20.** Aile yapısına göre ebeveynlerinin Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarını karşılaştıran T-Testi sonuçları ... 71
- Tablo 21.** Ebeveynlerin aylık gelir durumlarına göre Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği 72
- Tablo 22.** Çalışmaya katılan ebeveynlerin aylık gelir durumlarına göre Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarının ANOVA sonuçları 73

Tablo 23. Ebeveynlerin çalışma durumlarına göre ebeveynlerinin Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarını karşılaştıran T-Testi sonuçları	74
Tablo 24. Ebeveynlerin evlilik süresine göre Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği	75
Tablo 25. Ebeveynlerin evlilik süresine göre Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarının ANOVA sonuçları	76
Tablo 26. Ebeveynlerin evlilik sayısına göre ebeveynlerinin Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarını karşılaştıran T-Testi sonuçları	77
Tablo 27. Ebeveynlerin eşlerinin evlilik sayısına göre ebeveynlerinin Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarını karşılaştıran T-Testi sonuçları	78
Tablo 28. Ebeveynlerin psikiyatrik hastalık öyküsü durumuna göre ebeveynlerinin Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarını karşılaştıran T-Testi sonuçları	79
Tablo 29. Ebeveynlerin Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları ve COPE baş etme tutumu ölçeği alt boyutlarından alınan puanların korelasyon analizi	80
Tablo 30. Anksiyete ve Tükenmişlik düzeylerinin COPE baş etme tutumu ölçeği alt boyutları üzerindeki etkisini gösteren Çoklu regresyon analizi sonuçları	82

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problem Durumu

Her aile yeni doğacak bir bebeğin haberini aldığı anda doğacak çocuğun mükemmel olması temelinde hayaller kurmaya başlar. Bununla birlikte yetersizliği olan bir bebeğin doğması veya ilerleyen yıllarda çocukta yetersizliğin ortaya çıkmasıyla anne ve babanın çocuklarıyla ilgili kurmakta oldukları hayallerin yıkılmasına neden olur (Varol 2005). Yetersizliği olan bir çocuk aile içerisinde mevcut olan düzenin değişmesine neden olur. Engelli çocuğa göre yapılan yeni düzenlemede ebeveynlerin rolleri de değişir, sıkıntılı bir süreç başlar ve ebeveynler çok sayıda zorlukla karşı karşıya kalmaktadırlar (Dicle, 2012). Yetersizliği olan bir çocuğun bakımını sağlamak yıpratıcı bir durum olup ebeveynlerde duygusal, maddi ve sosyal güçlüklereden neden olur (Dereli ve Okur, 2008).

Ebeveynler tanımlamakta zorluk çektikleri davranışlar ile karşı karşıya kalmaktadırlar. İletişim kurulması olanaksız olan çocuğun ihtiyaçları ile ilgilenme, aile düzenininin devamını sağlama çabası, sıradışı davranışlarla baş etme, tehlike kavramı olmayan çocuğu sürekli gözetleme ve bununla birlikte kişisel ve diğer aile üyelerinin ihtiyaçlarını karşılamaya çalışma durumu son derece yorucu ve stres vericidir. Çocuğa sevgi ile yaklaşan ebeveynin iletişim kurma ve anlama sorunları ile karşı karşıya kalması kendisinde duygusal sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Anne-baba panik yaşamakta, suçluluk ve acı duymakta ve bu zor duruma bağlı olarak, rolünü yerine getirmekte zorluk çekmektedir (Kavak, 2007).

Otizimli çocuğa sahip annelerin, çocuklarıyla ilgili çok fazla sorumluluk üstelenmek zorunda kalmaları stres, çaresizlik ve kaygıya neden olmaktadır (Dale, Jahoda ve Knott, 2006). Çalışmalar ile otizimli çocuğun yetersizlik düzeyinin annenin depresyon, umutsuzluk ve tükenmişlik düzeyi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Kim, Ekas ve Hock, 2016; Machado, Celestino, Serra, Caron ve Ponde, 2016; Falk, Norris ve Quinn, 2014; Firth ve Dryer, 2013; Benson ve Karlof, 2009).

Otizimli çocuğu olan ebeveynlerdeki tükenmişlik düzey durumu ile çocuğun sorun davranış düzeyi, sosyal hayatta engellemeler, tüm hayatı boyunca bağımlılık, kaygıvemaddi problemler ile bağlantılıdır (Benderix, Nordstrom ve Sivberg, 2006; Benson, 2006; Montes ve Halterman, 2007).

Gelişim geriliği gösteren çocuğun bakımı ile ilgili zorluklar meydana gelebilmesine rağmen, uygun baş etme tutumları ebeveynleri, olumsuz durumun sonuçlarından korumaya yönelik bir rol oynayabilmektedir (Essex, Seltzer ve Krauss, 1999; Seltzer, Greenberg ve Krauss, 1995). Otizimli çocukların ebeveynlerinin sorun odaklı baş etme tutumu kullananların, duygu odaklı baş etme tutumu kullananlara kıyasla daha yüksek iyi oluş düzeylerine sahip oldukları gösterilmiştir (Hasting, Kovshoff, Ward, Espinosa, Brown ve Remington, 2005).

Otizimli çocuğu olan ebeveynlerin sergilemiş oldukları tükenmişlik düzeyi, anksiyete ve baş etme tutumları arasında bir ilişkinin olduğu düşüncesiyle bu araştırmanın problem cümlesi "Otizimli çocuğa sahip ebeveynlerin anksiyete düzeyi, tükenmişlik düzeyi ve baş etme yaklaşımları ilişkili midir?" şeklindedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, otizm spektrum bozukluğu (OSB) olan çocukların ebeveynlerinin tükenmişlik düzeyi, anksiyete ve baş etme tutumlarını, demografik değişkenlere göre araştırılması hedeflenmiştir. Ayrıca çalışmanın bir diğer amacı ise baş etme tutumları ile tükenmişlik düzeyi ve anksiyete ilişkisini belirlemektir.

Bu hedefe uygun olarak aşağıda sıralanan sorular yanıtlanmaya çalışılacaktır.

1. Otizimli çocuğa sahip ebeveynlerin anksiyete düzeyleri, tükenmişlik düzeyleri ve baş etme yaklaşımları

- Çocuğun cinsiyetine
 - Çocuğun yaşına
 - Çocuğun kardeş sayısına
 - Kaçınıcı çocuk olduğuna
 - Çocuğun tanı aldığı yaş grubuna
 - Çocuğun ek hastalık tanısı alma durumuna
 - Çocuğun özel eğitim alma süresine
 - Ebeveynin yaş grubuna
 - Ebeveynin eğitim durumuna
 - Aile yapısına
 - Ebeveynin aylık gelir durumuna
 - Ebeveynin çalışma durumuna
 - Ebeveynin evlilik süresine
 - Ebeveynin evlilik sayısına
 - Ebeveynin eşinin evlilik sayısına
 - Ebeveynin psikiyatrik hastalık öyküsü durumuna
- görefarklılaşmakta mıdır?

2. Otizmlı çocuğu olan ebeveynlerin anksiyete düzeyi,tükenmişlik düzeyi ve baş etme yaklaşımları arasında anlamlı ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi

Toplumda otizmin giderek artmasından dolayı konu ile ilgili ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç vardır. Otizmlı çocuğa sahip olmak ebeveynler için yaşamlarında birçok zorlukla mücadele etmeleri anlamına gelmektedir. Otizmlı çocukların ebeveynlerinin, anksiyete ve tükenmişlik düzeylerini ile baş etme tutumlarını incelemek üzere yapılan bu araştırmanın, ebeveynleri hastalığı anlamlandırmaya, tanının konulması zamanında ve takip eden süreçte yapılması gereken destekler ile ilgili planlama yapılmasına ve profesyonel yardım alınmasının sağlanmasına katkıda bulunması beklenmektedir.

OSB'li çocuğa sahip olmanın anne-babalar ve diğer aile bireyleri üzerindeki etkileri, hastalığın kendisi gibi çok yönlüdür. OSB tanısı alan bir çocuk yetiştirmek, sergiledikleri saldırganlık, dikkatsizlik ve dürtüsellik nedeniyle zordur (Kaminski, Valle, Filene ve Boyle, 2008). Otizmlili çocukların yüksek bakım taleplerini karşılamak çok zaman, çaba ve sabır gerekmektedir (Vohra, Madhavan, Sambamoorthi ve Sr Peter, 2014). Diğer taraftan otizmlili çocukların ebeveynleri, yoğun sağlık harcamaları, işsizlik veya iş kaybı gibi yüksek mali yükü karşı karşıya kalmaktadırlar (Cidav ,Marcus , Mandell, 2012; Lee, Harrington RA, Louie BB, Newschaffer; 2008). Günümüzde otizmlili çocuklar ile ilgili en önemli araştırma sorusu, bu ailelerdeki stres ve yükün azaltılmasına katkıda bulunabilecek faktörlerin tanımlanması etrafında dönmektedir (Hayes ve Watson, 2013). Bu çalışmada olduğu gibi, bu faktörler hakkında elde edilecek kapsamlı bilgi ailelere yardım sağlamak için daha hedefe yönelik müdahalelerin geliştirilmesini kolaylaştıracaktır. Otizmlili çocuğa sahip anne ve babalara verilen destek ile anksiyete ve tükenmişlik düzeyinde azalma olacağı ve gerek diğer aile üyeleri, gerekse iş hayatları üzerindeki olumsuz etkilerinin en aza ineceği düşünölmektedir. Çalışmanın ayrıca alandaki eksiklerin tespit edilmesine yardımcı olacağı ve yeni araştırmalar gerçekleştirilmesine katkı sağlayacak veriler elde edileceği ön görölmektedir.

1.4. Sınırlılıklar

Mevcut çalışmabelirli sınırlılıkla ve kapsamda gerçekleştirilmiştir.

1. Araştırmanın verileri İzmir Özel Eğitim ve Rehabilitasyon merkezlerinde öğrenci olan OSB'li çocukların ebeveynleri ile sınırlandırılmıştır.
2. Çalışma sadece 2018-2019 eğitim öğretim yılındaki verileri içermektedir.
3. Araştırmanın verileri "Beck Anksiyete Ölçeği", "Maslach Tükenmişlik Ölçeği" ve "Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği"nin verileriyle sınırlıdır.

1.5. Tanımlar

Anksiyete:İçsıkıntısı,bunaltı, kaygı olarak tanımlanan, bireyin kendi yaşam alanında tehdit oluşturarveya somut bir riskin bulunmamasına rağmen tehdit

olarak algılanabilen, rahatsızlığa neden olan endişe ve korku duygusudur (Işık, 2006).

Baş etme tutumları: “Baş etme” bireyin kendisi için strese yol açan olay veya etmenlere karşı mücadele etmesi ve bu durumların üstesinden gelmek için gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal yanıtların tümüdür (Folkman ve Lazarus, 1988; akt. Savcı ve Aysan, 2014).

Otizm Spektrum Bozukluğu: Yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkan bireyin sosyal olarak, bilişsel ve ilişkisel açıdan geride kalmasıyla veya yön değiştirmesiyle belirtileri görülen, kısıtlı ve tekrarlayıcı tavırların bulunduğu nöropsikiyatrik bir rahatsızlıktır (Pehlivan Türk, 2004).

Tükenmişlik: bireylerin enerjilerini aşacak şekilde taleplerde bulunulması sonucunda bireylerin gücünü yitirmesi olarak tanımlanmaktadır (Çokluk, 2003).

2. BÖLÜM

KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Otizm

2.1.1. Otizm: Tanı ve Sıklık

Yaygın gelişimsel bozukluklar içinde en çok bilinen yetersizlik türlerinden biri olan otizm genellikle çocuğun 3 yaşını tamamlayana kadar görülen sosyal iletişim ve etkileşim problemleri, içe kapanıklık, gerçeklik ile bağlantı kuramama gibi psikolojik süreçler, sınırlı ve tekrarlayıcı davranışlar ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur (Budak, 2003). Başka bir tanıma göre, otizm; çeşitli nedenlere bağlı olarak yaşamın üç yılını bitirmeden görülen, konuşma özelliklerini öğrenememe, soyut kavramları öğrenmede zorluk, konuşulanları algılayamama, içe kapanıklık, değişikliklere aşırı tepki verme, zaman kavramını algılamada güçlük ve çevresiyle ilişkilerin kısıtlı olması gibi belirtilerle seyreden gelişimsel bir bozukluktur (Özbey, 2005).

Çalışmalar otizm yaygınlığının giderek artmakta olduğunu göstermektedir (Fombonne, 2005). Otizm görülme sıklığının 1000'de 1 civarında olduğu; ayrıca en geniş tanım göz önünde bulundurulduğunda bu sıklığın 500'de 1 gibi yüksek bir oran olduğu varsayılmaktadır (Korkmaz, 2005). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CentersforDisease Control andPrevention – CDC) 2007 yılında 150 çocuktan 1'inde otizm olduğunu bildirmiştir. CDC raporlarında daha sonraki yıllarda bu oran daha yüksek olarak bildirilmiş olup 2009 yılında 110'da 1, 2012 yılında 88 çocuktan 1 ve 2018 yılında 59 çocuktan 1'inde otizm spektrum bozukluğu olduğu bildirmiştir (CDC, 2018). Baron-Cohen, Scott ve Allison (2009) yapmış oldukları çalışmalarında otizmin görülme sıklığını

10.000 çocukta 157 olarak bildirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü Raporu'ndaki öngörüye göre ise Türkiye'de yaklaşık 90.000 otistik birey yaşamaktadır (Darıca, Arıboğan, Gümüştü, 2005). Otizm Platformu (2013), otizm görülme oranı 1:150 olarak ele alındığında, Türkiye'de yaklaşık 450.000 otizmli bireyin olduğunu ileri sürmüştür. Ancak ülkemizde OSB'nin prevalansı ile ilgili yapılmış herhangi bir kapsamlı çalışma bulunmamaktadır.

Otizmin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde erkeklerde kızlara göre 3-4 kez daha sık olduğu görülmüştür (CDC, 2018; Mukaddes, 2013; WHO, 1993). Dağılım genetik faktörler açısından değerlendirildiğinde ise otizmli bireylerin kardeşlerinde otizm görülme ihtimalinin genel topluma göre 50 kat daha fazla olduğu görülmüştür (Öztürk, 2001).

2.1.2. Otizm Tanısı

Otizm belirtileri yaşamın ilk 30 ayında görülmeye başlamakla birlikte bu belirtilerin ilk çıktığı anda, ebeynler tarafından fark edilmesi oldukça zordur. Diğer taraftan otizmin seyri erken tanı ve tedavi tarafından olumlu etkilenmektedir. Bu nedenle otizmin erken belirtilerinin aileler tarafından bilinmesi son derece önemlidir (Fuentes, Bakare, Munir, Aguayo, Gaddour, Öner ve Mercadante, 2012).

Otizmin tanısında bebeğin içe kapanık olması, sosyal çevresine karşı ilgisinin olmaması veya sınırlı olması, göz kontağı kurmaması, adı ile seslenilmesine tepki vermemesi ve çok seyrek ağlaması önemli belirtilerdir (WHO, 1993). Bu belirtilerin fark edilebilmesi için aileler normal gelişim gösteren bir bebeğin geçirdiği gelişim basamakları hakkında bilgilendirilmelidir. Araştırmalar otizmin erken belirtilerinin 18. aydan itibaren fark edilmeye başladığını ve çoğunlukla ailelerin 2 yaş civarında tıbbi yardım arayışına başladıklarını göstermektedir. Bununla birlikte yanlış tanının engellenmesi ve çocuğun etiketlenmesinin önüne geçilmesi için otizm tanısı 3 yaşından önce konulmamaktadır (Fuentes ve ark., 2012; Barbaro ve Dissanayake, 2009; Johnson ve Myers, 2007).

Otizm, DSM-I'de yapılan sınıflandırmada çocukluk şizofrenisi altında sınıflandırılmıştır. DSM-III'te ise yaygın gelişimsel bozukluk grubu içinde sınıflandırılmış olup yaşamın ilk 30 ayından önce görülen davranışlar 'infantil

otizm' olarak tanımlanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği,1952, akt. Sadock ve Sadock, 2007; Amerikan Psikiyatri Birliği, 1987,akt.Volkmar, Klin ve Cohen, 1997). DSM-IV'te otizm, asperger bozukluğu, dezintegratif bozukluğu, Rett bozukluğu olarak yaygın gelişimsel bozukluk başlığı altında gruplandırılmıştır (APA, 2000).

DSM-V (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)'te -IV deki alt kategoriler Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) adı altında birleştirilmiştir. Tanı kategorileri, sözel veya sözel olmayan iletişim yetersizliği ve tekrarlayıcı sözler veya tavırlar olarak alt grupta toplanmış olup DSM-IV'te yer alan 12 ölçüt sayısı 7 ile sınırlandırılmıştır. Tanı için DSM-IV'te 12 ölçütün en az 6'sının karşılanması gerekirken, DSM-V'de bu tanı için sosyal-iletişim alanında yer alan 3 belirtinin tümü, tekrarlayıcı tavır-sınırlı ilgi alt gruptan en az iki belirtinin var olması gerekmekte olup toplam 7 ölçütün 5'inin karşılanması şartı mevcuttur. Ayrıca daha önceki sınıflandırmalarda yer verilmeyen duyuşal uyarılara beklenenden az veya çok tepki gösterme de tanı ölçütlerinin içine dahil edilmiştir. DSM-V yer alan otizm spektrum bozuklukları tanı ölçütleri şu şekildedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013);

A. Aşağıda verilen belirtiler ile meydana gelen, sosyal alandaki iletişim ve etkileşimlerde sürekli yoksulluklar mevcuttur:

1. Karşılıklı sosyal-duyuşal iletişimde eksiklikler (örneğin, anormal sosyal yaklaşımdan ve normal ileri geri sohbetten duygu ve duygulanımda azalmaya, ilgi, duygu ve duygulanım paylaşımına azalmaya, sosyal iletişim başlatma veya sosyal iletişime karşılık verme ile başarısızlık arasında giden bir aralıkta)
2. Sosyal etkileşimde yararlanılan sözel dışı iletişimsel tavırlarda eksiklikler (örneğin, yetersiz sözel ve sözel dışında olan bir iletişimden; gözünün içine bakma, beden dilindeki anormalliklere veya jestlerin anlaşılmasında ve kullanılmasında yeterliliğin eksik olması; yüz ifadeleri ve sözel olmayan iletişimin toplam eksikliğine kadar bir aralıkta).
3. İlişkileri anlamada, sürdürmede ve anlamlandırmada eksiklikler (davranışları çeşitli sosyal ortamlara uyacak şekilde ayarlama

zorluklarındanarkadaş edinmede güçlüklerine, akranlara ilgi eksikliğine kadar bir aralıkta).

- B. Şu anda veya öyküye göre, aşağıda verilen özelliklerden en az ikisinde var olan sınırlı, sürekli tekrarlayan davranış kalıpları, ilgi ya da etkinlikler
1. Stereotipik veya sürekli yineleyen konuşma, motor hareketler veya objelerin kullanımları
 2. Rutinden asla sapmama, aynı sözel ve sözel olmayan davranışlar kalıplarını sergileme
 3. beklenenin dışında yoğunlukta sınırlı ve sabit ilgilerinin bulunması
 4. Duyusal girdiler karşısında abartılmış tepki göstermek veya tepki vermemek.
- C. Bu belirtiler gelişimin erken döneminde bulunmalıdır
- D. Belirtiler sosyal alanda, mesleki hayatta veya diğer önemli alanlarda klinik bozulmaya neden olur.
- E. Sayılan bu rahatsızlıklar, psikolojik engellilik veya genel gelişme geriliği ile daha iyi açıklanamaz. Zihinsel özürülük ve OSB sıklıkla birlikte; OSB ve zihinsel engellilik ile ilgili eş tanıların konulması için sosyal iletişim düzeyi genel gelişim için beklentinin aşağısında olmalıdır.

DSM-V'te Otizm Spektrum Bozukluk (OSB) belirtilerinin ağırlığını derecelendiren ve bu duruma göre OSB'li bireylerin gündelik yaşantılarında gereksinimleri olan destek seviyelerini tanımlayan ağırlık düzeyleri Tablo 1'de görülebilir.

Tablo 1.

Otizm spektrum bozukluğunun ağırlık seviyeleri (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Ağırlık seviyesi	Sosyal iletişim	Sınırlı, tekrarlayıcı davranışlar
Üçüncü derece "Çok önemli desteğe ihtiyaç duyulması"	Sosyal iletişim alanındaki sözel ve sözel olmayan becerilerindeki ileri derecede yetersizlikler işlevsellikte ciddi düzeyde bozukluklara neden olur, çok kısıtlı seviyede sosyal etkileşim başlatır ve diğerler kişilerin sosyal etkileşimde bulunma girişimlerine minimum yanıt verir.	Davranışlarındaki esneklik eksikliği, değişiklik ile baş etmede ileri derecede zorlanmalar, veya diğer kısıtlı/tekrarlayıcı tutumlar, hayatın tüm alanlarındaki işlevlerinde ciddi düzeyde bozukluğa neden olur. Eylemini veya dikkatini değiştirmekte çok zorlanır.
İkinci derece "Önemli destek gerektiren"	Sözel ve sözel dışındaki sosyal iletişim yetilerinde belirgin yetersizlik gösterme, uygun şekilde desteklenmesi durumunda dahi açık şekilde sosyal bozuklukların olması, kısıtlı sosyal etkileşimde bulunma girişi ve diğerler kişilerin sosyal etkileşimde bulunma yeltenmelerine az veya anormal yanıt gösterir	Davranışlarında esnekliğin olmaması, değişiklik ile baş etmede zorluk veya diğer sınırlı/tekrarlayıcı davranışlar bir gözlemciye açık olacak şekilde ve değişik alanların işlevlerinde engellemeye neden olur. Eylemde veya dikkatinde değişiklik yapmakta zorluk çeker.
Birinci derece "Destek gerektiren"	Uygun şekilde desteklenmediğinde, sosyal etkileşimde yaşadığı yetersizlikler önemli sorunlara yol açar. Sosyal etkileşim başlatmakta zorlanır ve diğer kişilerin sosyal etkileşim teşebbüslerine sıradışı ve başarısız yanıtlar verir. Sosyal etkileşimlere ilgi göstermeleri düşük gibidir.	Tutumlardaki esnekliğin olmaması yaşamın bir veya daha çok alanın işlevlerini önemli düzeyde zedeler. Eylemler arasında geçiş yapmakta zorlanır. Organizasyon ve planlamada sorun yaşamayı bağımsızlığının önünde engeldir.

2.1.3. Otizmin Nedenleri

Otizm değişik çevresel, biyolojik ve genetik etmenlerin birleşimi sonucu meydana gelen nörogelişimsel bir bozukluktur (Ulay, Ertuğrul, 2009). Otizmin nedeni tam olarak belli olmamakla birlikte hastalığın ortaya çıkmasında olası etkenler olarak prenatal-postnatal etkenler, nörobiyolojik faktörler, genetik yatkınlık ve psikososyal etkenler ileri sürülmektedir (Pendergrass, Girirajan ve Selleck, 2014; Shaw, Sheth, LiveTomljenovic, 2014).

Otizm, Kanner'in (1943) otizmi ilk tanımladığı zamanlarda, o dönemde hâkim olan psikanalitik bakış açısı ile uyumlu olarak, OSBebeveynlik becerilerinde yetersizlik, ebeveynlerin kişilik yapıları ve çocuğa karşı uygunsuz tutumları ile ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte otizm ile ilgili çalışmaların ilerlemesi sonucu

OSB'nin biyolojik temeli vurgulanmaya başlanmıştır. Anne karnında talidomid ve antikonvülsanlar ilaçlara maruziyet, bazı viral enfeksiyonlar ve doğum komplikasyonları ile annenin doğum öncesi dönemde karşılaştığı psikolojik stres gibi etkenlerin çocukta OSB ortaya çıkışı ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (Türkoğlu, 2012).

2.1.3.1. Psikojenik Kuram

Otizmin nedenine yönelik ilk teoriler, otizmlili çocukların doğumda normal oldukları fakat çevresel faktörler nedeniyle otistik anomaliler geliştiği yönündedir (Roser, 1996; Bettelheim, 1967). Bu teorilerin meydana gelme aşamalarına ve içerdikleri özellikler değerlendirildiğinde, otizm tanımlaması yapıldıktan sonraki takip eden 20 yıl içinde, bu hastalığı bilişsel psikoloji yönünden inceleyen herhangi bir çalışmanın olmadığı ortaya çıkmaktadır. Bu durumun sebebi Kanner'in (1943) bu hastalığı duygusal bir rahatsızlık olarak görmesi, yani psikanalistlerin OSB'de ebeveyn tutumu ve çocuk ilişkisine yoğunlaşmış, bu durumun otizme yol açabilecek dinamiklerine odaklanmalarıdır. Psikojenik kurama göre otizmin nedeni annenin çocuk ile olan ilişkisinin soğuk ve reddedici şekilde olması ve bunun neticesinde çocukta ortaya çıkan psikolojik bir geri çekilme davranışıdır (Cohmer, 2014; Bettelheim, 1967). Fakat konu ile ilişkili bu gözlemlerin büyük çoğunluğu kapsamlı çalışma ve araştırmaların temeline oturtulmamıştır. Otizmlili çocuğu olan anne-babalar ve normal çocukların anne-babaları değerlendirildiğinde, ailelerden köken alan yeterli ilginin olmaması, soğuk yaklaşım ve yetiştirilme şekli gibi sebepler nedeniyle hasarlanmış olmaları görüşüne dayalı gerçekleştirilen karşılaştırmalı araştırmalarda, normal çocuklardan açık bir farklarının bulunmadığı kararı savunulmuştur (James, Ian ve Brandon, 2002; Darıca vd., 2005).

2.1.3.2. Genetik Kuram

OSB'nin etiolojisinde yer alan olası genetik nedenler; çeşitli kromozom bozuklukları, genomlardaki kopya sayısında değişiklikler ve genetik sendromlar olmak üzere üç grupta incelenebilir (Yosunkaya, 2013).

Son yıllarda genetik analizler ile ilgili yapılan çalışmalarda OSB'nin nedeni olarak birçok genin sorumlu olduğu ve bu genlerin altıncı, yedinci, on üçüncü

ve on beşinci kromozom üzerinde bulunduğu ileri sürülmüştür (Özlü-Fazlıoğlu, 2004;Korkmaz, 2000). Benzer şekilde Yüksel (2005) otizmlili hastalarda sıklıkla 7 kromozom bölgesinde (2, 3, 7, 11, 15, 17 ve X) kromozom anomalileri tespit edildiğini bildirmiştir. OSB'li bireylerin %5'e varan oranında kromozom anomalileri, %10'unda ise genlerinde dengesizlik tespit edilmiştir (Yosunkaya, 2013).

Genetik çalışmalar sonucu otizmin tek yumurta ikizlerinde ağırlıklı olarak görüldüğü tespit edilmiştir. Otizmin ikizlerde ortaya çıkma oranının %50'den daha fazla olduğu bildirilmiştir (Darıca vd., 2005).

Otizimde kalıtsallık oranının belirgin olarak fazla olması, otizmle ilişkilendirilmiş ana genlerin yokluğu, hastalar arasında erkeklerde kızlara göre 4 kat daha fazla olması ve kardeşlerde daha sık görülmesi otizmin temelinde birden fazla faktörün olduğunu yansıtmaktadır (Chakrabarti ve Fombonne, 2001; Gillberg, Gillberg, Rastam ve Wentz, 2001).

2.1.3.3. Nörobiyolojik Kuram

Son zamanda OSB'nin biyolojik nedenlere bağlı ortaya çıktığını savunan görüşler artmıştır. Biyolojik kuramı savunan Huebner ve Lane'in (2001) otizmin nedeni ile ilgili, nörolojik olgunlaşmama, heterojen etiyoloji ve diğer etiyoloji olarak öne sürdükleri üç ayrı görüşün geçerliliği halen devam etmektedir. Nörolojik olgunlaşmama görüşüne göre otizm beyin gelişimindeki bir yetersizlik olarak ortaya çıkmaktadır. Heterojen etiyoloji görüşüne göre ise otizm farklı nedenlerden kaynaklanan farklı bulgu ve belirti örüntülerinden meydana gelen geniş bir yelpazedir. Bunun anlamı otizmin değişik alt kategori ya da tiplerinin farklı biyolojik sebeplerden kaynaklanmasıdır. Huebner ve Lane'in (2001) öne sürdüğü üçüncü görüşe göre ise otizmin nedeni genetik ve çevresel faktörlerdir. Bu görüşü destekleyen bulgular arasında Fragile X Sendromu veya Tuberozskleroz gibi genetik bozuklukları olan kişilerin yaklaşık %10–30'unda aynı zamanda otizmin görülmesi ve bu bozukluklara yol açan genlerin bazı otistik belirtilerden de sorumlu olması yer almaktadır (Whitman, 2004).

2.1.3.4. Davranışsal Kuram

Davranışsal kuram her tutumun belli bir amaç için gerçekleştiğini ve her tutumun bir sebebinin olduğunu savunmaktadır (Erbaş ve Yücesoy Özkan, 2010). Bu kurama göre otizm, ödül-ceza yolu ile meydana gelen art arda ve rastgele şekilde öğrenilmiş olan tutumlar gruplarıdır. Diğer bir deyişle, otizm, çocuğun çevresinden öğrenmiş olduğu bir grup atipik özel davranışların toplamıdır. Davranışçı görüşe göre otizm çocuğun çevresinden algıladığı belli bilgi ve becerileri öğrenmesinde zorluk yaşadığı bir yetersizliğe bağlı ortaya çıkar (Darıca vd., 2005).

2.1.3.5. Kavramsal Kuram

Bu kurama göre, OSB'li bireylerin esas sorunu doğuştan var olan zihinsel kavrama yetersizliğidir. Zihinsel kavramayla ilişkili yetersizlik bireylerde mantıklı çıkarımların yapılmasını engellemekte ve buna bağlı olarak farklı otizm özellikleri ortaya çıkarmaktadır. Normal gelişim gösteren çocuklarda mevcut olan kolaylıkla taklit yapabilme, yaratıcılık, hayal gücünü kullanarak oyun kurma, olayları birbiri ile ilişkilendirebilme, tahmin yürütme gibi beceriler otizmlilerde bulunmamaktadır. Bu durum otizmlilerde sosyal ilişkilerden yoksun bırakılmaktadır (Darıca vd, 2005).

2.1.3.6. Otizm Gelişimi ile İlişkili Çevresel Faktörler

Son yıllarda otizmin gelişimi ile ilgili olarak besinlerin, toksinlerin, aşıların ve vitaminlerin etkisi tartışılmaktadır. Meguid, Hashish, Anwar, ve Sidhom (2010) otizmlilerde D vitamini yetersizliği bulunduğunu ileri sürmüşlerdir. Ancak çalışmalar otizm ve D vitamini eksikliği arasında kesin bir ilişki saptamakta yetersiz kalmışlardır (Kırcaali-İftar, 2013). Aşılar otizm nedeni olarak araştırılmıştır. Aşıların içeriğinde bulunan organik civa bileşeni olan thimerosal'ın otizm nedeni olarak ileri sürülmesinden sonra, bu bileşen aşı içeriğinden çıkarılmıştır. Fakat bunun sonucunda otizm sıklığında bir düşüş olması beklenirken çalışmalar sıklığın daha da arttığını göstermektedir (Hviid, Stellfeld, Wohlfahrt ve Melbye, 2003; Stehr-Green, Tull, Stellfeld, Mortenson ve Simpson, 2003). Son dönemdeki çalışmalar ise otizmin aşı

uygulamaları ile bir ilişkisinin olmadığını göstermektedir (Jain, Marshall, Buikema, Bancroft, Kelly ve Newsraffer, 2016; Offit, 2015).

Gebelik ve doğumla ilişkili sorunlar, toksinler (çevreyi kirleten maddeler), virüsler (influenza, suçiçeği, kızamıkçık ve CMV enfeksiyonları) ve çevresel faktörler (erken doğum) otizm nedeni olarak ileri sürülmüştür (Güney ve İşeri, 2013). Ayrıca annenin gebelik dönemindeki yaşının ileri olması, yaşam tarzı ve koşulları, valproik asit ve talidomid gibi ilaçlar kullanması, beslenme şekli, fiziksel ve psikolojik sağlığı otizm nedeni olarak belirtilmiştir (Özbaran, 2014). Annenin doğum öncesi dönemde uyuşturucu madde kullanım öyküsünün bulunması da otizm gelişimi ile ilişkilendirilmiştir (Stubbe,2007). Bununla birlikte çevresel faktörlerden hiçbirinin tek başına otizmin etiyojisini açıklamakta yeterli olmadığı, ancak birkaçının birlikte bulunması otizmin oluşumunda etkili olabileceği belirtilmiştir (Karimi, Kamali, Mousavi ve Karahmadi, 2017; Glasson, Bowe, Petterson, de Klerk, ChaneyveHallmayer, 2004).

