



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

OTİZM TANISI ALMIŞ ÇOCUĞA SAHİP ANNE VE BABALARIN ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

GAMZE HASANDAYIOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA
2020

OTİZM TANISI ALMIŞ ÇOCUĞA SAHİP ANNE VE BABALARIN ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

GAMZE HASANDAYIOĞLU

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DR. BİNGÜL SUBAŞI HARMANCI

LEFKOŞA
2020

KABUL VE ONAY

Gamze HASANDAYIOĞLU tarafından hazırlanan “Otizm Tanısı Almış Çocuğa Sahip Anne Ve Babaların Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi”başlıklı bu çalışma,/...../..... tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

.....
Dr. Bingöl SUBAŞI HARMANCI(Danışman)
Yakın Doğu Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

.....
Doç. Dr. Ece Müezzın(Başkan)
Kıbrıs Sosyal Bilimler Üniversitesi
İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi Psikoloji Bölümü

.....
Yrd. Doç.Dr. Ezgi Ulu
Yakın Doğu Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

.....
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 kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- ☐ Tezimin tamamı heryerden 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

İmza

Ad Soyad: Gamze HASANDAYIOĞLU

TEŞEKKÜR

Çalışmam süresince tez danışmanlığımı üstlenerek tez konumun belirlenmesinde, çalışmanın planlanmasında, yürütülmesinde ve sonuçlandırılmasında bana yol gösteren, her türlü bilimsel, manevi desteğini ve sonsuz anlayışını benden esirgemeyen, değerli tez danışmanım. Dr. Öğr. Üyesi Bingöl SUBAŞI HARMANCI'ya hayatımın her döneminde hep yanımda olan, maddi ve manevi her türlü desteği sonsuz sevgileri için aileme teşekkürlerimi sunarım.

Gamze HASANDAYIOĞLU

ÖZ

OTİZM TANISI ALMIŞ ÇOCUĞA SAHİP ANNE VE BABALARIN ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Anksiyete; kaygı veya bunalıtı şeklinde de ifade edilen, diğer duygulardan bireyi rahatsız eden yönleri ile ayrılan bir duygulanım şeklidir. Otizm yaygınlığı itibariyle dünyaya gelen birçok çocuk için dolayısıyla aileler için kaygı düzeyleri açısından ciddi bir tehlike ve risk teşkil etmektedir. Otizmlili çocuğa sahip ebeveynlerin, çocuklarına ve kendilerine diğer bireyler tarafından gösterilen tepkilerin anksiyete düzeylerine nasıl etkilediği bu araştırmanın konusunu oluşturmaktadır. Buna göre, aileleri anlama ve süreci tasarlamaya, tanı sonrası sunulacak hizmetlerin organize edilmesine ve profesyonellerin ailelere yaklaşımına katkı sunması beklenmektedir. Beklentiler doğrultusunda, bu araştırmada ki genel amaç otizmlili çocuğa sahip ebeveynler ile herhangi psikiyatrik bir tanı almamış çocuğa sahip ebeveynlerin anksiyete düzeyleri arasında bir fark olup olmadığını irdelemek ve otizmlili çocuğa sahip ebeveynlerin anksiyete düzeyleri cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymaktır. Araştırmanın evrenini İzmir Buca bölgesinde yaşayan OSB tanılı çocuğa sahip ve normal gelişim gösteren çocuğa sahip ebeveynler oluşturmaktadır. Bu amaçlarla araştırmada İzmir Buca’da yaşayan 100 otizmlili çocuğa sahip anne babaya ve 100 normal çocuğa sahip anne babaya ölçek uygulanmıştır. Anksiyete düzeylerini belirlemek ve karşılaştırmak için STAI Durumluk ve Sürekli Anksiyete Envanteri uygulanırken, aile işlevlerini karşılaştırabilmek için Aile Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmadaki demografik bilgiler formunda katılımcılar için yaşı, eğitim düzeyi, aylık gelirleri, çocukları ile ilgili bilgiler içinde çocuğun yaşı, cinsiyeti, otizmlili olma durumunu ne zaman fark ettikleri, otizmlili çocuklarının bakıma muhtaç olup olmadığı konularında maddelere yer verilmiştir. Yapılan analizler sonucunda otistik çocuğa sahip anne ve babaların normal çocuğa sahip anne ve babalara göre durumluluk kaygı ve sürekli kaygı düzeyi daha anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca otistik çocuğa sahip anne ve babaların normal çocuğa sahip anne ve babalara göre problem çözme işlevleri, iletişimi, rolleri, duygusal tepki verebilmesi, genel işlevleri ve davranış kontrolü daha sağlıklı olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Aile İşlevleri, Otizm spektrum bozukluğu

ABSTRACT

INVESTIGATION OF ANXIETY LEVELS OF MOTHER AND FATHER WITH CHILDREN WITH AUTISM

Anxiety; It is a form of affect that is also expressed as anxiety or anxiety and is separated from the other emotions by the disturbing aspects of the individual. Autism constitutes a serious danger and risk for newborn babies and especially for families because of its prevalence. The subject of this study is how parents with children with autism affect the anxiety levels of their children and the reactions shown to them by other individuals. Accordingly, it is expected to contribute to understanding families and designing the process, organizing the services to be provided after diagnosis, and the approach of professionals to families. In line with expectations, the general aim of this study is to examine whether there is a difference between the parents with children with autism and parents with children who have no psychiatric diagnosis, and to reveal whether the anxiety levels of parents with children with autism differ according to gender. For this purpose, a questionnaire was applied to 100 parents with autism and 100 normal children living in Izmir Buca. While the STAI State and Trait Anxiety Inventory was applied to determine and compare the levels of anxiety, the Family Assessment Scale was applied to compare family functions. In the demographic information form in the study, items were included in terms of age, education level, monthly income, information about the child's age, gender, when they noticed autism, and whether their children with autism were in need of care. As a result of the analyzes, it was found that parents with autistic children had higher levels of state anxiety and trait anxiety than parents with normal children. In addition, it was determined that parents with autistic children had more healthy problem solving functions, communication, roles, emotional response, general functions and behavior control than parents with normal children.

Keywords: Depression, Anxiety, Family Functions, Autism

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	iii
BİLDİRİM	iv
TEŞEKKÜR	iii
ÖZ	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
KISALTMALAR	x
1. BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1. Problem Durumu	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Önemi	4
1.4. Sayıtlılar	5
1.5. Sınırlılıklar	5
1.6. Tanımlar	6
2. BÖLÜM	7
KURAMSAL AÇIKLAMALAR İLE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	7
2.1. Anksiyete	7
2.2. Genç-Yetişkin Nüfusta Anksiyete	10
2.3. Anksiyete Belirtileri	12
2.4. Anksiyetenin Etiyolojisi	13
2.5. Anksiyeteyi Açıklamaya Yönelik Yaklaşımlar	14
2.5.1. Gerçeklik Anksiyetesi	15
2.5.2. Törel Anksiyete	15
2.5.3. Nevrotik Anksiyete	15
2.5.4. Panik Anksiyete	16
2.5.5. Fobik Anksiyete	16

2.5.6.Bağlantısız Anksiyete	16
2.6.Anksiyetenin Biyo-Davranış Mekanizması.....	17
2.7. Anksiyetenin Bilişsel-Davranışçı Modeli.....	18
2.8.Anksiyetenin Sınıflandırılması	20
2.8.1.Panik Bozukluğu	21
2.8.2. Agorafobi	23
2.8.3.Yaygın Anksiyete Bozukluğu	24
2.8.4.Özgül Fobi	26
2.8.5.Sosyal Fobi.....	27
2.8.6.Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu.....	29
2.8.7. Başka Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu	29
2.8.8. Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu	29
2.8.9. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu	30
2.8.10.Konuşmazlık (Mutizm)	30
2.9.Anksiyete (Kaygı) Kuramları	31
2.9.1. Psikanalitik Kuram	31
2.9.2. Bilişsel-Davranışçı Kuram.....	32
2.9.3. Varoluşçu Kuram	36
2.9.4. Biyolojik Kuram.....	37
2.10.Anksiyete ile Başa Çıkma Yolları.....	37
2.11. Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Psikolojik Durumu.....	38
2.12. Otizm Spektrum Bozukluğu	39
2.12.8 DSM-5 Otizm Spektrum Bozukluğu Tanı Ölçütleri	44
 3. BÖLÜM.....	 46
YÖNTEM	46
3.1. Araştırma Modeli.....	46
3.2. Araştırmanın Amacı	47
3.3. Araştırmanın Önemi.....	48
3.4.Çalışma Grubu	50
3.5.Verİ Toplama Araçları	52
3.5.1. STAI Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri	52
3.5.2. Aile Değerlendirme Ölçeği	53

3.5.3. Demografik Bilgi Formu	54
3.6. Verilerin Toplanması.....	54
3.7. Verilerin Analizi	54
 4. BÖLÜM.....	57
BULGULAR.....	57
4.1. Normal ve Otistik Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Aile Değerlendirme ve Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Karşılaştırılması.....	57
 5. BÖLÜM.....	67
TARTIŞMA	67
5.1. Tartışma	67
 6. BÖLÜM.....	71
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
6.1. Sonuç	71
6.2. Öneriler	73
KAYNAKÇA	76
EKLER.....	92
ÖZGEÇMİŞ.....	102
İNTİHAL RAPORU	103
ETİK KURUL RAPORU.....	104

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Bilgileri	51
Tablo 2. Çocukların Demografik Bilgileri	52
Tablo 3. Araştırmada Kullanılan Ölçek ve Boyutlarının Güvenirlikleri ..	55
Tablo 4. Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri	56
Tablo 5. Normal ve Otistik Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Karşılaştırılması	57
Tablo 6. Normal ve Otistik Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması.....	58
Tablo 7. Normal Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Karşılaştırılması.....	59
Tablo 8. Otistik Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Karşılaştırılması.....	59
Tablo 9. Otistik Çocukların Yaşlarına Göre Anne ve Babaların Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Karşılaştırılması.....	60
Tablo 10. Otistik Çocukların Yaşlarına Göre Anne ve Babaların Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması.....	61
Tablo 11. Otistik Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Muhtaçlık Algılarına Göre Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Karşılaştırılması.....	62
Tablo 12. Otistik Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Muhtaçlık Algılarına Göre Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması.....	63
Tablo 13. Otistik Çocukların Cinsiyetlerine Göre Anne ve Babaların Durumluluk-Sürekli KaygıEnvanterinin Karşılaştırılması	64
Tablo 14. Otistik Çocuğa Sahip Ailelerin Gelirine Göre Anne ve Babaların Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Karşılaştırılması	64
Tablo 15. Otistik Çocuğa Sahip Ailelerin Gelirine Göre Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması	65
Tablo 16. Otistik Çocuğa Sahip Ailelerin Çalışma Durumuna Göre Anne ve Babaların Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Karşılaştırılması	66

KISALTMALAR

OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
STAI	: Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problem Durumu

Çocuğun dünyaya gelmesi ile birlikte aile içinde yapısal değişimler başlar. Aileler çocuklarının olacağını öğrendiği andan itibaren, bütün plan ve hayallerini çocuklarının sağlıklı olacağı fikri üzerine inşa ederler. Çocuklarının sağlıklı gelişim gösteremeyeceğini hissettiklerinde bile bu fikir aile için kaygı sürecini başlatmış olur (Varol, 2005). Kağıtçıbaşı (1982) bu konu hakkında yapmış olduğu çalışmasında, kültürlerine bağlı yaşayan anne ve babaların ihtiyaç duyduklarında destek görebilmek adına çocuklarını bir güvence olarak gördüklerini belirtmiştir. Bu fikre sahip olan ebeveynlerin, normal gelişim gösteremeyen bir çocuğa sahip olması durumunda bekledikleri desteği göremeyecek olması kaygı düzeylerini arttıran bir durumdur. Sağlıklı veya normal gelişime sahip olmayan çocuğun dünyaya gelmesiyle birlikte aileye mutluluk katmak yerini hayal kırıklığı, endişe ve üzüntüye bırakır (Varol, 2005). Aileler çocuklarının sağlıklı gelişmemiş olduklarını öğrendikleri anda, çocukla ilgili kurulan hayaller yerini ruhsal anlamda çöküşe bırakır. Başka bir deyişle, gelişimsel olarak kendi takvim sürecini takip edemeyen çocuğa sahip ebeveynler bilinmezliklerle dolu bir sürece giriş yapmış olurlar. Bu süreçte sorumluluklarının artması, yaşadıkları kafa karışıklıkları, karşılaşılan güçlükler ve sürecin zorlayıcı olması ebeveynlerin psikolojik anlamda yıpranmasına neden olmaktadır. Sorumlulukların ebeveynlerin ortak problemi ve paylaşımı olması gerekirken, geleneksel düzlemde çocuğun bakımından sorumlu tutulan kişi olan annelerin bu ruhsal yıpranmadan daha fazla etkilenmektedir (Sucuoğlu, 1991).

Gelişimsel geriliği olan çocuğun dünyaya gelmesiyle, ebeveynlerinin ve yakın çevresinin bu durumla yüzleşmesi, yaşantılarının zorlaşmasını da beraberinde getirir. Otizm tanısı konmuş bireye sahip aileyi rahatlatabilecek ve sürece adapte olmasını sağlayacak en önemli faktör öncelikle çocuğun ve ailesinin ihtiyaçlarının karşılanması ve sonrasında sosyal desteğin sağlanmasıdır (Kaner, 2004). Bu desteği grup terapisi gibi terapötik ilişkinin yoğun olduğu sağaltım yöntemlerinden sağlayarak diğer ailelerle iletişim, işbirliği içerisindeyken tek başına olmadıklarını görürler ve diğer ebeveynlerin birbirlerini duygusal ve sosyal olarak tamamlamalarına olanak oluşturur, böylece bireylerin anksiyete düzeylerinde gözle görülür azalmalar meydana gelir. Sonuç olarak, ailelerin bu süreç içerisinde sosyal destek görmeleri çok önemlidir (Akkök, 2003). Yapılan araştırmalar da bu sonucu destekler nitelikte olup, engelli bireye sahip ailelere sosyal destek arttıkça ailelerdeki kaygı, depresyon ve umutsuzluk düzeylerinde kesin düzeyde azalma olduğu saptanmıştır (Görgü, 2005; Ünlüer, 2009).

Çocuklarına tanı konulduktan sonra ebeveynlerin çevrelerinden sosyal destek azlığı sonucunda bu aileler sosyal soyutlanma yaşayabilirler. Bu durum sonucunda, aile içindeki bireylerin öz güven problemleri, anksiyete ve depresyon gibi sorunlar yaşamasına yol açabilir (Ekenci, 2015). Farklı bir bakış açısıyla, otizmlili çocuklarda gözlemlenen en belirgin özellikler içerisinde rutinlerin değişimine direnç, sosyal yaşama katılmakta güçlük olduğunu söyleyebiliriz. Bireylerin bu özellikleri ve gösterdikleri tepkiler ebeveynlerinin sosyal hayatında zorluklar yaşamasına, ortamlardan dışlanmasına ve tepkiler almasına, sorunlara maruz kalmasına, eleştirilmesine neden olabilir ve sonucunda da bu aileler tarafından sosyal geri çekilmeler yaşanabilir (Akçakın ve Erden, 2001).

Otizmlili çocuğa sahip anne ve babaların anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu ve aile işlevlerinin daha düşük olduğu düşüncesiyle bu araştırmanın problem cümleleri “Otizmlili çocuğa sahip ebeveynler ile herhangi bir psikiyatrik tanı almamış çocuğa sahip ebeveynlerin anksiyete düzeyleri arasında fark var mıdır?”, “Otizmlili çocuğa sahip anne ve babaların aile işlevleri ile herhangi bir psikiyatrik tanı almamış çocuğa sahip anne ve babaların aile işlevleri arasında bir fark var mıdır?” şeklindedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Aileleri anlama ve süreci tasarlamaya, tanı sonrası sunulacak hizmetlerin organize edilmesine ve profesyonellerin ailelere yaklaşımına katkı sunması beklenen bu araştırmada genel amaç, otizmlili çocuğa sahip ebeveynler ile herhangi psikiyatrik tanı almamış çocuğa sahip ebeveynlerin anksiyete düzeyleri arasında bir fark olup olmadığını irdelemek ve otizmlili çocuğa sahip ebeveynlerin anksiyete düzeyleri cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymaktır.

Otizmlili çocuğa sahip ebeveynlerin, anksiyete düzeylerinin nasıl etkilendiği bu araştırmanın konusunu oluşturmaktadır. Bu genel amaç doğrultusunda da aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır;

1. Otizmlili bireye sahip anne ve babaların anksiyete düzeyleri ile normal gelişim gösteren çocuğa sahip anne ve babaların anksiyete düzeyleri arasında fark var mıdır?
2. Otizmlili bireye sahip anne ve babaların aile işlev düzeyleri ile normal gelişim gösteren çocuğa sahip anne ve babaların aile işlev düzeyleri arasında fark var mıdır?
3. Normal gelişim gösteren çocuğa sahip ebeveynlerin anksiyete düzeyleri anne veya babalara göre farklılaşmakta mıdır?
4. Otistik çocuğa sahip anne ve babaların anksiyete düzeyleri,
 - Anne veya baba olma durumlarına göre,
 - Çocuklarının yaşlarına göre,
 - Muhtaçlık algılarına göre,
 - Çocuklarının cinsiyetlerine göre,
 - Gelir seviyelerine göre,
 - Çalışma durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?
5. Otistik çocuğa sahip anne ve babaların aile işlev düzeyleri,
 - Çocuklarının yaşlarına göre,
 - Muhtaçlık algılarına göre,
 - Gelir seviyelerine göre farklılaşmakta mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi

Aileye yeni bir bireyin katılması doğum öncesinde ve doğum sonrasında anne babayı ve kurdukları evlilik ilişkini doğrudan etkileyen bir durumdur. Çocuğun aileye katılması anne baba için artık farklı görev ve sorumlulukların başlaması demektir. Anne ve babanın daha önce olmayan bu sorumlulukları almaları onlar açısından kaygı verici bir durum olarak ortaya çıkabilir. Özellikle bu çocuk otizmlili ise ailenin algıladığı kaygı düzeyi çok daha fazla olabilmektedir. Dünyaya gelen çocuğun otizmlili olması anne ve babanın hazırlandıkları duygusal yükün dışında kalan, anne babayı daha fazla zorlayan bir durum olarak karşılırlarına çıkar. Normal gelişim gösteren olsun otizmlili olsun aileye katılan her birey ailenin stres yaşamasına sebep olurken bir takım konularda da bilgilendirilmesi gereksinimini ortaya çıkarır. Toplumda otizmin giderek artmasından dolayı konu ile ilgili ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç vardır. Otizmlili çocuğa sahip olmak ebeveynler için yaşamlarında birçok zorlukla mücadele etmeleri anlamına gelmektedir. Otizmlili çocukların ebeveynlerinin, aksiyete ve aile işlevlerini 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. Çocuğun doğmasıyla birlikte anne baba için yeni bir süreç başlar. Çocuğun dünyaya gelmesi ile birlikte aile içinde yapısal değişimler başlar. Aileler çocuklarının olacağını öğrendiği andan itibaren, bütün plan ve hayallerini çocuklarının sağlıklı olacağı fikri üzerine inşa ederler. Çocuklarının sağlıklı gelişim gösteremeyeceğini hissettiklerinde bile bu fikir aile için kaygı sürecini başlatmış olur (Varol, 2005). 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).Yapılan bu çalışma ebeveynlerin ihtiyaç duydukları bilgileri ve psikolojik danışmanlık yaklaşımlarını belirleyecek, bu doğrultuda uzmanların çalışmalarına yön verecektir. Aynı zamanda çocukların eğitim hayatını ailelerden bağımsız olarak başarılı şekilde yürütmek olanaksızdır. Bu durum otistik çocuklarda daha fazla önem arz eder. Çünkü otistik çocuklar otizmin karakteristik özellikleri nedeniyle farklı öğretim tekniklerine tabi tutulması

gereken çocuklardır. Bu farklılığın en önemli noktası ise eğitimin evde devam etme gerekliliğidir. Bu doğrultuda bir bütün olarak kabul ettiğimiz ebeveyn-öğretmen-çocuk üçgeninde herkesin sorun ve gereksinimleri belirlenmelidir. Bu sorunlar arasında olabilecek olan eşler arası problemler, anne ve babaların anksiyete düzeyleri çocuğun eğitim ve sosyal hayatını doğrudan etkileyeceği için bunun giderilmesine yönelik programların belirlenmesinde faydalı bir çalışma olacağı düşünülmektedir. Otistik ve normal gelişim gösteren çocuğa sahip olmanın kişilerin anksiyete düzeyleri üzerindeki etkisi belirlenecek ve uzmanları daha duyarlı hale getirecektir. Daha önce bu konuyla ilgili yapılmış çalışmalar arasında ortaya çıkan çelişkileri çözme ve yeni çalışmalara yön verme noktasında, faydalı olacağı düşünülmektedir.

1.4. Sayıtlılar

1. Araştırmaya katılan anne ve babaların Demografik Bilgi Formunu, STAI Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterini, Aile Değerlendirme Ölçeğini doldururken aktardıkları bilgilerde samimi oldukları, gerçek düşünce ve duygularını paylaştıkları varsayılmıştır.
2. STAI Durumluk Sürekli Kaygı Envanterinin bu araştırmada kullanılabileceği ve bu ölçekle elde edilen bulguların geçerli ve güvenilir olduğu varsayılmıştır.
3. Aile Değerlendirme Ölçeğinin bu araştırmada kullanılabileceği ve bu ölçekle elde edilen bulguların geçerli ve güvenilir olduğu varsayılmıştır.
4. Araştırmada çalışılan otistik ve normal gelişim gösteren çocukların evreni temsil ettiği varsayılır.
5. Aile işlevleri ve kaygı düzeylerinde otistik ve normal gelişim gösteren çocuğa sahip olma dışında duruma etki edebilecek bir etken olmadığı varsayılmıştır.

1.5. Sınırlılıklar

Mevcut çalışmabelirli sınırlılıktaki ve kapsamda gerçekleştirilmiştir.

1. Araştırmanın verileri İzmir Buca bölgesindeki Özel Eğitim ve Rehabilitasyon merkezlerinde öğrenci olan OSB'li çocukların ebeveyları ve yine İzmir Buca bölgesinde yaşayan normal gelişim gösteren çocukların ebeveynleri ile sınırlandırılmıştır.

2. Çalışma sadece 2019-2020 eğitim öğretim yılındaki verileri içermektedir.
3. Araştırmanın verileri “STAI Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri” ve “Aile Değerlendirme Ölçeği”nin verileriyle sınırlıdır.
4. Araştırmada ele alınan durumluk ve sürekli kaygı düzeyi STAI form TX ölçme aracından elde edilen puanlar ile sınırlıdır.
5. Araştırmada tespit edilen aile değerlendirme bilgileri Aile Değerlendirme Ölçeği’nden elde edilen puanlar ile sınırlıdır.
6. Araştırmanın evreni İzmir ilinde Buca ilçesinde 2019-2020 eğitim öğretim yılında özel eğitim kurumlarına ve MEB’e bağlı ilköğretim okullarına devam eden otistik ve normal gelişim gösteren çocuğa sahip anne babalardan oluşmaktadır.

1.6. Tanımlar

Anksiyete, Dilimizde üzüntü, endişe duyulan düşünce, tasa, kaygı olarak ifade edilmiştir (Türk Dil Kurumu, 1998). Başka açıklamalar ise, durumluluk kaygı ve sürekli kaygı olmak üzere kaygıyı iki başlıkta ele almıştır. Durumluluk kaygı, kişinin yaşadığı stresli ve baskılı durum sonucunda hissettiği öznel korku olarak tanımlanır. Sürekli kaygı, kişinin hayatındaki kaygıya yatkınlığı ve olayları genel olarak stresli algılaması olarak tanımlanır (Spielberger, 1966).

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), kişinin yaşamının ilk 3 senesinde belirlilerini hissettirmeye başlayan ve hayatı boyunca etkileri devam eden bir spektrum bozukluğudur. Bu kişilerde karakteristik iki özel durum vardır, bunlar; iletişim ve sosyal etkileşim yetilerinde bozukluk göstermesidir. Otizmlili çocukları tanımlamak için kullanılan çok fazla davranış özelliği vardır, ama çoğunlukla çocukların çoğu bu özelliklerin hepsini göstermez (Darıca, Tuş, & Abidoğlu, 2000).

2. BÖLÜM

KURAMSAL AÇIKLAMALAR İLE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Anksiyete

Anksiyete kelimesi, hindogermanik bir kelime olan ve darlık, sıkışma anlamına gelen “angh” kökünden türemiştir. Değişik dillerde benzer kelimeler, sıkışma anlamı için kullanılmıştır. Boğulmak, sıkılmak anlamına gelen “anchein”, boğulmak ve nefes düzensizliği anlamına gelen “angor” ve disstres anlamına gelen “anguista” bu kelimelere örnek olarak verilebilir (Işık & Taner, 2006).

Latince, kullanımı 1625’e dek giden “anxius”tan gelmekte, kaygı ve üzüntüyü ifade etmektedir. Anksiyöz kelimesinin kökü, “anx” ise Latince “angere”den gelmekte, “nefesi kesilmek” veya “boğulmak” anlamlarına gelmektedir (Beck & Emery, 2005). Anksiyete, Funk ve Wagnalls (1963) tarafından “gerginlik arz eden duygusal bir durum”olarak tanımlanmaktadır.

Aubrey Lewis (1970) anksiyeteyi korkuyla yakından ilişkili, olumsuz bir duygudurumu olarak tanımlamıştır. Anksiyete duygusunun geleceğe yönelik, gerçek tehdide göre orantısız ve fenomenal olduğunu, aynı zamanda bedensel karşılığı da olduğunu belirtmiştir. Spielberger (1966) anksiyete konseptinin tanımının alt boyutlarına odaklanmış, anksiyeteyi durumluk ve sürekli olarak ayırtmıştır. Durumluk anksiyete geçici bir duygu olarak tanımlanırken, sürekli anksiyete bireyin tepkisel yatkınlığı ile ilgilidir. DSM-V’te, anksiyete muhtemel tehditin beklenişi ile ilgili olarak tanımlanmıştır. Birey, kendini tehdiye karşı hazır tutma çabasıyla kas gerginliği, aşırı uyarılmışlık, korunmacı veya kaçınmacı davranışlarda bulunur (Amerikan Psikoloji Birliği, 2013).

Anksiyete; kaygı veya bunaltı şeklinde de ifade edilen, diğer duygulardan bireyi rahatsız eden yönleri ile ayrılan bir duygulanım şeklidir. Anksiyetenin fizyolojik belirtileri arasında bireyin nefes almada güçlük çekmesi, hızlı hızlı derin olmayan nefesler alması, çarpıntı yaşaması, ellerinin ve ayaklarının titremesi, yoğun bir şekilde terlemesi gibi özellikler, psikolojik belirtileri arasında ise stres yaratan aşırı bir heyecan, sıkıntı hissi, heyecan, çok kötü bir şey olacak ve bu şeyi kontrol edemeyeceğim düşüncesi ve korkusu bulunmaktadır. Anksiyeteyi korkudan ayıran özellik, bireyde nerede ve nasıl karşılaşacağını bilemeyeceği tehlikeli bir durum beklentisi bulunmasıdır. Anksiyetenin normal seyrinde yaşanması bireyin psikolojik sağlığını olumlu yönde etkilerken, yoğun ve kişinin yaşantısını engelleyen düzeyde yaşanması ise psikolojik sağlığı olumsuz etkilemektedir. Kişinin hayatında devamlı bulunması, günlük işlerinin devamlılığını ve sosyal hayatını olumsuz etkilemesi, bireyin çevresindeki insanlarla olan ilişkini bozması ve çeşitli rahatsız edici fiziksel belirtiler görülmesi, anksiyetenin patolojik olduğunu düşündürmektedir (Karamustafalıoğlu & Yumrukçal, 2011).

