

T.C.  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

OTİZM TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN  
PSİKOLOJİK BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
PSİKOLOJİ BİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan  
Şeyda KOCA

Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL

İSTANBUL-2019



## TEZ TANITIM FORMU

**YAZAR ADI SOYADI** : Şeyda KOCA

**TEZİN DİLİ** : Türkçe

**TEZİN ADI** : Otizm tanısı almış çocukların annelerinin psikolojik belirtilerinin incelenmesi

**ENSTİTÜ** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

**ANABİLİM DALI** : Psikoloji

**TEZİN TÜRÜ** : Yüksek Lisans

**TEZİN TARİHİ** : 16. 05. 2019

**SAYFA SAYISI** : 108

**TEZ DANIŞMANLARI** : Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL

**DİZİN TERİMLERİ** : Otizm, Psikolojik Belirtiler

**TÜRKÇE ÖZET** : Bu çalışmanın amacı otizm tanısı almış çocukların annelerinin psikolojik belirtilerinin incelenmesidir. Bununla beraber sosyo-demografik bazı özelliklerin annelerin psikolojik belirtileri ile ilişkili olup olmadığının araştırılması da amaçlanmaktadır.

**DAĞITIM LİSTESİ** : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsüne  
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

Şeyda KOCA

T.C.  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

OTİZM TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN  
PSİKOLOJİK BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
PSİKOLOJİ BİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan  
Şeyda KOCA

Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL

İSTANBUL-2019

## BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının ederlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Şeyda KOCA

.../.../2019



**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Şeyda KOCA'nın "OTİZM TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN PSİKOLOJİK BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ" adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı Psikoloji Bilim Dalı YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

\_\_\_\_\_  
*Dr.Öğr. Üyesi Fatih BAL*  
*(Danışman)*

Üye

\_\_\_\_\_  
Doç. Dr. Sevcan KARAKOÇ DEMİRKAYA

Üye

\_\_\_\_\_  
*Dr. Öğr. Üyesi Hasan SEZEROĞLU*

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

... / ... / 2019

*Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ*

Enstitü Müdürü

## ÖZET

Otizm tanısı konulmuş olan çocukların hayatlarına girmesi ile birlikte ebeveynler hem kişisel olarak hem de toplu aile yaşantısı olarak negatif yönlü bazı etkilere maruz kalabilmektedir.

Otizm, erken çocukluk çağında başlayan sosyal etkileşim, dil gelişiminde geriliklerle birlikte yineleyici basmakalıp davranışların görüldüğü nörogelişimsel bir bozukluktur. Otizimli çocuğu olan annelerin yüksek düzeyde öfke, depresyon, şok, inkar, izolasyon, hayal kırıklığı yaşadığı ve kendilerini suçladıkları belirlenmiştir. Araştırmalarda otizimli çocuğun bakımını genelde annelerin üstlendiği, bu annelerde stres, depresyon ve anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu ve bu durumun yaşamlarını olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Uzun süreli bakım sorumluluğunu üstlenen otizimli çocuğu olan annelerde ciddi ruhsal sorunlar görülebilmektedir. Bu nedenle bu çalışma çocuğu otizm tanısı almış annelerin ruhsal durumlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamızda bilgi toplama aracı olarak anket tekniğinden faydalanılmış ve durum mümkün olduğu ölçüde tespit edilmeye çalışılmıştır. Her anket yapılan kişiye gönüllü olur formu düzenlenmiştir. Araştırmanın ana hedefini oluşturan anket sonuçları değerlendirilmiş ve yorumlanmıştır.

Araştırmada, SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği sonuçlarına göre bu ölçeğin alt ölçeklerine Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi uygulanmıştır. Normallik testi sonucuna göre ölçeğin genel ve Paranoid Düşünce Alt Testi dışındaki diğer tüm alt test değişkenlerinde veriler normal dağılıma sahip olmadıklarından dolayı bundan sonraki analizlerde parametrik olmayan istatistiklerin kullanılmasına karar verilmiştir. Buna göre gruplar arasındaki farklılıkları araştırmak amacıyla; ikili grup ortalamalarını karşılaştırmak için Mann Whitney U Testi ile ikiden fazla olan grupların ortalamalarını karşılaştırmak için Kruskal Wallis H Testi kullanılacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Otizm, Ebeveyn, Psikolojik Belirtiler

## SUMMARY

The fact that the child who has a child who has a child is very disappointed is also considered to be very difficult for families to have autism. In the studies, parents of children with autism have various psychological problems. However, it was observed that the psychological problems in mothers of children diagnosed with autism were more common in our study.

The factors such as the mothers of children with autism, the condition of their children, educational status and financial situation and the psychological problems they experienced were evaluated as the main problems of the research. As a result of the study, the SCL-90-R questionnaire was used to answer the problems related to the psychological problems of mothers of children with autism.

In our study, the survey technique was used as a means of collecting information and the situation was tried to be determined as much as possible. A volunteer form was prepared for each survey person. The results of the survey, which constitutes the main target of the study, have been evaluated and interpreted.

In the study, according to the SCL 90- R Psychological Symptom Check Scale, Kolmogorov-Smirnov Normality Test was applied to the subscales of this scale. Due to the results of normality test, since all the sub-test variables other than the general and Paranoid Thinking Sub-Tests do not have a normal distribution, it was decided to use nonparametric statistics in the subsequent analyzes. Accordingly, in order to investigate the differences between the groups; The Kruskal Wallis H Test will be used to compare the averages of the groups with more than two groups with the Mann Whitney U Test to compare the mean of the two groups.

**Keywords:** Autism, Parent, Psychological Symptom



## İÇİNDEKİLER

### SAYFA

ÖZET.....	I
SUMMARY .....	II
İÇİNDEKİLER.....	III
KISALTMALAR LİSTESİ .....	V
TABLolar LİSTESİ .....	VI
GİRİŞ .....	1
BİRİNCİ BÖLÜM .....	3
1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ .....	3
1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ .....	3
1.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ .....	3
1.3.1. Araştırmanın Problemi .....	4
İKİNCİ BÖLÜM.....	6
OTİZM .....	6
2.1. OTİZMİN TANIMI VE TARİHÇESİ .....	6
2.2. EPİDEMİYOLOJİ.....	8
2.3. ETİYOLOJİ.....	9
2.3.1. Genetik Etmenler .....	9
2.3.2. Çevresel Etmenler .....	11
2.3.3. Nörofizyolojik Değişiklikler.....	12
2.3.4. Nörokimyasal Değişiklikler .....	15
2.3.5. Nöropsikiyatrik Etkenler .....	15
2.4. OTİZMLİ ÇOCUKLARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ .....	17
2.4.1. Zihinsel Gelişim Özellikleri .....	17
2.4.2. Dil Gelişimi ve Sosyal Etkileşim Özellikleri .....	17
2.4.3. Sosyal- Duygusal Gelişim Özellikleri.....	19
2.4.4. Duyusal Gelişim Özellikleri.....	20
2.4.5. Motor Gelişim Özellikleri .....	20
2.4.6. Davranışsal ve Değişime Direnç Özellikleri-Kısıtlı İlgiler .....	21
2.5. DSM-IV'E GÖRE OTİSTİK BOZUKLUK ÖLÇÜTLERİ .....	21
2.6. OSB OLAN ÇOCUKLARIN AİLELERİNİN YETERSİZLİĞE TEPKİLERİ .....	22
2.7. İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	27
2.8. PSİKOLOJİK BELİRTİLER .....	33
2.8.1. Depresyon ve Tanımı.....	33
2.8.2. Psikoz Tanımı ve Özellikleri .....	37
2.8.3. Özgül fobi .....	38

2.8.4. Obsesif-Kompulsif.....	40
2.8.5. Kişilerarası duyarlılık.....	40
2.8.6. Somatizasyon .....	41
2.8.7. Öfke.....	43
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....</b>	<b>45</b>
<b>YÖNTEM.....</b>	<b>45</b>
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	45
3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ .....	45
3.3. KISITLILIKLAR/SINIRLILIKLAR .....	45
3.3.1. SAYILTILAR .....	45
3.4. TANIMLAR.....	45
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....	47
3.5.1. RUHSAL BELİRTİ TARAMA LİSTESİ (SYMPTOM DİSTRESS CHECK LİST SCL-90-R).....	47
3.6. VERİ ANALİZ TEKNİKLERİ.....	50
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....</b>	<b>53</b>
<b>BULGULAR .....</b>	<b>53</b>
4.1. FREKANS DAĞILIMLARI.....	53
4.1.1. Eğitim Durumu Frekans .....	53
4.1.2. Aile Frekansı.....	54
4.1.3. Çocukların Nitel Değişkenlere Göre Frekans .....	55
4.2. BETİMSEL İSTATİSTİKLER.....	58
4.2.1. SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Mann Whitney U Testi Bulguları .....	59
4.2.2. SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Kruskal Wallis H Testi Bulguları .....	79
<b>BEŞİNCİ BÖLÜM.....</b>	<b>102</b>
<b>TARTIŞMA VE YORUM .....</b>	<b>102</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>110</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>-</b>

## KISALTMALAR LİSTESİ

**OSB** : OTİSTİK SPEKTRUM BOZUKLUĞU



## TABLolar LİSTESİ

TABLO	SAYFA
<b>Tablo -1</b> Scl 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel Ve Alt Testleri Güvenirlik Analizi Sonuçları .....	4
<b>Tablo -2</b> Scl 90-R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel Ve Alt Testleri Güvenirlik Analizi Sonuçları .....	50
<b>Tablo -3</b> Scl 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel Ve Alt Test Normallik Testi Sonuçları.....	51
<b>Tablo- 4</b> Anne Ve Babaların Eğitim Durumu Değişkenlerine Göre Frekansları .....	53
<b>Tablo -5</b> Ailelerin Gelir Durumu Değişkenine Göre Frekansları .....	54
<b>Tablo -6</b> ocukların Nitel Değişkenlere Göre Frekansları.....	55
<b>Tablo -7</b> Annelerin Eğitim Durumuna Göre alışma Durumları .....	57
<b>Tablo -8</b> Scl 90- R Ölçeği Genel Ve Alt Testlere Aile Betimsel İstatistikler.....	59
<b>Tablo -9</b> Ailelerin Aile Eğitimi Programları Hakkında Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre Scl 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel Ve Alt Test Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	60
<b>Tablo -10</b> Annenin alışma Durumuna Göre Scl 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel Ve Alt Test Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	62
<b>Tablo -11</b> Anne Ve Babanın Birlikte Yaşama Durumuna Göre Scl 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel Ve Alt Test Mann Whitney U Testi Sonuçları .....	65
<b>Tablo -12</b> ocuğun Cinsiyetine Göre Katılımcıların Scl 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel Ve Alt Test Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	68
<b>Tablo -13</b> ocuğun Okula Gitme Durumuna Göre Katılımcıların Scl 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel Ve Alt Test Mann Whitney U Testi Sonuçları .....	70
<b>Tablo -14</b> ocuğun Okuldan Farklı Eğitim Kurumuna Gitme Durumuna Göre Katılımcıların Scl 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel Ve Alt Test Mann Whitney U Testi Sonuçları .....	73
<b>Tablo -15</b> ocuğun Engelli Kardeşe Sahip Olma Durumuna Göre Katılımcıların Scl 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel Ve Alt Test Mann Whitney U Testi Sonuçları .....	75
<b>Tablo -16</b> ocuğun Kendisine Ait Bir Odaya Sahip Olma Durumuna Göre Katılımcıların Scl 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel Ve Alt Test Mann Whitney U Testi Sonuçları .....	77

<b>Tablo -17</b> Araştırmaya Katılan Annelerin Eğitim Durumuna Göre Scl 90- R Psikolojik Belirti Tarama leği Genel Ve Alt Test Kruskal Wallis H Testi Sonuçları .....	80
<b>Tablo -18</b> Babanın Eğitim Durumuna Göre Katılımcıların Scl 90- R Psikolojik Belirti Tarama leği Genel Ve Alt Test Kruskal Wallis H Testi Sonuçları .....	83
<b>Tablo -19</b> Ailelerin Gelir Düzeyine Göre Katılımcıların Scl 90- R Psikolojik Belirti Tarama leği Genel Ve Alt Test Kruskal Wallis H Testi Sonuçları .....	86
<b>Tablo -20</b> ocukla Geçirilen Zamana Göre Katılımcıların Scl 90- R Psikolojik Belirti Tarama leği Genel Ve Alt Test Kruskal Wallis H Testi Sonuçları .....	89
<b>Tablo -21</b> ocuğun Yaşına Göre Katılımcıların Scl 90- R Psikolojik Belirti Tarama leği Genel Ve Alt Test Kruskal Wallis H Testi Sonuçları .....	92
<b>Tablo -22</b> ocuğun Tanı Alma Yaşına Göre Katılımcıların Scl 90- R Psikolojik Belirti Tarama leği Genel Ve Alt Test Kruskal Wallis H Testi Sonuçları .....	95
<b>Tablo -23</b> ocuğun Okula Başlama Yaşına Göre Katılımcıların Scl 90- R Psikolojik Belirti Tarama leği Genel Ve Alt Test Kruskal Wallis H Testi Sonuçları .....	98

## GİRİŞ

Yaygın gelişim bozuklukları içerisinde yer alan otizm spektrum bozukluğu, sosyal beceri ve iletişim becerisi gelişiminde sapmalarla kendini gösteren erken başlangıçlı bir çeşit bozukluk olarak tanımlanmaktadır.<sup>1</sup>

Otizm yaşamın erken dönemlerinde başlayan ve yaşam boyu süren sosyal ilişkiler, iletişim, davranışsal ve bilişsel gelişimde gecikme ve sapmayla bağlantılı, nöropsikiyatrik bir bozukluk olarak kabul edilmektedir. İnsanların gördüklerini tam algılamaktan, duyduklarını ve diğer tüm hislerini kullanmaktan alıkoyan bir engeldir. Beynin normal gelişmesini, sırasında mantığı, sosyal ilişkiyi ve iletişim yeteneğini etkiler.<sup>2</sup>

İlk kez 1943 yılında Leo Kanner tarafından "infantil otizm" şeklinde tanımlanmıştır (15). Otizm uzun yıllar çocukluk şizofrenisi olarak düşünülmüştür. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin resmi sınıflandırma sistemi içinde ilk kez 1980 yılında DSM-III'de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) yerini almıştır. DSM-IV'de "Otistik Bozukluk" tanımıyla yaygın gelişimsel bozukluklar (YGB) başlığı altında yer alan beş bozukluktan biri olarak sınıflandırılmıştır. YGB kategorisinde "Otistik Bozukluk" dışında Asperger Bozukluğu, Rett Sendromu, Çocukluk Çağı Dezintegratif Bozukluğu ve Başka Türü Adlandırılmayan YGB (atipik otizm) yer almaktadır.

Ruhsal Belirti Tarama Listesi, Johns Hopkins Üniversitesi Psikometri\* Araştırma Ünitesinde; Leonard R. Derogatis ve arkadaşları (1971, 1973, 1974, 1976, 1977) tarafından Hopkins Symptom Check List (HSCL) olarak bilinen envanterden yararlanılarak geliştirilmiştir.

Belirti Tarama Listesi-90 (Symptom Check List 90- R): Bu ölçek Derogatis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Türkçede geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Fidaner ve Fidaner (7) ve Dağ (5) tarafından yapılmıştır.

SCL 90-R bireylerdeki ruhsal belirtilerin ne düzeyde bulunduğunu ve bu belirtilerin hangi alanlarla ilgili olduğunu ölçen bir gereçtir. Ölçek dilimize çevrilerek

<sup>1</sup> Ami Klin vd., "Assessment Issues in Children with Autism", *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, 1997, 5(1), s. 411-418.

<sup>2</sup> Adnan, Kulaksızoğlu, *Farklı Gelişen Çocuklar*, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2003, s. 67.

geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları iki farklı araştırmacı tarafından yapılmıştır. Ölçek 'hiç' ile 'çok fazla' arasında beşli likert tipinde cevaplanan 90 madde ve 10 alt birimden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Bu alt birimler; 1) Somatizasyon 2) Obsesif-Kompulsif 3) Kişiler Arası Duyarlılık 4) Depresyon 5) Anksiyete 6) Öfke 7) Fobik Anksiyete 8) Paranoid Düşünce 9) Psikotik 10) Ek maddelerdir (uyku bozuklukları, iştah bozuklukları, suçluluk ile ilgili belirtileri yansıtır).

Sosyal iletişimin en temel öğeleri göz kontağı kurmak, ortak dikkati kurmak, yüz ifadelerinin ve jestlerin kullanımı ve konuşma tonunda farklılıklardır. Otizmliler bu alanda belirgin yetersizliklere sahiptirler. Otizmlilerde görülen en belirgin özellik göz kontağının olmaması, az olması veya tuhaf olmasıdır.<sup>3</sup> Bir diğer özellik olan ortak dikkat; iki veya daha fazla kişinin dikkatini ortak bir nesneye vermesidir. "İletişim halinde olunan bireyin görsel dikkat çizgisini takip edebilme, karşısındaki kişilerle göz ilişkisi ve jestlerle iletişim kurabilme, göz ilişkisi ve jestlerle başkalarını farklı olay ve nesnelere yöneltebilme becerilerini kapsamaktadır". Otizmliler bireyler ortak dikkat kurma konusunda belirgin yetersizliğe sahiptirler. Bireyin ailesiyle ve akranlarıyla ilişki kuramaması, onların duygu ve düşüncelerini anlayamaması (empati) otizmlilerde bireylerin yaşadığı diğer güçlüklerden bazılarıdır.<sup>4</sup> Özellikle küçük yaşta otizmliler çocuklar adları söylendiğinde bakmazlar, tepkisiz kalırlar ve duymuyormuş gibi davranırlar.<sup>5</sup>

Yeni bir bireyin aileye katılımı ailenin daha önce oluşturduğu dengeleri ve sistemi oldukça ciddi bir şekilde değiştirmektedir. Diğer bir deyişle aileyi oluşturan bireyler daha önce tanımlanmış ve yerine getirilmesinde bir rutinin olduğu rollerin hızla değiştiğini ve yeni sorumlulukların bu rollere eklendiğini görmekte ve bu duruma karşı reaksiyon geliştirmektedir. Bu gibi değişikliklere verilen ilk reaksiyon genellikle strestir. Aileyi oluşturan ebeveynlerin bu gösterdiği stres reaksiyonu alan yazında "ebeveynlik stresi" olarak tanımlanmaktadır. Ebeveyn stresinin hem ailenin işleyişine hem de yeni katılan bireyin gelişimine etkisi hem psikoloji alan yazınında hem de özel eğitim alan yazınında çalışılan bir konudur. Ancak normal gelişim gösteren bir bireyin aileye katılımı sonucu ortaya çıkan ebeveyn stresi ailenin öz kaynakları ile yönlendirilebilmektedir.<sup>6</sup>

<sup>3</sup> Nahit Motavalli ve Eyüp Sabri Ercan, **Nörogelişimsel Bozukluklar**, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2018.

<sup>4</sup> Motavalli ve Ercan, a.g.e., s. 33-37.

<sup>5</sup> Şahin Bodur and Azime Şebnem Soysal, "Otizmin erken tanısı ve önemi", **Sted**, 2014, 13(10), s. 394-399.

<sup>6</sup> Avşar Ardiç, **Özel Eğitimde Aile Eğitimi ve Rehberliği**, Vize Yayıncılık, Ankara, 3 (1), 2013.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### 1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Bu araştırma ile otizm tanısı almış çocukların annelerinin psikolojik belirtilerinin tespiti yapılarak gerekli teklif ve önerilerde bulunulmuştur. Araştırma çerçevesinde gerçekleştirilmiş anket sonucu, ortaya çıkan veriler değerlendirilmiş ve otizm tanısı almış çocukların annelerinde çıkabilecek psikolojik sorunlarına cevap aranmaya çalışılmıştır.

### 1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

- Otistik tanısı almış çocukların annelerin maddi durumlarına göre psikoloji belirtileri arasında anlamlı bir fark vardır.
- Otistik tanısı almış çocukların anne baba boşanma durumlarına göre psikoloji belirtileri arasında anlamlı bir fark vardır.
- Otistik tanısı almış çocukların annelerin eğitim durumlarına göre psikoloji belirtileri arasında anlamlı bir fark vardır.
- Otistik tanısı almış çocukların mesleklerine göre psikoloji belirtileri arasında anlamlı bir fark vardır.
- Otistik tanısı almış çocukların annelerinin çocukların tedavilerini ihmal etme durumlarına göre psikoloji belirtileri arasında anlamlı bir fark vardır.
- Otistik tanısı almış çocukların kardeş sayısına göre psikoloji belirtileri arasında anlamlı bir fark vardır.
- Otistik tanısı almış çocukların cinsiyetlerine göre psikoloji belirtileri arasında anlamlı bir fark vardır.

### 1.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmanın teorik kısmının oluşturulması için öncelikle otistik tanısı almış çocukların annelerinin psikolojik problemlerini ölçmek amacıyla SCL-90 anketi uygulanarak araştırmalar incelenmiştir. Bu araştırma İstanbul ili Beylikdüzü ilçesi Şehit Ömer Halisdemir Özel Eğitim Uygulama Okulunda Otizm tanısı almış çocukları olan 70 gönüllü annenin katılımıyla Scl-90-R UYGULANARAK gerçekleştirilmiştir.

SCL-90 anketi sonucunda çıkan verilerin değerlendirilmesi için Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi, Paranoid Düşünce Alt Testi, Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır.



Araştırmada kullanılan SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği genel ve alt test güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 1' de özetlenmiştir. Buna göre araştırmada kullanılan SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği' nin Cronbach's Alpha değeri =.953 olarak yüksek derecede güvenilir olarak hesaplanmıştır. Buna göre katılımcıların ölçek maddelerini doğru biçimde algıladıkları ve cevaplandıkları görölmektedir. Alt testlere yapılan güvenilirlik analizi sonuçlarına göre Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce ve Psicotizm alt testleri hariç diğer alt testlerin güvenilirlikleri yüksek olarak hesaplanmış ve katılımcıların bu alt testleri de doğru biçimde algıladıkları ve cevaplandıkları görölmüştür. Bunların dışında kalan Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce ve Psicotizm alt testlerinin güvenilirlikleri düşük olarak hesaplanmış olup bu alt testlerde katılımcıların alt test maddelerini doğru biçimde algılamadıkları ya da doğru bilgiyi vermiş olmadıkları görölmektedir.

**Tablo 1-** SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel ve Alt Testleri Güvenirlik Analizi Sonuçları

Değişken	Cronbach's Alpha
SCL 90- R Genel	.953
Somatizasyon	.897
Obsesif Kompulsif	.863
Kişilerarası Duyarlılık	.837
Depresyon	.863
Kaygı	.837
Öfke Düşmanlık	.738
Fobik Anksiyete	.217
Paranoid Düşünce	.593
Piskotizm	.509
Ek Semptomlar (Uyku İştah Suçluluk)	.744

### 1.3.1. Araştırmanın Problemi

Aileye yeni bir bebeğin katılacağı haberini alan ebeveynler, haberi aldıkları andan itibaren kendilerini duygusal açıdan bu duruma hazırlamaya başlarlar. Bebeğin cinsiyetinin ne olacağı ve bebeği nasıl bir geleceğin beklediğine ilişkin

hayaller kurmaya başlarlar. Kurulan hayallerin tamamı olumludur ve bebeğin olumsuz özelliklerinin ya da gelişimsel problemlerinin olacağı düşünülmez.

Anne ve babalar bebeklerine kavuştuklarında oldukça streslidirler. Çünkü bebeğin doğmasıyla birçok sorumluluk aileye yüklenmiş olmaktadır. Bebeğin herhangi bir sağlık probleminin olmaması bile bu sorumlulukları azaltmamaktadır. Ailelerin aktiviteleri sınırlanmakta ve çocukları yokken yaptıkları aktiviteleri yapamamaktadırlar.

Çocuğun engelli olması, ailelerin duygusal yapısını olumsuz olarak etkilemektedir. Sağlıklı çocuk için kurulan hayallerin yeniden oluşturulması, ebeveynleri hayal kırıklığına uğratmaktadır. Çocuklar için kurulan hayallerin yanında, gelecek planlarının da değiştirilmesi gerekmektedir. Ebeveynler normal gelişim göstermeyen çocuğu karşılarında bulduklarında çatışma yaşamaktadırlar ve bu çatışmalarla baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Aileler bu durumdan sadece duygusal olarak değil, aynı zamanda davranışsal olarak da etkileneceklerdir. Aile üyelerinin bu durumda birbirlerine destek olması ve yaşanan stresle birlikte mücadele edebilmeleri gerekmektedir.

Otizmli çocuğa sahip olan ailelerin, sağlıklı çocuğa sahip ailelere göre aile yapılarının daha kolay bozulabildiği belirtilmiştir. Anneler, çocuklarının problemini öğrendiklerinde şok, öfke, stres, kaygı ve özgül fobiler yaşadığı ifade edilmektedir.

Otizm tanısı almış çocukların annelerinin çocuklarının durumu, eğitim durumu ve maddi durum gibi etkenler ile yaşamış olduğu psikolojik problemler araştırmanın temel problemlerine etken olarak değerlendirilmiştir.

## İKİNCİ BÖLÜM

### OTİZM

#### 2.1. OTİZMİN TANIMI VE TARİHÇESİ

OSB, doğuştan gelen ve erken çocukluk döneminde belirtileri gözlenen nörogelişimsel bir bozuktur. Toplumsal iletişim ve etkileşimde eksikliklerin yanı sıra sınırlı-yineleyici davranış örüntüleri olan otizm, erken gelişim evresinde başlamakta olup, toplumsal işlevsellik alanlarında belirgin bir bozulmaya neden olmaktadır.<sup>7</sup> OSB; toplumsal etkileşimde bozulmalarla beraber dil gelişimi, duygusal karşılık verme ve sembolik oyun alanlarında olan güçlüklerle de karakterizedir.<sup>8</sup>

OSB, doğuştan gelen ve erken çocukluk döneminde belirtileri gözlenen nörogelişimsel bir bozuktur. Toplumsal iletişim ve etkileşimde eksikliklerin yanı sıra sınırlı-yineleyici davranış örüntüleri olan otizm, erken gelişim evresinde başlamakta olup, toplumsal işlevsellik alanlarında belirgin bir bozulmaya neden olmaktadır.<sup>9</sup> OSB; toplumsal etkileşimde bozulmalarla beraber dil gelişimi, duygusal karşılık verme ve sembolik oyun alanlarında olan güçlüklerle de karakterizedir.<sup>10</sup>

“Otizm” terimini ilk kez İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuler’in 1911 yılında kullandığı düşünülmektedir. “Otizm” terimi, Yunanca’da benlik, öz, kendi gibi anlamlarda kullanılan “otos” sözcüğünden türetilmiştir. Bleuler bu terimi, kendini dış dünyadan tümüyle soyutlamış bireyler için tanımlamıştır.<sup>11</sup>

Otizm, ilk kez 1943’te Amerikalı psikiyatrist Leo Kanner tarafından 11 infantil otizm olgu ile bahsedilmiştir.<sup>12</sup> Bu 11 olguda, insanlarla ilişki kurmada güçlük, zamirlerin tersten söylenmesi, tekrarlayıcı ve amaçsız davranışlar, ekolali ve değişime direnç gibi özellikler tanımlanmıştır.<sup>13</sup> Bu birleştirici tanımın ötesinde aşırı derecede klinik heterojenlik içeren bir tablo görülmektedir. Bu nedenle otizm tek bir hastalık değil, aksine otistik bozukluğu da (Kanner’in otizmini) içeren "otizm spektrumu bozukluğu" (OSB) olarak tanımlanan çoklu "otistik bozukluklar" veya

<sup>7</sup> American Psychiatric Association, “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, **American Psychiatric Association**, 5th edition, Washington, 2013.