2.1.4.Otizimli Çocukların Özellikleri

2.1.4.1.Sosyal ve Duygusal Gelişim Özellikleri

Normal gelişim gösteren çocuklarda sosyal beceriler kendiliğinden gelişen ve çevre ile etkileşim neticesinde elde edilen beceriler olup bunların aracılığı ile çocuk toplumsallaşmaktadır. Ancak OSB'li çocuklarda bu yetiler için gerekli olan nörobiyolojik mekanizmalarda bozukluk olması nedeniyle bu toplumsal becerileri kendiliğinden elde edemezler (Frith ve Frith, 2001).

OSB'li çocuklar, gündelik yaşamlarında meydana gelebilecek tüm değişimlere direnç gösterirler. Çocuk yaşam düzeni ile ilgili en küçük bir değişikliğe öfke nöbeti ile cevap verir (Korkmaz, 2003). Grup oyunlarından uzak durma, uzun süre aynı oyuncakla sıklımadan oynama, oyuncağın elinden alınmasına aşırı tepki verme, yaratıcılık, kurallar ve işbirliği temelli oyunlardan uzak durma gibi oyun becerileriyle ilgili zorluklar çocuğun sosyal gelişimi ve arkadaşlık kurma becerileri üzerinde olumsuz etkiye sahiptir (Özbey, 2005).Otizmli çocuklar isimleri söylendiğinde tepki vermezler. Bu durum aileleri tarafından yanlış olarak işitme sorunu olarak algılanmaktadır. Buna benzer olarak göz göze

gelmekten kaçınmaları ve çevrelerine karşı ilgisiz olmaları da yanlış olarak görme ile ilgili sorun olarak algılanmaktadır (Darıca vd., 2005).

OSB'li çocuklar karşısındakinin duygularını algılamakta ve kendine ait duyguları ifade etmekte zorluk yaşamaktadır. Yani empati duygusundan yoksundurlar. Kaliteli iletişimin temelini oluşturan ve normal gelişim gösteren çocukların sağlıklı iletişim için kullandıkları jest ve mimikler konusunda OSB çocuklar sorun yaşarlar. Ses tonunu yorumlayamadıklarında da sağlıklı bir iletişim kuramamaktadırlar (Valdizan vd., 2003).

2.1.4.2.Bilişsel Gelişim Özellikleri

Otizmliler çocukların yaklaşık %80'nin zeka düzeyleri Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC-R) değerlendirilmesine göre zeka geriliğini gösteren 70 puanın altındadır. Bununla birlikte bazı otizmliler çocuklar matematik, müzik ve mekanik gibi alanlarda üstün yeteneklidirler (Bodur ve Soysal, 2004).

Otizmliler çocuklarda olayları kavrama, empati gösterme, genelleme yapma ve uzun süre dikkatini sürdürme gibi zihinsel becerilerde zorluk yaşandığı görülmektedir (Özbey, 2005). Zeka seviyesindeki düşüklük derecesi davranış bozukluğunun ortaya çıkma olasılığının arttırmaktadır (Kaplan ve Sadock, 2004). Bu davranış bozukluklarına örnek olarak; saldırganlık, öfke nöbetleri, kendine zarar verme, takıntılı davranışlar, tekrarlayıcı davranışlar (stereotipi), tikler, yeme ve uyku ile ilgili sorunlar, cinsel sorunlar, yıkanma, eşya, kişi veya eyleme yönelik takıntılar ve inatçılık verilebilir (Korkmaz, 2003).

Otizmliler çocuklar belli alanlarda da çok üstün yetenek gösterebilirler fakat bu durum diğer alanlarla uyumlu değildir. Örneğin; filmi bir kez izlemekle tamamını ezberleyebilen bir çocuk iletişim kurmada yetersizlik gösterebilir (Özbey, 2005). Otizmliler çocuklar genellikle uçuş ve tren tarifelerini ezberleme gibi genellikle soyutlama yetisi gerektirmeyen ve sadece belleğe dayalı bilgiler konusunda üstün yetenek gösterebilirler (Boucher ve Anns, 2018).

2.1.4.3.Psikomotor Gelişim Özellikleri

Otizmliler çocukların fiziksel gelişimi yaşlılarıyla benzerlik göstermesine rağmen motor becerileri farklılık gösterir. Otizmliler çocuklara ait motor yetersizlikler motor koordinasyon sorunları ile ilişkilidir. Ayrıca otizmliler çocukların

hazırbulunuşlukdüzeyleride, yaşitlarına göre farklıdır (Fazlıoğlu, 2004; Beversdorf, Anderson, Manning, Anderson, Nordgren, Felopulus ve Bauman, 2001).Bu çocuklar küpleri dizme, bardakları iç içe geçirme gibi seri davranışları yapmakta zorlanırlar. Kaşık tutma gibi el becerileri çoğunlukla kötüdür. Ancak küçük objeleri döndürmedeki becerileri iyidir (Korkmaz, 2005). Bununla birlikte dans etme, yüzme gibi büyük kas motor becerileri sayesinde yapılan bazı hareketleri, taklit etmedeki beceri yetersizliğine bağlı olarak, geç öğrenirler (Darıca vd., 2005).

Otizmli çocukların eğitimi süreci içinde hareket becerilerininin desteklenmesinde kullanılan egzersiz çalışmaları çocuğun kendi bedenini farkına varması ve dış dünyayı öğrenmesinde yararlıdır. Otizmli çocuğun hareket becerisinin gelişmesi ile sorunlarla baş etme, çözüm bulma gibi alternatif yetenekler kazandırılmaktadır. Bununla birlikte egzersiz eğitim programları ile otizmli çocuklara dikkatini odaklama, göz teması kurma, iletişim başlatma gibi temel beceriler sağlanır (Arslan ve İnce, 2015; Rafie ve ark., 2015; Eichstaedt ve Lavay, 1992).

2.1.4.4.Otizmli Çocuğun Dil Gelişim Özellikleri

Otizmli çocukların çevresi ile iletişim kurmada sıkıntı yaşamasının diğer bir sebebi bu çocukların dil ve konuşma becerisinde yaşadığı zorluklardır (Boucher ve Anns, 2018).Otizm'li çocuklarda konuşma dilinde gecikme veya hiç gelişmeme, zamirlerin yanlış kullanılması, karşılıklı konuşmanın başlatılamaması veya sürdürülememesi, konuşmanın vurgusu, ritmi ve entegrasyonunda sorunların olması gibi dil ve konuşma becerisinde eksiklikler görülür (Bodur ve Soysal, 2004). Otizmli çocukların büyük bir çoğunluğu erken bebeklik döneminde konuşamazlar. İlerleyen yaş ile bir kısmında konuşma gelişse de bu beceri kısıtlı kalabilir. Ayrıca iletişim ve konuşma becerisikısmen gelişmiş otizmli çocuklarda aniden ya da zamanla bu beceri kaybolabilir (Korkmaz, 2005).

Otizmli çocuklar kendileri ile konuşulduğunda karşısındakine onu duymuyormuş hissi vermektedir (Bodur ve Soysal, 2004). Yetişkinden herhangi bir şey istediğinde yüzüne bakmaz. İsteklerini ifade etmek için kullandığı yol yetişkinin elinden tutup onu istediği yere götürmektir. İsteklerini

ifade etmek için ağlama ve bağırma yöntemini kullanır (Darıca ve ark., 2000). Ayrıca otizmliler çocuklar konuşma esnasında kişilerin yüz ifadelerini, vücut dilini, ses tonundaki değişiklikleri anlamlandırmakta zorlanırlar (Korkmaz, 2005).

2.1.5. OSB'li Çocuğun Aile Üzerinde Olan Etkisi

Otizm spektrum bozukluk sadece bireyi değil, aileyi de etkileyen ve hayat boyu süren bir gelişim bozukluğudur. Toplum son 20 yılda OSB ile ilgili bilgi edinmiş olsa da OSB'li olan bireylerin sergilediği davranışlar sosyal anlamda garip, tehdit edici ve kabul edilemez algılanmaktadır. OSB tanısının doğum esnasında konulamamasının yol açtığı durum ebeveynleri, aile bireylerini ve arkadaşlarını çocuğun normal gelişim gösterdiğine inandırmaktadır. Çocuklarının 18-24 aylık döneme girmesine rağmen dil becerilerinin gelişmemesi birçok ebeveynin endişe duymasına neden olur. Zaman içerisinde çocuğun çevresindeki dünyaya ilgisini kaybetmesi ve sosyal becerilerinin gerilemesi görülebilir. Ebeveynler çocuklarının neden OSB olduğunu anlamaya çalışırlar. OSB'li bir çocuğa sahip olmak aile ve ebeveynlerin hayatında birçok değişikliğe neden olur (Pisula ve Porebowicz-Dörsmann, 2017; Bearss, 2015; Myers, Mackintosh ve Goin-Kochel, 2009; Küçüker 2001).

Bir çocuğa OSB teşhisi konulduğunda ebeveynler çok büyük bir kayıp hissi yaşarlar. Büyüttüklerini düşündükleri "normal çocuk" varsayımı artık bir gerçek değildir (Norton ve Drew, 1994). Bir çocuk öldüğünde ebeveynler ve aile bireyleri için kaybın üstesinden gelmeye yardımcı olacak sembolik ritüeller vardır, fakat OSB tanısı konulduğunda durum böyle değildir. Featherstone (1980) çocuğun ölümü ile engelli çocuğa sahip olmak arasında bir karşılaştırma yapar bu durumu şu şekilde ifade eder "ölüm sıradan, alışlagelmiş taleplere bir an için ara verilmesini sağlar, engellilik durumu ise yeni görevler ve ihtiyaçlar üretir".

Kubler-Ross ve Kessler (2005) sevilen birinin ölümü ile karşı karşıya kalındığında bireylerin beş aşamadan geçtiklerini belirtmişlerdir: inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabul. Çalışmalar kayıpla karşı karşıya kalan tüm bireylerin tüm aşamalardan geçmeyeceğini, ayrıca yasin tüm aşamalarının sırası ile gerçekleşmediğini göstermiştir. Yas devam eden bir süreçtir.

Çalışmalar, bir çocuğa OSB tanısı konulduğunda ebeveynlerin bir çocuğun kaybedilmesi durumunda yaşadıkları duygulara benzer şeyler yaşadıklarını göstermiştir (Penzo ve Harvey, 2008). Naseef (2001) bu durumu “Mükemmel bir çocukla ilgili hayal, acı veren bir ölümle can verebilir” şeklinde ifade etmektedir.

İnkâr süreci, ebeveynlerin çocuklarının normal gelişmediğinden şüphelendikleri andan itibaren çocukların erişkinliğe ulaşmasına kadar sürebilir. Aileye birilerinin “antisosyal özellikte tanıdıklarım vardı ancak daha sonra son derece sosyal bir yapıya dönüştüler” gibi ifadelerde bulunması mevcut durumun inkâr edilmesini pekiştirebilir. Ayrıca, ebeveynlerin çocuğun durumu ile ilgili başvurdukları uzmanların da tüm çocukların farklı şekilde geliştiğini söylemeleri inkarın sürdürülmesini sağlamakta ve ebeveynleri sabırlı olmaya teşvik edip, en kötü olasılığı düşünmemelerini sağlamaktadır. İnkâr, olumsuz bir tepki olarak düşünülebilirken, olumlu bir baş etme mekanizması olarak da işlev görebilir. Bu sayede olan durum ve olacak arasında bir tampon bölge yaratır ve ebeveynlere duruma uyum sağlamak için zaman kazanılır. Ebeveynlerin her geçen gün daha fazla ihtiyaç duydukları mücadele gücü ve durumla baş etmek için içsel gücü bulmalarına yardım eder (Kubler-Ross ve Kessler, 2005).

Öfke, OSB tanısını takip edebilir: ebeveynlerin korkuları doğrulanmıştır ve OSB’li çocuğa sahip olma gerçeği başlamıştır. Öfke, çocukları normal olan arkadaşlara, endişelerini daha ciddiye almaları gerektiğini düşündüren uzmanlara veya her gün işe giden ve tam zamanlı olarak çocuk bakma sorumluluğu olmayan eşe yönelebilir. Benson ve Karlof (2009) ebeveynin öfkesinin tamamen ortadan kalkmadığını, ancak çocuklarının OSB durumu ile başa çıkmayı öğrendiklerinde sıklık ve şiddet açısından azaldığını göstermişlerdir. Öfke ailenin soyutlanmasına yol açabilir fakat Kubler-Ross ve Kessler’e(2005) göre öfke bir güç kaynağıdır ve kişinin inkarın dışına çıktığını gösterir.

Ebeveynler ayrıca bir pazarlık aşamasından geçebilirler. Yeni tedaviler ve eğitim stratejilerinin ortaya çıkması nedeniyle ebeveynler teşhis sürecinden geçebilmek için pazarlığı kullanırlar: ebeveynler çocuklarının iyileşeceği

umudunu korumaktadırlar. Ebeveynler inandıkları ilahi güçle “Bu tedavinin işe yaramasına izin verirsen, daha iyi bir insan olmaya söz veriyorum” diye pazarlık yaparlar. Elbette çocukları için olumlu seçeneklerin umulması yanlış değildir, bununla birlikte belli noktalarda ebeveynler çocuklarının OSB’li olduğu gerçeği kabul etmeli ve hayatlarına devam etmelidirler (Kubler-Ross ve Kessler, 2005).

Ebeveynlerin çocuklarının OSB’li olması ile ilgili depresyon ve üzüntü duygularını ifade etmeleri yaygındır (Meadan, HalleveEbata, 2010; Benson ve Karlof, 2009). Doğum günleri, kaçırılan gelişim aşamaları ve tıbbi krizler ebeveynlerin yaslarını gözden geçirmelerine neden olur ve üzüntü geri döner. Yas, bir çocuk öldüğünde olduğu gibi, gerçek bir sonun olmadığı, bir kapanmanın olmadığı bir döngüdür (Penzo ve Harvey, 2008; Naseef, 2001; Featherstone, 1980).

Çocuğun tanısı ve aileye getirdiği değişiklikler ile ilgili kabullenme, ebeveynlerin suçlamayı, suçluluk duygusunu, öfkeyi ve “neden benim çocuk?” sorusunu aştıklarında meydana gelecektir. Ebeveynler çocuklarının OSB’li olduğu gerçeği ile yaşayabilirler, birçok zorluğun üstesinden gelebilirler ve hala hayattan zevk aldıklarını fark ederek hayatlarına devam edebilirler. Bu ebeveynler çocuğun OSB’sinin onların kim olduğunu tanımlamasına izin vermezler, çocuğun OSB’sinin birçok zorluk getirdiğini ve hayatlarının sadece bir parçası olduğunu kabul ederler (Pisula ve Porebowicz-Dörsmann, 2017).

Boss (1999) bireylerin deneyimleyeceği farklı bir kayıp türünü olarak belirsiz kayıp üzerine durmaktadır. Boss (1999) belirsiz kaybı “tam olmayan ve kesin olmayan” bir kayıp olarak tanımlamaktadır. Alzheimer hastalarında olduğu gibi kişi fiziksel olarak mevcuttur fakat psikolojik olarak yoktur. Yada kaybolan asker veya çocuk kaçırma olaylarında olduğu gibi kişi psikolojik olarak vardır, fakat fiziksel olarak yoktur. Bir çocuğa OSB tanısı konulduğunda, ebeveynler belirsiz bir kayıpla karşı karşıya kalırlar; çocuk fiziksel olarak hayatlarının bir parçasıdır, fakat çocuk farklıdır. Boss (1999) “bir kişinin kaybını çevreleyen belirsizlik arttıkça, onunla başa çıkmak o kadar daha zordur ve kişinin depresyonu, anksiyetesi ve aile çatışmaları o kadar büyüktür” diye belirtmektedir. Bir çocuğun ölümünden farklı olarak kayıp belirsizdir ve anlaşılması zordur bu da

bireylerin fiziksel ve duygusal olarak tükenmesine neden olur. Naseef (2005) “Önemli kayıplar her zaman zihinsel büyük acılara neden olur fakat bir ebeveyn “yaşayan” bir çocuğu kaybettiğinde yas tutma hakkı veya yetkisi yoktur” diye durumu özetlemektedir.

Üstüner Top (2009) çalışmasında OSB’li çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları sorunlarla ruhsal durumlarını değerlendirmiştir. Sonuçlara göre ebeveynlerin çocuklarının otizm tanısını ilk başlardakabullenmekte zorluk çektiklerini, hayat tarzlarında büyük oranda farklılaşma olduğunu, daha duygusal ve hassas olduklarını, sosyal hayatta soyutlaşma yaşadıklarını, geleceğe dair belirsizlik ve endişe duyduklarını, hayalini kurdukları birçok şeyden vazgeçtiklerini saptamıştır. Ancak yaşadıkları bütün zorluklara rağmenÜstüner Top (2009) ebeveynlerde çocuklarıyla ilgilenmenin onları mutlu kıldığını ve yaşama bakış açılarında büyük değişiklikler oluşturduğunu saptamıştır.

Elder ve D’Alessandro (2009) çocuklarına OSB tanısı konulan ebeveynlerde dört aşama görüldüğünü belirtmiştir. Bu aşamalar şu şekilde ifade edilmiştir.

1. Şok ve inanmama (kuşku): ebeveynler birşeylerin yanlış olduğundan şüphelenmelerine rağmen çocuğuna daha az şiddetli bir tanı konulacağı umuduna sarılmaktadırlar. Sıklıkla bu aşamada ebeveynler tanıyı kabul etmeden önce birçok uzmanın görüşünü alacaklardır.
2. Üzüntü ve öfke: Tanı kesinleşince ebeveynlere yas belirtileri görülür.
3. Dizorganizasyon ve umutsuzluk: Bu aşamada ebeveynler hayatlarının kontrolden çıktığını ifade etmektedirler. Tedavi seçenekleriyle, randevularla boğulmuş hale gelmişlerdir.
4. Reorganizasyon: Aileler tanıya bağlı yaşam tarzlarına meydana gelen değişikliklere uyum gösterirler. Hala bazı ailelerin hayatlarında bir miktar kargaşa olmasına rağmen, onlar yas aşamalarını başarı ile atlattımlardır. Aile üyeleri çocukla ilişkilerini yeniden tanımlamışlardır ve aile içindeki rolleri ve kuralları yeniden tanımlarlar.

OSB’li çocuğun sergilediği sorunlu davranışlar, sosyal ve dil gelişiminde gösterdiği gerilikler, sahip olduğu sağlık sorunları (sık hastalanma, alerji vb.), yaşlıları gibi oyun oynayarak oyalanamaması durumu veya uyku problemleri (anne ve babasıyla aynı yatakta yatması, geç yatması) gibi otizmin özellikleri

ile ilişkili birçok neden, aileye sürekli stres yaratmakta ve ailenin genel sağlığını tehdit edebilmektedir (Lecavalier, Leone, Wiltz, 2006).

Ateş'in (2016) 575 ebeveyn ile yapmış olduğu çalışmada, rehabilitasyon merkezlerinde eğitim alan otizmli çocukların anne babalarının yaşam doyumu, aile işlevleri ve öğrenilmiş güçlülük düzeyleri değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre OSB'li çocuğu olan ebeveynlerin öğrenilmiş güçlükleri, yaşam doyumları, duygusal tepki verme düzeyleri, iletişim düzeyleri ve aile değerlendirme düzeylerinde anlamlı farklılıklar olduğu sonucuna varılmıştır. Söz konusu çalışmada (Ateş, 2016) eğitim seviyesi arttıkça yaşam doyumunun da arttığı görülmüştür. Ayrıca otizmli çocuğun ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu değişkenin de yaşam doyumunu, duygusal tepki gösterme ve öğrenilmiş güçlülük düzeyi üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Ayrıca anne-babaların öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin artması ile yaşam doyumunu düzeylerinin düştüğü belirlenmiştir.

Ailelerin engelli çocuğu olmasına bağılı deneyimledikleri stresle baş etmede rol oynayan önemli faktörlerden biri, krizle baş etmede kullanabilecekleri iç ve dış kaynaklardır. Araştırmalar bireyin iç sisteminin/kontrol odağının, stresle başa çıkma aşamalarında içsel ve dışsal kaynakların algılanmasında önemli bir faktör olduğunu göstermiştir (Jones ve Passey, 2004). İçsel başa çıkma stratejileri pasif değerlendirme, yeniden biçimlendirme, manevi ve dini destek yoluyla başa çıkma iken dışsal başa çıkma stratejileri sosyal destek veya resmi destek yoluyla başa çıkmadır (King, 2002). Çandır'ın (2015) yaptığı çalışmaya göre OSB'li çocukların anneleri baş etme yaklaşımlarından zihinsel boş verme ve madde kullanımını, normal çocukların annelerinden daha fazla kullanmaktadır.

Her OSB'li çocuk eşsiz (özgün) olduğu gibi, her ebeveynin OSB tanısına tepkisi de kendine özgüdür. Ebeveynler yas tutmalarına izin verilmesine ihtiyaç uyarlar. Kubler-Ross ve Kessler (2005) tarafından ebeveynler daha önce yukarıda tanımlanan tüm aşamalardan veya birkaçından geçiyor olsalar da, yaslarının kabul edilmesi gerekir, çünkü çok gerçektir. Yaslarının önemsizleştirilmesi veya küçümsemesi ebeveynlere büyük zarar verecektir. OSB ile ilgili farkındalık artıkça, toplum çocuğa ve ebeveynlere daha şefkatli

bir bakış açısı ile bakacak, daha kabul edici ve uyum sağlamada istekli olacaktır. Sonuç olarak da otizmlili çocuğun davranışları nedeniyle ebeveynleri yargılamada bu kadar aceleci olmayacaklardır (Dzubay, 2011).

2.2. Anksiyete

2.2.1. Tanım

Anksiyete veya kaygı, üzüntü, sıkıntı, içten gelen korku, endişe duyulan düşünce, kötü bir olay meydana gelecekmüş düşüncesinin yol açtığı olumsuz duygular bütünüdür (Aydoğan, Doğaner, Borazan, Kömürcü, Koçak, Öztürk, Özet ve Sağlam, 2012). Birey tarafından algılanan olumsuz duyguların şiddeti farklı yoğunluklarda olabilir (Öbekli, 2013; Öztürk ve Uluşahin, 2011). Kişinin bir olayı stresli olarak algılayıp algılamaması, olayın yapısı ve kendisinin bu duruma ve bu durumun yol açtığı etkilere karşı kullanmakta olduğu savunma mekanizmaları ile ilişkilidir (Kocabaşoğlu, 2005).

Anksiyete türün devamı için gerekli olup genel anlamda tehlike beklentisi olan fakat koruma ve uyum sağlayıcı işlevi olan normal bir duygudur (Akyol, 2012). Freud (1926) kaygının görevini olası bir tehdit ve tehlike varlığına karşı benliğin uyarılması ve savunma şekillerine fonksiyon eklenmesi olarak tanımlamıştır (Akt: Yücel, 1998).

Anksiyete kelimesinin kökeni latince “tıkanma”, “daralma” anlamına gelen “angere” kelimesine dayanmaktadır (Aydoğan ve ark., 2012). Bu kelimenin Türkçedeki karşılığı kaygı, iç ve can sıkıntısı, bunaltı veya istek dışı heyecansal bir endişe halidir. Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre ise anksiyete “üzüntü, endişe duyulan, tasa” olarak tanımlanmıştır (Türk Dil Kurumu, 1. Baskı, 1998). Tükel (2000) anksiyeteyi; birey için tehlikeli olan açıklaması olan veya açıklanamayan belli bir durumda hissedilen; gerginlik, saldırma gibi duygu ve düşüncelere neden olan ve bireyin nahoş bir duygu olarak tarif ettiği bir duygu olarak tanımlamıştır.

Anksiyete ve korku ile ilgili kavramlar genelde karışmaktadır. Korku, bireyin değerlendirmiş olduğu meydana gelmesi olası veya gerçek bir tehlike sonucu ortaya çıkan acil alarm tepkisidir. Korku bilinen dışsal bir tehlikenin yol açtığı bir tepkidir (Sadock, Kaplan ve Sadock, 1998). Diğer taraftan anksiyete ise

görünür bir tehlike yokluğuna karşın meydana gelen yayılmış tedirginlik halidir (Barlow, 2002). Nesnesiz venedeni belli olmayan içsel bir tehlikeye karşın meydana gelen bir tepki olması anksiyeteyi korkudan ayırt ettiren özelliğdir (Manav, 2011). Korku ve anksiyetenin benzer yönü ise yaklaşmakta olan bir tehlikenin farkına varılmasını ve bununla başa çıkmayı ve duruma uyum gösterilmesini sağlamalarıdır (Sadock, Kaplan ve Sadock, 1998). Anksiyetenin önemi, can sıkıntısı, bunaltı veya hoş olmayan bir duygu olmasının yanı sıra, aynı zamanda yaşamın temel hislerinden olması ve de psikolojik sorunlara sebebiyet vermesindedir (Brown, DiNardo, Lehman, Campbell, 2001).

Cüceloğlu'na (2005) göre yaşamımızda deneyimlenen olumsuzluklar karşısındaki çözüm yolu arayışı sırasında anksiyete durumu ortaya çıkar ve bu son derece normaldir. İnsanların kaygı yaşamasına yol açan en önemli sebeplerden biri belirsizliktir. Buna örnek olarak gelecekte yaşanılacaklarının bilinmemesi bir kaygı sebebi olması verilebilir.

2.2.2. Anksiyetenin Belirtileri

Beck (2008) anksiyete kavramını, herhangi bir olumsuz durum karşısında bilişsel, bedensel, duygusal ve davranışsal bileşenlerin oluşturduğu psikolojik bir durum olarak tanımlamıştır. Anksiyetenin belirti ve şekilleri kişiden kişiye göre değişiklik göstermektedir (Türkçapar, 2004).

Bilişsel Belirtiler

Zihinde bulanıklık ve çevrenin farklı ve gerçek dışı algılanabilmesi olabilmektedir. Aşırı uyanıklık hali, kendini aşırı gözleme, odaklanmada güçlük, önemli şeyleri hatırlayamama muhakeme yeteneğinde zayıflık, dikkati toplamada zorluk, huzursuzluk, nesnellikte kayıplar, düşüncede devamlılık olmaması, objektif düşünmede güçlük, nedenselleştirmede yetersizlik görülür. Kontrolünü kaybetme korkusu, olaylarla baş edememe endişesi, başkalarının olumsuz değerlendirileceği düşüncesi, korkuya neden olan görsel imajlar, fiziksel hasara uğrama veya ölüm korkusu, kendine yabancılaşma, gerçekdışılık, süreklilik gösteren korku dolu düşünceler, çıldırma ve ölüm korkusu ortaya çıkabilmektedir (Beck ve Emery, 1985; akt: Ülev, 2014).

Duygusal (affektif) belirtiler

Korku, tedirginlik, endişe, sinirlilik, dehşet duygusu, gerginlik, güvensizlik, tahammülsüzlük, şaşkınlık, alarm durumuna geçme, çaresizlik gibi belirtiler görülebilmektedir (Beck ve Emery, 1985; akt: Ülev, 2014).

Davranışsal belirtiler

Olduğu yerde hareketsiz donakalma, kaçma-kaçınma, konuşma bozukluğu, davranışlarda inhibisyon, hareketsizlik, koordinasyon bozukluğu görülebilmektedir (Beck ve Emery, 1985; akt: Ülev, 2014).

Fizyolojik belirtiler

Çarpıntı, kan basıncı düşmesi ya da yükselmesi, kaslarda gerginlik ve spazm, çabuk yorulma, reflekslerde artma, nefes darlığı ya da boğulma hissi, göğüste sıkışma, taşipne, halsizlik, terleme, titreme, üşüme, ateş basması, iştahsızlık, bulantı ya da karın ağrısı, ishal, yalancı romatizmal ağrılar, yüzde ve göz kapaklarında seyirme, kaşınma krizleri, sıcak ve soğuk basma nöbetleri, baş dönmesi, ağız kuruluğu, uyuşmalar, huzursuz uyku, sık idrara çıkma, cinsel soğukluk gibi belirtiler gözlenebilmektedir (Beck ve Emery, 1985; akt: Ülev, 2014).

2.2.3. Anksiyete Düzeyleri

Günlük yaşam koşulları ve bireysel özellikler kaygı düzeyi üzerine etkili olan etmenlerdir. Kaygı dört düzeyde değerlendirilir (Öz 2004).

Hafif Düzey Kaygı: Hayati belirtilerde normal dışı bir durum yoktur. Çok az düzeyde kaslarda gerilme bulunur. Pupillalarda sorun yoktur. Hisler alarmda olup kavrama düzeyi genişlemiştir. Kişinin, ilgilendiği konulara ve çevresinde olanlara karşı duyarlılığı artmıştır ve katılımı artmıştır. Odaklanma ve mantık yürütme yeteneği tam olup bireyin etkin problem çözme becerisi iyidir.

Orta Düzey Kaygı: Hayati belirtilerin düzeyi normal veya çok az artmış olup kişinin dikkati artmıştır ve gerginlik hali vardır. Kavrama alanında düşük kaygı düzeyine göre biraz daha sınırlılık vardır. Kişi kendisi için önem arzeden olaylara odaklanma yetisi gösterirken çevresel ayrıntıların çok farkında değildir.

Şiddetli Kaygı: Kavrama alanına önemli derecede daralma gözlenir. Birey ayrıntılar ile yoğun bir şekilde meşgul olduğundan, çevredeki olayları tam olarak algılayamaz. Bu olayların farkına vardığında ayrıntılar arasında neden sonuç ilişkisi kurma becerisi gösteremez. Kişi kaygısının arttığını değerlendiremez, fakat geriliminin yol açtığı rahatsızlığı fark eder. Birey sorunlarını çözümlmek için odaklanamaz ve mantık yürütme konusunda zorlanır. Bu düzey kaygıda birey, profesyonel yardım almalıdır.

Panik: Solukluk, kan basıncında düşüş, kas koordinasyonu, ağrı ve duyma duyularında zayıflık meydana gelir. Birey, çevresindeki olayları kavrayamaz. Bireyin düşünce alanı düzensiz hale gelmiş olup davranışları anormalleşmiştir. Bireyin kendisi hakkındaki hisleri ezilmiş, sinmiş ve korkmuş olduğu şeklindedir ve kriz aşamasında bulunmaktadır.

2.2.4. Anksiyetenin Nedenleri

Anksiyete çok farklı nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (Bal, Çakmak ve Uğuz, 2013).

Anksiyete nedeni olarak korkuya neden olan uyararla ilişkili bilinçaltına itilmiş anılardır. Kişiler korkunun öğrenildiği durumu unutma eğilimi gösterebilirler. Yaşamın önceki dönemlerinde meydana gelen bazı olayların reddedilmesi bazılarının ise bastırılması olur. Öğrenilmiş olduğu ancak hatırlanmayan korkuların koşullandığı bir durumla karşı karşı kalındığında, nedeni hakkında herhangi bir bilgi bulunmayan sıkıntıya yol açan bir kaygı hissedilmektedir (Aktaş, 2009).

Cüceloğlu'na (2005) göre kaygının nedenleri:

1. Desteğin çekilmesi: Bireyler alışkın oldukları çevreden uzaklaştıklarında, çevrelerinde alıştıkları desteklerin yokluğu nedeniyle kaygı duyarlar.
2. Olumsuz bir sonuç geleceğini düşünmek: Olumsuz bir sonuç olasılığı durumunda bireylerde kaygı uyanır.
3. İç çelişki: Bireyin inandığı ve önemsendiği bir düşünce ile yaptığı eylem arasında bir çelişki olduğunda kaygı türünden gerginlik hissetmektedir. Çelişkiyi ortadan kaldıracak çözüm yolu bulana kadar bir derece kaygı duyulur

4. Belirsizlik: Gelecekleri hakkında yeterli bilgi birikimlerinin olmaması ve bununla ilgili fikir yürütememeleri bireyler için önemli bir kaygı nedenidir.

Anksiyeteye yol açan bazı faktörler; prestij ve toplumdaki durumuna değişiklik, diğerleri tarafından kabul görmeme, mal varlığında ortaya çıkan kayıp, başarısızlık veya başarı, ahlaki çıkmazlık, ölüm, ayrılık, boşanma gibi kayıpların olması, taşınma durumu, göç yaşama, kültürel baskılar, geçici yada kalıcı ayrılık, hastalık, hastaneye yatış, saldırı, tecavüz, emekli olma, kişinin emniyetinin tehlikede olması, çevresel kirlilik, işsiz kalma, yeni işe başlama, terfi etme, cinsel gelişme, akran ilişkilerindeki değişiklikler, gebelik durumu, çocuk sahibi olma, iş değişiklikleri, yaşın ilerlemesine bağlı etkiler, duygusal kayıpların yaşanması, ekonomik sıkıntılar ve motor kayıpların olmasıdır (Öz, 2004).