Anksiyete, genellikle yakın bir tehdidin yokluğunda meydana gelen bir sinirlilik, rahatsızlık, gerginlik veya endişe duygusudur. Vücudun ani tehlikeye karşı doğal tepkisi olan korkudan farklıdır. Kaygı, vücudun strese karşı doğal tepkisinin bir parçasıdır, bu nedenle zaman zaman kişiye kendisini daha dikkatli ve harekete hazır hale getirerek yardımcı olabilir. Bu kaygı veya sinirlilik duyguları aşırı olduğunda, kontrol edilmesi zor bir hal alır. Bu tür bir endişe, kişinin hoşlandığı şeyleri yapmayı bırakmasına sebep olabilir ve tedavi edilmediği takdirde düzeyi daha da kötüye gitmeye devam edecektir. Dünyada ve ülkemizde, özellikle genç yetişkin nüfus arasında kaygı yaygınlığı son zamanlarda ciddi boyutlara ulaşmıştır. Genç-yetişkin popülasyon, en fazla kaygı prevalansına sahip yaş aralığı olmakla birlikte, tedaviye yönelim bu grupta oldukça düşüktür (Castaneda, Tuulio-Henriksson, Marttunen, Suvisaari, & Lönnqvist, 2008).

Uzunlamasına prospektif çalışmalar, ergenlerde ve genç erişkinlerde tedavi edilmemiş anksiyete belirtilerinin alkol bağımlılığı, nikotin bağımlılığı, esrar ve esrar kullanımı, intihar eğilimi, depresyon, hipertansiyon ve koroner kalp hastalığı gibi çeşitli davranışsal, zihinsel ve fiziksel komplikasyonlara yol

açabileceğini göstermiştir. Ayrıca tedavi edilmemiş anksiyete belirtileri, dünyada milyarlarca dolara mal olan patolojik anksiyete bozukluklarına yol açmaktadır (Emilien, Durlach, Lepola & Dinan, 2002).

Anksiyeteye dair endişelerden dolayı, birtakım kaygı yönetimi müdahaleleri test edilse de son yıllarda bu popülasyonda anksiyete yaygınlığı sabit kalmıştır (Twenge, 2000). Bu durum, söz konusu alanda yürütülen çalışmalara dair teori ve uygulama boşluğunun bir göstergesi olabilir (Griez, Faravelli, Nutt & Zohar, 2001). Bu boşluğun önemli bir nedeni, ampirik kanıtlarla yeterince desteklenmeyen teoriye dayalı müdahalelerin yaygınlığıdır (Hammell & Carpenter, 2004). Önerilen ve yaygın olarak kullanılan bazı tedavi yöntemlerinin işleyiş mekanizmalarının net bir şekilde anlaşılamaması ve hedeflenen davranış değişikliklerinin hangi uygulamalarla sınırlandırılacağına net bir şekilde belirlenmemesi söz konusu problemlerin başlıca sebeplerindendir (Gullotta & Bloom, 2003; Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006). Dolayısıyla anksiyetenin doğru tanımlanması, anlaşılabilirliği ve uygun müdahale ve tedavilerin gerçekleştirilebilmesi açısından oldukça önemlidir.

Anksiyete, kaynağı belli olmayan bir korku hali olmakla birlikte, kişinin, anksiyete yaşamasına sebebiyet veren uyarana karşı göstermiş olduğu tepkinin şiddeti de uyarandan aldığı tehditle orantılı değildir. Yani, birey tarafından tehdit unsuru olarak görülen uyarının ortadan kalkmasına karşın, kişinin yaşadığı kaygı hali devam edebilmektedir. Anksiyete kavramını, ruh sağlığı alanında ilk kullanan kuramcı Freud'dur. Freud, insanların, sergiledikleri tüm davranış biçimlerini, kendi içinde bir uyum halinde yapmaya çalıştıkları, hiçbir davranışın rastlantısal bir şekilde ortaya çıkmadığı, bireyler tarafından sergilenen tüm davranışların organizmanın yaşamını idame ettirebilmesi adına gösterdiği çabanın farklı boyutları olarak görmektedir. Bu sebeple, anksiyetenin, kişilerin tehlikede olduklarını düşündükleri herhangi bir durum karşısında gerek uyarılma gerekse uyum sağlama ayrıca bireylerin yaşamlarını devam ettirebilmelerine katkıda bulunma gibi işlevlerinin de olduğu unutulmamalıdır. Freud, anksiyete kavramının,

- Herkesin gündelik hayatta arada sırada yaşayabileceği ve korku kavramı ile eş anlamlı olan Reel Anksiyete,
- Kişilerin sergilediği davranışlar neticesinde, süper egonun vicdan diye tanımlanan bölümü tarafından onaylanmayan durumlar neticesinde yaşanan Moral Anksiyete,
- Kişinin cinsel ve agresif içerikli dürtüleri sonucunda ortaya çıkan ve iç tehlikelerden kaynaklanan Nevrotik Anksiyete, olmak üzere, 3 farklı türünden bahsetmektedir (Tokuçcu & Ünsal, 2006).
- Gerçeklik anksiyetesinde; kişi kaygısının sebebini bilmektedir çünkü anksiyete, dış dünyadan gelen gerçek bir tehlikeye karşı hissedilmiştir.
- Nevrotikanksiyete; bilinçdışı alanda oluşur. Kişi, anksiyetesinin sebebini bilemez. Anlamlandıramadığı bir korku içindedir. Anlamlandıramama durumu ise kişiyi daha çok anksiyete duymaya ve huzursuzluğa iter.
- Suçluluk anksiyetesinde de kişi anksiyetesinin sebebini bilmektedir çünkü kendi vicdanından korkuyordur. Süper egosu gelişen kişi, kurallara aykırı bir davranışta bulunduğu veya düşündüğünde suçluluk duyar (Burkovik, 2017).
- Anksiyete, geçici veya sürekli oluşuna göre ikiye ayrılmaktadır:
- Sürekli (genel) anksiyete; kişinin içinde bulunduğu neredeyse her durumu stres olarak algıladığı bir anksiyete durumudur. Tehlike barındırmayan durumlarda bile huzursuzluk hissediler. Eğer kaygıya yatkın bir kişilik durumu varsa bu, sürekli kaygıyı etkiler.
- Durumluk (seçici) anksiyete; içinde bulunulan durumdan dolayı o an ortaya çıkan anksiyetedir. Algılanan tehlike ortadan kalktığı zaman, hissedilen anksiyetenin de ortadan kalkması söz konusudur. Bu anksiyete türünün diğerinden farklı olmasının sebebi sonunun olmasıdır (Biçkur, 2015).

2.2. Genç-Yetişkin Nüfusta Anksiyete

Anksiyete genellikle okul dönemi veya bu dönemden kısa bir süre önce ortaya çıkar ve çeşitli gelişimsel ve psikososyal faktörler tarafından desteklenebilir (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas, & Walters, 2005). Psikososyal gelişim teorisine göre, genç yetişkin üniversite öğrencilerinin gelişim aşaması (18-24 yaş) ergenlik evresi ile düşünülmektedir. Bu durum, önceki aşamada

meydana gelen kimlik karmaşasının bir sonucu olarak, tecrit, kararsızlık ve samimiyetsizlik kriziyle perçinlenebilecek başarısız ve yüzeysel yakın ilişkilere yol açabilir (Erikson, 1994). Yakın ilişkilerin geliştirilmemesi yalnızlık, izolasyon ve sosyal desteğin eksikliği ile ilişkilendirilebilir (Cohen, McKay, Baum, Taylor, & Singer, 1984; Ell, 1984). Sosyal destek teorisi öneri vegüvence yoluyla diğerlerinin sağladığı sosyal desteğin stresli durumlara adaptasyonu artırdığını ileri sürmektedir (Cohen, Mermelstein, Kamarck, & Hoberman, 1985). Tersine, sosyal desteğin eksikliği stres ve endişeyi arttırabilir. Algılanan sosyal destek ve kaygı arasında negatif bir ilişki kuran bazı araştırmacılar, üniversite öğrencilerinin anksiyete yönetimi için sosyal destek müdahalelerinin uygulanmasını önermişlerdir (Caldwell & Reinhart, 1988; Haemmerlie, Montgomery, & Melchers, 1988). Eldeleklioğlu (2006) ise kaygının algılanan sosyal destek ile anlamlı bir şekilde ilişkili olmadığını savunmuştur. Yaş, cinsiyet ve baş etme gibi diğer değişkenlerin etkisi kontrol altına alındığında, algılanan sosyal destek kaygının önemli bir yordayıcısı değildir (Crockett vd., 2007). Bu bulgular, algılanan sosyal desteğin kaygıdaki rolünün daha fazla değerlendirmeye ihtiyaç duyduğunu göstermektedir.

Genç yetişkin üniversite öğrencileri kimlik oluşturma, yeterlilik geliştirme, duyguları yönetme, özerklikten bağımsızlığa geçiş, olgun kişilerarası ilişkiler geliştirme, kimlik oluşturma, amaç geliştirme ve bütünlüğü geliştirme gibi üniversite hayatı ile ilgili belirli görevlerden de etkilenebilir (Chickeringb & Reisser, 1993). Akademik gereksinimler, finansal bağımsızlık ve kişilerarası ilişkiler kurma gibi üniversite ile ilgili bazı görevler, psikolojik ve fiziksel refahı olumsuz yönde etkileyen “lisans öğrencilerinin stresleri” olarak tanımlanmıştır (Tennant, 2002). Bu yaş grubundaki bireylerin (18-24 yaş) olgunlaşma, ilişkilerini geliştirme ve bağımsızlıklarını sürdürme kapasiteleri, bireyselleşme ve benlik tanımında ilerleme beklenirken, çoğunluk bu görevleri yerine getirmeyi erteleme eğilimindedir (Arnett, 2001). Özellikle, Amerika Birleşik Devletleri gibi sanayi ülkelerinde, bu yaş grubundaki bireyler ergenlik dönemine giremez veya yetişkinlik dönemindeki rollerini ve sorumluluklarını gençlik döneminden sonraya kadar sürdüremezler. Yetişkinliğe geçişleri boyunca, eğitim, iş ve gerçek hayattaki ilişkiler için başarı beklentilerini karşılamada zorluklarla karşılaşabilirler. Buna karşılık, kimlik oluşturma görevi,

gelişimlerinin normal bir parçası olmaktan ziyade, onlar için kafa karıştırıcı ve zor bir deneyim olabilir (Arnett, 2007).

Campbell (1976), strese etki eden sosyal desteğin eksikliği gibi yaşam doyumunu azaltabilecek bazı psikososyal faktörleri özetlemiştir. Üniversite öğrencilerine yönelik yaşam doyumuna ile kaygı arasındaki ilişkinin araştırıldığı (Öztürk & Çetinkaya, 2015), daha yüksek düzeyde yaşam doyumuna olan öğrencilerin daha düşük kaygı düzeylerine sahip olduklarını bildirmişlerdir. Bu ilişkide yaş, cinsiyet ve sosyal destek gibi diğer faktörlerin rolüne ilişkin daha az netlikle, yaşam doyumunun doğrudan kaygıyla mı yoksa dolaylı olarak baş etme gibi faktörlerle mi ilişkili olduğunu söylemek zordur (Öztürk & Çetinkaya, 2015).

2.3. Anksiyete Belirtileri

Anksiyete esnasında vücutta bir takım belirtiler gözlenebilir. Göğsün sıkışmış gibi hissedilmesi, nefes darlığı, taşikardi, terlemede artış, titreme bunlardan bazılarıdır. Yerinde duramama da sık görülen belirtilerdendir (Türkçapar, 2004). Bunun yanında, kötü bir şey olacakmış gibi hissetme, heyecan ve sıkıntıda artma, anksiyete esnasında görülen psikolojik belirtilerdendir (Bingöl, Delen & Durdu, 2017). Kişi, tahammülsüzleşip aniden sinirlenmeye ve aşırı tepki göstermeye başlayabilir (Cüceloğlu, 2006). Birçok kişide uyku sorunları gözlenebilir. Kabuslar, uykuda ses çıkarmalar, konuşmalar ve kırıdanmalar, ani uyanmalar görülebilir. Bu da, uykunun alınamamasına ve gün içinde halsiz düşmeye sebep olabilir. Bu belirtiler, ayırıcı tanı konması için önemlidir (Burkovic, 2017).

Anksiyetenin bilişsel belirtileri, Beck ve Emery (2006) tarafından duyusal-algisal, düşünme güçlükleri ve kavramsal olmak üzere üç başlıkta incelenmiştir. Duyusal-algisal semptomlar; bulanık bir zihin, nesneleri bulanık ve uzak görme, çevreyi gerçekdışı algılama, aşırı uyarılmışlık gibi semptomlardır. Bu sırada bireyin kendilik algısı korunmaktadır. Bilişsel belirtilerden düşünme güçlüğü, bireyin bilişsel enerjisinin önemli bölümünün anksiyete yaratan duruma ayrılmış olması ile ilgilidir. Birey, tehlike yaratan durumla o kadar meşguldür ki, konsantrasyonu ve mantık yürütme süreçlerini sağlıklı biçimde yürütecek enerjiyi bulamayabilir. Akı karışmış bir haldedir. Düşüncelerini kontrol edemez, ilgisi çabuk dağılabilir. Önemli şeyleri

hatırlayamaz. Akıl yürütme süreçlerinde zorlanır ve tıkanıp kalabilir. Ayrıca perspektifinde nesnelliği yitirebilir. Düşüncelerinde duraksama ve kesintiler ile beraber nedenselleştirme güçlüğü yaşayabilir (Işık & Taner, 2006). Bilişsel belirtilerden kavramsal belirtiler bireyin bilişsel süreci anksiyete yaratan durum tarafından ele geçirilmesi ile ilgilidir. Birey durumla başa çıkamayacağı, kontrolünü yitireceği korkusu duyabilir. Fiziksel yaralanmalardan, ölümden, olumsuz değerlendirmelerden korkabilir. Korkulan durumları çağrıştıran, tekrar eden korkutucu imgeler ve düşünceler, bireyin zihninde belirebilir (Beck & Emery, 2005).

Anksiyetenin duygusal belirtileri olarak çeşitli duygulanım sıfatları gösterilebilir. Birey korku dolu, tetikte, sinirleri gerilmiş, diken üstünde, tahammülsüz, sinirli ve gergin olabilir. Şaşkın, endişeli ve tedirgin hissedebilir. Alarm halinde veya dehşet içinde hissetmek de anksiyetenin önemli duygusal belirtilerindendir (Beck & Emery, 2005). Anksiyetenin davranışsal belirtileri, davranışsal sistemi aktive edebilir veya var olan aktiviteyi engelleyebilir. Davranışsal sistemi aktive eden belirtiler, aşırı nefes alıp verme, titreme gibi belirtilerdir. Davranışsal sisteme ket vuran belirtiler ise tonik hareketsizlik gibi donma reaksiyonlarıdır. Ayrıca bireyde konuşma ve koordinasyon bozukluğu görülebilir. Bu davranışlar anlık olarak anksiyeteyi azaltma amacı taşısa da, temelde anksiyeteyi daha da güçlendirmektedir (Işık & Taner, 2006).

Fizyolojik semptomlar, tehdite ve tehlikeye karşı bireyin kendini korumaya hazır olmasını sağlar. Sempatik sinir sisteminin aktive olmasıyla bireyde çarpıntı, yüksek kan basıncı, hızlı solunum, nefes nefese kalma, göğüste basınç, reflekslerde artış, kasılma, titremeler, iştah kaybı, terleme, sıcak ve soğuk nöbetler, kaşınma, yüz kızarması gibi belirtiler görülebilir. Parasempatik sinir sisteminin devreye girmesi ile bireyde baygınlık hali, düşük kan basıncı, düşük nabız görülebilir (Beck & Emery, 2006).

2.4. Anksiyetenin Etiyolojisi

Anksiyete bozuklukları, yaygın olarak görülen bozukluklardandır. Hastanelere fiziksel rahatsızlıklar nedeniyle gelen veya yatan hastalarda da en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklar, anksiyete bozukluklarıdır. Organ sistemlerinde meydana gelen rahatsızlıkların, hormonlarda ve beyin kimyasında

oluşturdukları değişimler, kişide stres oluşturabilir ve anksiyete bozukluklarını meydana getirebilirler (Bingöl, Delen & Durdu, 2017).

Anksiyetenin nedenlerini anlamak için dört kuramdan söz edebiliriz:

- *Bilimsel Model*'e göre olumsuz düşünceler anksiyeteye neden olmaktadır. Eğer kişi, olumsuz düşüncelerini değiştirirse, nasıl hissettiğini de değiştirebilir.
- *Maruz Bırakma Modeli*'ne göre anksiyetenin nedeni kaçınmadır. Kişi, kaçınmayı bırakıp korkularıyla yüzleşirse, kaygısını yener.
- *Gizli Kalmış Duygu Modeli*'ne göre anksiyete duygusuna yatkın kişiler, çoğu zaman olumsuz duygulardan ve çatışmadan korkan kişilerdir. Kimsenin keyfini kaçırmak istemedikleri için kendi sıkıntılarını gizlerler. Daha sonra bastırılmış duygular kaygı veya panik olarak ortaya çıkar. Kişi, onu rahatsız eden sorunuyla yüzleştğinde kaygısı da ortadan kalkar.
- *Biyolojik Model*'e göre anksiyete, beynin biyokimyasındaki değişimlerden kaynaklanmaktadır ve tedavisi için sakinleştirici ve antidepresan ilaçlar kullanılmalıdır (Burns, 2016).

Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastaların birinci derece yakınlarında, yüksek oranda aynı hastalığa rastlanması, anksiyete bozukluğunda genetik faktörlerin de etkili olduğunu düşündürmektedir (Burkovik, 2017).

2.5. Anksiyeteyi Açıklamaya Yönelik Yaklaşımlar

Anksiyete kavramını ilk olarak açıklamaya çalışanlar psikanalitik kuramcılar olmuştur. Freud'da anksiyeteyi yapısal ve topografik kuramla açıklamıştır. Yapısal kuramda kişilik id, ego ve süper ego olmak üzere üçe ayrılmıştır. Yaşanan çatışmaların id, ego ve süper ego arasındaki uyumsuzluktan kaynaklandığı belirtilmiştir. Ayrıca kaygının ego ve süper ego arasında çatışmadan kaynaklanabileceği savunulmaktadır. Topografik kişilik kuramı bilinç düzeyini ifade etmektedir. Bu yaklaşım, dürtülerin bastırılıp bilinç dışına itilmesiyle dürtülerin bilince çıkabilmek için çabaladığı belirtilmektedir. Dürtülerin sürekli olarak bilinç düzeyine çıkabilmesi adına çabalaması ise çatışmaları oluşturabilmektedir (Tunçelli, 2008). Geçtan (2006) kişiliğin, çevre

ile olan ilişkisini düzende tutmaktadır. Ego, psikolojik süreçlerin gerçekliklerini değerlendirip, yaşanan zaman ve durumun uygunluğunu denetlemektedir. Gereksinimlerle davranışların arasına bilişsel sistemleri ekleyerek güdü boşalımının ertelenmesi için çabalamaktadır. İçgüdülerin denetleyen ego, içgüdü'nün zorlamalarına karşı bireyi özgürleştirmektedir.

Ego yaşanan anksiyete karşısında çeşitli tehlikelerle karşı karşıya kalmaktadır. Karşılaşılan tehlikeler ise şunlardır:

- ✓ Yaşanılan engellemelerden dolayı çatışmaların olması ve çevresel tehlikelerin olması,
- ✓ İçgüdüsel isteklerin olması ve isteklerin bir kısmının gerçek dışı olması,
- ✓ Süper egonun cezalandırılması,

Yaşanılan anksiyete egonun, tehlikelerden kaçınması için kullanılan yöntemlerden birisidir. Tehdit edici unsurlar karşısında savunma amaçlı çeşitli anksiyeteler geliştirilmektedir. Bu anksiyeteler ise şunlardır:

2.5.1.Gerçeklik Anksiyetesi

Kişinin aile, mesleki ve sosyal hayatının devamının sağlanabilmesi için ihtiyaç duyulan şartlar sağlanmalıdır. Gerekli şartlar sağlanmadığında, çevredeki tehlikeler fark edilir ve gerçeklik anksiyetesi ortaya çıkar. Bu anksiyete de dış çevreden gelen tehlikeli durumlara yönelik korkular hissedilmektedir. Gerçeklik anksiyetesinde, anksiyetenin şiddetinin düzeyi ile tehdidin düzeyinin paralellik gösterdiği belirtilmektedir.

2.5.2.Törel Anksiyete

Törel anksiyete, bireyin kendi vicdanından korkmasıyla ilgilidir. Bireyin vicdanını tehdit unsuru gördüğünde ortaya çıkan törel anksiyetenin ebeveyn tutumlarından kaynaklandığı belirtilmektedir. Bu sebeple törel anksiyetenin temellerinin çocukluk döneminden kaynaklı olduğu ifade edilebilmektedir. Ebeveyn tutumlarının olumsuz olmasıyla birlikte, ego bireyin suçluluk hissetmesine sebep olacaktır.

2.5.3.Nevrotik Anksiyete

Bireyin içgüdülerini kaybedeceği korkusu nevroitikanksiyeteye sebep olmaktadır. Cezalandırılma düşüncesi vardır fakat nevroitikanksiyetenin

sebepleri kesin olarak bilinemediğinden kendisini farklı biçimlerde açığa çıkarttığı ifade edilmektedir. Bu anksiyete çeşitleri ise şunlardır:

2.5.4.Panik Anksiyete

Panik anksiyete ani nöbetlerle kendisini gösteren, ölüm korkusunun yaşandığı bir anksiyete çeşididir. Yaşanan korkuya verilen tepkilerin, korkunun bireyde bıraktığı olumsuz duygu arasında hiçbir bağ yoktur. Ego, bireyin düzenini korumak için çeşitli çabalar sarf eder, eğer ki sonuç alınmazsa savunma mekanizmalarına başvurulmaya başlanır.

2.5.5.Fobik Anksiyete

Nesnelere ya da yaşanan olaylara karşı sürekli bir korku halinin olmasıdır.

2.5.6.Bağlantısız Anksiyete

Bağlantısız anksiyete de birey devamlı olarak kaygı yaşamaktadır. Yaşanan herhangi bir olaya, anksiyete bağlanabilir ve sürekli kaygılı olma durumu bulunur. Bireyin iş, aile ve sosyal hayatı bir düzen içerisinde ilerlese bile, bireyler korkularıyla yaşamaya devam ederler (Altıntaş & Gültekin, 2005).

Tehdit edici olmayan uyarıcı, tehdit edici bir durumla eşleştirilip, korku özelliğini kazandığında klasik koşullanma modeliyle bu durum açıklanmaktadır. Edimsel koşullanmada ise sonuçlara göre eylemlerde artışlar olmaktadır. Eylemlerin sonucunda ödül alınırsa aynı eylemler tekrarlanmaktadır. Tehlikeli durumlardan kaçınmak, bireyleri anksiyeteden koruyup, ödül görevi görmektedir. Fakat bu durum anksiyetenin devam etmesine engel olmamaktadır (Sungur, 1997).

Eysenck, nevrotik davranışlar bünyesinde kaygı başta olmak üzere güçlü duyguları barındırdığını belirtmiştir. Nevrotik davranışlar, öğrenilir ve uyumsuzdurlar. Tehlikeli durumlar karşısında koşulsuz tepki gösterilmesi anksiyeteyi ifade etmektedir. Anksiyete panik atakların sonucunda oluşmaktadır ve anksiyete agarofobiye neden olabilmektedir (Sümer, 2008).

Beck ve Ellis kaygılı olan bireylerin, bilişsel, davranışsal ve fizyolojik tepkiler gösterdiklerini belirtmiştir. Anksiyete yaşayan bireylerin, düşüncelerinin çarpıklığı anksiyetenin bilişsel öğelerini barındırmaktadır. Anksiyete

yaşayanların davranış biçimleri ve kaygılı olduklarında görülen belirtiler ise davranışsal ve fizyolojik öğeleri barındırmaktadır (Kına, 2017).

Mantık dışı düşünceler, kaygılı bireylerin özelliklerinden birisi olduğunu dile getiren Ellis, mantık dışı inanç ve düşünce sistemlerinin kaygıya sebebiyet verebileceğini belirtmiştir. Fakat bilişsel unsurların korkuyu oluşturma noktasında bir kesinlikten söz edilememektedir (Kına, 2017).

Horney, anksiyete ve korku kavramlarının birbirlerine çok yakın anlamda olduğunu dile getirmiştir. Her ikisi de duygusal bir tepkidir ve tehlikeli durumlar karşısında sergilenmektedir. Hem korku hem de anksiyete de kalp atışının hızlanması, titreme ve terleme gibi bedensel belirtilerin olabileceği ifade edilmektedir. Fakat benzerliklerine rağmen korku ve anksiyetenin ayrıldığı noktalarda bulunmaktadır. Hasta olan bireyin yakınları, hasta kişi ölecek diye düşünürlerse bu durum korkuyla açıklanmaktadır. Fakat nezle olan birisin öleceği düşüncesi ise anksiyete ile açıklanmaktadır. Korku duruma uygun tepkileri içerirken, anksiyete de verilen tepkilerin yaşanılan durumla uyumsuz oldukları belirtilmektedir (Geçtan, 2006).

Freud, anksiyetenin cinsel çatışmalardan doğabileceğini ifade ederken; Horney, anksiyetenin her ortamda görülebileceğini belirttiği görülmektedir. Horney'e göre anksiyete iyi bir güdüleyicidir ve yaşamın devamı için gereklidir (Morris, 2002). Anksiyete diğer taraftan darbe alan bir insanın hissettiği duygu şeklinde tarif edilmektedir. Anksiyete, bilişsel süreçleri daraltmakta, bireyin etkinliklerini aksatmasına sebep olmakta ve tepkilerini düzensizleştirmektedir. Anksiyetenin şiddetlenmesiyle birlikte benlik şişip, kişilikten ayrılmaya başlamaktadır. Benlik bireyi güvende tutan bir olgudur. Kişilik yapısına ters olan durumlar, benlik tarafından reddedilir ve insanların güvenliği bu şekilde sağlanmaya çalışılır. Anksiyeteden bireyi korumaya çalışan benlik sistemi, sosyal çevre ile olan ilişkileri de düzenlemekle görevlidir (Geçtan, 2000).

2.6.Anksiyetenin Biyo-Davranış Mekanizması

Anksiyete, beden, zihin ve davranış arasındaki etkileşimden kaynaklanan çok boyutlu bir olgudur. Hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) eksen, beyin ve vücudun stresörlere davranışsal ve fizyolojik yanıtları arasında düzenleyici bir geribildirim ağı sağlar. Stresli bir duruma yanıt olarak, serebral korteks,

durumla ilgili algılanan bilgiyi değerlendirir ve bu durumun bir tehdit olup olmadığını bilerek bilişsel yorumlama sağlar. Daha sonra korteks, bu bilişsel mesajı limbik sistemden duygusal içerikle bütünleştiren hipotalamusa mesajlar gönderir. Durum bir tehdit olarak yorumlanırsa, hipotalamusun bir parçası, portal damarlardan geçerek adrenokortikotropik hormonun salınmasını tetiklediği anterior hipofiz bezine giden kortikotropiniletici hormonu serbest bırakır. Bu hormon kan dolaşımında dolaşır ve kortizolün biyosentezi ve sekresyonunun aktive olduğu adrenal kortekste zona fasikulata ve retikülaris hücreleri hedefler (Leyden-Rubenstein, 1999).

Kortizolün neredeyse tüm vücut dokularında reseptörleri vardır. Karaciğerin glukoneogenezini ve karbonhidratları glikolizini, yağ dokularındaki lipolizi ve kas dokularında proteolizi artırır. Ek olarak, bağışıklık sistemini baskılayarak sıvı ve elektrolit retansiyonuna, hipervolemiye ve hipertansiyona neden olan dolaşım sistemini etkiler. Bu, hiperglisemi, enfeksiyon, hipertansiyon, taşikardi, kızarma ve genellikle anksiyete ile ilişkili baş ağrısı gibi belirli fiziksel durumları ve semptomları açıklayabilir (Newport & Nemeroff, 2000).

Son zamanlardaki araştırmalar, anksiyete bozukluğu olan hastaların, bazı biyobelirteçlerde sıklıkla düzensizlik yaşadıklarını göstermiştir. Örneğin, travma sonrası stres bozukluğu olan hastaların, belirgin bir şekilde artmış beyin omurilik sıvısı konsantrasyonları (Bremner vd., 1997) sergiledikleri ve genel anksiyete bozukluğu olan hastaların plazma düzeylerinde anlamlı bir yükselme yaşadıkları belirtilmiştir (Gerra vd., 2000). Ayrıca, yüksek düzeyde dentalanksiyete, panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu olan kişilerde tükürük kortisol düzeyinin belirgin yükselmesi dikkat çekmektedir (Mantella vd., 2008).