<sup>8</sup> Füsün Çuhadaroğlu Çetin vd., **Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı**, Hyb Yayıncılık, Ankara, 2008.

<sup>9</sup> American Psychiatric Association, a.g.e., s. 44.

<sup>10</sup> Çuhadaroğlu, a.g.e., s. 27.

<sup>11</sup> Çuhadaroğlu, a.g.e., s. 37.

<sup>12</sup> Çuhadaroğlu, a.g.e., s. 45.

<sup>13</sup> Antonio Persico and Thomas Bourgeron, “Searching for ways out of the autism maze: genetic, epigenetic and environmental clues”, **Trends in neurosciences**, 2006, 29(7).

otistik benzeri özelliklerin ve davranışların bir araya getirilmesini içeren karmaşık bir fenotiptir.<sup>14</sup>

Kanner ile aynı tarihlerde, Avusturyalı psikiyatrist Hans Asperger de sosyal ve davranışsal gariplikleri olan ancak entellektüel becerileri uygun düzeyde olan bir grup çocukta gördüğü bazı davranışları tanımlayıp bu davranışları „Otistik Psikopati“ olarak adlandırmıştır. Asperger, bu tanıyı savaş yıllarında ve Almanca olarak yazdığı için uluslararası alanda fazla tanınmamıştır. Kanner ile Asperger’in benzer hastalıkları benzer zamanlarda tanımladığı daha sonra yapılan çalışmalarda anlaşılmıştır.<sup>15</sup>

1952 yılında yayınlanan DSM-I’de otizm, çocukluk şizofrenisinin bir tipi olarak düşünülmekteydi. 1970’lerden sonra otizmin şizofreniden farklı bir hastalık olduğu anlaşıldı. İlk kez 1980 yılında yayınlanan DSM-III’te ayrı bir bozukluk olarak tanımlandı. Tanı için gerekli 6 kriterin (2’si sosyal yetersizlikle ilgili, 2’si dille ilgili, biri başlangıç yaşı ve biride pozitif psikotik bulguların olmayışı) gerektiği belirtildi. Klinik tablonun mutlaka 30 aydan önce başlamış olması kriter olarak konuldu. DSM-III-R’de başlangıç yaşı belirtilmedi, tanı için 16 kriterden 8’inin varlığı yeterli kabul edildi.<sup>16</sup>

1994’te yayınlanan DSM-IV’te “otistik bozukluk”, yaygın gelişimsel bozukluklar (YGB) grubunda yer alan beş bozukluktan birisi olarak belirlenmiştir. Tanı kriterleri olarak 3 temel alan olan sosyal etkileşimde niteliksel bozulma, iletişimde yetersizlik, davranış, ilgi ve etkinliklerde sınırlı ilgi, örüntü başlıkları altında 12 belirti sıralanmıştır. Ayrıca Asperger bozukluğu, Rett Bozukluğu, Çocukluk Çağı Dezintegratif Bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan YGB (BTA-YGB) bu grupta yer almıştır.<sup>17</sup>

Mayıs 2013’te yayınlanan DSM-5’te bozukluğun adı “Otizm Spektrum Bozukluğu” olarak değiştirilmiştir. Rett bozukluğu bu gruptan çıkarılarak otistik bozukluk, Asperger bozukluğu, YGB-BTA, Çocukluk Çağı Dezintegratif bozukluğu aynı başlık altına toplanıp “Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)” olarak adlandırıldı. 2013 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders-

<sup>14</sup> Çuhadaroğlu, a.g.e., s. 48.

<sup>15</sup> Çuhadaroğlu, a.g.e., s. 51.

<sup>16</sup> Çuhadaroğlu, a.g.e., s. 57.

<sup>17</sup> Çuhadaroğlu, a.g.e., s. 62.

5 [DSM-5]) sınıflamasına göre, OSB tanısı alan çocukların sosyal etkileşim ve dil gelişimi alanında yaşadıkları güçlükler bu spektrumun tanı ölçütlerinden biridir. OSB'nin şiddeti, çocukların sosyal etkileşim bozuklukları ve sınırlı-tekrarlayıcı davranışların şiddetine göre değerlendirilmektedir.<sup>18</sup>

Dünya Sağlık Örgütü sınıflama sistemi olan ICD'de (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems- Hastalıkların ve Sağlıkla ilgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması) otizm tanımı zamanla değişime uğramıştır. ICD-9'da OSB bebeklik otizmi adıyla; çocuklukta başlayan psikozlar grubu içinde bulunmaktaydı. Çocukluk otizminin şizofreninin öncülü olduğu düşünülmekteydi. 1992 yılında yayınlanan ICD-10'da ise OB, YGB başlığı adı altında yer almıştır.<sup>19</sup>

OSB'nin tanısal özelliklerinden biri; belirtilerin erken gelişmesidir. Retrospektif ya da OSB'li küçük çocukların ev videoları ile yapılan ayrıntılı çalışmalar, daha sonra OSB teşhisi konan çocukların hayatın ilk yıllarında çeşitli becerilerde bozukluklar gösterdiğini göstermişlerdir.<sup>20</sup>

## 2.2. EPİDEMİYOLOJİ

OSB ile ilgili son dönemde yapılan epidemiyolojik çalışmaların ortak özelliği görülme sıklığının zamanla giderek artmasıdır. Son 20 yılda OSB insidansının dramatik bir şekilde artması; sosyal duyarlılıkta artış, daha geniş tanı kriterlerinin kullanılması ve tıp camiası tarafından artan bir ilgi ile açıklanmaktadır.<sup>21</sup>

OSB, çocukların >%1'inde tanı konan yaygın nörogelişimsel bir bozukluktur. ABD'nin hastalık kontrol merkezi otizm prevalansını 2006 yılında yayınlanan raporunda 1/150, 2012 yılında yayınlanan raporunda 1/88, 2014 yılında ise 1/68 olarak bildirilmiştir.<sup>22</sup>

Cinsiyetler arasındaki fark değerlendirildiğinde OSB erkeklerde kızlardan 3-4 kat daha fazla görülmektedir. İdiyopatik otizm erkeklerde 23 kat fazlayken, medikal

<sup>18</sup> American Psychiatric Association, a.g.e., s. 44.

<sup>19</sup> Altieri M.J. And Silvia Von Kluge, "Searching for acceptance: Challenges encountered while raising a child with autism", *Journal of intellectual and developmental disability*, 2009, 34(2), s. 142-152.

<sup>20</sup> Charman Tony vd., "Developmental pathways to autism: a review of prospective studies of infants at risk", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2014, 39, p.1-33.

<sup>21</sup> Çuhadaroğlu, a.g.e., s. 27.

<sup>22</sup> Developmental Dmnsy, "Investigators P. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years-autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010", *Morbidity and mortality weekly report Surveillance summaries*, 2002, s. 1-21.

hastalıklarla beraber görülen otizm, erkeklerde 1.7 kat fazla görülmektedir. OSB'nin erkeklerde yaygın görülüyor olmasına karşı, kızlarda daha ağır seyrettiği ve zihinsel yetersizliğin daha sık eşlik ettiği düşünülmektedir.<sup>23</sup>

OSB gelişim riski sosyal sınıflar arasında farklılık göstermemektedir. 2000'li yıllarda yapılan tüm çalışmalarda OSB sıklığındaki artış; anne ve babaların farkındalığının artışı, otizm ile ilgilenen klinisyen sayısının artması, tarama ölçeklerinin yaygın kullanılması ve kayıtların iyi tutulması ile açıklanmaktadır.<sup>24</sup>

### 2.3. ETİYOLOJİ

OSB etyopatogenezi çok karmaşıktır ve olguların sadece %15-25'inde etyolojik nedenler bilinebilmektedir. Monozigot ikizlerde hastalığın ortaya çıkma durumu dizigot ikizlere göre %90 daha fazla olduğu için, otizmde kalıtımın önemli bir rolü bulunduğu düşünülmüştür. Otizmde kalıtsallık oranının yüksek düzeyde olması, otizmle ilgili ana genlerin bulunamaması, otistik hastalarda erkek/kız oranınının 3-4/1 olması ve diğer kardeşlerde bozukluğun tekrarlama riskinin yaklaşık %4 olarak görülmesi sonucu otizmin çok etmenli bir hastalık olduğu düşünülmüştür.<sup>25</sup>

Etkilenen bireylerin sadece ~% 10'unda otizm sendromiktir; yani kromozomal yeniden düzenlenme (örneğin, 15q çoğalması), Frajil X sendromu, Tuberoskleroz ve Nörofibromatoz gibi bilinen bir genetik bozukluğa veya tanımlanmış teratojenik ajanların maruziyetine sekonder geliştiği görülmektedir.<sup>26</sup>

#### 2.3.1. Genetik Etmenler

İkiz çiftler, aileler ve popülasyonlarda yapılan çalışmalarda OSB gelişme riskinin yarısından fazlasında ailelerde OSB'nin artmış nüks riski ve ilişkili fenotipleri açıklayan genetik varyasyonlar bulunduğu gözlemlenmektedir.<sup>27</sup> 1977 ile 2015 yılları arasında yayınlanan 13'den fazla ikiz çalışmaya dayanan araştırmacılar, OSB'ye genetik ve çevresel katkıyı araştırmışlardır. Tüm bu ikiz çalışmalar dikkate alındığında OSB için birliktelik, monozigot ikizler için yaklaşık %45 ve dizigot ikizleri için %16'dır. Aile çalışmaları ayrıca, OSB'li bir çocuğa sahip olmanın, bireyin

<sup>23</sup> Çuhadaroğlu, a.g.e., s. 27.

<sup>24</sup> Betül Mazlum Bakkaloğlu vd., "Otistik bozukluk etyolojisi: genetik etkenler", **Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi**, 2003, 10, s. 88-96.

<sup>25</sup> Yosunkaya E., "Otizm Etiyolojisinde Genetik ve Güncel Perspektif", *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 2013, 76(4), s. 84-88.

<sup>26</sup> Persico and Bourgeron, a.g.e., s. 349-35.

<sup>27</sup> Silvia De Rubeis, Joseph Buxbaum, "Genetics and genomics of autism spectrum disorder: embracing complexity", *Human molecular genetics*, 2015, 24(1), s. 24-31.

etkilenen bir kardeşi veya ebeveyni ile paylaştığı genom oranı ile arttığını ortaya koymuştur.<sup>28</sup>

OSB'li bireyler, konuşma yeteneğinden akıcı bir dile ve zihinsel engellilikten ortalamanın üstündeki entelektüel işleyişe kadar uzanan bilişsel gelişim basamaklarında değişiklik göstermektedir. Bu bireyler, epilepsi ve minör fiziksel anomalilerin yanı sıra psikiyatrik komorbiditeleri de içeren birçok komorbidite ile birliktelik gösterebilir. Böylece geniş bir klinik heterojenite gösterirler. Otizmin klinik heterojenitesi uzun zamandır ilgili patofizyolojik mekanizmaları anlamının bir engeli olmuştur.<sup>29</sup>

Otizimli çocukların kardeşlerinde yaygın gelişimsel bozukluğun tekrarlama riski %2-8 olarak belirtilirken, otizmde bozulan üç alanın birinde veya ikisinde bozulma gösteren kardeşleri göz önüne alırsa bu oran %12-20'ye yükselmektedir. Ayrıca bazı ikiz çalışmalar, aileler arasındaki bu birikimin paylaşılan çevreyle değil, en iyi şekilde paylaşılan genler tarafından açıklandığını ortaya koymuştur.<sup>30</sup>

Otizm semptomatolojinin her alanının bağımsız kalıtsallığı tartışma konusudur. Sonuçlar, otizmin beyin gelişimi ve plastisitesinin sınırlı biyolojik yollarını etkileyen çok sayıda genetik değişiklikten kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.<sup>31</sup> OSB'nin genetik peyzajı bu nedenle ortak ve nadir varyasyonlar arasındaki karmaşık bir etkileşim sonucunda gelişmektedir ve genetik özellikler büyük olasılıkla bir bireyden diğerine farklılık gösterir. Dikkat çekici olarak duyarlılık genleri; kromatin yeniden şekillendirme, protein translasyonu, aktin dinamikleri ve sinaptik fonksiyonlar gibi sınırlı sayıda biyolojik yolla gelişmektedir.<sup>32</sup>

Otizm, erkekleri kızlardan dört kat fazla etkilemektedir ancak, bu farkın nedeni tam olarak bilinmemektedir. OSB'nin etiolojisinde cinsiyet kromozomunun da yer aldığı ve in utero dönemde hormonal etkilerin rolü olduğu gibi çeşitli teoriler önerilmiştir. Ancak, bu teorilerin hiçbiri henüz teyit edilmemiştir.<sup>33</sup>

---

<sup>28</sup>Thomas Bourgeron, "Current knowledge on the genetics of autism and propositions for future research", *Comptes rendus biologiques*, 2016, 339(7), s. 300-307.

<sup>29</sup> Bourgeron, a.g.e., s. 300-307.

<sup>30</sup> Bourgeron, a.g.e., s. 307-309.

<sup>31</sup> Pauline Chaste and Marion Leboyer, "Autism Risk Factors: Genes, Environment, and Gene-Environment Interactions", *Dialogues in clinical neuroscience*, 2012, 14(3), s. 281-292.

<sup>32</sup> Bourgeron, a.g.e., s. 311-315.

<sup>33</sup> Michael Lombardo vd., "Why are autism spectrum conditions more prevalent in males?", *Plos biology*, 2011, 9(6).

Yine yapılan genetik çalışmalar beyin oluşumu ile ilgili olanlar (Reelin, Engrailed-2, WNT vb.), biyokimyasal süreçleri denetleyenler (serotonin transporter gen varyantları), dendrit ve sinaps gelişimi ile ilgili olanlar (BDNF, MECP2, neuroligin), immun sistem ve otoimmun bozukluklarla ilişkili olanlar (HLADRB1 04, kompleman C4B vb.) şeklinde değişik gruplara ayrılabilir. OSB genetic etyolojisini açıklamak için bu genlerle ilgili ileri çalışmalara da ihtiyaç vardır.<sup>34</sup>

### 2.3.2. Çevresel Etmenler

Çevresel etmenler, kişinin prenatal gelişim döneminde fetal programlama üzerine etki göstererek ya da çevresel risk etkeninin ortamda varlığı gen ekspresyonunun kontrolünde değişiklikler yaparak, gelişecek hücrelerde bir takım etkiler oluşturabilmektedir. Gebeliğin ilk trimesterında ilaç kullanımı, geçirilmiş viral enfeksiyonlar, beslenme yetersizlikleri, aşırı kusma; ikinci ve üçüncü trimesterdeki bakteriyel enfeksiyonlar, hastane yatışları, D vitamini eksiklikleri, annenin genel psikiyatrik durumu gibi dış etkenlerin, fetüsün beyin gelişimini olumsuz etkileyebileceğini savunan çalışmalar bulunmaktadır.<sup>35</sup>

Epigenetik mekanizmalar OSB’de dikkat çeken konulardan biridir. Epigenetik, DNA dizisindeki değişimlerle açıklanamayan, mitoz ve/veya mayoz bölünme ile kalıtılabilen, gen fonksiyonundaki değişiklikler olarak tanımlanmaktadır.<sup>36</sup>

Otizmle ilgili beyin üzerine etkili çevresel etkenler; ilaçlar, kurşun, civa, manganez, peptisidler, tiroid bezi hasarına neden olduğu düşünülen polibromine difenil eterler, polisiklik aromatik hidrokarbonlardır. Endokrin ve immün mekanizmadaki sorunlar da dolaylı yoldan nörolojik gelişimi olumsuz etkilemektedirler. Çevresel etkenlere daha duyarlı ve genetik yatkınlığı olan bireylerde otizm daha sık görülmektedir.<sup>37</sup>

Gebelikteki diyabet, hipertansiyon ve obezite gibi metabolik bozuklukların otizm ve gelişimsel geriliğe sebep olabileceği de düşünülmektedir. Obez annelerin

<sup>34</sup> Franck Polleux and Jean Lauder, “Toward a Developmental Neurobiology of Autism”, *Developmental Disabilities Research Reviews*, 2004, 10(4), s. 303-317.

<sup>35</sup> Dietert Rodney vd., “Possible immunogenetic Basis for Autism.”, *Developmental Disabilities Research Reviews*, 1998, 4(2), s. 137-141.

<sup>36</sup> David Rodenhiser and Mellissa Mann, “Epigenetics and human disease: translating basic biology into clinical applications”, *Canadian Medical Association Journal*, 2006, 174(3), s. 341-348.

<sup>37</sup> Dietert vd., a.g.e., s. 7111-7121.



çocuğunun otizm olma riski 1,6 kat; gelişimsel gerilik olma riski ise 2 kat artmaktadır.<sup>38</sup>

Gebelikte yaşanan metabolik sorunlar, enfeksiyonlar ve immünolojik bozuklukların yanı sıra, yapılan çalışmalarda ileri baba yaşının da otizm etiolojisindeki çevresel faktörlerden biri olabileceği belirtilmektedir. Baba yaşının %15-30 olguda etkili olabilmektedir ve bu durumun yaşla artan mutasyonlarla olabileceği açıklanmaktadır.<sup>39</sup>

### 2.3.3. Nörofizyolojik Değişiklikler

Farklı çalışmalarda OSB'de epilepsi komorbiditesi %5–46 arasında değişmekte olup genel popülasyonla (%2–3) karşılaştırıldığında bu grubun epilepsi prevalansı daha yüksek olarak belirlenmiştir.<sup>40</sup> Otizmlili çocuklarda epileptik nöbetlerin veya elektroensefalografide (EEG) epileptiform aktivitelerin görülme oranı oldukça yüksektir.<sup>41</sup> OSB'li bireylerde interiktal EEG'de anomali insidansının %6–64 arasında olduğu saptanmıştır.<sup>42</sup> Yapılan bir çalışmada tek EEG'si olan otistik çocukların %40'ında, birden fazla EEG'si olanların %65'inde epileptiform anormalliler olduğu saptanmıştır. Bazı epilepsi görülen sendromlar (West Sendromu, Landau-Kleffner Sendromu) OSB ile yakından ilişkilidir. Angelman ve Rett Sendromu gibi hastalıklarda OSB, ağır EEG anormalliliği ve dirençli epilepsi nöbetleri birlikte bulunmaktadır.<sup>43</sup> Nöroanatomiik değişiklikler OSB'de beyinde bazı alanların mikroyapı ve işlevlerinde veya bazı beyin alanları arasındaki işlevsel bağdaştırmada anormalliklerin olduğu bilinmektedir. Bazı beyin bölgelerinde yapısal mikroanomaliler, azalmış gri cevher miktarı, azalmış nöronal hücre boyutu ve dolaşan hücreler sıklıkla bildirilmiştir. Öte yandan, hipoaktivitenin (özellikle frontal bölge, amigdala, sağ fusiform gyrus) bazı beyin bölgelerindeki fonksiyonel anormalliklerle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Aktivasyon verilerinin yapısal eşitlik

<sup>38</sup> Paula Krakowiak vd., "Maternal metabolic conditions and risk for autism and other neurodevelopmental disorders", *Pediatrics*, 2012, 129(5), s. 1121-1128.

<sup>39</sup> Patrick Sulem vd., "Rate of de novo mutations and the importance of father's age to disease risk", *Nature*, 2012, 488(7412), s. 471-475.

<sup>40</sup> Roberto Tuchman and Isabelle Rapin, "Epilepsy in Autism.", *The Lancet Neurology*, 2002, 1(6), p.352-358.

<sup>41</sup> Semih Aytı vd., "Gelişimsel Bozukluğu Olan Çocuklarda Klinik ve Elektroensefalografi Bulguları", *Turkish journal of neurology/Türk nöroloji dergisi*, 2016, 22(4), s. 167-176.

<sup>42</sup> Josheph Donnelly vd., "Absence of Seizures Despite High Prevalence of Epileptiform Eeg Abnormalities In Children With Autism Monitored In a Tertiary Care Center", *Epilepsia*, 2006, 47(2), s. 394-398.

<sup>43</sup> Donnelly vd., a.g.e., s. 394-398.

modellemesi veya difüzyon tensör görüntüleme (DTI) kullanılarak yapılan analizlerde bazı beyin alanları arasında anormal bağlantılık bildirilmiştir.<sup>44</sup>

Bailey ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada otizmlili bireylerde megalensafali bildirmişlerdir. Pek çok çalışmada OSB'li bireylerin beyin gelişimindeki anormalliklerin erken çocukluk döneminde olduğu bildirilmektedir. Bu grupta 3 yaş öncesi dönemde aşırı bir büyüme olup sonra durduğu bildirilmektedir. Beyindeki bu anormal gelişim; frontal lob, temporal lob ve amigdala da olmaktadır.<sup>45</sup> Bu bulguyu destekleyen pek çok çalışmada OSB'li bireylerin büyük çoğunluğunun baş çevresinin 6-14 aylıkken büyüdüğü gösterilmiştir.<sup>46</sup>

Otizimde kortikal devrelerle ilgili kortikal az bağlantılık kuramı gelişmektedir. Buna göre OSB'li bireylerde frontal lob ve beyin arka bölümleri arasındaki birleşmeyi sağlayan iletişimsel bandın genişliği azalmış durumdadır. Frontal lob ve arka beyin arasındaki senkronizasyon azalmıştır. Frontal bağ azlığı beyin arka bölümündeki özellikle görsel alana daha fazla iş yüklemektedir.<sup>47</sup>

OSB'de bazı beyin bölgelerindeki değişiklikler şu şekildedir:

Limbik sistem: Otizmi olan bireylerde amigdala, entorhinal korteks ve hipokampusta azalmış nöronal hücre boyutu ve hücre paketlenme yoğunluğunda bilateral artışlar bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada voksel tabanlı morfometri (VBM) kullanarak amigdala ve periamigdaloid bölgelerdeki nispi artışları saptamışlardır.<sup>48</sup> Başka bir çalışmada otizmi olan bireylerin amigdala bölgesinde genişleme tespit etmişlerdir.<sup>49</sup> Nicolson ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmada; otizmdeki hipokampal anormalliklerin üç boyutlu profilini incelemek için bir hesaplamalı haritalama stratejisi kullanmıştır ve otizmin, hipokampus boyutunda azalmalarla ilişkili olabileceğini öne sürmüşlerdir.<sup>50</sup>

<sup>44</sup> Masako Myowa-Yamakoshi vd., "Neurodevelopmental Hypothesis about the Etiology of Autism Spectrum Disorders", *Frontiers in human neuroscience*, 2017, 11 (1), s. 354-372.

<sup>45</sup> Montgomery M. vd., "A Clinicopathological Study of Autism", *Brain: a journal of neurology*, 1998, 121(5), s. 889- 905.

<sup>46</sup> Sally Ozonoff vd., "Executive function deficits in high- functioning autistic individuals: relationship to theory of mind", *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 1991, 32(7), s. 1081-1105.

<sup>47</sup> Eric Courchesne vd., "Unusual brain growth patterns in early life in patients with autistic disorder an MRI study" *Neurology*, 2001, 57(2), s. 245-254.

<sup>48</sup> Thomas Kemper and Margaret Lang Bauman, "Neuroanatomic observations of the brain in autism: a review and future directions", *International journal of developmental neuroscience*, 2005, 23(2), s. 183-187.

<sup>49</sup> Howard M.A. vd., "Convergent neuroanatomical and behavioural evidence of an amygdala hypothesis of autism", *Neuroreport*, 2000, 11(13), s. 2931-2935.

<sup>50</sup> Yamakoshi vd., a.g.e., s. 354-372.

Frontal korteks: Yapılan bir çalışmada voksel tabanlı tüm beyin analizi kullanılarak sol inferior frontal girus (IFG) gri cevherde azalma tespit edilmiştir. Ayna nöronların IFG ve inferior parietal lobülde (IPL; insan beynindeki supramarjinal gyrus) bulunduğu bilinmektedir. "Eylem gözlem ağı" olarak da bilinen insan ayna nöron sistemi, posterior parietal korteks ve ventral premotor bölgeyi kapsamaktadır.<sup>51</sup> Ayrıca bir çalışmada OSB hastalarında amigdala veya IFG'nin anlamlı bir şekilde aktivasyon göstermediği, buna karşılık kontrol deneklerin belirgin aktivasyon gösterdikleri belirtilmiştir. Buna ek olarak, OSB beyinlerinde premotor bölgeden superior temporal sulkusa hipokonnktivite bulmuşlardır.<sup>52</sup>

Bir Diffusion Tensor Imaging-Manyetik Rezonans Imaging (DTI-MRI) çalışmasına dayanarak yapılan bir çalışmada da lateral orbitofrontal kortekste (LOFC) ve medial orbitofrontal kortekse (MOFC) karşılık gelen inferior ve medial frontal gyrusun bilateral korteks yüzeylerini çevreleyen gri cevher alanlarında belirgin anormallikler gösterilmiştir.<sup>53</sup> Girgis ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir çalışmada; otizmi olan çocuklarda (yaşam boyu 8,1-12,7 yıl) sağ LOFC gri madde hacminde azalma olduğunu bulmuşlardır.<sup>54</sup>

Cerebellum: Otistik beyinde Purkinje hücrelerinin sayısının azaldığı bilinmektedir. Purkinje hücreleri, hareketlerin zamanlaması ve hareketin duysal sonuçlarının tahmininde, uyarlamalı öğrenmede önemli bir rol oynamaktadır.<sup>55</sup> Kemper ve Bauman'ın (1998) yaptığı çalışmada; OSB'li bireylerin serebellumlarındaki, posterolateral neoserebellar korteks ve komşu archicerebellar kortekste purkinje hücrelerinin daha az olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca, inferior olivede de bir anormallik olduğunu bildirmişler.<sup>56</sup> Bu durum, inferior oliveden serebellar korteks projeksiyonlarına kadar olan bölgede meydana gelen bir değişikliğe ve purkinje hücrelerinin sayısında belirgin bir düşüşe neden olmaktadır. İnferior olivede üretilen motor komut hatalarının, motor öğrenme esnasında liflerin tırmanışı yoluyla purkinje hücrelerine iletildiğini ortaya koymaktadır. Buna bağlı

<sup>51</sup> Yamakoshi vd., a.g.e., s. 354-372.