2.2.5. Anksiyete Türleri

Bazı araştırmalarda anksiyete kaynağına göre, bazılarında ise niteliklerine göre sınıflandırılmaktadır.

Durumluluk-sürekli kaygı

Anksiyete Spielberger ve ark. (1972; akt: Şeyhoğlu, 2005) tarafından, durumluk ve sürekli kaygı olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Durumluk kaygı; riskli, beklenmeyen bir durum karşısında ortaya çıkar. Sürekli kaygı ise ister sebep olsun, ister olmasın, belli bir olay karşısında ölçsüz bir şekilde uzun süren bir kaygıdır.

Tüm insanlar herhangi bir tehlike karşısında kaygı hissederler. Tehlikeli durumlarda görülen panik ve endişe, süreli ve normal bir kaygıdır. Ruhsal gerilimin artması ile birlikte durumluk kaygı oranında artış görülürken, stresin yok olması ile birlikte düşüş görülür. Diğer taraftan bazı bireyler ise sürekli olarak mutsuzluk ve huzursuzluk hissederler. Bu kaygı türü ise doğrudan çevresel nedenler ile bağlantılı olmayıp içsel kaynaklıdır (Gökçe ve Dündar, 2008).

Bireyin strese yol açan durumu kendisi için tehdit olarak algılaması ve durumluk duygusal reaksiyon sıklığını artırarak süreklilik kazanması, sürekli kaygı ile sonuçlanmaktadır. Sürekli kaygı kişisel bir özellik olup bireyler

arasında farklılıklar gösterir. Sürekli kaygısı yüksek olan kişiler, strese neden olan durumlara daha tehlikeli gözüyle bakarlar ve daha fazla tepki gösterme eğiliminde olurlar (Özgüven, 1998).

Sürekli kaygı yaşayanlar, nedeni belli olmayan bir endişe hissederler ve her an kötü bir şey meydana geleceği beklentisindedirler. Yoğun ve sürekli bir anksiyete günlük işlevlerin etkilenmesi ile sonuçlanmakta, hatta bu anksiyetenin derecesinin ağır olması tüm yaşantının etkilenmesine yol açmaktadır (Ültanır, 2003).

Akut-kronik kaygı

Çavuşoğlu (1990) kaygıyı akut ve kronik kaygı şeklinde sınıflandırır. Akut kaygı yoğun ve kısa süreli iken, kronik kaygı daha düşük yoğunlukta ve belirsiz sürelidir. Burada belirtilen akut kaygı Spielberger'in Durumluk kaygı tanımına, kronik kaygı ise Spielberger'in Sürekli kaygı duygu durumuna denk gelmektedir.

2.2.6. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramlar

2.2.6.1. Psikanalitik Yaklaşım

Anksiyeteyi açıklamaya ve tanımlamaya başlayan ilk psikanalitik kuramcı Freud'tur. Freud anksiyete ve çatışmanın açıklanmasında topografik ve yapısal olmak üzere, iki kuram kullanmıştır. Topografik kuram, sadece haz ilkesi doğrultusunda doyurulmak arzulanan dürtüler bastırılıp bilinçdışına itildiğini ileri sürer. Ancak bu dürtüler sürekli olarak bilince çıkma çabasındadırlar. Dürtülerin doyuma ulaşmak amacıyla sürekli olarak bilince çıkma çabaları süreci çatışmanın temelini oluşturur. Yapısal kuramda ise topografik kuramdaki eksiklikler tamamlanmıştır. Yapısal kuramda kişiliğin temel öğelerini id, ego ve süper ego oluşturduğunu ve çatışmanın bu üç öğe arasındaki uyumsuzlıktan kaynaklandığı belirtilmiştir. Freud'a (1926; akt: Tunçelli, 2008) göre kaygı ego ve süperego arasında çatışma sonucu meydana gelir.

Freud'a göre üç tür anksiyete vardır (Freud 1926; akt: Ülev, 2014).

a) Gerçeklik anksiyetesi: İdin ihtiyaçlarını karşılama çabası içinde olan ego, dış dünyanın gerçekleri karşısında zorluk çeker ve bunun sonucu olarak gerçeklik kaygısı meydana gelir. Gerçeklik kaygısı, bir tehlike veya tehdit karşısında mantıklı ve anlaşılır bir tepkidir.

b) Ahlaki anksiyete: Egonun idin isteklerini karşılamaya çalışmasının, süper egonun ahlaki kuralları ile uyum göstermemesi ve bunun sonucunda süper egonun yönelttiği suçlama, utanma ve aşağılama gibi duyguların neticesinde meydana gelen anksiyetedir.

c) Nevrotik anksiyete: Egonun idin sonu olmayan istekleri ve dürtüsel baskıları karşısında zorluk çekmesi ve baskıların şiddetinin artması durumunda benlik bütünlüğünün tehlikede olduğunu algılaması neticesinde meydana gelen anksiyetedir. Gerçeklik anksiyetesinden farkı, her zaman mantık dışı olmasıdır.

2.2.6.2. Bilişsel Kuram

Bilişsel yaklaşım anksiyetenin nedeninin olayın kendisi olmayıp, bireyin olayla ilgili beklentisi ve yorumudur. Beck (1976; akt: Ülev, 2014), tehlike durumunda korku ve anksiyetenin bir işaret olarak ortaya çıktığını ifade etmiştir. Gerçek bir tehlikenin varlığında 'anksiyete programı' etkinleşmekte, organizmayı kaçma veya savaşıma yönünde hazırlamakta ve organizmanın hayatta kalmasına yardımcı olmaktadır (Beck 1976; akt: Ülev, 2014). Bununla birlikte modern dünyanın değişen koşullarında fiziksel tehlikelerle karşılaşma olasılığı daha düşüktür. Bu yönde anksiyete programı, gerçek bir tehlikenin yokluğunda, organizmanın yanlış yorumları nedeniyle aktif hale geldiğinde işlevselliğini yitirmekte ve bir sorun olarak ortaya çıkabilmektedir (Ülev, 2014).

2.2.6.3. Davranışçı ve Öğrenme Kuramı

Davranışçı kuram anksiyetenin, klasik ve edimsel koşullanmalar yoluyla öğrenildiğini savunmaktadır (Güleç ve Köroğlu, 1997). Klasik koşullanma, korkutucu özelliği bulunmayan nötr bir uyarının korkutucu bir uyararla eşleşip nötr olma özelliğini kaybetmesi ve korkutuculuk özelliği kazanmasıdır. Bu koşullanma türünde bir davranışın görülmesini arttıran en önemli faktör

davranışın sonuçlarıdır. Diğer bir deyişle bir davranışın sonucunun ödül olması durumunda tekrarlama olasılığı artar. Kaçınma davranışı bireyi kaygıdan koruma ve pekiştireç (ödül) görevi üstlenerek fobiyi devam ettirir (Sungur, 1997). Eysenck ve Eysenck (1985; akt: Sümer, 2008) nevrotik davranışların, öğrenilmiş ve uyumsuz oldukları, ayrıca başta kaygı gelmek üzere güçlü duygular barındırdıklarını bildirmişlerdir. Anksiyete, acı veren veya tehdit edici bir uyarana karşı verilen koşulsuz bir tepkidir.

Sosyal öğrenme modeli öğrenmenin başka örnekleri ya da rol modellerini gözlemlenmesi sonucu gerçekleştiğini öne sürmektedir. Çok sayıda korku çocukluk ve ergenlik çağında rol modelleri izleyerek öğrenilmektedir. Yılan, akrep korkusunun nesilden nesile aynı şekilde geçmesi sosyal öğrenme yoluyla gerçekleşmektedir (Sungur, 1997). Sosyal öğrenme kuramında birey belli bir olay karşısında aşırı kaygılı tepki veren ebeveyn/yakın kişiden etkilenir. Bu durumun sonucunda benzer olay ile karşılaşınca aynı tepkiyi verir (Yalom, 2001).

2.2.6.4. Varoluşçu Kuram

Varoluşçu kuram anksiyetenin, insanın varolmasıyla birlikte ortaya çıktığını ve anksiyetenin varoluşa karşın yok oluş gerçeğinin algılanması olduğunu savunur (Öztürk ve Uluşahin, 2011). May'e (1977; akt: Özdemir, 2015) göre anksiyete insanın varlığı için temel kabul ettiği değerleri hedef alan bir tehdittir. Kendi olmanın sınırları ve sorumluluklarının fark edilmesinin yol açtığı kaygı tüm yaşam boyunca devam eder (Geçtan, 2000). Tillich (1952; akt: Özdemir, 2015) bu anksiyetenin öğretici bir fonksiyonu olduğunu ileri sürer. Kişinin sahici bir hayat sürmesine, sahtelikten kurtarılmasına imkan verir. Bireyin varoluşu için tehdit oluşturan ölüm varoluş anksiyetesin tekilleyen en önemli kaynaktır (Yalom ve Josselson, 2011). Ölümle yüzleşmenin yol açtığı anksiyeteyi engellemek için birey çoğu zaman kayıtsızlığa düşer, kendini duyarsızlaştırma yoluna gider (Sayar, 2011). Bunun sonucunda anksiyete susturulmuş olsa da birey sahici kendiliğinden uzaklaşır (Nolen-Hoeksema, 2009).

Özetle varoluşçu kurama göre anksiyete, varolmanın imkânları ve sorumlulukları ile bu varlığın sınırlarını farketmenin bir sonucu olarak oluşur. Varoluşçu kuram, bireyin tüm hayatı boyunca devam eden bu anksiyeteye baş

etme yöntemi olarak onu kabullenmek ve öğreticiliğini kullanmayı sağlamaktadır (Yalom ve Josselson, 2011).

2.2.6.5. Bütüncül Yaklaşım

Bu yaklaşımın öncüsü olan Horneyanksiyete kavramının anlaşılmasında önemli rol oynamıştır. Kaygı ve panik kavramlarını birbirine eş tutarak iki kavramın yakınlığını vurgulamaya çabalamıştır. İki durumda da terleme, titreme, ölüm korkusuna yol açacak kadar hızlı kalp atışları gibi bedensel tepkiler görülse de kavramlar arasında önemli farklılıklar vardır. Korku, bireyin karşı karşıya kalığı tehlikeyle orantılı bir duygu iken kaygı çoğu kez kuramsal bir tehlikeye verilen bir tepkidir. Buna örnek olarak bir annenin nezle olan çocuğu için ölüm korkusuna kapılması kaygı, çocuğu önemli bir hastalığa yakalanan annenin ölüm korkusu yaşamaması korkudur (Geçtan, 2000).

2.2.7. Özel Bakıma İhtiyacı Olan Çocukların Annelerinde Anksiyete

Çocuğu gelişme geriliği tanısı alan birçok ebeveyn çocukları ve kendi hayatları ile ilgili tanının yol açacağı değişiklikler hakkında tam bilgi sahibi olmamaları nedeniyle yoğun bir endişe duymaktadırlar. Genellikle çok özel gereksinimleri olmaları nedeniyle bu çocuklar aile yaşantısına uyum sağlamakta zorluk çekerler. Bu endişelerin temelini ailelerin bilinmeyen, belirsiz olana karşı duyulan korku oluşturmaktadır (Üstüner Top, 2009: 35). Bu belirsizlik ailelerin kaygı yaşamamasına yol açmaktadır. Çalışmalar zihinsel veya bedensel engelli çocuğu olan ebeveynlerin stres ve anksiyete düzeylerinin artmış olduğunu bildirmektedir (Esdaile ve ark. 2003, Glidden ve ark. 2003, Hasting 2003, Macias ve ark. 2003). Uğuz ve arkadaşları (2004) 29 “mentalretardasyon”, 26 “otizm”, 25 “serebralpalsi” tanısı almış olan çocukların anneleri ve 89 zihinsel veya bedensel engeli olmayan çocukların anneleri ile yapmış oldukları çalışmalarında engelli çocuğa sahip annelerde anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu saptamışlardır. Engelli çocuğu olan anneler, çocuklarının kendilerine bağımlı olmalarının onlarda daha fazla strese neden olduğunu ifade etmişlerdir (Uğuz ve arkadaşları, 2004). Ayrıca özel bakıma ihtiyacı olan çocukta ek sağlık sağlık problemlerinin olması ebeveynlerin daha fazla stres yaşamalarına neden olmaktadır (Batu, 2011)

Şengül ve Baykan'ın yapmış olduğu çalışmada (2012) zihinsel engelli çocuğu olan annelerin %44'ünde depresyon, %60'ında anksiyete bozuklukları olduğu gözlenmiştir. Ayrıca bu çalışmada çocukların zeka düzeylerinin azalması ile orantılı olarak annelerin depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı alma oranlarında artış olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Montes ve Halterman (2007) OSB semptom şiddetinin ve çocuğun özelliklerinin ebeveynlik stresiyle güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir.

Engelli çocuğu olan anne, çocuğunun geleceği ile ilgili belirsizlikler nedeniyle ve özellikle kendisinin çocuğa bakım veremeyecek duruma gelmesi veya vefat etmesi durumunda, çocuğunun tek başına bir yaşam sürdürüp sürdüremeyeceği ile ilgili sürekli kaygı durumu yaşayabilir (Üstüner Top, 2009). Coşkun ve Akkaş'ın (2009) çalışmasında engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı seviyelerinin yüksek olduğu, ayrıca sürekli kaygı düzeyinin sosyal destek düzeyiyle ters ilişkili olduğu izlenmiştir. Bununla birlikte, annenin eğitim düzeyi ve aile gelir düzeyinin artması ile, sürekli kaygı düzeyinin düştüğü, diğer taraftan algılanan sosyal destek düzeyinde artış olduğu saptanmıştır.

2.3. Tükenmişlik

2.3.1. Tükenmişlik Kavramı

Günümüzde bireylerin çok sayıda sorumluluk altına girmesi, edinilen rollerde artışın olması, birebir ve sosyal bağlantılarının karmaşık hale gelmesi ile psikolojik sağlık tehlike altına girerek oluşturulan ilişkiler insanların hayatında daha hassas bir yer edinmektedir. Yoğun insan etkileşimleri olduğunda bireyler tükenmişlik tehlikesi altına girmektedir (Filiz, 2014).

Tükenmişlik kavramı ile ilgili ortak bir tanımlamanın yokluğuna rağmen, bireysel ve örgütsel düzeyde görüldüğü ve psikolojik yapıdaki hislerin, davranışların, güdülenmelerin ve beklentilerin dahil olduğu ifade edilmektedir(Türe, 2008).

Tükenmişlik kavramı 1974 yılında literatüre ilk kez, çalışanlarda gözlenmiş olan duygusal tükenmişlik, bağlılık ve güdülenme seviyesinde düşüş gibi belirtileri tanımlamaya yönelik Freudenberger'in makalesi ile girmiştir (Peker, 2002). Bu yazıyı takip eden yıllarda Christina Maslach yaptığı araştırmalarla

kavramı daha ayrıntılı olarak ele almıştır. Tükenmişlik üzerine yapılan farklı çalışmalar ilk kez 1981’de gerçekleştirilmiş olan “Birinci Uluslararası Tükenmişlik Konferansı”nda bildirilmiştir (Peker, 2002).

Maslach ve Jackson’a (1981) tükenmişliği; bireyde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk hisleri, yaptığı işe, yaşama ve diğerlerine karşı olumsuz tutumları içeren fiziksel ve zihinsel boyutlu bir sendromdur (akt. Altinkurt, 2012). Cardinell (1981) ise tükenmişliğin aşırı bağlılık sonucunda meydana gelen bir rahatsızlık ve aşırı düzeyde stres veya doyumsuzluk durumunun kişinin yaptığı işten soğuması şeklinde gösterdiği bir tepki olduğunu açıklamaktadır (Akt. Izgar, 2006).

Tuğrul ve Çelik (2002) tükenmişlik kavramını, kişilerin karşı karşıya oldukları stresle başa çıkamama neticesinde meydana gelen, fizyolojik, zihinsel ve psikolojik alanlarda hissedilen bir durum olduğunu ifade etmişlerdir. Tükenmişlik; başarısızlık, isteksizlik, güç kaybı veya yerine getirilmeyen istekler neticesinde görülür ve bireyi mutsuzluk ve depresyon gibi olumsuz durumlara sürükler (Şahin ve Şahin, 2012).

2.3.2. Tükenmişlik Sendromunun Evreleri

Tükenmişlik Sendromu; şevk ve coşku evresi, durağanlaşma evresi, engellenme evresi ve umursamazlık evresi olmak üzere dört evreden oluşmaktadır.

2.3.2.1. Şevk ve İdealistlik Coşku Evresi

Artan bir mutluluk, umut ve beklenti düzeyinde, ayrıca bunların gerçekleşmesi için harcanan enerjide artış ve gerçek dışı boyutlara kadar varan mesleki hedeflerin olduğu evredir. Kişi, yaşamakta olduğu zor şartlara karşı yüksek bir uyum sürecine girme gayretindedir. Bu evrede bireyin işine aşırı değer verdiği ve elinden gelenin fazlasını yapmaya çalıştığı görülür. Kişi işi ile ilgili gerçekleşmesi imkansız beklentiler içine girer ve bu doğrultuda çok enerji sarf eder. Kendisine, aile ve sosyal yaşantısına çok sınırlı zaman ayırma eğilimindedir (Kaçmaz, 2005).

2.3.2.2. Durağanlaşma Evresi

Kişi mesleği ve yaptığı işle ilgili karşılaştığı zorluklardan dolayı rahatsızlık hissetmeye başlar ve beklentilerinde azalma görülür. Bu evrede kişi artık işten başka bir şeye zaman ayıramadığını sorgulamaya başlar ve artık istekte ve umutta azalma görülür. İşten alınan doyumun azalmasına bağlı olarak bireysel gereksinimler öncelik kazanır ve sosyal yaşantının önemi artar (Üngüren, Doğan, Özmen, Tekin 2010).

2.3.2.3. Engellenme Evresi

Bu evrede birey olumsuz çalışma ortamını değiştirmesinin kesinlikle mümkün olmadığını kavrar. Bu nedenle engellenmişlik duygusu içine girer. Bu durumda kişinin önünde izleyebileceği üç yol bulunmaktadır: adaptif savunma ve başa çıkma yöntemlerini harekete geçirme, maladaptif savunmalar ve başa çıkma stratejileri ile tükenmişliği iletme, durumdan kendini çekme veya kaçınma davranışlarıdır (Kaçmaz, 2005).

2.3.2.4. Umursamazlık Evresi

Bireyde ileri derecede inanç tükenmesi ve umutsuzluk görülmeye başlar. Bu evrede kişi derin bir duygusal kopuş hisseder. Artık işinden zevk almaz ve sadece ekonomik ve sosyal güvence amacıyla çalışmaya devam eder (Üngüren ve ark. 2010).

2.3.3. Tükenmişlik sendromunun alt boyutları

Maslach ve arkadaşlarının oluşturmuş olduğu tükenmişlik modeli günümüzde en yaygın kabul gören ve kullanılan tükenmişlik tanımıdır (Kafadar, 2014). Tükenmişlik Maslach tarafından; “duygusal tükenme”, “duyarsızlaşma” ve “kişisel başarı” olmak üzere, üç boyutlu bir kavram şeklinde incelenmiştir (Dursun, 2015; Özdevecioğlu, Sucan ve Akın, 2014, Özler ve Özçınar, 2014).

2.3.3.1. Duygusal Tükenme

Tükenmişlik düzeyinin bu boyutu; tükenmişliğin en belirleyici boyutu olup kişisel stres düzeyini temsil etmektedir (Türkçarpar, 2013). Tükenmişliğin başlangıç en önemli aşamasıdır ve belirtileri nettir (Dursun, 2015; Özdevecioğlu ve ark., 2014; Özler ve Özçınar, 2014). Bireyin başka kişilerle

oldukça fazla çalışmasının neticesinde fiziksel ve duygusal açıdan fazlasıyla yorgun ve bitkin olmasıdır (Özkan, 2012). Böyle durumlarda duygusal tükenme bir tepki olarak meydana gelmektedir (Kafadar, 2014).

Duygusal yönden yoğun bir iş yükü altında olan kişiler, diğer insanların yoğun talepleri altında ezilmekte ve kendilerini kullanılmış hissederler (Kafadar, 2014). Bu kişiler enerjilerini tekrar elde etmek için herhangi bir kaynak bulamazlar ve bu durumun sonucunda hizmet verdikleri kişilere daha önceden olduğu kadar verici ve ilgili davranmadıkları düşüncesindedirler (Türkçarpar, 2013). Kişinin yapmakta olduğu işle ilgili motivasyonu düşmüştür (Arı ve Bal, 2008).

2.3.3.2. Duyarsızlaşma

Duyarsızlaşma, tükenmişliğin kişilerarası iletişim boyutunu içerir. Bireyin işi gereği karşı karşıya kaldığı kişilere karşı sert bir tutum içine girmesi ve duygudan yoksun davranışlar sergilemesidir (Koçak, 2009). Duyarsızlaşma yaşayan birey, yaşamının başka kişilerin kontrolünde olduğunu düşünmeye başlamakta ve bu durumdan dolayı insanlarla arasına mesafe koyarak onları kendinden uzaklaştırmaktadır (Ardıç, Polatçı, 2009). Duyarsızlaşma, kişinin kendisini tükenmişlik ve hayal kırıklıklarından korumak için başvurduğu bir savunma şeklidir (Türkçarpar, 2011).

Duyarsızlaşma yaşamakta olan bir kişi, diğerlerini nesne olarak görmekte, bu nedenle onlara karşı küçültücü alaycı bir dil kullanır. Bunun yanı sıra başka insanlardan sürekli kötülük göreceğine inanır ve işini katı kurallara göre yapma davranışı içine girebilir (Demirkol, 2006).

2.3.3.3. Kişisel Başarıda Düşme

Tükenmişliğin üçüncü boyutunda kişi kendi hakkında olumsuz değerlendirmelerde bulunur, yapmakta olduğu ve yapacağı işlerle ilgili olarak yetersizlik hisseder ve kişisel başarı eksikliği duygusu içindedir (Şanlı, 2006). Kişisel başarıda düşme, tükenmişliğin kişisel gelişme boyutunu yansıtmaktadır (Polatçı, 2007).

Kendisiyle ilgili sahip olduğu olumsuz düşünceler, kişilerarası ilişkilerinde de soruna yol açar. Motivasyonundaki düşüş nedeniyle sorumluluklarını yerine

getirmekte zorluk yaşar ve bununla ilgili kendisini suçlar. Diğer kişileri olumsuz olarak tanımladığı gibi kendisi hakkında da olumsuz düşünür. Bu duruma bağlı olarak kişi depresyona girebilir (Üngüren ve ark. 2010).

2.3.4.Tükenmişliğin Nedenleri

2.3.4.1. Bireysel Nedenler

Yaş

Yaş faktörü tükenmişliğin görülmesi üzerine etkilidir. Çalışmalar mesleki kariyerinin başında olan gençlerde tükenmişliğin daha fazla yaşandığını göstermiştir (Kırmızıgül, 2018; Maslach, Schaufeli, Leiter 2001; Ergin 1995) Diğer taraftan Ergin'in (1993) yapmış olduğu çalışmada kişisel başarı ile ilgili düşme hissinin ise belli bir meslekte uzun süre çalışanlarda görüldüğü tespit edilmiştir.

Cinsiyet

Literatürde cinsiyetin tükenmişlik ile ilgili ilişkisini araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar alındığı göze çarpmaktadır. Bazı çalışmalar kadınların duygusal tükenme düzeylerinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğunu ifade etmektedirler (Erol, Sarıçiçek A, Uzunseren 2007; Özyurt, Hayran, Sur 2006; BudakveSürgevil, 2005; Buick I, Thomas, 2001; Maslachve ark, 2001). Bunun yansira cinsiyetin tükenmişlik ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (Kırmızıgül, 2018; Aslan, Kiper, Karaağaoğlu, Topa, Güdük, Cengiz 2005;Kırılmaz, Çelen, Sarp 2003).

Bıçak (2018)anestezi uygulayıcılarında tükenmişlik sendromu sıklığını araştırdığı çalışmasında erkek olan asistan doktorların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanının daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Medeni Durum ve Aile Yapısı

Bireylerin medeni durum ve aile yapısının tükenmişlik düzeyi üzerine etkili olduğunu göstermektedir. Bu konuda farklı sonuçlar bildirilmektedir.Çok sayıda araştırma evli ve çocuk sahibi bireylerin daha ileri derecede duygusal tükenmişlik içinde olduklarını belirtmektedir (Torun 1997; Arı ve Bal, 2008; Maslachve ark, 2001). Bununla birlikte, Bayram'ın (2016) eğitim çalışanlarında

tükenmişlik ve depresyon düzeylerini değerlendirdiği çalışmasında devlet ve özel kurumda çalışmakta olan kişilerin medeni durumlarına göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı hissi, tükenmişlik ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır. Ayrıca Bıçak'ın (2018) yapmış olduğu çalışmada uzman doktor ve asistan doktor olan hastane çalışanların doyum ve tükenmişlik düzeyinin medeni durumlarına göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. Bununla birlikte anestezi teknikerlerinin duyarsızlaşma puanının bekarlardakı daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Bıçak, 2018).

Eğitim

Eğitim seviyesinin tükenmişlik düzeyi üzerindeki etkisini araştıran geniş kapsamlı çalışmalar olmamakla birlikte, eğitim seviyesi daha yüksek olan çalışanlarda tükenmişlik düzeyinin daha fazla olduğu görülmüştür. Bu durumun olası açıklaması olarak; yüksek öğrenim görmüş kişilerin daha büyük sorumluluklara ve daha yüksek strese sahip işlere sahip olmaları veya daha yüksek eğitilmiş kişilerin meslekleri için daha yüksek beklentilere sahip olmaları ve bu beklentilerin gerçekleşmemesi durumunda daha sıkıntılı olmaları olabileceği öne sürülmüştür (Maslach ve ark. 2001).

Kişilik

Çalışmalar bireylerin kişilik özelliğinin tükenmişlik sendromu ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Akçamete, Kaner ve Sucuoğlu, 2001). A tipi kişilik içe dönük olup çekingendir ve yalnız çalışmaktan hoşlanır (Izgar, 2006). Bu tip kişiliğin özelliği öfkeli, huzursuz, sabırsız, aşırı titiz ve rekabetçi olmasıdır (Moorhead ve Griffin, 1992). B tipi kişiliğin özelliği ise saldırgan ve düşmanca davranışlar göstermeme, huzursuzluk duymadan çalışması, tartışmadan uzak durması ve zaman sıkışıklığından rahatsızlık duymamasıdır (Akçamete ve ark. 2001). A tipi kişilik özelliğinde olanların stres ve tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Akçamete ve ark. 2001).

Bireysel İhtiyaçlar ve Beklentiler

Genç ve tecrübesiz kişilerde, kendilerinden ve örgütten beklentilerinin fazla olmasına bağlı olarak, tükenmişlik görülme oranları daha yüksektir (Izgar, 2006).

2.3.4.2. Çevresel Faktörler

Tükenmişlikle ilgili çevresel faktörler; çalışma koşulları ve çalışma ortamı ile ilgili özellikler, iş yükünün aşırı olması, çalışma arkadaşları ile olan ilişkiler, çalışanın birbiri ile çatışan talepleri karşılamak zorunda olmasıdır (Maslachve ark. 2001).

2.3.5. Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişlik sendromu yavaş ve sinsice gelişen belirtilerden oluşmakta olup bu belirtilerinin dikkate alınmaması tükenmişlik sendromunun ilerlemesine yol açar. Bununla birlikte bu sürecin belirtilerinin iyi bilinmesi, zamanında tanınım konulması ve gerekli önlemlerin alınması son derece önemlidir (Ardıç ve Polatçı, 2008). Tükenmişlik belirtileri fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtiler olmak üzere üçe ayrılır (Ardıç ve Polatçı, 2008; Sılığ, 2003).

2.3.5.1. Fiziksel Belirtiler

Tükenmişlik sendromu, kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte, en sık neden olduğu fiziksel belirtiler; sürekli olarak yorgunluk ve bitkinlik hissi, uykusuzluk, baş ağrısı, uyuşukluk hissi, kilo kaybı veya alımı, solunum güçlüğü, yaygın ağrı ve sızılar yaşanması, kolesterol ve tansiyonda artış, çarpıntı, koroner kalp rahatsızlığı, bağışıklık sisteminde bozukluk, sık enfeksiyon geçirme, gastrointestinal hastalıklar, deride çeşitli kızarıklıkların meydana gelmesidir (Kaçmaz, 2005).

2.3.5.2. Duygusal belirtiler

Tükenmişlik sendromunun duygusal belirtileri fiziksel belirtilere göre daha önce ortaya çıkar. En çok görülen belirtiler şüphecilik, sürekli sinirlilik hali, çaresizlik, ümitsizlik, yalnızlık, nedeni bilinmeyen huzursuzluk ve tedirginlik duygusudur (Keser, 2009). Diğer sık görülen belirtiler; duygusal bitkinlik, bilişsel becerilerde zorluk yaşama, hayal kırıklığı, benlik saygısında düşüş,

kendini değersiz hissetme, cesaretsizlik, eleştiriye aşırı hassasiyet, sabırsızlık, karar verme yetilerinde zayıflama, boşluk ve anlamsızlık hissi, gözlerin çok çabuk dolması, depresyon, diğer kişilere yabancılaşma, duyguları hissetmek şeklinde sıralanabilir (Izgar, 2006).

Tükenmişlik sendromu yaşayan kişiler çevrelerinden uzaklaşırlar ve insanlarla ilişki kurmada zorluk çekerler (BirdirveTepeci, 2003). Kişinin işi üzerindeki kontrolünü kaybetmesi, işi için ihtiyaç duyulan kaynakları kullanamaması ve kariyer basamaklarında engellerle karşılaşması kendisini engellenmiş hissetmesine neden olur. Ayrıca kişinin beklemekte olduğu ödül ve takdirleri alamaması kendisini tükenmiş hissetmesine yol açar. Korku ve kaygı da, çalışanın işi üzerindeki kontrol duygusunu kaybettiği ve iş çevresinin belirsizlik içinde olduğu durumlarda görülmektedir (Sürgevil, 2006; Lewandowski, 2003).

2.3.5.3. Davranışsal Belirtiler

Davranışsal belirtiler, tükenmişliğin derecesinin ciddi bir boyutta olduğunu göstermektedir. Kişinin iş yaşantısının yanısıra ev yaşantısı da bu durumdan olumsuz yönde etkilenmektedir. Tükenmişlik yaşayan kişilerde; çabuk öfkelenme, işe gitmek istememe, işe geç gitme ya da gitmeme, işyerinde işi yavaşlatma, yalnız kalma isteği, aşırı alınganlık, evlilik çatışmaları ve boşanma, alkol ve sigara gibi maddeleri kullanma eğiliminde artış, dikkatini odaklayamama, ağlama, takdir edilmediğini düşünme, alınganlık gösterme, alaycı ve suçlayıcı olma gibi davranışsal belirtiler gözlenmektedir (Sürgevil, 2006; Potter 1995).

2.3.6. Tükenmişlikle Başa Çıkma Yolları

Tükenmişliğin ortadan kaldırılmasında kullanılan iki yol kaçış mücadelesi ve kontrol mücadelesidir. Kaçış mücadelesinde, sorunlardan kaçılır veya görmezden gelinir. Kontrol mücadelesinde ise sorunlarla baş etmede tavsiye edilen yöntemler kullanılır (Sürgevil, 2006).

Tükenmişlik belirtileri olan birey destek için çevresine, yöneticilerine başvurmalı, şiddetine göre, gerekirse, profesyonel destek almalıdır (Sürgevil, 2006). Kişi beklentilerini gözden geçirmeli, ulaşılabilir hedefler belirlemelidir. Kendine rahatlamak için zaman ayırmalı, hobiler edinmelidir (Maslachve ark.

2001). Stresli bir durum karşısında olayın olumlu tarafından bakmayı öğrenmelidir (Sürgevil, 2006]. Kendi fiziksel ve ruhsal sağlığına önem vermelidir. Mizah duygusunu yitirmemelidir. Kişi evle iş hayatını ayırmalıdır (Maslachve Leiter 2008).

İş yerinde çalışanlarda tükenmişliğin ortaya çıkmasını engellemek çok önemlidir. Bu amaca uygun olarak, özellikle tükenmişlik yaşama olasılığı olan yüksek olan belli meslek dalı üyelerine yönelik bilinçlendirme çalışmaları yapılmalıdır (Sönmez, 2006). Örgüt yöneticileri çalışanlarına beklentileri ile ilgili bilgiyi çalışmanın başında net olarak belirtmelidirler. Ayrıca yöneticiler çalışanlarına bir problem ile karşılaşmaları halinde kendilerine başvurabileceklerini ifade etmelidirler (Arı ve Bal, 2008). Kurum tükenmişlik yaşayanlara yönelik hizmet içi eğitim planlaması yapılmalıdır. Okullarda rehberlik öğretmenlerinin danışmanlı hizmetleri aracılığı ile çalışanların tükenmişlik derecesi azaltılabilir (İkiz, 2010).