2.7. Anksiyetenin Bilişsel-Davranışçı Modeli

Anksiyete, birey kendisine yönelik bir tehlike ya da tehdit algıladığı zaman devreye giren, bilişsel, duygusal, psikolojik ve davranışsal boyutları olan bir tepki sistemi, duygudurum olarak tanımlanmaktadır (Görmez, 2017). Uyarıların bu şekilde tehlikeli, psikolojik ya da fiziksel iyilik halini tehdit edici olarak yorumlaması tüm anksiyete bozukluklarının temelini oluşturur (Beck & Clark, 1997). Psikolojik bir tehdit karşısında yaşanan anksiyete, en az fiziksel

bir tehdit ya da bir hastalık karşısında yaşanan bir anksiyete ile aynı özelliklere sahiptir. Tehlikeyi uzaklaştırabilceğine ya da baş edebileceğine inanan birisi anksiyeteyi en düşük seviyede yaşamaktayken, tehlikenin potansiyelini yüksek algılıyorsa ya da ne zaman geleceğini öngöremiyorsa en yüksek seviyede yaşamaktadır. Her insanda rastlanabilen bir duygu olan anksiyetenin patolojik olup olmadığı ise anksiyetenin şiddeti ve ortada gerçek bir tehlike olup olmaması ile ilgilidir. Patolojik anksiyetesi olan kişilerin yaşadığı anksiyete şiddeti, tehdit algılanan duruma göre abartılıdır ya da bu kişiler, açık veya yakında gerçekleşmesi beklenen bir tehlike yokken bile anksiyete yaşamaktadırlar. (Beck, 1976).

Beck (1976), tanımladığı anksiyete modelinde, anksiyetenin fizyolojik, davranışsal, bilişsel ve duygusal semptomları olduğunu belirtmiştir. Belirtilerin fizyolojik boyutunda; kaçma, savaşıma, dona kalma ya da bayılmaya vücudu hazırlamak için otonom sistemde artmış yarılmişlik gerçekleşmektedir. Davranışsal olarak kişi, algılanan tehlikeden kaçır ya da kendini savunmaya hazırlanır, güvenliğini en üst düzeye almak için riskli bulduğu davranışlardan uzaklaşır, duygusal olarak kendisini kaygılı ve korkmuş hisseder. Bilişsel olarak ise hipervijilans (tetikte olma), konstantrasyonda güçlük, akıl yürütmede zorluklar, düşüncelerini kontrol etmede zorlanma, bilişsel çarpıtmalar, korku ile ilgili inançlar, korkutucu imajlar, hayaller ve otomatik düşüncelerin sıklığında artış görülmektedir (Beck & Clarck, 1997).

Anksiyete bozuklukluklarında tehlikenin abartılması ve başetme becersinin küçümsenmesi, tehlike içerikli şemaların aktivasyonu anlamına gelmekte, otomatik düşüncelerin, işlevsel olmayan tutumların ve inançların içeriğine bakıldığında tehlike teması kendini göstermektedir. Bir defa tehlike algılandığı zamankısır döngü halinde anksiyete semptomları sürmekte, bazı semptomların kendisi de bir tehlike olarak yorumlanarak anksiyetenin devam etmesine neden olabilmektedir (Wells, 1997).

Beck ve Clarck (1997), anksiyeteye ilişkin şema temelli bilgi işleme modelini şu şekilde tanımlamıştır:

- ✓ Bilgi işleme sisteminde uyarının ilk farkedildiği bölüm, algısal olarak işleyen yönelme modudur. Bu aşamada uyarın ayrıntılandırılarak değil, seri ve otomatik olarak işlenir.

Yönelme modunda bilgi işleme önceliği yaşamı tehdit eden uyarılara dönüktür. Anksiyetenin deneyimlendiği durumda bu mod yanlı bir biçimde işlemekte, kişinin seçici dikkatle kendisiyle ilgili olan ve olumsuz bilgilere yöneldiği görülmektedir. Bu aşamadan sonra primalmod devreye girmektedir. Primalmod, bireyin yaşamına devam etmesi için güvenliği en üst düzeye çıkararak tehlikeyi en aza indirmek amacıyla çalışmaktadır. Yönelme modunda olduğu gibi sadece otomatik süreçleri değil, hem otomatik hem kontrollü süreçleri içermektedir. Dikkat kaynaklarının büyük bir bölümünün tehditin değerlendirilmesine yöneltilmesi bilişsel işlemlenin sınırlandırılmasına neden olmakta ve bilişsel yanlılıklar ve hatalara yol açmaktadır. Birey, içinde bulunduğu durumun potansiyel olarak tehlikeli yönlerine aşırı duyarlı duruma gelmekte, olumlu yönleri ise göz ardı etmektedir. Belirsizliğe karşı toleransın oldukça düşük olduğu bu aşamada tehdit olasılığının abartılı yorumlanması katastrofik düşüncelere neden olmakta, tehdit ve tehlike içerikli otomatik düşünceler ortaya çıkmaktadır. Üçüncü ve son aşamada ayrıntılandırılmış anlamsal işleme devreye girmektedir. Bu aşamada birey, tehditle başedebileceği kaynaklarının etkinliğini değerlendirir. Eğer değerlendirmesi çarpıtılmış ve gerçeğe uygun olmazsa, primalmod bu süreçte daha aktif rol alacak, anksiyete devam edecektir. Tehdit karşısında kaçınmacı bir yaklaşım sergilerse, anksiyetesi bir süreliğine azalacaktır. Başetme kaynaklarının algılanan tehlikenin üstesinden gelmek için yeterli olduğunu algılanmasıyla ise anksiyete düzeyi azalacaktır.

2.8. Anksiyetenin Sınıflandırılması

Anksiyete bozuklukları, aşırı korku ve kaygı ile ayırt edici nitelikte olan olan davranışsal bozuklukları içine almaktadır. Korku, bir olay karşısında verilen duygusal bir tepki iken kaygı, gelecekte olması muhtemel bir olayı bekleme durumu olarak açıklanmaktadır. Korku durumu daha çok “savaş ya da kaç” tepkisini, ortaya çıkabilecek olası bir tehlike durumunun yaşanabileceği düşüncelerini ortaya çıkarırken, vücudu bu düşünce sonucunda kaçma davranışı için hazırlar. Anksiyete durumunda ise, kas gerginliği ya da olası

tehlikeli duruma karşı hazır olma ve dikkat etme davranışlarıyla hareket eder (Köroğlu, 2015).

Bireyin hiç beklenmedik bir anda herhangi bir sebebe bağlı olmadan ortada gerçek bir tehlikenin olmamasına rağmen yüksek düzeyde ve çok sık bir şekilde anksiyete yaşaması, bireyin anksiyete bozukluğuna sahip olduğunu düşündürmektedir. Anksiyetenin belirti ve şekilleri kişiden kişiye göre büyük ölçüde değişiklik gösterdiği söylenebilmektedir. Ayırıcı tanı açısından yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu büyük bir önem taşımaktadır (Türkçapar, 2004).

Anksiyete bozukluklarının özellikle duygu durum bozuklukları ve diğer anksiyete bozuklukları ile birlikte görülme oranı yüksektir (Brown, Campell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001). Her kültürde anksiyete bozukluğu görülebilmektedir fakat bu durum batı kültüründe daha çok iş performansına bağlı olarak yaşanırken; diğer kültürlerde daha çok ailesel veya dinsel konulara bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (Oltzman & Emery, 1995).

2.8.1.Panik Bozukluğu

Tanısal olarak “hiç yoktan” ortaya çıkan atakların yaşanması olarak tanımlanan panik bozukluğu (Haspolat & Kağan, 2017), kişide aniden ve patlamalar şeklinde başlayan panik ataklar; öncelikli olarak panik bozukluğu sebebiyet vermekte ayrıca başka psikopatolojik problemlere de neden olabilmektedir. Panik Bozuklukta yaşanan panik ataklar, tekrarlayıcı niteliklere sahip olmakla birlikte kişinin hazırlıksız ve beklemediği bir anda ortaya çıktığı da unutulmamalıdır (Karayağız, 2019).

- a. Otomobil, otobüs, vapur ve tren gibi vasıtaları kullanırken duyulan,
- b. Otopark, AVM’ler ve köprü gibi açık yerlerde bulunmaktan kaynaklanan,
- c. Mağaza, tiyatro ve sinema gibi kapalı yerlerde bulunmaktan ötürü yaşanan,

Farklı ülkelerde yürütülen araştırma sonuçlarına bakıldığında, panik bozukluğun hayat boyu görülme yaygınlığının %1,5 ila %2,5 arasında, panik atakların ise %7 ila %9 arasında değişiklik gösterdiği görülmektedir. Panik Bozukluğu, sıklıkla geç ergenlik ve 30’lu yaşlar arasında ortaya çıkmakla

birlikte, başlangıç yaşının 25 olduğu, kadınlarda görülme oranının ise, erkeklere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Karayağız, 2019).

Türkiye’de, “Ruh Sağlığı Profili” adıyla 1998 yılında gerçekleştirilen araştırmada, Panik Bozukluğun yaygınlığının, son 1 yılda %0,4 artmış olduğu saptanmış olmakla birlikte, gerek toplumda görülme sıklığı gerekse yeti yitimine sebebiyet vermesi sebebi ile ruh sağlığı uzmanları arasında ilgi odağı olmuştur (Başaran & Sütçü, 2016).

Panik Atığın belirtilerine bakıldığında, kişide; çarpıntı, terleme, kalp atışının hızlanması, titreme hali, boğuluyor hissi duyma, soluk alıp vermede zorluk, nefes almada problemler, mide bulantısı, baş dönmesi, titreme, üşüme ya da ateş basması gibi semptomların ortaya çıktığı görülmektedir (Köroğlu, 2014). Panik ataklar genellikle kısa süreli olmakla birlikte yaşanan duygu çok yoğundur. Belirtiler aniden ortaya çıkar ve ortalama 10 dakika içinde zirveye ulaşır, yaklaşık 20 ila 30 dakika arasında devam eder. Bu semptomların devam etme süresinin ise, nadiren de olsa 1 saati geçtiği tespit edilmemiştir (Haspolat & Kağan, 2017).

Stres anlarında popülasyonun neredeyse %28’i panik atak geçirebilir (Kessler vd., 2005). Ancak bu ataklar beklenmeyen zamanlarda gerçekleşmeye başladığında ve bireyin hayatını zora soktuğunda, birey panik ataklar konusunda yüksek kaygı deneyimlemeye başlayabilir. Bu durum genellikle 20’li yaşlarda ortaya çıkar (Köseoğlu, 2013). Popülasyonun %3’ü ile %5’i hayatları boyunca PB geliştirebilir (Craske & Waters, 2005; Kessler vd., 2005). Kadınlarda erkeklere kıyasla daha yaygın görülür ve çoğunlukla kroniktir (Craske & Waters, 2005).

Bireylerin panik ataklarının sıklığı ve dağılımı değişebilmektedir. Bazıları bir hafta boyunca her gün atak geçirip sonraki haftalarda geçirmeyebilir. Bazılarıysa daha geniş aralıklarla ve daha düzenli şekilde geçirebilir. Ayrıca bu bozukluğa sahip pek çok kişi hayatlarını tehdit eden bir hastalığı olduğuna inanır. Bir kalp krizi, nöbet gibi sebeplerle ölebileceğini düşünür. Ayrıca bu bireyler çoğunlukla kontrolü kaybettiklerini düşünür ve panik ataklarından utanıp, durumlarını saklamaya çalışır (Nolen-Hoeksema, 2007). PB hastalarının pek çoğu YAB, depresyon ve madde kullanım bozukluğu da

gösterebilir (Wilson & Hayward, 2005). PB ve depresyonlu hastalar ile PB ve madde kullanım bozukluğu gösteren hastalarda intihar riski daha fazladır (Craske & Waters, 2005).

2.8.2. Agorafobi

Agorafobi kavramının kökeni, Yunanca 'da insanların bir araya geldikleri kamusal alan anlamına gelen "Agora" sözcüğüne dayanmaktadır (Haspolat & Kağan, 2017). Kişi, panik atak semptomlarını yaşamaktan ve bu esnada da kendisine yardım edilemeyeceğini düşünmesinden ötürü korku ve kaygı duymakta, dolayısı ile de kaçınma davranışı sergilemektedir. (Karayağız, 2019). Agorafobi tanısı, panik bozukluğa bağlı olarak konulan bir tanı olmamakla birlikte, Otomobil, otobüs, vapur ve tren gibi vasıtaları kullanırken duyulan,

- a. Otopark, AVM'ler ve köprü gibi açık yerlerde bulunmaktan kaynaklanan,
- b. Mağaza, tiyatro ve sinema gibi kapalı yerlerde bulunmaktan ötürü yaşanan,
- c. Sıra bekleme, kalabalık ortamlarda bulunma ve evden yalnız çıkma gibi durumlarda duyulan, korku ve kaygı hali gibi, temel birtakım semptomları mevcuttur (Köroğlu, 2014).

Kişinin yaşadığı korku, kaygı ve kaçınma davranışı sürekli bir durum olmakla birlikte genellikle 6 ay veya daha uzun süreli devam etmektedir. Agorafobik kişiler, kendi bedensel duyguları hakkında da endişe içerisinde olurlar. Bu sebeple, spor yapmaktan, korku içerikli filmleri seyretmekten, kafeinli içecek tüketmekten ve hatta cinsel içerikli etkinliklerde aktif rol almaktan kaçınırlar (Haspolat & Kağan, 2017).

Agorafobinin yaşam boyu görülme sıklığı %0,6 ila %6 arasında değişiklik göstermektedir. Bu kadar geniş bir prevalansta bulunmasının sebebi ise değişken tanı kriterlerinin ve değerlendirme yöntemlerinin bulunmasıdır. Agorafobi, sıklıkla Panik Bozuklukla birlikte görülmekle birlikte, bu rahatsızlığa sahip kişilerin komorbite bir şekilde başka bir psikiyatrik rahatsızlıklarının da olduğu bilinmektedir (Duran, 1999).

Agorafobi tanısı için, yukarıdaki semptomların en az 6 ay boyunca süregelen şekilde görülmesi gerekmektedir. Bu sebeple deneyimlenen korku, anksiyete veya kaçınma davranışı, bireyin hayatının öncemli alanlarında büyük aksamalara ve işlev kaybına sebep olmalıdır. Agorafobi, açık alanlarda sorun yaratabilecek tıbbi sorunlarla beraber görüldüğünde deneyimlenen anksiyete çok daha fazladır. Son olarak, tanı için bu sebeple deneyimlenen anksiyetenin özgül fobi, SAB gibi diğer anksiyete bozukluklarıyla açıklanamıyor olması gerekmektedir. Bireyin panik atak ve agorafobi semptomlarını beraber göstermesi durumunda, iki tanı da ayrıca koyulmalıdır (Amerikan Psikoloji Birliği, 2013).

DSM-IV'te agorafobi, panik bozukluk tanısı altında ele alınırken, DSM-V'te agorafobi ve panik bozukluk iki ayrı tanı olarak ele alınmıştır. Agorafobi komorbiditesi yüksek bir bozukluktur. Agorafobi tanısı alan insanların %50'sinin panik atak geçmişi de vardır ve genellikle diğer yarısı ise farklı bir tür anksiyete bozukluğu, somatik bozukluk veya depresyon yaşamaktadır (Kavak, 2009).

2.8.3.Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), DSM-III ile birlikte tanı sistemlerine dâhil olmuş olmakla birlikte, psikiyatri literatüründe de en sık kullanılan ve Freud'un da Anksiyete nevrozu olarak tanımladığı bir anksiyete bozukluğu alt tipidir (Saatçioğlu, 2013). Yaygın Anksiyete Bozukluğunda yaşanan anksiyete yaygın ve kronik bir nitelik taşımaktadır. Kişi nedensiz bir şekilde endişe ve kötü bir şeyler olacağı korkusu içindedir. Yaşanılan kaygının yoğunluğu, kişinin işlevselliğini etkileyecek düzeyde olması durumunda, kişide yeti kaybının da oluşması söz konusu olabilmektedir (Karayağız, 2019).

YAB'nun hayat boyu görülme oranı %5 ila %6 arasında değişiklik göstermekle birlikte genellikle diğer anksiyete bozukluklarından farklı olarak 35 ila 45 yaşları arasında görülmektedir. Ayrıca, kadınlarda görülme oranı, erkeklere kıyasla daha fazladır (Karayağız, 2019).

YAB tanısı konulabilmesi için DSM-5-TR'de birtakım kriterler mevcuttur. Kişi, huzursuzluk, kuruntularını kontrol altına almada zorluk yaşamak, kolay yorulmak, kaslarda yaşanan gerginlik, kolay sinirlenmek, odaklanmada

yaşanılan güçlükler, çok sık bir şekilde kuruntu ve kaygı içinde olmak gibi, bazı semptomlar gösterir (Köroğlu, 2014).

YAB olan kişiler, hemen hemen sürekli duydukları kaygı duygusu sebebi ile sık sık sinirli ve yılgın bir tutum içerisinde olurlar. Yapılan araştırmalar, bu tip kişilerin yaygın olarak duydukları anksiyete kaynağının, aile, iş, para ve bireysel rahatsızlıklar olduğunu göstermektedir (Haspolat & Kağan, 2017). Yaygın anksiyete bozukluğunun DSM-V tanı kriterleri aşağıdaki gibidir,

“A-En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle(işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.

B- Kişi kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

C- Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü ya da daha çoğu eşlik eder.

Not: Çocuklarda yalnızca bir belirtinin olması yeterlidir.

1-Dinginleşememe(huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma

2-Kolay yorulma

3-Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalmaması

4-Kolay kızma

5-Kas gerginliği

6-Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma)

D-Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal işle ilgili alanlarda ya da önemli işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

E-Bu bozukluk, bir maddenin kötüye kullanımı ya da başka bir sağlık durumunun (örn, hipertiroidi) fizyolojiyle ilgili etkilerini bağlamaz.

F- Bu bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.” (Köroğlu, 2014: 121-122)

2.8.4.Özgül Fobi

Bir olay ya da nesne karşısında duyulan endişe olarak tanımlanabilir. Bu nesne ve durumlar hayvanlar, yaralanma yoğun hava koşulları, hastalık, yükseklik korkusu, ve ölüm gibi durumlar olabilir. Özgül fobisi olan bireyler korkusunun anlamsız olduğunu bilir, fobik durumdan kaçınmaya çalışılır fakat yine de aşırı sıkıntıya katlanılır (Karamustafalıoğlu & Yumrukçal, 2011).

- a. Kişinin yaşadığı anksiyete, diğer anksiyete bozukluklarından farklı olarak spesifik bir nesne ya da duruma ilişkin olmasıdır.
- b. Kişi verdiği tepkinin anlamsız ve abartılı olduğunun farkındadır.

Özgül fobi, spesifik bir nesne veya durumla karşılaşılması neticesinde ortaya çıkan, gereğinden fazla bir korku ve yaşanan korkuya ikincil olarak eşlik eden ve tekrarlayıcı özelliği bulunan kaçınma davranışdır. Spesifik fobilerin temel iki niteliği mevcuttur (Karayağız, 2019);

Kişi, kaygı duyduğu ortamlardan kaçındığı gibi yoğun bir şekilde yaşamak sureti ile kaygı ya da korku ile bu duruma katlanmak zorunda da kalabilir. Özgül fobide, kaygı, kaçınma veya korku, sürekliliği olan bir durum olmakla birlikte, altı ay ya da daha fazla süre devam eder. Bireyin işlevselliği üzerinde olumsuz bir etkiye sebebiyet vermektedir (Köroğlu, 2014). Gök gürültüsü, kan, yükseklik, hayvanlar, uçakla yolculuk etmek ve kapalı kalmak es sık gözlemlenen özgül fobilerdir (Morrison, 2014).

Özgül fobilerin, yaşam boyu görülme yaygınlığı %8 ila %13 arasında değişkenlik göstermektedir (Karayağız, 2019). ABD’de gerçekleştirilen araştırmalar neticesinde de bu oranının %12 civarında olduğu tespit edilmiştir. Spesifik fobiler, cinsiyet dağılımında, fobinin tipine göre değişiklik göstermekle birlikte, genel olarak fobilerin, kadınlarda daha sık gözlemlenen bir rahatsızlık olduğu da unutulmamalıdır (Haspolat & Kağan, 2017).

Genellikle 13 ila 16 yaşları arasında başlamakla birlikte fobinin tipine göre başlangıç yaşında değişiklikler olabilmektedir. Kan-enjeksiyon-yaralanma fobilerinde, cinsiyet dağılımı birbirine yakın bir oran göstermesine karşın özgül

fobilerin, kadınlarda görölme oranının, erkeklere kıyasla 2 kat fazla olduğu gözden uzak tutulmamalıdır (Karayağız, 2019).

DSM-V'e göre Özgöl Fobiler beş başlıkta gruplanmışlardır. Hayvan fobileri örümceklere, böceklere ve köpeklere gibi belirli hayvanlara karşı gelişmiştir. Doğal alan fobileri yükseklik, fırtına veya su gibi durumlarla ilgilidir. Kan-enjeksiyon-yaralanma fobileri iğneler, invazif tıbbi uygulamalara karşı duyulabilir. Özel olarak kan korkusu, enjeksiyon korkusu, tıbbi uygulamalara karşı korku ve yaralanma korkusu olarak görülebilir. Özgöl fobilerin bir diğ er grubu ise durumsal fobilerdir. Durumsal fobiler uçaklar, asansörler ve dar ve kapalı alanlarda bulunulduğu duruma özel görülebilir. DSMV diğ er özgöl fobileri kapsayacak bir kategori de sunmaktadır. Bu “diğ er” kategorisine boğulma, kusma, yüksek sesler ve kostüm ile canlandırılan karakterlere karşı fobiler örnek olarak verilebilir. Bir birey, birden fazla nesneye/duruma karşı fobik olabilir (Amerikan Psikoloji Birliğı, 2013).

Özgöl fobiler, en sık rastlanan mental rahatsızlıklardan biridir. Çocukluk döneminde daha sık görölmektedir (Işık & Taner, 2006). İnsanların yaklaşık %13'ü hayatları boyunca en az bir tür özgöl fobi deneyimleyeceklerdir (Kessler vd., 2005). Fobi nesneleri genellikle örümcek, yılan gibi kaçınılması yararlı olan nesnelerdir. Doğal alan fobileri insanları fırtına, derin su, yüksek yerler gibi tehlikeli durumlara karşı koruyucu işlev görebilir. Bu anlamda fobilerin evrimsel süreçte adaptif olduğu düşünülebilir. Durumsal fobiler arasında en yaygın olarak görülen klostrofobidir (Nolen- Hoeksema, 2007). Kan-enjeksiyon-yaralanma fobisinde ise, diğ er fobilerden farklı olarak, nabız ve tansiyonda ani azalma ve bayılma tepkisi oluşur ve diğ er fobilere kıyasla ailelerde daha sık görölmektedir (Işık & Taner, 2006).

2.8.5.Sosyal Fobi

Sosyal fobi, kişinin daha önce hiç görmediğı ve tanımadığı insanlarla karşılaştığı zaman heyecanlanması, başka kişilerin gözünün kendi üstünde olduğu düşüncesi ve küçük düşeceği bir davranışta bulunmaktan korkması ve anksiyete belirtileri göstermesidir. Kişi duyduğu korkunun anlamsız olduğunun farkındadır (Evren, 2010).

Sosyal fobi kişinin toplum içerisinde gösterdiği davranış sonucunda küçük düşeceği duygusuna kapılması ve olumsuz değerlendirilmekten korkmasıdır. Sosyal fobi görülen kişilerde, genellikle çarpıntı, terleme, yüz kızarması, titreme gibi fiziksel belirtiler görülmekle beraber toplumsal ilişkilerde zorluk çekerler, eleştirilmeye karşı duyarlıdırlar, benlik saygıları düşüktür, girişkenlik gerektiren durumlarda geri planda kalabilirler (Heckelman, 1995).

Sosyal fobi kişilerarası etkileşimi bozduğu ve kişinin yaşamını olumsuz yönde etkilediği söylenebilir (Kashdan, 2007). Bu bozukluk bireylerin romantik ilişkilerini, iş yaşamını, eğitimini ve aile ilişkilerini olumsuz yönde etkilediği söylenebilmektedir (Schneier, Heckelman, Garnkel, Campeas, Fallon, & Gitow, 1994). Sosyal fobi bozukluğuna sahip kişiler iletişim içerisindeyken titrek bir sesle ve alçak bir ses tonuyla konuşurlar ve konuşma akışı yavaştır. Kaygılandıkları zaman genellikle yüz kızarması, ağızda kuruluk ve kekeleyerek konuşma gibi belirtiler gösterirler (Mclean, 2001).

Sosyal Anksiyete Bozukluğu sık karşılaşılan bir mental bozukluktur. Alonso ve arkadaşları (2004) bu bozukluğun Avrupa ülkelerindeki görülme sıklığını incelemiş ve toplam nüfusun %2,4'ünde görüldüğünü bulmuştur. Kadınların %2,9'u bu mentalbozukluğu deneyimlerken erkeklerin %1,9'u deneyimlemektedir. Farklı ülkelerdeki epidemiyoloji incelendiğinde ülkelerde görülme sıklığının %0,4 ile %16 arasında değiştiği görülmektedir (Wittchen & Fehm, 2003). Türkiye'de Gültekin ve Dereboy'un (2011) üniversite öğrencilerindeyaptığı çalışmada SAB'ın bir yıllık prevalansının %20,9, yaşam boyu prevalansının ise %21,7 olduğu bulundu. Ayrıca kadınların, erkeklere kıyasla daha büyük risk altında olduğu görülmektedir (Caballo vd., 2008).

McCabe ve arkadaşları'nın (2003) çalışmasına göre, SAB tanısı almış bireylerin %92'si geçmişinde küçük düşürücü olaylar yaşadıklarını belirtmektedir. Bu oran Obsesif Kompulsif Bozukluk (%50) ve Panik Bozukluk (%35) hastalarına göre anlamlı derecede daha fazladır. Ayrıca bireyin küçük düşürülmesi ve zorbalığa maruz kalması hastalığın ortaya çıkışını erkene çekmektedir. Ergenlik, SAB riskinin en fazla olduğu dönemdir ve erken ergenliğe giren kız çocuklarının daha fazla sosyal anksiyete gösterdiği bulunmuştur (Telef & Karaca, 2011). Tedavi edilmezse kronikleşir (Nolen-

Hoeksema, 2007). Sosyal Anksiyete Bozukluğu çoğunlukla duygudurum bozuklukları ve diğeranksiyete bozuklukları ile beraber görülmektedir (Wittchen & Fehm, 2003). SAB'da görülen otomatik düşüncelerin içeriği; anksiyete deneyimi, kendini olumsuz değerlendirme ve olumsuz değerlendirilme korkusu olmak üzere üç kategoriye ayrılabilir (Sümer, 2008).

2.8.6.Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu

Bazı maddelerin kullanımı, kişinin kaygı semptomları ya da panik atak yaşamasına sebebiyet verebilmektedir (Morrison, 2014). Madde ve/veya ilaç kullanımından kaynaklanan yani, tedavi esnasında kullanılan bir ilacın istismarı ya da organizmada yaşanan zehirlenme sonrasında ortaya çıkan anksiyete semptomlarının görüldüğü durumlarda konulan bir tanıdır (Roth, 2016).

2.8.7. Başka Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu

Fiziksel tıbbi bir durumun, kişide, panik ataklara ya da gözlemlenebilen kaygı semptomlarına neden olmasıdır (Morrison, 2014). Yani genel bir tıbbi duruma bağlı bir şekilde fizyolojik olarak ortaya çıkan anksiyete semptomlarının tespit edildiği durumlarda konulan bir tanıdır (Roth, 2016).