<sup>52</sup> Bruno Wicker vd., "a Failure to Grasp The Affective Meaning of Actions in Autism Spectrum Disorder Subjects", *Neuropsychologia*, 2009, 47(8), s. 1816-1825.

<sup>53</sup> Roccatagliata L. vd., "White Matter Reduced Streamline Coherence in Young Men with Autism and Mental Retardation", *European journal of neurology*, 2009, 16(11), s. 1185-1190.

<sup>54</sup> Ragy Girgis vd., "Volumetric Alterations of The Orbitofrontal Cortex in Autism", *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2007, 31(1), s. 41-45.

<sup>55</sup> Masako Myowa-Yamakoshi vd., a.g.e., s. 354-372.

<sup>56</sup> Montgomery vd., a.g.e., s. 889- 905.

olarak otizmde, motor fonksiyon bozukluğu, motor kontrol ve öğrenmede sorunlar yaygın olarak bulunmaktadır.<sup>57</sup>

Beyin sapı: Yapılan çalışmalarda hem otistik hastalarda hem de kontrollerde beyin sapı ve serebellum hacminin yaşla birlikte anlamlı olarak artmasına rağmen, OSB'li hastalarda bu yapıların daha küçük olduğu bulunmuştur. Bailey ve arkadaşlarının (1998) yaptığı bir çalışmada, otistik beynin beyin sapında, özellikle inferior olivede anormallikler olduğunu bulmuşlardır.<sup>58</sup>

#### 2.3.4. Nörokimyasal Değişiklikler

Otizm etyolojisindeki nörokimyasal değişikliklere yönelik yapılan nörotransmitter çalışmalarında farklı sonuçlar bulunmuş; ancak herhangi bir kesin sonuca varılamamıştır. Bu çalışmalarda daha çok serotonin ve dopamin nörotransmitterleri üzerine durulmuştur. OSB olan bireylerin yaklaşık 1/3'ünde kan serotonin düzeyleri yüksek bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda OSB'li bireylerin birinci derece yakınlarında da hiperserotoninemi gösterilmiştir.<sup>59</sup>

OSB'de beyin omurilik sıvısında dopamin yıkım ürünü olan homovalinik asit seviyelerinde artış saptanmıştır. Bu yüzden bu hastalarda antipsikotik ilaçlar yarar sağlamaktadır. Kendine zarar verici davranışı ve ağrıya duyarsızlık tespit edilen OSB'li hastalarda endojen opiat düzeyleri yüksek saptanmıştır.<sup>60</sup>

#### 2.3.5. Nöropsikiyatrik Etkenler

OSB'nin çekirdek belirtilerinin etyopatogenezini tanımlamak için son zamanlarda bazı kuramlar ortaya konulmuştur. Bu kuramlar; yürütücü işlev bozukluğu, zihin kuramı ve zayıf merkezi bütünleşme olarak ifade edilmektedir.

*Yürütücü İşlevler:* 'Yürütücü işlevler', geleneksel olarak, planlama, çalışma belleği, dürtü kontrolü, engelleme gibi eylemlerin başlatılması ve izlenmesi için çatı terimi olarak kullanılır. Yürütücü işlevlerin gerçekleşmesinde prefrontal korteks rol almaktadır. Damasio ve Maurer'in 1978 yılında yayınlanan çalışmasında OSB belirtilerini frontal lob hasarlı bireylerin belirtileri ile karşılaştırmış ve bir takım ortak noktalar bulmuşlardır. Böylece OSB etyopatogenezinde frontal lob üzerine durulmaya başlanmıştır. Yürütücü işlevler frontal lob işlevleri sonucu

<sup>57</sup> Yamakoshi vd., a.g.e., s. 354-372.

<sup>58</sup> Yamakoshi vd., a.g.e., s. 354-372.

<sup>59</sup> Anthony Monaco vd., "Molecular Genetic Investigations of Autism", *Journal of autism and developmental disorders*, 1998, 28(5), s. 427-437.

<sup>60</sup> Christopher McDougle vd., "Neurochemistry in the Pathophysiology of Autism", *The Journal of clinical psychiatry*, 2005, 66, s. 9-18.

gelişmektedir. Özellikle dorsolateral prefrontal korteks bu işlevlerden sorumlu bölgedir. OSB'li bireylerin yürütücü işlevlerinde bozukluk görülmektedir. OSB'de en çok planlama, esneklik, kurulum değiştirme (setshifting) görevleri etkilenmektedir. Ancak yürütücü işlev kusuru sadece OSB'ye özgü değildir. Yürütücü işlev kusuru dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, tourette sendromu, fenilketonüri ve şizofrenide de görülmektedir.<sup>61</sup>

*Zihin Kuramı:* Çevredeki kişilerin düşüncelerini ve duygularını tanıma kabiliyeti, günlük uyarılmanın temelidir. Bu yetenek 'zihin teorisi' olarak adlandırılmaktadır. Davranışlar ile düşünceler arasındaki ilişkiyi fark edebilme becerisidir. Zihin kuramının temelinde akıl yürütme (mentalizing) yatar. OSB'de zihinsel süreçlerin kavranmasında belirgin bir yetersizlik söz konusudur. OSB'li bireyler hem kendi duygu ve düşüncelerini hem de çevresindeki insanların zihinsel duygu ve düşüncelerini kavramakta zorluklar yaşarlar. Bebeklik ve erken çocukluk döneminde zihin kuramının öncülleri ortak dikkat, öncül-anlatım işaretlemesi ve hayal gücüne dayalı oyunlar olarak görülür. Ortak dikkat ve öncül-anlatım işaretleme, çocuğun, çevresindeki kişilerin zihinsel durumunun farkında olduğunun göstergeleridir. Ortak dikkat gelişimi, frontal lob ile ilişkilidir.<sup>62</sup>

OSB'li bireylerin, zihinsel süreçleri tanımlamaya yarayan düşünmek, bilmek, hayal etmek, sözcükleri kavrama ve anlamlandırma gibi yeteneklerde yetersizlikleri vardır. Empati kurmada güçlük yaşarlar. Yanılgıyı, aldanmayı ölçen testlerde başarısız olurlar. İğneleme ve alay duygularını anlamada yetersizdirler. Mekanik kavramları daha kolay anlarlar. OSB, zihinsel körlük (mindblindness) olarak adlandırılmaktadır. Zihin kuramındaki sorunlar yetersizlik yürütücü işlev bozukluğu ile de ilişkili olabilir.<sup>63</sup>

*Zayıf Merkezi Bütünleşme:* Bu kuram Frith tarafından 1989 yılında ortaya atılmıştır. Bu kurama göre, OSB'de çevreden alınan bilgiler, beyinde bir bütün olarak bir araya getirilemez ve anlamlandırılmaz. Bilgi işleme yetersizliği nedeniyle algılanan uyarılardan anlamlı ve tutarlı bir bütün oluşturulamaz.<sup>64</sup>

<sup>61</sup> Elisabeth Hill, "Executive Dysfunction in Autism", *Trends in cognitive sciences*, 2004, 8(1), s. 26-32.

<sup>62</sup> Stuart Checkley vd., "Acquired Mind-blindness Following Frontal Lobe Surgery? A Single Case Study of Impaired Theory of Mind in a Patient Treated with Stereotactic Anterior Capsulotomy", *Neuropsychologia*, 2001, 39(1), s. 83-90.

<sup>63</sup> Ozonoff vd., a.g.e., s. 1081-1105.

<sup>64</sup> Ozonoff vd., a.g.e., s. 1081-1105.

## 2.4. OTİZMLİ ÇOCUKLARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ

### 2.4.1. Zihinsel Gelişim Özellikleri

DSM-5'e göre, zihinsel yetersizlikten etkilenme tanısı için karşılanması gereken üç kriter vardır: Birincisi; etkilenmenin gelişimsel periyod boyunca olmasıdır. İkincisi düşünme, planlama, problem çözme, soyut düşünme, muhakeme, akademik öğrenme, deneyimlerden öğrenme gibi bilişsel fonksiyonlarda eksiklik olması ve klinik değerlendirme ve standart, bireyselleştirilmiş testlerin yapılmış olmasıdır. Üçüncüsü ise günlük yaşamda iletişim, sosyal katılım, bağımsız yaşam ve ev, okul, iş ve eğlence gibi birçok çevre içinde bir veya daha fazla faaliyete aktif katılmada sınırlılıklarının olması olarak ele alınmaktadır.<sup>65</sup>

Bu kriterlere bakıldığında, otizmliler sıklıkla zihinsel yetersizlik tanısı almaktadır.<sup>66</sup> Zihinsel yetersizlik ile otizm arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmada otizmle zihinsel yetersizliğin birbiri içine geçen durumlar olabileceği bulunmuştur. 456 otizmliler çocuğun incelendiği bir çalışmada IQ testinin alt gruplarında birbirinden güçlü ya da zayıf bilişsel yanların varlığı ve bunların otizm semptomlarının ağırlığı bakımından değişmekte olduğu belirtilmiştir.<sup>67</sup> Bir başka çalışma da bozulmuş sözel konuşma ve hiç konuşmanın gelişmemesi ile birlikte tekrarlayıcı ve kısıtlayıcı aktivitelerin otizmle birlikte zihinsel yetersizlik eşlik eden hastalarda daha sık görüldüğünü belirtmektedirler.<sup>68</sup>

Otizm ve zihinsel yetersizliğin birlikte görülme olasılığı ile ilgili veriler birbirinden farklı olabilmektedir. Zihinsel yetersizliği olan kişilerin %40'ında otizm olduğunu, otizmliler kişilerin %70'inde zihinsel yetersizlik olduğunu belirtmiştir.<sup>69</sup>

### 2.4.2. Dil Gelişimi ve Sosyal Etkileşim Özellikleri

Otizmdeki iki ana semptomdan biri konuşma, dil ve iletişim problemleridir. Otizmliler çocukların yaklaşık olarak %50'sinde konuşma gelişemeyebilir.<sup>70</sup> Bu çocuklarda, yaşla birlikte konuşma gelişse bile dilin fonksiyonel olarak kullanımı azalmış ya da hiç yoktur. Sesleri ve hareketleri taklit etme yetenekleri zayıftır.

<sup>65</sup> Association, a.g.e., s.33-35.

<sup>66</sup> Tom Whitman, "The development of autism: A self-regulatory perspective", *Jessica Kingsley Publishers*, 2004.

<sup>67</sup> Johnny Lee Matson and Ruth M. Shoemaker, "Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders", *Research in developmental disabilities*, 2009, 30(6), s. 1107-1114.

<sup>68</sup> Matson and Shoemaker, a.g.e., s. 1107-1114.

<sup>69</sup> Marco Bertelli vd., "Autism and intellectual disability: a study of prevalence on a sample of the Italian population", *Journal of intellectual disability research*, 2004, 48(3), s. 262-267.

<sup>70</sup> Prizant B.m., "Brief report: Communication, language, social, and emotional development", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1996, 26(2), s. 173-178.

Normal bebeklerde görülen babıldamanın (ba-ba, da sesleri) otizmlı bebeklerde görülmediği belirlenmiştir. Ayrıca diğer kişilerin kendileriyle konuşmasına ya da ismiyle seslenmesine tepkisiz kalmaktadırlar. Bazı OSB“li çocuklar sıfır-iki yaş arasında hiç konuşmayabilir, bazıları da yaşıtlarına benzer şekilde birkaç kelime söyleyebilirler.<sup>71</sup> Bazı OSB tanısı alan çocuklarda konuşma daha geç başlayabilir. Bu yüzden otizmlı çocukların dil gelişimleri, normal yaşıtlarından farklılıklar göstermektedir.<sup>72</sup>

Çocukların konuşmaya başlaması farklı yaşlarda olabilir. Dil gelişimleri çocukların zeka seviyeleri ile ilişkilidir. Bazı otizmlı çocuklar konuşmaya normal zamanda başlamasına rağmen daha sonra öğrendikleri kelimeleri unutup regresyona girebilirler. Beş yaş sonrasında yeni kelimeler öğrenebilir ve bir-iki kelime cümleler kurabilirler. Bu çocuklar konuşmayı bir iletişim aracı olarak kullanmazlar.<sup>73</sup>

Özellikle ifade edici dildeki bozukluklardan olan ekolali; kelimeleri veya cümleleri duyduğu anda veya daha sonra gecikmeli bir şekilde papağan gibi tekrar etmek demektir. Bu hastalarda ekolali sık görülmektedir. Sözcüklerde ve telaffuzda terslikler ve zıtlıklar (tak yerine kat gibi) görülebilmektedir.<sup>74</sup>

Motor taklit yeteneği; dil ve sosyal iletişim becerilerinin geliştirilmesi ile ilişkilendirilmiştir. Genellikle gelişmekte olan bebeklerde, taklit yeteneği doğumdan itibaren bulunur. Yenidoğanlar, dil çıkıntısı ve ağız ağıklığı gibi basit yüz hareketlerini taklit edebilmektedir. 9 aylıkken, bebekler, hem acil hem de ertelenmiş bağamlarda nesnelere üzerindeki eylemleri taklit edebilmektedirler. Otizmde motor taklit yeteneğinde de bozulmalar görülmektedir.<sup>75</sup>

Otizmlı çocuklar jest ve mimikleri anlamakta problemler yaşarlar. Oyun veya sosyal ilişkilerde kendilerini ifade etmede kısıtlılıkları vardır. Seğici dikkatleri iyi olduğundan karşısındaki kişilerin yüzlerinin sadece bir kısmına odaklanırlar. Bu

---

<sup>71</sup> Whitman, a.g.e., s. 44-45.

<sup>72</sup> Baris Korkmaz, "Editor Infantile autism: adult outcome", *Seminars in clinical neuropsychiatry*, 2000, 5(3), s. 164-170.

<sup>73</sup> Korkmaz, a.g.e., s. 164-170.

<sup>74</sup> Korkmaz, a.g.e., s. 164-170.

<sup>75</sup> Geraldine Dawson vd., "Early predictors of communication development in young children with autism spectrum disorder: Joint attention, imitation, and toy play", *Journal of autism and developmental disorders*, 2006, 36(8), s. 993-1005.

nedenle karşısındaki kişilerin yüzü ve mimiklerinin ne anlama geldiğini anlayamayabilirler.<sup>76</sup>

Film repliklerini tekrarlayarak öğrenirler ama bu replikleri anlamlı bir şekilde kullanmazlar. Sözel iletişimi kendiliğinden başlatmazlar ve sürdürmezler. Konuşan otizmlı çocuklarda konuşma hızı, tonu, sıklığı, ritmi ve vurgusu ile ilgili problemlerle sık karşılaşılır. Kişi zamirlerini ters kullanırlar. Bu durum prominal terslik diye adlandırılmaktadır. Çocuk, karşısındaki kişiyle konuşurken “sen” yerine “ben” der. Kendisini “sen” veya “o” olarak tanımlar. Kelime bilgileri ne kadar gelişmiş olsa ve başkalarının sözel sorularına iyi cevap verseler de, nadiren konuşmayı başlatır, uzatır veya derinlemesine açarlar.<sup>77</sup>

Otizmlı çocuklarda stereotipik konuşma olabilir, amaca yönelik olmayan cümle kalıplarına, kelime ve ses tekrarlarına sık rastlanır. Dili kavramadaki zorluklar; basit şakaları, soru ve emirleri anlayamama şeklinde olabilir.<sup>78</sup> Konuşurken kısa ve düz cümleler kurmayı tercih ederler.<sup>79</sup>

Gerek normal gelişen çocuklarda gerekse otizmi olan çocuklarda dil ve iletişim becerilerinin geliştirilmesiyle ilişkilendirilen erken yetenekler ortak dikkat, taklit ve oyuncak oynamayı içerir. Ortak dikkat tipik olarak 9-12 aylıkken ortaya çıkar. Ortak dikkat etkileşimleri sayesinde bebek sözcükleri ve cümleleri nesnelere ve olaylara bağlamaya başlar. Ortak dikkat becerileri, yalnızca erken dil öğrenimi ile değil, aynı zamanda daha sonraki dil becerisi ile de bağlantılıdır. Bununla birlikte, otizmi olan çocuklar, gecikmeli ve tipik gelişim gösteren çocuklara kıyasla, ortak dikkat becerilerinde bozulma sergilemektedir.<sup>80</sup>

### 2.4.3. Sosyal- Duygusal Gelişim Özellikleri

Otizmlı çocukların temel sorunlardan biri sosyal etkileşim alanında yetersizliklerdir. Bunlar; göz temasında kısıtlılık, sınırlı jest, mimik kullanma, başkalarına çok yakın ya da uzak durma, konuşurken monoton bir ses tonu ve vurgu özellikleri gösterme gibi belirtilerdir.<sup>81</sup>

<sup>76</sup> Marian Sigman and Lisa Capps, *Children with autism: A developmental perspective*, Harvard University Press, London, 1997.

<sup>77</sup> Sigman and Capps, a.g.e., s. 44-47.

<sup>78</sup> Whitman, a.g.e., s. 44-45.

<sup>79</sup> Özge Eliçin, Hasan Avcıoğlu, “Otizmi Olan Çocuklara Duyguları Ayırt Etme Becerisi Kazandırmada Replik Silikleştirme ile Yapılan Öğretimin Etkililiği”, *Eğitim ve bilim*, 2014, 39(171), s. 317-330.

<sup>80</sup> Dawson, a.g.e., s. 993-1005.

<sup>81</sup> Robert Koegel and Lynn Kern, “Koegel Pivotal Response Treatments for Autism: Communication”, *Social, and Academic Development Eric*, 2006.



Otizm tanılı çocuklar yaşına göre arkadaş ilişkileri geliştirememekte, başka insanlarla mutluluk, üzüntü, başarı ya da ilgi gibi duygusal alanların paylaşımında sınırlı davranışlar göstermektedir. Başkalarının ilgisine tepkisiz kalma, çevresinde gelişen olaylara ilgisizlik ve başkalarının duygularını anlamada yetersizlik otizmi olan çocukların sosyal-duygusal alanda gösterdikleri davranışlardır.<sup>82</sup> Otizmi olan çocuklarda görülen bu durum sosyal körlük ya da zihin körlüğü olarak da adlandırılmaktadır.<sup>83</sup>

#### 2.4.4. Duyusal Gelişim Özellikleri

Duyusal uyaranlara olağandışı yanıtlar, OSB'li bireylerde oldukça yaygın ve kalıcıdır. Duyusal bozukluklar, DSM-5'te bozukluğun çekirdek semptomları olarak görülmektedir.<sup>84</sup> Otizmi çocuklarda duyusal bozukluklar; işitsel, görsel, koku, tat ve dokunma duyularında aşırı ya da az duyarlılık olarak görülmektedir. Otizmi hastaların, kendilerine dokunulması ve sarılmasından rahatsızlık duyduğu görülmektedir.<sup>85</sup>

OSB'li çocuklar duyusal uyaranlara karşı aşırı duyarlılık ya da uyaranlara tepkilerin azlığı veya yokluğu, duyarlı uyaranlara karşı atipik cevaplar gösterme (yüksek seslere tepki gösteren bir kulak) gibi davranışlar sergilemektedir. OSB'li çocuklar, duyusal deneyimleri yoğunlaştırmak, tekrarlamak veya güçlendirmek için hizmet eden bir davranış kalıbı olarak tanımlanan yüksek düzeyde duyusal arayış gösterebilir.<sup>86</sup> Duyusal arayış örnekleri, nesnelere yalamak, koklamak veya görsel olarak nişanlandırmak, şiddetli basınç ya da hareket uyarımı özlemi ya da belirli eslerle hayran olmaktır. Bu tür davranışlar, hipo/ hipertepki ile birlikte ortaya çıkabilir.<sup>87</sup>

#### 2.4.5. Motor Gelişim Özellikleri

Ailelerin, çocuklarının otizm olduklarını geç fark etmelerindeki etkenlerden biri, bu çocukların fiziksel olarak normal görünmeleridir. Ancak bu çocuklar, normal gelişen çocuklara göre motor becerileri daha geç kazanabilmektedirler. Erken çocukluk döneminde; top oyunlarında, ayakkabı bağını bağlamada problemler

<sup>82</sup>Binyamin Birkan, *Otizmi Olan Çocuklar ve Eğitimi. İç, Genel Eğitim Okullarında Özel Gereksinimi Olan Öğrenciler ve Özel Eğitim*, Kök Yayınları, Ankara, 2009.

<sup>83</sup> Eliçin ve Avcioğlu, a.g.e., s. 317- 330

<sup>84</sup>Grace Baranek vd., "Cascading Effects of Attention Disengagement and Sensory Seeking on Social Symptoms in a Community Sample of Infants At-Risk For a Future Diagnosis of Autism Spectrum Disorder", *Developmental Cognitive Neuroscience*, 2017.

<sup>85</sup> Whitman, a.g.e., s. 132.

<sup>86</sup> Baranek, a.g.e., s. 88.

<sup>87</sup>John Sideris vd., "Sensory subtypes and associated outcomes in children with autism spectrum disorders", *Autism Research*, 2016, 9(12), s. 1316-1327.

yaşarlar; yürüme ve koşmaları diğer çocuklardan tuhaftır. Çocuk okula başladığında, öğretmen çocuğun yazısının bozukluğunu ve beden eğitimi dersinde yeteneğinde eksiklik olduğunu fark edebilir. Ergenlikte çok az bir kısmında tikler görülebilir. Piek ve Murray 2004 yılında yaptıkları bir çalışmada otizmliler çocukların zeka, dil ve empati yeteneklerini ile motor koordinasyonlarını araştırmış ve bu çocukların en düşük skorları, ince ve kaba motor fonksiyonlarda aldıklarını saptamışlardır.<sup>88</sup>

Otizmliler çocuklarda ince motor becerilerinin kaba motor becerilerinden daha fazla bozulduğu belirtilmekle birlikte, her iki alanda da yaygın problemler olduğu gözlenmektedir. Bu problemler, kendi yemeklerini yeme ve giyinmede olduğu gibi, emekleme, yürüme, oturma gibi ana motor fonksiyonlarda da görülmektedir.<sup>89</sup>

#### **2.4.6. Davranışsal ve Değişime Direnç Özellikleri-Kısıtlı İlgiler**

Tekrarlayıcı ve sınırlı aktivite, ilgi ve davranış örüntüleri otizmin en belirgin özellikleridir. Bu ilgiler, zeka düzeyiyle ilişkilidir. Otizmliler hastalar, vücudunu sallama, dönme, nesne döndürme, bazı objelere yoğun bir şekilde bağlanma, objeleri dizme, rutinelere bağlı kalma, konuşma gelişmişse belirli bir konuda sürekli konuşma gibi davranışsal problemler göstermektedir.<sup>90</sup>

Yüksek fonksiyonlu otizmi olanlarda; haritaları okuma, hava durumunu takip etme, sevdiği takımdaki futbolcuları takip etme gibi daha karmaşık ilgiler görülebilir. Kendi etrafında dönme ve çamaşır makinesini izleme, arabanın sadece tekerleğiyle oynama gibi dönen eşyalara ilgi oldukça fazladır. Otistik çocuklar nesnelerin belirli parçaları ile sürekli oynayabilirler. Mesela elbiselerin düğmeleri, oyuncağın bir parçası ile saatlerce oynayabilirler. Müziğe karşı da aşırı ilgileri vardır.<sup>91</sup> Ek olarak, bu çocuklarda obsesif-kompulsif davranışlar, öfke, uyku ve yeme problemleri de sık rastlanan davranışsal problemlerdir.<sup>92</sup>

#### **2.5. DSM-IV'E GÖRE OTİSTİK BOZUKLUK ÖLÇÜTLERİ**

**A.** 1, 2 ve 3. Ölçütlerden altısı (ya da daha fazlası) ve 1. Ölçütten en az iki ve 2 ve 3. Ölçütlerden birer tanesi:

<sup>88</sup> Jan Piek and Murray Dyck, "Sensory-motor deficits in children with developmental coordination disorder, attention deficit hyperactivity disorder and autistic disorder", *Human movement science*, 2004, 23(3), s. 475-488.

<sup>89</sup> Whitman, a.g.e., s. 134

<sup>90</sup> Whitman, a.g.e., s. 136

<sup>91</sup> Whitman, a.g.e., s. 61-66.

<sup>92</sup> Whitman, a.g.e., s. 75-78.

(1) aşağıdakilerden en az ikisinin ortaya koyduğu üzere sosyal etkileşimlerde niteliksel bozulma:

- a) Göz teması, yüz ifadeleri, beden duruşu ve jestler gibi sosyal etkileşimi düzenleyen sözel olmayan davranışlarda belirgin bozulma;
- b) Gelişim düzeyine uygun akran ilişkileri kuramama;
- c) Başka insanlarla zevk, ilgi ve başarıları paylaşmaya yönelik kendiliğinden arayışın olmaması;
- d) Sosyal ve duygusal karşılıklılığın olmaması.

(2) İletişimde bozulmalar, örneğin:

- a) Konuşma dilinin gelişiminde gecikme;
- b) Başkalarıyla konuşma başlatma ya da konuşmayı sürdürme yeteneğinde belirgin bozulma;
- c) Dilin stereotip ya da yinelenen bir biçimde kullanılması ya da kendine özgü dil;
- d) Gelişim düzeyine uygun çeşitli, kendiliğinden yap-ınan oyunlarının eksikliği.

(3) Stereotip davranış, ilgi alanı ve etkinlik örüntüleri, aşağıdakilerden en az biri doğrultusunda:

- a) Ya yoğunluk ya da odaklanma bakımında anormal bir ya da birden fazla stereotip ve kısıtlı ilgi örüntüleri ile kuşatılmış meşguliyet;
- b) Belirli işlevsel rutin ya da ritüellere görünüşte esnek olmayan bir bağlılık;
- c) Stereotip ve yinelenen motor kişisel özellikler ;
- d) Nesne parçaları ile sürekli meşguliyet.