2.3.7. Tükenmişliğin Sonuçları

Tükenmişlik kişide enerji kaybı yaratıp, bireyi gittikçe yorgun ve huzursuz yapabilir. Bu durum psikosomatik rahatsızlıklara yol açar (Ardıç ve Polatçı, 2009). Bununla birlikte kişide tükenmişlik, sigara, alkol kullanımı gibi zararlı alışkanlıkların meydana gelmesine neden olabilir (Izgar, 2006; Sürgen, 2014)

Kişinin mesleki başarısında düşme, hizmet verilenlere yönelik ilgide azalma, iş devamsızlığında artış, iş değiştirme ve işi bırakma isteği görülür. Bireyde ortaya çıkan dikkat dağınıklığı iş kalitesinde düşüşe ve iş yerinde kazalar ve yaralanmalar ile sonuçlanır (Sürgevil, 2006).

Bireyin çalışma hayatındaki problemlerin neden olduğu tükenmişlik belirtilerinin aile hayatı üzerine de olumsuz etkileri olur. Kişi evde de kendisini yalnız hisseder. Evliliği de bu durumdan olumsuz etkilenmektedir (Ardıç ve Polatçı, 2009). Kişinin aile içinde de takdir görmediğini düşünmesi tükenmişliğin ortaya çıkmasına neden olur (Gökoğlan, 2010).

Tükenmişlik kişide çok karmaşık duygulara yol açar ve bu durum davranış bozukluğunun görülmesine kadar gidebilir. Diğer taraftan davranış bozukluğu da kişinin aile hayatını olumsuz etkilemektedir (Ardıç ve Polatçı, 2008; Sürgen, 2014).

Kişinin mesleki başarısında düşme, hizmet verilenlere yönelik ilgide azalma, iş devamsızlığında artış, iş değiştirme ve işi bırakma isteği görülür. Bireyde ortaya çıkan dikkat dağınıklığı iş kalitesinde düşüşe ve iş yerinde kazalar ve yaralanmalar ile sonuçlanır (Sürgevil, 2006).

Bireyin çalışma hayatındaki problemlerin neden olduğu tükenmişlik belirtilerinin aile hayatı üzerine de olumsuz etkileri olur. Kişi evde de kendisini yalnız hisseder. Evliliği de bu durumdan olumsuz etkilenmektedir (Ardıç ve Polatçı, 2009). Kişinin aile içinde de takdir görmediğini düşünmesi tükenmişliğin ortaya çıkmasına neden olur (Gökoğlan, 2010).

Tükenmişlik kişide çok karmaşık duygulara yol açar ve bu durum davranış bozukluğunun görülmesine kadar gidebilir. Diğer taraftan davranış bozukluğu da kişinin aile hayatını olumsuz etkilemektedir (Ardıç ve Polatçı, 2008; Sürgevil, 2014).

2.3.8. Engelli Çocuğu Olan Annelerde Tükenmişlik

Engelli bir çocuğa sahip olan anneler geleneksel anne sorumluluklarına ek olarak, çocuklarının engellilikle ilgili bakım gereksinimlerini de yerine getirmeleri gerekir (Varghese ve Venkatesan, 2013). Engelli bir çocuğa sahip olan anneler engelli çocuğa sahip oldukları için kendilerini suçlayabilir, kendilerine karşı kızgınlık besleyebilirler. Ayrıca çocuklarına karşı olumsuz davranışlarda bulunabilirler. Bu kişilerin evliliklerinde sorunlar ortaya çıkar, depresyona girme ihtimalleri yüksektir, bedensel şikayetleri görülmeye başlar (Lenhard, Breitenbach, Ebert, Schindelbauer-Deutscher, Henn, 2005; Johnson, 2000). Engelli bir çocuğa sahip olan anneler kendilerini hayal kırıklığına uğramış ve yaşam şartlarıyla gitgide daha fazla başedemez halde hissederler. Çok fazla enerji harcayarak, verecek hiçbir şeyleri kalmayacak bir noktaya ulaşırlar. Bütün bu durumlar, engelli çocukların annelerini duygusal ve fiziksel tükenmişlikle karşı karşıya bırakır (Kuhn ve Carter, 2006/156).

2.4. Baş Etme Tutumları

İnsanlar yaşamları boyunca çok sayıda bedensel ve ruhsal uyarılarla karşılaşmaktadır. Bireyin içinde bulunduğu denge ve uyum durumu bu uyarılar tarafından etkilenmektedir. Karşılaşılan durum kişide sıkıntıya

neden olacak, alışmış olduğu yaşam ve çözümyaklaşımlarında değişikliğe yol açacak, yeniden uyum sağlamasını gerektireceknitelikte olması halinde birey bu zorlu durum ile baş etmek için çaba gösterecektir (Basut, 2006; Werden, 2001).

Baş etme tutumları, stres artışına neden olan etkenlerin olumsuz etkilerinin düzeyini en aza indirme veya tümüyle yok etme ve bu etkenlerle mücadele etmede kullanılan bilişsel, duygusal ve davranışsal çabalardır (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongisveGruen, 1986; akt. Konkan, Erkuş, Güçlü, Şenormancı, Aydın, Ülgen ve Sungur, 2014;RothveCohen, 1986; akt. Konkan ve ark., 2014).

2.4.1. Baş Etme Tutumlarının İşlevleri

Baş etme tutumlarının iki temel işlevi vardır. Birinci işlevi, sorunun esas kaynağına yönelik baş etme tutumlarının kullanılması ile strese yol açan problemlerle baş etmeyi sağlayan “sorun temelli başa çıkma”dır.İkinci işlevi ise esas kaynağın neden olduğu duygusal etkiye yönelik kullanılan baş etme tutumlarını içeren “ duygusal temelli başa çıkma”dır (Ağargün,Beşiroğlu, Kıran, Özer ve Kara, 2005; Kraaij,Garnefskive Maes, 2002).

Soruna odaklanan baş etme tutumları daha aktif bir yöntemlerdir. Strese yol açan etkenlerin karşısında bilgi ve planlı eylemlerin dahil edildiği akılcı tepkilerden (aktif başa çıkma, planlama, rekabet aktivitesinin baskılanması, kendini sınırlayarak başa çıkma, yardımcı sosyal destek arama) oluşmaktadır ve sorunun çözülmesine yönelik bilinçli çabaları içermektedir (Baker ve Berenbaum, 2006;Lane, Jones ve Stevens, 2002). Duygusal temelli baş etme tutumu (emosyonel sosyal destek arama, olumlu yorumlama, kabullenme, inkar, dine yönelim, mizah) ise pasif bir yaklaşımdır. Strese yol açan nedenlerin sonucunda ortaya çıkan duyguların ortadan kaldırılmasına yöneliktir (Baker ve Berenbaum, 2006; Basut, 2006; Frydenberg, 2004). Bireylerin kullandıkları baş etme tutumları her iki yaklaşımı da içermektedir. Bununla birlikte yararlanan tutumlarda bireysel farklıklar da gösterebilmektedir (Folkman ve Lazarus, 1980; akt. Savcı ve Aysan, 2014).

Genelde araştırmacılar “sorun odaklı” baş etme haricindeki etmenleri, duygu odaklı baş etmenlerin varyasyonları (duygulara odaklanma ve onları dışa

vurma, davranışsal olarak ilgisini kesme, zihinsel olarak ilgisini kesme) şeklinde değerlendirirler. Baş etme tutumları aktifve pasif olan tutumlar olarak dasınıflandırılmaktadır. Aktif olan baş etme tutumları strese neden olan etmenin kendisinin değişikliğe uğramasını veya tümüyle ortadan kaldırılmasını amaçlayan davranışsal veya psikolojik yanıtları, pasif baş etme tutumları ise stres kaynağından uzaklaştıran davranışları kapsar. Bu yönüyle değerlendirildiğinde, baş etme tutumları uyuma yönelik olanlar ve olmayanlar olarak da tanımlanabilmektedir (Rohde, Lewinsho, Tilson ve Seeley, 1990).

Çok sayıda araştırmacı baş etme tutumlarını aktif baş etme (sorunla yüzleşmeyi içeren) veya kaçınmacı baş etme (sorunlayüzleşmekten kaçınmayı içeren) tutumu olarak ayırmaktadır. Aktif problem veya duygusal odaklı baş etme tutumları, stresin olumsuz etkilerini azaltarak, alternatif çözüm yollarının bulunmasına katkı sağlayarak stresin olumsuz etkilerini ortadan kaldırmaktadır. Kaçınan baş etme tutumları ise stresin olumsuz etkilerinde ve dolayısıyla durumun olumsuzluğunda daha da artışa yol açmaktadır (Ağargün ve ark., 2005).

Bu açıdan bakıldığında, baş etme tutumları işlevsel olan ve olmayan olarak ikiye ayrılabilir. İşlevsel baş etme tutumları; sorunla aktif olarak başa çıkabilmek içindestek arayışına girmek, somut çözüme götürecek davranışlar sergilemek ya da olası çözümler arayışında olmak şeklinde olabilir. İşlevsel olmayan tutumlar ise strese neden olan durumun görmezden gelinmesi ve bu durum ile ilgili olası çözüm yollarının araştırılmamasını içermektedir. Çalışmalar da olumsuz durumlarda aktif baş etme tutumlarının olumlu sonuçlara yol açtığını, diğer taraftan kaçınmacı baş etme tutumlarının uyumu bozucu bir biçimde işlevgördüğünü ve psikolojik açıdan olumsuzluk ile sonuçlandığını savunulmaktadır (Carver, Scheier ve Weintraub 1989; akt. Konkan ve ark., 2014).

2.5. İlgili Araştırmalar

Koydemir ve Tosun'ın (2009) otizmlili çocukların annelerinin hayatları üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmada, annelerin sürekli olarak engelli çocuklarıyla ilgilenmelerinin sosyal aktivitelerinde kısıtlılığa yol açtığını, sağlıklı

çocuklarıyla ve eşleriyle ilgilenmelerini engellediğini, boşanmalara yol açtığını ve bu durumların annelerin tükenmişliğini artırdığı saptanmıştır.

Durukan ve arkadaşlarının (2010) otizmlili çocukların annelerindeki başa çıkma stratejileri ve depresyon ile anksiyete düzeyleriyle ilişkiyi değerlendirdiği çalışmasında OSB tanısı alan çocukların annelerde beck depresyon ve anksiyete düzeyinin kontrol grubuna göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Otizmlili çocukların annelerinde, sağlıklı çocuğu olan gruba göre, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin aktif başa çıkma, sorun odaklı başa çıkma, yararlı sosyal destek kullanımı, diğer meşguliyetleri bastırma alt ölçekleri puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Machado ve ark. (2014) OSB'li çocuğa sahip ebeveynlerde anksiyete ve depresyon belirtileri için risk ve koruyucu faktörlerini araştırmaları çalışmasında, ebeveynlerin %26,7'sinde depresyon, %33.7'sinde anksiyete ve %18,9'unda hem anksiyete hem depresyon görülmüştür. Anksiyete ve depresyon bulgularının sıklığı açısından anne ve babalar arasında herhangi bir fark izlenmemiştir. Bu çalışmada OSB'li çocuklarda davranışsal problemlerin şiddeti ile ebeveynlerde görülen anksiyete ve depresyon bulgularının varlığı arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Otizm belirtilerinin çocukta başka bir sağlık sorunu ile birlikte görülmesinin, ebeveynlerde daha yoğun anksiyete ve depresyon belirtileri olasılığını artırdığı tespit edilmiştir. Buna karşılık çocuğun tedavi görmesi durumunda, ebeveynlerde bu semptomların riskinin azaldığı izlenmiştir. Ayrıca çocuğun davranışsal belirtilerinin şiddetli olması durumunda çocuğun babası onlarla aynı evde yaşaması halinde ebeveynlerde ciddi anksiyete ve depresyon belirtileri olasılığının daha düşük olduğu bulunmuştur.

Çandır'ın (2015) otizm spektrum bozukluğu ve down sendromu tanısı alan çocukların annelerinde depresyon, anksiyete, stres ve baş etme tutumları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada otizmlili çocuğu olan annelerde depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri, Down sendromlu ve normal çocukların annelerine göre yüksek saptanmıştır. Ayrıca söz konusu çalışmada otizmlili çocukların annelerinin baş etme tutumlarından zihinsel boş verme ve

madde kullanımını araştırmaya katılan diğer annelere göre daha fazla kullandıkları görülmüştür.

Tahincioğlu'nun (2016) OSB tanılı çocukların annelerinde anksiyete düzeylerinin tükenmişlik ile ilişkisini değerlendirdiği çalışmasında annelerin kişisel ve demografik değişkenlerinin bir ögesi olan eğitim düzeyi, gelir seviyesi ve çalışıyor olma halinin tükenmişlik puanı ile anlamlı farklılığa neden olduğu, annenin içinde bulunduğu yaşın ise, anksiyete düzeyleri ile anlamlı farklılığa neden olduğu saptanmıştır. Ayrıca, annelerin tükenmişlik düzeylerinin, anksiyetenin şiddeti ile bağlantılı olduğu, tükenmişliğin anksiyeteyi yordayıcı etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir.

Avcı'nın (2017) otizmliler çocukların ebeveynlerinin evlilik uyumları, sosyal destek algıları ve anksiyete düzeylerini değerlendirdiği çalışmasında bu gruptaki ebeveynlerin sosyal destek algılarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu saptamıştır. Otizmliler ocukların ebeveynleri ile kontrol grubu arasında anksiyete düzeyi açısından fark görülmemiştir. Bununla birlikte otizmliler ocuk annelerinde, babalara göre anksiyete düzeyleri daha yüksek tespit edilmiştir.

şahin'in (2017) otizm veya özgül öğrenme glğ taniılı çocukların annelerinde tükenmişlik belirtileri ile baş etme yöntemleri arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmasında otizmi çocuğu olan annelerin tükenmişlik ile baş etme yöntemleri arasında herhangi bir ilişki gözlenmemiştir.

Tunçel'in (2017) OSB tanılı çocukların annelerinde depresyon, tükenmişlik ve umutsuzluk düzeylerinin çocuktaki otizmin ağırlık derecesine göre karşılaştırılmasını yapmış olduğu çalışmada otistik bozukluk indeks puanları yüksek olan çocukların annelerinin depresyon, tükenmişlik ve umutsuzluk düzeyleri, otistik bozukluk indeks puanları düşük olanların annelerine göre daha yüksek saptanmıştır.

Zhou ve ark. (2019) OSB'li çocukların annelerinde duygusal sorunları araştırdıkları çalışmalarında, annelerin %72.5'inde depresyon, %80.2'sinde anksiyete bulgularının olduğu, ayrıca %67.1'inde hem depresyon hem anksiyete bulgularının grldđđ tespit edilmiştir. Bu çalışmada annenin

sosyoekonomik durumunun maternal anksiyete bulguları ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Bununla birlikte ortaokul mezunu olma durumunun depresyon bulguları ile ilişkili olduğu bulunmuştur.OSB'li çocukların düşük düzeyde davranışsal problemlere sahip olmaları annenin depresyon bulgularına karşı koruyucu olduğu görülmüştür.

3. BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma genel tarama modelinin bir alt türü olan ilişkisel tarama modeli şeklinde planlanmıştır. Genel tarama modelleri birçok elemandan meydana gelen bir evrende, evren ile ilgili genel bir yargı elde etmek hedefine yönelik evrenin bütünü veya onun içindeki bir grup, örnek ya da örneklem üzerinde gerçekleştirilen tarama çalışmalarıdır. Tarama modelleri, mevcut olan durumda herhangi bir değişiklik yapmadan olduğu haliyle betimlemeyi hedefleyen araştırma modelleridir. Bu modellerin kullanımındaki gerçek amaç mevcut olan hali, olduğu şekliyle ortaya çıkarmak ve sunmaktır. Genel tarama modelleri aracılığıyla tekil veya ilişkisel taramalar gerçekleştirilebilir. İki veya ikiden fazla değişken arasındaki ilişki ve değişimin saptanması amacıyla yapılan tarama ilişkisel tarama olarak tanımlanmaktadır (Senthilnathan, S. 2017; Karasar, 2012). İki ya da ikiden fazla değişken arasındaki bağlantı düzeyini ölçmek için istatistiksel testler kullanılır. İlişkinin düzeyini saptamak için korelasyon testi kullanılır. İki ya da ikiden fazla değişkenin birlikte tutarlı bir değişim gösterdiğini veya göstermediğini saptamak korelasyon testi kullanılır (Metin, 2014).

Bu modelde tükenmişlik düzeyi ve anksiyete ile baş etme tutumları arasındaki ilişki olmak üzere üç değişkenin aralarındaki ilişki incelenmiş ve ilişkilerin düzeyi betimlenmiştir. Bu değişkenler arasındaki ilişkinin düzeyini belirlemek için korelasyon testi kullanılmış ve tükenmişlik düzeyi, anksiyete ile baş etme tutumları değişkenlerinin birlikte değişip değişmediği, birlikte bir değişme

olması durumunda bunun nasıl olduğu ve bu değişkenlerin birlikte tutarlı bir değişim gösterip göstermediği öğrenilmeye çalışılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni İzmir ilinin tümünde OSB tanılı çocukların ebeveynlerinden oluşmaktadır. Örneklem seçiminde İzmir il sınırları içine yaşamakta olan ve aynı bölgedeki üniversite, devlet ve özel hastaneleri çocuk psikiyatri kliniklerinden DSM-V tanı ölçütlerine dayanarak OSB tanısı konulmuş, 3 ile 18 yaş arasında çocuğu bulunma şartı aranmıştır. Araştırma örnekleme Özel eğitim ve Rehabilitasyon merkezinde 2018-2019 öğretim döneminde eğitim gören OSB'li çocukların anne babalarından uygun örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Araştırma örnekleme 180 kişiden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan çocuklarla ilgili genel bilgilere aşağıdaki Tablo 2'de, ebeveynlere ait tanımlayıcı bilgilere ise Tablo3'de yer verilmiştir.

Tablo 2.

Çalışmaya katılan çocuklarla ilgili genel bilgilerin dağılımı

	Sayı (f)	Yüzde (%)
Yaş		
3-6 yaş	63	35,0
7-11 yaş	92	51,1
12-18 yaş	25	13,9
Toplam	180	100,0
Cinsiyet		
Kız	28	15,6
Erkek	152	84,4
Toplam	180	100,0
Kardeş sayısı		
Yok	50	27,8
1-2	117	65,0
3 ve üzeri	13	7,2
Toplam	180	100,0

Kaçıncı çocuk		
İlk	100	55,6
Ortanca	35	19,4
Son	45	25,0
Toplam	180	100,0
Tanı alınan yaş		
3 yaşına kadar	118	65,6
4-6 yaş arası	54	30,0
7 yaşından sonra	8	4,4
Toplam	180	100,0
Ek tanı varlığı		
Var	50	27,8
Yok	130	72,2
Toplam	180	100,0
Ektanılar		
DEHB	34	68
Mentalretardasyon	7	14
Görme problemi	2	4
Epilepsi	3	6
Duygudurum bozukluğu	2	4
Yaygın gelişimsel bozukluk	1	2
Bipolar bozukluk	1	2
Özel eğitim alma süresi		
0-2 yıl	66	36,7
3-5yıl	60	33,3
6 yıldan fazla	54	30,0
Toplam	180	100,0

Çalışmaya katılan OSB'li çocukların cinsiyet dağılımlarına göre incelenmesine göre dahil edilen 180 çocuğun %15,6'sını kızlar, %84,4'ünü erkekler oluşturmaktadır. Çocukların en fazla bulunduğu yaş aralığı 7-11 yaşdır

(%51,1). Otistik çocuk ailelerin yarısından fazlası da (%55,6) ilk çocuktur. %65,6'sı üç yaşına kadar tanı almıştır (Tablo 2).

Tablo 3.
Ebeveynlerin ilgili genel bilgilerin dağılımı

	Sayı (f)	Yüzde (%)
Yaş		
20-30 yaş	21	11,7
31-40 yaş	100	55,6
41 yaş ve üzeri	59	32,8
Toplam	180	100,0
Cinsiyet		
Kadın	156	86,7
Erkek	24	13,3
Toplam	180	100,0
Öğrenim düzeyi		
Okur-yazar	5	2,8
İlkokul	26	14,4
Ortaokul	13	7,2
Lise	70	38,9
Üniversite	66	36,7
Toplam	180	100,0
Aile yapısı		
Çekirdek aile	165	91,7
Geniş aile	15	8,3
Toplam	180	100,0
Aylık gelir		
1000 TL	9	5,0
1001TL -3000 TL	98	54,4
3001 TL üzeri	73	40,6
Toplam	180	100,0
Çalışma durumu		

Çalışıyor	50	27,8
Çalışmıyor	130	72,2
Toplam	156	100,0
Evlilik süresi		
10 yıl ve altı	79	43,9
11-20 yıl	88	48,9
21 yıl ve üzeri	13	7,2
Toplam	180	100,0
Kaçıncı evlilik		
Birinci	173	96,1
İkinci	7	3,9
Toplam	180	100,0
Eşinin kaçıncı evliliği		
Birinci	166	92,2
İkinci	14	7,8
Toplam	180	100,0
Psikiyatrik hastalık öyküsü		
Var	15	8,3
Yok	165	91,7
Toplam	180	100,0

Tablo 3'te ebeveynlerin sosyo-epidemiolojik özellikleri verilmiştir. Çalışmaya toplam 180 ebeveyn katılmıştır. Ebeveynlerin %55,6'sı 31 ile 40 yaş arasında bulunmakta olup %75,6'sı lise veya üniversite mezunudur. Ebeveynlerin %91,7'si çekirdek aile yapısına sahip olup %72,2'si çalışmamaktadır. Ebeveynlerin %8,3'ünde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada Beck Anksiyete Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Başa Çıkma Stratejileri Formu kullanılmıştır. Kişisel bilgi formu aracılığıyla aileler hakkında bilgi toplanmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafında geliştirilmiş olan form ile çocuk ve aile ile ilgili sosyo-demografik bilgilere ulaşılması amaçlanmıştır .Bu form 17 sorudan oluşmaktadır. Bu çalışmada kullanılan Kişisel Bilgi Formu'nda otistik çocukların ebeveynlerinin özelliklerini saptamaya yönelik ebeveynin cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, evlilik süresi, kaçınıcı evliliği olduğu, eşin kaçınıcı evliliği olduğu, çalışma durumu, evde yaşayan kişi sayısı, ailenin toplam aylık geliri, çocuğun yaşı, cinsiyeti, kaçınıcı çocuk olduğu, toplam kardeş sayısı, çocuğun tanı aldığı yaş, tanının hangi kurum/doktor tarafından konulduğu, tanı ile ilgili olarak araştırmaya başlandığında çocuğun bulunduğu yaş, çocuğun doktor tarafından konulmuş ek bir tanısının olup olmama durumu, çocuğun kaç yıldır özel eğitim aldığı ile ilgili sorular sorulmuştur.

3.3.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (Ek-2)

Beck tarafından 1988'de oluşturulan ve anksiyete düzeyini ölçmek üzere geliştirilen bu ölçek toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Dörtlü Likert tipinde şekillendirilmiştir. Bu ölçeğe göre 8 ile 15 puan arası hafif derecede anksiyete, 16 ile 25 puan arası orta derecede anksiyete, 26 ile 63 puan aralığı şiddetli derecede anksiyeteyi göstermektedir. Her ifade 0 ile 3 puan arasında puanlanır. Türkçeye uyarlamasının yapılması ve güvenilirlik çalışmasını Ulusoy ve arkadaşları (1998) yapmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık puanı 0.93 olarak saptanmıştır. Ölçeğin, güvenilirlik ve geçerliliği yeterli düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Bu çalışmada ebeveynlere uygulanan toplam 21 maddelik BeckAnksiyeteÖlçeği'nin güvenilirlik analizi değerlendirildiğinde Cronbach's Alpha Değeri'nin 0,930 olduğu belirlenmiştir. Bu değer ölçeğin güvenilirlik sınırları içerisinde uygulandığını ifade etmektedir.

3.3.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Ek-3)

Maslach ve Jackson'ın (1981) tükenmişlik seviyesinin belirlemek için 22 maddeden oluşan bir ölçek geliştirmişlerdi. Ölçek duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği şeklinde 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach iç tutarlılık katsayısı ,93 olarak saptanmıştır.

Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe uyarlama çalışmasını Ergin (1992) gerçekleştirmiştir. Ergin'in (1992) oluşturduğu Türkçe formunda bulunan 'işim nedeniyle karşılaştığım bireyler' ve 'iş' terimleri; Pelsma, Roland, Tollefson ve Wigington'un (1989) Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin anneler ile ilgili yaptıkları uyarlamaya uygun olarak, Duygun ve Sezgin (2003) tarafından 'çocuğum', 'çocuğumun bakımı' şeklinde değişikliğe uğratılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, sağlıklı çocuk ve zihinsel engelli annelerinde Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Türkçe Formunun 'duygusal tükenmişlik' ve 'kişisel başarı' olmak üzere iki faktör içerdiği tespit edilmiştir. 'Duyarsızlaşma' faktörüne ait maddelerin 'duygusal tükenmişlik' boyutuna ait olduğu belirlenmiştir (Duygun ve Sezgin, 2003).

Bu çalışmada ebeveynlere uygulanan toplam 22 maddelik Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin güvenirlik analizi değerlendirildiğinde Cronbach's Alpha Değeri'nin 0,767 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin Duygusal tükenmişlik alt boyutu için Cronbach's Alpha Değeri 0,863, Kişisel başarı alt boyutu için Cronbach's Alpha Değeri 0,768 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin hem geneli hem de Duygusal tükenmişlik ve Kişisel başarı alt boyutları açısından elde edilen Cronbach's Alpha Değerleri ölçeğin güvenirlik sınırları içerisinde uygulandığını ifade etmektedir.

3.3.4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (Ek-4)

Bu ölçeği 1989 yılında Carver ve arkadaşları geliştirmiştir. Ağargün ve arkadaşları (2005) ölçeği Türkçeye çevirmiş ve geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapmışlardır. Ölçek bir öz bildirim ölçeği olup 60 soru içermektedir. Ölçeği başında, bu ölçek aracılığıyla bireylerin gündelik yaşamında zor veya bunaltıcı durumlarla veya problemlerle karşılaşmaları durumunda verdikleri tepkinin değerlendirmesini amaçlandığı ifade edilmektedir. Kişilerin karşı karşıya kaldıkları problemlerle başa çıkmak için fazla sayıda yolun olabileceği vurgulanır. Kişilerden seçenekleri işaretlerken bir sorunla karşı karşıya kaldıklarında, genel olarak ne yaptıklarını veya nasıl davranışta bulduklarını göz önünde bulundurarak işaretlemeleri istenmektedir. Seçeneklerin işaretlenmesi esnasında bir önceki sorudan bağımsız düşünmeleri istenmektedir. Atmış farklı durum tarif edilerek dört seçenekten

birinin işaretlenmesi istenir. Bu işaretler: 1= Asla böyle bir şey yapmam; 2= Çok az böyle yaparım; 3= Orta derecede böyle yaparım; 4= Çoğunlukla böyle yaparım. Ölçek toplam 60 soru ve 15 alt ölçeği içerir. Her alt ölçeğin içinde dört soru bulunmaktadır. Her bir alt ölçek farklı bir baş etme tutumu hakkında fikir sağlar. Bunun sonucunda alt ölçeklerden elde edilecek puanların düzeyi ile baş etme tutumlarından hangisinin bireyin daha çok kullandığı ile ilgili yorum yapılabilecek. Bu 15 baş tutumu veya alt ölçekler; 1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 2. Zihinsel boş verme, 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, 4. Yararlı sosyal destek kullanımı, 5. Aktif başa çıkma, 6. İnkâr, 7. Dini olarak başa çıkma, 8. Şakaya vurma, 9. Davranışsal olarak boş verme, 10. Geri durma, 11. Duygusal sosyal destek kullanımı, 12. Madde kullanımı, 13. Kabullenme, 14. Diğer meşguliyetleri bastırma, 15. Plan yapmadır (Ağargün, 2005).

Aktif başa çıkma, plan yapma, diğer meşguliyetleri bastırma, geri durma, yararlı sosyal destek kullanımı alt ölçekleri sorun odaklı baş etme tutumu olarak sınıflandırılmaktadır. Duygusal sosyal destek kullanımı, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, kabullenme, şakaya vurma ve dini olarak başa çıkma alt ölçekleri ise duygu odaklı baş etme tutumu olarak tanımlanmaktadır. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, davranışsal olarak boş verme, madde kullanımı, inkar ve zihinsel boş verme alt ölçekleri yararlılığı en az olan işlevsel olmayan baş etme tutumu olarak ifade edilmektedir.

Bu çalışmada ebeveynlere uygulanan toplam 60 maddelik COPE Ölçeği'nin güvenilirlik analizi değerlendirildiğinde Cronbach's Alpha Değeri'nin 0,899 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin Sorun odaklı baş etme alt boyutu için Cronbach's Alpha Değeri 0,924, Duygu odaklı baş etme alt boyutu için Cronbach's Alpha Değeri 0,768 ve İşlevsel olmayan baş etme alt boyutu için Cronbach's Alpha Değeri 0,853 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin hem geneli hem de bütün alt boyutları için elde edilen Cronbach's Alpha Değerleri ölçeğin güvenilirlik sınırları içerisinde uygulandığını ifade etmektedir.

3.4. Verilerin Analizi

Verilerin analizi SPSS programı ile gerçekleştirilmiştir. Veriler sayı, ortalama, standart sapma ve yüzde olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların ölçek skorları

için normal dağılıma uyması halinde Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)ve normal dağılıma uymaması halinde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Ölçek skorları arasındaki ilişki Pearson veya Spearman korelasyon testi ile incelenmiştir. Analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 ($p \leq 0.05$) olarak belirlenmiştir.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde, alt problemlere dair toplanan verilerden elde edilen analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

4.1. Demografik bilgilere göre ölçeklerin karşılaştırılması

Beckanksiyete ölçeği, Maslach Tükenmişlik ölçeği ve COPE ölçeği Normallik Testi yapıldığında (KolmogorovSmirnov) p değeri 0,05 den büyük bulunmuştur. Bu nedenle istatistiksel analizlerde parametrik testler kullanılmıştır.

Tablo 4.

Çocukların cinsiyetine göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarını karşılaştıran T-Testi sonuçları.

Ölçek	Alt boyut	Cinsiyet	N	\bar{X}	SS	SD	t	p
Beckanksiyete ölçeği		Kadın	28	32,82	7,66	178	-,600	,5490
		Erkek	152	34,23	11,97			
Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal	Kadın	28	28,96	12,91	178	,252	,802
	Tükenmişlik	Erkek	152	28,40	10,47			
	Kişisel başarı	Kadın	28	35,46	4,39			
	Erkek	152	34,05	5,98				
COPE baş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	Kadın	28	61,93	8,28	178	-,465	,643
	Erkek	152	62,91	10,56				
	Duygu odaklı baş etme	Kadın	28	45,39	15,25			
	Erkek	152	49,14	15,23				
COPE baş etme tutumu ölçeği	İşlevsel olmayan baş etme	Kadın	28	38,50	11,27	178	1,283	,201
	Erkek	152	35,91	9,52				

Çocukların cinsiyetine göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanları

karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (Tablo 4).

Tablo 5.

Çocukların yaş gruplarına göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği

Ölçek	Alt boyut	Çocukların yaş grupları	N	\bar{X}	SS
Beckanksiyete ölçeği		3-6 yaş	63	34,11	10,40
		7-11 yaş	92	34,93	12,55
		12-18 yaş	25	30,36	8,69
		Toplam	180	34,01	11,40
Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal Tükenmişlik	3-6 yaş	63	28,78	9,74
		7-11 yaş	92	29,64	11,59
		12-18 yaş	25	23,52	9,59
		Toplam	180	28,49	10,85
	Kişisel başarı	3-6 yaş	63	34,94	5,26
		7-11 yaş	92	33,59	6,13
		12-18 yaş	25	35,08	5,63
		Toplam	180	34,27	5,78
Sorun odaklı baş etme	3-6 yaş	63	64,37	9,54	
	7-11 yaş	92	61,51	10,10	
	12-18 yaş	25	63,28	12,03	
	Toplam	180	62,76	10,22	
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Duygu odaklı baş etme	3-6 yaş	63	48,49	15,48
		7-11 yaş	92	48,75	15,07
		12-18 yaş	25	48,00	15,92
		Toplam	180	48,56	15,25
	İşlevsel olmayan baş etme	3-6 yaş	63	35,41	9,54
		7-11 yaş	92	37,41	10,41
		12-18 yaş	25	34,56	7,97
		Toplam	180	36,32	9,82

Tablo 5'te çocukların yaş gruplarına göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği verilmiştir.