2.8.8. Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu

Tanımlanmamış kaygı bozukluğunda anksiyete semptomları mevcut olmakla birlikte, özgül bir anksiyete bozukluğu veya uyum bozukluğuna ilişkin gerekli kriterlerin karşılanmadığı durumlarda kullanılan bir tanıdır. Hastaların genellikle konuşma esnasında hatalı nefes alımından ötürü boğazda blok oluşumundan ötürü meydana gelen

- a. Bağlandığı yer veya kişilerden uzaklaştığını düşündüğü ya da uzaklaştığı durumlara karşı yoğun bir kaygı içerisinde olması,
- b. Bağlandığı kişinin başına, kötü bir şeyler geleceği endişesi ve bu endişeyi tekrarlayıcı bir şekilde yaşaması,
- c. Bağlandığı kişi ile ayrılmalarına sebebiyet verebilecek, herhangi bir olaya ilişkin kaygı duyması,
- d. Ayrılma kaygısı neticesinde, kişinin okul veya iş gibi yerlere gidemeyecek düzeyde işlevselliğinin bozulması, takılmalar, tutukluklar

ve teklemeler şeklinde ortaya çıkan bir konuşma bozukluğu olarak tanımlanan kekeleme (Erdoğan & Şahin, 2017),

2.8.9. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

Ayrılma kaygısı bozukluğunun en belirgin özelliği, evden veya ev içerisinde bağlandığı kişiden ayrılmaya ilişkin duyduğu yoğun anksiyete duygusudur. Psiko-seksüel gelişim açısından “Fallik Döneme”, psiko-sosyal gelişim açısından “Girişim Dönemine” karşılık gelen bir anksiyete alt tipi olup, çocuk ve ergenlerin yaklaşık %4’ünde görülmektedir (Erermiş vd.,2009). Bu kişiler, bağlandıkları kişi veya yerden uzaklaştıklarında, tekrarlayıcı şekilde yoğun bir sıkıntı ve kaygı içerisinde olurlar. Ayrılma kaygısı bozukluğu tanısı alan kişiler, bağlandıkları ve ayrılmak zorunda kaldıkları kişilerle telefon görüşmesi gibi yollarla iletişim kurarak, o kişinin nerede ve nasıl olduğuna ilişkin bilgi alma ihtiyacı içerisinde olurlar. Bağlandıkları kişilerin yanlarından ayrıldıklarında ise, o insanların, başlarına kötü bir şeyler geleceği korkusu içerisindeyler (Dağlar, 2016).

Ayrılma Kaygısı Bozukluğu tanısı konulabilmesi için (Köroğlu, 2014);

- a. Bağlandığı yer veya kişilerden uzaklaştığını düşündüğü ya da uzaklaştığı durumlara karşı yoğun bir kaygı içerisinde olması,
- b. Bağlandığı kişinin başına, kötü bir şeyler geleceği endişesi ve bu endişeyi tekrarlayıcı bir şekilde yaşamaması,
- c. Bağlandığı kişi ile ayrılmalarına sebebiyet verebilecek, herhangi bir olaya ilişkin kaygı duymaması,
- d. Ayrılma kaygısı neticesinde, kişinin okul veya iş gibi yerlere gidemeyecek düzeyde işlevselliğinin bozulması,
- e. Bağlandığı yer veya kişilerden ayrılacağı düşüncesinden ötürü yaşadığı bedensel yakınması gibi kriterlere ihtiyaç duyulmaktadır.

2.8.10.Konuşmazlık (Mutizm)

Seçici Mutizm, bir kişinin normalde konuşmasına engel bir durumu olmamasına karşın dışarıda başka insanların yanında konuşma becerisini yerine getirmemesidir. Bu tanıyı alan kişilerin yaşadıkları temel problem, iletişim kurulması anında yaşadıkları yoğun kaygı ve duyarlılıktan kaynaklanmaktadır (Dağlar, 2016).

Çocuklarda görülen dil ve konuşma gecikmesinin nedenleri içerisinde yer alan mutizm (Kol, 2011) ayrıca, otizm spektrum bozukluğunun ayırıcı tanıları arasında bulunmaktadır (Köle ve Vural, 2016).

Seçici Mutizm tanısı konulabilmesi için (Köroğlu, 2014);

- a. Normalde konuşma yetisinde herhangi bir problem olmamasına karşın okul gibi konuşması gerektiği yerlerde konuşmaması,
- b. Kişilerin işlevselliğinde ciddi bir bozulmanın olduğu ve toplumsal iletişimde problem yaşanması,
- c. Bu bozukluğun en az bir ay süre ile yaşanıyor olması, gibi niteliklerin taşınıyor olması gerekmektedir

2.9.Anksiyete (Kaygı) Kuramları

Bu başlık altında 4 ayrı kuramı bulunmaktadır.

2.9.1. Psikanalitik Kuram

Psikoloji biliminde anksiyete sözcüğünü bir kuram belirtisiyle ilk kullanan kişi Sigmund Freud'tur. Anksiyete ile korkuyu açıklık getirerek ayırmıştır Freud. Freuda göre insanların birbirleriyle tüm davranışları uyuma yönelik olarak belirlemiştir. Bireylerin davranışlarının raslantı sonucunda değil insan yaşamını devam ettirme şeklinin farklı şekilde olduğunu belirtmiştir (Gençtan, 1992).

Anksiyetenin iç çatışmaların birer sonucu olarak ortaya çıktığını belirten Freud, ego ile veya ego ile süper egonun olduğunu belirtir. Benliğin alt benliğe ait dürtüler olan bilinçdışı dürtülere karşı oluşturmaya çalıştığı denge vardır ve bu denge bozulursa benlik ile alt benlik arası bir çatışma oluşur bu da ego'nun çözüm bulamayıp baş edemediğini işaret eder. Üst benliğin ceza kesici durumu karşısında benlik başka bir çatışmaya yaşayabilir bu durum da anksiyete ile sonuçlanabilir birey anlayamadığı bir korku ile yüzleşebilir (Tokuçcu ,2006).

Freud'a (1936) göre, anksiyete; gerçeklik anksiyetesi, moral anksiyete ve nevrotikanksiyete olmak üzere üç kategori altında incelenmektedir. Gerçeklik anksiyetesi, birey gerçek bir tehdit oluşturan bir uyaran ile karşılaştığında ve birey kendini koruyabileceğinden emin olmadığında oluşmaktadır. Moral anksiyete, idden kaynaklanan içgüdüler ile süperregonun talep ve kısıtlamaları

arasındaki çatışmadan doğmaktadır. Süperegounun yarattığı moral beklentiler karşılanamazsa, bireyde suçluluk, utanç, değersizlik hisleri ile beraber deneyimlenen moral anksiyete belirebilir. Nevrotik anksiyete ise ego ve id arasındaki çatışmalardan kaynaklanmaktadır. İdden gelen dürtüler doyum isterken, ego bu dürtülere karşı kendi sınırlarını korumaya çalışmaktadır. Ego, savunma mekanizmaları ile bu çatışmadan doğan nevrotik anksiyeteyi kontrol altına almaya, bireyin iç dengesini korumaya çabalar.

Reiss (1997) nevrotik anksiyetenin bilinçaltından kaynaklanan bir tehdit karşısında; gerçeklik anksiyetesinin ise fiziksel dünyada karşılığı olan tehditler karşısında oluştuğunu ifade etmiştir. Ayrıca Freud, psikoseksüel gelişim dönemlerine özgü, anksiyete yaratan durumları da çalışmıştır (Işık & Taner, 2006). Erken bebeklik döneminde yaşanan doğumanksiyetesi, ilk anksiyeteörneğiolduğundan bireyin hayatı için bir anksiyete prototipidir. Bütün ihtiyaçların doğal olarak karşılandığı anne rahminden ayrılmak, dış dünyada ihtiyaçların karşılanması konusunda oluşan çaresizlik hissi ile bağlantılıdır. Erken çocukluk döneminde ayrılık anksiyetesi, tüm ihtiyaçlar için gereksinim duyulan bakınverenden ayrılma korkusu ve paniği ile iç içedir. Temel güven duygusu ile yitirme korkusunu temel almaktadır. Birey, anneden kısa süreliğine ayrılmanın anneyi tamamen kaybetmek olmadığını algılamaya başladıktan sonra, sevgi objesinin kaybına bağlı olarak anksiyete oluşabilir. Fallik dönemde içdiş edilme korkusuna bağlı olarak anksiyete deneyimlenebilir.

Latent dönemde süperegoya bağlı olarak, ailenin veya toplumun kuralları, yasaklar, ahlaki değerlere karşı gelecek dürtüler veya davranışların varlığında süperego anksiyetesi oluşabilir. Bireyde vicdan azabı, günahkarlık, suçluluk, utanç gibi duygularla kendini gösterir. İdanksiyetesi ise, biliçaltında bastırılmış öfke, kızgınlık, kıskançlık gibi olumsuz duyguların kontrol edilemeyeceğinden, denetim altına alınamayacağından kaynaklanan kaygı sebebiyle oluşur (Işık & Taner, 2006).

2.9.2. Bilişsel-Davranışçı Kuram

Bilişsel ve Davranışçı kuramların anksiyete bozukluğu üzerideki düşünceleri birbirine benzemektedir. Bu kuramların odakladıkları noktalar çaresizlik ve kontrol kavramları üzerinedir (Dağ, 2004). Davranışçı görüşe göre, ancak

öğrenilmiş durumların sonucunda anksiyete oluşur. Korkunun biyolojik temeli olan tepkisidir. İnsan korku çağrıştıran nesneye geliştirdiği kaçınma ve anksiyete bile karışık öğrenme süreçlerinden koşullanmasıyla oluşur. Eysenck ve Wilson (1996) ise, koşullu anksiyete tepkilerimizin yaşadığımız tecrübelerle ortaya çıktığını belirtmiştir.

Bir başka bakış açısı ise anksiyeteyi büyük bir ölçüde olumsuz duygu öğeleri içeren yaygın bir bilişsel duygusal, beklenmedik, kontrol edilemeyen biçimde hissedilen içsel ve dışsal olaylara yönelik olumsuz çözümler olarak tanımlamıştır. Bu nedenle bilişler veya düşünme işlemlerinin, anksiyetenin oluşmasında ve devamlılığında önemli bir rol oynadığı varsayılmaktadır (Yalom, 2007). Bilişsel varsayıma göre yaşanan durumun kendisi değil bu durumun nasıl algılanıp yorumlandığıdır önemli olan yaşanan durumun çarpıtılmış düşünce yapılarıyla algılanması sonucu kaygı olduğu gösterilir (Gelder vd.,1996).

Bilişsel kuram anksiyetenin deneyimlendiği durumlarda bilişsel süreçlere odaklanmıştır. Bu yaklaşım ile anksiyete bozukluklarında bireyin bilişsel organizasyonunun tehlikeye fazla duyarlı hareket etmesi, bu sebeple oluşan yanlış bilgi işlem süreci ve bunun yarattığı kısır döngüye odaklanılmaktadır. Beck ve Emery (2006) anksiyete bozukluklarının özünü saldırıya açık olma ve dolayısıyla güvende hissetmeme olarak görmektedir. Tehdit ve tehlike içeren durumlara ilişkin bilişsel süreçler, anksiyete bozuklukları için temeldir.

Beck'in (1985) öne sürdüğü bilişsel model, bilişsel şemaları temel alarak bilgi işleme sürecine odaklanır. Bilişsel şemalar, bireyin karşılaştığı durumla ilgili detayları görebilmesine ve ilgili diğer verileri hatırlamasına olanak sağlayan bilişsel yapılardır (Beck & Emery, 2006). Bilgi işlem sürecinde bilişsel yapılar ve bilişsel organizasyon büyük rol oynamaktadır (Beck, 1967). Bilişsel organizasyonun temel yapısı bilişsel şemalardan oluşmaktadır. Bilişsel öbekler ise altsistemler olarak gruplandırılmış bilişsel şemalardan oluşur. Bilişsel öbek harekete geçirildiğinde, bireyin olayları, nesneleri veya deneyimlerini tanıması, yorumlaması, kategorize etmesi ve değerlendirmesisağlanır. Bireyin deneyimleri hakkındaki değerlendirmesi,

sadece olaya veya sadece şemalarına bağlı değil, ikisinin etkileşiminin bir sonucudur (Beck & Emery, 2006).

Bilişsel modlar, bilişsel şemaların ötesinde bir üst düzenleyicidir. Bireyin varlığını koruması, hayatta kalma, üreme gibi yaşam için gerekli konuların sürdürülmesi işlevini gerçekleştirir. Tehlike modu, depresif mod, saldırgan mod gibi pek çok mod vardır. Aynı zamanda, bu modların baskınlaşması bireyin bağlamdeğiştiğindeseçtiği bilişsel öbek tipini etkileyerek yanlılık yaratabilir (Beck & Emery, 2006). Örneğin, sağlıklı bir birey, onda ilk başta korku yaratan bir durumla karşılaşp o durumu güvenle atlatabildiğinde, ilk olarak korku veren öbek aktive olsa bile, sonrasında daha güvenli bir öbeğe geçiş gerçekleşebilir. Psikopatolojik anksiyete durumunda, yanlı bilgi işleme, tehditlere karşı aşırı bir hassasiyet oluşması açısından önemlidir (Clark & Beck, 2010).

Anksiyete bozukluklarında, birey tehlike ve tehdit geçtikten sonra bile farklı bir öbeğe geçiş sağlayamaz. Saldırıya açık olma ve tehlike modu fazlasıyla aktiftir ve fiziksel olarak tehdit içermeyen durumlarda dahi, bireyde savunmaya yönelik dizi aktif haldedir. Bu durum da bireyin güvende hissedememesine, sürekli saldırıya açık bir halde olduğu hissine sebep olur. Tehlikeli durumları işleyen şemalar fazlasıyla aktif haldeyken, güvenli verileri işleyen şemalar durgundur (Beck & Emery, 2006).

Beck ve Emery (2006), Lazarus'un (1966) bilişsel kurama sağladığı altyapı vasıtasıyla, tehdit karşısında bireyin verdiği tepkilere ilişkin modeli, birincil değerlendirme, ikincil değerlendirme, tehlike tahmini ve tepki başlıklarında oluşturmuştur. Bireyin değerlendirme sürecinde bağlamın büyük önemi vardır. Birincil değerlendirme, ilk izlenime karşılık gelmektedir. Bu değerlendirmele uzun, bilişsel yüklü olan süreçlerin sonunda değil, hızlı ve otomatik olarak gerçekleşir. Algılanan tehditle nasıl başa çıkılabileceğine yönelik değerlendime ise ikincil değerlendirmedir. Bu değerlendirmelerin sonuçlarına göre, birey uyaran karşısında mücadele, kaçma, donma, bayılma gibi tepkiler verebilir. Bireyin deneyimlediği anksiyete, değerlendirmeler sonucunda ulaştığı, tehlikenin tahmini büyüklüğü ile doğru orantılıdır. Değerlendirmeler sonucunca, tehlike modunun aktif olması ve yanlı bilgi işleme sebebiyle tehdit anları dışında da tehlike algılamak, bireyi güvende hissetmediği bir kısır

döngüye sürükler. Birey güvende hissetmedikçe tehdite karşı hassasiyet göstermeye devam eder. Eğer bilişsel olarak etkili yollarla tehdit algısı ile başa çıkamazsa, bu durum tehdit şemalarının yeniden aktive olmasına yol açar ve kısır döngü işlemeye devam ederek anksiyete bozuklukları ihtimalini artırır (Clark & Beck, 2010).

Beck (1976), anksiyeteninyükseldiği durumları belirli bilişsel bozulmalar ile açıklamaktadır. Öncelikle, bireyde tehlike hakkında tekrar eden sözel veya görselleştirilmiş düşünceler görülür. Bu düşünceler bireyin “yanlış alarm” modunda kalmasında etkilidir. İkinci olarak, bu düşünceler ile mantık çerçevesinde başa çıkma becerisi zarar görmüştür. Bu sebeple birey bu düşüncelerin gerçekdışı olduğunun farkında olsa dahi, bu düşüncelerin geçerliğine inanmaktadır. Üçüncü olarak, uyarıcı genellemesi ile daha fazla olay ve durum “tehlikeli” olarak algılanır hâle gelir. Örneğin apartmana girerken yanık kokusu alan bir birey evinin tamamen yandığı endişesine kapılabilir ve bunu düşünürken kaygılı hisseder. Birey dikkatini tehlikeden uzaklaştıramaz ve bunun sonucunda diğer aktivitelere odaklanmakta sıkıntı yaşar. Ek olarak, felaketleştirmeyatkınlığı ile tehlike hipotezi bir gerçeklik gibi algılanır. Olabilecek durumlardan en kötüsü düşünülür ve bu durumun gerçekleşeceğine inanılır. Genel anlamda, anksiyete yaşayan bireylerin bilişsel süreçleri tehlike konsepti tarafından domine edilmektedir. Özetle, anksiyetenin şema temelli bilgi işlem modeli üç aşamada organize edilmiştir. İlk olarak tehdit uyandıran bir uyarının otomatik olarak fark edilir. İkinci olarak birey bu uyarana karşı anında hazırlanır ve tehdit modu aktive olur. Bunun sonucunda kaçınma veya kaçma davranışları, otonomik uyarılma ve korku hissi ortaya çıkar. Bilişsel işlemler tehdit uyarısına odaklacak şekilde daralır ve tehdit, tehlike temalı negatif otomatik düşünceler oluşur. Son olarak, ikincil değerlendirme aşamasında primitif olmayan, anlamsal, eforlu bir işleme süreci gerçekleşir. Bu aşamada birey anksiyete deneyimini değerlendirdiğinden başa çıkma yollarına dair düşünceleri önemlidir. Ayrıca bu aşamada endişe ve güvende olmaya ilişkin sinyaller de önemlidir (Beck & Clark, 1997).

Tehlike modu aşıp güvende olmaya ilişkin sinyaller algılanamaz ise birey tehditlere aşırı duyarlı hâle gelerek pek çok “yanlış alarm”a kapılabilir ve anksiyete deneyimi açısından bir kısır döngüye girebilir. Tehdit algıladıkça

daha çok anksiyete hissedecektir ve anksiyete hissettikçe daha çok tehdit algılamaya meyilli olacaktır (Beck, 1976).

2.9.3. Varoluşçu Kuram

Anksiyete üzerine varoluşçu yaklaşımın temeli Kierkegaard (1844) ile oluşmuştur. Anksiyete, yaşamın doğal olarak getirdiği bir hâl olarak görülmektedir. Gelişim ve olgunluk, özgürlük ile ilişkilidir ve özgürlük ise hayattaki farklı ihtimallerin farkında olmayı gerektirir. Anksiyete, yaşamdaki farklı ihtimalleri düşünmek ile beraber gelişir. Her karar anında anksiyete mevcuttur, dolayısıyla anksiyete kaçınılmazdır. Ayrıca anksiyete, bireyde benlik algısı ve öz farkındalık oluşuktan sonra deneyimlenmeye başlar. Bu durum, bireyin gelişim sürecini başarı ile deneyimlemesi ve olgunlaşması için anksiyeteye başa çıkabilmesini gerektirir (Strongman, 1995).

Fisher (1970) anksiyete üzerine farklı görüşleri birleştirerek bir yaklaşım geliştirmiştir. Bireyin anksiyete deneyiminin beş farklı unsuru vardır. Öncelikle benlik algısı için gerekli görülen dönüm noktalarından biri tehdit altındaysa anksiyete deneyimlenir. İkinci olarak, her dönüm noktası için dünyada farklı ilişki ağları vardır ve bu ilişkiler tehdit altındaysa anksiyete deneyimlenir. Birey, benliğini ve dünyasını ölümsüz kılmak için motive olmuş durumdaysa anksiyete deneyimlenir. Dördüncü olarak, bireyin varlığını ifade edeceği, benliği için bir dönüm noktasını yansıtan bir eylem durumunda anksiyete hissedilir. Son olarak, yeterliliğin belirsiz olduğu durumlar için bir değerlendirme becerisi varsa anksiyete hissedilir (Strongman, 1995).

Anksiyete, özgürlük duygusu ile çaresizlik duygusu arasında bir oluş hâlidir. Bireyin hiçe indirgenmesine yönelik bir tehdit karşısında deneyimlenmektedir (Işık & Taner, 2006). Varoluşçu kuramı benimseyen bireylere göre insanlar doğduğunu, yaşamı sürdüğünü ve bu yaşamın biteceğini bilen tek canlılardır insanlar. Varoluş bireyin dünyaya gelişle başlar ve insan kendi yaşamını nasıl sürdüreceğini kendisi belirler. İnsanlar varoluş kuramını benimseyenler için bir varoluş süreci içerisindeyler. Anksiyete varoluşsal sürecin bir parçasıdır. Varoluş kendisine yönelik bir tehdit ve kaygı algısıdır. Hiçlik yaşantısının varoluşsal bir parçasıdır. Kaygı yok olma sürecinin varoluşsal süreçlerinden bir tanesidir (Sayar, 2000).Varoluşçulara göre anksiyete

yaşamın bizlere verdiği zorluklarla karşılaşmak ve bir birey olmanın özelliği olduğunu vurgulamışlardır. Martin Heidegger, “İnsan hem kendi hem de başkalarının varoluşundan haberdardır. Kendi var oluşuna bir sebep arayan insan, bu gayretle yalnızlığının farkına varır ve anksiyete yaşar” demektedir (Turhan, 2009).

2.9.4. Biyolojik Kuram

Biyolojik yaklaşım, anksiyeteyi merkezi sinir sistemindeki karşılığı, ilgili nörotransmitterler ve genlere odaklanarak açıklamaktadır. GABA, merkezi sinir sistemindeki temel ket vurucu nörotransmitter, anksiyetede büyük rol oynamaktadır. Nörogörüntüleme yöntemleriyle yapılan çalışmalara göre, amigdala, singulat, prefrontal korteks ve insular korteksin anksiyete ile ilişkilidir (Carlson, 2013).

Genetik çalışmalara göre, BNDF proteinini kodlayan gen anksiyete ile ilişkilidir (Baytunca, Aydın, & Erermiş, 2014). BNDF geninin Val66Met alelinin korku belleği ile direkt ilişkisi gözlenmiştir. Soliman ve arkadaşları (2010) Val66Met’in ventro medial prefrontal korteks devresini etkileyerek, öğrenilmiş korku davranışının yok olmasını engellediğini bulmuştur. Aile ve ikiz çalışmalarına göre, genel anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğun önemli derecede kalıtsal bir yanı vardır (Hettema, Neale, & Kendler 2001; Merikangas & Low, 2005). Giderek artan optogenetik çalışmalar ile yakın gelecekte anksiyete deneyiminde rol olan devreler hakkında daha fazla bilgi ortaya çıkacaktır.

2.10. Anksiyete ile Başa Çıkma Yolları

Anksiyete ile başa çıkma yollarını, farkında olmadan uygulanan teknikler ve bilinçli olarak uygulanan teknikler olarak iki temel gruba ayırabiliriz. Kullanılan savunma mekanizmaları, farkında olmadan uygulanan tekniklerdendir. Kişi savunma mekanizmasını otomatik olarak uygular, bir teknik uyguladığının farkında değildir. Zaman içerisinde öğrenme sonucu uygulanan teknikler ise bilinçli tekniklerdir (Cüceloğlu, 2006).

Psikoterapiler, anksiyete tedavilerinde kullanılan etkili yöntemlerdendir. Temel amaç, kişinin bozulmuş olan uyumunu yeniden yapılandırmak, kendisi ve

çevresiyle yeniden uyum içinde olmasını sağlamaktır. Psikoterapiler yaklaşık 50 dakika sürmektedir fakat bu süre kullanılan tekniklerin etkisiyle değişiklik gösterebilmektedir. Bunun yanında anksiyete anında kullanılan etkili tekniklerden biri de nefes egzersizleridir. Oksijen, vücudumuzun işleyişi açısından oldukça önemlidir. Vücudumuz yeterli oranda oksijen alamadığında, olumsuz düşünce ve zihinsel karmaşıklıklar görülebilir. Bu durum uyku düzenini ve duygu durumunu da etkiler. Nefes egzersizleri sırasında rahat bir zeminde oturulmalı ve diyafram nefesi alınmalıdır. Eğer kişi diyafram nefesi almaya alışkın değilse, günlük uygulanan egzersizlerle alışması sağlanabilir (Burkovik, 2017).

Psikoterapiler sırasında kişi, anksiyetesiyle baş etme yollarını keşfeder. Böylelikle daha sonra yaşayacağı anksiyete durumlarıyla baş edebilmiş olur. Kişi anksiyetesine dair iç görü kazanır ve kendini yönlendirebilir (Bildik, 2007).

2.11. Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Psikolojik Durumu

Normalden farklı bir çocuğu olan ebeveynler hayatlarında çeşitli sınırlamalar ile karşılaşmaktadır. Bu tür ailelerin bazıları maddi sorunlar ile karşılaşırken bazıları da anksiyete ve sosyallik düzeyinde azalma gibi çeşitli sorunlar yaşamaktadır. Bu tür sorunların çözümünde en aktif role sahip olan ve çaba gösteren ise annedir (Şengül & Bayhan, 2013).

Engelli çocuğa sahip olan annelerin sorumlulukları çok fazladır ve bu durum anneleri daha fazla etkilemektedir. Yapılan araştırmalar yetersizliği olan çocuğa sahip olan annelerin çocuk bakımı konusunda çok büyük bir sorumluluğa sahip olduğunu, sosyal hayatlarından vazgeçtiklerini ve dolayısıyla sosyal hayatlarının bu durumdan olumsuz etkilendiğini göstermektedir (Çoban, 2019; Balkanlı, 2008). Ayrıca bu anneler stres, depresyon ve anksiyete gibi durumlar ile daha sık karşılaşmaktadır (Şimşek Aybar, 2014).

Çocuğun bir rahatsızlığa sahip olması annenin başarısızlığının göstergesi olarak gösterilmektedir. Bazı ülkelerde yetersiz bir çocuk dünyaya getiren anneler aileleri tarafından dışlanmakta ve hatta suçlanmaktadır. Bu durum sonucunda annenin duyguları zedelenmekte ve anne kendini suçlu, mutsuz ve

depresif hissetmektedir. Dolayısıyla yetersiz çocuğa sahip olan anneler çok ciddi ve olumsuz durumlar ile karşılaşabilmektedir (Kara, 2018).

Bunun yanı sıra engelli bir çocuğu olan ailenin hayatlarının hangi yönlerden etkilendiğine bakıldığında ise yetersiz bir çocuğu olan annenin çocuğuna bakmak için sürekli olarak mücadele verdiği, çabaladığı ve bunun sonucunda da sosyal aktivitelerden vazgeçtiği için yalnız kaldığı görülmektedir. Ayrıca engelli bir çocuğa sahip olan annelerin ruhsal durumlarının da olumsuz yönde etkilendiği görülmektedir (Özşenol vd., 2003).

Diğer taraftan engelli bir çocuğu olan ailelerde yük ve sorumluluk sadece anneye yüklenmektedir. Dolayısıyla bu durum anneyi olumsuz yönde etkilemektedir. Engelli bir çocuğa sahip olan ailelerin yükü hep beraber yüklenmesi gerekmektedir (Özşenol vd., 2003).

2.12. Otizm Spektrum Bozukluğu

2.12.1. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanımı

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), bireyin yaşamının doğumdan başlayıp 3 yaşına geldiği döneme kadar belirlilerini hissettirmeye başlayan ve hayatı boyunca etkileri devam eden bir spektrum bozukluğudur. Bu kişilerde karakteristik iki özel durum vardır, bunlar; iletişim ve sosyal etkileşim yetilerinde bozukluk göstermesidir. Otizmlı çocukları tanımlamak için kullanılan çok fazla davranış özelliği vardır, ama çoğunlukla çocukların büyük bir kısmı özelliklerin hepsini göstermez (Darıca vd., 2000).

Otistik bozukluk (OB) sosyal ve iletişim becerisi gelişimindeki bozulmalarla kendini belirten erken dönem başlangıçlı bir çeşit bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Volkmar, Klin, Marans, & Cohen, 1997). Genel olarak bu bozukluklar sosyal iletişimde yetersizlik, sığ ve tekrarlayan (stereotipik) tutum ve davranışlar, sınırlı dağarcığı ve işlevsellik şeklinde kendini göstermektedir. Bunun sonucunda, sosyal ilişkilere karşı ilgi oldukça azdır. OSB en çok tanınan yaygın gelişimsel bozukluktur. OB ile birlikte izleyen eş tanı genellikle zihinsel engelliliktir. Bu bireylerin yaklaşık %70'i zihinsel engelli düzeyinde işlevsellik gösterdiği bilinmektedir (Volkmar vd., 1997).