**B.** Aşağıdaki var olan üç alandan birinde, 3 yaşından önce başlayan, işlevsel gecikme ya da anormallik: (1) sosyal etkileşim, (2) sosyal iletişimde kullanılan dil (3) sembolik ya da hayali oyun

## **2.6. OSB OLAN ÇOCUKLARIN AİLELERİNİN YETERSİZLİĞE TEPKİLERİ**

Yeni bir bireyin aileye katılımı ailenin daha önce oluşturduğu dengeleri ve sistemi oldukça ciddi bir şekilde değiştirmektedir.<sup>93</sup> Diğer bir deyişle aileyi oluşturan bireyler daha önce tanımlanmış ve yerine getirilmesinde bir rutinin olduğu rollerin hızla değiştiğini ve yeni sorumlulukların bu rollere eklendiğini görmekte ve bu duruma karşı reaksiyon geliştirmektedir. Bu gibi değişikliklere verilen ilk reaksiyon genellikle strestir. Aileyi oluşturan ebeveynlerin bu gösterdiği stres reaksiyonu alan

<sup>93</sup> Samuel Gladding, *Family Therapy: History, Theory and Practice*, Pearson Education, New Jersey, 5(1), 2011.

yazında "ebeveynlik stresi" olarak tanımlanmaktadır.<sup>94</sup> Ebeveyn stresinin hem ailenin işleyişine hem de yeni katılan bireyin gelişimine etkisi hem psikoloji alan yazınında hem de özel eğitim alan yazınında çalışılan bir konudur. Ancak normal gelişim gösteren bir bireyin aileye katılımı sonucu ortaya çıkan ebeveyn stresi ailenin öz kaynakları ile yönlendirilebilmektedir.<sup>95</sup>

Aileye yeni katılan bireyin aile sistemi içerisinde yarattığı değişim ve belli bir yere kadar karmaşa aileyi oluşturan bireylerin stres reaksiyonu geliştirmelerine neden olurken yetersizliği olan bir bireyin aileye katılımı aile bireylerinin gösterdiği stres reaksiyonunun ağırlaşmasına ve kronik hale gelmesine neden olabilmektedir. Ebeveynler, yeni bireyin dünyaya gelmesi için hazırlandığı dönem olan hamilelik döneminde yeni bireye yönelik birçok hayaller kurmakta ve kurduğu bu hayallerin yetersizliği olan bir çocuk ile karşılaşması sonucu yıkılmaktadır.<sup>96</sup> Bu durum bile başlı başına bir stres kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır.<sup>97</sup> Diğer bir deyişle, çocuğun bir yetersizlikle doğması hem beklenmedik bir durum hem de kalıcı olması nedeniyle ebeveynlerin stresörlere karşı kırılganlığını arttırmaktadır.<sup>98</sup> (Yapılan araştırmalar diğer bütün stres kaynaklarına ek olarak, yetersizliğin aile için yeni ve önemli bir stres kaynağı olduğunu göstermektedir.<sup>99</sup> Tüm yetersizlik türleri arasında OSB olan çocukların ebeveynlerinin yaşadıklarının ayrı bir yeri olduğunu söylemek yanlış olmayan bir yaklaşım olarak değerlendirilmelidir. Holroyd ve McArthur, (1976) OSB olan çocukların annelerinin hem kendileri hem de aileleri için down sendromu ve genel psikiyatrik bozukluğu olan çocukların ailelerinden daha fazla problem rapor ettiklerini belirtmişlerdir. OSB olan çocuğun bakımını gerçekleştirmenin psikolojik ve duyuşsal bileşenleri ile başa çıkma süreci ebeveynlerin/bakım verenlerin psiko-sosyal sağlıkları için önemli bir tehdit oluşturmaktadır.<sup>100</sup> Çünkü OSB olan çocuklar ile ebeveynleri arasındaki günlük ilişkinin normal gelişim gösteren çocuklara göre çok daha zorlayıcı olduğu

<sup>94</sup> Ashum Gupta and Nidhi Singhal, "Psychosocial support for families of children with autism", *Asia Pasific Disability Rehabilitation Journal*, 2005, s. 62–83.

<sup>95</sup> Aşar Ardıç, Otistik Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Çocukların Ailelerine Yönelik Bir Psiko-Eğitsel Grup Programının Ebeveynlerin Bazı Psikolojik Değişkenleri Üzerindeki Etkisi, Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, 2013. (**Yayınlanmış Doktora Tezi**).

<sup>96</sup> Aşar Ardıç, **Özel Gereksinimli Çocuk ve Aile**, Vize Yayıncılık, Ankara, 3.Basım, 2013.

<sup>97</sup> GLIDDEN L.M. and SCHOOLCRAFT S.A., "Depression its Trajectory and Correlates in Mothers Rearing Children With Intellectual Disability", *Journal of Intellectual Disability Research*, 2013, no.47, s. 250-263.

<sup>98</sup> Jones ve Passey, a.g.e., s. 44-48.

<sup>99</sup> Dumas J.E., Wolf L.C., Fisman S.N. and Culligan A., "Parenting Stress Child Behavior Problem and Dysphoria in Parents of Children With Autism, Down Syndrome", *Behavior Disorders And Normal Development*, 1999, 2(1), s. 91-110.

<sup>100</sup> Higgins D.J., Bailey S.R. and Pearce J.C., "Factors Associated With Functioning Style and Coping Strategies of Families With a Child With an Autism Spectrum disorders", *Autism*, 2005, 9, s. 125-137.

bilinmektedir.<sup>101</sup> Bu durumun temel nedeninin OSB olan çocukların ailelerinin daha çok engelleyici durumlarla karşılaştıkları ve daha fazla stres yaşamaları olarak değerlendirilmiştir.<sup>102</sup>

OSB olan çocukların ailelerinin yaşadıkları bu yoğun psikolojik problemlerin temelinde OSB'nin doğasının getirdiği sorunlar olduğunu söylenebilir.<sup>103</sup> OSB olan çocukların aileleri ile yapılan çalışmalar yetersizliğin davranışsal, sosyal ve bilişsel doğası ile ebeveynlik stresi arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalar yüksek ebeveynlik stresinin ağır otistik belirtiler ile ilişkili olduğunu göstermektedir.<sup>104</sup> OSB olan çocukların sosyal ve iletişim yetersizlikleri, problem davranışları ve bağımlık düzeyleri ailelerin belirttikleri yüksek düzeyde stres ile ilişkilidir.

Araştırma sonuçları, OSB olan çocuğa sahip ailelerde çocuktaki davranış problemlerinin olması ailenin yaşadığı stres düzeyini etkileyen bir etken olduğunu göstermektedir. Ayrıca ailenin yaşadığı stresin nedenlerini belirlemek ve strese sebep olabilecek durumları yönlendirmek yalnızca aile dinamiklerinin olumlu bir şekilde etkilenmesinin dışında aynı zamanda stresin neden olabileceği kriz öncesinde, sırasında ve sonrasında ailenin ve doğrudan OSB olan çocuğun uygun hizmetler ve müdahaleler alması açısından da gereklidir.<sup>105</sup>

OSB olan çocuğa sahip ailelerin, yetersizliği olan çocuğunun davranış problemleriyle ilişkili olarak stres, depresyon ve kaygı düzeyinde artış olduğunu belirtmiştir.<sup>106</sup> Scarpa ve Rezendes (2011) tarafından gerçekleştirilen araştırmada, çocuğun davranış problemleri ve ailenin yaşadığı kaygı/depresyon arasında ilişki ve bu ilişki ile ailenin stres ve öz yeterlik rollerinin etkileşimi incelenmiştir. Bu

<sup>101</sup> Fitzgerald M., Birkbeck G. and Matthews P., "Maternal Burden in Families With Children With Autistic Spectrum Disorder", *The Irish Journal of Psychology*, 2002, no.23, s. 2-17.

<sup>102</sup> Sanders J.L. and Morgan S.B., "Family Stress and Adjustment as Perceived By Parents of Children with Autism and Down Syndrome: Implications for Intervention", *Child and Family Behavior Therapy*, 1997, 19(4), s. 15-32.

<sup>103</sup> Avşar Ardiç, Otistik Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Çocukların Ailelerine Yönelik Bir Psiko-Eğitsel Grup Programının Ebeveynlerin Bazı Psikolojik Değişkenleri Üzerindeki Etkisi, Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, 2013. (Yayınlanmış Doktora Tezi).

<sup>104</sup> Hastings R.P. and Johnson E., "Stress in Uk Families Conducting Intensive Home-Based Behavioural Interventions For Their Young Child With Autism", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2001, 31(3), s. 327-336.

<sup>105</sup> Tekin-İftar E. ve Kutlu M., *Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar ve eğitimler Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların aileleri: Aileleri anlama ve işbirliği kurma*, Vize Basın Yayın, Ankara, 2013.

<sup>106</sup> Scarpa A. and Rezendes D.L., "Associations Between Parental Anxiety/Depression and Child Behavior Problems Related to Autism Spectrum Disorders: The Roles of Parenting Stress and Parenting Self-Efficacy", *Hindawi Publishing Corporation Autism Research and Treatment*, 2011, s. 1-10.

çalışmanın bulguları, ailenin stresinin, ailenin öz yeterlik algısının azalması ve çocuğun problem davranışlarının artmasıyla arttığını göstermektedir. Diğer bir deyişle ailenin öz yeterlik algısı ile ailenin stres ve depresyonu/kaygısı arasında negatif yönlü bir ilişki bulgulanırken problem davranış örüntüsü ile ailenin stresi ve depresyonu/kaygısı arasında pozitif yönlü bir ilişkinin varlığı bulunmuştur.<sup>107</sup>

OSB olan çocuğun bakımıyla ilgili ihtiyaçların yanı sıra, özellikle annelerin söz konusu durumdan kaynaklı olarak üzüntü yaşamayı, çocuğunun yaşamsal gereksinimlerini idare etmesi ve çocuğun davranışlarını sosyal ortamlarda kontrol etmek zorunda kalması psikolojik sağlıklarının olumsuz bir şekilde etkilenmesine neden olmaktadır.<sup>108</sup> Anneler, kendi ihtiyaçları ve sosyal faaliyetleri için kendilerine zaman ayırmada yaşadıkları sorunlar nedeniyle bu durum daha da ağırlaşmaktadır. Eğitim düzeyinin düşmesi ve gelirin azalması annelerin daha çok zorlanmasına neden olmaktadır.<sup>109</sup> Bütün bu nedenler sonucunda yapılan araştırmalar ve klinik görüşmeler yetersizliği olan bireylerin ebeveynlerinde bazı psikolojik sorunların ortaya çıktığını göstermektedir. OSB olan çocukların anneleriyle yapılan çalışmada yapılandırılmış tanısal görüşmeler sonucunda en sık görülen psikiyatrik bozuklukların depresif bozukluklar ve sosyal fobi olduğu belirlenmiştir.<sup>110</sup>

Yukarıda belirtilen etkenlere ek olarak, OSB tanısı alan çocukların bedensel engellilerde olduğu gibi görünürde olmayan durumlarından dolayı tanının geç konulması, OSB'nin tam olarak açıklamasının olmayışı, toplum tarafından yaygın olarak tanınmaması ve doğumdan bir süre sonra ortaya çıkması nedeniyle ebeveynlerin kendini anne-baba olarak yeterliliğinden kuşkuya düşmesine neden olabilmektedir.<sup>111</sup>

Yetersizliği olan çocukların özellikle erken çocukluk döneminde en yoğun etkileşim içerisinde bulunduğu yetişkin grubu ailesi ya da diğer bir deyişle ebeveynleridir. Bu nedenle ebeveynlerin sağlıklı karar almaları ve çocuklarının gelişimlerini desteklemeleri son derece önemlidir.<sup>112</sup> Bu nedenle hem çocukların

<sup>107</sup> Debra Rezendes and Angela Scarpa, a.g.e., s. 1-10.

<sup>108</sup> Higgins, a.g.e., s. 125-137.

<sup>109</sup> Phetrasuwan S. and Miles M.S., "Parenting Stress in Mothers of Children With Autism Spectrum Disorders", *Journal of Specialists Pediatric Nursing*, 2009, 14(3), s. 157-165.

<sup>110</sup> Türkyay Demir vd., "Otistik bozukluğu olan çocukların annelerinde birinci eksende yer alan psikiyatrik bozuklukların araştırılması", *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2000, 13(2), s. 82-86.

<sup>111</sup> Fırat Sunay, Ayşe Avcı ve Gülşah Seydaoğlu, "Otistik Çocukların Anne- Babalarının Psikometrik Değerlendirilmesi 10. Ulusal Özel Eğitim Kongresinde Sunulan Bildiri" *Mustafa Kemal Üniversitesi*, Hatay, 2001.

<sup>112</sup> Ardıç, a.g.e., s. 57-65.

gelişiminin desteklenmesi hem de ebeveynlerinin psikolojik sağlıklarının iyileştirilmesi için yetersizliği olan çocukların ebeveynlerinin psikolojik sağlıkları ile ilişkili değişkenlerin belirlenmesi önemlidir. OSB tanısı almış çocuğa sahip 165 anne ile yapılan bir araştırmada; annenin eğitim durumu, ev dışında bir işte çalışma, eşin eğitimi durumu, aylık gelir, sahip olunan çocuk sayısı, OSB olan çocuğu ilk fark eden kişi, çocuklara doğumdan itibaren bakan kişi, şuan bakıcı yardımı alıp almama ve otizm derecesini algılama değişkenlerinin, bu annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyini ve depresyonlarını yordadığı sonucuna ulaşılmıştır.<sup>113</sup> Aynı zamanda annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyi ile sahip oldukları depresyon düzeyleri arasında bir ilişkinin varlığı da belirtilmiştir.<sup>114</sup>

OSB olan çocukların, normal gelişim gösteren çocuklar gibi aileleriyle iletişime geçmediği, çevresindeki kişiler ile göz kontağı kurmadığı, birçoğunun konuşmadığına ve rutinleri olduğuna, rutinlerinin değiştirilmesi durumunda aşırı tepki gösterdiğine dikkat çekilmiştir.<sup>115</sup> Bu nedenlerden dolayı ailelerin çocuklarına uyum sağlamalarının ve karşılaşılan durumla baş etmelerinin diğer engel gruplarına göre daha güç olduğu belirtilmiştir.<sup>116</sup> Bu nedenle, OSB olan çocukların ailelerinin/ebeveynlerinin psikolojik sağlıkları diğer yetersizlik gruplarının ailelerinin/ebeveynlerinin psikolojik sağlıklarından daha fazla risk altında olduğunu söylemek yerinde olacaktır.

Alan yazında OSB olan çocukların ailelerinin psikolojik sağlıklarının desteklenmesine ilişkin sınırlı sayıda araştırma söz konusudur.<sup>117</sup> Bu araştırmalar sonuçları açısından değerlendirildiğinde özellikle OSB olan çocukların ebeveynlerinin psikolojik sağlıklarına etkileri tartışmalıdır.<sup>118</sup> Ancak yetersizliği olan çocukların ailelerinin depresyon düzeylerini azaltmaya ve problem çözme becerilerini geliştirmeye yönelik kurgulanmış grupla psikolojik danışma çalışmalarının OSB olan çocuğa sahip anneler üzerinde olumlu etkilerinin olduğu araştırmalar söz konusudur.<sup>119</sup> Çalışma öncesi ve sonrasında yapılan ölçümlere

<sup>113</sup> Ertan Görgü, 3–7 Yaş Arası Otistik Çocuk Sahibi Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, **Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul, 2005.

<sup>114</sup> Görgü, a.g.e., s.44-52.

<sup>115</sup> Diken İ.H., **Özel Eğitime Gereklinimi Olan Öğrenciler ve Özel Eğitim**, Pagem Akedemi, Ankara, 2013.

<sup>116</sup> Norton P. and Drew C., "Autism and Potential Family Stressors", **American Journal of Family Therapy**, 1994, 22(1), s. 67-76.

<sup>117</sup> Ardiç, a.g.e., s. 47-55

<sup>118</sup> Ardiç, a.g.e., s. 47-55

<sup>119</sup> Yukay-Yüksel M. ve Bostancı-Eren S., "Otistik Çocuğa Sahip Ailelerle Yapılan Grupla Psikolojik Danışma Çalışmasının Ailelerin Depresyon ve Problem Çözme Becerileri Üzerine Etkisi", **Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi**, 2007, 25(1), s. 197-210.

uygulanan istatistiksel analizler incelendiğinde, annelerin depresyon düzeylerinde azalma ve problem çözme becerilerinde artış olduğu belirtilmiştir.<sup>120</sup>

## 2.7. İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Yetersizliği olan çocukların ailelerinin ya da ebeveynlerinin bu yetersizlikle ilişkili olarak yaşadıkları psikolojik sağlık problemlerinin incelenmesi özel eğitim alanında son zamanlarda yaygın olarak çalışılan konulardan biri olmuştur.<sup>121</sup> Bu çalışmanın amacı doğrultusunda hem yurtdışında hem de yurtiçinde bu konuda yapılan araştırmaların burada kısaca özetlenmesinin yerinde olacağı düşünülmüştür. Böylece bu araştırmanın bulguları ile hem yurtdışında yapılmış araştırma bulgularını hem de yurtiçinde yapılmış araştırma bulgularını karşılaştırma olanağı kazanılmıştır.

Özel eğitim alanında yetersizliği olan çocukların ebeveynlerine uygulanan ilk müdahale yaklaşımını Bristol, Gallagher ve Holt (1993) tarafından psiko-eğitsel müdahale olarak gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada OSB olan sahip çocukları olan 28 annenin depresif etkileri üzerinde araştırmacılar tarafından hazırlanan psiko-eğitsel programın etkisi incelenmiştir. Çocuklarının engellerini anlama, öğrenme ve davranış problemlerini yönetmelerine yardımcı olmak için hazırlanan psiko-eğitimsel terapi programına katılan annelerin depresif semptomları zamanla azalırken, terapi almayan anneler zaman içinde değişiklik göstermediği gözlenmiştir. Bu çalışma dolaylı yoldan OSB olan çocukların annelerinin depresyon düzeyleri ile annelerin yetersizliğe yönelik bilgi eksiklikleri, OSB olan çocukların öğrenme ve davranış problemleri arasında bir ilişkinin olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Hart (2004) tarafından yapılan nitel ve nicel araştırmada OSB olan çocuğa sahip ailelerdeki stres, kaygı ve depresyon düzeylerini incelemiştir. 71'i deney, 40'ı kontrol grubunda 111 aile yer almıştır. Elde edilen bulgular sonucunda, otistik çocuk sahibi annelerin stres, kaygı ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğuna ulaşılmıştır.

Cohen ve Tsiouris (2006) OSB olan çocuğun annelerinin yinelenen annelik duygu durumu ile OSB olan çocuklarının artan bilişsel ve uyum davranışları arasında, artan problem davranışlar ve öğretmenlerin rapor ettiği davranışları içselleştirme biçimlerinde ilişki bulunmuştur. Annelerin geçmişteki kaygı bozuklukları ve annelik depresyonu ya da kaygı bozuklukları, çocuklardaki uyumsuz davranış

<sup>120</sup> Yüksel ve Eren, a.g.e., s. 197-210.

<sup>121</sup> Ardıç, a.g.e., s. 47-55.



seviyesi ya da uyum/bilişsel işlev seviyesi ile ilişkili olmadığını belirtmiştir. Diğer bir deyişle Cohen ve Tsiouris (2006) araştırma bulgularını değerlendirdiklerinde ebeveynlerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile OSB olan çocukların sorun davranışları ve bilişsel seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır.

Rarity (2007) OSB olan çocukların anne ve babaların verdiği yas tepkileri arasındaki farklılığı incelediği araştırmasında, 32 aileye yas tepkilerinin ölçüldüğü Yas Beklentisi Ölçeği (The Anticipatory Grief Scale) uygulamıştır.<sup>122</sup> Elde edilen araştırma sonuçlarına göre annelerin bu ölçekten aldıkları puanlar, babaların puanlarından anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Annelerin babalara göre daha fazla anksiyete, depresyon ve stres yaşadıkları ve tanıdan sonraki zamanda verilen tepkilerin zaman içerisinde anlamlı olarak farklılaşmadığı bulunmuştur. Diğer bir deyişle zaman değişkeninin annelerin ve babaların yetersizliğe yönelik tepkilerinde anlamlı bir değişime neden olmadığı görülmüştür.

Benson ve Karlof (2009) yaptıkları çalışmada OSB olan çocuğun bakımından sorumlu kişilerde görülen stres ve stres dallanmasının bu kişilerde depresyonun ortaya çıkmasında önemli bir etken olarak görüldüğü belirtmişlerdir. Yetersizliğin ve yetersizlikle ilişkili semptomların miktarındaki artışın aileyi oluşturan bireylerin stresini ve stres dallanmasını arttırdığını ve bu durumda aile depresyonu üzerinde depresyonu artırıcı bir etkisinin olduğunu bulmuşlardır. Bununla birlikte, sosyal desteğin zaman içerisinde ailelerin depresyonu üzerinde azaltıcı bir etkinin olduğu rapor edilmiştir.

Fávero-Nunes ve Santos (2010) OSB olan çocuğa sahip annelerdeki disfori/depresif belirtilerin yaygınlığını değerlendirmek; aynı zamanda yaşam kalitesi ve sosyo-demografik özgeçmiş arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Annelerin %15'inin disfori/depresyon ölçütlerini karşıladığı bulunurken annelerin %70'inin yaşam kalitelerini olumlu olarak değerlendirdiğini ancak bu olumlu değerlendirmeye karşılık annelerin sadece %40'ı sağlıklarından memnun olduğunu bulunmuşlardır.

Scarpa ve Rezendes (2011) yaptıkları çalışmada OSB olan çocuğa sahip ailelerin sahip oldukları depresyon durumu ile ilişkili değişkenleri incelemişlerdir. 134 anneden oluşan bir örneklem kullanarak, bu potansiyel araçlar olarak test edilmiştir. Ailenin stresinin, azalan öz yeterlik ve çocuğun problem davranışları arasındaki

---

<sup>122</sup> Rarity J.C., Nonfinite grief in families with children on the autism spectrum a dissertation, St. Mary's University, Kanada, 2007. (**Yayınlanmamış Doktora Tezi**).

ilişkiye aracı olduğunu ve aynı zamanda ailenin azalan öz-yeterlik duygusunun, ailenin stresi ve artan depresyon/kaygı ilişkisine aracı olduğu ifadesini belirtmiştir. Diğer bir deyişle, bu çalışmada OSB olan çocuğun davranış problemleri ile ailenin yaşadığı kaygı/depresyon arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu bulunurken, ailenin stres ve öz yeterlik algılarının bu ilişki ile aracı değişken olarak çalıştığını bulmuşlardır.

Benson ve Kersh (2011) OSB olan çocukların aileler ile gerçekleştirdikleri boylamsal araştırmalarında evlilik kalitesinin annelik duygusu ile ilişkili üç göstergelyi incelemişlerdir; depresyon, anne-babalık etkisi ve psikolojik olarak iyi olma hali. Çoklu regresyon analizi, evlilik kalitesinin belirgin olarak annelik uyumunun bir göstergesi olduğunu göstermiştir. Yatay regresyonlarda, evlilik kalitesi annelik depresyonunu olumsuz şekilde ve anne babalık etkisini, iyi olma durumunu olumlu olarak etkilediği görülmüştür. Evlilik kalitesinin ilk düzeyleri annelik depresyon durumunu negatif olarak yordarken ve izleme çalışmalarında iyi olma durumunu olumlu olarak yordamıştır. Aynı zamanda evlilik kalitesinin ailenin sosyo-ekonomik durumu ve annelik iyi olma durumu ile pozitif yönlü ilişkisi olduğu bulunmuştur.

OSB olan çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeyleri ile ilişkili değişkenlerin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalar bu ailelerin depresyon düzeylerinin (a) yetersizliğe yönelik bilgi eksiklikleri ile negatif yönlü (Bristol, Gallagher ve Holt, 1993), (b) OSB olan çocukların öğrenme ile negatif yönlü (Bristol, Gallagher ve Holt, 1993), ve (c) OSB olan çocukların davranış problemleri ile pozitif yönlü (Bristol, Gallagher ve Holt, 1993; Cohen ve Tsiouris, 2006), (d) OSB olan çocukların bilişsel ve uyum davranışları ile negatif yönlü (Cohen ve Tsiouris, 2006), (e) aile içi stres (Scarpa ve Rezendes, 2011) ve stres dallanmasının pozitif yönlü (Benson ve Karlof, 2009), (f) sosyal desteğin negatif yönlü (Benson ve Karlof, 2009), (g) ailenin algılanan öz yeterlilik algısı ile negatif yönlü (Scarpa ve Rezendes, 2011) ve (h) evlilik kalitesi ile negatif yönlü (Benson ve Kersh, 2011) ilişkili olduğunu bulurken OSB olan çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında ilişkinin olmadığını (Fávero-Nunes ve Santos, 2010) bulmuşlardır.

Ülkemizde OSB olan çocukların ailelerinin psikolojik sağlıklarına yönelik çalışmaların neredeyse yurtdışında yapılan çalışmalar ile aynı zamanda başladığını söylemek yanlış olmayacaktır. Bu bölümde OSB olan çocukların ailelerinin psikolojik sağlıklarına yönelik yurtiçinde yapılan çalışmalar kısaca özetlenmiştir.

Gündoğdu (1995) OSB olan çocukların annelerinin ve babalarının evlilik uyumları ile normal gelişim gösteren çocuğa sahip annelerin ve babalarının evlilik uyum algılamalarını karşılaştırılmıştır. Bunun yanı sıra, OSB olan çocuğa sahip annelerin ve babaların durumluk-sürekli kaygı ve depresyon düzeyleri ile normal gelişim gösteren çocuğa sahip annelerin ve babaların durumluk-sürekli kaygı ve depresyon düzeylerini de karşılaştırmıştır. OSB olan çocukların anne ve babalarının evlilik uyumuna ilişkin algılarının, normal gelişim gösteren çocuğa sahip anne ve babalara göre daha olumlu olduğu bulunmuştur. Bu bulguya rağmen OSB olan çocukların annelerinin ve babaların durumluk-sürekli kaygı ve depresyonları, normal gelişim gösteren çocuğa sahip annelerin ve babaların göre daha yüksek bulunmuştur. Diğer bir şekilde ifade etmek gerekirse bu araştırma sonuçlarına göre evlilik uyumu ile durumluk-sürekli kaygı ve depresyon arasında bir ilişkinin olmadığı söylenebilir.