Tablo 6.

Çocukların yaş gruplarına göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarının ANOVA sonuçları

Ölçek	Alt boyut	Varyans Kaynağı	Kareler Toplaması	Sd	Kareler Ortalaması	F	P
Beckanksiyete ölçeği		Gruplar arası	412,387	2	206,193	1,597	,205
		Grup içi	22859,591	177	129,150		
		Toplam	23271,978	179			
Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal Tükenmişlik	Gruplar arası	744,686	2	372,343	3,244	,041
		Grup içi	20318,292	177	114,793		
		Toplam	21062,978	179			
	Kişisel başarı	Gruplar arası	87,310	2	43,655	1,312	,272
		Grup içi	5889,890	177	33,276		
		Toplam	5977,200	179			
Sorun odaklı baş etme	Gruplar arası	312,612	2	156,306	1,504	,225	
	Grup içi	18394,632	177	103,924			
	Toplam	18707,244	179				
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Duygu odaklı baş etme	Gruplar arası	11,448	2	5,724	,024	,976
		Grup içi	41602,996	177	235,045		
		Toplam	41614,444	179			
	İşlevsel olmayan baş etme	Gruplar arası	239,216	2	119,608	1,244	,291
		Grup içi	17021,734	177	96,168		
		Toplam	17260,950	179			

ANOVA testi sonucunda çocukların eğitim durumlarına göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPEbaş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarının karşılaştırıldığında Maslach tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenmişlik alt boyutunda gruplar arasında farklılık tespit edilmiştir. Farklılığın kaynağını belirlemek üzere Tukey çoklu karşılaştırma analizi yapıldığında 7-11 ile 12 yaş üzerindeki öğrencilerin olduğu gruplar arasında farklılık tespit edilmiştir ($p \leq 0.05$) (Tablo 6).

Tablo 7.

Çocukların kardeş sayısına göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği

Ölçek	Alt boyut	Çocukların kardeş sayısı	N	\bar{X}	SS
Beckanksiyete ölçeği		Yok	50	33,42	9,96
		1-2	117	34,07	11,92
		3 ve üzeri	13	35,77	12,50
		Toplam	180	34,01	11,40
	Duygusal Tükenmişlik	Yok	50	29,38	10,21
		1-2	117	27,91	10,84
		3 ve üzeri	13	30,31	13,56
		Toplam	180	28,49	10,85
Maslach tükenmişlik ölçeği	Kişisel başarı	Yok	50	35,92	4,50
		1-2	117	33,85	6,01
		3 ve üzeri	13	31,69	6,75
		Toplam	180	34,27	5,78
	Sorun odaklı baş etme	Yok	50	61,64	8,76
		1-2	117	63,56	10,69
		3 ve üzeri	13	59,85	10,94
		Toplam	180	62,76	10,22
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Duygu odaklı baş etme	Yok	50	46,66	13,81
		1-2	117	48,39	15,92
		3 ve üzeri	13	57,31	11,86
		Toplam	180	48,56	15,25
	İşlevsel olmayan baş etme	Yok	50	36,00	9,31
		1-2	117	36,38	9,77
		3 ve üzeri	13	37,00	12,67
		Toplam	180	36,32	9,82

Tablo 7'de çalışmaya katılan öğrencilerin kardeş sayılarına göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği verilmiştir.

Tablo 8.

Çocukların kardeş sayılarına göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarının ANOVA sonuçları

Ölçek	Alt boyut	Varyans Kaynağı	Kareler Toplaması	Sd	Kareler Ortalaması	F	P
Beckanksiyete ölçeği		Gruplar arası	58,037	2	29,019	,221	,802
		Grup içi	23213,941	177	131,152		
		Toplam	23271,978	179			
Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal Tükenmişlik	Gruplar arası	122,463	2	61,231	,518	,597
		Grup içi	20940,515	177	118,308		
		Toplam	21062,978	179			
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Kişisel başarı	Gruplar arası	243,520	2	121,760	3,759	,025
		Grup içi	5733,680	177	32,394		
		Toplam	5977,200	179			
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Sorum odaklı baş etme	Gruplar arası	247,143	2	123,572	1,185	,308
		Grup içi	18460,101	177	104,294		
		Toplam	18707,244	179			
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Duygu odaklı baş etme	Gruplar arası	1178,541	2	589,270	2,579	,079
		Grup içi	40435,904	177	228,451		
		Toplam	41614,444	179			
COPEbaş etme tutumu ölçeği	İşlevsel olmayan baş etme	Gruplar arası	11,497	2	5,749	,059	,943
		Grup içi	17249,453	177	97,455		
		Toplam	17260,950	179			

ANOVA testi sonucunda öğrencilerin kardeş sayılarına göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarının karşılaştırıldığında Maslach tükenmişlik ölçeğinin kişisel başarı alt boyutunda gruplar arasında farklılık tespit edilmiştir. Farklılığın kaynağını belirlemek üzere Tukey çoklu karşılaştırma analizi yapıldığında hiç kardeşi olmayan çocukların olduğu grup ile 3 ve üzeri kardeşi,

olan çocukların olduğu grup arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p \leq 0.05$) (Tablo 8).

Tablo 9.

Çocukların kaçınıcı çocuk olduklarına göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPEbaş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği

Ölçek	Alt boyut	Kaçınıcı çocuk	N	\bar{X}	SS
Beckanksiyete ölçeği		İlkçocuk	100	34,33	11,89
		Ortanca çocuk	35	32,40	10,59
		Sonuncu çocuk	45	34,56	11,04
		Toplam	180	34,01	11,40
	Duygusal Tükenmişlik	İlkçocuk	100	29,37	11,50
		Ortanca çocuk	35	26,43	9,99
		Sonuncu çocuk	45	28,13	9,95
		Toplam	180	28,49	10,85
Maslach tükenmişlik ölçeği	Kişisel başarı	İlkçocuk	100	34,30	5,84
		Ortanca çocuk	35	33,74	5,32
		Sonuncu çocuk	45	34,60	6,07
		Toplam	180	34,27	5,78
	Sorun odaklı baş etme	İlkçocuk	100	61,79	10,18
		Ortanca çocuk	35	64,34	10,06
		Sonuncu çocuk	45	63,67	10,43
		Toplam	180	62,76	10,22
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Duygu odaklı baş etme	İlkçocuk	100	46,37	14,10
		Ortanca çocuk	35	51,97	16,50
		Sonuncu çocuk	45	50,76	16,21
		Toplam	180	48,56	15,25
	İşlevsel olmayan baş etme	İlkçocuk	100	35,39	9,52
		Ortanca çocuk	35	34,31	9,69
		Sonuncu çocuk	45	39,93	9,86
		Toplam	180	36,32	9,82

Tablo 9'da öğrencilerin kaçınıcı çocuk olma durumuna göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPEbaş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği verilmiştir.

Tablo 10.

Çocukların kaçınıcı çocuk olma durumlarına göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarının ANOVA sonuçları

Ölçek	Alt boyut	Varyans Kaynağı	Kareler Toplaması	Sd	Kareler Ortalaması	F	P
Beckanksiyete ölçeği		Gruplar arası	114,357	2	57,178	,437	,647
		Grup içi	23157,621	177	130,834		
		Toplam	23271,978	179			
Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal Tükenmişlik	Gruplar arası	231,896	2	115,948	,985	,375
		Grup içi	20831,081	177	117,690		
		Toplam	21062,978	179			
	Kişisel başarı	Gruplar arası	14,714	2	7,357	,218	,804
		Grup içi	5962,486	177	33,686		
		Toplam	5977,200	179			
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	Gruplar arası	218,769	2	109,384	1,047	,353
		Grup içi	18488,476	177	104,455		
		Toplam	18707,244	179			
	Duygu odaklı baş etme	Gruplar arası	1103,852	2	551,926	2,411	,093
		Grup içi	40510,593	177	228,873		
		Toplam	41614,444	179			
İşlevsel olmayan baş etme	Gruplar arası	814,817	2	407,409	4,385	,014	
	Grup içi	16446,133	177	92,916			
	Toplam	17260,950	179				

ANOVA testi sonucunda çocukların kaçınıcı çocuk olma durumlarına göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE ölçeğinden alınan puanlarının karşılaştırıldığında COPEbaş etme tutumuölçeği'nin İşlevsel olmayan baş etme alt boyutunda gruplar arasında farklılık tespit edilmiştir. Farklılığın kaynağını belirlemek üzere Tukey çoklu karşılaştırma analizi yapıldığında sonuncu çocuk olan grup ile ilk çocuk olan ve ortanca çocuk olan gruplar arasında farklılık tespit edilmiştir ($p \leq 0.05$) (Tablo 10).

Tablo 11.

Çocukların tanı aldıkları yaş gruplarına göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği

Ölçek	Alt boyut	Çocukların yaş grupları	N	\bar{X}	SS
Beckanksiyete ölçeği		0-3 yaş	118	33,03	10,46
		4-6 yaş	54	35,69	12,69
		7 yaş ve üzeri	8	37,13	15,08
		Total	180	34,01	11,40
Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal Tükenmişlik	0-3 yaş	118	27,63	9,70
		4-6 yaş	54	30,87	13,29
		7 yaş ve üzeri	8	25,13	5,33
		Total	180	28,49	10,85
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Kişisel başarı	0-3 yaş	118	34,14	5,84
		4-6 yaş	54	34,39	5,87
		7 yaş ve üzeri	8	35,38	4,63
		Total	180	34,27	5,78
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	0-3 yaş	118	62,58	10,27
		4-6 yaş	54	63,02	10,25
		7 yaş ve üzeri	8	63,63	10,62
		Total	180	62,76	10,22
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Duygu odaklı baş etme	0-3 yaş	118	49,03	15,62
		4-6 yaş	54	47,69	13,77
		7 yaş ve üzeri	8	47,50	20,51
		Total	180	48,56	15,25
COPEbaş etme tutumu ölçeği	İşlevsel olmayan baş etme	0-3 yaş	118	35,54	9,25
		4-6 yaş	54	37,83	10,53
		7 yaş ve üzeri	8	37,50	12,91
		Total	180	36,32	9,82

Tablo 11’de öğrencilerin yaş gruplarına göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği verilmiştir.

Tablo 12.

Çocukların tanı aldıkları yaş gruplarına göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarının ANOVA sonuçları

Ölçek	Alt boyut	Varyans Kaynağı	Kareler Toplaması	Sd	Kareler Ortalaması	F	P
Beckanksiyete ölçeği		Gruplar arası	341,590	2	170,795	1,318	,270
		Grup içi	22930,388	177	129,550		
		Toplam	23271,978	179			
Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal Tükenmişlik	Gruplar arası	484,417	2	242,208	2,083	,128
		Grup içi	20578,561	177	116,263		
		Toplam	21062,978	179			
	Kişisel başarı	Gruplar arası	12,661	2	6,331	,188	,829
		Grup içi	5964,539	177	33,698		
		Toplam	5977,200	179			
Sorun odaklı baş etme	Gruplar arası	13,574	2	6,787	,064	,938	
	Grup içi	18693,670	177	105,614			
	Toplam	18707,244	179				
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Duygu odaklı baş etme	Gruplar arası	75,873	2	37,936	,162	,851
		Grup içi	41538,572	177	234,681		
		Toplam	41614,444	179			
İşlevsel olmayan baş etme	Gruplar arası	206,162	2	103,081	1,070	,345	
	Grup içi	17054,788	177	96,355			
	Toplam	17260,950	179				

ANOVA testi sonucunda çocukların tanı aldıkları yaş gruplarına göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumuölçeğinden alınan puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 13.

Çocuklarına hastalık tanısı alma durumlarına göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarını karşılaştıran T-Testi sonuçları

Ölçek	Alt boyut	Ek tanı	N	\bar{X}	SS	SD	t	p
Beckanksiyete ölçeği		Var	50	33,68	9,62			
		Yok	130	34,14	12,05	178	-,241	,810
Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal Tükenmişlik	Var	50	28,80	11,55	178		
		Yok	130	28,37	10,61		,238	,812
	Kişisel başarı	Var	50	35,04	4,71	178		
		Yok	130	33,97	6,13		1,114	,267
	Sorun odaklı baş etme	Var	50	63,30	8,77	178		
		Yok	130	62,55	10,75		,442	,659
COPE baş etme tutumu ölçeği	Duygu odaklı baş etme	Var	50	46,82	13,82	178		
		Yok	130	49,22	15,76		-,947	,345
	İşlevsel olmayan baş etme	Var	50	36,22	9,32	178		
		Yok	130	36,35	10,04		-,082	,935

Çocuklarına hastalık tanısı alma durumlarına göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (Tablo 13).

Tablo14.

Çocukların özel eğitim alma sürelerine göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği

Ölçek	Alt boyut	Çocukların yaş grupları	N	\bar{X}	SS
Beckanksiyete ölçeği		0-2 yıl	66	35,41	11,37
		3-5 yıl	60	34,28	12,25
		6 yıl ve üzeri	54	32,00	10,34
		Toplam	180	34,01	11,40
Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal Tükenmişlik	0-2 yıl	66	29,35	11,03
		3-5 yıl	60	29,67	10,40
		6 yıl ve üzeri	54	26,13	10,93
		Toplam	180	28,49	10,85
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Kişisel başarı	0-2 yıl	66	34,41	5,73
		3-5 yıl	60	34,00	6,21
		6 yıl ve üzeri	54	34,39	5,43
		Toplam	180	34,27	5,78
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	0-2 yıl	66	64,12	9,23
		3-5 yıl	60	60,88	10,93
		6 yıl ve üzeri	54	63,17	10,44
		Toplam	180	62,76	10,22
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Duygu odaklı baş etme	0-2 yıl	66	48,27	15,04
		3-5 yıl	60	49,33	14,39
		6 yıl ve üzeri	54	48,04	16,62
		Toplam	180	48,56	15,25
COPEbaş etme tutumu ölçeği	İşlevsel olmayan baş etme	0-2 yıl	66	35,85	10,38
		3-5 yıl	60	37,72	9,73
		6 yıl ve üzeri	54	35,33	9,21
		Toplam	180	36,32	9,82

Tablo 14'te çocukların özel eğitim alma sürelerine göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği verilmiştir.

Tablo 15.

Çocukların özel eğitim alma sürelerine göre göre ebeveynlerinin Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarının ANOVA sonuçları

Ölçek	Alt boyut	Varyans Kaynağı	Kareler Toplaması	Sd	Kareler Ortalaması	F	P
Beckanksiyete ölçeği		Gruplar arası	351,840	2	175,920	1,359	,260
		Grup içi	22920,138	177	129,492		
		Toplam	23271,978	179			
Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal Tükenmişlik	Gruplar arası	432,567	2	216,284	1,856	,159
		Grup içi	20630,411	177	116,556		
		Toplam	21062,978	179			
	Kişisel başarı	Gruplar arası	6,412	2	3,206	,095	,909
		Grup içi	5970,788	177	33,733		
		Toplam	5977,200	179			
Sorun odaklı baş etme	Gruplar arası	342,531	2	171,265	1,651	,195	
	Grup içi	18364,714	177	103,755			
	Toplam	18707,244	179				
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Duygu odaklı baş etme	Gruplar arası	56,094	2	28,047	,119	,887
		Grup içi	41558,350	177	234,793		
		Toplam	41614,444	179			
	İşlevsel olmayan baş etme	Gruplar arası	184,282	2	92,141	,955	,387
		Grup içi	17076,668	177	96,478		
		Toplam	17260,950	179			

ANOVA testi sonucunda çocukların özel eğitim alma sürelerine göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 15).

Tablo 16.

Ebeveynlerin yaş gruplarına göre Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği

Ölçek	Alt boyut	Ebeveyn yaşı	N	\bar{X}	SS
Beckanksiyete ölçeği		20-30 yaş	21	34,00	9,97
		31-40 yaş	100	33,99	11,74
		41 yaş ve üzeri	59	34,05	11,47
		Toplam	180	34,01	11,40
Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal Tükenmişlik	20-30 yaş	21	29,57	10,85
		31-40 yaş	100	28,84	10,80
		41 yaş ve üzeri	59	27,51	11,04
		Toplam	180	28,49	10,85
	Kişisel başarı	20-30 yaş	21	34,62	4,75
		31-40 yaş	100	34,49	5,88
		41 yaş ve üzeri	59	33,76	5,98
		Toplam	180	34,27	5,78
COPE baş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	20-30 yaş	21	61,62	8,95
		31-40 yaş	100	62,08	10,77
		41 yaş ve üzeri	59	64,31	9,66
		Toplam	180	62,76	10,22
	Duygu odaklı baş etme	20-30 yaş	21	46,10	14,05
		31-40 yaş	100	47,59	14,44
		41 yaş ve üzeri	59	51,07	16,83
		Toplam	180	48,56	15,25
	İşlevsel olmayan baş etme	20-30 yaş	21	37,48	8,84
		31-40 yaş	100	35,37	9,73
		41 yaş ve üzeri	59	37,51	10,28
		Toplam	180	36,32	9,82

Tablo 16'de ebeveynlerin yaş gruplarına göre Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği verilmiştir.

Tablo 17.

Ebeveynlerin yaş gruplarına göre Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarının ANOVA sonuçları

Ölçek	Alt boyut	Varyans Kaynağı	Kareler Toplaması	Sd	Kareler Ortalaması	F	P
Beckanksiyete ölçeği		Gruplar arası	,140	2	,070	,001	,999
		Grup içi	23271,837	177	131,479		
		Toplam	23271,978	179			
Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal Tükenmişlik	Gruplar arası	93,649	2	46,825	,395	,674
		Grup içi	20969,329	177	118,471		
		Toplam	21062,978	179			
	Kişisel başarı	Gruplar arası	22,580	2	11,290	,336	,715
		Grup içi	5954,620	177	33,642		
		Toplam	5977,200	179			
	Sorun odaklı baş etme	Gruplar arası	214,424	2	107,212	1,026	,361
		Grup içi	18492,821	177	104,479		
		Toplam	18707,244	179			
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Duygu odaklı baş etme	Gruplar arası	592,716	2	296,358	1,279	,281
		Grup içi	41021,728	177	231,761		
		Toplam	41614,444	179			
	İşlevsel olmayan baş etme	Gruplar arası	201,656	2	100,828	1,046	,353
		Grup içi	17059,294	177	96,380		
		Toplam	17260,950	179			

ANOVA testi sonucunda çalışmaya katılan ebeveynlerin yaş gruplarına göre Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 17).

Tablo 18.

Ebeveynlerin eğitim durumlarına göre Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği

Ölçek	Alt boyut	Ebeveyn yaşı	N	\bar{X}	SS
Beckanksiyete ölçeği		Okur-yazar	5	45,80	12,48
		ilkokul	26	30,88	8,63
		ortaokul	13	31,15	12,44
		Lise	70	33,04	10,67
		Üniversite ve üstü	66	35,94	12,22
		Total	180	34,01	11,40
Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal Tükenmişlik	Okur-yazar	5	36,20	19,18
		ilkokul	26	24,58	8,00
		ortaokul	13	27,46	8,83
		Lise	70	28,09	10,96
		Üniversite ve üstü	66	30,08	11,02
		Total	180	28,49	10,85
COPE baş etme tutumu ölçeği	Kişisel başarı	Okur-yazar	5	32,80	6,57
		ilkokul	26	34,00	7,71
		ortaokul	13	33,69	6,26
		Lise	70	34,57	5,13
		Üniversite ve üstü	66	34,27	5,56
		Total	180	34,27	5,78
COPE baş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	Okur-yazar	5	58,60	10,06
		ilkokul	26	63,92	12,48
		ortaokul	13	66,77	6,99
		Lise	70	61,10	10,68
		Üniversite ve üstü	66	63,58	9,10
		Total	180	62,76	10,22
COPE baş etme tutumu ölçeği	Duygu odaklı baş etme	Okur-yazar	5	50,80	20,27
		ilkokul	26	48,65	16,85
		ortaokul	13	52,08	17,09
		Lise	70	48,90	14,27
		Üniversite ve üstü	66	47,29	15,20
		Total	180	48,56	15,25
COPE baş etme tutumu ölçeği	İşlevsel olmayan baş etme	Okur-yazar	5	46,60	9,91
		ilkokul	26	37,73	10,54
		ortaokul	13	38,54	12,49
		Lise	70	36,34	9,82
		Üniversite ve üstü	66	34,52	8,50
		Total	180	36,32	9,82

Tablo 18’de ebeveynlerin eğitim durumlarına göre Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği verilmiştir.

Tablo 19.

Ebeveynlerin eğitim durumlarına göre Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarının ANOVA sonuçları

Ölçek	Alt boyut	Varyans Kaynağı	Kareler Toplaması	Sd	Kareler Ortalaması	F	P
Beckanksiyete ölçeği		Gruplar arası	1366,203	4	341,551	2,729	,081
		Grup içi	21905,775	175	125,176		
		Toplam	23271,978	179			
Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal Tükenmişlik	Gruplar arası	886,494	4	221,623	1,922	,109
		Grup içi	20176,484	175	115,294		
		Toplam	21062,978	179			
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Kişisel başarı	Gruplar arası	23,397	4	5,849	,172	,953
		Grup içi	5953,803	175	34,022		
		Toplam	5977,200	179			
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	Gruplar arası	567,469	4	141,867	1,369	,247
		Grup içi	18139,775	175	103,656		
		Toplam	18707,244	179			
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Duygu odaklı baş etme	Gruplar arası	301,006	4	75,252	,319	,865
		Grup içi	41313,438	175	236,077		
		Toplam	41614,444	179			
COPEbaş etme tutumu ölçeği	İşlevsel olmayan baş etme	Gruplar arası	859,148	4	214,787	2,292	,061
		Grup içi	16401,802	175	93,725		
		Toplam	17260,950	179			

ANOVA testi sonucunda ebeveynlerin eğitim durumlarına göre Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 19).

Tablo 20.

Aile yapısına göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarını karşılaştıran T-Testi sonuçları

Ölçek	Alt boyut	Aile yapısı	N	\bar{X}	SS	SD	t	p
Beckanksiyete ölçeği		Çekirdek aile	165	34,18	11,45	178	,665	,507
		Geniş aile	15	32,13	11,06			
Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal Tükenmişlik	Çekirdek aile	165	28,22	10,63	178	1,111	,268
		Geniş aile	15	31,47	13,07			
	Kişisel başarı	Çekirdek aile	165	34,40	5,81	178	1,027	,306
		Geniş aile	15	32,80	5,39			
COPE baş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	Çekirdek aile	165	63,04	10,23	178	1,251	,213
		Geniş aile	15	59,60	9,96			
	Duygu odaklı baş etme	Çekirdek aile	165	49,42	14,97	178	2,556	,011
		Geniş aile	15	39,07	15,61			
	İşlevsel olmayan baş etme	Çekirdek aile	165	36,56	9,81	178	1,092	,276
		Geniş aile	15	33,67	9,82			

Çocukların aile yapısına göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (Tablo 20).

Tablo 21.

Ebeveynlerin aylık gelir durumlarına göre Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği

Ölçek	Alt boyut	Aylık gelir	N	\bar{X}	SS
Beckanksiyete ölçeği		1000 tl altında	9	33,22	8,20
		1000-3000 tl	98	33,84	11,27
		3000 tl üstü	73	34,34	12,02
		Toplam	180	34,01	11,40
Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal Tükenmişlik	1000 tl altında	9	31,11	8,48
		1000-3000 tl	98	27,82	10,95
		3000 tl üstü	73	29,07	11,01
		Toplam	180	28,49	10,85
COPE baş etme tutumu ölçeği	Kişisel başarı	1000 tl altında	9	32,44	6,09
		1000-3000 tl	98	34,58	5,88
		3000 tl üstü	73	34,07	5,64
		Toplam	180	34,27	5,78
COPE baş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	1000 tl altında	9	65,11	9,05
		1000-3000 tl	98	63,55	10,61
		3000 tl üstü	73	61,40	9,77
		Toplam	180	62,76	10,22
COPE baş etme tutumu ölçeği	Duygu odaklı baş etme	1000 tl altında	9	54,33	19,66
		1000-3000 tl	98	47,53	14,67
		3000 tl üstü	73	49,22	15,46
		Toplam	180	48,56	15,25
COPE baş etme tutumu ölçeği	İşlevsel olmayan baş etme	1000 tl altında	9	36,56	8,23
		1000-3000 tl	98	36,89	10,54
		3000 tl üstü	73	35,52	9,03
		Toplam	180	36,32	9,82

Tablo 21’de ebeveynlerin aylık gelir durumlarına göre Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği verilmiştir.

Tablo 22.

Çalışmaya katılan ebeveynlerin aylık gelir durumlarına göre Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarının ANOVA sonuçları

Ölçek	Alt boyut	Varyans Kaynağı	Kareler Toplaması	Sd	Kareler Ortalaması	F	P
Beckanksiyete ölçeği		Gruplar arası	16,596	2	8,298	,063	,939
		Grup içi	23255,382	177	131,386		
		Toplam	23271,978	179			
Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal Tükenmişlik	Gruplar arası	130,737	2	65,369	,553	,576
		Grup içi	20932,240	177	118,261		
		Toplam	21062,978	179			
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Kişisel başarı	Gruplar arası	42,473	2	21,237	,633	,532
		Grup içi	5934,727	177	33,530		
		Toplam	5977,200	179			
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	Gruplar arası	246,631	2	123,316	1,182	,309
		Grup içi	18460,613	177	104,297		
		Toplam	18707,244	179			
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Duygu odaklı baş etme	Gruplar arası	435,543	2	217,772	,936	,394
		Grup içi	41178,901	177	232,649		
		Toplam	41614,444	179			
COPEbaş etme tutumu ölçeği	İşlevsel olmayan baş etme	Gruplar arası	78,743	2	39,372	,406	,667
		Grup içi	17182,207	177	97,075		
		Toplam	17260,950	179			

ANOVA testi sonucunda ebeveynlerin aylık gelir durumlarına göre Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 22).

Tablo 23.

Ebeveynlerin çalışma durumlarına göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumuölçeğinden alınan puanlarını karşılaştıran T-Testi sonuçları

Ölçek	Alt boyut	Çalışma durumu	N	\bar{X}	SS	SD	t	p																																																										
Beckanksiyete ölçeği		Evet	50	33,92	12,70	178	,066	,947																																																										
		Hayır	130	34,05	10,92				Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal Tükenmişlik	Evet	50	28,10	11,44	178	,298	,766	Hayır	130	28,64	10,65	Kişisel başarı	Evet	50	33,92	6,34	178	,498	,619	Hayır	130	34,40	5,57	COPE baş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	Evet	50	60,42	11,28	178	1,915	,057	Hayır	130	63,65	9,68	Duygu odaklı baş etme	Evet	50	45,26	14,64	178	1,810	,072	Hayır	130	49,82	15,34	İşlevsel olmayan baş etme	Evet	50	34,34	9,49	178	1,683	,094
Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal Tükenmişlik	Evet	50	28,10	11,44	178	,298	,766																																																										
		Hayır	130	28,64	10,65					Kişisel başarı	Evet	50	33,92	6,34	178	,498	,619	Hayır	130	34,40	5,57	COPE baş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	Evet	50	60,42	11,28	178	1,915	,057	Hayır	130	63,65		9,68	Duygu odaklı baş etme	Evet	50	45,26	14,64	178	1,810	,072	Hayır	130	49,82	15,34	İşlevsel olmayan baş etme	Evet	50	34,34	9,49	178	1,683	,094	Hayır	130	37,08	9,87							
	Kişisel başarı	Evet	50	33,92	6,34	178	,498	,619																																																										
		Hayır	130	34,40	5,57				COPE baş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	Evet	50	60,42	11,28	178	1,915	,057	Hayır	130	63,65	9,68		Duygu odaklı baş etme	Evet	50	45,26	14,64	178	1,810	,072	Hayır	130	49,82		15,34	İşlevsel olmayan baş etme	Evet	50	34,34	9,49	178	1,683	,094	Hayır	130	37,08	9,87																			
COPE baş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	Evet	50	60,42	11,28	178	1,915	,057																																																										
		Hayır	130	63,65	9,68					Duygu odaklı baş etme	Evet	50	45,26	14,64	178	1,810	,072	Hayır	130	49,82	15,34		İşlevsel olmayan baş etme	Evet	50	34,34	9,49	178	1,683	,094	Hayır	130	37,08	9,87																																
	Duygu odaklı baş etme	Evet	50	45,26	14,64	178	1,810	,072																																																										
		Hayır	130	49,82	15,34					İşlevsel olmayan baş etme	Evet	50	34,34	9,49	178	1,683	,094	Hayır	130	37,08	9,87																																													
	İşlevsel olmayan baş etme	Evet	50	34,34	9,49	178	1,683	,094																																																										
		Hayır	130	37,08	9,87																																																													

Ebeveynlerin çalışma durumlarına göre Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumuölçeğinden alınan puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (Tablo 23).

Tablo24.

Ebeveynlerin evlilik süresine göre Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği

Ölçek	Alt boyut	Evlilik süresi	N	\bar{X}	SS
Beckanksiyete ölçeği		0-10 yıl	79	34,10	12,28
		11-20 yıl	88	34,06	10,74
		20 yıl üzeri	13	33,15	11,02
		Toplam	180	34,01	11,40
Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal Tükenmişlik	0-10 yıl	79	28,14	10,90
		11-20 yıl	88	29,73	11,01
		20 yıl üzeri	13	22,23	7,05
		Toplam	180	28,49	10,85
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Kişisel başarı	0-10 yıl	79	34,01	6,35
		11-20 yıl	88	34,69	4,88
		20 yıl üzeri	13	32,92	7,74
		Toplam	180	34,27	5,78
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	0-10 yıl	79	63,28	9,41
		11-20 yıl	88	61,41	10,61
		20 yıl üzeri	13	68,69	10,71
		Toplam	180	62,76	10,22
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Duygu odaklı baş etme	0-10 yıl	79	48,15	14,32
		11-20 yıl	88	48,36	15,80
		20 yıl üzeri	13	52,31	17,55
		Toplam	180	48,56	15,25
COPEbaş etme tutumu ölçeği	İşlevsel olmayan baş etme	0-10 yıl	79	35,66	10,33
		11-20 yıl	88	36,99	9,37
		20 yıl üzeri	13	35,77	10,11
		Toplam	180	36,32	9,82

Tablo 24'te ebeveynlerin evlilik süresine göre Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeklerinden alınan puanlarının betimsel istatistiği verilmiştir.

Tablo 25.

Ebeveynlerin evlilik süresine göre Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarının ANOVA sonuçları

Ölçek	Alt boyut	Varyans Kaynağı	Kareler Toplaması	Sd	Kareler Ortalaması	F	P
Beckanksiyete ölçeği		Gruplar arası	10,380	2	5,190	,039	,961
		Grup içi	23261,598	177	131,421		
		Toplam	23271,978	179			
Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal	Gruplar arası	653,747	2	326,874	2,835	,061
	Tükenmişlik	Grup içi	20409,231	177	115,306		
		Toplam	21062,978	179			
COPE baş etme tutumu ölçeği	Kişisel başarı	Gruplar arası	44,574	2	22,287	,665	,516
		Grup içi	5932,626	177	33,518		
		Toplam	5977,200	179			
COPE baş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	Gruplar arası	639,329	2	319,665	3,132	,046
		Grup içi	18067,915	177	102,079		
		Toplam	18707,244	179			
COPE baş etme tutumu ölçeği	Duygu odaklı baş etme	Gruplar arası	199,134	2	99,567	,426	,654
		Grup içi	41415,310	177	233,985		
		Toplam	41614,444	179			
COPE baş etme tutumu ölçeği	İşlevsel olmayan baş etme	Gruplar arası	77,882	2	38,941	,401	,670
		Grup içi	17183,068	177	97,079		
		Toplam	17260,950	179			

ANOVA testi sonucunda ebeveynlerin evlilik süresine göre Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlar karşılaştırıldığında COPE ölçeğinin sorun odaklı baş etme alt boyutunda gruplar arasında farklılık tespit edilmiştir. Farklılığın kaynağını belirlemek üzere Tukey çoklu karşılaştırma analizi yapıldığında 11-20 yıllık evlilik süresi olan grup ile 20 yıldan fazla evli olan grup arasında farklılık tespit edilmiştir ($p \leq 0.05$) (Tablo 25).

Tablo 26.