2.12.2. Otizm Spektrum Bozuklukta Klinik Tablo

OSB sahip çocuklarda farklı derecelerde kabiliyet ve bozulmalar görülür. Otizmliler çocuklar genellikle dış uyaranlara karşı ilgisiz, göz kontağından kaçınan ve çevresindeki kişilere karşı dokunsal temas kurmaktan hoşlanmayan bir tutum sergilerler. Dışarıdan bakıldığı zaman otizmliler bireyler ebeveynlerini ayırt edemiyor, tanımıyor ya da umursamıyor gibi gözlemlenebilirler (Darıcı, Ülkü, & Şebnem, 2011).

Bu çocukların karakteristik özelliklerinden biri de konuşamama, sınırlı ya da ekolali konuşma, kendi veya başkalarının çıkardığı sesleri tekrarlamadır. Bunun dışında, otizmliler çocuklar için rutinleri çok önemlidir. Günlük rutinlerinin dışına çıkıldığında veya bağı, oynamaktan haz aldıkları nesne, oyuncak gibi materyallerle olan eylemleri engellendiği zaman fazla tepkisel davranışlar sergileyebilmektedirler, bunlar; uzun ağlama nöbetleri, vurma, inatlaşma, bağırma şeklinde görülebilir. Sonuç olarak, otistik çocuklar rutinlerine ve alışkanlıklarına bağlıdır ve bu rutinlerini devam ettirme konusunda takıntılıdır (Darıcı vd., 2011).

Otizmliler çocuklarda gözlenen diğer bir klinik tablo ise öz uyarımdır. Bunlar genellikle kendine yönelik uyarılmalardır ve bireysel farklılıklar içerir. Bu uyarılmalar sıklıkla başına vurma, dokunma, dönme ve sallanma gibi tekrar eden hareketler şeklindedir (Darıcı vd., 2011).

2.12.3. Otizm Spektrum Bozukluğunun Görülme Sıklığı

Türkiye Özürlüler Araştırması (2002) sonuçlarına göre, Türkiye nüfusuna göre engelli birey oranı %12.29 dur yani nüfus oranında 8,5 milyon insanı karşılamaktadır. Aile ve sosyal çevre ile birlikte etkilenme olasılığı 8,5 milyon insandan çok daha fazla insanı ilgilendirir.

OSB olan bireyler üzerine yapılan çalışmalar çoğunlukla çocukları ve ergenleri sayılmıştır, ancak şimdiye kadar yetişkinleri de içinde bulunduran bir sayım yapılmamıştır. Yapılan çalışmaların çoğunda belli bir zamanda belli bir alanda yaşayan belli bir yaş grubundaki olgular sayılmıştır, yani bu çalışmalar yaygınlık çalışmasıdır (Şahin, 1999). Amerikan Otizm Topluluğu'na göre günümüzde dünya genelinde otizm spektrum bozukluğunun görülme olasılığı

1/500, Ulusal Otizm Derneği'ne göre ise 1/100 kişidir. Amerika'da sekiz yaşındaki çocuklara yapılan başka bir çalışmada ise OSB görülme olasılığı 1/88, başka bir çalışmada ise 1/68dir. Amerika'da yapılan çalışmalar OSB'nin görülme oranının 2008 yılından itibaren %29 oranında arttığını göstermektedir. Araştırma yürüten kurumların YGB'nin tamamını veya sadece OSB'yi ele alması araştırmaların her birinin oranının farklı olmasına neden olmaktadır (Şahin, 1999).

Milli Eğitim Bakanlığının (MEB) verilerine göre, Türkiye'de 2008-2009 eğitim ve öğretim döneminde ilköğretim ve ortaöğretim kurumlarında öğrenim gören OSB tanısı almış öğrenci sayısı 2.582'dir. Buna ek olarak, Rehberlik Araştırma Merkezlerinde (RAM) OSB tanısı almış 10.811 çocuk olduğunu 2009 yılında belirtmiştir (Tüfek, vd. 2009).

2.12.4. Görülme Yaşı ve Cinsiyet Faktörü

Yapılan çalışmalar OSB'nin başlangıcının erken çocukluk döneminde olduğunu ve bu durumun 36 aylık ve daha sonrasında ortaya çıkabileceğini vurgulamaktadır (Şahin, 1999). Buna ek olarak, erkek çocuklarda yaklaşık ¼ oranında görülme olasılığı kız çocuklara göre daha yüksektir. Ancak, etkilenme oranlarında tam tersi bir sonuçla karşılaşıp, kız çocuklarının etkilenme oranları erkek çocuklarına göre daha fazla olduğu görülmektedir (Darıca, Abidoğlu, & Gümüşçü, 2002). Bunun yanı sıra, OSB tanısı almış kız çocuklarda beyin hasarları ve zeka geriliği gibi yetersizlikler daha fazla görülürken, OSB tanısı almış erkek çocuklarında ise konuşma problemleri ve zihinsel problemlerin daha çok görüldüğü araştırmalar sonucunda bulunmuştur. Sonuç olarak, OSB cinsiyet olarak erkek çocuklarında daha çok görülse de kız çocuklarında bilişsel bozulmaların daha fazla olduğu gözlemlenilmektedir (Çopuroğlu & Mengi, 2014).

2.12.5. Otizm Spektrum Bozukluğuna Neden Olan Faktörler

OSB'nin olası nedenlerine bakıldığı zaman nörolojik, genetik, ailesel ve çevresel çerçevede değerlendirildiği görülmektedir. Fakat OSB'nin çok karmaşık bir genetik bozukluk olabileceği varsayımları olduğu için, risk faktörlerinin hangisinin ne ölçüde etkili olduğu halen bilinmemektedir (Darıca

vd., 2000). Bazı araştırmaların sonucuna göre OSB olan kişilerin merkezi sinir sisteminin ve beyin yapısında ve işleyişinde bozuklukların olması, OSB'nin beyin gelişimindeki ve beyin sinirse-kimyasal yapılarında ki bozukluklardan kaynaklandığı düşünülmektedir (Singh, Lin, & Yang, 1998). Sonuç olarak, OSB'nin olası nedenleri nörolojik, genetik ve çevresel faktörlerdir (Singh vd., 1998).

2.12.6. Otizm ve Aile

Ailenin içerisine dahil olan çocuğun, aile fertlerinin bu duruma uyum sağlamaları zorunlu olan bir geçiş aşamasıdır. Bu durumun sonucu olarak aileye yeni birey katıldıktan sonra aile içinde anne, baba rolleri tekrardan düzenlenir ve yeni alışkanlıklar oluşturulur. Yeni doğacak bebeğin sağlıklı ve normal gelişime sahip olmadığını öğrenmek doğmasıyla birlikte duyulan mutluluk yerini şok hissiyatına ve üzüntüye bırakır (Akçakın & Erden, 2001). Özellikle bebeğin otizmlili olduğunun öğrenilmesi, aile için çocukları normal görünüme sahip olsa dahi takip etmesi gereken takvim yaşının özelliklerini duygusal, fiziksel, bilişsel ve sosyal olarak takip edememesi aile fertleri için stres ve depresyona yol açabilmektedir (Akçakın & Erden, 2001).

OSB ile birlikte gelen aile içi belirsizlikler, otizm farkındalığı, görülme sıklığı ve şiddeti gibi etkenler ebeveyn uyumunu ve durumu benimseme, kabul aşamasına geçmelerini güçleştirdiği düşünülmektedir (Smith, Gartin, Murdick, & Hilton, 2006). Bunun dışında ailelerin farklı aşamaların olduğu uyum aşamasından geçerek durumun üstesinden gelebildikleri ve OSB tanısına sahip çocuklarıyla beraber hayatlarına devam ettikleri görülmektedir (Ünlüer, 2009; Görgü, 2005). Ancak bu duruma adapte olmayı sağlayacak en önemli faktör, otizmlili bireye sahip ailelerin ihtiyaçlarının karşılanması, meselelerini en asgari düzeye indiren ve baş etmelerini kolaylaştıran ve bunu sağlayan unsurda sosyal destek faktörü olduğu bilinmektedir (Kaner, 2004). Böylece sosyal destek sağlayan kişilerin içerisinde bulunmuş oldukları koşullara uyum sağlayarak kaygı seviyelerini minimuma indirdikleri, daha iyimser ve realist olmalarını oldukları, ayrıca zorlayıcı durumlarla başa çıkabilmeleri için alternatif çözümler üretebilme ve çaresizlik hisleri azalarak daha güvenli

bireyler oldukları araştırmalar sonucunda bulunmuştur (Ünlüer, 2009; Görgü, 2005; Akkök, 2003; Varol, 2005; Tüfek, n.d.).

2.12.7. Otizmlili Çocuğa Sahip Ailenin Uyum Süreci

Ailelerin çocuk yetiştirme döneminde yaşadığı süreçler ve evreler bütün aileler için ortak olsa da bu evrelerin geçiş süreleri farklılık gösterebilir. Bunun nedeni olarak araştırmalar toplumsal yaşantının ve farklılıklar göstermektedir (Tüfek, n.d.).

Galinsky'e göre (1987) ailelerin çocuğun gelişim dönemlerine bağlı olarak yaşadıkları evreler:

1. Hamilelikten doğuma kadar devam eden imgeleme,
2. Çocuk ile aralarındaki bağlanma dönemi gerçekleşirken yapılan bakım,
3. Topum kurallarını öğrenmesi için aile tarafından yardımcı olduğu dönemde ailenin göstermiş olduğu otorite,
4. Toplumsal olayları daha iyi anlaması ve anlamlandırması için okul öncesi dönemden ergenliğe kadar devam eden rehberlik,
5. Aile ve çocuğun karşılıklı yapılandırdığı bağlılık,
6. Çocuğun birey olma yolunda kendi başına yaşamaya başlamak için ayrılış aşamasıdır.

Özel gereksinimi olan çocuğa sahip ailelerin, çocuğun gelişim evrelerine göre ebeveynlerinin yaşadığı kaygının kaynakları sıralandığında (Smith, Gartin, Murdick, & Hilton, 2006):

1. Erken çocukluk dönemi: tanı ve değerlendirmenin doğru yapılması, sosyal çevrenin çocuğun gereksinimleriyle ilgili bilinçlendirilmesi, çocuğun ihtiyaçlarına uygun yönlendirilmelerin yapılabilmesi, uzmanlarla paralel çalışmaların yapılabilmesi.
2. Okul dönemi: çocuğun doğacak yeni ihtiyaçlarına uygun araştırmaların yapılması, ailelerin tüm yasal haklarıyla ilgili bilgi sahibi olması, doğru okul seçimiyle ilgili detaylı araştırmalar yapılması ve okul dışı aktivitelerin araştırılması, planlanması.
3. Ergenlik dönemi: ailenin çocuğun cinsel hayatını yönlendirebilecek doğru bilgilere sahip olması, normal gelişim gösteren yaşlıları tarafından çocuğun kabul görmemesi ve reddedilmesi, yatkın olduğu

etkinliklerin keşfedilmesi, meslek seçimi ve eğitim hayatıyla ilgili gerekli planlamaların yapılması.

4. Yetişkinlik dönemi: çocuğun günlük yaşam becerilerini öğrenmesi, aileden bağımsız bir şekilde sosyalleşebilecek becerileri geliştirebilmesi, ebeveynlerinin ölümünden sonrasındaki sürecin planlanması.

2.12.8 DSM-5 Otizm Spektrum Bozukluğu Tanı Ölçütleri

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

1. Sözelimi, olağandışı toplumsal yaklaşım ve karşılıklı konuşamamadan, ilgilerini, duygularını ya da duygulanımını paylaşamamaya, toplumsal etkileşimi başlatamamaya ya da toplumsal etkileşime girememeye dek değişen aralıkta, toplumsal-duygusal karşılıklık eksikliği.
2. Sözelimi, sözel ve sözel olmayan tümleşik iletişim yetersizliğinden, göz iletişimi ve beden dilinde olağandışılıklara ya da el-kol devinimlerini anlama ve kullanma eksikliklerine, yüz ifadesinin ve sözel olmayan iletişimin hiç olmamasına dek değişen aralıkta, toplumsal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişim davranışlarında eksiklikler.
3. Sözelimi, değişik toplumsal ortamlara göre davranışlarını ayarlama güçlüklerinden, imgesel oyunu paylaşma ya da arkadaş edinme güçlüklerine, yaşlılarına ilgi göstermemeye dek değişen aralıkta, ilişkiler kurma, ilişkilerini sürdürme ve ilişkileri anlama eksiklikleri.

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

1. Basmakalıp ya da yineleyici devinsel (motor) eylemler, nesne kullanımları ya da konuşma (örn. yalın devinsel basmakalıp davranış örnekleri, oyuncakları ya da oynar nesneleri sıraya dizme, yankılama [ekolali], kendine özgü deyişler).
2. Aynılık konusunda direnme, sıradanlık dışına esneklik göstermeme ya da törensel sözel ya da sözel olmayan davranışlar (örn. Küçük değişiklikler karşısında aşırı sıkıntı duyma, geçişlerde güçlükler yaşama, katı düşünce örüntüleri, törensel selamlama davranışları, hergün aynı yoldan gitmek ve aynı yemeği yemek isteme).

3. Yoğunluğu ve odağı olağandışı olan, ileri derece kısıtlı, değişkenlik göstermeyen ilgi alanları (örn. alışılmadık nesnelere aşırı bağlanma ya da bunlarla uğraşıp durma, ileri derecede sınırlı ya da saplantılı ilgi alanları).
4. Duyusal girdilere karşı çok yüksek ya da düşük düzeyde tepki gösterme ya da çevrenin duysal yanlarına olağandışı bir ilgi gösterme (örn. Ağrı/ısıya karşı aldırıışsızlık, özgül birtakım seslere ya da dokulara karşı ters tepki gösterme, nesneleri aşırı koklama ya da nesnelere aşırı dokunma, ışıklarda ya da devinimlerden görsel büyülenme).

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

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

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

Not: DSM-IV Otistik Bozukluk, Asperger Bozukluğu ya da BTA-YGB kesin tanısı almış olan kişilere otizm açılımı kapsamında bozukluk tanısı konmalıdır. Toplumsal iletişimde belirgin eksiklikleri olan, ancak belirtileri, otizm açılımı kapsamında bozukluk için başka türlü tanı ölçütlerini karşılamayan kişiler, toplumsal iletişim bozukluk açısından değerlendirilmelidirler." (Köroğlu, 2014: 25-27).

3. BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, araştırmanın çalışma grubu, veri toplama araçları, verilerin analizi ve verilerin çözümlenmesi ayrıntılı olarak anlatılmıştır. Ayrıca bu bölümde ampirik bulgular yer almaktadır.

3.1. Araştırma Modeli

Araştırma, otistik çocuğa sahip anne-babaların, anksiyete düzeyleri, dünyaya gelen çocuğun aile ilişkisine etkisi, yaşadıkları anksiyete arasındaki ilişkiler ve bu ilişkiler açısından normal gelişim gösteren çocuğa sahip anne babalar ile aralarında anlamlı bir fark olup olmadığını ortaya koymaya yönelik ilişkisel tarama modelinin kullanıldığı bir araştırmadır. Tarama modellerinin kullanımındaki esas amaç var olan durumu, olduğu gibi ortaya çıkarmak ve sunmaktır. Araştırma konusu olarak ele alınan olay, birey ya da nesne kendi koşulları içerisinde var olduğu haliyle tanımlanır. Burada önemli olan araştırılmak istenen durumun uygun bir şekilde gözlemlenmesi ve bunun neticesinde betimlenmesidir (Karasar, 1994). 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, 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 anksiyete düzeyi, aile işlevlerinin karşılaştırılması ve bunlar arasındaki ilişki olmak üzere değişkenlerin aralarındaki ilişki incelenmiş ve

ilişkilerin düzeyi betimlenmiştir. Bu değişkenler arasındaki ilişkinin düzeyini belirlemek için araştırmada tek yönlü Anova ve bağımsız iki grup T-testi kullanılmıştır. Bu sayede anksiyete düzeyleri ile aile işlevlerinin değişip değişmediği, nasıl olduğu ve bu değişkenlerin birlikte tutarlı bir değişim gösterip göstermediği öğrenilmeye çalışılmıştır.

3.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amaçlarından biri otizmli çocuğa sahip olan anne, babalar ile normal gelişim gösteren çocuğa sahip anne, babaların anksiyete düzeylerinin ve aile işlevlerinin karşılaştırılmasıdır. Çalışmanın bir başka amacı çocukların cinsiyetlerine ve yaşına göre anne ve babaların anksiyete düzeylerinin incelenmesidir.

Aileleri anlama ve süreci tasarlamaya, tanı sonrası sunulacak hizmetlerin organize edilmesine ve profesyonellerin ailelere yaklaşımına katkı sunması beklenen bu araştırmada genel amaç, otizmli çocuğa sahip ebeveynler ile herhangi psikiyatrik tanı almamış çocuğa sahip ebeveynlerin anksiyete düzeyleri arasında bir fark olup olmadığını irdelemek ve otizmli çocuğa sahip ebeveynlerin anksiyete düzeyleri cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymaktır.

Otizmli çocuğa sahip ebeveynlerin, çocuklarına ve kendilerine diğer bireyler tarafından gösterilen tepkilerin anksiyete düzeylerine nasıl etkilediği bu araştırmanın konusunu oluşturmaktadır. Bu genel amaç doğrultusunda da aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır;

1. Otizmli bireye sahip anne ve babaların anksiyete düzeyleri ile normal gelişim gösteren çocuğa sahip anne ve babaların anksiyete düzeyleri arasında fark var mıdır?
2. Otizmli bireye sahip anne ve babaların aile işlev düzeyleri ile normal gelişim gösteren çocuğa sahip anne ve babaların aile işlev düzeyleri arasında fark var mıdır?
3. Normal gelişim gösteren çocuğa sahip anne ve babaların anksiyete düzeyleri anne veya babalara göre farklılaşmakta mıdır?
4. Otistik çocuğa sahip anne ve babaların anksiyete düzeyleri,

- Anne veya baba olma durumlarına göre,
- Çocuklarının yaşlarına göre,
- Muhtaçlık algılarına göre,
- Çocuklarının cinsiyetlerine göre,
- Gelir seviyelerine göre,
- Çalışma durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?

5. Otistik çocuğa sahip anne ve babaların aile işlev düzeyleri,

- Çocuklarının yaşlarına göre,
- Muhtaçlık algılarına göre,
- Gelir seviyelerine göre farklılaşmakta mıdır?

3.3. Araştırmanın Önemi

Otizmli çocuk sahibi birçok ebeveyn çocuklarına karşı nasıl davranacaklarını ya da çocuğun yaşantılarına nasıl etkisi olacağını bilememenin kaygısını yaşamaktadır. Çoğunlukla özel ihtiyaçları olan bu çocuğun aile yaşantısına adapte olması konusunda bazı problemler yaşanmaktadır. Bütün bu kaygılar ailelerin bilinmeyene karşı hissettikleri korkulardan kaynaklanmaktadır. Bu bağlamda araştırma literatüre ve uygulayıcılara önemli derecede katkılar sağlayacaktır.

Çocuklarına tanı konulduktan sonra ebeveynlerin çevrelerinden sosyal destek azlığı sonucunda bu aileler sosyal soyutlanma yaşayabilirler. Bu durum sonucunda, aile içindeki bireylerin öz güven problemleri, anksiyete ve depresyon gibi sorunlar yaşamasına yol açabilir (Ekenci, 2015). Farklı bir bakış açısıyla, otizmli çocuklarda gözlemlenen en belirgin özellikler içerisinde rutinlerin değişimine direnç, sosyal yaşama katılmakta güçlük olduğunu söyleyebiliriz. Bireylerin bu özellikleri ve gösterdikleri tepkiler ebeveynlerinin sosyal hayatında zorluklar yaşamasına, ortamlardan dışlanmasına ve tepkiler almasına, sorunlara maruz kalmasına, eleştirilmesine neden olabilir ve sonucunda da bu aileler tarafından sosyal geri çekilmeler yaşanabilir (Akçakın & Erden, 2001).

Aileye yeni bir bireyin katılması doğum öncesinde ve doğum sonrasında anne babayı ve kurdukları evlilik ilişkisini doğrudan etkileyen bir durumdur. Çocuğun

aileye katılması anne baba için artık farklı görev ve sorumlulukların başlaması demektir. Anne ve babanın daha önce olmayan bu sorumlulukları almaları onlar açısından kaygı verici bir durum olarak ortaya çıkabilir. Özellikle bu çocuk otizmlili ise ailenin algıladığı kaygı düzeyi çok daha fazla olabilmektedir. Dünyaya gelen çocuğun otizmlili olması anne ve babanın hazırlandıkları duygusal yükün dışında kalan, anne babayı daha fazla zorlayan bir durum olarak karşılırlarına çıkar. Normal gelişim gösteren olsun otizmlili olsun aileye katılan her birey ailenin stres yaşamasına sebep olurken bir takım konularda da bilgilendirilmesi gereksinimini ortaya çıkarır. Toplumda otizmin giderek artmasından dolayı konu ile ilgili ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç vardır. Otizmlili çocuğa sahip olmak ebeveynler için yaşamlarında birçok zorlukla mücadele etmeleri anlamına gelmektedir. Otizmlili çocukların ebeveynlerinin, aksiyete ve aile işlevlerini 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. Çocuğun dünyaya gelmesi ile birlikte aile içinde yapısal değişimler başlar. Aileler çocuklarının olacağını öğrendiği andan itibaren, bütün plan ve hayallerini çocuklarının sağlıklı olacağı fikri üzerine inşa ederler. Çocuklarının sağlıklı gelişim gösteremeyeceğini hissettiklerinde bile bu fikir aile için kaygı sürecini başlatmış olur (Varol, 2005).

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 vd., 2008).Yapılan bu çalışma ebeveynlerin ihtiyaç duydukları bilgileri ve psikolojik danışmanlık yaklaşımlarını belirleyecek, bu doğrultuda uzmanların çalışmalarına yön verecektir. Aynı zamanda çocukların eğitim hayatını ailelerden bağımsız olarak başarılı şekilde yürütmek olanaksızdır. Bu durum otistik çocuklarda daha fazla önem arz eder. Çünkü otistik çocuklar otizmin karakteristik özellikleri nedeniyle farklı öğretim tekniklerine tabi tutulması gereken çocuklardır. Bu farklılığın en önemli noktası ise eğitimin evde devam etme gerekliliğidir. Bu doğrultuda bir bütün olarak kabul ettiğimiz ebeveyn-öğretmen-çocuk üçgeninde herkesin sorun ve

gereksinimleri belirlenmelidir. Bu sorunlar arasında olabilecek olan eşler arası problemler, anne ve babaların anksiyete düzeyleri çocuğun eğitim ve sosyal hayatını doğrudan etkileyeceği için bunun giderilmesine yönelik programların belirlenmesinde faydalı bir çalışma olacağı düşünülmektedir. Otistik ve normal gelişim gösteren çocuğa sahip olmanın kişilerin anksiyete düzeyleri üzerindeki etkisi belirlenecek ve uzmanları daha duyarlı hale getirecektir. Daha önce bu konuyla ilgili yapılmış çalışmalar arasında ortaya çıkan çelişkileri çözme ve yeni çalışmalara yön verme noktasında, faydalı olacağı düşünülmektedir.

3.4.Çalışma Grubu

Veri toplama süreci ile ilgili plan katılımcılar için OSB tanılı çocukların seçiminde İzmir Buca bölgesi sınırları içine yaşayan ve aynı bölgedeki üniversite, devlet ve özel hastaneleri çocuk psikiyatri kliniklerinden DSM-V tanı ölçütlerine göre OSB tanısı almış, 3-18 yaş aralığında çocuğa sahip olma koşulu aranmıştır.

Araştırmanın evrenini İzmir ilinin Buca bölgesinde yaşayan, 2019-2020 eğitim öğretim yılında özel eğitim kurumlarına devam eden otizimli çocukların anne babaları ve MEB'e bağlı okullara devam eden normal gelişim gösteren çocukların anne ve babaları oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleminde birinci grubu Rehberlik Araştırma Merkezleri ve özel eğitim merkezinde 2019-2020 öğretim döneminde eğitim gören OSB'li çocukların anne babaları oluşturmuştur. Çalışmanın ikinci grubu olan ebeveynler için çocuklarında herhangi psikiyatrik tanı almamış ve İzmir Buca bölgesi sınırları içinde yaşayan, 3-18 yaş aralığında çocuğa sahip olma koşulu aranmıştır.

Araştırmanın örneklem grubu, rastgele örneklem seçimi ile İzmir ili ve Buca ilçesinden seçilmiştir. Bu çalışmanın araştırma grubunu İzmir/Buca bölgesinden bir Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezindeki otizimli çocuğa sahip 100 ebeveyn ve kontrol grubunu ise İzmir/Buca bölgesinden herhangi psikiyatrik tanı almamış çocuğa sahip 100 ebeveyn oluşturmaktadır. Böylece toplam 200 ebeveyn üzerinde araştırma gerçekleştirilmiştir.

İzmir ili ve Buca ilçesindeki özel eğitim ve rehabilitasyon merkezine devam eden 100 otizimli çocuğa sahip ebeveyn ve İzmir ili ve Buca ilçesindeki herhangi psikiyatrik tanı almamış çocuğa sahip 100 ebeveyne gönüllü olmaları

koşuluyla STAI Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri, Aile Değerlendirme Ölçeği ve Demografik Bilgi Formu uygulanarak veriler toplanmıştır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerle ilgili genel bilgilere aşağıdaki Tablo 1’de, çocuklara ait tanımlayıcı bilgilere ise Tablo2’de yer verilmiştir.

Tablo 1.

Katılımcıların Demografik Bilgileri

	Değişkenler	N	%
Katılımcı	Baba	74	37,0
	Anne	126	63,0
Yaş	18-25	60	15,6
	26-35	84	21,9
	36-50	146	38,0
	51 ve üzeri	94	24,5
	0-500 TL	2	1,0
	500-1000 TL	2	1,0
Gelir Durumu	1000-1500 TL	2	1,0
	1500-2000 TL	2	1,0
	2000-2500 TL	78	39,0
	2500 TL üzeri	114	57,0
	İlkokul	14	7,0
	Ortaokul	21	10,5
Eğitim	Lise	86	43,0
	Yüksekokul	30	15,0
	Lisans	49	24,5
	Çalışıyor	127	63,5
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	71	35,5
	Emekli	2	1,0

Tablo 1’de araştırmaya katılan ebeveynlerin demografik bilgilerine yer verilmiştir. Araştırmaya katılanların %63’ü anne ve %37’si babadır. Ayrıca katılımcıların önemli bir bölümü lise ve üzerinde eğitim seviyesinde ve 2500 TL üzerinde geliri bulunmakta ve herhangi bir işte çalışmaktadır. Bununla birlikte araştırmaya katılan anne ve babaların %38’i 36-50 yaş arasında ve %24,5’i yaşı 51 ve üzerindedir.

Tablo 2.*Çocukların Demografik Bilgileri*

	Değişkenler	N	%
Cinsiyet	Normal Çocuk	100	50,0
	Otistik Çocuk	100	50,0

Tablo 2’de araştırmaya katılan anne ve babaların çocuklarına ilişkin demografik özelliklerine yer verilmiştir. Araştırmaya katılan anne babaların %50’si otistik bir çocuğa sahiptir. Diğer yarısı ise çocukları otizm tanısı almamıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama sürecinde katılımcılardan anksiyete düzeylerini ve cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını ölçmek için nicel veriler toplanacaktır. Nedensel-karşılaştırma modeli ile de iki farklı grubu birbiriyle karşılaştırması amaçlanmaktadır. Veri toplama yöntemi olarak anne ve babaların yaşadıkları problem ve kaygılarını belirleyebilmek için STAI Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (Ek-1) kullanılacaktır. Bunun dışında, ebeveynlerin evliliklerine ilişkin görüşlerini öğrenmek için Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) (Ek-2) uygulanacaktır. Son olarak, otizmlili bireye sahip aileler ile normal gelişim gösteren bireye sahip ailelerin karşılaştırılması için araştırmacı tarafından düzenlenen Demografik Bilgi Formu (Ek-3) iki ayrı grup içinde düzenlenmiş olup karşılaştırmaya yardımcı olacağı düşünülmektedir.