Beşikçi (2000) OSB tanısının konulmasından sonra geçen zamanın OSB olan çocukların annelerinin durumluk-sürekli kaygı ile depresyon düzeyleri üzerindeki etkisini araştırmıştır. OSB tanısını yeni almış çocuğa sahip annelerin depresyon ve durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin, OSB tanısı daha önceden konmuş ve tanı üzerinden belirli bir süre geçmiş OSB olan çocukların annelerine göre daha yüksek olduğunu bulunmuştur. Aynı zamanda OSB olan ocuk annelerinin normal gelişim gösteren çocuklara sahip annelere göre depresyon düzeyleri ile durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlenmiştir. OSB olan çocukların babaları arasında tanı zamanına göre depresyon ve kaygı düzeyleri açısından bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Fakat OSB olan çocukların babalarının, normal gelişim gösteren çocukların sahip babalarına göre depresyon ve durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulguların yanı sıra, anne ve babaların sürekli kaygı ve depresyon düzeyleri de kendi içinde karşılaştırılmıştır. OSB tanısı önceden konmuş ve tanı konulmasının üzerinden belirli bir süre geçmiş OSB olan çocukların annelerin depresyon ve sürekli kaygı düzeyleri aynı durumdaki çocukların babalarının depresyon ve sürekli kaygı düzeylerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur. OSB tanısı yeni konmuş OSB olan çocukların annelerinin depresyon ve durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin aynı durumda olan çocukların babalarının depresyon ve durumluk-sürekli kaygı düzeylerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Normal gelişim gösteren çocukların anne ve babaları arasında depresyon ve kaygı düzeyleri açısından bir farklılık görülmemiştir. Diğer bir deyişle OSB tanısının konulmasından sonra geçen zaman OSB olan çocukların anne ve babaların depresyon düzeylerini düşürmektedir. Bunun yanı sıra, yetersizliğin OSB

olan çocukların anne ve babalarına etkisi en azından depresyon ve kaygı düzeyinde farklılaşmaktadır.

Demir, Mukaddes ve Demir (2000) OSB olan çocukların anneleriyle yapılandırılmış tanısal görüşmeler ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında en sık görülen psikolojik bozukluğun depresif bozukluklar ve sosyal fobi olduğu belirtmişlerdir. Aynı zamanda depresif bozukluk ve sosyal fobi ile OSB olan çocuğun yetersizlikten etkilenme düzeyi arasında bir ilişkinin var olabileceğinden bahsetmişlerdir.

Görgü (2005) OSB ve 3–7 yaş aralığında çocukları olan 165 annenin algıladıkları sosyal destek düzeyi ve depresyonları arasındaki ilişkiyi ve bu değişkenleri yordayabilecek değişkenleri belirlemeye çalıştığı araştırmada; OSB olan çocukların annelerinin yaşının, medeni durumlarının, OSB olan çocuğun doğum sırasının, OSB olan çocuğun cinsiyetinin, OSB olan çocuğun yaşının, OSB olan çocuğa tanı konulma süresinin, annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyi ile depresyonlarını yordamadığı belirlenmiştir. Annenin eğitim durumu, ev dışında bir işte çalışma, eşin eğitim durumu, aylık geliri, sahip olunan çocuk sayısı, OSB olan çocuğun yetersizliğini ilk fark eden kişi, çocuklara doğumdan itibaren bakan kişi, şu an bakıcı yardımı alıp almama ve çocuğun OSB'den etkilenme düzeyi gibi değişkenlerinin ise annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyi ile depresyonlarını yordadığı bulunmuştur.

Yukay-Yüksel ve Bostancı-Eren (2006) OSB olan çocukların annelerin depresyon düzeylerini azaltmaya ve problem çözme becerilerini geliştirmeye yönelik kurgulanmış grupla psikolojik danışma çalışmasının otistik çocuğa sahip anneler üzerinde etkili olduğu gözlenmiştir. Çalışma öncesi ve sonrasında yapılan ölçümlere uygulanan istatistiksel analizler incelendiğinde, annelerin depresyon düzeylerinde azalma ve problem çözme becerilerinde artma olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu dolaylı olarak OSB olan çocukların annelerinin depresyon düzeylerinin problem çözme davranışları ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Ergin, Şen, Eryılmaz, Pekuslu ve Kayacı (2007) engelli çocuğa sahip olan ebeveynlerin depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada çocuğun cinsiyeti, yaşı, eğitim aldığı süre gibi değişkenlerin, ebeveynlerin depresyon düzeyini etkilemediği bulunmuştur.

Dorukan, Erdem, Tufan ve Türkbay (2010) OSB olan çocukların annelerinin baş etme tutumları ve bu tutumların annelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile ilişkisi araştırmışlardır. OSB olan çocuğun annelerinin depresyon ve kaygı ölçeği puanlarının kontrol grubundan yüksek olduğu bulunmuş ve baş etme tutumlarının depresyon düzeyi ile negatif yönlü bir ilişkisi olduğunu belirtmişlerdir.

OSB olan çocukların ailelerinin psikolojik sağlık durumuna yönelik yapılan araştırmalar bu aileleri oluşturan bireylerin karşılaştıkları en temel psikolojik sorunun depresyon olduğunu göstermektedir.<sup>123</sup> Bu nedenle, OSB olan çocukların ailelerinin, özellikle annelerinin, depresyon düzeyleri ile ilişkili değişkenlerin belirlenmesine yönelik yurtiçinde yapılan çalışmalar yukarıdaki bölümde özetlenmiştir. Yurtiçinde yapılan bu çalışmalar incelendiğinde OSB olan çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeyi ile (a) OSB tanısından sonra geçen zamanın negatif yönlü (Beşikçi,2000), (b) OSB olan çocuğun yetersizlikten etkilenme düzeyiyle pozitif yönlü (Demir, Mukaddes ve Demir, 2000; Görgü, 2005), (c) annenin eğitim durumunun negatif yönlü (Görgü, 2005), (d) annenin ev dışında bir işte çalışmasının negatif yönlü (Görgü, 2005), (e) annenin eşin eğitim durumu ile negatif yönlü (Görgü, 2005), (f) ailenin aylık geliri ile negatif yönlü (Görgü, 2005), (g) ailenin sahip olunan çocuk sayısı ile pozitif yönlü (Görgü, 2005), (h) OSB olan çocuğun ebeveyninin problem çözme becerileri ile negatif yönlü (Dorukan, Erdem, Tufan ve Türkbay, 2010; Yukay-Yüksel ve Bostancı-Eren, 2006) ilişkili olduğu bulunurken OSB olan çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeyi ile (a) evlilik uyumu (Gündoğdu,1995), (b) OSB olan çocukların annelerinin yaşının (Görgü, 2005), (c) ebeveynlerin medeni durumlarının(Görgü, 2005), (d) OSB olan çocuğun doğum sırasının (Görgü, 2005), (e) OSB olan çocuğun cinsiyetinin (Ergin, Şen, Eryılmaz, Pekuslu ve Kayacı, 2007; Görgü, 2005), (f) OSB olan çocuğun yaşının (Ergin, Şen, Eryılmaz, Pekuslu ve Kayacı, 2007; Görgü, 2005), (g) OSB olan çocuğa tanı konulma süresinin (Görgü, 2005), (h) OSB olan çocuğun aldığı eğitimin süresinin (Ergin, Şen, Eryılmaz, Pekuslu ve Kayacı, 2007) ilişkili olmadığı bulunmuştur.

---

<sup>123</sup> Türkay Demir vd., "Otistik bozukluğu olan çocukların annelerinde birinci ekseninde yer alan psikiyatrik bozuklukların araştırılması", *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2000, 13(2), s. 82-86.

## 2.8. PSİKOLOJİK BELİRTİLER

### 2.8.1. Depresyon ve Tanımı

Depresyonun kökü Latince'den, "depressus" olarak gelmektedir. Aşağı doğru bastırmak, bitkin, gamlı, kederli, meyas etmek, cesaretini kırmak, donuklaştırıp durgunlaştırmak anlamlarına gelmektedir. Aynı zamanda biyo-psiko ve sosyal nedenlere bağlı olan duygu durum bozukluğu olarak ifade edilmektedir. Depresyon sözlük anlamı olan çökkünlük olarak da tanımlanmaktadır.

Beck (1972) göre depresyon; duygusal semptomlar, kederli hissetme, kendinden hoşnut olmama, doyumsuzluk, ilgi azalması, ağlama nöbetleri geçirilmesi ve neşesizlik olarak ifade edilir.

Depresyon kişiyi ruhsal olarak başlayıp fiziksel boyutta da iyi olma durumunu olumsuz etkileyen bir psikolojik rahatsızlık olarak ele alınmaktadır. Aşırı mutsuz bir duygu durumu içinde olup, konuşmada, düşünmek şeklinde, davranışlarda ağırlaşma, durgunluk, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, kaygı düşünce ve duygularıyla fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur.<sup>124</sup> Depresyonun insan üzerinde birçok olumsuz etkisi olur. Bunlar arasında öz benlik değerinde, uyku düzeninde, iştah düzeyinde değişimler, psikomotor sıkıntılar ya da gerilme, düşünsel süreçlerde bozulmalar, enerjide artma ve azalma, kendisine ve çevresine ilgide azalma, mutsuzluk ve memnuniyetsizlik sayılabilir. Depresyon genel olarak; 1 Olası faaliyetlerden ve kişinin önceden keyif aldığı olaylardan eskiden olduğu kadar keyif alamama ve bu durumlara ilgisinin yok olmasıyla ortaya çıkan, çökkünlük, karamsarlıkla keder ve elem hisleriyle devam eden depresif bir duygu durumu, 2. Zihinsel ya da fiziksel alanda enerji kaybı sebebiyle ortaya çıkan psiko-motor hareketlerde gerileme (psiko-motor baskılanma), Engelli Çocuğa Sahip Bireylerin Kişilik Özelliklerinin Depresyon ve Stres Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi The Journal of Academic Social Science Yıl:6, Sayı: 79, Ekim 2018, s. 71-90 77 3 Fikir içeriğinde kısıtlanma ile açıkça görülen kognitif gerileme (bilişsel baskılanma).

Depresyon, derin üzüntülü bir duygu durumu içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik,

<sup>124</sup> Mehbare Özkan, "Stereotipik hareket bozuklukları", *Türkiye klinikleri journal of pediatric sciences*, 2017, 13(2), s. 112-120.

karamsarlık duygusu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi özellikleri içeren bir sendromdur.<sup>125</sup>

Depresyon, duygusal durumla, bellek ve düşünmeyle ilgili değişiklikler, ayrıca davranışsal ve bedensel değişiklikler ile ortaya çıkan, önemli bir hastalık olarak da tanımlanmaktadır.<sup>126</sup>

Depresyon, toplumda yaygın olarak görülen, bireyin içinde bulunduğu durumdan dolayı kendini mutsuz ve yorgun hissettiği, günlük işlere karşı isteksizlik, üzüntü ve yaşamdan zevk alamama durumudur. Bireyin içinde bulunduğu bu durum zamanla davranışlarda değişiklik meydana getirir. Bu durum içerisinde birey karamsar düşünceler içerisinde geçmiş ve geleceği ile ilgili birçok şeyi olumsuz olarak değerlendirir. Geçmişte yaşadığı olaylardan dolayı kendisini suçlu ve cezalandırılmış hisseder ve geçmişin gölgesinde gelecekte olabilecekler için umutsuzluk duygusu kişiyi çaresiz hissettirir. Tüm bunlar yaşamın anlamsız olduğu düşüncesinin ortaya çıkması, yapılan günlük işler ile sosyal iletişim ve etkileşim performansında düşüş ve iş/okul yaşamında başarısızlığa neden olabilmektedir.<sup>127</sup>

Fransız psikiyatrist Jean-Phillippe Esquirol (1840), depresyonun çoğu türünün ve bağlantılı paranoid psikozların temelinde birincil olarak bir duygusal durum bozukluğu olduğunu öne süren ilk psikiyatristtir. Aaron Beck, olumsuz çizgideki düşüncelerin klinik depresyonun işareti olduğunu öne sürmüştür. Buna göre, hastalar kendilerini çaresiz hissetmekte, çoğu olayı kendisine karşı olarak yorumlamakta ve gelecekte umudu kesmektedirler. Kraepelin'e (1856-1926) göre, klinik depresyonda ana patoloji duygusal durumda çökkünlük ve fiziksel ve zihinsel süreçlerde yavaşlamadır.

Öztürk'e göre; bir depresyon nöbetinde şu ana belirtiler genellikle bulunmaktadır;

1. Çökkünlük ve bunaltı ruh hali
2. Psikomotor becerilerde yavaşlama
3. Yorulmanın çabuk isteğinin az olması
4. Geçmişte zevk alınan şeylerden zevk almama
5. İlgilerin sınırlılığı
6. Dalgın olma, dikkat yoğunlaştırmada güçlükler

<sup>125</sup> Mücahit Orhan Öztürk, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997.

<sup>126</sup> Öztürk, a.g.e., s. 57-62.

<sup>127</sup> Madhu Reddy, "Depression-the global crisis", *Indian journal of psychological medicine*, 2012, 34(3), s. 201.

7. Değersizlik içeren düşünceler
  8. geçmişte duyulan pişmanlık, gelecekte umutsuz olma
  9. uyku bozuklukları
  10. iştahın azalması, kiloda düşüş
  11. cinsel istekte azalmalar
  12. özkıyım düşünceleri (Öztürk, 1997).
- DSM-V'de Majör Depresif Epizod tanı ölçütleri şöyledir;

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri yağı (1) çökkün, duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk alamamadır.

Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtiler kapsamaz.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günü büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir ya da bu durum başkalarının gözlenir. (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)

2. Büyün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgi de belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günü büyük bir bölümünde bulunur.

3. Kilo vermeye çalışırken çok kilo verme ya da kilo alma (örneğin; bira içerisinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)

4. Neredeyse her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (acıtasyon) ya da yavaşlama (başkalarının gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı uygunsuz suçluluk duyguları (sanrisal olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama ( özel anlatıma göre ya da başkalarının gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.



B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanmaz.

Not: A-C tanı ölçütleri bir majör depresyon dönemini oluşturur.

Not: Önemli bir yitim (örneğin; yas, batıklık (parasal çöküntü), doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlarda bir depresyon dönemi andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanısıra bir majör depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar kişiden alınan öykünü ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

D. Majör depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, Şizofreni, Şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofrenin açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz. İki haftalık zaman dilimi içerisinde, eskisi gibi işlevselliğinin olmaması, beraberinde belirtilmiş bulgulardan beş ya da daha fazlasının bulunuyor olması, semptomlardan en az bir tanesinin; "depresif duygudurum ", "ilgi kaybı" veya "zevk alamama durumu" olması gerekir. Durgun olma, ilgisiz ve isteksiz olma depresyonun temelini oluşturmaktadır. Depresif hasta hem ailesine, eşine dostuna eskiden var olan ilgisini kaybettiği için şikayet eder, hem de kendisinden memnun olmadığından onlara bağımlı hale gelir. Çevresinde olan insanlar yardımcı olmaz ve destek vermezse doğru düşünemez. Bunun sonucunda karar veremez. Genellikle depresyonda olan hastalar olayları olduğu şekildedir daha ciddi bir şekilde ele alır. Aynı zamanda olaylara karamsar olarak yaklaşırlar ve hasta bireylerde arada sırada ağlama nöbetleri de görülebilmektedir.

Depresif hastalar geleceği olumsuz ve karamsar görmektedir. Ciddi depresyon geçiren hastalara göre gelecek karanlık ve umutsuzdur. Durumunun değişmeyeceğine ve iyileşemeyeceğine inanırlar. Buna ek olarak depresif hastalarda güdülenme azalabilmektedir. Ciddi depresyon geçiren hastalar yemek yemek, su içmek, yaşama katılma gibi etkinlikleri yapamazlar.

### 2.8.2. Psikoz Tanımı ve Özellikleri

Psikoz, düşünce ve duyunun ağır oranda bozulduğu zihin durumunu tanımlamakta kullanılan genel bir psikiyatri terimidir. Psikoz bir hastalığın adı değildir, bir ruh haline verilen isimdir. Psikoz kendi hislerinin ve düşüncelerinin, kendini, çevreyi ve gerçekliği görme ve anlamının, tamamen değiştiği bir haldir. Bu değişiklik genelde çevreye uyum sağlamayı zorlaştırmasından dolayı gerçekliği yaşama bozukluğu diye de adlandırılır.

Psikoz sırasında kişi kendini ve gerçekliği normalden çok daha değişik algılar. Psikoz sırasında görülen belirtilere de psikotik belirtiler denir.<sup>128</sup> Psikotik bozukluklar düşünce, algı ve davranışlarda önemli derecede sosyal, psikolojik ve mesleki işlev bozukluğuna yol açan değişikliklerdir. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) tarafından hazırlanan DSM-IV'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Akıl Sağlığı Bozuklukları için Tanısal ve İstatistik Elkitabı) göre ise psikotik bozukluklar kategorisinde şizofreni, şizoaffektif bozukluk, şizofreniform bozukluk, sanrısız bozukluk ve kısa psikotik bozukluk yer almaktadır. Psikotik belirtilerin beş temel kategoride gruplandırılabilmesi düşünülmektedir: (i) Psikoz (sanrı ve varsanılar) veya pozitif belirti boyutu (ii) Güdülenme ve harekette değişiklikler (motivasyon eksikliği, kendiliğinden konuşmada azalma, sosyal içe çekilme) veya negatif belirti boyutu (iii) Nörokognisyondaki değişiklikler (bellek, dikkat ve yürütücü işlevler) veya bilişsel belirtiler boyutu (iv ve v) affektif disregülasyon (depresif ve manik belirtiler) veya affektif belirti boyutu.<sup>129</sup>

#### **Psikozun belirtileri;**

**Sanrı:** Bir kültür içinde paylaşılmayan, gerçeğe uymayan, mantıklı düşünce ile değiştirilemeyen, direnen bir inanış demektir.

<sup>128</sup> Alexander Wunderink ve Nil Kaymaz, Şizofreni nedenleri, sonuçlar ve tedavisi, *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2000; 13(2), 68-72.

<sup>129</sup> Richard Linscott and Myin-Germeys I., "A Systematic Review and Metaanalysis of The Psychosis Continuum: Evidence For A Psychosis Proneness-Persistenceimpairment Model of Psychotic Disorder", *Psychol Med*, 2009, 39(2), p.179-95.

**Varsanı (Halüsinasyon):** Ortada bir uyaran yok iken bir algının olmasıdır. Örneğin sesler işitmek, hayaller görmek. İşitme, görme, dokunma, koku ve tat varsanılarını bulunmaktadır.

**Dağınık konuşmalar:** Cümleler düzensiz ve anlaşılmazdır. Uydurma, yapma sözcükler kullanılır. Aşırı durumlarda sözcük salatası halini alabilir.

**Karmakarışık davranışlar:** Hastanın yaptıklarında hiçbir çizgi görülemez, uğraşları tamamen yönsüz, amaçsız ve isabetsiz olur. Katatonik davranışlar ise hareketlerin ve eylemlerin anlamsız tekrarlamalarından, kesintili hareketlerden oluşur.<sup>130</sup>

Psikotik bozukluklar nadir değildir, epidemiyolojik çalışmalarda popülasyonun %0,5-1'inde hayatlarında en az bir kez psikotik atak geçirdiği gösterilmiştir. Psikotik bozukluklar hastalar ve yakınları için ürkütücü olduğu kadar büyük ölçüde özürülük ve intihar riski taşıdığından dolayı tanınmalı ve tedavi edilmelidir. Psikozlu hastaların %5-15'i intihar etmektedir. Bununla beraber psikozlu hastalarda mesleki ve sosyal ilişkilerde önemli ölçüde kayıplar yaşanmaktadır.<sup>131</sup> Kendi başına bir hastalık değildir, farklı patogeneze sahip hastalıklarda görülen ortak bir klinik durumdur. Bu hastalıklar şunlardır:

- 1.Şizofreni
- 2.Şizofreniform bozukluk
- 3.Şizoafektif bozukluk
- 4.Sanrısız Bozukluk
- 5.Kısa Psikotik Bozukluk
- 6.Paylaşılmış Psikotik Bozukluk
- 7.Genel bir tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk
- 8.Madde kullanımını yol açtığı psikotik bozukluk
- 9.Başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk (DSM-IV-TR, 2000).

### 2.8.3. Özgül fobi

Özgül fobi, sosyal fobi ve agorafobi için tanımlanan durumlar dışında kalan durumlar veya nesnelere duyulan mantıksız/aşırı korkudur. Çok eski çağlardan beri bilinmesine rağmen özgül fobilerin günümüzdeki şekliyle kullanılması yüzyılın başlarında olmuştur. Pierre Janet tüm fobileri obsesif-kompulsif bozukluk ve diğer nevrozlarla bir arada sınıflamıştır. Freud ise fobilere anksiyete histerisi adını önermişse de bu isim fazla rağbet görmemiştir. Küçük Hans olgusunda özetlenen

<sup>130</sup> Wunderink ve Kaymaz, a.g.e., 2002.

<sup>131</sup> Kaplan ve Sadock., *Klinik Psikiyatri*, Güneş Kitabevi, İstanbul, 2005.

psikanalitik bakışa göre tüm fobiler cinsel ya da saldırgan dürtülerin hedefiyle, bunların gerçekleşmesinin doğuracağı tehlike arasındaki çatışmadan doğarlar. John Watson'ın Küçük Albert olgusunda özetlenen öğrenme kuramına göre ise korkular koşullanma yoluyla öğrenilen davranışlardır. Özgül fobiler; hayvanlar, yükseklik, fırtınalar, karanlık, kapalı dar yerler, uçak, yüzme, diş hekimi ya da kan görme gibi özgül durumlar üzerinde odaklanmış ve bunlarla sınırlıdır. Komplike olmamış özgül fobi bulunan kişilerde diğer psikiyatrik sorunlar sık değildir ve genellikle fobik uyaran nesne ya da yer yokluğunda korku, anksiyete ya da başka bir sorun görülmemektedir.

Uluslararası psikiyatrik tanı sınıflandırma sistemlerinden DSM-IV-TR'de özgül fobiler "Anksiyete Bozuklukları" başlığı altında, ICD-10'da ise "Nevrotik, Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar" grubunda sınıflanmaktadır. Tanı ölçütleri açısından iki sistem arasında belirgin farklar yoktur.

DSM-IV-TR'de Özgül fobi için tanı ölçütleri:

- Özgül bir nesne ya da durumun (örn. Uçakla seyahat etme, yüksek yerler, hayvanlar, enjeksiyon yapılması, kan görme) varlığı ya da böyle bir durumla karşılaşacak olma beklentisi ile başlayan, aşırı ya da anlamsız, belirgin ve sürekli korku.
- Fobik uyaranla karşılaşma hemen her zaman birden başlayan bir anksiyete tepkisi doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir Panik Atağı biçimini alabilir. Not: Çocuklarda anksiyete, ağlama, huysuzluk gösterme donakalma, sıkıca sarılma olarak dışa vurulabilir.
- Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir. Not: Çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.
- Fobik durum(lar)dan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bun(lar)a katlanılır.
- Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan durum(lar)da sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır. 18 yaşının altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

Özgül bir nesne ya da duruma eşlik eden anksiyete, Panik Atakları ya da fobik kaçınma, Obsesif-Kompulsif Bozukluk (örn. Bulaşma ile ilgili obsesyonu olan birinin kir ve pislikten kaçınması), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (örn. Ağır bir stres etkenine eşlik eden uyaranlardan kaçınma), Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (örn. okula gitmekten kaçınma), Agorafobi ile birlikte Panik Bozukluğu ya da Panik

Bozukluğu öyküsü olmadan Agorafobi gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

#### 2.8.4. Obsesif-Kompulsif

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), tekrar eden ve istemsiz gelen girici düşüncelere (obsesyon/intrüzyon) ve bu düşüncelerin yarattığı kaygıya karşılık olarak, kişilerin kendilerini yapmak zorunda hissettikleri gözlemlenebilir ya da gözlemlenemeyen eylemlerle karakterize bir bozukluktur.<sup>132</sup>

Obsesyonlar zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, tekrar eden, yersiz, kaygı ve sıkıntı yaratan girici fikir, düşünce ve hayaller olarak tanımlanmıştır. Kompulsiyonlar ise kişinin obsesyonlara tepki olarak ve obsesyonların neden olduğu kaygı ve sıkıntıları önlemek için başvurduğu tekrar eden davranışlar (el yıkama, düzenleme gibi) ya da zihinsel eylemler olarak (dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir şekilde yineleme) tarif edilmektedir.<sup>133</sup>

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), yineleyici obsesyonlar (takıntı) ve/veya kompulsiyonların (zorlantı) görüldüğü, genellikle süreğen, kimi zaman da epizodik gidiş gösteren, kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etkileyen bir hastalıktır. Çocuk ve ergenlerde OKB yaygınlığının % 0.25-4 olduğu bildirilmektedir<sup>134</sup>

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), yineleyici obsesyonlar (takıntı) ve/veya kompulsiyonların (zorlantı) görüldüğü, genellikle süreğen, kimi zaman da epizodik gidiş gösteren, kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etkileyen bir hastalıktır.

#### 2.8.5. Kişilerarası duyarlılık

Kişilerarası duyarlılık kişilerarası ilişkilerde, önemsenip değer verilmediğine ya da kötü davranıldığına inanma gibi diğer insanların davranışlarını hatalı yorumlamaya bu nedenle de başka insanların bulunduğu ortamlarda huzursuz olarak girişken davranışlardan ya da ilişkilerden kaçınmaya yol açan, başkalarının

<sup>132</sup> Powell Lesley and Gilchrist Mollie, "The Influence of the Training and Support Programme on the Self-efficacy and Psychological Well-being of Parents of Children with Disabilities a Controlled Trial", *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2006, 12, s. 55-63.

<sup>133</sup> American Psychiatric Association DSM-5, *The Future of Psychiatric Diagnosis*, American Psychiatric Association, Washington, 2012.

<sup>134</sup> Tahiroğlu, a.g.e., s. 268-310.

duygu ve davranışlarına aşırı derecede dikkat etme ve eleştirilme ya da reddedilmeye karşı aşırı duyarlı olma eğilimi olarak tanımlanmaktadır<sup>135</sup>

Boyce ve Parker diğerlerinin davranışlarına ve düşüncelerine karşı aşırı hassasiyet sergileyen kişilerarası duyarlılık sahibi bireylerin kaçınmadıkları durumlarda ise diğerleri tarafından reddedilme ya da eleştirilme olasılığını en aza indirme düşüncesiyle diğerlerine uygun hareket etme çabasında olduklarını belirtmişlerdir.<sup>136</sup>

Kişilerarası duyarlılık, bireylerin kendi ilişkilerindeki ve iletişimindeki davranış ve tutumlarını doğru bir şekilde gözlemleyip, başkalarını da bu şekilde gözlemleyip onları anlama ve değerlendirme becerisidir. Başkalarının duygularını, amaçlarını, düşüncelerini ve kişilik özelliklerini doğru bir şekilde anlamak ve ona uygun bir şekilde geri dönüş yapmak birey için olumlu bir sosyal beceridir.<sup>137</sup>

Kişilerarası duyarlılığı yüksek olan bireylerin en önemli problemlerinden birisi kalıplaşmış hatalı düşünce şeklidir. Bu düşünceler onların sosyal yaşantısı, karar alma mekanizmaları ve başa çıkma stratejileri üzerinde olumsuz etkiye sahiptir.<sup>138</sup>

#### 2.8.6.Somatizasyon

Açıklanamayan bedensel belirtiler üzerine en eski görüşlerin beden ve organ sistemlerindeki bozukluklara odaklandığı ve 4000 yıl öncesine kadar dayandığı tahmin edilmektedir. 18. yüzyılın sonlarına kadar bu olguları tanımlamak için eski Yunanca histerion sözcüğünden köken alan "histeri" kelimesiyle adlandırılmıştır.<sup>139</sup>

Eski Yunan' da açıklanamayan bedensel durumlar üzerine, beden ve organ sistemlerinde ki bozukluklara odaklanılıp ve olguları tanımlamak için histerio yani "histeri" kelimesi kullanıldığı görülmüştür. Çeşitli bedensel yakınmalarla seyreden bu hastalıklar sadece kadınlarda görüldüğü düşünülüyordu. 1600' lü yıllarda merkezi sinir sisteminin tanınmaya bu alanda yapılan araştırmaların artmasıyla açıklanamayan bu belirtilerin beyinden kaynaklandığı düşünülmeye başlanmıştı.<sup>140</sup>

<sup>135</sup> Philip Boyce and Gordon Parker, "Development of a Scale to Measure Interpersonal Sensitivity", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1989, 23(3), s. 341-351.