Ebeveynlerin evlilik sayısına göre ebeveynlerinin Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarını karşılaştıran T-Testi sonuçları

Ölçek	Alt boyut	Kaçıncı evlilik	N	\bar{X}	SS	SD	t	p																																																												
Beckanksiyete ölçeği		Birinci	173	34,00	11,53	178	,065	,948																																																												
		İkinci	7	34,29	8,20				Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal	Birinci	173	28,18	10,45	178	1,918	,057	İkinci	7	36,14	17,55	Kişisel başarı	Birinci	173	34,14	5,83	178	1,414	,159	İkinci	7	37,29	3,09	COPEbaş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	Birinci	173	62,53	10,26	178	1,503	,135	İkinci	7	68,43	7,81	Duygu odaklı baş etme	Birinci	173	48,16	15,25	178	1,732	,085	İkinci	7	58,29	12,57		İşlevsel olmayan baş etme	Birinci	173	36,20	9,66	178	,776	,439	
Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal	Birinci	173	28,18	10,45	178	1,918	,057																																																												
		İkinci	7	36,14	17,55					Kişisel başarı	Birinci	173	34,14	5,83	178	1,414	,159	İkinci	7	37,29	3,09	COPEbaş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	Birinci	173	62,53	10,26	178	1,503	,135	İkinci	7	68,43		7,81	Duygu odaklı baş etme	Birinci	173	48,16	15,25	178	1,732	,085	İkinci	7	58,29	12,57		İşlevsel olmayan baş etme	Birinci	173	36,20	9,66	178	,776	,439		İkinci	7	39,14	13,92							
	Kişisel başarı	Birinci	173	34,14	5,83	178	1,414	,159																																																												
		İkinci	7	37,29	3,09				COPEbaş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	Birinci	173	62,53	10,26	178	1,503	,135	İkinci	7	68,43	7,81		Duygu odaklı baş etme	Birinci	173	48,16	15,25	178	1,732	,085	İkinci	7	58,29	12,57		İşlevsel olmayan baş etme	Birinci	173	36,20	9,66	178	,776	,439		İkinci	7	39,14	13,92																				
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	Birinci	173	62,53	10,26	178	1,503	,135																																																												
		İkinci	7	68,43	7,81					Duygu odaklı baş etme	Birinci	173	48,16	15,25	178	1,732	,085	İkinci	7	58,29	12,57		İşlevsel olmayan baş etme	Birinci	173	36,20	9,66	178	,776	,439		İkinci	7	39,14	13,92																																	
	Duygu odaklı baş etme	Birinci	173	48,16	15,25	178	1,732	,085																																																												
		İkinci	7	58,29	12,57					İşlevsel olmayan baş etme	Birinci	173	36,20	9,66	178	,776	,439		İkinci	7	39,14	13,92																																														
	İşlevsel olmayan baş etme	Birinci	173	36,20	9,66	178	,776	,439																																																												
		İkinci	7	39,14	13,92																																																															

Ebeveynlerin evlilik sayısına göre Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (Tablo 26).

Tablo 27.

Ebeveynlerin eşlerinin evlilik sayısına göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanlarını karşılaştıran T-Testi sonuçları

Ölçek	Alt boyut	Eşinin kaçınıcı evliliği	N	\bar{X}	SS	SD	t	p																																																										
Beckanksiyete ölçeği		Birinci	166	34,00	11,36	178	,045	,964																																																										
		İkinci	14	34,14	12,30				Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal Tükenmişlik	Birinci	166	27,92	10,01	178	2,476	,014	İkinci	14	35,29	17,17	Kişisel başarı	Birinci	166	34,07	5,87	178	1,609	,109	İkinci	14	36,64	3,97	Sorun odaklı baş etme	Birinci	166	62,78	10,21	178	,124	,901	İkinci	14	62,43	10,73	COPE baş etme tutumu ölçeği	Duygu odaklı baş etme	Birinci	166	48,30	15,45	178	,770	,442	İkinci	14	51,57	12,60	İşlevsel olmayan baş etme	Birinci	166	36,11	9,44	178	,951	,343
Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal Tükenmişlik	Birinci	166	27,92	10,01	178	2,476	,014																																																										
		İkinci	14	35,29	17,17					Kişisel başarı	Birinci	166	34,07	5,87	178	1,609	,109	İkinci	14	36,64	3,97	Sorun odaklı baş etme	Birinci	166	62,78	10,21	178	,124	,901	İkinci	14	62,43	10,73	COPE baş etme tutumu ölçeği	Duygu odaklı baş etme	Birinci	166	48,30	15,45	178	,770	,442	İkinci	14	51,57		12,60	İşlevsel olmayan baş etme	Birinci	166	36,11	9,44	178	,951	,343	İkinci	14	38,71	13,76							
	Kişisel başarı	Birinci	166	34,07	5,87	178	1,609	,109																																																										
		İkinci	14	36,64	3,97					Sorun odaklı baş etme	Birinci	166	62,78	10,21	178	,124	,901	İkinci	14	62,43	10,73	COPE baş etme tutumu ölçeği	Duygu odaklı baş etme	Birinci	166	48,30	15,45	178	,770	,442	İkinci	14	51,57		12,60	İşlevsel olmayan baş etme	Birinci	166	36,11	9,44	178	,951	,343	İkinci	14		38,71	13,76																		
	Sorun odaklı baş etme	Birinci	166	62,78	10,21	178	,124	,901																																																										
		İkinci	14	62,43	10,73				COPE baş etme tutumu ölçeği	Duygu odaklı baş etme	Birinci	166	48,30	15,45	178	,770	,442	İkinci	14	51,57	12,60		İşlevsel olmayan baş etme	Birinci	166	36,11	9,44	178	,951	,343	İkinci	14	38,71		13,76																															
COPE baş etme tutumu ölçeği	Duygu odaklı baş etme	Birinci	166	48,30	15,45	178	,770	,442																																																										
		İkinci	14	51,57	12,60					İşlevsel olmayan baş etme	Birinci	166	36,11	9,44	178	,951	,343	İkinci	14	38,71	13,76																																													
	İşlevsel olmayan baş etme	Birinci	166	36,11	9,44	178	,951	,343																																																										
		İkinci	14	38,71	13,76																																																													

Ebeveynlerin eşlerinin evlilik sayısına göre Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE ölçeğinden alınan puanları karşılaştırıldığında, Maslach tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenmişlik alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p \leq 0.05$). Eşinin ikinci evliliği olan ebeveynlerde duygusal tükenmişlik düzeyi daha yüksek olarak saptanmıştır (Tablo 27).

Tablo 28.

Ebeveynlerin psikiyatrik hastalık öyküsü durumuna göre ebeveynlerinin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumuölçeğinden alınan puanlarını karşılaştıran T-Testi sonuçları

Ölçek	Alt boyut	Psikiyatrik hastalık	N	\bar{X}	SS	SD	t	p																																																											
Beckanksiyete ölçeği		Evet	15	44,07	17,08	178	3,691	,000																																																											
		Hayır	165	33,10	10,34				Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal Tükenmişlik	Evet	15	37,40	15,67	178	3,421	,001	Hayır	165	27,68	9,98	Kişisel başarı	Evet	15	31,80	7,06	178	1,736	,084	Hayır	165	34,49	5,62	COPEbaş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	Evet	15	59,60	12,51	178	1,251	,213	Hayır	165	63,04	9,99	Duygu odaklı baş etme	Evet	15	48,00	18,80	178	,147	,883	Hayır	165	48,61	14,95		İşlevsel olmayan baş etme	Evet	15	44,73	13,27	178	3,580	,000
Maslach tükenmişlik ölçeği	Duygusal Tükenmişlik	Evet	15	37,40	15,67	178	3,421	,001																																																											
		Hayır	165	27,68	9,98					Kişisel başarı	Evet	15	31,80	7,06	178	1,736	,084	Hayır	165	34,49	5,62	COPEbaş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	Evet	15	59,60	12,51	178	1,251	,213	Hayır	165	63,04		9,99	Duygu odaklı baş etme	Evet	15	48,00	18,80	178	,147	,883	Hayır	165	48,61	14,95		İşlevsel olmayan baş etme	Evet	15	44,73	13,27	178	3,580	,000	Hayır	165	35,55	9,12							
	Kişisel başarı	Evet	15	31,80	7,06	178	1,736	,084																																																											
		Hayır	165	34,49	5,62				COPEbaş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	Evet	15	59,60	12,51	178	1,251	,213	Hayır	165	63,04	9,99		Duygu odaklı baş etme	Evet	15	48,00	18,80	178	,147	,883	Hayır	165	48,61	14,95		İşlevsel olmayan baş etme	Evet	15	44,73	13,27	178	3,580	,000	Hayır	165	35,55	9,12																				
COPEbaş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	Evet	15	59,60	12,51	178	1,251	,213																																																											
		Hayır	165	63,04	9,99					Duygu odaklı baş etme	Evet	15	48,00	18,80	178	,147	,883	Hayır	165	48,61	14,95		İşlevsel olmayan baş etme	Evet	15	44,73	13,27	178	3,580	,000	Hayır	165	35,55	9,12																																	
	Duygu odaklı baş etme	Evet	15	48,00	18,80	178	,147	,883																																																											
		Hayır	165	48,61	14,95					İşlevsel olmayan baş etme	Evet	15	44,73	13,27	178	3,580	,000	Hayır	165	35,55	9,12																																														
	İşlevsel olmayan baş etme	Evet	15	44,73	13,27	178	3,580	,000																																																											
		Hayır	165	35,55	9,12																																																														

Ebeveynlerin psikiyatrik hastalık öyküsü durumuna göre Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve COPE baş etme tutumu ölçeğinden alınan puanları karşılaştırıldığında, Beckanksiyete ölçeğinden alınan puanlar ($p < 0.001$), Maslach tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenmişlik alt boyutundan alınan puanlar ($p \leq 0.05$) ve COPE ölçeği işlevsel olmayan baş etme alt boyutundan alınan puanlar ($p \leq 0.05$) açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (Tablo 28).

Tablo 29.

Ebeveynlerin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları ve COPE baş etme tutumu ölçeği alt boyutlarından alınan puanların korelasyon analizi

		Beckanksiyete ölçeği	Maslach tükenmişlik ölçeği		COPE		
			Duygusal Tükenmişlik	Kişisel başarı	Sorun odaklı baş etme	Duygu odaklı baş etme	İşlevsel olmayan baş etme
Maslach tükenmişlik ölçeği	Beckanksiyete ölçeği	r	,688**	-,197**	-,158*	-,007	,329**
		p	,000	,008	,034	,930	,000
		N	180	180	180	180	180
	Duygusal Tükenmişlik	r		-,185*	-,185*	-,005	,425**
		p		,013	,013	,950	,000
		N		180	180	180	180
	Kişisel başarı	r			,356**	-,041	-,119
		p			,000	,585	,113
		N			180	180	180
COPE baş etme tutumu ölçeği	Sorun odaklı baş etme	r				,179*	,034
		p				,016	,655
		N				180	180
	Duygu odaklı baş etme	r					,252**
		p					,001
		N					180
İşlevsel olmayan baş etme		r					
		p					
		N					

Ebeveynlerin Beckanksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları ve COPE baş etme tutumu ölçeği alt boyutlarından alınan puanlar arasındaki ilişki Pearson Korelasyon testi ile değerlendirmiştir. Ebeveynlerin,

- Beckanksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar ile Maslach tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenmişlik alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü düzeyde, pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir.
- Beckanksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar ile Maslach tükenmişlik ölçeğinin kişisel başarı alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf düzeyde, negatif bir korelasyon tespit edilmiştir.
- Beckanksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar ile COPE baş etme tutumu ölçeğinin sorun odaklı baş etme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf düzeyde, negatif bir korelasyon tespit edilmiştir.
- Beck anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar ile COPE baş etme tutumuölçeğinin işlevsel olmayan baş etme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzeyde, pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir.
- Maslach tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenmişlik alt boyutu ile kişisel başarı alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf düzeyde, negatif bir korelasyon tespit edilmiştir
- Maslach tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenmişlik alt boyutu ile COPE baş etme tutumu ölçeğinin sorun odaklı baş etme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf düzeyde, negatif bir korelasyon tespit edilmiştir.
- Maslach tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenmişlik alt boyutu ile COPE baş etme tutumuölçeğinin işlevsel olmayan baş etme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzeyde, pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir.
- Maslach tükenmişlik ölçeğinin kişisel başarı alt boyutu ile COPE baş etme tutumu ölçeğinin sorun odaklı baş etme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzeyde, pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir.
- COPE baş etme tutumuölçeğinin sorun odaklı baş etme alt boyutu ile duygu odaklı baş etme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf düzeyde, pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir.
- COPE baş etme tutumuölçeğinin duygu odaklı baş etme alt boyutu ile işlevsel olmayan baş etme alt boyutu arasında istatistiksel olarak

anlamli ve orta düzeyde, pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 29).

Tablo 30.

Anksiyete ve Tükenmişlik düzeylerinin COPE baş etme tutumu ölçeği alt boyutları üzerindeki etkisini gösteren Çoklu regresyon analizi sonuçları

	B	SS	β	p	R Square
Sorun odaklı baş etme					
<i>Model 1</i>					0,142
Sabit	46,079	5,325			
Beckanksiyete	-,013	0,087	-0,014	0,885	
Duygusal tükenmişlik	-,108	0,091	-0,114	0,238	
Kişisel başarı	0,589	0,126	0,333	0,000	
Duygu odaklı baş etme					
<i>Model 1</i>					0,002
Sabit	53,283	8,566			
Beckanksiyete	-0,016	0,139	-0,012	0,907	
Duygusal tükenmişlik	-0,006	0,146	-0,004	0,966	
Kişisel başarı	-0,117	0,203	-0,044	0,567	
İşlevsel olmayan baş etme					
<i>Model 1</i>					0,185
Sabit	26,916	4,985			
Beckanksiyete	0,056	0,081	0,065	0,493	
Duygusal tükenmişlik	0,339	0,085	0,374	0,000	
Kişisel başarı	-0,063	0,118	-0,037	0,597	

Tablo 30'da Anksiyete ve Tükenmişlik düzeylerinin COPE baş etme tutumu ölçeği alt boyutları üzerindeki etkisini gösteren Çoklu regresyon analizi sonuçları gösterilmektedir. Baş etme tutumlarının alt boyutları üzerinde etkisi olabilecek faktörler incelendiğinde; anksiyete ve tükenmişlik düzeylerindeki değişimler sorun odaklı baş etme tutumlarındaki değişimlerin %14,2'sini açıklayabilmektedir. Maslach tükenmişlik ölçeği kişisel başarı alt boyutunun,

sorun odaklı baş etme tutumundaki değişiklikleri açıklayan etkili, bağımsız bir faktör olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).

Duygu odaklı baş etme tutumları ile anksiyete ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde bu faktörlerin duygu odaklı baş etme tutumları üzerinde bağımsız faktörler olarak etkilerinin olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 30'da anksiyete ve tükenmişlik düzeylerindeki değişimlerin işlevsel olmayan baş etme tutumlarındaki değişimlerin %18,5'ini açıkladığı gösterilmiştir. Maslach tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenmişlik alt boyutu düzeyinin işlevsel olmayan baş etme tutumunu etkileyen bağımsız ve etkili bir faktör olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmada OSB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin tükenmişlik düzeyi, anksiyete ve baş etme tutumlarını, demografik değişkenlere göre araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmada ayrıca baş etme tutumları ile tükenmişlik düzeyi ve anksiyete ilişkisinin belirlenmesi hedeflenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, annelerin, babaların, anksiyete ve tükenmişlik düzeyleri ile baş etme yaklaşımlarının sosyodemografik özelliklerin bir kısmına göre çeşitli oranlarda farklılaşma gösterdiği saptanmıştır.

Çalışmaya katılan ebeveynlerin büyük bir çoğunluğun (%72.2) çalışmadığı görülmüştür. Bu bulgu Tahincioğlu'nun (2016) otizmli annelerde yaptığı araştırma ile uyumludur. Bumin, Günel ve Tükel'in (2008) engelli çocuk sahibi annelerde gerçekleştirdikleri çalışmalarında çalışmayan annelerin yüzdeleri oranını %86 ile çalışmamızdan biraz daha yüksek saptamışlardır. İki çalışma arasındaki farkın bu araştırmada hem annelerin hem de babaların dahil edilmiş olmasına bağlanabilir. Otizmli çocukların bakımı ile genellikle anneler ilgilenirler (Fırat, Diler, Avcı ve Şeydaoğlu). Günümüzde babalar da aynı zamanda çocukların bakım sorumluluklarını eşleri ile paylaşmaktadırlar (Davis ve Carter, 2008). Otizmli çocuğun bakımı ile ilgili ihtiyaçların çok fazla olmasına bağlı olarak, ebeveynlerin yaşamları kariyer bakımından etkilenmektedir. Çoğu anne çalışmayı bırakmak ya da çocuğa bakmak ve tedavileri ile ilgilenmek için kariyer olanaklarından vazgeçmektedirler (Fletcher, Markoulakis ve Bryden, 2012; Luong, Yoder ve Canham, 2009). Ebeveynlerin alabilecekleri destek de olmaması durumu ebeveynin çalışma imkanının daha da kısıtlanmasına yol açmaktadır (Joosten ve Safe, 2014; Fletcher, Markoulakis ve Bryden, 2012; Ludlow, Skelly ve Rohleder, 2012).

Otistik çocuğu olan ailelerin gelirinin önemli bir miktarı çocuğun bakımı için harcanmaktadır (Fletcher, Markoulakis ve Bryden, 2012). Bu aileler tarafından mali destek yokluğu veya yetersizlik de sık olarak bildirilmektedir (Hall ve Graff, 2010; Köydemir-Özden ve Tosun, 2010). Mevcut olan mali sorunlar ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin artmasına neden olmaktadır (Fletcher, Markoulakis ve Bryden, 2012; Altieri ve vonKluge, 2009). Bu çalışmada da duygusal tükenmişliğin en düşük gelire sahip olan grupta en yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu Tahincioğlu'nun (2016) çalışması ile uyumludur. Ebeveynlerin gereksinimlerini karşılamakta zorlanmalarının onları duygusal olarak tükenmişliğe ittiği öne sürülebilir.

Otizimli çocuğu olan anneler özellikle diğer çocuklarıyla ilişkilerinin daha düşük kalitede olduğunu bildirmektedir (Nealy, O'Hare, Powers ve Swick 2012). Bu durumun nedeni olarak normal gelişim gösteren çocuğa yeterli zaman ayırmamaları, çocuğun katılması için dışarıda faaliyetler planlamamaları ve çocuğu hazır olduğundan daha hızlı büyümeye zorlamaları olarak görülmektedir (Nealy ve ark., 2012). Bu bilgi ile uyumlu olarak bu çalışmada, anlamlılık düzeyinde olmamasına rağmen, en düşük anksiyete düzeyi otizimli çocuklarından başka çocuğu olmayan annelerde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu anne grubunda kişisel başarı düzeyi de en yüksek saptanmıştır. Daha fazla çocuğu olan annelerde anksiyete düzeyinin daha yüksek olarak saptanmış olması bu annelerin diğer çocuklarına yeterli ilgi ve zaman ayırmalarından dolayı duydukları kaygı ile açıklanabilir.

Akarsu (2014) çocuk sayısının artması ile annenin sorumluluğunun arttığını ve bu durumun tükenmişliğe yansiyabileceğini ifade etmiştir. Akarsu'nun (2014) çalışması ile uyumlu olarak, aradaki farkın anlamlı olduğu tespit edilememiş olmasına rağmen, duygusal tükenmişlik düzeyini en fazla üç ve üzerinde çocuğu olan ebeveynlerde belirlenmiştir. Ayrıca bu çalışmada işlevsel olmayan baş etme yöntemlerinin en fazla bu ebeveynlerde görülmüştür. Çalışmaya katılan bu ebeveynlerin daha yüksek duygusal tükenmişlik nedeniyle etkili baş etme stratejileri geliştiremedikleri ileri sürülebilir.

Otizimli çocuğa sahip olma durumu eş ve geniş aile ilişkilerinde ya iyileşme ya da bozulmaya yol açmaktadır. İyi bir evlilik ilişkisine sahip ailelerde, çocuğun

bakımını sağlamada hem duygusal hem de günlük yaşamda eşlerin birbirini desteklemesi belirgin olup değerli bir baş etme yöntemi olarak kabul edilmektedir. Geniş aileden hem duygusal hem de günlük yaşamda destek alınmasının da benzer şekilde çok değerli olduğu gözlenmiştir. Aile desteğine sahip olmanın yararları, artan aile desteğinin azalmış stres düzeyleriyle veya ebeveynlerde artmış psikolojik iyi oluşla ilişkili olduğu gösterilmiş olan çalışmalarla desteklenmiştir (Hartley, Barker, Baker, Seltzer ve Greenberg, 2012; Benson ve Kersh, 2011). Otizmli annelerde yapılan çalışma ile büyükanne ve büyükbaba ya da özel eğitim desteği veren kişi veya kuruluşlardan sağlandığı destek ile, annelerin günlük sıkıntıların ve davranışsal problemlerin azaldığı saptanmıştır (Dyches ve ark, 2016). Diğer taraftan, eş ilişkilerinin daha da kötüleştiğini tanımlayan ebeveynler, bu durumu zaman ve enerji tüketen çocuğun ihtiyaçlarına, tanı nedeniyle birbirlerini suçlama durumuna ya da babalardan sağlanan desteğin yetersizliğine bağlamaktadırlar (Ooi, Ong, Jacob ve Khan, 2016).

Çalışmada çekirdek aile veya geniş aile ile birlikte oturan ebeveynler arasında anksiyete, tükenmişlik ve baş etme yöntemleri açısından bir fark gözlenmemiştir. Bunun olası nedeni olarak ayrı evlerde de otursalar Türk aile yapısının özelliğine bağlı olarak genelde büyükanneler ve büyükbabalar kendilerine ihtiyaç duyan çocuklarına ve torunlarına yardım etmeye hazır olmaları ile açıklanabilir. Bu çalışmada ayrıca uzun süre evli olan ebeveynlerin etkili baş etme stratejileri kullandıkları görülmüştür. Bu durumun olası açıklaması uzun süre aile bütünlüğünü devam ettirebilen eşlerin birbiri ile uyum içinde olmaları ve karşılıklı olarak birbirini desteklemeleri ile açıklanabilir. Bu görüşümüzü destekleyecek şekilde diğer taraftan çalışmamızda eşlerinin ikinci evliliği olan ebeveynlerde duygusal tükenmişlik katsayısının daha yüksek olduğu görülmüştür. Eşlerinin daha önceden yaşamış oldukları travmatik süreç nedeniyle eşlerine yeterli desteği sağlayamamalarının bu durum ile ilişkili olabileceği düşünülebilir. Bununla birlikte babanın desteğinin anne iyilik halinde önemli bir iyileşmeye ve psikolojik sıkıntılarda azalmaya yol açtığını belirtmekte fayda vardır (Davis ve Carter, 2008).

Otizm tanısı konduktan sonra, ebeveynler normal çocuk için beklentilerin kaybı ile karşı karşıya kalır ve sadece çocuğun değil ailenin geleceği ile ilgili belirsizliklerle karşı karşıya kalırlar (Poslawsky, Naber, Van Daalen ve Van Engeland, 2013; Dale, Jahoda ve Knott, 2006). Çalışmada otistik çocuğu 7-11 yaş grubunda olan ebeveynlerde duygusal tükenmişlik düzeyinin anlamlı olarak çocuğu 12-18 yaş aralığında olanlara göre artmış olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde 7-11 yaş grubunda otistik çocuğu olan ebeveynlerin, anlamlılık düzeyine ulaşmasa da,anksiyete düzeylerinin en yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar 7-11 yaş grubunda otizmli çocuğa sahip ailelerde çocuğun geleceği ile ilgili anksiyetenin en fazla olduğunu, ilerleyen zamanla hastalığı kabullenmenin artması ile hem anksiyete düzeyinin hem de duygusal tükenmişliğinin azaldığını göstermektedir.

Çalışmalar ile tanının konulmasının ebeveynlere bu tanı ile baş etme imkanı da verdiğini ve çocuğun davranışlarının kötü ebeveynliğe atfedilmesine bağlı duyulan suçluluğun ortadan kalkmasına yol açtığı gösterilmiştir (Mulligan, MacCulloch, Good ve Nicholas, 2012). Ayrıca ebeveynler tanıyı ve çocuğu olduğu gibi kabullendikten sonra yapabileceklerine odaklanmaktadırlar (Woodgate, Ateah ve Secco, 2008; Dale, Jahoda ve Knott, 2006).

Otizm tanısı alan çocukların özel eğitim birimlerinde eğitim almaları önerilen bir durumdur (Ooi, Ong, Jacob ve Khan, 2016). Ebeveynlerin çocuğun tedavisi ile ilgili bilgilendirilme ve bu sürece dahil olma isteklerine benzer şekilde, ebeveynler çocuklarının eğitim programları hakkında da bilgilendirilmek isterler. Bu durum kendilerine kontrol hissi vermektedir (Auert, Trembath, Arciuli ve Thomas, 2012). Ebeveynlerin okul toplantılarına katılarak, çocuğun eğitimine katılım göstermeleri de istenilen bir davranıştır. Okullardan istenen özellik ise ebeveynlerin evde birlikte tamamlayabilecekleri etkinlikler sağlamalarıdır (Grey, Lynn ve McClean, 2010; Papageorgiou ve Kalyva, 2010). Çalışmalar ebeveynlerin çocuklarının okula devam etmelerinden memnuniyet duyduklarını, okulun çocuklarına yardım etme konusundaki çabaları ve tutumlarının iyi olduğunu, çocuklarının aldıkları eğitimin yararlarının olduğunu ve arkadaş edindiklerini belirttiklerini göstermişlerdir (Grey, Lynn ve McClean, 2010; Köydemir-Özden ve Tosun, 2010). Bununla

birlikte okuldan memnuniyetsizlik bildiren ebeveynlerin olduğunu tespit eden çalışmalar da vardır. En fazla bildirilen memnuniyetsizlik okulun çocuğun ihtiyaçlarını karşılamadaki yetersizlikleri ve otizmlili çocuklara etkili eğitim sağlamadaki imkanlarının kısıtlı olmasıdır (Ludlow, Skelly ve Rohleder, 2012; MacKintos, Goin-Kochel ve Myers, 2012). Bu çalışmadaki otistik çocukların özel eğitim alma sürelerine göre ebeveynlerinin değerlendirilmesinde; istatistiksel olarak anlamlılık saptanamamış olmasına rağmen süre olarak en kısa eğitim alan çocukların annelerinde anksiyete düzeyinin en yüksek olduğu, diğer taraftan en uzun süre eğitim alan çocukların annelerinde duygusal tükenmişlik düzeyinin en düşük olduğu görülmüştür. Bu bulgu özel eğitim biriminde eğitim alan otistik çocuk üzerinde olumlu etkisinin olduğu ve bu durumun benzer şekilde ebeveyni de olumlu etkilediğini göstermektedir.

Otizmlili çocuğa sahip olan ebeveynlerin engelli çocuğa sahip diğer ailelere veya tipik ailelere göre artan stres seviyelerine veya daha fazla psikiyatrik hastalıklara sahip oldukları belirlenmiştir (Ou, Cha ve Wang, 2010; Estes, Munson, Dawson, Koehler, Zhou ve Abbott, 2009). İlgili yayınlarda, engelli çocukların bakımından sorumlu olan annelerin sağlıklı çocuk annelere kıyasla strese daha fazla maruz kaldıkları ve psikolojik, fiziksel sağlıklarının bozulduğu belirtilmektedir (Lyons, Leon, RoeckerPhelps ve Dunleavy, 2010; Davis ve Carter, 2008).

Çalışmada ebeveynler arasında %10'a varan bir oranda psikiyatrik hastalık öyküsü görülmüştür. Bu oran Şahin'in (2017) otizmli ve özgül öğrenme güçlüğü olan annelerde saptanan psikiyatrik hastalık oranına çok yakındır. Psikiyatrik hastalık olan ebeveynlerde anksiyete ve duygusal tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızı destekler şekilde Çandır (2015) otizmli ve Down Sendromlu çocuğu olan annelerinin çoğunda psikiyatrik tedavi geçmişi tespit etmiştir. Annelerin, yaşamakta oldukları kaygı ve stresi sakinleştirici ilaçlarla atlatmaya çalıştıkları gözlenmiştir. Bu araştırmada psikiyatrik hastalığı olan ebeveynlerin ağırlıklı olarak işlevsel olmayan baş etme stratejilerini kullandıkları görülmüştür. İşlevsel olmayan baş etme tutumları strese yol açan etkenlerin, ruhsal bozukluklarla olan ilişkisinde rol oynar (Çandır, 2015). Çalışmada psikiyatrik hastalığı olan ebeveynlerin

çözümüne ulaştırmayan baş etme yöntemlerini kullanmalarının hayatlarını olumsuz yönde etkilediği ortaya çıkmıştır.

Araştırmanın ana alt problemi “Otizmlili çocuğa sahip ebeveynlerin anksiyete ve tükenmişlik düzeyleri ile baş etme yaklaşımları arasında anlamlı ilişki var mıdır?” şeklindedir. Elde edilen sonuçlara göre, annelerin anksiyete ve tükenmişlik düzeyleri ile baş etme yaklaşımları arasında farklı yönlerde ve değişen oranlarda ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmada anksiyete düzeyi yüksek olan ebeveynlerde duygusal tükenmişlik düzeyinin de yüksek olduğu görülmüştür. Diğer taraftan kişisel başarı düzeyi yüksek olanlarda anksiyete düzeyinin düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Bu bulgu Tahincioğlu'nun (2016) çalışması ile uyumludur. Literatüre göre otizmlili çocukların ebeveynlerinde mevcut olan psikolojik bozuklukların %15-54'üne anksiyete eşlik etmektedir (Hastings ve Brown, 2002). Bumin ve arkadaşları (2008) özel gereksinimli çocuğu olan annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin klinik boyutta olduğu ve bu durumun yaşam kaliteleri üzerine olumsuz etkileri olduğu tespit etmiştir. Ayrıca otizm spektrum bozukluğunun kronik doğası ebeveynleri olumsuz yönde etkileyebilir ve ebeveynleri karamsarlık ve tükenmişlik riski ile karşı karşıya bırakmaktadır (Bristol, 1984; akt. Sivberg, 2002).

Duygusal tükenmişlik düzeyinin artması ile duyarsızlaşma ve işlevsel olmayan baş etme yöntemlerinin kullanımı artacaktır. Otizmlili çocuklarda sık görülen davranış ve iletişim problemleri (Darıca ve ark., 2000) nedeniyle ebeveynlerde duygusal tükenme görülmesi beklenen bir sonuçtur. Bunun nedeni ebeveynlerin çocuklarına yönelik çeşitli beklentiler içinde olmaları ve bu beklentilerin karşılanmaması halinde duygusal çökkünlük içine girmeleridir. Bu olumsuz durum annelerin çocuklarının sorunlarına karşı duyarsızlaşmasına, kendilerini başarısız görmelerine ve işlevsel olmayan baş etme yöntemlerini kullanmaya sevk ediyor olabilir.

Otizmlili çocuğu olan ebeveynlerle çalışma yaklaşımları son yirmi yılda önemli ölçüde değişikliğe uğramıştır. Marcus, Kuncce ve Schopler (1997), bu değişim ile otizmin duygusal bir rahatsızlıktan ziyade gelişimsel bir bozukluk olarak tanınması arasında bir bağlantı olduğuna dikkat çekmişlerdir. Bu değişimin bir parçası olarak, ebeveynler çocuklarının tedavisine daha doğrudan dahil

olmuşlardır (Harris, 1994). Ebeveynler artık çocuklarının probleminin nedeni olarak görülüyor, bunun yerine çocuklarının tedavisinde ortaklar olarak tanımlanmaktadırlar. Ebeveynlerin bu yeni rolü başarmak için fonksiyonel baş etme stratejilerine ihtiyaçları vardır (Sivberg, 2002).

Tüm dünyada otizm teşhisi alan çocuk sayısı arttıkça, OSB tanılı çocuğu olan ebeveynlere, kendi özel durumlarına yardımcı olacak ve anksiyete ile stres düzeylerini düşürmelerinde etkili olacak yararlı baş etme stratejileri kullanmalarını destekleyecek kaynaklar sağlanmalıdır (Hall ve Graff, 2012). Işıkhan (2005: 30) baş etme kaynaklarının yeterli olması durumunun potansiyel strese neden olan etkenlerin etkisini azaltabildiğini ifade etmiştir. Sorun odaklı baş etme yöntemlerine, genellikle olumlu beklentiler varlığında başvurulmaktadır (Durukan ve arkadaşları, 2010: 79). Bu çalışmada da Işıkhan (2005) ve (Durukan ve arkadaşları, 2010: 79) ile uyumlu olarak sorun odaklı baş etme yöntemini kullanan ebeveynlerde anksiyete düzeyi ve duygusal tükenmişlik düzeyinin daha düşük olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan ebeveynlerin sorun odaklı baş etme yöntemleri kullanarak problemlerin üstesinden geldiğini ve bu durumun hayatlarını olumlu etkilediği görülmüştür. Ayrıca anksiyete ve duygusal tükenmişlik düzeyi yüksek olan ebeveynlerin işlevsel olmayan baş etme yöntemini daha çok kullandıkları görülmüştür. Çalışma bulgusunu destekler şekilde Işıkhan (2005) diğer ebeveynler ile kıyaslanınca, büyük miktarda sıkıntı yaşayan ebeveynlerin daha az sorun odaklı baş etme yöntemlerini kullandıklarını belirtmiştir.

6. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda otizmin, ebeveynlerde neden olduğu anksiyete ve tükenmişlik durumu ile baş etme yöntemleri gözlenmiştir.

Otistik çocukların ebeveynlerin anksiyete düzeyinin ebeveynlerin psikiyatrik hastalık öyküsü durumuna göre anlamlı olarak değişiklik gösterdiği görülmüştür. Bunun yanı sıra ebeveynlerinin tükenmişlik düzeyinin çocukların yaş gruplarına, kardeş sayısına, ebeveynlerin eşlerinin evlilik sayısına, ebeveynlerin psikiyatrik hastalık öyküsü durumuna göre farklılaştığı görülmüştür. Ebeveynlerin baş etme yöntemlerinin kaçınıcı çocuk olduğuna, ebeveynlerin evlilik süresine, psikiyatrik hastalık öyküsü durumuna göre anlamlı olarak değişiklik gösterdiği görülmüştür. Ebeveynlerin anksiyete ve tükenmişlik düzeyi ile baş etme yöntemleri çocukların cinsiyetine, tanı aldıkları yaşa, ek hastalık tanısı alma durumlarına, özel eğitim alma sürelerine, çalışmaya katılan ebeveynlerin yaş gruplarına, eğitim durumlarına göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir.

Otizm tanılı çocuğu olan ebeveynlerin anksiyete düzeyi ile Maslach tükenmişlik ölçeğinin alt boyutu olan duygusal tükenmişlik arasında anlamlı ve güçlü düzeyde, pozitif bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda yüksek anksiyete belirtileri gösteren ebeveynlerin aynı zamanda duygusal tükenmişlik düzeyi daha fazladır.

Otizm tanılı çocuğu olan ebeveynlerin anksiyete düzeyi ile tükenmişlik alt boyutu olan kişisel başarı düzeyi arasında anlamlı ve zayıf düzeyde, negatif bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda yüksek anksiyete belirtileri gösteren ebeveynlerin kişisel başarı düzeyi düşüktür.

Otizm tanılı çocuğu olan ebeveynlerin anksiyete düzeyi ile COPE Baş Etme Tutumu ölçeğinin alt boyutu olan sorun odaklı baş etme tutumu arasında anlamlı ve zayıf düzeyde, negatif bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda yüksek anksiyete belirtileri gösteren ebeveynlerin sorun odaklı baş etme tutumu kullanmaları düşüktür.

Otizm tanılı çocuğu olan ebeveynlerin Maslach tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenmişlik ile kişisel başarı alt boyutları arasında anlamlı ve zayıf düzeyde, negatif bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda yüksek tükenmişlik düzeyi gösteren ebeveynlerin kişisel başarı düzeyi düşüktür. Otizm tanılı çocuğu olan ebeveynlerin Maslach tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenmişlik düzeyi ile COPE Baş Etme Tutumu ölçeğinin sorun odaklı baş etme alt boyutu arasında anlamlı ve zayıf düzeyde, negatif bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda yüksek tükenmişlik düzeyi gösteren ebeveynlerin sorun odaklı baş etme tutumu kullanmaları düşüktür.

Otizm tanılı çocuğu olan ebeveynlerin Maslach tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenmişlik alt boyutu ile COPE Baş Etme Tutumu ölçeğinin işlevsel olmayan baş etme alt boyutu arasında anlamlı ve orta düzeyde, pozitif bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda tükenmişlik düzeyi yüksek olan ebeveynlerin işlevsel olmayan baş etme tutumu kullanmaları fazladır.

Otizm tanılı çocuğu olan ebeveynlerin Maslach tükenmişlik ölçeğinin kişisel başarı alt boyutu ile COPE Baş Etme Tutumu ölçeğinin sorun odaklı baş etme alt boyutu arasında anlamlı ve orta düzeyde, pozitif bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda kişisel başarı düzeyi yüksek olan ebeveynlerin sorun odaklı baş etme tutumu kullanmaları fazladır.

Otizm tanılı çocuğu olan ebeveynlerin COPE Baş Etme Tutumu ölçeğinin sorun odaklı baş etme alt boyutu ile duygu odaklı baş etme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf düzeyde, pozitif bir korelasyon tespit

edilmiştir. Bu doğrultuda sorun odaklı baş etme tutumu kullanan ebeveynlerin duygu odaklı baş etme tutumunu da kullandıkları söylenebilir.

Otizm tanılı çocuğu olan ebeveynlerin COPE Baş Etme Tutumu ölçeğinin duygu odaklı baş etme alt boyutu ile işlevsel olmayan baş etme tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzeyde, pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir. Bu doğrultuda duygu odaklı baş etme tutumu kullanan ebeveynlerin işlevsel olmayan baş etme tutumunu kullanmalarının fazla olduğu söylenebilir.

OSB'nin yaygınlığının artması nedeniyle ailenin otizm tanısı alan çocuklarla yaşadığı deneyimlerini daha iyi anlamak önemlidir. Ebeveynler arasındaki ilişkiler, kardeşlerle ilişkiler ve sosyal destek sistemleri de dahil olmak üzere aile dinamiklerinin daha yakından incelenmesi, aile üyelerinin rolünü ve OSB'li çocuğun bundan nasıl etkilediğini daha iyi anlamamızı sağlayacaktır. Ebeveynlere zamanında, yeterli ve sürekli olarak destek sağlanması, halkın duyarlılığının artırılması ve sağlık uygulamalarındaki gelişmeler ailelerin otizm teşhisine uyum sağlamasını kolaylaştıracaktır.

6.2. Öneriler

Otistik çocuğu olan ebeveynler şimdi ve gelecekte karşılaşılabilecekleri sorunlar hakkında bilgilendirilmeleri, bununla birlikte çocuklarının gelişim hızına uygun olarak hazırlanan eğitim programlarında eğitim görebilecekleri ve tek başına olmadıkları vurgulanmalıdır. Ebeveynlerin iyilik hali ve işlevselliğinin sağlıklı olması tükenmişliğin yönetilmesi ile sağlanacaktır. Ayrıca, işlevsel baş etme becerilerinin geliştirilmesi ebeveynlerin bu zorlu durum ile mücadelelerinde yeterli güce sahip olmalarını kolaylaştırabilir. Ebeveynler kendi sağlıklarının çocuklarına daha iyi bakabilmeleri için önemli olduğunu fark ettiklerinde kendilerine de yatırım yapmaya başlayacaklardır. Çalışma sonuçları otistik bozukluğun tüm aileyi ve aile ilişkilerini etkilediğini bir kez daha göz önüne sermiştir. Bu nedenle ebeveynlerin sorunlarına eğilmek, onlara ihtiyaç duydukları her türlü desteği vermek son derece önemlidir. Otistik çocuğu olan ailelere daha kolay psikolojik destek alabilecekleri ortamlar sağlanmalı, bu sayede anksiyete düzeylerinde düşme sağlanacak ve gerektiğinde grup terapileri de gerçekleştirilebilecektir.

Her anlamda anksiyeteyi ve tükenmeyi engelleyebilmek maddi ve sosyal destekle mümkündür. Otistik çocuğa sahip ebeveynlere sağlanabilecek sosyal destek mekanizmaları dahilinde geçici bakım hizmetleri bulunmaktadır. Aileler acil durum halinde veya ebeveynlerin kendileri hastalandıklarında çocuklarına bakacak birisini bulmakta sorun yaşamaktadırlar. Geçici bakım hizmetleri sayesinde bu sorunun üstesinden gelebilirler. Bu destek birkaç saatlik veya hafta sonunu kapsayacak şekilde olabilir. Tüm ülkede geçici bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması ile ebeveynlerin çocukların bakımı sırasında karşılaştıkları anksiyete düzeyinin azaltmasına katkıda bulunulabilir. Diğer aile bireylerine ait ilişkilerin korunması, umutsuzluk ve tükenmişlik duygularına kapılmalarının engellenmesine yönelik programların geliştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca ebeveynlerde başta depresyon, anksiyete ve tükenmişlik sendromu gelişimi gibi psikiyatrik sorunların ortaya çıkabileceğinin göz önünde bulundurulması ile, zamanında ebeveynin tedavisini gerçekleştirmek OSB tedavisinin bir yönü olarak kabul edilmelidir. Bu durum ile ilgili olarak otistik çocuğu olan ebeveynlerin kendileri de psikolog gözetiminde olmaları gerekmekte olup ihtiyaç duydukları desteğin sağlanması gerçekleştirilmelidir.

Bu çalışmada çocuklarında otizm spektrum bozukluğu olan ebeveynlerin tükenmişlik düzeyi ve anksiyete ile baş etme tutumları arasındaki ilişki incelenmiştir. Yapılacak olan diğer araştırmalarda, otistik çocuğa sahip olan annelerin kullandığı işlevsel başa çıkma stratejilerinden hangilerinin daha çok anksiyete düzeyini azaltmaya yardımcı olur konusu incelenebilir.

Bu araştırmada elde edilen veriler özellikle otizm tanılı çocuğa sahip ebeveynlere gerekli psikososyal yaklaşımların etkin bir biçimde sergilenmesi anlamında psikolojik belirtilerin irdelenmesi bakımından önem arz etmektedir. Bununla birlikte, verilerin geçerliliğini sınamak için bu çalışmanın diğer aile bireylerini de kapsayacak şekilde, daha geniş kapsamlı bir örneklem grubunda test edilmesi önerilmektedir. Ayrıca daha çok etkenin değerlendirilmesi ile yapılacak olan araştırmalar sorunların nedenlerinin tespit edilmesine yardımcı olacaktır.

KAYNAKÇA

- Ağargün, M.Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü.K., Özer, Ö.A. ve Kara, H. (2005). COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatir Dergisi*,6, 221-26.
- Akarsu, Ö. (2014). *Zihinsel yetersiz çocukların aile yükü, özbakım becerileri, annelerinin yaşam doyumu ve etkileyen faktörler*. Trakya Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Edirne.
- Akçamete, G., Kaner, S. ve Sucuoglu, B. (2001). *Engelli ve engelli olmayan çocuklarla çalışan öğretmenlerin tükenmişlik ve iş doyumu düzeyleri arasındaki ilişkinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi*. Ankara: Nobel YayınDağıtım.
- Aktaş, S. (2009). *Eşlerden birinin kaygı düzeyi ile evlilik uyumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Akyol Bilaç, Ö. (2012). *İzmir ili konak merkez ilçede İlköğretim 1. Sınıf, 2. Sınıf, 3. Sınıf, 4. Sınıf Ve 5. Sınıf öğrencilerinde duygudurumve anksiyete bozuklukları prevalansı*. Uzmanlık Tezi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.
- Altieri, M.J. ve von Kluge, S. (2009). Searching for acceptance: challenges encountered while raising a child with autism. *J Intellect Dev Disabil*, 34(2), 142-152.
- Altinkurt, Y. (2012). *Üniversite Çalışanlarının Psikolojik Yıldırma Algıları ile Denetim Odağı Arasındaki İlişki*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir.
- APA. (2000). *Diagnosticand Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-IVTR*. American Psychiac Association.

- Amerikan Psikiyatri Birliği (AmericanPsychiatricAssociation-APA) (2013) *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı* (Çev. Ed.: E Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Ardıç, K. ve Polatçı, S. (2008). Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama (GOÜ örneği). *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10, 1-28.
- Ardıç, K. ve Polatçı, S. (2009). Tükenmişlik sendromu ve madalyonun öbür yüzü: İşle bütünleşme. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 32 (32), 21-46.
- Arı, G. ve Bal, E. (2008). Tükenmişlik Kavramı: Birey ve Örgütler Açısından Önemi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*,15(1), 131-148.
- Arslan, E. ve İnce, G. (2015). Haftalık Egzersiz Programının Atipik Otizmlili Çocukların Kaba Motor Beceri Düzeylerine Etkisi. *Uluslararası Spor, Egzersiz ve Antrenman Bilimi Dergisi*, 1(1), 51-62.
- Aslan, D., Kiper, N., Karaağaoğlu, E., Topal, F., Güdük, M. ve Cengiz, Ö.S. (2005). *Türkiye'de tabip odalarına kayıtlı olan bir grup hekimde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Ateş, G. E. (2016). *Rehabilitasyon merkezlerinde eğitim alan otizm tanısı almış olan çocuklara sahip ebeveynlerin yaşam doyumunun, aile işlevlerinin ve öğrenilmiş güçlülüğünün incelenmesi*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Auert, E.J, Trembath,D., Arciuli, J. ve Thomas, D. (2012). Parents' expectations, awareness, and experiences of accessing evidence-based speech-language pathology services for their children with autism. *Int J Speech Lang Pathol*, 14(2), 109-118.

- Autism Spectrum Disorder (ASD) (2018). Centersfor Disease Control and Prevention. Erişim adresi:
<https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/addm.html>. Erişim tarihi:
 11.12.2018.
- Avcı, N. (2017). Otizmlı çocukların ebeveynlerinin evlilik uyumları sosyal destek algıları ve anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Diyarbakır.
- Aydoğan, Ü., Doğaner YÇ, Borazan E, Kömürcü Ş, Koçak N, Öztürk B, Özet A ve Sağlam K. (2012). Kanser Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumlarının İlişkisi. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 16(2), 55-60.
- Baker, J.P. ve Berenbaum, H. (2007). Emotional approach and problem-focus coping: A comparison of potentially adaptive strategies. *Cogn Emot*, 21, 95-118.
- Bal, U., Çakmak, S. ve Uğuz, Ş. (2013). Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 441-459.
- Barbaro, J., ve Dissanayake, C. (2009). Autism spectrum disorders in infancy and toddlerhood: A review of the evidence on early signs, early identification tools, and early diagnosis. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 30(5), 447-459.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. (2.basım). New York: Guilford Press.
- Baron-Cohen, S., Scott, F.J., Allison, C. (2009). Prevalence of Autism-Spectrum Conditions: UK School-Based Population Study. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 500-509.
- Basut, E. (2006). Stres, başa çıkma ve ergenlik. *Turk J Child Adolesc Ment Health*, 13: 31-3.

- Batu, E.S. (2011). *0-6 Yaş Arası Down Sendromlu Çocuklar Ve Gelişimleri*. Ankara: Kök Yayıncılık.
- Beck, A.T., (2008). *Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozuklukla*. İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and thee motional disorders*. New York: International Press.
- Beck, A.T. ve Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitiveperspective*. New York: Basic Books.
- Benderix, Y., Nordstrom, B., and Sivberg, B. (2006). Parents' experience of having a child with autism and learning disabilities living in a group home. *Autism. The International Journal of Research & Practice*, 10(6), 629-640.
- Benson, P.R. (2006). The impact of child symptom severity on depressed mood among parents of children with ASD: The mediating role of stres proliferation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 685-695.
- Benson, P.R., ve Karlof, K.L. (2009). Anger, stres proliferation, and depressed mood among parents of children with ASD: A longitudinal replication. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 350-362.
- Benson, P.R. ve Kersh, J. (2011). Marital quality and psychological adjustment among mothers of children with ASD: cross-sectional and longitudinal relationships. *J Autism Dev Disord*, 41(12), 1675-1685.
- Beversdorf, D.O., Anderson, M., Manning, S.E., Anderson, S.L., Nordgren, R. E., Felopulus, G.J., Bauman, M.L. (2001). Brief Report: Macrographiain high functioning adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 97-101.

- Birdir, K., Tepeci, M. (2003). Otel Genel Müdürlerinde Tükenmişlik sendromu ve tükenmişliğin genel müdürlerin işlerini değiştirme eğilimlerine etkileri. *Anatolia Turizm Araştırmaları Dergisi*, 2, 93-106.
- Bıçak, M. (2018). *Diyarbakır ilinde anestezi uygulayıcılarında tükenmişlik sendromu sıklığının araştırılması*. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Diyarbakır.
- Bodur, Ş. ve Soysal, Ş. (2004). Otizmin erken tanısı ve önemi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(10), 394-398.
- Boucher, J. ve Anns, S. (2018). Memory, learning and language in autism spectrum disorder. *Autism and Developmental Language Impairments* 3, 1-13.
- Bristol, M.M. (1984). Family Resources and Successful Adaptation to Autistic Children. In Schopler, E. & Mesibov, G.B. (Eds.), *The effects of autism on the family*. New York: Plenum.
- Brown, T.A., DiNardo, P.A., Lehman, C.L. ve Campbell, L.A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for the classification of emotional disorders. *J Abnorm Psychol*, 110(1), 49-58.
- Budak, S., (2003). *Psikoloji Sözlüğü*. Bilim ve Sanat Yayınları. Ankara.
- Budak, G., Sürgevil, O. (2005). Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. *D.E.Ü.İ.B.F. Dergisi*, 20(2), 95-108.
- Buick, I., Thomas, M. (2001). Why do middle managers in hotels burn out? *International Journal Of Contemporary Hospitality Management*, 13(6), 304-309.
- Bumin, G.T., Günal, A T., Tükel, Ş.T. (2008). Anxiety, Depression and Quality of Life in Mothers of Disabled Children. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(1), 6-11.

- Carver, C.S., Scheier, M.F. ve Weintraub, J.K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Pers Soc Psychol*, 56, 267-283
- Chakrabarti, S., ve Fombonne, E.(2001). Pervasive developmental disorders in preschool children. *JAMA*, 285(24), 3093-3099.
- Cidav, Z., Marcus, S.C. ve Mandell, D.S. (2012) . Implications of childhood autism for parental employment and earnings. *Pediatrics*, 129(4), 617-23.
- Coşkun, Y., Akkaş G., (2009). Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(1), 213-227.
- Cüceloğlu, D. (2005): *İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları*. (14.basım) İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Çokluk, O. (2003). *Orgütlerde tükenmişlik*. Yonetimde Çağdaş Yaklaşımlar.
- Çandır, G. (2015). *4-24 Yaş Arası Otizm Spektrum Bozukluğu Ve Down Sendromu Tanısı Alan Çocukların Annelerinde Depresyon, Anksiyete, Stres Ve Baş Etme Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çavuşoğlu, E.Y. (1990). *Anksiyetenin öğrenme ve belleğe etkisi*. Yayınlanmamış Lisans Bitirme Tezi, İzmir.
- Dale, E., Jahoda, A., Knott, F. (2006). Mothers' attributions following their child's diagnosis of autistic spectrum disorder: exploring links with maternal levels of stress, depression and expectations about their child's future. *Autism*, 10(5), 463-479.
- Darıca, N., Arıboğan, Ü., Gümüşçü, Ş. (2005). *Otizm ve Otistik Çocuklar*. Ankara: Özgür Yayınları.

- Davis, N.O., Carter, A.S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: associations with child characteristics. *J Autism Dev Disord*, 38(7), 1278-1291.
- Demirkol, İ. (2006). *Avukatlarda iş doyumu, tükenmişlik ve denetim odağının bazı demografik değişkenler bağlamında incelenmesi*. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Mersin.
- Dereli, F. ve Okur, S. (2008). Engelli Çocuğa Sahip Olan Ailelerin Depresyon Durumunun Belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 25, 164-168.
- Dicle, A.N. (2012). *Motivasyonel Görüşme Uygulamalarının Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Başa Çıkma Tutumlarına Etkisi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Samsun.
- Dursun, V. (2015) *Tükenmişlik Sendromu Bağlamında Hakkâri Şark Hizmeti Yapan Kamu Personeli Üzerine Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Durukan, İ., Erdem, M., Tufan, A. ve Türkbay, T. 2010. Otistik spektrum bozukluğu olan çocukların annelerindeki baş etme tutumları ve depresyon ile anksiyete düzeyleriyle ilişkisi, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 17(2), 75-82.
- Duygun, T. ve Sezgin, N., (2003). Zihinsel Engelli ve Sağlıklı Çocuk Annelerinde Stres Belirtileri, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Algılanan Sosyal Desteğin Tükenmişlik Düzeyine Olan Etkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 18 (52), 53-55.
- Dyches, T.T., Christensen, R., Harper, J., Mandleco, B. Ve Roper, S., (2016). Respite Care for Single Mothers of Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 46(3), 812-824.

- Dzubay, S.K. (2011). *Parental grief, coping strategies, and challenges when a child has autism spectrum disorder*. Master of Science Degree In Family Studies and Human Development, University of Wisconsin-Stout, ASİ.
- Erbaş, D., ve Yücesoy Özkan, Ş. (2010). *Problem Davranışları Azaltmada Olumlu Davranışsal Destek Uygulamaları: Aile ve Öğretmen El Kitabı*. Ankara: Maya Akademi Yayıncılık.
- Eichstaedt, C.B., Lavay, B.W. (1992). *Physical activity for individual with mental retardation*. Illinois: Human Kinetics Books.
- Ergin, C. (1995). Akademisyenlerde tükenmişlik ve çeşitli stress kaynaklarının incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 12(12), 37-50.
- Ergin, C. (1993). *Doktor ve hemşireler de tükenmişlik ve maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması*. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Türk Psikologlar Derneği Yayını, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Erol, A., Sarıççek, A., Uzunseren, Ş. (2007). Asistan Hekimlerde Tükenmişlik: İş Doyumu ve Depresyonla İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 241-247.
- Esdaile, S.A. ve Greenwood, K.M. (2003) A comparison of mothers' and fathers' experience of parenting stress and attributions for parent child interaction outcomes. *Occup Ther Int*, 10, 115-126.
- Essex, E.L., Seltzer, M.M., Krauss, M.W. (1999) Differences in coping effectiveness and well-being among aging mothers and fathers of adults with mental retardation. *Am J Ment Retard*, 104(6), 545- 563.
- Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X.H. ve Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 13(4), 375-387.

- Eysenck, H.J. ve Eysenck, M.W. (1985). *Personality and individual differences: a natural science approach*. New York: Plenum Press.
- Falk, N., Norris, K., and Quinn, M. G. (2014). The factors predicting stress, anxiety and depression in the parents of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(12), 3185-3203.
- Fazlıoğlu, Ö.Y. (2004). *Duyusal Entegrasyon Programının Otizmli Çocukların Duyusal ve Davranış Problemleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi*. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Featherstone, H. (1980). *A difference in the family: Life with a disabled child*. New York, NY Basic Books.
- Filiz, Z. (2014). Öğretmenlerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 10(23), 157-171.
- Firth, I., ve Dryer, R. (2013). The predictors of distress in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Developmental Disabilities*, 38, 163-171.
- Fırat, S., Diler, R.S., Avcı, A. ve Şeydaoğlu, G. (2002). Comparison of psychopathology in the mothers of autistic and mentally retarded children. *J Korean Med Sci*. 17(5), 679-685.
- Fletcher, P.C., Markoulakis, R., Bryden, P.J. (2012). The costs of caring for a child with an autism spectrum disorder. *Issues Compr Pediatr Nurs*, 35(1), 45-69.
- Folkman, S. ve Lazarus, R.S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S. ve Lazarus, R.S. (1988) Coping as a Mediator of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466–475.

- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stress fulen counter: cognitive appraisal, coping, anden counterout comes. *J Pers SocPsycho*, 50, 992-1003.
- Fombonne, E. (2003).Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update, *Journal Of Autism And Developmantal Disorders*, 365-382.
- Freud, S. (1926). *Inhibition, symptoms, and anxiety*. Standard Edition 20. London: HogarthPress.
- Frith, U., Frith,C. (2001). Thebiologicalbasis of socialinteraction. *CurrentDirections in Psychological Science*,10(5),151-155.
- Fuentes, J., Bakare, M., Munir, K., Aguayo, P., Gaddour, N., Öner, Ö., Mercadante, M. (2012). Autism spectrum disorders. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Frydenberg, E. (2004). Coping competencies: Whatt oteach and when? *Theory Pract*, 43, 14-22.
- Geçtan, E. (2000). *Psikanaliz ve Sonrası ve Normal Dışı Davranışlar*. İstanbul: Metis Yayınları.
- Gillberg, C., Gillberg, C., Rastam, M., ve Wentz, E. (2001). The Asperger syndrome (andhigh-function in gautism) diagnostic interview (ASDI), a preliminary study of a new structured clinicalin terview. *Autism*, 5(1), 57-66.
- Glasson, E.J., Bower, C., Petterson, B., de Klerk, N., Chaney, G., Hallmayer, J.F. (2004). Perinatal factors and the development of autism: A population study. *Arch Gen Psychiatry*, 61, 618-27.

- Glidden, L.M., Schoolcraft, S.A. (2003). Depression: its trajectory and correlates in mothers rearing children with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*, 47, 250-263.
- Gökçe, T. ve Dündar, C.(2008). Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(1), 25-28.
- Gökoğlan, K. (2010). *Kamu iç denetçilerinde tükenmişlik sendromu üzerine bir araştırma*. Yüksek Lisans Tezi. Niğde Üniversitesi, Niğde.
- Grey, I., Lynn, E., McClean, B. (2010). Parents of children with autism: experiences of education service provision in the Republic of Ireland. *Ir J Psychol*, 31(1-4), 111-124.
- Güleç, C. ve Köroğlu, E. (Ed.). (1997). *Psikiyatri temel kitabı*. (1.basım). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Güney, E. ve Velşeri, E. (2013). Genetic and Environmental Factors in Autism. *INTECH. Recent Advances in Autism Spectrum Disorders*, 1(15), 321-339.
- Hall, H.R. ve Graff, J.C. (2010). Parenting challenges in families of children with autism: a pilot study. *Issues Compr Pediatr Nurs*, 33(4), 187-204.
- Hall, H.R. ve Graff, J. (2012). Maladaptive Behaviors of Children with Autism: Parent Support, Stress, and Coping. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 35(3-4), 194-214.
- Harris, S.L. Treatment of family problems in autism. In E. Schopler & G.B. Mesibov (Eds.). *Behavioral Issues in Autism*. New York: Plenum
- Hartley, S.L., Barker, E.T., Baker, J.K., Seltzer, M.M., Greenberg, J.S. (2012). Marital satisfaction and life circumstances of grown children with autism across 7 years. *J Fam Psychol*, 26(5), 688-697.

- Hastings, R.P. (2003) Child behaviour problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *J Intellect Disabil Res*, 47, 231-237.
- Hastings, R.P., Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *Am J Ment Retard*, 107(3), 222–232.
- Hastings, R.P., Kovshoff, H., Ward, N.J., Espinosa, F.D., Brown, T., Remington, B.: (2005). Systems Analysis of Stress and Positive Perceptions in Mothers and Fathers of Pre-school Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(5), 635-644.
- Hayes, S.A., Watson, S.L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*, 43(3), 629-642.
- Heubner, R.A., ve Lane S.J. (2001). Neuropsychological findings, etiology and implications for autism. In R.A. Heubner (Ed). *Autism a sensory motor approach to management*, Gaithersburg, MD: Aspen.
- Hviid, A., Stellfeld, M., Wohlfahrt, J., ve Melbye, M. (2003). Association between thimerosal-containing vaccine and autism. *JAMA*, 290,1763-1766.
- İkiz, F.E. (2010). Psikolojik danışmanlarının tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11 (2), 25-43.
- Işık, E. (2006). *Anksiyete Belirtileri ve Tipleri: Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları*. İstanbul: Golden Print.
- Işıkhan, V. (2005) *Türkiye’de Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Sorunları*. H.Ü. Yayınları, Ankara.

- Izgar, H. (2006). *Okul Yöneticilerinde Tükenmişlik Nedenleri*. Nobel Yayın Dağıtım, 2, İstanbul.
- Jain, A., Marshall, J., Buikema, A., Bancroft, T., Kelly, J.P. ve Newsraffer, C. (2016). Correction of description of MMR vaccine receipt coding and minor errors in MMR vaccine and autism Study. *JAMA*, 315(2), 202-4.
- James, D.H., Ian, R.S., Brandon, A. (2002). Separating Fact from Fiction in the Etiology and Treatment of Autism. *The Scientific Review of Mental Health Practice*. 1(1). Erişim adresi: Web: <https://www.srmhp.org/0101/autism.html>. Erişim tarihi: 01.12.2018.
- Johnson, B.S. (2000). Mothers Perceptions of Parenting Children with Disabilities. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 25(3): 127-132.
- Johnson, C.P., ve Myers, S.M.; American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities. (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120(5), 1183-1215.
- Jones, J. ve Passey, J. (2004). Family adaptation, coping and resources: Parents of children with developmental disabilities and behaviour problems. *Journal on Developmental Disabilities*, 11(1), 31-46.
- Joosten, A.V., Safe, A.P. (2014). Management strategies of mothers of school-age children with autism: implications for practice. *Aust Occup Ther J*, 61(4), 249–258.
- Kaçmaz, N. (2005). Tükenmişlik (burnout) sendromu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 68(1), 29-32.
- Kafadar, M. Tugay, (2014). *Bipolar bozukluğu olan hastaların bakım veren yakınlarında tükenmişlik sendromu ve sosyal işlevsellik düzeyleri*. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Kırıkkale.

- Kaminski, J., Valle, J., Filene, J. ve Boyle, C. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Psychology*, 36(4), 567-589.
- Kanner L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nerv Child*, 2, 217-250.
- Kaplan, H.I. ve Sadock, B.J. (2004) *Klinik Psikiyatri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Karasar, N. (2012). *Bilimsel araştırma yöntemi*. Ankara: Sanem Yayıncılık.
- Karimi, P., Kamali, E., Mousavi, S.E., Karahmadi, M.(2017). Environ mental factors influencing the risk of autism. *J Res Med Sci*, 22-27.
- Kavak, S. (2007). *Algılanan aile yakınları destek ölçeğinin geliştirilmesi ve 0–8 yaş arası engelli çocuğu olan annelerin yakınlarından aldığı desteği algılamaları*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi EğitimBilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Keser, A. (2009). Tükenmişlik sendromu. (İçinde) *Çalışma yaşamında davranış*. Ed: A. Keser, G. Yılmaz, S. Yürür, Çalışma yaşamında davranış. (s. 463-478). Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Umuttepe Yayınları.
- Kim, I., Ekas, N.V., and Hock, R. (2016). Associations between child behavior problems, family management, and depressive symptoms for mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 26, 80-90.
- King G. (2002) A life ness model of pediatric service delivery. *Physical and occupational therapy in pediatrics*, 22, 53-77.
- Kırcaali-İftar, G. (2013). Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar ve eğitimleri. E. Tekin-İftar (ed.), *Otizm spektrum bozukluğuna genel bakış*. Ankara: Vize Basın Yayın.

- Kırılmaz, A.Y., Çelen, Ü., Sarp, N. (2003). İlköğretimde çalışan bir öğretmen grubunda tükenmişlik durumu araştırması. *İlköğretim-Online Dergisi*, 2(1):2-9.
- Kırmızıgül Y (2018). *Tip fakültesinde çalışan tip doktorlar ıvetıp öğrencilerin de tükenmişlik sendromu ve ilişkili faktörler*. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Denizli.
- Kocabaşoğlu, N. (2005). Stress ve Anksiyete. *İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 47:181-98.
- Koçak, R. (2009). Okul yöneticilerinin mesleki tükenmişlik düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(1),65-83.
- Konkan, R., Erkuş, G.H., Güçlü, O., Şenormancı Ö., Aydın, E., Ülgen, M.C.,Sungur M.Z. (2014). İntihar girişiminde bulunan kişilerde başa çıkma tutumları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 51: 46-51.
- Korkmaz, B. (2005). *Yağmur Çocuklar*, İstanbul: 8. Gün Özel Eğitim Rehabilitasyon.
- Korkmaz, B. (2000). *Yağmur çocuklar otizm nedir?* (2. baskı). İstanbul: Doğan Kitap.
- Korkmaz, B.(2003). *Asperger Sendromu*. İstanbul: Adam Yayınları.
- Köydemir-Özden S, Tosun U. (2010). A qualitative approach to understanding Turkish mothers of children with autism: implications for counselling. *Aust J Guid Counsell*, 20(1), 55-68.
- Koydemir, S. ve Tosun, Ü. (2009). Impact of Autistic Children on the Lives of Mothers. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 1: 2534–2540.
- Kraaij, V., Garnefski, N., Maes, S. (2002). The joint effects of stress, coping, and copingre sources on depressive symptoms in elderly. *Anxiety Stress Coping*, 15, 163-74.