3.5.1. STAI Durumluluk Sürekli Kaygı Envanteri

Veri toplama yöntemi olarak anne ve babaların yaşadıkları problem ve kaygılarını belirleyebilmek için STAI Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (Ek-1) kullanılacaktır. Speilberger ve Gorsuch tarafından 1964 yılında geliştirilmiştir. Öner ve LeCompte (1998) tarafından ölçeklerin Türkçeye uyarlanması ve güvenirlik, geçerlilik çalışmaları yapılmıştır. Yapılan araştırma sonucu envanterin güvenirliliği sürekli kaygı ölçeği için .71 ile .86 , durumluk kaygı ölçeği için .26 ile .68 arasında bulunmuştur. Geçerliliği araştırıldığında

ise sürekli kaygı ölçeği ile diğer ölçekler arasındaki korelasyon katsayıları kız öğrenciler için .52 ile .80, erkek öğrenciler için .58 ile .79 arasında bulunmuştur. Bu ölçek sayesinde katılımcıların öz değerlendirmeleri içinde hem kısa dönem (durumluluk) hem de uzun dönem (sürekli) içeren kaygılarının fark edilmesi sağlanacaktır.

3.5.2. Aile Değerlendirme Ölçeği

Ebeveynlerin evliliklerine ilişkin görüşlerini öğrenmek için Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) (Ek-2) uygulanacaktır. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) otizmlili çocuğu olan ailelerin aile işlevlerini araştırmak için kullanılır. ADÖ, Aile Araştırma Programı çerçevesinde Brown Üniversitesinde 1983 yılında geliştirilmiştir. Amacı ailenin hangi konularda işlevini yerine getirebildiğini ya da getiremediğini belirlemektir. Bulut (1990) tarafından Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik, geçerlilik çalışmaları yapılmıştır. Ailenin yapısal özelliklerini ve aile bireylerinin arasındaki etkileşimi biri “sağlıklı”, diğeri “sağlıksız” olmak üzere iki grup olarak ayırt edebilecek şekilde oluşturulmuştur.

Bu ölçeğin yedi alt ölçeği vardır. Bunların altı tanesi aile işlevlerindeki her sorun alanını ele alırken, bir tanesi genel işlevler üzerine odaklanmıştır. Bu alt ölçekler; problem çözme (problem solving), iletişim (communication), roller (roles), duygusal tepki verebilme (affective responsiveness), gereken ilgiyi gösterebilme (affective involvement), davranış kontrolü (behavior control), genel fonksiyonlar (general functions). ADÖ, 60 maddeden oluşur ve her madde ailelere ilişkin olumlu/olumsuz ifadelerin yer aldığı cümlelerden oluşturulmuştur. Bu sorulardan altı tanesi problem çözme, dokuz tanesi iletişim, on bir tanesi roller, altı tanesi duygusal tepki verebilme, yedi tanesi gereken ilgiyi gösterme, dokuz tanesi davranış kontrolü ve on iki tanesi genel işlevler alt testine aittir.

Ölçek puanlanırken, her cevabın seçenekleri dört sınıfa toplanır. Bunlar; “aynen katılıyorum” 1 puan, “büyük ölçüde katılıyorum” 2 puan, “biraz katılıyorum” 3 puan ve “hiç katılmıyorum” 4 puandır. Hesap aşamasında sağlıksız gösteren maddelere verilen puanlar 5’ten çıkarılır bu sayede, “aynen katılıyorum” seçeneği en sağlıklı, “hiç katılmıyorum” seçeneği ise en sağlıksız aile işlevini gösterir. Tüm maddeler için 1 puan sağlıklı, 4 puan ise sağlıksız

cevabı vermektedir. Bu sayede her alt ölçek için elde edilen puanların toplanarak ortalaması alınır. Her alt ölçekte maddelerin %40'ından fazlası cevaplanmamışsa o ölçek ortalamaya katılmaz ve uygulanılmamış olarak sayılır.

3.5.3. Demografik Bilgi Formu

Araştırmaya katılan katılımcılar hakkında bilgi toplamak amacıyla uygulanır. İçeriği araştırmacı tarafından belirlenir. Araştırmada kullanılan demografik bilgi formu 7 maddeden oluşmaktadır. Formun içeriği genel olarak; katılımcılar için yaşı, eğitim düzeyi, aylık gelirleri, çocukları ile ilgili bilgiler içinde çocuğun yaşı, cinsiyeti, otizmlili olma durumunu ne zaman fark ettikleri, otizmlili çocuklarının bakıma muhtaç olup olmadığı konularında maddelere yer verilmiştir. Bu form hem otizmlili birey sahibi ailelere hem de normal gelişim gösteren bireye sahip ailelere aynı şekilde uygulanır. Amacı, iki grup arasında farklılıkların olup olmadığını saptamaktır ve aileler için daha geniş bakış açısıyla bilgi sahibi olabilmek için uygulanır.

3.6. Verilerin Toplanması

Çalışmada anket yöntemi kullanılmıştır. Araştırma tesadüfi örneklem yoluyla İzmir Buca bölgesi sınırları içine yaşayan, OSB tanısı almış, 3-18 yaş aralığında çocuğa sahip ebeveynler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Anketler yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Analizler için SPSS 22.00 programı kullanılmıştır. Öncelikle çalışmada katılımcıların demografik bilgileri verilmiştir. Ardından kullanılan iki ölçeğin güvenirlilikleri hesaplanmıştır.

3.7. Verilerin Analizi

Analizler için SPSS 22.00 programı kullanılmıştır. Öncelikle çalışmada katılımcıların demografik bilgileri verilmiştir. Ardından kullanılan iki ölçeğin güvenirlilikleri hesaplanmıştır. Ölçeklerin normal dağılıp dağılmadığını tespit etmek için basıklık ve çarpıklık değerlerine bakılmıştır. Ölçeklerin normal dağıldığını tespit edilmesinin ardından normal ve otistik çocuklara sahip anne babaların anksiyete düzeylerini ve aile işlevlerini belirlemek amacı ile bağımsız T-testinden yararlanılmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçek ve boyutların güvenirlikleri aşağıdaki Tablo 3’de, araştırmada kullanılan ölçek ve boyutların tanımlayıcı istatistikleri ise Tablo 4’de yer almaktadır.

Tablo 3.

Araştırmada Kullanılan Ölçek ve Boyutlarının Güvenirlikleri

Ölçekler ve Boyutlar	Madde Sayısı	Cronbach’s Alpha
Durumluluk Kaygı Ölçeği	20	.741
Sürekli Kaygı Ölçeği	20	.732
Aile Değerlendirme Ölçeği	60	.721

Tablo 3’te araştırmada kullanılan durumluluk sürekli kaygı ölçeği ve aile değerlendirme ölçeklerinin güvenirliklerine yer verilmiştir. Analiz sonuçları incelendiğinde araştırmada kullanılan durumluluk sürekli kaygı ölçeği ve aile değerlendirme ölçeklerinin “güvenilir” ($>.70$) olduğu görülmektedir.

Tablo 4.*Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri*

Ölçekler	N	Ortalama	Std.		
			Sapma	Çarpıklık	Basıklık
Durumluluk Kaygı Ölçeği	200	40,7700	9,40811	-,027	,626
Sürekli Kaygı Ölçeği	200	41,4900	4,11449	,437	-,609
Problem Çözme-Sağlıklı İşlevler	200	9,4850	2,97389	,668	,671
İletişim (Sağlıklı)	200	12,2500	2,92580	-,528	-,527
İletişim (Sağlıksız)	200	6,8850	2,78036	1,362	1,868
Roller (Sağlıklı)	200	22,8650	4,29991	-,525	,144
Roller (Sağlıksız)	200	3,7688	1,63201	,639	-,478
Duygusal Tepki Verebilme (Sağlıklı)	200	11,9500	3,25275	-,565	-,482
Duygusal Tepki Verebilme (Sağlıksız)	200	20,0200	3,47274	-,911	,825
Gereken ilgiyi Gösterme (Sağlıksız)	200	7,1950	1,89868	-,270	-,198
Davranış Kontrolü (Sağlıklı)	200	18,5850	3,71237	-,460	-,645
Davranış Kontrolü (Sağlıksız)	200	11,7700	4,65461	1,304	1,551
Genel İşlevler (Sağlıklı)	200	18,5300	4,01243	-,494	-,015
Genel İşlevler (Sağlıksız)	200	41,4900	9,40811	-,027	,626

Tablo 4'te durumluluk sürekli kaygı ölçeği ve aile değerlendirme ölçeklerinin tanımlayıcı istatistikleri gösterilmiştir. George ve Mallery (2010); Tabachnick ve Fidell (2013) göre; çarpıklık ve basıklık değerleri +2,0 ile -2,0 arasında olursa ölçeğin normal dağıldığı ifade etmekte ve parametrik testlerin kullanılması gerekmektedir. Bu bağlamda çalışmada kullanılan durumluluk sürekli kaygı ölçeği ve aile değerlendirme ölçeklerinin çarpıklık ve basıklık değerleri +2,0 ile -2,0 arasında olduğundan araştırmada tek yönlü Anova ve bağımsız iki grup T-testi kullanılmıştır.

4. BÖLÜM

BULGULAR

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

4.1. Normal ve Otistik Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Aile Değerlendirme ve Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Karşılaştırılması

Tezin bu bölümünde otizmlili çocuğa sahip anne babalar ile normal çocuğa sahip anne babaların anksiyete düzeylerini ve aile işlevlerini karşılaştırılmıştır.

Tablo 5.

Normal ve Otistik Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Karşılaştırılması

Ölçekler	Gruplar	N	$\bar{X}$	Ss	T	P
Durumluluk Kaygı	Normal Çocuk	100	36,6700	8,47105	-6.464	.000
	Otistik Çocuk	100	44,8700	9,42879		
Sürekli Kaygı	Normal Çocuk	100	36,8500	7,67177	-8.004	.000
	Otistik Çocuk	100	46,1300	8,69303		

Tablo 5'te normal ve otistik çocuğa sahip anne ve babaların durumluk-sürekli kaygı envanteri t-testi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçları incelendiğinde normal ve otistik çocuğa sahip anne ve babaların durumluk kaygı ve sürekli kaygı envanterinin farklılaştığı anlaşılmaktadır ($p<0,05$). Başka bir ifade ile otistik çocuğa sahip anne ve babaların normal çocuğa sahip anne ve babalara göre durumluk kaygı ve sürekli kaygı envanteri daha yüksektir.

Tablo 6.*Normal ve Otistik Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması*

Ölçekler	Gruplar	N	$\bar{X}$	Ss	T	P
Problem Çözme- Sağlıklı İşlevler	Normal Çocuk	100	10.6900	3.93558	-2.561	.011
	Otistik Çocuk	100	12.1600	4.17719		
İletişim Sağlıklı	Normal Çocuk	100	9.1100	2.67761	-1.793	.074
	Otistik Çocuk	100	9.8600	3.21304		
İletişim Sağlıksız	Normal Çocuk	100	13.4000	2.46183	6.033	.000
	Otistik Çocuk	100	11.1000	2.91114		
Roller Sağlıklı	Normal Çocuk	100	6.6600	3.47348	-1.145	.253
	Otistik Çocuk	100	7.1100	1.83620		
Roller Sağlıksız	Normal Çocuk	100	24.0300	3.62777	3.971	.000
	Otistik Çocuk	100	21.7000	4.61114		
Duygusal Tepki Verebilme	Normal Çocuk	100	3.3600	1.39639	-3.661	.000
Sağlıklı	Otistik Çocuk	100	4.1818	1.75176		
Duygusal Tepki Verebilme Sağlıksız	Normal Çocuk	100	13.1300	2.58846	5.494	.000
	Otistik Çocuk	100	10.7700	3.42850		
Gereken ilgiyi	Normal Çocuk	100	21.1500	2.82262	4.856	.000
Gösterme Sağlıksız	Otistik Çocuk	100	18.8900	3.70066		
Davranış Kontrolü Sağlıklı	Normal Çocuk	100	7.1600	2.00363	-.260	.795
	Otistik Çocuk	100	7.2300	1.79705		
Davranış Kontrolü Sağlıksız	Normal Çocuk	100	19.3800	3.55840	3.093	.002
	Otistik Çocuk	100	17.7900	3.70992		
Genel İşlevler Sağlıklı	Normal Çocuk	100	10.8200	5.17059	-2.941	.004
	Otistik Çocuk	100	12.7200	3.87189		
Genel İşlevler Sağlıksız	Normal Çocuk	100	20.1400	3.67360	6.183	.000
	Otistik Çocuk	100	16.9200	3.69187		

Tablo 6'da normal ve otistik çocuğa sahip anne ve babaların aile işlevleri t-testi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçları incelendiğinde normal ve otistik çocuğa sahip anne ve babaların aile işlevlerinin farklılaştığı anlaşılmaktadır ($p < 0,05$). Başka bir ifade ile otistik çocuğa sahip anne ve babaların normal çocuğa sahip anne ve babalara göre problem çözme işlevleri, iletişimi, rolleri, duygusal tepki verebilmesi, genel işlevleri, davranış kontrolü daha sağlıksızdır.

Tablo 7.

Normal Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Karşılaştırılması

Ölçekler	Gruplar	N	$\bar{X}$	Ss	T	P
Durumluluk Kaygı	Baba	36	37.7778	7.76480	.981	.329
	Anne	64	36.0469	8.84151		
Sürekli Kaygı	Baba	36	35.2222	9.05258	-1.604	.112
	Anne	64	37.7656	6.67795		

Tablo 7’de normal çocuğa sahip anne ve babaların durumluk-sürekli kaygı envanteri karşılaştırılmıştır. T-testi sonuçları incelendiğinde normal çocuğa sahip anne ve babaların durumluk kaygı ve sürekli kaygı envanterinin farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Başka bir ifade ile normal çocuğa sahip anne ve babaların durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeyi birbiri ile benzer düzeydedir.

Tablo 8.

Otistik Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Karşılaştırılması

Ölçekler	Gruplar	N	$\bar{X}$	Ss	T	P
Durumluluk Kaygı	Anne	60	43,7500	9,91254	-1,467	,143
	Baba	40	46,5500	8,49721		
Sürekli Kaygı	Anne	60	45,5833	9,28328	-769	,444
	Baba	40	46,9500	7,76564		

Tablo 8’de otistik çocuğa sahip anne ve babaların durumluk-sürekli kaygı envanteri karşılaştırılmıştır. T-testi sonuçları incelendiğinde otistik çocuğa sahip anne ve babaların durumluluk kaygı ve sürekli kaygı envanterinin farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Başka bir ifade ile otistik çocuğa sahip anne ve babaların durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeyi birbiri ile benzer düzeydedir.

Tablo 9.

Otistik Çocukların Yaşlarına Göre Anne ve Babaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Karşılaştırılması

Ölçekler	Gruplar	N	$\bar{X}$	Ss	T	P
Durumluluk Kaygı	7 yaş ve altı	62	42.8387	8.83026	-2.849	.005
	7 yaş üstü	38	48.1842	9.54606		
Sürekli Kaygı	7 yaş ve altı	62	44.7097	7.93702	-2,124	.036
	7 yaş üstü	38	48.4474	9.45744		

Tablo 9’da otistik çocukların yaşlarına göre anne ve babaların durumluk-sürekli kaygı envanteri karşılaştırılmıştır. T-testi sonuçları incelendiğinde otistik çocukların yaşlarına göre anne ve babaların durumluk-sürekli kaygı envanterinin farklılaştığı görülmektedir ($p<0,05$). Başka bir ifade ile 7 yaş üzerinde otistik çocuğa sahip anne ve babaların 7 yaş ve altında otistik çocuğa sahip anne ve babalara göre durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir.

Tablo 10.

Otistik Çocukların Yaşlarına Göre Anne ve Babaların Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması

Ölçekler	Gruplar	N	$\bar{X}$	Ss	T	P
Problem Çözme- Sağlıklı İşlevler	7 yaş ve altı	62	11.6935	3.87336	-1.434	.155
	7 yaş üstü	38	12.9211	4.58188		
İletişim Sağlıklı	7 yaş ve altı	62	9.2581	2.89111	-2.453	.016
	7 yaş üstü	38	10.8421	3.49924		
İletişim Sağlıksız	7 yaş ve altı	62	11.5806	2.79078	2.147	.034
	7 yaş üstü	38	10.3158	2.96926		
Roller Sağlıklı	7 yaş ve altı	62	6.9677	1.81946	-.990	.325
	7 yaş üstü	38	7.3421	1.86397		
Roller Sağlıksız	7 yaş ve altı	62	22.2419	4.13575	1.511	.134
	7 yaş üstü	38	20.8158	5.23427		
Duygusal Tepki Verebilme Sağlıklı	7 yaş ve altı	62	3.8065	1.63806	-2.859	.005
	7 yaş üstü	37	4.8108	1.77698		
Duygusal Tepki Verebilme Sağlıksız	7 yaş ve altı	62	11.5645	3.09214	3.085	.003
	7 yaş üstü	38	9.4737	3.59231		
Gereken ilgiyi Gösterme Sağlıksız	7 yaş ve altı	62	19.6452	3.21929	2.687	.008
	7 yaş üstü	38	17.6579	4.12819		
Davranış Kontrolü Sağlıklı	7 yaş ve altı	62	7.0806	1.75834	-1.062	.291
	7 yaş üstü	38	7.4737	1.85613		
Davranış Kontrolü Sağlıksız	7 yaş ve altı	62	18.6935	3.33677	3.259	.002
	7 yaş üstü	38	16.3158	3.85624		
Genel İşlevler Sağlıklı	7 yaş ve altı	62	11.9677	3.53886	-2.550	.012
	7 yaş üstü	38	13.9474	4.11948		
Genel İşlevler Sağlıksız	7 yaş ve altı	62	17.3548	3.34417	1.514	.133
	7 yaş üstü	38	16.2105	4.14701		

Tablo 10'da otistik çocukların yaşlarına göre anne ve babaların aile işlevleri t-testi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçları incelendiğinde otistik çocukların yaşlarına göre anne ve babaların aile işlevlerinin farklılaştığı anlaşılmaktadır ($p < 0,05$). Başka bir ifade ile 7 yaş üzerinde otistik çocuğa sahip anne ve babaların 7 yaş ve altında otistik çocuğa sahip anne ve babalara göre iletişimi, duygusal tepki verebilmesi, genel işlevleri, davranış kontrolü daha sağlıksızdır.

Tablo 11.

Otistik Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Muhtaçlık Algılarına Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Karşılaştırılması

Ölçekler	Gruplar	N	$\bar{X}$	Ss	T	P
Durumluluk Kaygı	Evet	53	46.2075	10.073	1.516	.133
	Hayır	47	43.3617	8.4991		
Sürekli Kaygı	Evet	53	45.2642	9.3215	-1.058	.293
	Hayır	47	47.1064	7.9104		

Tablo 11’de otistik çocuğa sahip anne ve babaların muhtaçlık algılarına göre durumluk-sürekli kaygı envanteri karşılaştırılmıştır. T-testi sonuçları incelendiğinde otistik çocuğa sahip anne ve babaların muhtaçlık algılarına göre durumluk kaygı ve sürekli kaygı envanterinin farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Başka bir ifade ile otistik çocuğunu muhtaç olduğunu düşünen ve düşünmeyen ailelerin durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeyi birbiri ile benzer düzeydedir.

Tablo 12.

Otistik Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Muhtaçlık Algılarına Göre Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması

Ölçekler	Gruplar	N	$\bar{X}$	Ss	T	P
Problem Çözme-	Evet	53	13.1132	4.06987	2.486	.015
Sağlıklı İşlevler	Hayır	47	11.0851	4.07447		
İletişim Sağlıklı	Evet	53	10.5472	3.48384	2.321	.022
	Hayır	47	9.0851	2.70932		
İletişim Sağlıksız	Evet	53	10.7547	3.19799	-1.263	.209
	Hayır	47	11.4894	2.52700		
Roller Sağlıklı	Evet	53	7.0943	1.69006	-.090	.928
	Hayır	47	7.1277	2.00670		
Roller Sağlıksız	Evet	53	21.9057	5.15254	.472	.638
	Hayır	47	21.4681	3.95546		
Duygusal Tepki	Evet	52	4.4231	1.80789	1.449	.150
Verebilme	Hayır	47	3.9149	1.66590		
Sağlıklı	Evet	53	10.1509	3.70756	-1.944	.055
	Hayır	47	11.4681	2.96978		
Verebilme Sağlıksız	Evet	53	18.4340	4.07860	-1.313	.192
Gereken ilgiyi	Hayır	47	19.4043	3.18734		
Gösterme Sağlıksız	Evet	53	7.3019	1.76052	.423	.673
Davranış Kontrolü	Hayır	47	7.1489	1.85307		
Sağlıklı	Evet	53	17.2075	3.58608	-1.683	.096
	Hayır	47	18.4468	3.77525		
Davranış Kontrolü	Evet	53	13.0566	4.11571	.922	.359
Genel İşlevler	Hayır	47	12.3404	3.58303		
Sağlıklı	Evet	53	16.5660	3.79022	-1.018	.311
	Hayır	47	17.3191	3.57592		

Tablo 12’de otistik çocuğa sahip anne ve babaların muhtaçlık algılarına göre aile işlevleri t-testi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçları incelendiğinde otistik çocuğa sahip anne ve babaların muhtaçlık algılarına göre aile işlevlerinin genel olarak farklılaşmadığı anlaşılmaktadır ($p < 0,05$). Başka bir ifade ile otistik çocuğunu muhtaç olduğunu düşünen ve düşünmeyen anne ve babaların duygusal tepki verebilmesi, genel işlevleri, davranış kontrolü birbiri ile benzer düzeydedir. Buna karşın otistik çocuğunu muhtaç olduğunu düşünen anne ve babaların düşünmeyen anne ve babalara göre iletişimi ve problem çözme işlevleri daha sağlıksızdır.

Tablo 13.

Otistik Çocukların Cinsiyetlerine Göre Anne ve Babaların Durumluk-Süreklî Kaygı Envanterinin Karşılaştırılması

Ölçekler	Gruplar	N	X	Ss	T	P
Durumluluk Kaygı	Erkek	66	44.9848	9.42908	,169	.866
	Kız	34	44.6471	9.56598		
Süreklî Kaygı	Erkek	66	47.2121	8.08135	1.752	.083
	Kız	34	44.0294	9.54887		

Tablo 13'te otistik çocukların cinsiyetlerine göre anne ve babaların durumluk-süreklî kaygı envanterinin karşılaştırılması karşılaştırılmıştır. T-testi sonuçları incelendiğinde otistik çocukların cinsiyetlerine göre anne ve babaların durumluk kaygı ve süreklî kaygı envanterinin farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Başka bir ifade ile otistik kız veya erkek çocuğa anne ve babaların durumluk kaygı ve süreklî kaygı düzeyi birbiri ile benzer düzeydedir.

Tablo 14.

Otistik Çocuğa Sahip Ailelerin Gelirine Göre Anne ve Babaların Durumluk-Süreklî Kaygı Envanterinin Karşılaştırılması

Ölçekler	Gruplar	N	X̄	Ss	T	P
Durumluluk Kaygı	2500 TL altı	60	46,1167	9,86535	1.633	.106
	2500 TL üzeri	40	43,0000	8,51243		
Süreklî Kaygı	2500 TL altı	60	47,9333	8,46301	2.614	.010
	2500 TL üzeri	40	43,4250	8,42429		

Tablo 14'te otistik çocuğa sahip ailerin gelirine göre anne ve babaların durumluk-süreklî kaygı envanteri karşılaştırılmıştır. T-testi sonuçları incelendiğinde otistik çocuğa sahip ailerin gelirine göre anne ve babaların durumluk-süreklî kaygı envanterinin incelendiğinde durumluk kaygı düzeyleri farklılaşmazken, süreklî kaygı düzeyleri farklılaşmaktadır ($p>0,05$). Başka bir ifade ile 2500 TL üzerinde gelire sahip anne ve babaların 2500 TL altında gelire sahip anne ve babalara süreklî kaygı düzeyi daha düşüktür.

Tablo 15.*Otistik Çocuğa Sahip Ailelerin Gelirine Göre Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması*

Ölçekler	Gruplar	N	$\bar{X}$	Ss	T	P
Problem Çözme-	2000-2500 TL	60	12,6167	4,44969		
Sağlıklı İşlevler	2500 TL üzeri	40	11,4750	3,67938	1,344	,182
İletişim Sağlıklı	2000-2500 TL	60	10,4833	3,57245		
	2500 TL üzeri	40	8,9250	2,32476	2,434	,017
İletişim Sağlıksız	2000-2500 TL	60	10,7667	3,03855	-1,409	,162
	2500 TL üzeri	40	11,6000	2,66795		
Roller Sağlıklı	2000-2500 TL	60	7,2833	1,75723		
	2500 TL üzeri	40	6,8500	1,94211	1,158	,250
Roller Sağlıksız	2000-2500 TL	60	21,0333	5,04208	-1,790	,076
	2500 TL üzeri	40	22,7000	3,71553		
Duygusal Tepki	2000-2500 TL	59	4,5593	1,80298		
Verebilme	2500 TL üzeri	40	3,6250	1,53067	2,685	,009
Sağlıklı						
Duygusal Tepki	2000-2500 TL	60	10,0167	3,56295	-2,781	,006
Verebilme Sağlıksız	2500 TL üzeri	40	11,9000	2,90711		
Gereken ilgiyi	2000-2500 TL	60	18,5833	4,06428		
Gösterme Sağlıksız	2500 TL üzeri	40	19,3500	3,06803	-1,015	,313
Davranış Kontrolü	2000-2500 TL	60	7,3167	1,65183	,589	,557
Sağlıklı	2500 TL üzeri	40	7,1000	2,01023		
Davranış Kontrolü	2000-2500 TL	60	16,8167	3,43704		
Sağlıksız	2500 TL üzeri	40	19,2500	3,66375	-3,378	,001
Genel İşlevler	2000-2500 TL	60	13,2167	4,19480	1,583	,117
Sağlıklı	2500 TL üzeri	40	11,9750	3,23829		
Genel İşlevler	2000-2500 TL	60	16,5000	4,08179		
Sağlıksız	2500 TL üzeri	40	17,5500	2,95218	-1,400	,165

Tablo 15'te otistik çocuğa sahip ailelerin gelirine göre aile işlevleri t-testi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçları incelendiğinde otistik çocuğa sahip anne ve babaların gelirine göre aile işlevlerinin farklılaştığı anlaşılmaktadır ($p < 0,05$). Başka bir ifade ile geliri 2500 TL üzerinde olan anne ve babaların 2500 TL altında olan anne ve babaların göre duygusal tepki verebilmesi, iletişimi, davranış kontrolü daha sağlıklıdır.

Tablo 16.

Otistik Çocuğa Sahip Ailelerin Çalışma Durumuna Göre Anne ve Babaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Karşılaştırılması

Ölçekler	Gruplar	N	$\bar{X}$	Ss	T	P
Durumluluk Kaygı	Çalışıyor	47	43,2553	9,75230	-1.759	.082
	Çalışmıyor	51	46,5882	9,00261		
Sürekli Kaygı	Çalışıyor	47	45,1489	8,65518	-1.261	.211
	Çalışmıyor	51	47,3529	8,63904		

Tablo 16’da otistik çocuğa sahip ailerin çalışma durumuna göre anne ve babaların durumluk-sürekli kaygı envanterinin karşılaştırılması karşılaştırılmıştır. T-testi sonuçları incelendiğinde çalışma durumuna göre anne ve babaların sürekli ve durumluk kaygı envanterinin farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Başka bir ifade ile çalışan ve çalışmayan anne ve babaların sürekli ve durumluk kaygı envanteri birbiri ile benzerdir.

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmada yetişkinlerde otizmlı çocuğa sahip olan anne, babalar ile normal gelişim gösteren çocuğa sahip anne, babaların anksiyete düzeylerinin ve aile işlevlerinin karşılaştırılmasıdır. Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgulara dayanarak ulaşılan sonuçlar ilgili alanyazın çerçevesinde tartışılmıştır.

5.1. Tartışma

Bu araştırmanın amacı otizmlı çocuğa sahip anne babalar ile normal çocuğa sahip anne babaların anksiyete düzeylerini ve aile işlevlerini karşılaştırmaktır. Araştırmada ayrıca çocukların cinsiyetine ve yaşına göre anne ve babaların anksiyete düzeyleri incelenmiştir. Bu amaçlarla araştırmada İzmir Buca'da yaşayan 100 otizmlı çocuğa sahip anne babaya ve 100 normal çocuğa sahip anne babaya anket uygulanmıştır.