<sup>136</sup> Boyce and Parker, a.g.e., s. 341-351.

<sup>137</sup> Atılğan Erözkan., "Interpersonal Relationship Styles and Humour Styles of University Students", *Journal of Buca Faculty of Education*, 2009, s. 26-66.

<sup>138</sup> Frank Bernieri, "Toward a taxonomy of interpersonal sensitivity.", *Lawrence Erlbaum Associate*, 2001.

<sup>139</sup> Zbingniev Lipowski, "Somatization the Concept and its Clinical Application", *Am J Psychiatry*, 1988, 145, s. 1358-1368.

<sup>140</sup> Keriman Akyıldız, Baş Ağrısının Psikiyatrik Yönleri Eş Tanılı Psikiyatrik Bozukluklar ve Bedenselleştirmeye Yatkınlık Oluşturan Durumlar, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Bolu, 2011.(*Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*).

Somatizasyon, herhangi bir organik ve fiziksel bedene bağılı olmadan ortaya çıkan, ruhsal sıkıntılarının ve psikososyal stresin bedensel belirtilerle ifade edilmesidir. Somatizasyon iyi tanımlanmış bir tanı sınıfı ya da bozukluk değil, geniş kapsamlı bir klinik durumdur. Buna bağılı olarak somatizasyonu bulunan olgular oldukça heterojen bir grup oluşturmaktadır. Somatizasyonun süresi, şiddeti, duygudurum bileşeninin katılım derecesi ve şiddeti, bireyin duygularını tanıma ve anlatma yeteneğı olgular arasında çok fazla değışkenlik göstermektedir. Somatizasyonla çok farklı şekillerde karşılaşılabilmektedir. Bu kişilerin ortak özellikleri, strese ve duygusal uyarılara yanıtlarının, duygusal ve bilişsel yanıt olmaktan çok bedensel yanıt şeklinde olmasıdır.<sup>141</sup>

Somatizasyonun bütün tanımlarında ayırıcı özellik olarak bedensel belirtilerin görülmesi karakteristiktir. Lipowski 1988'de somatizasyonu "bedensel sıkıntıyı ve patolojik sayılmayan bedensel belirtilerin yaşantılanması ve ifadesi, bunların bedensel hastalıklar olarak yorumlanması ve bunlar için tedavi arama davranışı" olarak tanımlamıştır. Erken dönem tanımlarının tersine, Lipowski dikkatlice ilerlemiş ve şu sonuca varmıştır: "Genellikle, bu (bedenselleştirme) eğilimi(nin) psikososyal zorlanmaya bir yanıt olarak ortaya çıktığı varsayılır"<sup>142</sup>

Somatizasyon belirtileri içinde baş ağrısı, karın ağrısı ve enerji düşüklüğü gibi fiziksel şikayetlerin çocuklarda yaygın olduğu görülmüştür. Bu belirtilerin yanı sıra sık olarak görülen somatik emareler; nefes darlığı, bulantı, baş dönmesi, halsizlik ve yorgunluk da görülmektedir.<sup>143</sup>

Somatizasyonun bir bozukluk olarak değerlendirilmesi için birey şikayetlerini fiziksel bir hastalık olarak algılamalıdır. Somatizasyon kliniğinin bir ucunda sebebi bilinmeyen hafif ve sınırlı genel ağrılar bulunurken en üst noktada somatoform bozukluklar (somatizasyon bozukluğu) yer alır.<sup>144</sup>

Somatizasyon için sosyal risk etmenleri ise; tek ebeveyn, yalnız yaşama, işsizlik ve kırsal bölgede yaşamaktır. Hasta çocuk varlığında aile sorunları göz ardı edildiğinden, sorunlu ailelerdeki çocuklarda fiziksel belirtilerin oluşması güçlendirilir. Yine çocuklarda, rol modeli oluşturulması yoluyla da somatizasyon gözlenebilir.

<sup>141</sup> Lipowski, a.g.e., s.1358-1368.

<sup>142</sup> Veronique De Gucht and Benjamin Fischler, "Somatization a Critical Review of Conceptual and Methodological Issues", *Psychosomatics*, 2002, no.43, s. 1-9.

<sup>143</sup> John Campo and Gregroy Fritz, "A management model for pediatric somatization", *Psychosomatics*, 2001,no.42, s. 67-76.

<sup>144</sup> Mustafa Yıldız ve Ali Akyol, "Somatizasyon ve konversiyon bozuklukları: Karşılaştırmalı bir çalışma" *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 1995, 2(4), s. 344.

Somatik yakınmalarla başvuran çocukların ailelerinde kronik somatik yakınmaları olan bir aile üyesine rastlama şansı çok yüksektir.<sup>145</sup>

### 2.8.7. Öfke

Bireylerin yaşamları boyunca karşılanması gereken çeşitli gereksinim ve istekleri vardır. Bu gereksinimleri giderirken zaman zaman bireyler çeşitli sıkıntılar yaşayabilmekte, incinebilmekte, haksızlığa uğradıklarını düşünebilmektedirler. Yanı sıra yaşadıkları sıkıntılara çözüm bulamadıklarında, gereksinim ve istekler karşılanmadığında, sorunlar görmezden gelindiğinde ve hak ettiklerini elde edilemediklerinde öfkelenebilmektedirler.<sup>146</sup>

Öfke genellikle engellenme, saldırıya uğrama, eleştirilme, tehdit edilme, yoksun bırakılma, kısıtlanma gibi durumlarda hissedilen, saldırgan davranışlarla sonuçlanabilen olumsuz bir duygu olarak tanımlanmaktadır.<sup>147</sup>

Gentry (2007) ise daha geniş bir perspektiften bakarak öfkeyi düşmanlarımız için yedekte bekletilen ve gerektiğinde kullanılan, saldırgan davranışların önündeki veya bu davranışlara en sık eşlik eden, sinir sisteminizin savaş ya da kaç tepkisini tetikleyen, korkunun tersi, kişinin kendini tehdit altında hissettiğinde sinyaller veren tonda negatif bir duygu olarak tanımlamıştır. Bu duygu geldiğinde sağlığımız için ölümcül olabileceğini, kişiliğimizin hırçın tarafını ifade ettiğini ve her zaman yarardan çok zarar getirdiğini belirtmiştir.

Öfke yaşanan olay, içinde bulunulan durum ya da öfkeyi yaşayan bireyin özelliklerine göre basit bir sinirlilik halinden yoğun ve saldırgan davranışlar sergilenen bir durum haline dönüşebilir. Bu hali ile öfke, bazen kısa bir zaman diliminde orta şiddetli hatta bireye yararlı, kimi zaman daha uzun süreli yoğun ve tahrip edici olabilir.<sup>148</sup>

Psikoanalitik kurama göre, öfke davranışının altında yatan güçlerin bilinçdışında gizlenmiş olduğu düşünülmektedir. Kişiler öfkelerinin altında yatan nedenleri anlarsa, öfkeyi çözebilirler. Psikoanalitik kuram dürtülerle ilişkilidir ve öfke gibi güçlü duyguların bastırılmasını sağlıksız olarak kabul etmektedir. Bu

<sup>145</sup> Yıldız ve Akyol, a.g.e., s.344.

<sup>146</sup> Beyazaslan T., Öfke Kontrol Eğitiminin Hipertansiyon Tanısı Alan Hastaların Öfke ve Duygu Kontrol Durumlarına Etkisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, 2012.(**Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

<sup>147</sup> Selçuk Budak, **Psikoloji Sözlüğü**, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara, 2003.

<sup>148</sup> Nesrin Şahin ve Feza Balkaya, "Çok Boyutlu Öfke Ölçeği", Türk Psikiyatri Dergisi, 2003, 14(3), s. 192-202.



duygular boşaltılmazsa, psikolojik ve psikosomatik hastalıkların oluşacağı belirtilmektedir.<sup>149</sup>

Öfke ile uğraşan uzmanlar birçok konuda ihtilaf içinde olsalar bile bazı önemli noktalarda anlaşmışlardır: - Öfke bir duygudur, - Öfke, doğal bir duygudur ve yargılanamaz, - Öfke, yaşanması gereken bir duygudur, - Öfke bir davranış tarzı değildir, - Öfkenin enerji üretme işlevi vardır, davranışa ivme verir, - Öfke, kişiyi tehditlere karşı uyarır ve kendisini korumasına olanak sağlar, - Öfke, yeni öğrenmeler için bir motivasyon kaynağıdır, - Anksiyeteye tepki olarak ego savunması işlevi vardır, - Öfke, inkar edilmediği, bastırılmadığı, uygun şekilde ifade edilip ve sınırlandırılabilirdiği sürece ilişkiyi anlamlı hale getirip iletişimi kolaylaştırır, - Öfke insana güçlülük-üstünlük-olaylara kontrol koyabilme duyguları verir, - Kronik öfke sağlık için tehlikeli olabilir.<sup>150</sup>

---

<sup>149</sup> Şahin ve Balkaya, a.g.e., s. 192-202.

<sup>150</sup> Gülsen Terakye, **Hasta Hemşire İlişkileri**, Aydoğdu Ofset, Ankara, 1998.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM

#### 3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırma, “ilişkisel tarama modeli”ne uygun olarak hazırlanmıştır. Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırmalara uygun bir modeldir. İlişkisel tarama modelleri ise; iki ve daha fazla değişken arasındaki birlikte değişim varlığını belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleri için kullanıldığından bu araştırma için uygun görülmektedir. İlişki aramalarındaki betimlemeler var olanın belli standartlara uyan ölçülerini bulmaya çalışmaktan çok, birey, nesne vb. durumlar arası ayrımların belirlenebilmesi amacına dönüktür.<sup>151</sup>

#### 3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini İstanbul’un Beylikdüzü ilçesinde yer alan Şehir Ömer Halisdemir Özel Uygulama Okulu’nda bulunan, otizm tanısı almış çocukların anneleri oluşturmaktadır. Toplamda 70 gönüllü katılımcı ile anket çalışması yapılmıştır. Rastlantısal örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

#### 3.3. KISITLILIKLAR/SINIRLILIKLAR

Çalışma; çocukları otizm tanısı almış anneler ile sınırlandırılmıştır. Bununla birlikte yapılan analiz kişisel bilgi formu ve SCL 90-R ile sınırlandırılmıştır.

##### 3.3.1. SAYILTILAR

Çalışmada yer alan katılımların tümü evren olarak kabul edilmiştir. Bu katılımcıların yöneltilen sorulara içtenlikle ve doğru bir şekilde cevap verdikleri varsayılmıştır. Ayrıca, çalışmada kullanılan kişisel bilgi formu ve SCL-90-R ölçeğinin geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır.

#### 3.4. TANIMLAR

Otizm, Yunanca “auto” kendi anlamına gelen sözcükten türetilmiştir. Otizm küçük yaşlarda başlayan ve hayat boyu devam eden, iletişim, sosyal ilişkilerde zayıflık, davranış ve bilişsel gelişmede gecikme ve sapma ile kendini gösteren nöropsikiyatrik bir bozukluktur.<sup>152</sup> Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı’na (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-5]) göre Otizm Spektrum Bozuklukları; sosyal iletişim ve etkileşimde yetersizlikler ile sınırlı ve yineleyici davranış örüntüleri, ilgiler ve etkinlikler ile kendini gösteren, belirtileri erken

<sup>151</sup> Niyazi Karasar, *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2013.

<sup>152</sup> Elif Yosunkaya E., “Otizm Etiyolojisinde Genetik ve Güncel Perspektif”, *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 2013, 76(4), s. 84-88.

çocukluk döneminde ortaya çıkan ve günlük yaşamda sorunlara yol açan, genel gelişim gecikmesi ile açıklanamayan bir bozukluktur.<sup>153</sup>

Depresyon ise kökü Latince'den, "depressus" olarak gelen bir sözcüktür. Aşağı doğru bastırmak, bitkin, gamlı, kederli, meyus etmek, cesaretini kırmak, donuklaştırıp durgunlaştırmak anlamlarına gelmektedir. Aynı zamanda biyo-psiko ve sosyal nedenlere bağlı olan duygu durum bozukluğu olarak ifade edilmektedir. Depresyon sözlük anlamı olan çökkünlük olarak da tanımlanmaktadır.<sup>154</sup>

Psikoz, düşünce ve duyunun ağır oranda bozulduğu zihin durumunu tanımlamakta kullanılan genel bir psikiyatri terimidir. Psikoz bir hastalığın adı değildir, bir ruh haline verilen isimdir. Psikoz kendi hislerinin ve düşüncelerinin, kendini, çevreyi ve gerçekliği görme ve anlamının, tamamen değiştiği bir haldir. Bu değişiklik genelde çevreye uyum sağlamayı zorlaştırmasından dolayı gerçekliği yaşama bozukluğu diye de adlandırılır.<sup>155</sup>

Özgül fobi, sosyal fobi ve agorafobi için tanımlanan durumlar dışında kalan durumlar veya nesnelere duyulan mantıksız/aşırı korkudur.<sup>156</sup>

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), tekrar eden ve istemsiz gelen girici düşüncelere (obsesyon/intrüzyon) ve bu düşüncelerin yarattığı kaygıya karşılık olarak, kişilerin kendilerini yapmak zorunda hissettikleri gözlemlenebilir ya da gözlemlenemeyen eylemlerle karakterize bir bozukluktur.<sup>157</sup>

Kişilerarası duyarlılık kişilerarası ilişkilerde, önemsenip değer verilmediğine ya da kötü davranıldığına inanma gibi diğer insanların davranışlarını hatalı yorumlamaya bu nedenle de başka insanların bulunduğu ortamlarda huzursuz olarak girişken davranışlardan ya da ilişkilerden kaçınmaya yol açan, başkalarının duygu ve davranışlarına aşırı derecede dikkat etme ve eleştirilme ya da reddedilmeye karşı aşırı duyarlı olma eğilimi olarak tanımlanmaktadır.<sup>158</sup>

Somatizasyon, herhangi bir organik ve fiziksel bedene bağlı olmadan ortaya çıkan, ruhsal sıkıntıların ve psikososyal stresin bedensel belirtilerle ifade edilmesidir. Somatizasyon iyi tanımlanmış bir tanı sınıfı ya da bozukluk değil, geniş kapsamlı bir klinik durumdur.<sup>159</sup>

---

<sup>153</sup> Silvia De Rubeis and Joseph Buxbaum, "Genetics and genomics of autism spectrum disorder: embracing complexity", *Human molecular genetics*, 2015, 24 (1), s. 24.

<sup>154</sup> Özkan, a.g.e., s. 115.

<sup>155</sup> Os vd., a.g.e., s. 180.

<sup>156</sup> Sadock vd., a.g.e., s. 134.

<sup>157</sup> Barlow, a.g.e., s. 55.

<sup>158</sup> Boyce and Parker, a.g.e., s. 341.

<sup>159</sup> Lipowski, a.g.e., s.1358-1368.

Bireylerin yaşamları boyunca karşılanması gereken çeşitli gereksinim ve istekleri vardır. Bu gereksinimleri giderirken zaman zaman bireyler çeşitli sıkıntılar yaşayabilmekte, incinebilmekte, haksızlığa uğradıklarını düşünebilmektedirler. Yanı sıra yaşadıkları sıkıntılara çözüm bulamadıklarında, gereksinim ve istekler karşılanmadığında, sorunlar görmezden gelindiğinde ve hak ettiklerini elde edilemediklerinde öfkelenebilmektedirler.<sup>160</sup>

### **3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

#### **3.5.1. RUHSAL BELİRTİ TARAMA LİSTESİ (SYMPTOM DİSTRESS CHECK LİST SCL-90-R)**

Ruhsal Belirti Tarama Listesi, Johns Hopkins Üniversitesi Psikometri\* Araştırma Ünitesinde; Leonard R. Derogatis ve arkadaşları (1971, 1973, 1974, 1976, 1977) tarafından Hopkins Symptom Check List (HSCL) olarak bilinen envanterden yararlanılarak geliştirilmiştir.

Belirti Tarama Listesi-90 (Symptom Check List 90- R): Bu ölçek Derogatis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Türkçede geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Fidaner ve Fidaner (7) ve Dağ (5) tarafından yapılmıştır.

Dağ (1991)'in yaptığı çalışmalarda ölçeğin tümünün Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ,97 bulunmuş, ölçeğin tüm alt ölçekler ve genel göstergelerle bulunan korelasyonların , 51 ile, 91 değerleri arasında değiştiği saptanmıştır. Ölçme aracının, alt testlerine ilişkin test-tekrar test güvenilirliği şöyle sıralanabilir. Somatizasyon (Som) ,82, Obsesif Kompulsif (Ob-Kom) ,84, Kişiler Arası Duyarlılık (K-D) ,79, Depresyon ( Dep),78, Kaygı (Kay) ,73, Öfke ve Düşmanlık (Öf-Düş) ,79, Fobik Anksiyete ( Fob-Ank) ,78, 36 Paranoid Düşünce ( Pard) ,63, Psikotizm ( Psik) ,73 ve Ek Ölçek ( E-Ö) ,77 olarak bulunmuştur. Ölçeğin geçerliği MMPI (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri) ile uyum geçerliğine bakılmış ve MMPI ve SCL-90-R alt ölçekleri arasındaki korelasyonlar ,40 ve ,59 arasında değişmektedir. Ölçeğin gençler için uygulanabilir olduğu ve çok değişik gruplara uygulanabileceği belirtilmektedir (Kılıç, 1989). Ölçekte boş bırakılanlar hariç tüm maddelere verilen puanların ortalaması "Genel Belirti Düzeyini (Global Symptom Index) GSI" verir. Ölçme aracı Hiç (0), Çok Az (1), Orta Derece (2), Oldukça Fazla (3) ve İleri Derecede (4) olarak puanlanmaktadır. Ölçme aracında toplam 90 madde bulunmaktadır. Bireyin ölçekten aldığı puanın yüksekliği, bireyin daha ileri düzeyde psikolojik belirtilere sahip olduğu anlamına gelmektedir.

<sup>160</sup> Beyazaslan, a.g.e., s. 16.

SCL 90-R bireylerdeki ruhsal belirtilerin ne düzeyde bulunduğunu ve bu belirtilerin hangi alanlarla ilgili olduğunu ölçen bir gereçtir. Ölçek dilimize çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları iki farklı araştırmacı tarafından yapılmıştır. Ölçek 'hiç' ile 'çok fazla' arasında beşli likert tipinde cevaplanan 90 madde ve 10 alt birimden oluşan bir öz bildirim ölçüğüdür. Bu alt birimler; 1) Somatizasyon 2) Obsesif-Kompulsif 3) Kişiler Arası Duyarlılık 4) Depresyon 5) Anksiyete 6) Öfke 7) Fobik Anksiyete 8) Paranoid Düşünce 9) Psikotik 10) Ek maddelerdir (uyku bozuklukları, iştah bozuklukları, suçluluk ile ilgili belirtileri yansıtır).

Somatizasyon alt birimi; bedensel işlevlere ilişkin özellikleri içeren maddeleri,

Obsesif Kompulsif alt birimi; kişinin düşünmekten ya da yapmaktan vazgeçemediği istenmeyen düşünce ve davranışlarına ilişkin maddeleri,

Kişiler arası duyarlılık alt birimi; bireyin kendini aşağılama veya yetersizlik duygularına ilişkin maddeleri,

Depresyon alt birimi; genel karamsarlık, güdülenme eksikliği, intihar düşünceleri ve yaşam ilgilerinin azalmasına ilişkin maddeleri,

Anksiyete alt birimi; aşırı düzeydeki kaygıya ilişkin maddeleri, Öfke alt birimi; saldırganlık ve kızgınlık duygularını içeren maddeleri,

Fobik Anksiyete alt birimi; bireyin belirli bir nesneye, duruma karşı ısrarlı korku tepkisine ilişkin maddeleri,

Paranoid düşünce alt birimi; kuşkucu ve düşmanca düşüncelerle korkulara ilişkin maddeleri,

Psikotik alt birimi; içe kapanma, sosyal hayattan uzaklaşma, şizoid yaşam biçimine ilişkin maddeleri kapsamaktadır.

Ek maddeler alt birimi ise uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk ile ilişkili maddeleri kapsamaktadır.

Toplam 90 sorudan oluşan psikolojik belirti tarama listesi her maddenin "bugün de dahil son üç ay içinde kişiyi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini" değerlendirmelerini isteyen bir yönergeyle uygulanan 5'li likert tipi bir ölçektir. Her soru için; (0) Hiç, (1) Çok az, (2) Orta derece, (3) Oldukça fazla, (4) İleri derecede, şeklinde olmak üzere beş dereceli bir ölçme ifadesi vermektedir. Ölçekten üç ayrı genel puan hesaplanmaktadır.

1- Genel semptom düzeyi (Global Symptom Index: GSI): Tüm sorulardan elde edilen puanların toplanıp soru sayısına bölünmesiyle elde edilir. Bozukluğun derinliğini ve o anki düzeyini en iyi belirten indeks olup l'in üzerinde olması psikopatolojik durumun varlığını gösterir.

2- Pozitif semptom toplamı (Positive Symptom Total: PST): Hiç seçeneği işaretlenenler hariç olmak üzere diğer maddelerin ham sayı toplamıdır.

3- Pozitif semptom düzeyi (Positive Symptom Distress Index: PSDI): Hiç seçeneği işaretlenenler haricinde diğer maddelerin puan toplamının PST'ye bölünmesi ile elde edilir. Kişinin kendisinde var olduğunu algıladığı semptomların ağırlıklı ortalamasını oluşturur (96).

Belirti tarama listesindeki alt birimlerin puanı ise o alt ölçeği içeren sorulardan alınan puanların soru sayısına bölünmesiyle bulunur. Buna göre hesaplama;

Somatizasyon : (1+4+12+27+40+42+48+49+52+53+56+58) /12

Obsesif-Kompulsif : (3+9+10+28+38+45+46+51+55+65) /10

Kişiler Arası Duyarlılık : (6+21+34+36+37+41+61+69+73) /9

Depresyon : ( 5+14+15+20+22+26+29+30+31+32+54+71+79) /13

Anksiyete : (2+17+23+33+39+57+72+78+80+86) /10

Öfke : (11+24+63+67+74+81) /6

FobikAnksiyete : ( 13+25+47+50+70+75+82) /7

Paranoid düşünce : (8+18+43+68+76+83) /6

Psikotik : ( 7+16+35+62+77+84+85+87+88+90) /10

Ek maddeler : ( 19+44+59+60+64+66+89) /7

Yapılan çalışmalarda, ülkemiz üniversite öğrencileri için ortalama 1. 00 GSI puanı baz olarak alınabileceği önerilmiştir. Ölçekten alınan GSI puan sınırları 0. 00 ile 1. 50 arası "araz düzeyi düşük" kabul edilmektedir. Daha önceki bazı araştırmalarda SCL - 90 - R'den farklı gruplar için farklı ortalamalar elde edilmiştir. Tarama amacıyla kullanıldığında genel belirti düzeyinin kesme puanı 1 puan olarak alınmaktadır.

Araştırmada kullanılan SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği genel ve alt test güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 1' de özetlenmiştir. Buna göre araştırmada kullanılan SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği' nin Cronbach's Alpha değeri  $\alpha = .953$  olarak yüksek derecede güvenilir olarak hesaplanmıştır. Buna göre katılımcıların ölçek maddelerini doğru biçimde algıladıkları ve cevaplandıkları görülmektedir. Alt testlere yapılan güvenilirlik analizi sonuçlarına göre Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce ve Psicotizm alt testleri hariç diğer alt testlerin güvenilirlikleri yüksek olarak hesaplanmış ve katılımcıların bu alt testleri de doğru biçimde algıladıkları ve cevaplandıkları görülmüştür. Bunların dışında kalan Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce ve Psicotizm alt testlerinin güvenilirlikleri düşük olarak hesaplanmış olup bu alt testlerde katılımcıların alt test maddelerini doğru biçimde algılamadıkları ya da doğru bilgiyi vermiş olmadıkları görülmektedir.

**Tablo -2** SCL 90-R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel ve Alt Testleri Güvenirlik Analizi Sonuçları

<b>Değişken</b>	<b>Cronbach's Alpha</b>
SCL 90- R Genel	.953
Somatizasyon	.897
Obsesif Kompulsif	.863
Kişilerarası Duyarlılık	.837
Depresyon	.863
Kaygı	.837
Öfke Düşmanlık	.738
Fobik Anksiyete	.217
Paranoid Düşünce	.593
Piskotizm	.509
Ek Semptomlar (Uyku İştah Suçluluk)	.744

### 3.6. VERİ ANALİZ TEKNİKLERİ

Araştırmada, hesaplanacak analizlerin belirlenmesi amacıyla kullanılan SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği ve bu ölçeğin alt boyutlarına Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi uygulanmıştır. Normallik testi sonucuna göre ölçeğin genel ve Paranoid Düşünce Alt boyutu dışındaki diğer tüm alt test değişkenlerinde verilen normal dağılıma sahip olmadıkları görülmüştür. Bu nedenle analizlerde parametrik olmayan istatistiklerin kullanılmasına karar verilmiştir. Buna göre gruplar arasındaki farklılıkları araştırmak amacıyla; ikili grup ortalamalarını karşılaştırmak için Mann Whitney U Testi ile ikiden fazla olan grupların ortalamalarını karşılaştırmak için Kruskal Wallis H Testi kullanılacaktır.