- Kuhn, J.C. ve Carter, A.S. (2006). Maternal self efficacy and associated parenting cognitions among. *Am J Orthopsychiatry*, 76(4), 564-75.
- Lane, A.M., Jones, L. ve Stevens, M.J. (2002). Coping with failure: The effects of self-esteem and coping on changes in self-efficacy. *J Sport Behav*, 25, 331-45.
- Lee, L.C., Harrington, R.A., Louie, B.B., Newschaffer, C.J. (2008). Children with autism: Quality of life and parental concerns. *J Autism Dev Disord*, 38(6), 1147-1160.
- Lecavalier, L., Leone, S. ve Wiltz, J. (2006) The impact of behavior problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (3), 172-183.
- Lenhard, W., Breitenbach, E., Ebert, H., Schindelhauer-Deutscher, H.J. and Henn, W. (2005). Psychological benefit of diagnostic certainty for mothers of children with disabilities: Lessons from Downs syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 133(2), 170-175.
- Lewandowski, C.A. (2003). Organizational Factors Contributing to Worker Frustration: The Precursor to Burnout. *Journal of Sociology and social Welfare*, 30, 587-611.
- Ludlow, A., Skelly, C., Rohleder, P. (2012). Challenges faced by parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *J Health Psychol*, 17(5), 702-711.
- Luong, J., Yoder, M.K., Canham, D. (2009). Southeast Asian parents raising a child with autism: a qualitative investigation of coping styles. *J Sch Nurs*, 25(3), 222-229.
- Lyons, A.M., Leon, S.C., Roecker Phelps, C.A. ve Dunleavy, A.M. (2010). The impact of child symptom severity on stress among parents of children with ASD: The moderating role of coping styles. *J. Child Fam. Study*. 19, 516-524.

- Machado, S.B.J., Celestino, M.I.O., Serra, J.P.C., Caron, J.ve Pondé, M.P. (2016). Risk and protective factors for symptoms of anxiety and depression in parents of children with autism spectrum disorder. *Developmental Neurorehabilitation*, 19(3), 146-153.
- Macias, M.M., Saylor, C.F. ve Rowe, B.P. (2003) Age-related parenting stres differences in mothers of children with spinabifida. *PsycholRep*, 93:1223-1232.
- Machado Jr. S.B., Oliveira Celestino M.I., Costa Serra J.P., Caron J ve Ponde M.P. (2014). Risk and protective factors for symptoms of anxiety and depression in parents of children with autism spectrum disorder. *Dev Neurorehabil*, Early Online: 1–8.
- MacKintosh, V.H., Goin-Kochel, R.P., Myers, B.J. (2012). “What do you like/dislike about the treatments you’re currently using?”: a qualitative study of parents of children with autism spectrum disorders. *Focus Autism Other Dev Disabl*, 27(1), 51-60.
- Manav, F. (2011). Kaygı Kavramı. *Toplum Bilimleri Dergisi*, 5(9), 201-211.
- Marcus, L.M., Kunce, L.J. ve Schopler, E. (1997). Working with families. In D.J. Cohen & F.R. Volkmar (Eds.) *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. New York: John Wiley & Sons.
- Maslach, C. ve S.E. Jackson. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., Leiter, M.P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93, 498-512.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52:397-422.
- May, R. (1977). *The meaning of anxiety* (rev. ed.). New York: Norton.
- Metin, M. (2014). Kuramdan Uygulamaya Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

- Montes, G. ve Halterman, J.S. (2016). Psychological functioning and coping among mothers of children with autism: A population-based study. *Pediatrics*, 119(9), 1040-1046.
- Moorhead, G., Ricky, W. (1992), *Organizational Behavior*, 3. B., Houghton Mifflin Company, Boston.
- Mukaddes, N. M. (2013). *Otizm spektrum bozuklukları tanı ve takip*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Mulligan, J., MacCulloch, R., Good, B., Nicholas, D.B. (2012). Transparency, hope, and empowerment: a model for partnering with parents of a child with autism spectrum disorder at diagnosis and beyond. *Soc Work Ment Health*, 10(4), 311-330.
- Nealy, C. E., O'Hare, L., Powers, J. D., & Swick, D. C. (2012). The impact of autismspectrum disorders on the family: A qualitative study of mothers' perspectives. *Journal of Family Social Work*, 15(3), 187-201.
- Nolen-Hoeksema, S (2009). *Abnormal Psychology*. New York: Mc Graw Hill Higher Education.
- Norton, P. ve Drew, C. (1994). Autism and potential family stressors. *The American Journal of Family Therapy*, 22(1), 67-75.
- Offit, P.A. (2015). Vaccines and autism in primate model. *Proceedings of theNational Academy of Sciences of the United States of America*. 112(40), 12236-12237.
- Ooi, K.L., Ong, Y.S., Jacob, S.A., Khan, T.M. (2016). A meta-synthesis on parenting a child with autism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 745-762.
- Otizm Platformu (2013). Erişim adresi: <https://otizmguncesi.wordpress.com/category/otizm/dunyada-ve-turkiyede-otizm-yayginligi/>, Erişim tarihi: 22.12.2018.

- Ou, W. X., Cha, C. H., & Wang, L. H. (2010). Mental health state of parents of children with autism. *Chinese Journal of Contemporary Pediatrics*, 12(12), 947–949.
- Öbekli, T. (2013). *Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeylerinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul.
- Öz, F. (2004). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara: 1. Baskı. Ankara, İmaj İç ve Dış Ticaret Anonim Şirketi.
- Özbaran, B. (2014). Otizm Spektrum Bozukluklarında Çevresel Faktörler etkili midir? *The Journal of Pediatric Research*, 1(4), 170-173.
- Özbey, Ç., 2005. *Otizm ve otistik çocukların eğitimi*. İstanbul: İnkılap Kitabevi.
- Özdemir, G.S. (2015). *Duygusal yemenin depresyon, anksiyete ve stres belirtileri ile olan ilişkisi*. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Özdevecioğlu, M. Sukan, S. ve Akın, M (2014). Algılanan örgüt seladaletinin tükenmişlik üzerindeki etkisi: Fiziksel aktivitelere katılımın rolü. *Uluslar arası Alanya İşletme Fakültesi*, 6(3), 137-151.
- Özgüven, H.D. (2007). Sınıflandırma Sistemleri. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı* içinde. Aysev SA, Taner YI (Editörler), İstanbul: Johnson & Johnson.
- Özgüven, İ.E. (1998). *Psikolojik testler*. (2.Basım). Ankara: PDREM Yayınları.
- Özler, E, Özçınar, M (2014). Örgütlerde yabancılaşma ile tükenmişlik sendromu arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir araştırma, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 39, 291-310.
- Özlu-Fazlıoğlu, Y. (2004). *Duyusal entegrasyon programının otizmlili çocukların duygusal ve davranış problemleri üzerine etkisinin incelenmesi*. Doktora tezi. Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

- Özkan, C. (2012). *Hastanesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışan doktorlarda tükenmişlik sendromunu etkileyen faktörler*. Uzmanlık Tezi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Mersin.
- Öztürk, O. (2001). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Yayınları.
- Öztürk, M.O. ve Uluşahin, A.(2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 11. Baskı,. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Özyurt A, Hayran, O, Sur, H. (2006). Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *QJ Med*, 99:161–169.
- Papageorgiou, V ve Kalyva, E. (2010). Self-reported needs and expectations of parents of children with autism spectrum disorders who participate in support groups. *Res Autism Spectr Disord*, 4(4), 653-660.
- Pehlivan Türk, B. (2004). Otistik Bozukluğu Olan Çocuklarda Bağlanma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 56-63.
- Peker, R. (2002). İlköğretim okullarında görev yapan öğretmenlerin mesleki tükenmişliklerine etkieden faktörler. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(1), 305-318.
- Pendergrass, S., Girirajan, S., Selleck, S. (2014). Uncovering the etiology of autism spectrum disorders: genomics, bioinformatics, environment, data collection and exploration, and future possibilities. *Pac Symp Biocomput*, 422-6.
- Penzo, J.A. ve Harvey, P. (2008). Understanding and managing parental grief as a response to mental illness: Implications for practice. *Journal of Family Social Work*, 11(3), 323-338.
- Pisula, E., Porębowicz-Dörsmann, A. (2017). Family functioning, parenting stress and quality of life in mothers and fathers of Polish children with high function in autism or Asperger syndrome. *PLoS ONE*, 12(10), e0186536.

- Polatçı, S. (2007). *Tükenmişlik sendromu ve tükenmişlik sendromuna etki eden faktörler (Gaziosmanpaşa Üniversitesi akademik personeli üzerinde bir analiz)*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tokat.
- Poslawsky, I.E., Naber, F.B., Van Daalen, E., Van Engeland, E. (2013). Parental reaction to early diagnosis of their children's autism spectrum disorder: an exploratory study. *Child Psychiatry Hum Dev*, 45(3), 294-305.
- Potter, B.A. (1995). *Overcoming Job Burnout: How to renew Enthusiasm for Work*. California: Ronin Publishing.
- Rafie, F., Shikh, M., Jalali, S., Pourranjbar, M. (2015). Physical Exercises and Motor Skills in Autistic Children. *Iran J Public Health*, 44(5), 724-725 .
- Rohde, P., Lewinshon, T.M., Tilson, M. ve Seeley, J. (1990). Dimensionality of coping and its relation to depression. *J Pers Soc Psychol*, 58, 499-511.
- Roser, K. (1996). A review of psycho analytic theory and treatment of childhood autism. *Psychoanal Rev*, 83(3), 325-41.
- Roth, S., Cohen, L.J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *Am Psychol*, 41, 813-819.
- Sadock, B.J., Kaplan, H. I ve Sadock, V. A. (1998). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*. Giza: Mass Publishing.
- Sayar, K. (2011). Varoluş ve Endişe. Erişim adresi: <http://www.kemalsayar.com/KatagoriDetay-VAROLUS-VE-ENDISE-12.html>. Erişim tarihi: 01.02.2019.
- Savcı, M., Aysan, F. (2014). Üniversite öğrencilerinde algılanan stres düzeyi ile stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 3, 44-56.

- Seltzer, M.M., Greenberg, J.S., Krauss, M.W. (1995). A comparison of coping strategies of aging mothers of adults with mental illness or mental retardation. *Psychol Aging*,10(1), 64-75.
- Senthilnathan, S. (2017). Relationships and Hypotheses in Social Science Research. SSRN Electronic Journal. 10.2139/ssrn.3032284.
- Shaw, C.A., Sheth, S., Li, D. ve Tomljenovic L. (2014). Etiology of autism spectrum disorders: Genes, environment, or both? *OA Autism*, 2(2), 11.
- Sivberg, B. (2002). Coping strategies and parental attitudes, a comparison of parents with children with autistic spectrum disorders and parents with non-autistic children. *International Journal of Circumpolar Health*, 61(2), 36-50.
- Sılıg, A. (2003). *Banka çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskisehir Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskisehir.
- Sönmez, D.Z. (2006). *Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Spielberger, C.D. (1972). *Anxiety: Current Trends in Theory and Research, Anxiety as an Emotional State*, der. CD. Spielbergery, New York.
- Stehr-Green, P., Tull, P., Stellfeld, M., Mortenson, P.B., ve Simpson, D. (2003). Autism and thimerosal-containing vaccines: lack of consistent evidence for an association. *Am J Prev Med*, 25 (2), 101-106
- Stubbe, D. (2007). *Child and Adolescent Psychiatry: A Practical Guide*. Lippincott: Williams and Wilkins.
- Sungur, M.Z. (1997). Fobik Bozukluklar. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 5-11.

- Sümer, A.S. (2008). *Farklı Öz-Anlayış (Self-Compassion) Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencilerinde Depresyon Anksiyete Ve Stresin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Sürgevil, O. (2006). *Çalışma hayatında tükenmişlik sendromu tükenmişlikle mücadele teknikleri*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Sürgen, S. (2014). *Sınıf öğretmenlerinin denetim odağı eğilimleri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Eğitim Yönetimi ve Teftişi Bilim Dalı. Balıkesir.
- Şahin, D. ve Şahin, F. (2012). Engelli bireylerle çalışan özel eğitim öğretmenlerinin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi, *Öğretmen Eğitimi ve Eğitimciler Dergisi*, 1(2), 275-294.
- Şahin, S. (2015). Hemşirelerde işe bağlı stres. *Journal of Strategic Research in Social Science*, 1(1), 63-78.
- Şahin ZB. (2017). *Otizm veya özgül öğrenme güçlüğü tanısı almış çocukların annelerinde, tükenmişlik belirtileri ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. İstanbul.
- Şanlı, S. (2006). *Adana ilinde çalışan polislerin iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Şengül, S.T., Baykan, H.T., (2013). Zihinsel engelli çocukların annelerinde depresyon, anksiyete ve stresle başa çıkma tutumları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 14(1), 30-39.
- Şeyhoğlu, M. (2005). *Öğretmenlerin ve yöneticilerin bilgisayar kaygı düzeyleri*. Hacettepe Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

- Tahincioğlu, C. (2016). *Otizmli çocuğu olan annelerde anksiyete düzeylerinin tükenmişlik ile ilişkisi*. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Tillich, P. (1952). Anxiety, religion and medicine. *Pastoral Psychology*, 3, 11-17.
- Torun A. (1997). *Stres ve tükenmişlik, endstrive örgüt psikolojisi içinde*, Ed. Suna Tevrz, 2. Baskı. İstanbul: Türk Psikologlar Derneği ve Kalite Derneği Ortak Yayını.
- Tuğrul, B. ve elik, E. (2002). Normal ocuklarla çalışan anaokulu ğretmenlerinde tükenmişlik. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2 (12), 1-11.
- Tunçel, A. (2017). ocuklarında otizm spektrum bozukluğu olan annelerinde depresyon, tükenmişlik ve umutsuzluk düzeylerinin çocuktaki otizmin ağırlık derecesine göre karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Tunçelli, B. (2008). *Sinir kişilik bozukluğu tanısı almış ve almamış kadınların benlik saygısı, öfke, kendini ayarlama ve kaygı değişkenleri bakımından karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Tkel, R. (2000). *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: izgi Tıp Yayınevi.
- Tre, M.E. (2008). *zel eğitim sektöründe çalışan bireysel eğitimcilerin tükenmişlik düzeyleri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, Ek-4, 12-16.
- Türkçarpar, . (2011). Beden eğitimi ğretmenlerinin farklı değişkenlere göre tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *TSA*, 15(3), 135-146.

- Türkoğlu, S. (2012). Otistik spektrum bozukluğu olan ayrı yumurta üçüzleri: Olgu sunumu ve gözden geçirme. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 49, 167-171.
- Uğuz, Ş., Toros, F., İnanç, B.Y., Çolakkadioğlu, O. (2004). Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 7, 42-47.
- Ulaş, H. (2013). Psikiyatride Sınıflandırma. *Yetişkin Psikiyatri Kitabı* içinde. Yemez B., Tunca Z (Editörler). Rotatıp Kitabevi.
- Ulay, H., Ertuğrul, A. (2009). Otizmde beyin görüntüleme bulguları: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(2), 164-174.
- Ülev, E. (2014). *Üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık düzeyi ile stresle başa çıkma tarzının depresyon, kaygı ve stres belirtileriyle ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Ültanır, E. (2003). *İlköğretim 1. kademedeki rehberlik ve psikolojik danışma*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Üngüren, E., Doğan, H., Özmen, M., Tekin, Ö..A. (2010). Otel çalışanlarının tükenmişlik ve iş tatmin düzeyleri ilişkisi. *Journal of Yasar University*, 17(5) 2922-2937.
- Valdizan, J.R., Zarazaga-Andia, I., Abril-Villalba, B., Sans-Capdevila, O., Mendez Garca, M. (2003). Face Recognition in Autism, *Revista De Neurologia*, 1186-1189.
- Varghese, R.T.ve Venkatesan, S. 2013. A comparative study of maternal burnout in autism and hearing impairment. *International Journal of Psychology and Psychiatry*, 1(2), 101-108.
- Varol, N. (2005). *Aile Eğitimi*. Ankara: Kök Yayıncılık.
- Vicdan, Y. (1998). *Genç madde bağımlılarında kaygı düzeyi ve belirleyici etmenler*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.

- Vohra, R., Madhavan, S., Sambamoorthi, U., St Peter, C. (2014). Access to services, quality of care, and family impact for children with autism, other developmental disabilities, and other mental health conditions. *Autism*, 18(7), 815-26.
- Volkmar, F.R., Klin, A., Cohen, D.J. (1997). Diagnosis and classification of autism and related conditions, Chapter 1. Cohen, D.J., Volkmar, F.R. (editors). *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. 2nd edition, John Wiley & Sons.
- Üstüner Top, F. (2009). Otistik çocuğa sahip ailelerin yaşadığı sorunlar ve ruhsal durumlarının değerlendirilmesi: Niteliksel Araştırma. *Çocuk Dergisi*, 9(1), 34-42.
- Werden, E.M. (2001). *Religious identity as a coping resource*. Doctoral dissertation, Miami University, Oxford, Ohio.
- Whitman, T.L. (2004). *The Development of Autism; A Self Regulatory Perspective*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Woodgate, R.L., Ateah, C., Secco, L. (2008). Living in a world of our own: the experience of parents who have a child with autism. *Qual Health Res*, 18(8), 1075-1083.
- World Health Organization (WHO). (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.
- Yalom, I. (2001). *Varoluşçu Psikoterapi*. İstanbul: Kabalıcı Yayınevi.
- Yalom, I.D. ve Josselson, R. (2011). Existential psychotherapy. In R.J. Corsini and, D. Wedding (Eds.), *Current Psychotherapies*, (pp. 288-318). Canada: Brooks /Cole.
- Yosunkaya, E. (2013). Otizm etyolojisinde genetik ve güncel perspektif. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 76 (4), 84-88.

Yüksel, A. (2005). Otizm genetiği. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 36(1): 35-41.

Zhou, W., Liu, D., Xiong, X. ve Xu, H. (2019). Emotional problems in mothers of autistic children and their correlation with socioeconomic status and the children's core symptoms. *Medicine*, 98 (32), e16794.

EKLER

Ek 1: Kişisel Bilgi Formu

Çocuklarında otizm spektrum bozukluğu olan ebeveynlerin tükenmişlik düzeyi ve anksiyete ile baş etme tutumları arasındaki ilişki

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

EK:1 Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Cevaplayan anne/ baba (Ad-Soyadın ilk iki harfi)

01. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
02. Doğum yılınız:
03. Evinizde siz de dahil olmak üzere kaç kişi yaşıyor? _____ kişi.
04. Bir işte çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır
05. Ailenizin toplam aylık geliri ne kadardır?
() 1000 YTL'nin altında () 1000-3000 YTL arası () 3000 YTL'nin üstü
06. Eğitim Durumunuz? () Okur-Yazar () Ortaokul Mezunu
() İlkokul Mezunu () Lise Mezunu () Üniversite veya Yüksekokul Mezunu
07. Kaç yıldır evlisiniz?
08. Bu sizin kaçınıcı evliliğiniz?
09. Bu eşinizin kaçınıcı evliliği?

Yaygın Gelişimsel Bozukluk tanısı alan çocuğunuzun;

10. Doğum tarihi:
11. Cinsiyeti:
12. Kaçınıcı Çocuğunuz:
13. Kardeş sayısı:
14. Tanı alma tarihi(Lütfen, yılını belirtin.):
15. Tanıyı aldığınız kurum/doktor?
16. Tanı ile ilgili olarak araştırmaya başladığınızda çocuğunuz kaç yaşındaydı?
17. Çocuğunuz tanı aldığında kaç yaşındaydı?
18. Çocuğunuzun doktor tarafından konulmuş ek bir tanısı var mı? (Örneğin; dikkat eksikliği gibi). Eğer varsa belirtiniz.
19. Kaç yıldır özel eğitim alıyorsunuz?

Ek 2: Beck Anksiyete Ölçeği

Cevaplayan Anne/ Baba.... Yaşı.....

Sayın katılımcı, aşağıda verilen cümleler ile ilgili size en uygun ifadeyi seçiniz.
Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

ÖRNEK:

1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma
Hiç X
Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi
Orta düzeyde Hoş değildi ama kat lanabildim
Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
2. Sıcak/ ateş basmaları
Hiç
Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi X
Orta düzeyde Hoş değildi ama kat lanabildim
Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
3. Bacaklarda halsizlik, titreme
Hiç
Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi X
Orta düzeyde Hoş değildi ama kat lanabildim
Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım

Ek 3: Maslach Tükenmişlik Ölçeği**ÖRNEK:**

1. İşimden soğuduğumu hissediyorum.

Hiçbir zaman X
Bazen
Çoğu zaman
Her zaman

2. İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.

Hiçbir zaman X
Bazen
Çoğu zaman
Her zaman

3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum

Hiçbir zaman X
Bazen
Çoğu zaman
Her zaman

Ek 4: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

Adınız Yaşınız Cinsiyetiniz Tarih

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerinin araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin.

ÖRNEK

1. Sorunla karşılaştığım da daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım
Asla böyle birşey yapmam X
Çok az böyle yaparım
Orta derecede böyle yaparım
Çoğunlukla böyle yaparım
2. Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için birşeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.
Asla böyle birşey yapmam X
Çok az böyle yaparım
Orta derecede böyle yaparım
Çoğunlukla böyle yaparım
3. Sorunla karşılaştığımda moralim bozular ve duygularımı dışarıya yansıtırım.
Asla böyle birşey yapmam X
Çok az böyle yaparım
Orta derecede böyle yaparım
Çoğunlukla böyle yaparım

Ek 5: Aydınlatılmış Onam Formu

Katılımcı Bilgilendirme ve Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Katılımcı,

“Çocuklarında otizm spektrum bozukluğu olan ebeveynlerin tükenmişlik düzeyi ve anksiyete ile baş etme tutumları arasındaki ilişki” başlıklı bu araştırmanın amacı otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocukların anne-babalarının butanı karşısında duygusal olarak nasıl hareket ettiklerini ve tanının neden olduğu stresle baş ettiklerini değerlendirmektir. Araştırma, Yakındoğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Güner Karacasu tarafından Yard. Doç. Dr. Ezgi Uludanişmanlığında bir tez çalışması kapsamında yapılmaktadır.

Bu araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz ve içtenlikle cevaplamanızdır. Çalışmanın herhangi bir noktasında hiçbir gerekçe belirtmeden anketi doldurmayı bırakabilirsiniz.

Anketin hiçbir aşamasında kimlik bilgileriniz sorulmayacak ve yanıtlar araştırmacılar dışında kimseyle paylaşılmayacaktır. Veriler toplu halde değerlendirilerek yalnızca bilimsel yayın amacıyla kullanılacaktır.

Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız gkaracasu@hotmail.com e-posta adresine ulaşabilirsiniz.

Yukarıda verilen bilgiler doğrultusunda, bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

İsim:

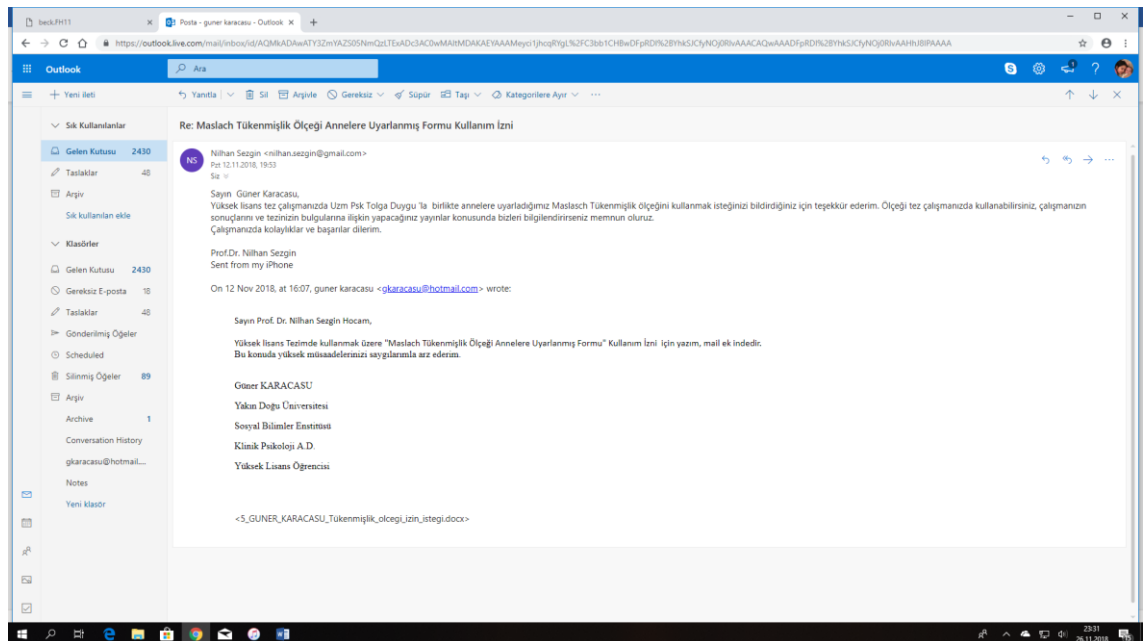
İmza:

Ek 6: Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Kullanımına Yönelik Ve Kurumlardan Alınan İzin Belgeleri

Maslach Tükenmişlik Ölçeği Annelere Uyarlanmış Formu Kullanım İzni

Sayın Prof. Dr. Nilhan Sezgin Hocam, Yakın Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı'nda Tezli Yüksek Lisans eğitimi görmekteyim. "Çocuklarda otizm spektrum bozukluğu olan ebeveynlerin tükenmişlik düzeyi ve anksiyete ile baş etme tutumları arasındaki ilişki" başlıklı Yüksek lisans tez çalışmam için Tükenmişlik ölçeği olarak, sizin Aralık 2003, Cilt 18, Sayı 52 de kullanmış olduğunuz 'Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin annelere uyguladığınız uyarlamanızı izninizle kullanmak istiyorum. Bu konuda yüksek müsaadelerinizi saygılarımla arz ederim.

11.11.2018
Güner
KARACASU
Yakın Doğu
Üniversitesi
Sosyal Bilimler
Enstitüsü Klinik
Psikoloji A.D.
Yüksek Lisans
Öğrencisi

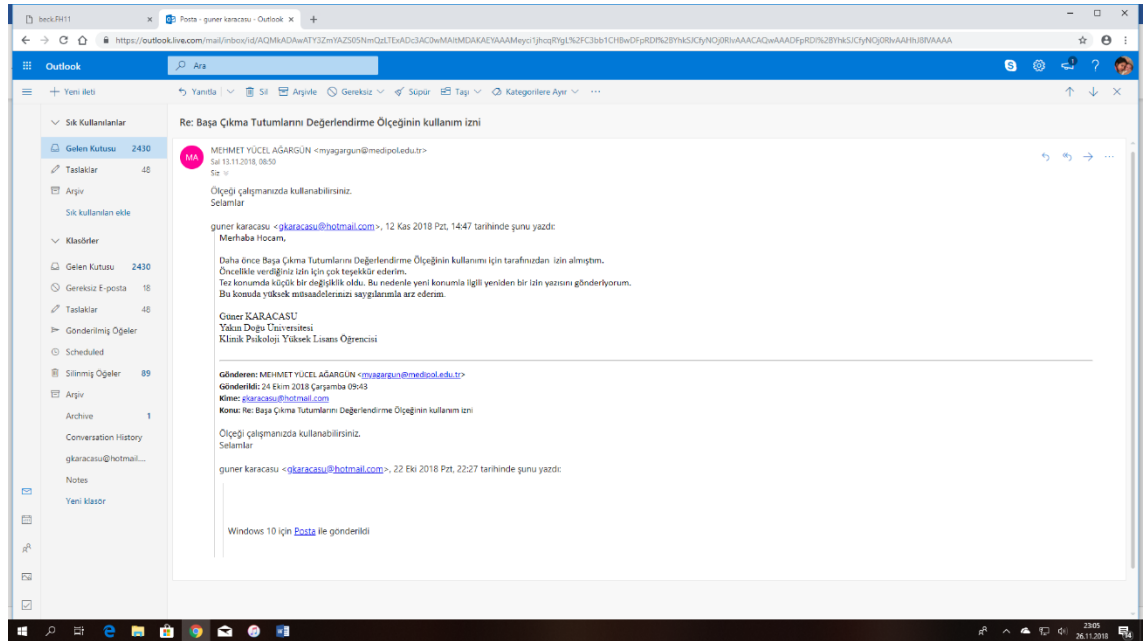


Ek 7: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni

Sayın Prof. Dr. Mehmet Yücel AĞARGÜN Hocam,

Yakın Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı'nda Tezli Yüksek Lisans eğitimi görmekteyim. "Çocuklarda otizm spektrum bozukluğu olan ebeveynlerin tükenmişlik düzeyi ve anksiyete ile baş etme tutumları arasındaki ilişki " başlıklı Yüksek lisans tez çalışmam için sizin tarafınızdan Türkçeye uyarlayarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yaptığınız Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği' nin Türkçe versiyonunu kaynak göstermek şartıyla kullanmak istiyorum. Bu konuda yüksek müsaadelerinizi saygılarımla arz ederim.

09.10.2018
Güner KARACASU
Yakın Doğu Üniversitesi
Sosyal Bilimler
Enstitüsü Klinik
Psikoloji A.D. Yüksek
Lisans Öğrencisi



Ek 8: Buca Özel Burçak Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezinden alınan İzin Belgesi

T.C
İZMİR VALİLİĞİ
Buca Özel Burçak Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 17735416/41
Konu : Güner KARACASU Hak.

27/11/2018

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Yakın Doğu Üniversitesi ,Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Güner KARACASU'nun tez çalışması olan " Çocuklarda otizm spektrum bozukluğu olan ebeveynlerin tükenmişlik düzeyi ve anksiyete ile baş etme tutumları arasındaki ilişki" başlıklı konusu ile ilgili olarak kurumumuzda eğitim almakta olan öğrencilerin ebeveynlerine gönüllülük esasına dayanarak anket uygulamasında müdürlüğümüzce bir sakınca yoktur.

Devrim BURÇAK
Kurum Müdürü

139 Sk. No:34 BUCA
Tel : 0 232 420 09 26

www.burcakozelegitim.com
info@burcakozelegitim.com



Ek 9: Özel Buca Mutlu Çocuklar Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezinden Alınan İzin Belgesi



Sayı: 17735416/115

27/11/2018

Konu: Güner KARACASU Hak.

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA,

Yakın Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Güner KARACASU' nun tez çalışması olan "Çocuklarda otizm spektrum bozukluğu olan ebeveynlerin tükenmişlik düzeyi ve anksiyete ile baş etme tutumları arasındaki ilişki" başlıklı konusu ile ilgili olarak kurumumuzda eğitim almakta olan öğrencilerin ebeveynlerine gönüllülük esasına dayanarak anket uygulamasında müdürlüğümüzce bir sakınca yoktur.

Sevda AKMAN

Müdür Yardımcısı

Ek 10: Özel Mavi Işık Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezinde Alınan İzin Belgesi



İZMİR MAVİ IŞIK ÖZEL EĞİTİM HİZ. TİC. LTD. ŞTİ.

Sayı : 17735416/159
Konu : Güner KARACASU Hak.

27/11/2018

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA,

Yakın Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Güner KARACASU' nun tez çalışması olan "Çocuklarda otizm spektrum bozukluğu olan ebeveynlerin tükenmişlik düzeyi ve anksiyete ile baş etme tutumları arasındaki ilişki" başlıklı konusu ile ilgili olarak kurumumuzda eğitim almakta olan öğrencilerin ebeveynlerine gönüllülük esasına dayanarak anket uygulamasında müdürlüğümüzce bir sakınca yoktur.

Psk.Dan. ve Reh. Yaman SELVİ
Müdür

Tel: 0232 420 89 99 - Yaylacık Mahallesi 170 Sokak No:5 Buca – İZMİR

ÖZGEÇMİŞ

1973 yılında Almanya Hanau'da doğan Güner KARACASU, İlköğretimini Almanya Seligenstadt'da, orta ve lise öğrenimini Nazilli'de tamamlamıştır. 1997 yılında Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Bölümü'nden mezun olmuştur. 1999-2002 yılları arasında Başkent Üniversitesi Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Sosyal Hizmet Uzmanı olarak görev yapmıştır. 2002-2009 yılları arasında Ankara da Özel Çankaya Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi'nin Kurucusu ve Kurum Müdürü olarak görev yapmıştır. 2009 yılından günümüze kadar İzmirde Özel Buca Mutlu çocuklar özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde Kurucu ve Kurum Müdürü olarak görevini sürdürmektedir. Evli ve 2 çocuk babasıdır.

İNTİHAL RAPORU

GÜNER

ORJİNALLİK RAPORU

% 13	% 6	% 2	% 12
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%3
2	Submitted to Ankara University Öğrenci Ödevi	%1
3	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	%1
4	www.eab.org.tr İnternet Kaynağı	%1
5	Submitted to TechKnowledge Öğrenci Ödevi	<%1
6	www.atilatuncel.com İnternet Kaynağı	<%1
7	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	<%1
8	Submitted to Okan Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
9	Submitted to Yeditepe University Öğrenci Ödevi	<%1

ETİK KURUL ONAY FORMU



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

10.12.2018

Sayın Güner Karacasu

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2018/319 proje numaralı ve **“Çocuklarda Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Ebeveynlerin Tükenmişlik Düzeyi Ve Anksiyete İle Baş Etme Tutumları Arasındaki İlişki”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

Direnç Kanol

Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.