Analiz sonuçları incelendiğinde normal ve otistik çocuğa sahip anne ve babaların durumluluk kaygı ve sürekli kaygı envanterinin farklılaştığı anlaşılmaktadır. Başka bir ifade ile otistik çocuğa sahip anne ve babaların normal çocuğa sahip anne ve babalara göre durumluluk kaygı ve sürekli kaygı envanteri daha yüksektir. Çalışmanın sonuçları bazı literatür bilgilerini desteklemektedir bazılarını desteklememektedir. Doğru ve Arslan (2006), engelli bireye sahip olan annelerin genellikle yaşadıkları kaygı düzeyleri ve çocukları ile birlikte sosyal ortamda (alışveriş, lokantada yemek yeme, çocuklarını kuruma götürme gibi) geçirdikleri zamandaki durumluk kaygı düzeylerinin belirlemek için yaptıkları çalışmalarında, annelerin çoğunluğunda sürekli kaygı durumunun var olduğunu, ayrıca annelerin eğitim durumlarına göre kaygı düzeylerinin değişkenlik gösterdiğini belirtmişlerdir. Toros (2002),

bedensel ve/veya zihinsel engelli çocukların sosyo-demografik özellikleri, annelerdeki depresyon, anksiyete, evlilikte uyum düzeyleri ve annelerin çocuklarını algılama şeklini incelediği araştırmasında, zihinsel ve/veya bedensel engelli çocuğa sahip annelerin, engelli çocuğa sahip olmayan annelere göre ruhsal olarak daha çok olumsuz etkilendiğini ve depresyon düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılaştığını bulmuştur.

Rimmerman, Turkel ve Crossman (2003), gelişimsel bozukluğa sahip çocukların anne-babalarıyla yaptıkları çalışmada evlilik uyumunun ebeveynler arasında anlamlı düzeyde farklılaşmadığını saptamışlardır. Yurdakul ve ark.(2000)'de, konuyla ilgili yaptıkları çalışmalarında engelli çocuğa sahip olmanın çiftlerin evlilik ilişkilerini olumsuz yönde etkilediğini belirten bir sonuca ulaşmamıştır. Bu çalışmaların yanı sıra çalışmada ulaşılan sonucun uyuşmadığı literatür bilgisine örnek olarak şu çalışmaları verebiliriz. Gündoğdu (1995), yapmış olduğu çalışmada, otizmli çocukları olan anne-babalarının evlilik uyumuna ilişkin algılarının, normal gelişim gösteren çocuğa sahip anne ve babalara göre daha olumlu olduğunu ifade etmiştir. Bristol (1988), engelli çocuğu olan anne-babaların normal çocuğu olan anne babalara göre evliliğe ilişkin yaşadıkları güçlüklerin anlamlı ölçüde farklılaştığı tespit edilmiştir (Bristol ve diğ., 1988).

Özekes, Girli, Yurdakul, Sarısoy (2000)'da, çalışmalarında engelli çocuğa sahip olma durumunun çiftlerin evlilik hayatları üzerinde olumsuz etkisinin olmadığını belirten bir sonuca ulaşmıştır.. Kogel ve diğ. (1983), otizmli çocuğa sahip anne-babaların evlilik uyumlarının, normal gelişim gösteren çocuğa sahip ailelere çok yakın değerde bulunduğunu belirlemişlerdir. Cooke ve ark. (1986) ile Martin (1975) ise, engelli çocuğa sahip olma durumunun aile bağlarını güçlendirmesi ve çiftleri yakınlaştırması sebebiyle aileler üzerinde olumlu sonuçlar doğurduğunu gözlemlemişlerdir. Rimmerman, Turkel ve Crossman (2003) çalışmalarında evlilik uyumunun annelerle babalar arasında anlamlı düzeyde farklılaşmadığını saptamışlardır. Trute (1990), engelli çocuğu olan ailelerin ortak fikirde olabilme oranları normal çocuğu olan anne- babalara göre düşük seviyede olduğunu belirlemiştir.

Bu çalışmada normal ve otistik çocuğa sahip anne ve babaların aile işlevlerinin farklılaşmaktadır. Başka bir ifade ile otistik çocuğa sahip anne ve babaların normal çocuğa sahip anne ve babalara göre problem çözme işlevleri, iletişimi, rolleri, duygusal tepki verebilmesi, genel işlevleri, davranış kontrolü daha sağlıklıdır. Kazak ve Marvin (1984), çalışmaları sonucunda tüm ebeveynlerin evlilik doyumları arasında anlamlı farklılık bulamamıştır. Ancak normal gelişim gösteren çocukların anne-babaları çiftler uyum ölçeğinin duygusal ifade ve fikir birliği alt ölçeklerinden, engelli çocuğa sahip anne-babalara göre daha düşük puan aldıkları görülmüştür. Bu nedenle, engelli çocuğun gelişimsel ihtiyaçlarına ortak cevap verilmesi, kararların beraber alınması ve sorumluluğun paylaşılmasından dolayı, evliliğin güçlendiği yolunda bir sonuca varmışlardır. Gündoğdu (1995), yapmış olduğu çalışmada, otistik çocukların ebeveynlerinin evlilik uyumuna ilişkin algılarının, normal çocuğa sahip ebeveynlerin evlilik uyum algılarına göre daha olumlu olduğunu gözlemiştir.

Rodrigue, Morgan ve Geffken'in (1990) otizmlili, down sendromlu ve normal gelişim gösteren çocuk sahibi anneler üzerinde yaptıkları çalışmalarında, otizmlili çocuk sahibi annelerin evlilik doyumlarının diğer grup annelerine göre daha düşük olduğu bildirilmiştir. Spanier ve Lewis (1980), ekonomik yeterliliğe sahip olmalarının, kadınların iş hayatlarındaki statüleri ile evde yaşayan aile üyelerinin sayısı gibi sosyo-ekonomik faktörlerinin evlilik uyumuna etkisi olduğunu ifade etmiştir. Çiftlerin gelir düzeyleri ile çift doyumları arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığını belirten pek çok araştırma mevcuttur. Hatipoğlu (1993)'nın demografik bazı değişkenlerin evlilik doyumundaki rolünü araştırdığı çalışmasındaki; evlilik süresi, çocuk sayısı, gelir ve mesleki durum değişkenlerinin evlilik doyumunda belirleyici bir etkisi olmadığı bulgusu, bu çalışmadaki gelir düzeyi değişkeninin evlilik doyumunu üzerinde etken olmadığı bulgusuyla tutarlıdır. White ve Keith (1990) araştırmalarında, sosyoekonomik düzey ve evlilik doyumları arasında bir ilişki bulamamıştır.

Yapılan başka bir araştırmaya göre, engelli bireye sahip ailelerin ekonomik düzeylerinin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu bulmuştur. Gelir seviyelerinin ruhsal, bedensel, sosyal ve çevresel alanlarda anlamlı farklılığa neden olduğu saptanmıştır (Canarlan & Ahmetoğlu, 2015).

Otizm çocuk ailelerinin aile yaşam kalitesi algılarının araştırıldığı bir çalışmada, sosyal desteğin aile yaşam kalitesi algılarına önemli noktada etki ettiği belirlenmiştir. Bir diğer yordayıcı ise sosyal ekonomik statüdür. Gelir düzeyi ve annelerin çalışma durumu ailelerin aile yaşam kalitesi algıları üzerinde etkisi vardır (Meral & Cavkaytar, 2014).

6. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular ve önerilere yer verilmiştir.

6.1. Sonuç

Otizmlili çocuğa sahip anne babalar ile normal çocuğa sahip anne babaların anksiyete düzeylerini ve aile işlevlerini karşılaştırılan bu araştırmada şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- Normal ve otistik çocuğa sahip anne ve babaların durumluk kaygı ve sürekli kaygı envanteri farklılaşmaktadır. Başka bir ifade ile otistik çocuğa sahip anne ve babaların normal çocuğa sahip anne ve babalara göre durumluk kaygı ve sürekli kaygı envanteri daha yüksektir.
- Normal ve otistik çocuğa sahip anne ve babaların aile işlevlerinin farklılaşmaktadır. Başka bir ifade ile otistik çocuğa sahip anne ve babaların normal çocuğa sahip anne ve babalara göre problem çözme işlevleri, iletişimi, rolleri, duygusal tepki verebilmesi, genel işlevleri, davranış kontrolü daha sağlıklıdır.
- Normal gelişim düzeyinde çocuğa sahip anne ve babaların durumluk kaygı ve sürekli kaygı envanteri farklılaşmamaktadır. Başka bir ifade ile normal gelişim gösteren çocuğa sahip anne ve babaların durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeyi birbiri ile benzer düzeydedir.
- Otistik çocuğa sahip anne ve babaların durumluk ve sürekli kaygı envanteri farklılaşmamaktadır. Başka bir ifade ile otistik çocuğa sahip anne ve babaların durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeyi birbiri ile benzer düzeydedir.

- Otistik çocukların yaşlarına göre anne ve babaların durumluk-sürekli kaygı envanteri farklılaşmaktadır. Başka bir ifade ile 7 yaş üzerinde otistik çocuğa sahip anne ve babaların 7 yaş ve altında otistik çocuğa sahip anne ve babalara göre durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir.
- Otistik çocukların yaşlarına göre anne ve babaların aile işlevleri farklılaşmaktadır. Başka bir ifade ile 7 yaş üzerinde otistik çocuğa sahip anne ve babaların 7 yaş ve altında otistik çocuğa sahip anne ve babalara göre iletişimi, duygusal tepki verebilmesi, genel işlevleri, davranış kontrolü daha sağlıklıdır.
- Otistik çocuğa sahip anne ve babaların ihtiyaç algılarına göre durumluk kaygı ve sürekli kaygı envanteri farklılaşmamaktadır. Başka bir ifade ile otistik çocuğunu ihtiyaç olduğunu düşünen ve düşünmeyen ailelerin durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeyi birbiri ile benzer düzeydedir.
- Otistik çocuğa sahip anne ve babaların ihtiyaç algılarına göre aile işlevlerinin farklılaşmaktadır. Başka bir ifade ile otistik çocuğunu ihtiyaç olduğunu düşünen ve düşünmeyen anne ve babaların duygusal tepki verebilmesi, genel işlevleri, davranış kontrolü birbiri ile benzer düzeydedir. Buna karşın otistik çocuğunu ihtiyaç olduğunu düşünen anne ve babaların düşünmeyen anne ve babalara göre iletişimi ve problem çözme işlevleri daha sağlıklıdır.
- Otistik çocukların cinsiyetlerine göre anne ve babaların durumluk kaygı ve sürekli kaygı envanteri farklılaşmamaktadır. Başka bir ifade ile otistik kız veya erkek çocuğa anne ve babaların durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeyi birbiri ile benzer düzeydedir.
- Otistik çocuğa sahip ailelerin gelirine göre anne ve babaların durumluk-sürekli kaygı envanterinin incelendiğinde durumluk kaygı düzeyleri farklılaşmazken, sürekli kaygı düzeyleri farklılaşmaktadır. Başka bir ifade ile 2500 TL üzerinde gelire sahip anne ve babaların 2500 TL altında gelire sahip anne ve babalara sürekli kaygı düzeyi daha düşüktür.
- Otistik çocuğa sahip ailelerin gelir düzeylerine göre aile işlevleri farklılaştığı anlaşılmaktadır. Başka bir ifade ile geliri 2500 TL üzerinde

olan anne ve babaların 2500 TL altında olan anne ve babaların göre duygusal tepki verebilmesi, iletişimi, davranış kontrolü daha sağlıklıdır.

- Otistik çocuğa sahip ailerin çalışma durumuna göre anne ve babaların durumluk-sürekli kaygı envanterinin farklılaşmadığı görülmektedir. Başka bir ifade ile çalışan ve çalışmayan anne ve babaların sürekli ve durumluk kaygı envanteri birbiri ile benzerdir.

6.2. Öneriler

Araştırmanın bulguları ışığında araştırmacılara şu öneriler sunulabilir:

- ✓ Yapılan bu çalışmada İzmir’de daha çok gelir seviyesi düşük ailelerle çalışılmıştır. Farklı özelliklere sahip yaşayan ebeveynlerle çalışma yapılarak farklı sonuçlar elde edilmeye çalışılabilir. Aynı şekilde başka illerde bu çalışmanın daha geniş örnekleme geçerlilik ve güvenilirlik açısından fayda sağlayacak unsurlardandır.
- ✓ Yapılan çalışma neticesinde uygulamacılar ailelerin ihtiyaçları, istekleri, bilgi sahibi oldukları konular gibi durumları öğrenme şansı yakalamışlardır. Elde edilen bu bilgiler sayesinde ailelere rehberlik etme ve onları çocukların sağlıklı eğitim alması için yönlendirme fırsatı doğmuştur. Ayrıca otizm konusunda ailelere detaylı bilgiler verilmelidir. Çünkü otizm çok uzun bir geçmişi olmayan ve toplumdaki herkesin çok iyi bilmediği bir spektrum bozukluğudur.
- ✓ Toplumun bu konudaki bilgisizliği neticesinde, bu rahatsızlığa sahip bireyler ve özellikler aileleri ciddi sorunlar yaşamaktadır. Otizmin aileye ve bireye getirdiği yük dışında yanlış ve eksik bilgiler aileleri zorlamaktadır. Bütün bu güçlükleri ortadan kaldırmak adına öğretmenler, anneler, babalar ve normal gelişim gösteren çocuk sahibi anne ve babalar ile normal gelişim gösteren çocuklar bilgilendirilmelidir. Toplumda beraber yaşadığımız bu insanları, bilgisizliğimizden dolayı sıkıntıya sokmaya hakkımız olmadığını unutmamalı ve bu konuda bize sunulan bütün imkânları değerlendirmeliyiz. Araştırmamızda en önemli yeri tutan otizm ortadan kaldırılamaz ama etkisi ve bireye olumsuz yansıması en aza indirilebilir bir spektrum bozukluğudur.

- ✓ Otizmli çocukların özellikleri, sahip oldukları yasal haklar, faydalanmaları gereken eğitim imkânları bu çocuklarla ilgilenen öğretmen, akraba ve en önemlisi ebeveynlere çok ayrıntılı şekilde ifade edilmelidir.
- ✓ Otizmli çocukların ebeveynlerinin, evlilik uyumları, sosyal destek algıları ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi için, daha büyük örneklem gruplarıyla araştırmalar yapılmasına ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.
- ✓ Bu araştırmada otizmli çocukların otizmden etkilenme dereceleri belirlenmemiştir (ağır, orta, hafif). Bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda otizmin derecesi de araştırmaya katılarak incelenebilir.
- ✓ Çalışmaya katılan ebeveynlerin sosyo-ekonomik düzeylerinin ortalama gelir seviyesinde yığıldığı, eğitim düzeylerinin ise daha çok lise ve üniversite mezunu ebeveynleri kapsadığı görülmüştür. Yeni yapılacak olan çalışmalarda örneklem seçiminde bu ayrıma dikkat edilebilir.
- ✓ Çalışmamızda kadınların oranı erkeklere göre fazlaydı.Yeni yapılacak çalışmalarda kadın erkek sayısının birbirine yakın olması önerilmektedir.
- ✓ Otizmli çocukların tanılarının daha erken konması için ebeveynlere ve birinci basamaktaki sağlık personeline yönelik farkındalık çalışmaları yapılabilir.
- ✓ Otizmli çocukların ebeveynlerinin otizmli çocuğun beraberinde getirdiği zorluklara alışıp kendilerini uygun hissettikleri anda yeni çocuk sahibi olmaları yönünde aile planlaması hizmetlerini almaları sağlanmalıdır.
- ✓ Otizmli çocuğun tanı tedavi sürecinde birinci basamakta çalışan sağlık personeli, çocuk psikiyatristleri, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde çalışan öğretmenler, psikologlar, aile ve sosyal politikalar bakanlık personelleri ve sosyal hizmetlerden sorumlu personellerin özverili bir şekilde çalışarak ebeveynlere maddi ve manevi karşılaşılabilecekleri zorluklarda destek olmaları gerekmektedir.
- ✓ Bu çalışmaya katılan otizmli çocuğa sahip anne ve babaların büyük bir çoğunluğu herhangi bir iş sahibi değildir. Bu durumun bir kaygı faktörü

olabileceği öngöröldüğü için yapılacak bir sonraki çalışmada örneklem üzerinde bu hususa dikkat edilmelidir.

- ✓ Ayrıca son yıllardaki otizm hakkındaki yüz güldürücü, toplumun farkındalığını artıran güzel çalışmaların hız kesmeden devam etmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Affleck G, Tennen H. (1996), Construing benefits from adversity: adaptational significance and dispositional under pinnings. *Journal of Personality*; 64: 899-922.
- Akçakın, M., & Erden, G. (2001). Otizm Tanısı Konmuş Çocukların Anne Babalarındaki Ruhsal Belirtiler. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 8(1), 2-10.
- Akkök, F. (2003). “Farklı Özelliğe Sahip Olan Çocuk Aileleri ve Ailelerle Yapılan Çalışmalar”, Ed.: A. Ataman, Özel Eğitime Giriş, *Gündüz Eğitim Yayıncılık*, Ankara.
- Allan S, Gilbert PA. (1995), social comparison scale: psychometric properties and relationship to psychopathology. *Journal of Personality and Individual Differences*, 19: 293-299.
- Anderson CA, Miller RS, Riger AL, Dill JC, Sedikides C., (1994), Behavioral and characterological styles as predictors of depression and loneliness: Review, refinement and test. *Journal of Personality and SocialPsychology*; 66: 549-558.
- Aronson, E., Wilson, T.D. & Akert. R.B. (2005). *Social psychology*. Pearson Education International. Fifth Edition.
- Ataman Temizel, E., & Dağ, İ. (2014). Stres Veren Yaşam Olayları, Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri, Depresif Belirtiler ve Kaygı Düzeyi Arasındaki İlişkiler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 17(1).
- Balkanlı, N. (2008). *Otistik çocuğu olan ve olmayan annelerde yaşam kalitesi, yaşam doyumu ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Master's thesis, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

- Barrick AL, Hutchinson RL, Deckers LH., (1989), Age effects on positive and negative emotions. *Journal of Social Behaviour and Personality*; 4: 421-429.
- Baytunca, M. B., Aydın, R., & Erermiş, S. (2014). Bipolar bozukluğun genetik altyapısı. *The Journal of Pediatric Research*, 1(2), 49-53.
- Beck, A.T. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-571.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.
- Bender, P. K., Reinholdt-Dunne, M. L., Esbjörn, B. H., & Pons, F. (2012). Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: Gender differences. *Personality and Individual Differences*, 53(3), 284-288.
- Berenbaum, H., Raghavan, C., Le, H.N. (2003) A taxonomy of emotional disturbances. *ClinPsych*, 10: 206:226.
- Birliği, A. P. (2013). DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı. E Köroğlu (Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 158.
- Bownds DM. (1999), *Biology of mind-origins and structures of mind, brain, and consciousness*, Maryland: Fitzgerald SciencePress; 28-45.
- Bremner, J. D., Vythilingam, M., Vermetten, E., Nazeer, A., Adil, J., Khan, S., ... & Charney, D. S. (2002). Reduced volume of orbitofrontal cortex in major depression. *Biological psychiatry*, 51(4), 273-279.
- Bulut I (1990) *Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) El Kitabı*. Ankara Özgüneş Matbaası.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G., & CISO-A Research Team. (2008). Social anxiety in 18 nations: sex and age differences. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 16(2), 163-187.

- Callaghan P, Li HC, (2002), The effect of pre-operative psychological interventions on postoperative outcomes in Chinese women having an elective hysterectomy. *British Journal of Health Psychology*; 7: 247-252.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American psychologist*, 31(2), 117.
- Canarslan, H., & Ahmetoğlu, E. (2015). Engelli çocuğa sahip ailelerin yaşam kalitesinin incelenmesi. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(1), 13-31.
- Carlson, N. (1998). *Physiology of behavior*. (6th ed). Allyn and Bacon; Needham Heights, MA.
- Carlson, N. R., (2010), *Physiology of behavior* (10th Edition), Allyn and Bacon
- Carstensen LL, (1997), Edelstein BA. Age-related changes in social activity. *Handbook of clinical gerontology*. New York, Pergamon; 222-237.
- Carstensen LL, Gottman JM, Levenson RW., (1995), Emotional behaviour in long-term marriage. *Psychology and Aging*; 10: 140-149. 86
- Carstensen LL., (1993), Motivation for social contact across the life span. A theory of socioemotional selectivity. *Nebraska Symposium on Motivation*; 98-106.
- Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK., (1989), Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*; 56: 267-283.
- Castaneda, A. E., Tuulio-Henriksson, A., Marttunen, M., Suvisaari, J., & Lönnqvist, J. (2008). A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults. *Journal of affective disorders*, 106(1-2), 1-27.
- Cheung LH, Callaghan P, Chang AMA., (2003), Controlled trial of psychoeducational interventions in preparing Chinese women for elective hysterectomy. *International Journal of Nursing Studies*; 40: 207-216.

- Christiansen, K. & Knussman, R. (1987). Androgenlevels and components of aggressive behavior in men. *Hormones and Behavior* 21, 170-180.
- Clark D. A., Purdon C. ve Wang A., (2003), "The Metacognitive Beliefs Questionnaire: Development of a Measure of Obsessional Beliefs", *Behavior Research and Therapy*, 41, ss. 655-669.
- Cohen, S., McKay, G., Baum, A., Taylor, S. E., & Singer, J. E. (1984). Handbook of psychology and health. A. Baum, SE Taylor, & JE Singer (Eds.), 253-267.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T., & Hoberman, H. M. (1985). Measuring the functional components of social support. In *Social support: Theory, research and applications* (pp. 73-94). Springer, Dordrecht.
- Cole PM, Michel MK, Teti LO. (1994), The development of emotionregulation and dysregulation: A clinicalperspective. *Monographs of theSocietyfor Research in Child Development*; 59: 73-100.
- Coşkun, A., Savaş, H.A., Tanar, D., (1995) İki uçlu mizaç bozukluğu hastalarında yaşam olayları. *Düşünen Adam*, 8:48-51.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological bulletin*, 115(1), 74.
- Crockett, L. J., Iturbide, M. I., Torres Stone, R. A., McGinley, M., Raffaelli, M., & Carlo, G. (2007). Acculturative stress, social support, and coping: Relations to psychological adjustment among Mexican American college students. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13(4), 347.
- Çelik, H., ve Kocabıyık-Onat, O., (2014). Genç Yetişkinlerin Saldırganlık İfade Biçimlerinin Cinsiyet ve Bilişsel Duygu Düzenleme Tarzları Bağlamında İncelenmesi, *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt 4, Sayı 1, 139-155

- Çoban, B. (2019). *Adana'da bir özel eğitim ve rehabilitasyon merkezine devam eden otistik bozukluğu olan çocuğa sahip annelerde anksiyete ve depresyon düzeyinin çocuğun otistik bozukluk düzeyiyle ilişkisi* (Master's thesis, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Darıca, N., Abidoğlu, Ü., & Gümüşçü, Ş. (2002). *Otizm ve Otistik Çocuklar*. İstanbul: Özgür Yayınları.
- Davidson, R. J., Putman, K.M. & Larson, C.L. (2000). Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation- A possible prelude to violence. *Science*, 289, 591-594.
- Davis CG, Nolen-Hoeksema S, Larson J., (1998), Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*; 75: 561-574.
- Dickstein D, Leibenluft E., (2006), Emotion regulation in children and adolescents: Boundaries between normalcy and Bipolar disorder. *Development Psychopathology*; 18: 1105-1131.
- Dodge, K. A., Price, J. M., Bachorowski, J. & Newman, J. P. (1990). Hostile attributional biases in severely aggressive adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 385-392.
- Donovan, B. T. (1985). *Hormones and human behaviour*. New York: Cambridge University Press.
- Duy, B. ve Yıldız, M.A. (2014). Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*; Cilt 5, Sayı 41.
- Dürü, Ç. ve Sayılğan, M. A., (2009), "Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Yaklaşım", Ed. SAVAŞIR Işık, SOYGÜT Gonca ve BARIŞKIN Elif, *Bilişsel-Davranışçı Terapiler*, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, ss. 89-123.

- Eisenberg, N. ve Fabes, R. A. (1992). *Emotion and its regulation in early development: New directions for child development*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Eisenberg, N., Spinrad, T.L. & Smith, C.L. (2004). Emotion-related regulation: Its conceptualization, relations to social functioning, and socialization. P. Philippot ve R. S. Feldman (Eds.), *The Regulation of Emotion* (277-306). London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Ekenci, M. T. (2015). 2012 Türkiye Sağlık Araştırması'nın Engelliliğe İlişkin Yaygınlık Ölçümü Açısından İncelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, (35/2).
- Emilien, G., Durlach, C., Lepola, U., & Dinan, T. (2002). *Anxiety disorders: Pathophysiology and pharmacological treatment*. Springer Science & Business Media.
- Enstitüsü, D. İ., & Başkanlığı, Ö. İ. (2004). Türkiye özürölüler araştırması, 2002. *Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara*.
- Epstein, S. ve ark. (1996). "Individual Differences in Intuitive-Experiential and Analytical-Rational Thinking Styles". *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 71, n. 2.
- Erermiş, S., Bellibaş, E., Özbaran, B., Büküşoğlu, N. D., Altıntoprak, E., Bildik, T., & Çetin, S. K. (2009). Ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan okul öncesi yaş grubu çocukların annelerinin mizaç özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 14-21.
- Faravelli, C., Catena, M., Scarpato, A., (2007) Epidemiology of life events: Life events and psychiatric disorders in the Sesto Fiorentino Study. *Psychother Psychosom*, 76: 361-368.
- Galinsky, E. (1987). *The Six Stages of Parenthood*. MA: Addison-Wesley
- Garnefski N, Kommer TD, Kraaij V, Teerds J, Legers-tee J, Onstein E., (2002), The relationship between cognitive emotion regulation strategies and

emotional problems: Comparison between a clinical and a non-clinical Sample. *European Journal of Personality*; 16: 403-420.

Garnefski, N. ve Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659–1669.

Garnefski, N. ve Kraaij, V. (2007) The cognitive emotion regulation questionnaire psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *Europ J PsychoAss*, 23: 141-149.

Garnefski, N., Kraaij, V., Spinhoven, P., (2001) Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Pers IndividDi*, 30: 1311-1327.

Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36, 267– 276.

Gerra, G., Zaimovic, A., Zambelli, U., Timpano, M., Reali, N., Bernasconi, S., & Brambilla, F. (2000). Neuroendocrine responses to psychological stress in adolescents with anxiety disorder. *Neuropsychobiology*, 42(2), 82-92.

Goleman D. (1995), *Emotional Intelligence (why it can matter more than IQ)*. Türkçeye çeviren Banu Seçkin Yüksel, Varlık Yayınları, 2005; 67-71.

Göka E. (2000), Psikiyatrinin “duyguya” bakışındaki kavramsal sorunlar. *Duygudurum Dizisi*; 12-17.

Görgü, E. (2005). “3-7 Yaş Arası Otistik Çocuğa Sahip Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki”, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Görmez, V. (2017). Emetofobi (Özgül kusma fobisi): Anksiyete bozuklukları ile ilişkisi ve tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşım.

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multi dimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Griez, E. J., Faravelli, C., Nutt, D., & Zohar, J. (Eds.). (2001). *Anxiety disorders: an introduction to clinical management and research*. Wiley.
- Gross J. (1998), The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*; 2: 271-299.
- Gross J.J., (1998), "Antecedent and Response-Focused Emotion Regulation: Divergent Consequences for Experience, Expression, and Physiology", *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1, , ss. 224-237.
- Gross JJ, Carstensen LL, Pasupathi M, Tsai J, Gotestam C, Hsu AY., (1997), Emotion and aging: experience, expression and control. *Psychology and Aging*; 12: 590-599.
- Gross JJ, Munoz RF. , (1995), Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*; 2: 151-164.
- Gross JJ. (2001) Emotion regulation in adulthood: timing is everything. *Current Trends in Psychological Science*; 10: 214-219.
- Gross JJ., (2002), Emotion regulation: affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*; 39: 281-291.
- Gross JJ. (2007), *Handbook of emotion regulation*. New York, US Guilford Press.; 53 61.
- Haemmerlie, F. M., Montgomery, R. L., & Melchers, J. (1988). Social support, perceptions of attractiveness, weight, and the CPI in socially anxious males and females. *Journal of Clinical Psychology*, 44(3), 435-441.
- Haspolat, N. K., & Kağan, M. (2017). Sosyal fobinin yordayıcıları olarak beden imajı ve benlik saygısı. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 19(2), 139-152.