**Tablo - 3** SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel ve Alt Test Normallik Testi Sonuçları

Değişken	Kolmogorov-Smirnov		
	İstatistik	N	P
SCL 90- R Genel	.138		.002
Somatizasyon	.187		.000
Obsesif Kompulsif	.245		.000
Kişilerarası Duyarlılık	.123		.011
Depresyon	.148		.001
Kaygı	.180	70	.000
Öfke Düşmanlık	.172		.000
Fobik Anksiyete	.269		.000
Paranoid Düşünce	.083		.200*
Piskotizm	.157		.000
Ek Semptomlar (Uyku İştah Suçluluk)	.222		.000

Araştırmada kullanılan SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeğine uygulanan normallik testi sonucunda ölçeğin normal dağılımı sahip olmadığı görülmüştür ( $p = .002 < .05$ ).

Araştırmada SCL 90- R Somatizasyon Alt Testine uygulanan normallik testleri sonucunda normal dağılıma sahip olmadığı görülmüştür ( $p = .000 < .05$ ).

Araştırmada SCL 90- R Obsesif Kompulsif Alt Testine uygulanan normallik testleri sonucunda normal dağılıma sahip olmadığı görülmüştür ( $p = .000 < .05$ ).

Araştırmada SCL 90- R Obsesif Kişilerarası Duyarlılık Alt Testine uygulanan normallik testleri sonucunda normal dağılıma sahip olmadığı görülmüştür ( $p = .011 < .05$ ).

Araştırmada SCL 90- R Depresyon Alt Testine uygulanan normallik testleri sonucunda normal dağılıma sahip olmadığı görülmüştür ( $p = .001 < .05$ ).

Araştırmada SCL 90- R Kaygı Alt Testine uygulanan normallik testleri sonucunda normal dağılıma sahip olmadığı görülmüştür ( $p = .000 < .05$ ).



Araştırmada SCL 90- R fke Düşmanlık Alt Testine uygulanan normallik testleri sonucunda normal dağılıma sahip olmadığı görüşmüştür ( $p = .000 < .05$ ).

Araştırmada SCL 90- R Fobik Anksiyete Alt Testine uygulanan normallik testleri sonucunda normal dağılıma sahip olmadığı görüşmüştür ( $p = .000 < .05$ ).

Araştırmada SCL 90- R Paranoid Düşünce Alt Testine uygulanan normallik testleri sonucunda verilerin normal dağılıma sahip olduğu görüşmüştür ( $p = .200 < .05$ ).

Araştırmada SCL 90- R Psikotizm Alt Testine uygulanan normallik testleri sonucunda normal dağılıma sahip olmadığı görüşmüştür ( $p = .000 < .05$ ).

Araştırmada SCL 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah ve Suçluluk) Alt Testine uygulanan normallik testleri sonucunda normal dağılıma sahip olmadığı görüşmüştür ( $p = .000 < .05$ ).

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

#### 4.1. FREKANS DAĞILIMLARI

Araştırmaya katılan 70 anneden toplanan veriler incelenmiş ve araştırma örneklemini daha iyi tanımak amacıyla araştırmada tanımlanan nitel değişkenler üzerinde frekans analizleri yapılmıştır.

##### 4.1.1. Eğitim Durumu Frekans

Araştırma kapsamında kişisel bilgi formunu dolduran 70 anneden elde edilen verilere göre çocukların anne ve babalarının eğitim ve çalışma durumları Tablo 3' de özetlenmiştir.

**Tablo - 4** Anne ve Babaların Eğitim Durumu Değişkenlerine Göre Frekansları

Değişken	Grup	n	%	
Eğitim Durumu	İlkokul	Anne	8	11.4
		Baba	7	10.0
	Ortaokul	Anne	8	11.4
		Baba	3	4.3
	Lise	Anne	25	35.7
		Baba	38	54.3
	Ön lisans	Anne	10	14.3
		Baba	4	5.7
	Lisans	Anne	19	27.1
		Baba	17	24.3
	Doktora	Anne	0	0
		Baba	1	1.4
	Toplam	Anne	70	100
		Baba		
Meslek	Çalışan	Anne	31	44.3
		Baba	70	100
	Çalışmayan	Anne	39	55.7
		Baba	0	0
Toplam	Anne	70	100	
	Baba			

Anne ve babaların eğitim durumuna bakıldığında; ilkokul mezunu annelerin sayısı 8 (%11.4) ve ilkokul mezunu babaların sayısı 7 (%10.0), ortaokul mezunu

annelerin sayısı 8 (%11.4) ve ortaokul mezunu babaların sayısı 3 (%4.3), lise mezunu annelerin sayısı 25 (%35.7) ve lise mezunu babaların sayısı 38 (%54.3), ön lisans mezunu annelerin sayısı 10 (%14.3) ve ön lisans mezunu babaların sayısı 4 (%5.7), lisans mezunu annelerin sayısı 19 (%27.1) ve lisans mezunu babaların sayısı 17 (%24.3), doktora mezunu annenin olmadığı ve doktora mezunu babaların sayısı 1 (%1.4) olduğu bulunmuştur.

Anne ve babaların çalışma durumuna bakıldığında; çalışan anne sayısı 31 (%44.3), çalışan baba sayısı 70 (%100), çalışmayan anne sayısı 39 (%55.7) ve çalışmayan babanın olmadığı bulunmuştur.

#### 4.1.2. Aile Frekansı

Araştırma kapsamında kişisel bilgi formunu dolduran 70 anneden elde edilen verilere göre ailelerin nitel değişkenlere frekansları Tablo 4' de özetlenmiştir.

**Tablo - 5** Ailelerin Gelir Durumu Değişkenine Göre Frekansları

Değişken	Grup	N	%
Aile Eğitimi Programları Hakkında Bilgiye Sahip Olma	Bilgisi olanlar	10	14.3
	Bilgisi olmayanlar	60	85.7
	Toplam	70	
Gelir Durumu	Yok	1	1.4
	Asgari	30	42.9
	Orta	36	51.4
	İyi	3	4.3
	Toplam	70	100.0
Anne ve Babanın Birlikte Yaşama Durumu	Birlikte	59	84.3
	Ayrı	11	15.7
	Toplam	70	100.0
Çocukla Geçirilen Zaman	0 – 2 yaş	1	1.4
	3 – 6 yaş	34	48.6
	7 – 9 yaş	30	42.9
	10 yaş ve üzeri	5	7.1
	Toplam	70	100.0

Değişken	Grup	N	%
Çocukla Yapılan Aktiviteler	Oyun	25	24.0
	Evde zaman	31	29.8
	Gezi	48	46.2
	Toplam	104*	100.0

\* Çoklu yanıtli soru olduğu için n sayısı örneklem hacmini geçmektedir.

Ailelerin aile eğitimi programı hakkında bilgiye sahip olma durumu değişkenine göre dağılımları şöyledir; program hakkında bilgiye sahip olan grupta 10 (%14.3) ve bilgiye sahip olmayanlar grubunda 60 (%85.7) aile bulunmaktadır. Ailelerin gelir durumu değişkenine göre dağılımları şöyledir; herhangi bir geliri olmadığını belirten aile sayısı 1 (%1), asgari gelir düzeyindeki aile sayısı 30 (%42.9), orta gelir düzeyindeki aile sayısı 36 (%51.4) ve iyi gelir düzeyinde olduğunu belirten aile sayısı 3 (4.3)'tür. Anne ve babanın birlikte yaşama değişkenine göre dağılımları şöyledir; anne – babanın birlikte olduğu aile sayısı 59 (%84.3) ve anne – babanın ayrı yaşadığı aile sayısı 11 (%15.7)'dir. Ailelerin çocukları ile birlikte yaptıkları aktivite değişkenine göre dağılımları şöyledir; oyun grubunda 25 (%24), evde zaman grubunda 31 (%29) ve gezi grubunda 48 (%46) aile bulunmaktadır.

#### 4.1.3. Çocukların Nitel Değişkenlere Göre Frekans

Araştırma kapsamında kişisel bilgi formunu dolduran 70 anneden elde edilen verilere göre çocukların nitel değişkenlere göre frekansları Tablo 5' de özetlenmiştir.

**Tablo - 6** Çocukların Nitel Değişkenlere Göre Frekansları

Değişken	Grup	N	%
Çocuk Cinsiyet	Kız	23	32.9
	Erkek	47	67.1
	Toplam	70	100.0
Çocuğun Okula Gitme Durumu	Evet	65	92.9
	Hayır	5	7.1
	Toplam	70	100.0
Çocuk Yaş	0 – 3 yaş	1	1.4
	4 – 9 yaş	28	40.0

Değişken	Grup	N	%
	10 – 15 yaş	26	37.1
	16 ve üstü	15	21.4
	Toplam	70	100.0
Engelli Kardeşe Sahip Olma	Var	9	12.9
	Yok	61	87.1
	Toplam	70	100.0
Tanı Yaşı	0 – 11 ay	2	2.9
	1 – 2 yaş	34	48.6
	3 – 4 yaş	32	45.7
	5 yaş ve üzeri	2	2.9
	Toplam	70	100.0
Okula Başlama Yaşı	0 – 2 yaş	4	5.7
	3 – 4 yaş	12	17.1
	5 – 6 yaş	43	61.4
	7 yaş ve üzeri	11	15.7
	Toplam	70	100.0
Okuldan Farklı Bir Kurumda Eğitim Alma	Evet	61	87.1
	Hayır	9	12.9
	Toplam	70	100.0
Kendisine Ait Odaya Sahip Olma	Evet	44	62.9
	Hayır	26	37.1
	Toplam	70	100.0

Buna göre kız çocuk sayısı 23 (%32.9) ve erkek çocuk sayısı 47 (67.1) olarak bulunmuştur. Çocukların okula gitme durumu değişkenine göre dağılımları şöyledir; okula giden grupta 65 (%92.9) ve okula gitmeyen grupta 5 (%7.1) çocuk bulunmaktadır. Çocukların yaş değişkenine göre dağılımları şöyledir; 0 – 3 yaş grubunda 1 (%1.4), 4 – 9 yaş grubunda 28 (%40.0), 10 – 15 yaş grubunda 26 (%37.1) ve 16 yaş ve üzeri grubunda 15 (%21.4) çocuk bulunmaktadır. Çocukların engelli kardeşe sahip olma durumu değişkenine göre dağılımları şöyledir; engelli

kardeşe sahip çocuk grubunda 9 (%12.9) ve engelli kardeşe sahip olmayanların çocuk grubunda 61 (87.1) çocuk bulunmaktadır. Çocukların tanı konulma yaşı değişkenine göre dağılımları şöyledir; 0 – 11 ayda grubunda 2 (%2.9), 1 – 2 yaş grubunda 34 (%48.6), 3 – 4 yaş grubunda 32 (%45.7) ve 5 yaş ve üzeri grubunda 2 (%2.9) çocuk bulunmaktadır. Çocukların okula başlama yaşı değişkenine göre dağılımları şöyledir; 0 -2 yaş grubunda 4 (%5.7), 3 – 4 yaş grubunda 12(%17.1), 5 – 6 yaş grubunda 43 (%61.4) ve 7 yaş ve üzeri yaş grubunda 11 (%15.7) çocuk bulunmaktadır. Çocukların okuldan farklı bir eğitim kurumunda eğitim alma durumu değişkenine göre; farklı bir eğitim kurumunda eğitim alan grupta 61 (%87.1) ve farklı bir eğitim kurumunda eğitim almayan grupta 9 (%12.9) çocuk bulunmaktadır.

Araştırma kapsamında kişisel bilgi formunu dolduran 70 anneden elde edilen verilere göre annelerin eğitim ve çalışma durumuna göre frekansları Tablo 6' de özetlenmiştir. Buna göre annelerin eğitim düzeyi arttıkça çalışan anne yüzdesinin de arttığı görülmektedir. İlkokul mezunu olup çalışan anne sayısı 2 (%25.0), ortaokul mezunu olup çalışan anne sayısı 1(%12.5), lise mezunu olup çalışan anne sayısı 8 (%32.0), ön lisans mezunu olup çalışan anne sayısı 6 (%60.0) ve lisans mezunu olup çalışan anne sayısı 14 (%73.7) olarak bulunmuştur. İlkokul mezunu olup çalışmayan anne sayısı 6 (%75.0), ortaokul mezunu olup çalışmayan anne sayısı 7 (%87.5), lise mezunu olup çalışmayan anne sayısı 17 (%68.0), ön lisans mezunu olup çalışmayan anne sayısı 4 (%40.0) ve lisans mezunu olup çalışan anne sayısı 5 (%26.3) olarak bulunmuştur.

**Tablo - 7 Annelerin Eğitim Durumuna Göre Çalışma Durumları**

Anne Eğitim Durumu	Anne Çalışma Durumu	N	%
İlkokul	Çalışan	2	25.0
	Çalışmayan	6	75.0
	Toplam	8	100.0
Ortaokul	Çalışan	1	12.5
	Çalışmayan	7	87.5
	Toplam	8	100.0
Lise	Çalışan	8	32.0
	Çalışmayan	17	68.0
	Toplam	25	100.0

Anne Eğitim Durumu	Anne Çalışma Durumu	N	%
Ön lisans	Çalışan	6	60.0
	Çalışmayan	4	40.0
	Toplam	10	100.0
Lisans	Çalışan	14	73.7
	Çalışmayan	5	26.3
	Toplam	19	100.0

#### 4.2. BETİMSSEL İSTATİSTİKLER

Araştırmaya verileri elde etmek amacıyla kullanılan SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği genel ve alt testlere ait betimsel istatistikler hesaplanarak Tablo 7’ de özetlenmiştir.

Araştırma katılan 70 katılımcıdan alınan verilere göre örneklem grubunun SCL 90- R ölçeği genel ortalama puanı 0.8473, standart sapma değeri  $\pm 0.49474$ , hesaplanan en küçük değer 0.19 ve en büyük değer 2.49 olarak bulunmuştur.

Araştırmada SCL 90- R ölçeği alt testlerine ait betimsel istatistikler şöyledir; SCL 90- R ölçeği Somatizasyon Alt Testi ortalama puanı 0.8869, standart sapma değeri  $\pm 0.75128$ , hesaplanan en küçük değer 0.00 ve en büyük değer 2.67; SCL 90- R ölçeği Obsesif Kompulsif Alt Testi ortalama puanı 0.6300, standart sapma değeri  $\pm 0.71614$ , hesaplanan en küçük değer 0.00 ve en büyük değer 2.70; SCL 90- R ölçeği Kişilerarası Duyarlılık Alt Testi ortalama puanı 1.2921, standart sapma değeri  $\pm 0.76119$ , hesaplanan en küçük değer 0.11 ve en büyük değer 3.78; SCL 90- R ölçeği Depresyon Alt Testi ortalama puanı 1.1374, standart sapma değeri  $\pm 0.72016$ , hesaplanan en küçük değer 0.15 ve en büyük değer 2.85; SCL 90- R ölçeği Kaygı Alt Testi ortalama puanı 0.6300, standart sapma değeri  $\pm 0.57290$ , hesaplanan en küçük değer 0.00 ve en büyük değer 2.70; SCL 90- R ölçeği Öfke Düşmanlık Alt Testi ortalama puanı 0.7833, standart sapma değeri  $\pm 0.63977$ , hesaplanan en küçük değer 0.00 ve en büyük değer 3.17; SCL 90- R ölçeği Fobik Anksiyete Alt Testi ortalama puanı 0.5429, standart sapma değeri  $\pm 0.69714$ , hesaplanan en küçük değer 0.00 ve en büyük değer 5.00; SCL 90- R ölçeği Paranoid Düşünce Alt Testi ortalama puanı 1.4405, standart sapma değeri  $\pm 0.70485$ , hesaplanan en küçük değer 0.00 ve en büyük değer 3.17; SCL 90- R ölçeği Piskotizm Alt Testi ortalama puanı 0.5186, standart sapma değeri

$\pm 0.36248$ , hesaplanan en küçük değer 0.00 ve en büyük değer 1.90; SCL 90- R leği Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Alt Testi ortalama puanı 0.6102, standart sapma değeri  $\pm 0.66693$ , hesaplanan en küçük değer 0.00 ve en büyük değer 3,43 olarak bulunmuştur.

**Tablo - 8 SCL 90- R leği Genel ve Alt Testlere Aile Betimsel İstatistikler**

Değişken	N	En küçük	En büyük	Ortalama	Standart Sapma
SCL 90- R Genel		.19	2.49	.8473	.49474
Somatizasyon		.00	2.67	.8869	.75128
Obsesif Kompulsif		.00	2.70	.6300	.71614
Kişilerarası Duyarlılık		.11	3.78	1.2921	.76119
Depresyon		.15	2.85	1.1374	.72016
Kaygı	70	.00	2.70	.6300	.57290
Öfke Düşmanlık		.00	3.17	.7833	.63977
Fobik Anksiyete		.00	5.00	.5429	.69714
Paranoid Düşünce		.00	3.17	1.4405	.70485
Piskotizm		.00	1.90	.5186	.36248
Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk)		.00	3,43	.6102	.66693

#### 4.2.1. SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama leği Mann Whitney U Testi Bulguları

Araştırmaya katılan katılımcıların SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama leğinden elde ettikleri genel ve alt test ortalama puanları ile ailelerin aile eğitimi programları hakkında bilgiye sahip olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla yapılan Mann Whitney U Testi yapılmıştır ve sonuçlar Tablo 9' da özetlenmiştir.



**Tablo - 9** Ailelerin Aile Eğitimi Programları Hakkında Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel ve Alt Test Mann Whitney U Testi Sonuçları

Değişken	Grup	N	S. O.	S. T.	U	Z	P
SCL 90- R Genel	Bilgisi olanlar	10	27,15	271,50	216,500	-1,402	,161
	Bilgisi olmayanlar	60	36,89	2213,50			
	Toplam	70					
Somatizasyon	Bilgisi olanlar	10	37,80	378,00	277,000	-,387	,699
	Bilgisi olmayanlar	60	35,12	2107,00			
	Toplam	70					
Obsesif Kompulsif	Bilgisi olanlar	10	38,15	381,50	273,500	-,447	,655
	Bilgisi olmayanlar	60	35,06	2103,50			
	Toplam	70					
Kişilerarası Duyarlılık	Bilgisi olanlar	10	19,25	192,50	137,500	-2,732	,006*
	Bilgisi olmayanlar	60	38,21	2292,50			
	Toplam	70					
Depresyon	Bilgisi olanlar	10	29,55	295,50	240,500	-1,001	,317
	Bilgisi olmayanlar	60	36,49	2189,50			
	Toplam	70					
Kaygı	Bilgisi olanlar	10	29,25	292,50	237,500	-1,053	,292
	Bilgisi olmayanlar	60	36,54	2192,50			
	Toplam	70					
Öfke Düşmanlık	Bilgisi olanlar	10	21,20	212,00	157,000	-2,418	,016*
	Bilgisi olmayanlar	60	37,88	2273,00			
	Toplam	70					
Fobik Anksiyete	Bilgisi olanlar	10	20,85	208,50	153,500	-2,487	,013*
	Bilgisi olmayanlar	60	37,94	2276,50			
	Toplam	70					
Paranoid Düşünce	Bilgisi olanlar	10	21,15	211,50	156,500	-2,416	,016*
	Bilgisi olmayanlar	60	37,89	2273,50			
	Toplam	70					
Psikotizm	Bilgisi olanlar	10	24,45	244,50	189,500	-1,869	,062
	Bilgisi olmayanlar	60	37,34	2240,50			
	Toplam	70					
Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk)	Bilgisi olanlar	10	30,35	303,50	248,500	-,872	,383
	Bilgisi olmayanlar	60	36,36	2181,50			
	Toplam	70					

Aile eğitimi programları hakkında bilgisi olan grubun SLC 90- R Genel ortalama puanı ile aile eğitimi programları hakkında bilgisi olmayan grubun SCL 90- R genel puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=216,500, z=-1,402, p=0,161).

Aile eğitimi programları hakkında bilgisi olan grubun SLC 90- R Somatizasyon Alt Testi ortalama puanı ile aile eğitimi programları hakkında bilgisi olmayan grubun SCL 90- R Somatizasyon Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=277,000, z=-0,387, p=0,699).

Aile eğitimi programları hakkında bilgisi olan grubun SLC 90- R Obsesif Kompulsif Alt Testi ortalama puanı ile aile eğitimi programları hakkında bilgisi olmayan grubun SCL 90- R Obsesif Kompulsif Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=273,500, z=-,447, p=0,655).

Aile eğitimi programları hakkında bilgisi olan grubun SLC 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Testi ortalama puanı ile aile eğitimi programları hakkında bilgisi olmayan grubun SCL 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (U=137,500, z=-2,732, p=0,006).

Aile eğitimi programları hakkında bilgisi olan grubun SLC 90- R Depresyon Alt Testi ortalama puanı ile aile eğitimi programları hakkında bilgisi olmayan grubun SCL 90- R Depresyon Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=240,500, z=-1,001, p=0,317).

Aile eğitimi programları hakkında bilgisi olan grubun SLC 90- R Kaygı Alt Testi ortalama puanı ile aile eğitimi programları hakkında bilgisi olmayan grubun SCL 90- R Kaygı Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=237,500, z=-1,053, p=0,292).

Aile eğitimi programları hakkında bilgisi olan grubun SLC 90- R Öfke Düşmanlık Alt Testi ortalama puanı ile aile eğitimi programları hakkında bilgisi olmayan grubun SCL 90- R Öfke Düşmanlık Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (U=157,000, z=-2,418, p=0,016).

Aile eğitimi programları hakkında bilgisi olan grubun SLC 90- R Fobik Anksiyete Alt Testi ortalama puanı ile aile eğitimi programları hakkında bilgisi

olmayan grubun SCL 90- R Fobik Anksiyete Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (U=153,500, z=-2,487, p=0,013).

Aile eğitimi programları hakkında bilgisi olan grubun SCL 90- R Paranoid Düşünce Alt Testi ortalama puanı ile aile eğitimi programları hakkında bilgisi olmayan grubun SCL 90- R Paranoid Düşünce Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (U=156,500, z=-2,416, p=0,016).

Aile eğitimi programları hakkında bilgisi olan grubun SCL 90- R Psikotizm Alt Testi ortalama puanı ile aile eğitimi programları hakkında bilgisi olmayan grubun SCL 90- R Psikotizm Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=189,500, z=-1,869, p=0,062).

Aile eğitimi programları hakkında bilgisi olan grubun SCL 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Alt Testi ortalama puanı ile aile eğitimi programları hakkında bilgisi olmayan grubun SCL 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=248,500, z=-0,872, p=0,383).

Araştırmaya katılan katılımcıların SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeğinden elde ettikleri genel ve alt test ortalama puanları ile annenin çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla yapılan Mann Whitney U Testi yapılmıştır ve sonuçlar Tablo 9' de özetlenmiştir.

**Tablo - 10** Annenin Çalışma Durumuna Göre SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel ve Alt Test Mann Whitney U Testi Sonuçları

Değişken	Grup	n	S. O.	S. T.	U	Z	P
SCL 90- R Genel	Çalışanlar	39	38,88	1516,50	472,500	-1,561	,119
	Çalışmayanlar	31	31,24	968,50			
	Toplam	70					
Somatizasyon	Çalışanlar	39	39,59	1544,00	445,000	-1,890	,059
	Çalışmayanlar	31	30,35	941,00			
	Toplam	70					
Obsesif Kompulsif	Çalışanlar	39	40,26	1570,00	419,000	-2,206	,027*
	Çalışmayanlar	31	29,52	915,00			

Değişken	Grup	n	S. O.	S. T.	U	Z	P
	Toplam	70					
Kişilerarası Duyarlılık	Çalışanlar	39	38,22	1490,50	498,500	-1,255	,209
	Çalışmayanlar	31	32,08	994,50			
	Toplam	70					
Depresyon	Çalışanlar	39	38,40	1497,50	491,500	-1,339	,181
	Çalışmayanlar	31	31,85	987,50			
	Toplam	70					
Kaygı	Çalışanlar	39	39,42	1537,50	451,500	-1,816	,069
	Çalışmayanlar	31	30,56	947,50			
	Toplam	70					
Öfke Düşmanlık	Çalışanlar	39	34,83	1358,50	578,500	-,310	,757
	Çalışmayanlar	31	36,34	1126,50			
	Toplam	70					
Fobik Anksiyete	Çalışanlar	39	37,88	1477,50	511,500	-1,112	,266
	Çalışmayanlar	31	32,50	1007,50			
	Toplam	70					
Paranoid Düşünce	Çalışanlar	39	35,96	1402,50	586,500	-,214	,831
	Çalışmayanlar	31	34,92	1082,50			
	Toplam	70					
Psikotizm	Çalışanlar	39	34,53	1346,50	566,500	-,453	,651
	Çalışmayanlar	31	36,73	1138,50			
	Toplam	70					
Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk)	Çalışanlar	39	39,17	1527,50	461,500	-1,705	,088
	Çalışmayanlar	31	30,89	957,50			
	Toplam	70					

Çalışan annelerin SCL 90- R Genel ortalama puanı ile çalışmayan annelerin SCL 90- R genel puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=472,500, z=-1,561, p=0,119).

Çalışan annelerin SLC 90- R Somatizasyon Alt Testi ortalama puanı ile çalışmayan annelerin SCL 90- R Somatizasyon Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=445,000, z=-1,890, p=0,059).

Çalışan annelerin SLC 90- R Obsesif Kompulsif Alt Testi ortalama puanı ile çalışmayan annelerin SCL 90- R Obsesif Kompulsif Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (U=419,000, z=-2,206, p=0,027).

Çalışan annelerin SLC 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Testi ortalama puanı ile çalışmayan annelerin SCL 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=498,500, z=-1,255, p=0,209).

Çalışan annelerin SLC 90- R Depresyon Alt Testi ortalama puanı ile çalışmayan annelerin SCL 90- R Depresyon Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=491,500, z=-1,339, p=0,181).

Çalışan annelerin SLC 90- R Kaygı Alt Testi ortalama puanı ile çalışmayan annelerin SCL 90- R Kaygı Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=451,500, z=-1,816, p=0,069).

Çalışan annelerin SLC 90- R Öfke Düşmanlık Alt Testi ortalama puanı ile çalışmayan annelerin SCL 90- R Öfke Düşmanlık Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=578,500, z=-0,310, p=0,757).

Çalışan annelerin SLC 90- R Fobik Anksiyete Alt Testi ortalama puanı ile çalışmayan annelerin SCL 90- R Fobik Anksiyete Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=511,500, z=-1,112, p=0,266).

Çalışan annelerin SLC 90- R Paranoid Düşünce Alt Testi ortalama puanı ile çalışmayan annelerin SCL 90- R Paranoid Düşünce Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=586,500, z=-0,214, p=0,831).

Çalışan annelerin SLC 90- R Psikotizm Alt Testi ortalama puanı ile çalışmayan annelerin SCL 90- R Psikotizm Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=566,500, z=-0,453, p=0,651).