- Higgins, E.T., Bond, R.N., Klien, R., & Strauman, T. (1986) Self-discrepancies and emotional vulnerability: How magnitude, accessibility, and type of discrepancy influence affect. *Journal of Personality and Social Psychology*; 51: 5-15.
- Hilt, L.M., Hanson, J.L., & Pollak, S.D. (2011), Emotion Dysregulation. *Encyclopedia of Adolescence 2011*; 3: 160-169.
- Hisli, N. (1988) Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *PsikoDerg*, 6: 118-126.
- Hisli, N. (1989) Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *PsikoDerg*, 7: 3-13.
- Holahan CJ, Moos RH (1987) Risk, resistance and psychological distress: a longitudinal analysis with adults and children. *J Abnorm Psychol*, 96: 3-13.
- Işık, E. & Taner, Y. (2006). Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. *Asimetrik Paralel Kitabevi*, 3-29
- Joormann, J., Yoon K.L., Siemer M., (2010) Cognition and emotion regulation. AM. Kring, DM. Sloan, editörler. *Emotion regulation and psychopathology*. Newyork: Guilford Press, s. 174- 203.
- Kağıtçıbaşı, Ç.(1982) The Changing Value of Children in Turkey. Honolulu: East-West Center Publ. No: 60-E.
- Kallay E, Tıncaş I, Benga O. (2009) Emotion regulation, mood states, and quality of mental life. *Cognition, Brain, Behavior*; 13: 131-148.
- 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.
- Kaner, S., (2004). "Engelli Çocukları Olan Ana babaların Algıladıkları Stres, Sosyal Destek ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi", Bilimsel Araştırma Projesi Raporu, Ankara Üniversitesi, Ankara.

- Kara, E. (2018). Engelli çocuğa sahip annelere yönelik manevi destek ile güçlendirme uygulaması.
- Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Karayağız, L. Z. (2019). *Anksiyete bozukluğu olan çocukların annelerinde ebeveyn bağlanma örüntülerinin incelenmesi* (Master's thesis, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Kavak, V. (2009). *Panik bozukluk tanısı almış hastalarda sosyal fobi görülme sıklığının incelenmesi* (Master's thesis, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Kendler, K.S., Hettema, J.M., Butera, F., ve ark. (2003) Life Event Dimensions of Loss, Humiliation, Entrapment, and Danger in the Prediction of Onsets of Major Depression and Generalized Anxiety. *Arch Gen Psychiatr*, 60: 789-796.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E., (2005), Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*; 62: 593-602.
- Kessler, R.C., (1997) The effects of stressful life events on depression. *Annu Rev Psych*, 48: 191-214.
- Kına, B. (2017). *Ortaokul öğrencilerinde anksiyete ve saldırganlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Doctoral dissertation, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- King, L.A., & Miner, K.N., (2000), Writing about the perceived benefits of traumatic events: Implications for physical health. *Personality and Social Psychology Bulletin*; 26: 220- 230.
- Köseoğlu, F. (2013). Major depresif bozukluk ve panik bozukluk hastalarında üstbiliş işlevlerinin değerlendirilmesi/Evaluation of metacognitive functions in major depressive and panic depressive disorder patients.

- Kring, A.M., & Bachorowski, J.A., (1999), Emotions and psychopathology. *Cog and Emo*, 13: 575-599.
- Lawton MP, Kleban MH, Rajagopal D, & Dean J., (1992), Dimension of affective experience in three age groups. *Psychology and Aging*; 7: 171-184.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A newsynthesis*. New York: Springer Publishing Company.
- Leyden-Rubenstein, L.A. (1999), *The Stress Management Handbook – Strategies for Health and Inner Peace*, Keats Publishing, New Caanan, CT.
- Lochman, J. E. & Dodge, K. A. (1994). Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive, and nonaggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 366–374.
- Lazarus, R.S., (1991) *Emotion and adaptation* Oxford, UK: Oxford University Press
 Ledoux J. The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life 1998. Türkçeye çeviren Arıcan Uysal, Pegasus Yayınları, 2006; 124-129.
- Mantella, R. C., Butters, M. A., Amico, J. A., Mazumdar, S., Rollman, B. L., Begley, A. E., ... & Lenze, E. J. (2008). Salivary cortisol is associated with diagnosis and severity of late-life generalized anxiety disorder. *Psycho neuro endocrinology*, 33(6), 773-781.
- Martin, R.C. ve Dahlen, E.R., (2005) Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Pers Individ Dif*, 39: 1249-1260.
- Mennin, D.S., Farach, F.J., (2007) Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *ClinPsych*, 14: 329:352.
- Meral, B. F., & Cavkaytar, A. (2014). Otizmli Çocuk Ailelerinin Aile Yaşam Kalitesi Algıları. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 23(3), 1363-1380.

- Morris, C. G. (2002). Psikolojiyi Anlamak. Ayvaşık, H. B. ve Sayıl, M. (Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Nolen-Hoeksema S, Parker LE, Larson J., (1994), Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and SocialPsychology*; 67: 92-104.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The Role of Rumination in Depressive Disorders and Mixed Anxiety/Depressive Symptoms. *Journal of AbnormalPsychology*, 109, 3, 504-511.
- Oktay, A. (1991), Türkiye'de Okulöncesi Eğitimin Gelişimi, II. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi (Yayına Hazırlayan: Bekir ONUR), Ankara, s: 289-298).
- Olweus D, Mattsson A, Schalling D. &Low, H. (1980). Testosterone, aggression, physical and personality dimensions in normal adolescent males. *Psychosomatic Medicine* 42,253-269.
- Olweus D. (1986). Aggression and hormones: Behavioral relationship with testosterone and adrenaline. InOlweus D, Block J, Radke-Yarrows M (eds): *Development of Antisocial and ProsocialBehavior*. New York: Academic Press, pp 51-72.
- Onat O. ve Otrar M., (2010), “Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğinin Türkçe’ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları”, Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 31, ss. 123-143.
- Öner, N. ve Le Compte, A. (1998). *Süreksiz Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Özşenol, F., Işıkhani, V., Ünay, B., Aydın, H. İ., Akın, R., & Gökçay, E. (2003). Engelli çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 45(2), 156-164.

- Öztürk, A., & Çetinkaya, R. S. (2015). Eğitim fakültesi öğrencilerinin öznel iyi oluş düzeyleri ile tinsellik, iyimserlik, kaygı ve olumsuz duygu düzeyleri arasındaki ilişki. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 42(42), 335-356.
- Panayırıcı, P. (2012). Obsesif kompulsif belirtilerin yordanmasında algılanan ebeveynlik biçimleri, üstbilişsel inançlar, obsesif inançlar ve düşünce kontrol yöntemlerinin rolü: üstbilişsel model çerçevesinde bir inceleme.
- Passons WR. (1975) *Gestalt Approaches in Counseling*, New York, Holt, Rinehart and Winston; 183-185.
- Rachman S., (1998) "A Cognitive Theory of Obsessions: Elaborations", *Behavior Research and Therapy*, 36, 385-401.
- Rachman S., (1997), "A Cognitive Theory of Obsessions", *Behavior Research and Therapy*, 35, 9, ss. 793-802.
- Rey, L. & Extremera, N. (2012). Physical-verbal aggression and depression in adolescents: The role of cognitive emotion regulation strategies. *Universitas Psychologica*, 11, 4, 1245-1254.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*, 62(3), 373-386.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive—compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S29-S52.
- Scaramella T., J, & Brown ,W.,A. (1978). Serum testosterone and aggressiveness in hockey players. *Psychosomatic Medicine* 40, 262-265.
- Schroevers M, Kraaij V, Garnefski N. (2007), Goal disturbance, cognitive coping strategies and psychological adjustment to different types of stressful life event. *Personality and Individual Differences*; 43: 413-423.
- Simon N., G. (1981). Hormones and human aggression: A comparative perspective. *International Journal of Mental Health* 10, 2, 60-74.

- Smith, T. E., Gartin, B. C., Murdick, N. L., & Hilton, A., (2006). Families and Children with Special Needs. New Jersey: Pearson Education.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. ve Lushere, R. E. (1970). *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alta, CA: Consulting Psychologist Press.
- Steinberg L. (2008), A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review* 2008; 28: 78-106.
- Strongman, K. T. (1995). Theories of anxiety. *New Zealand Journal of Psychology*, 24(2), 4-10.
- Stroud LR, Foster E, Papandonatos GD. (2009), Stress response and the adolescent transition: performance versus peer rejection stressors. *Development Psychopathology*; 21: 47-68.
- Sucuoğlu, B., (1991). "Anne Babaların Özel Eğitimi Algılama Biçimleri"; Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. (1995), The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*; 7: 524-532.
- Sungur, M. Z. (1997). Fobik bozukluklar. *Psikiyatri dünyası*, 1(1), 5-11.
- Sümer, A. S. (2008). *Farklı öz-anlayış (self-compassion) düzeylerine sahip üniversite öğrencilerinde depresyon anksiyete ve stresin değerlendirilmesi* (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Şahin, D., (1999). Sosyal Destek ve Sağlık. Ü. H. Okyayuz (Dü.) içinde, Sağlık Psikolojisi. Türk Psikoloji Derneği Yayınları, Ankara.
- Şimşek Aybar, S. (2014). *Özel eğitim merkezinde tedavi edilen çocukların anne ve babalarında depresyon ve yaşam kalitesinin analizi* (Master's thesis, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.).
- Tegin, B. (1980). *Depresyonda bilişsel şemalar*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

- Telef, B., & Karaca, R. (2011). Ergenlerin öz-yeterliklerinin ve psikolojik semptomlarının incelenmesi/Adolescents' self-efficacy and psychological symptoms' investigation. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(16), 499-518.
- Tennen H, Affleck G.(1990), Blaming others for threatening events. *Psychological Bulletin*; 108: 209-232.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation: A theme in search of definition. In N. A. Fox, The Development of emotion regulation: *Biological and Behavioral Consideration Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- Thompson, R.A., (1991) Emotional regulation and emotional development. *EducPsychRev*; 3: 269-307.
- Tokuçcu, T., & Ünsal, P. (2006). *Özel Eğitim Merkezleri İle Çocuk Yuvalarında Çalışan Çocuk Eğitimcilerinin Anksiyete Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması ve Anksiyete Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Tespiti* (Doctoral dissertation, Yüksek Lisans Tezi. Psikoloji Anabilim Dalı, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul).
- Tüfek, G. (N.D.). Otizm Bilinci ve Otizmlili Çocuğu Olan Ailelerin Yaşadığı Problemler. *Anadolu Otizm Vakfında Eğitim Gören Öğrenci Aileleri Örneği*.
- Türk Dil Kurumu, (1998). 1. Baskı, Ankara, Türk Dil Kurumu Yayınları, 1:44.
- Ünlüer, E., (2009). "2-6 Yaş Arası Otistik Çocuğa Sahip Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"; Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Varol, N., (2005). Aile Eğitimi, .*Kök Yayıncılık*, Ankara.
- Volkmar, F. R., Klin, A., Marans, W., & Cohen, D. J., (1997). Childhood disintegrative disorder.

Vingerhoets, A. J., & Van Heck, G. L. (1990). Gender, coping and psychosomatic symptoms. *Psychologicalmedicine*, 20(1), 125-135.

Zeman J, Cassano M, Perry-Parrish C, Stegall S., (2006), Emotionregulation in children and adolescents. *Developmental and Behavioral Pediatrics*; 27: 155-168.

EKLER

Ek 1: Katılımcı Bilgilendirme ve Aydınlatılmış Onam Formu

Otizm Tanısı Almış Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi

Sayın Katılımcı,

Bu araştırmanın amacı otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocukların anne-babalarının anksiyete düzeylerinin, otizm spektrum bozukluğu tanısı almamış ailelere göre değişkenlik gösterip göstermediğini tespit etmek ve değerlendirmektir. Araştırma, Yakındoğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Psikolog Gamze HASANDAYIOĞLU tarafından Dr. Bingöl Subaşı HARMANCI danışmanlığında 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 gamze.hdy1@gmail.com e-posta adresine ulaşabilirsiniz.

Yukarıda verilen bilgiler doğrultusunda, bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

İsim:

İmza:

Ek 1: STAI – (Durumluk – Sürekli Anksiyete Envanteri)

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

STAI FORM TX – I

İsim:...

Cinsiyet:...

Yaş:...

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hiç	Biraz	Çok	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX – 2

İsim:...

Cinsiyet:...

Yaş:...

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek 2: Aile Değerlendirme Ölçeği

AÇIKLAMA: İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum)

Her cümlenin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()

Ek 4: Demografik Bilgi Formu

Lütfen aşağıdaki soruları sizi ve ilgili kişiyi daha yakından tanıyabilmemiz için gereken şekilde cevaplayınız. Soruların doğru veya yanlış cevapları yoktur ve bireysel sonuçlar değil; genel sonuçlar değerlendirilecektir. Bu nedenle gerçeğe uygun şekilde cevaplandırmanız araştırmamız için büyük önem taşımaktadır.

Katılımınız ve katkılarınız için çok teşekkür ederim.

Kişisel Bilgiler

Katılımcının Adı-Soyadı:

Katılımcı: Anne () Baba ()

1. Yaşı:

2. Eğitim Düzeyi: 1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Yüksek okul
5) Lisans 6) Yüksek lisans ve üstü

3. Aylık geliriniz: 1) 0-500 tl 2) 500-1000 tl 3) 1000-1500 tl
4) 1500-2000 tl 5) 2000-2500 tl 6)
2500 tl ve üstü

Çocuk ile ilgili bilgiler

4. Yaş:

5. Cinsiyet: 1) Erkek 2) Kız

(6-7 numaralı sorular otizmli çocuğu olan ebeveynler içindir.)

6. Çocuğunuzun otizmli olduğunu ilk ne zaman fark ettiniz:

1) ilk 3 ay ve altı 2) 3-6 ay arası 3) 6 ay 1 yıl arası 4) 1 yıl 1,5
yıl arası
5) 1,5 yıl 2 yıl arası 6) 2 yıl-2,5 yıl arası 7) 2,5 yıl-3 yıl arası
8) 3 yıl sonrası

7. Sizce otizmli çocuğunuz hayatının sonuna kadar bakıma muhtaç mı?

1) Evet 2) Hayır

Ek 5: Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Kullanımına ve Uygulanılmasına Yönelik Kurumlardan Alınan İzin Belgeleri

Aile Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni

Sayın Prof. Dr. Fatma Işıl Bulut Hocam,

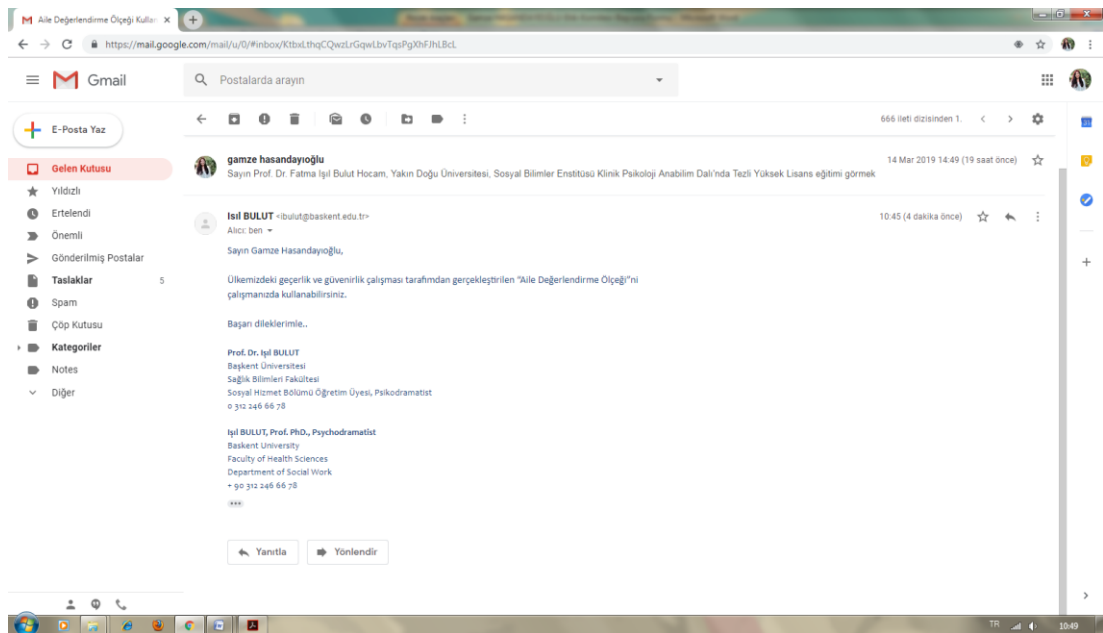
Yakın Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı'nda Tezli Yüksek Lisans eğitimi görmekteyim. "Otizmlili bireye sahip ailelerdeki anksiyete düzeyleri üzerine inceleme" başlıklı Yüksek lisans tez çalışmam için otizmlili bireye sahip aileler ile otizmlili bireye sahip olmayan aileleri değerlendirmek adına Aile Değerlendirme ölçeği olarak, sizin 1990 yılında Türkçeye uyarladığınız 'Aile Değerlendirme Ölçeği'ni izninizle kullanmak istiyorum. Bu konuda yüksek müsaadelerinizi saygılarımla arz ederim.

14.03.2019

Gamze

HASANDAYIOĞLU

Yakın Doğu Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Klinik Psikoloji
Yüksek Lisans Öğrencisi



Ek 6: STAI Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Kullanım İzni

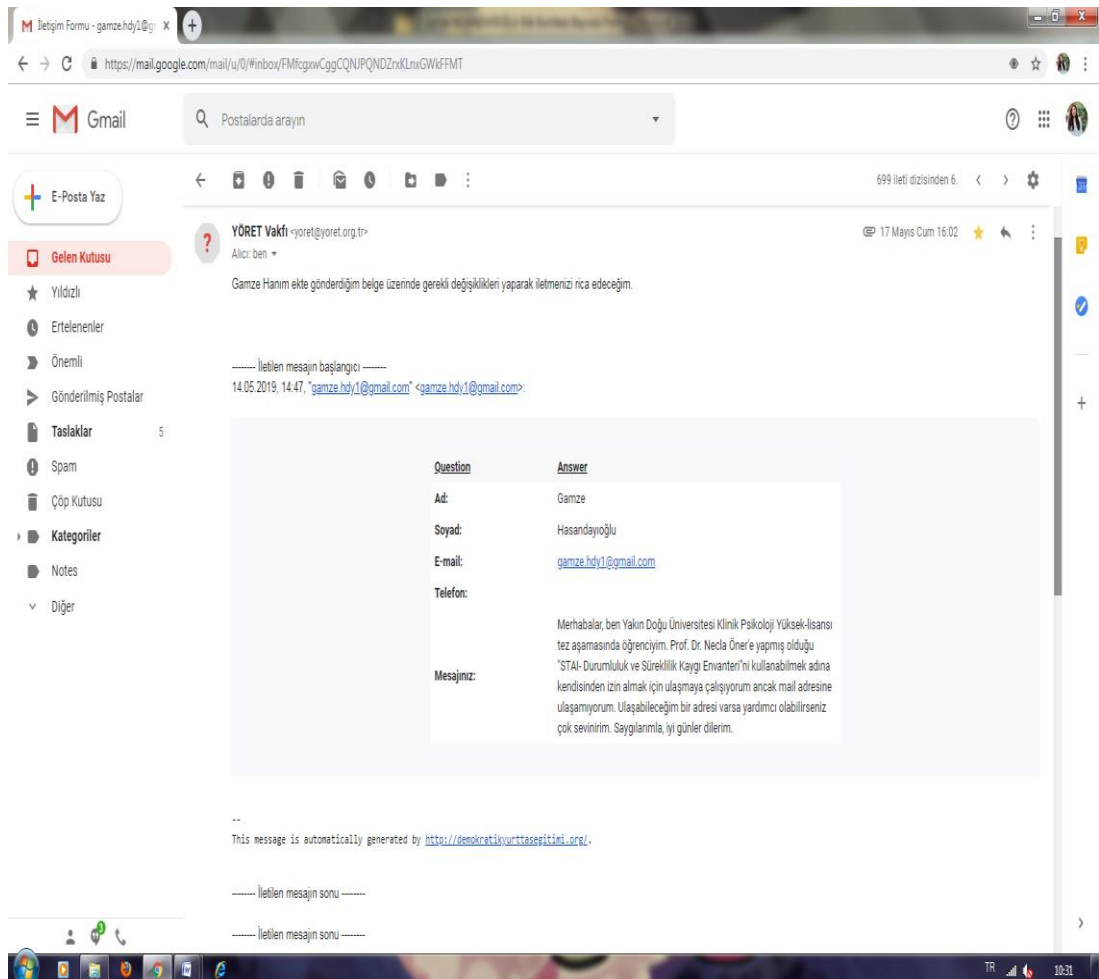
Merhabalar, ben Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek-lisansı tez aşamasında öğrenciyim. Prof. Dr. Necla Öner'e yapmış olduğu "STAI-Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Envanteri"ni kullanabilmek adına kendisinden izin almak için ulaşmaya çalışıyorum ancak mail adresine ulaşamıyorum. Ulaşabileceğim bir adresi varsa yardımcı olabilirsiniz çok sevinirim. Saygılarımla, iyi günler dilerim.

17.05.2019

Gamze

HASANDAYIOĞLU

Yakın Doğu Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Klinik Psikoloji
Yüksek Lisans Öğrencisi



07.06.2019

Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji anabilim dalında tez çalışması yapan Gamze HASANDAYIOĞLU'nun, OTİZM TANISI ALMIŞ ÇOCUĞA SAHİP ANNE VE BABALARIN ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ konulu yüksek lisans tezinde "Sürekli Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri" ni kullanmasına izin veriyorum.

Prof. Dr. Necla Öner



Ek 7: Özel Mutlu Çocuklar Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezinden alınan İzin Belgesi



Sayı: 17735416/152

16/09/2019

Konu: Gamze HASANDAYIOĞLU 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 olan Gamze HASANDAYIOĞLU'nun tez çalışması olan
"Otizm tanısı almış çocuğa sahip anne ve babaların anksiyete düzeylerinin incelenmesi"
başlıklı konusu ile ilgili olarak kurumumuzda eğitim almakta olan öğrencilerin ebeveynlerine
gönüllülük esasına dayanarak anket uygulamasında müdürlüğümüzce bir sakınca yoktur.

Güner KARACASU
Kurum Müdürü



Ek 8: Düzenlemeleri İçeren Açıklayıcı Dilekçe

Baek Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na;

Yakın Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı'nda 20175660 öğrenci numarasıyla yüksek lisansına devam ediyorum.

Dosya numarası (YDÜ/SB/2019/417) olan etik kurula gönderilen tez önerimde yapmış olduğum düzeltmeler aşağıda belirttiğim gibidir,

1. Çalışmada kullanılması planlanan Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanterinin kullanım izni
2. Etik izin için başvuru formunun tekrardan düzenlenmesi
3. Çalışmanın ismi "Otizm tanısı almış çocuğa sahip anne-babaların anksiyete düzeylerinin incelenmesi" olarak değiştirilmiştir.
4. Çalışmanın örneklemini oluşturacak katılımcıların daha açıklayıcı şekilde aktarılması
5. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)'nin geçerlilik ve güvenilirlik katsayıları
6. Demografik Bilgi Formu'nun içeriğinin daha geniş anlatımı

Yukarıda belirtmiş olduğum düzenlemelerin yapılmış olduğu dosya ektedir. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

18.06.2019

Gamze
HASANDAYIOĞLU

Yakın Doğu
Üniversitesi

Sosyal Bilimler
Enstitüsü

Klinik Psikoloji

Yüksek Lisans
Öğrencisi

ÖZGEÇMİŞ

1993 yılında Kastamonu’da doğan Gamze HASANDAYIOĞLU, ilköğretimini, orta öğretimini ve lisesini İzmir’de tamamlamıştır. 2017 yılında Yaşar Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesine bağlı Psikoloji bölümünden mezun olmuştur. 2017 yılından bu yana mesleğine çeşitli danışmanlık merkezlerinde danışan olarak devam etmektedir. 2018 yılından beri Buca Mutlu Çocuklar Özel Eğitim Merkezi’nin kurum psikologluğu görevini yapmaktadır.

İNTİHAL RAPORU

Turnitin Orijinallik Raporu

İşleme kondu: 08-Oca-2020 18:17 EET

NUMARA: 1240070287

Kalime Sayısı: 13687

Gönderildi: 1

Kaynağa göre Benzerlik	
Benzerlik Endeksi	Internet Sources: %10
%12	Yayınlar: %4
	Öğrenci Ödevleri: N/A

OTİZM TANISI ALMIŞ ÇOCUĞA SAHİP ANNE VE BABALARIN ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ
Gamze Hasandayoğlu tarafından

3% match (19-Haz-2019 tarihli internet)

<https://psikolojiagi.com/otizmi-isleyen-diziler/>

3% match (28-Tem-2018 tarihli internet)

<http://www.selinatasoy.com/upload/content/files/vaygin-gelismisel-bozukluk-tanisi-alan-cocukların-ebeveynlerinin-yasadığı-yas-tepkilerinin-evlilik-uyumlarının-ve-sosyal-destek-algılarının-incelemesi-yuksekk-lisans-tezi.pdf>

1% match (24-Nis-2019 tarihli internet)

<http://www.neoterapi.com/neoterapi-davranis.html>

1% match (yayınlar)

ÜTÜK, Armağan Erdem, PEKAYA, Selçuk, KUZUGÜDEN, Fatih, BALKAYA, İbrahim and ŞİMŞEK, Sami. "Türkiye'nin Nevşehir İlindeki Atlarda Kistik Ekinokokkoz Seroprevalansı", Veteriner Merkez Kontrol ve Araştırma Enstitüsü Müdürlüğü, 2017.

1% match (16-Tem-2019 tarihli internet)

<https://www.yumpu.com/tr/document/view/36642419/pdf-dosyas-ankara-universitesi-kitaplar-veritaban>

1% match (yayınlar)

FIRAT, Sunay, "Otistik çocukların anne-babalarının depresyon ve kaygı düzeyleri", Çukurova Üniversitesi, 2016.

< 1% match (26-Ağu-2016 tarihli internet)

<http://www.oncesokuloncesi.com/bilinci-anne-baba-olma-rehberi/aile-egitimi-hakkinda-bilinmesi-gerekenler-102677.html>

< 1% match (08-Kas-2019 tarihli internet)

<http://ackkerisim.ticaret.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11467/3085/80127.pdf?sequence=1>

< 1% match (18-Eki-2019 tarihli internet)

<https://www.slideserve.com/janus/ocu-unuzun-ya-am-kalitesini-y-ksettiri>

< 1% match (12-Haz-2019 tarihli internet)

<https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/2619/otizm-spektrum-bozuklugu-2016.pdf>

< 1% match (01-Haz-2019 tarihli internet)

<https://nazanaydin.com.tr/2018/08/tez-5tam-metin.pdf>

< 1% match (23-Ara-2019 tarihli internet)

<https://issuu.com/dllakn/docs/evlilik-kadınların-ic-sesi>

< 1% match (06-Oca-2020 tarihli internet)

<https://issuu.com/antalyaoozelegitimgrubu/docs/vayg-n-geli-imisel-bozukluk-tan-l>

< 1% match (03-Haz-2015 tarihli internet)

http://mebk12.meb.gov.tr/meb-ivs-dosyalar/58/01/198697/dosyalar/2014_02/22125432_dursrk1...doc

< 1% match (28-Oca-2019 tarihli internet)

https://www.avdin.edu.tr/tr-arastirma/universite-yayinlari/akademik-sureli-yayinlar/Documents/egitim_fakultesi_2_3.pdf

ETİK KURUL RAPORU

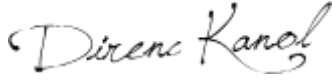
Sayın Gamze Hasandayioğlu

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2019/417 proje numaralı ve **“Otizm Tanısı Almış Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, aşağıdaki öneri dikkate alınmak üzere, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

- Veri toplanması planlanan kurumdan izin alması gerekmektedir.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü



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.