Çalışan annelerin SLC 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Alt Testi ortalama puanı ile çalışmayan annelerin SCL 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah

Suçluluk) Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=461,500, z=-1,705, p=0,088).

Araştırmaya katılan katılımcıların SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeğinden elde ettikleri genel ve alt test ortalama puanları ile anne ve babanın birlikte yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla yapılan Mann Whitney U Testi yapılmıştır ve sonuçlar Tablo 10' da özetlenmiştir.

**Tablo - 11** Anne ve Babanın Birlikte Yaşama Durumuna Göre SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel ve Alt Test Mann Whitney U Testi Sonuçları

Değişken	Grup	n	S. O.	S. T.	U	Z	P
SCL 90- R Genel	Birlikte	59	35,59	2100,00	319,000	-,089	,929
	Ayrı	11	35,00	385,00			
	Toplam	70					
Somatizasyon	Birlikte	59	36,22	2137,00	282,000	-,687	,492
	Ayrı	11	31,64	348,00			
	Toplam	70					
Obsesif Kompulsif	Birlikte	59	35,19	2076,00	306,000	-,300	,764
	Ayrı	11	37,18	409,00			
	Toplam	70					
Kişilerarası Duyarlılık	Birlikte	59	35,42	2090,00	320,000	-,073	,942
	Ayrı	11	35,91	395,00			
	Toplam	70					
Depresyon	Birlikte	59	34,88	2058,00	491,500	-,590	,555
	Ayrı	11	38,82	427,00			
	Toplam	70					
Kaygı	Birlikte	59	35,49	2094,00	324,000	-,008	,994
	Ayrı	11	35,55	391,00			
	Toplam	59					
Öfke Düşmanlık	Birlikte	11	34,71	2048,00	278,000	-,756	,450
	Ayrı	31	39,73	437,00			
	Toplam	70					
Fobik Anksiyete	Birlikte	59	34,87	2057,50	287,500	-,604	,546
	Ayrı	11	38,86	427,50			
	Toplam	70					
Paranoid Düşünce	Birlikte	59	35,28	2081,50	311,500	-,210	,833
	Ayrı	11	36,68	403,50			
	Toplam	70					

Değişken	Grup	n	S. O.	S. T.	U	Z	P
Psikotizm	Birlikte	59	36,72	2166,50	252,500	-1,171	,242
	Ayrı	11	28,95	318,50			
	Toplam	70					
Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk)	Birlikte	59	37,48	2211,50	207,500	-1,904	,057
	Ayrı	11	24,86	273,50			
	Toplam	70					

Anne ve babanın birlikte olduğu grubun SLC 90- R Genel ortalama puanı ile anne ve babanın ayrı olduğu grubun SCL 90- R genel puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=319,000, z=-0,089, p=0,929).

Anne ve babanın birlikte olduğu grubun SLC 90- R Somatizasyon Alt Testi ortalama puanı ile anne ve babanın ayrı olduğu grubun SCL 90- R Somatizasyon Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=282,000, z=-0,687, p=0,492).

Anne ve babanın birlikte olduğu grubun SLC 90- R Obsesif Kompulsif Alt Testi ortalama puanı ile anne ve babanın ayrı olduğu grubun SCL 90- R Obsesif Kompulsif Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=306,000, z=-0,687, p=0,492).

Anne ve babanın birlikte olduğu grubun SLC 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Testi ortalama puanı ile anne ve babanın ayrı olduğu grubun SCL 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=320,000, z=-0,073, p=0,942).

Anne ve babanın birlikte olduğu grubun SLC 90- R Depresyon Alt Testi ortalama puanı ile anne ve babanın ayrı olduğu grubun SCL 90- R Depresyon Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=491,500, z=-0,590, p=0,555).

Anne ve babanın birlikte olduğu grubun SLC 90- R Kaygı Alt Testi ortalama puanı ile anne ve babanın ayrı olduğu grubun SCL 90- R Kaygı Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=324,000, z=-0,008, p=0,994).

Anne ve babanın birlikte olduğu grubun SCL 90- R Öfke Düşmanlık Alt Testi ortalama puanı ile anne ve babanın ayrı olduğu grubun SCL 90- R Öfke Düşmanlık Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $U=278,000$ ,  $z=-0,756$ ,  $p=0,450$ ).

Anne ve babanın birlikte olduğu grubun SCL 90- R Fobik Anksiyete Alt Testi ortalama puanı ile anne ve babanın ayrı olduğu grubun SCL 90- R Fobik Anksiyete Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $U=287,500$ ,  $z=-0,604$ ,  $p=0,546$ ).

Anne ve babanın birlikte olduğu grubun SCL 90- R Paranoid Düşünce Alt Testi ortalama puanı ile anne ve babanın ayrı olduğu grubun SCL 90- R Paranoid Düşünce Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $U=311,500$ ,  $z=-0,210$ ,  $p=0,833$ ).

Anne ve babanın birlikte olduğu grubun SCL 90- R Psikotizm Alt Testi ortalama puanı ile anne ve babanın ayrı olduğu grubun SCL 90- R Psikotizm Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $U=252,500$ ,  $z=-1,171$ ,  $p=0,242$ ).

Anne ve babanın birlikte olduğu grubun SCL 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Alt Testi ortalama puanı ile anne ve babanın ayrı olduğu grubun SCL 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $U=207,500$ ,  $z=-1,904$ ,  $p=0,057$ ).

Araştırmaya katılan katılımcıların SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeğinden elde ettikleri genel ve alt test ortalama puanlarının sahip oldukları çocukların cinsiyetine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla yapılan Mann Whitney U Testi yapılmıştır ve sonuçlar Tablo 11' de özetlenmiştir.



**Tablo - 12** Çocuğun Cinsiyetine Göre Katılımcıların SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel ve Alt Test Mann Whitney U Testi Sonuçları

Değişken	Grup	n	S. O.	S. T.	U	Z	P
SCL 90- R Genel	Kız	23	37,59	864,50	492,500	-,600	,548
	Erkek	47	34,48	1620,50			
	Toplam	70					
Somatizasyon	Kız	23	35,52	817,00	540,000	-,006	,995
	Erkek	47	35,49	1668,00			
	Toplam	70					
Obsesif Kompulsif	Kız	23	37,59	864,50	492,500	-,604	,546
	Erkek	47	34,48	1620,50			
	Toplam	70					
Kişilerarası Duyarlılık	Kız	23	38,48	885,00	472,000	-,858	,391
	Erkek	47	34,04	1600,00			
	Toplam	70					
Depresyon	Kız	23	38,22	879,00	478,000	-,783	,434
	Erkek	47	34,17	1606,00			
	Toplam	70					
Kaygı	Kız	23	36,67	843,50	513,500	-,339	,735
	Erkek	47	34,93	1641,50			
	Toplam	70					
Öfke Düşmanlık	Kız	23	41,61	957,00	400,000	-1,770	,077
	Erkek	47	32,51	1528,00			
	Toplam	70					
Fobik Anksiyete	Kız	23	39,41	906,50	287,500	-1,138	,255
	Erkek	47	33,59	1578,50			
	Toplam	70					
Paranoid Düşünce	Kız	23	37,59	864,50	492,500	-,602	,547
	Erkek	47	34,48	1620,50			
	Toplam	70					
Psikotizm	Kız	23	34,02	782,50	506,500	-,429	,668
	Erkek	47	36,22	1702,50			
	Toplam	70					
Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk)	Kız	23	29,35	675,00	399,000	-1,784	,074
	Erkek	47	38,51	1810,00			
	Toplam	70					

Kız çocuğa sahip olan grubun SLC 90- R Genel ortalama puanı ile erkek çocuğa sahip olan grubun SCL 90- R genel puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=492,500, z=-0,600, p=0,548).

Kız çocuğa sahip olan grubun SLC 90- R Somatizasyon Alt Testi ortalama puanı ile erkek çocuğa sahip olan grubun SCL 90- R Somatizasyon Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=540,000, z=-0,006, p=0,995).

Kız çocuğa sahip olan grubun SLC 90- R Obsesif Kompulsif Alt Testi ortalama puanı ile erkek çocuğa sahip olan grubun SCL 90- R Obsesif Kompulsif Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=492,500, z=-0,604, p=0,546).

Kız çocuğa sahip olan grubun SLC 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Testi ortalama puanı ile erkek çocuğa sahip olan grubun SCL 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=472,000, z=-0,858, p=0,391).

Kız çocuğa sahip olan grubun SLC 90- R Depresyon Alt Testi ortalama puanı ile erkek çocuğa sahip olan grubun SCL 90- R Depresyon Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=478,000, z=-0,783, p=0,434).

Kız çocuğa sahip olan grubun SLC 90- R Depresyon Alt Testi ortalama puanı ile erkek çocuğa sahip olan grubun SCL 90- R Depresyon Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=513,500, z=-0,339, p=0,735).

Kız çocuğa sahip olan grubun SLC 90- R Öfke Düşmanlık Alt Testi ortalama puanı ile erkek çocuğa sahip olan grubun SCL 90- R Öfke Düşmanlık Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=400,000, z=-1,770, p=0,077).

Kız çocuğa sahip olan grubun SLC 90- R Fobik Anksiyete Alt Testi ortalama puanı ile erkek çocuğa sahip olan grubun SCL 90- R Fobik Anksiyete Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=287,500, z=-1,138, p=0,255).

Kız çocuğa sahip olan grubun SLC 90- R Paranoid Düşünce Alt Testi ortalama puanı ile erkek çocuğa sahip olan grubun SCL 90- R Paranoid Düşünce Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=492,500, z=-0,602, p=0,547).

Kız çocuğa sahip olan grubun SCL 90- R Psikotizm Alt Testi ortalama puanı ile erkek çocuğa sahip olan grubun SCL 90- R Psikotizm Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=506,500, z=-0,429, p=0,668).

Kız çocuğa sahip olan grubun SCL 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Alt Testi ortalama puanı ile erkek çocuğa sahip olan grubun SCL 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=399,000, z=-1,784, p=0,074).

Araştırmaya katılan katılımcıların SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeğinden elde ettikleri genel ve alt test ortalama puanlarının sahip oldukları çocukların okula gitme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla yapılan Mann Whitney U Testi yapılmıştır ve sonuçlar Tablo 12' de özetlenmiştir.

**Tablo - 13** Çocuğun Okula Gitme Durumuna Göre Katılımcıların SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel ve Alt Test Mann Whitney U Testi Sonuçları

Değişken	Grup	n	S. O.	S. T.	U	Z	P
SCL 90- R Genel	Giden	65	36,29	2359,00	111,000	-1,175	,240
	Gitmeyen	5	25,20	126,00			
	Toplam	70					
Somatizasyon	Giden	65	35,92	2334,50	135,500	-,092	,927
	Gitmeyen	5	30,10	150,50			
	Toplam	70					
Obsesif Kompulsif	Giden	65	35,56	2311,50	158,500	-,092	,927
	Gitmeyen	5	34,70	173,50			
	Toplam	70					
Kişilerarası Duyarlılık	Giden	65	36,10	2346,50	123,500	-,891	,373
	Gitmeyen	5	27,70	138,50			
	Toplam	70					
Depresyon	Giden	65	36,27	2357,50	112,500	-1,143	,253
	Gitmeyen	5	25,50	127,50			
	Toplam	70					
Kaygı	Giden	65	35,59	2313,50	156,500	-,137	,891
	Gitmeyen	5	34,30	171,50			
	Toplam	70					
Öfke Düşmanlık	Giden	65	35,75	2323,50	146,500	-,368	,713
	Gitmeyen	5	32,30	161,50			
	Toplam	70					

Değişken	Grup	n	S. O.	S. T.	U	Z	P
Fobik Anksiyete	Giden	65	35,05	2278,00	133,000	-,681	,496
	Gitmeyen	5	41,40	207,00			
	Toplam	70					
Paranoid Düşünce	Giden	65	36,27	2357,50	112,500	-1,144	,253
	Gitmeyen	5	25,50	127,50			
	Toplam	70					
Psikotizm	Giden	65	36,22	2354,50	115,500	-1,080	,280
	Gitmeyen	5	26,10	130,50			
	Toplam	70					
Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk)	Giden	65	35,81	2327,50	142,500	-,460	,646
	Gitmeyen	5	31,50	157,50			
	Toplam	70					

Çocuğu okula giden grubun SLC 90- R Genel ortalama puanı ile çocuğu okula gitmeyen grubun SCL 90- R genel puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=111,000, z=-1,175, p=0,240).

Çocuğu okula giden grubun grubun SLC 90- R Somatizasyon Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu okula gitmeyen grubun grubun SCL 90- R Somatizasyon Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=135,500, z=-0,092, p=0,927).

Çocuğu okula giden grubun grubun SLC 90- R Obsesif Kompulsif Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu okula gitmeyen grubun grubun SCL 90- R Obsesif Kompulsif Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=158,500, z=-0,092, p=0,927).

Çocuğu okula giden grubun grubun SLC 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu okula gitmeyen grubun grubun SCL 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=123,500, z=-0,891, p=0,373).

Çocuğu okula giden grubun grubun SLC 90- R Depresyon Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu okula gitmeyen grubun grubun SCL 90- R Depresyon Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=112,500, z=-1,143, p=0,253).

Çocuğu okula giden grubun grubun SLC 90- R Kaygı Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu okula gitmeyen grubun grubun SCL 90- R Kaygı Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $U=156,500$ ,  $z=-0,137$ ,  $p=0,891$ ).

Çocuğu okula giden grubun grubun SLC 90- R Öfke Düşmanlık Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu okula gitmeyen grubun grubun SCL 90- R Öfke Düşmanlık Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $U=146,500$ ,  $z=-0,368$ ,  $p=0,713$ ).

Çocuğu okula giden grubun grubun SLC 90- R Fobik Anksiyete Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu okula gitmeyen grubun grubun SCL 90- R Fobik Anksiyete Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $U=133,000$ ,  $z=-0,681$ ,  $p=0,496$ ).

Çocuğu okula giden grubun grubun SLC 90- R Paranoid Düşünce Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu okula gitmeyen grubun grubun SCL 90- R Paranoid Düşünce Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $U=112,500$ ,  $z=-1,144$ ,  $p=0,253$ ).

Çocuğu okula giden grubun grubun SLC 90- R Psicotizm Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu okula gitmeyen grubun grubun SCL 90- R Psicotizm Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $U=115,500$ ,  $z=-1,080$ ,  $p=0,280$ ).

Çocuğu okula giden grubun grubun SLC 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu okula gitmeyen grubun grubun SCL 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $U=142,500$ ,  $z=-0,460$ ,  $p=0,646$ ).

Araştırmaya katılan katılımcıların SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeğinden elde ettikleri genel ve alt test ortalama puanlarının sahip oldukları çocukların okuldan farklı bir eğitim kurumuna gitme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla yapılan Mann Whitney U Testi yapılmıştır ve sonuçlar Tablo 13' te özetlenmiştir.

**Tablo - 14** Çocuğun Okuldan Farklı Eğitim Kurumuna Gitme Durumuna Göre Katılımcıların SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel ve Alt Test Mann Whitney U Testi Sonuçları

Değişken	Grup	n	S. O.	S. T.	U	Z	P
SCL 90- R Genel	Giden	61	36,17	2206,50	233,500	-,720	,472
	Gitmeyen	9	30,94	278,50			
	Toplam	70					
Somatizasyon	Giden	61	36,96	2254,50	185,500	-1,565	,118
	Gitmeyen	9	25,61	230,50			
	Toplam	70					
Obsesif Kompulsif	Giden	61	35,80	2183,50	256,500	-,318	,751
	Gitmeyen	9	33,50	301,50			
	Toplam	70					
Kişilerarası Duyarlılık	Giden	61	36,93	2253,00	187,000	-1,538	,124
	Gitmeyen	9	25,78	232,00			
	Toplam	70					
Depresyon	Giden	61	35,27	2151,50	260,500	-,246	,806
	Gitmeyen	9	37,06	333,50			
	Toplam	70					
Kaygı	Giden	61	36,86	2248,50	191,500	-1,462	,144
	Gitmeyen	9	26,28	236,50			
	Toplam	70					
Öfke Düşmanlık	Giden	61	35,06	2138,50	247,500	-,477	,633
	Gitmeyen	9	38,50	346,50			
	Toplam	70					
Fobik Anksiyete	Giden	61	34,80	2123,00	232,000	-,754	,451
	Gitmeyen	9	40,22	362,00			
	Toplam	70					
Paranoid Düşünce	Giden	61	35,85	2187,00	253,000	-,378	,705
	Gitmeyen	9	33,11	298,00			
	Toplam	70					
Psikotizm	Giden	61	37,57	2291,50	148,500	-2,228	,026*
	Gitmeyen	9	21,50	193,50			
	Toplam	70					
Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk)	Giden	61	35,53	2167,50	272,500	-,035	,972
	Gitmeyen	9	35,28	317,50			
	Toplam	70					

Çocuğu okuldan farklı bir eğitim kurumuna giden grubun SCL 90- R Genel ortalama puanı ile çocuğu okuldan farklı bir eğitim kurumuna gitmeyen grubun SCL 90- R genel puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=233,500, z=-0,720, p=0,472).

Çocuğu okuldan farklı bir eğitim kurumuna giden grubun SCL 90- R Somatizasyon Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu okuldan farklı bir eğitim kurumuna gitmeyen grubun SCL 90- R Somatizasyon Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=185,500, z=-1,565, p=0,118).

Çocuğu okuldan farklı bir eğitim kurumuna giden grubun SCL 90- R Obsesif Kompulsif Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu okuldan farklı bir eğitim kurumuna

gitmeyen grubun SCL 90- R Obsesif Kompulsif Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=256,500, z=-0,318, p=0,751).

Çocuğu okuldan farklı bir eğitim kurumuna giden grubun SLC 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu okuldan farklı bir eğitim kurumuna gitmeyen grubun SCL 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=187,000, z=-1,538, p=0,124).

Çocuğu okuldan farklı bir eğitim kurumuna giden grubun SLC 90- R Depresyon Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu okuldan farklı bir eğitim kurumuna gitmeyen grubun SCL 90- R Depresyon Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=260,500, z=-0,246, p=0,806).

Çocuğu okuldan farklı bir eğitim kurumuna giden grubun SLC 90- R Kaygı Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu okuldan farklı bir eğitim kurumuna gitmeyen grubun SCL 90- R Kaygı Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=191,500, z=-1,462, p=0,144).

Çocuğu okuldan farklı bir eğitim kurumuna giden grubun SLC 90- R Öfke Düşmanlık Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu okuldan farklı bir eğitim kurumuna gitmeyen grubun SCL 90- R Öfke Düşmanlık Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=247,500, z=-0,477, p=0,633).

Çocuğu okuldan farklı bir eğitim kurumuna giden grubun SLC 90- R Fobik Anksiyete Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu okuldan farklı bir eğitim kurumuna gitmeyen grubun SCL 90- R Fobik Anksiyete Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=232,000, z=-0,754, p=0,451).

Çocuğu okuldan farklı bir eğitim kurumuna giden grubun SLC 90- R Paranoid Düşünce Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu okuldan farklı bir eğitim kurumuna gitmeyen grubun SCL 90- R Paranoid Düşünce Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=253,000, z=-0,378, p=0,705).

Çocuğu okuldan farklı bir eğitim kurumuna giden grubun SLC 90- R Psikotizm Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu okuldan farklı bir eğitim kurumuna gitmeyen grubun SCL 90- R Psikotizm Düşünce Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (U=148,500, z=-2,228, p=0,026).

Çocuğu okuldan farklı bir eğitim kurumuna giden grubun SCL 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu okuldan farklı bir eğitim kurumuna gitmeyen grubun SCL 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=272,500, z=-0,035, p=0,972).

Araştırmaya katılan katılımcıların SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeğinden elde ettikleri genel ve alt test ortalama puanlarının sahip oldukları çocuklarının engelli kardeşe sahip olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla yapılan Mann Whitney U Testi yapılmıştır ve sonuçlar Tablo 14' te özetlenmiştir.

**Tablo - 15** Çocuğun Engelli Kardeşe Sahip Olma Durumuna Göre Katılımcıların SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel ve Alt Test Mann Whitney U Testi Sonuçları

Değişken	Grup	n	S. O.	S. T.	U	Z	P
SCL 90- R Genel	Evet	9	45,17	406,50	187,500	-1,527	,127
	Hayır	61	34,07	2078,50			
	Toplam	70					
Somatizasyon	Evet	9	41,56	374,00	220,000	-,958	,338
	Hayır	61	34,61	2111,00			
	Toplam	70					
Obsesif Kompulsif	Evet	9	33,56	302,00	257,000	-,309	,757
	Hayır	61	35,79	2183,00			
	Toplam	70					
Kişilerarası Duyarlılık	Evet	9	48,33	435,00	159,000	-2,030	,042*
	Hayır	61	33,61	2050,00			
	Toplam	70					
Depresyon	Evet	9	46,17	415,50	178,500	-1,688	,091
	Hayır	61	33,93	2069,50			
	Toplam	70					
Kaygı	Evet	9	44,39	399,50	194,500	-1,409	,159
	Hayır	61	34,19	2085,50			
	Toplam	70					
Öfke Düşmanlık	Evet	9	42,39	381,50	212,500	-1,096	,273
	Hayır	61	34,48	2103,50			
	Toplam	70					
Fobik Anksiyete	Evet	9	46,83	421,50	172,500	-1,810	,070
	Hayır	61	33,83	2063,50			
	Toplam	70					
Paranoid Düşünce	Evet	9	51,83	466,50	127,500	-2,587	,010*
	Hayır	61	33,09	2018,50			
	Toplam	70					
Psikotizm	Evet	9	49,28	443,50	150,500	-2,193	,028*
	Hayır	61	33,47	2041,50			
	Toplam	70					
Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk)	Evet	9	33,94	305,50	260,500	-,248	,804
	Hayır	61	35,73	2179,50			
	Toplam	70					



Çocuğu engelli kardeşe sahip olan grubun SLC 90- R Genel ortalama puanı ile çocuğu kardeşe sahip olmayan grubun SCL 90- R genel puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=187,500, z=-1,527, p=0,127).

Çocuğu engelli kardeşe sahip olan grubun SLC 90- R Somatizasyon Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu engelli kardeşe sahip olmayan grubun SCL 90- R Somatizasyon Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=220,000, z=-0,958, p=0,338).

Çocuğu engelli kardeşe sahip olan grubun SLC 90- R Obsesif Kompulsif Alt Testi ortalama puanı ile Çocuğu engelli kardeşe sahip olmayan grubun SCL 90- R Obsesif Kompulsif Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=257,000, z=-0,309, p=0,757).

Çocuğu engelli kardeşe sahip olan grubun SLC 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Testi ortalama puanı ile Çocuğu engelli kardeşe sahip olmayan grubun SCL 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (U=159,000, z=-2,030, p=0,042).

Çocuğu engelli kardeşe sahip olan grubun SLC 90- R Depresyon Alt Testi ortalama puanı ile Çocuğu engelli kardeşe sahip olmayan grubun SCL 90- R Depresyon Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=178,500, z=-1,688, p=0,091).

Çocuğu engelli kardeşe sahip olan grubun SLC 90- R Kaygı Alt Testi ortalama puanı ile Çocuğu engelli kardeşe sahip olmayan grubun SCL 90- R Kaygı Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=194,500, z=-1,409, p=0,159).

Çocuğu engelli kardeşe sahip olan grubun SLC 90- R Öfke Düşmanlık Alt Testi ortalama puanı ile Çocuğu engelli kardeşe sahip olmayan grubun SCL 90- R Öfke Düşmanlık Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=212,500, z=-1,096, p=0,273).

Çocuğu engelli kardeşe sahip olan grubun SLC 90- R Fobik Anksiyete Alt Testi ortalama puanı ile Çocuğu engelli kardeşe sahip olmayan grubun SCL 90- R Fobik Anksiyete Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=172,500, z=-1,810, p=0,070).

Çocuğu engelli kardeşe sahip olan grubun SCL 90- R Paranoid Düşünce Alt Testi ortalama puanı ile Çocuğu engelli kardeşe sahip olmayan grubun SCL 90- R Paranoid Düşünce Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (U=127,500, z=-2,587, p=0,010).

Çocuğu engelli kardeşe sahip olan grubun SCL 90- R Psikotizm Alt Testi ortalama puanı ile Çocuğu engelli kardeşe sahip olmayan grubun SCL 90- R Psikotizm Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (U=150,500, z=-2,193, p=0,028).

Çocuğu engelli kardeşe sahip olan grubun SCL 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk)Alt Testi ortalama puanı ile Çocuğu engelli kardeşe sahip olmayan grubun SCL 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk)Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=260,500, z=-0,248, p=0,804).

Araştırmaya katılan katılımcıların SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeğinden elde ettikleri genel ve alt test ortalama puanlarının sahip oldukları çocuklarının kendilerine ait odaya sahip olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla yapılan Mann Whitney U Testi yapılmıştır ve sonuçlar Tablo 15' te özetlenmiştir.

**Tablo - 16** Çocuğun Kendisine Ait Bir Odaya Sahip Olma Durumuna Göre Katılımcıların SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel ve Alt Test Mann Whitney U Testi Sonuçları

Değişken	Grup	n	S. O.	S. T.	U	Z	P
SCL 90- R Genel	Var	44	34,28	1508,50	518,500	-,650	,515
	Yok	26	37,56	976,50			
	Toplam	70					
Somatizasyon	Var	44	32,97	1450,50	460,500	-1,358	,174
	Yok	26	39,79	1034,50			
	Toplam	70					
Obsesif Kompulsif	Var	44	36,55	1608,00	526,000	-,562	,574
	Yok	26	33,73	877,00			
	Toplam	70					
Kişilerarası Duyarlılık	Var	44	34,26	1507,50	517,500	-,664	,507
	Yok	26	37,60	977,50			
	Toplam	70					
Depresyon	Var	44	34,33	1510,50	520,500	-,627	,530
	Yok	26	37,48	974,50			
	Toplam	70					
Kaygı	Var	44	33,28	1464,50	474,500	-1,190	,234
	Yok	26	39,25	1020,50			
	Toplam	70					
Öfke Düşmanlık	Var	44	36,47	1604,50	529,500	-,520	,603
	Yok	26	33,87	880,50			
	Toplam	70					

Değişken	Grup	n	S. O.	S. T.	U	Z	P
Fobik Anksiyete	Var	44	34,32	1510,00	520,000	-,639	,523
	Yok	26	37,50	975,00			
	Toplam	70					
Paranoid Düşünce	Var	44	35,44	1559,50	569,500	-,030	,976
	Yok	26	35,60	925,50			
	Toplam	70					
Psikotizm	Var	44	33,97	1494,50	504,500	-,827	,408
	Yok	26	38,10	990,50			
	Toplam	70					
Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk)	Var	44	35,10	1544,50	554,500	-,215	,830
	Yok	26	36,17	940,50			
	Toplam	70					

Çocuğu kendisine ait odaya sahip olan grubun SLC 90- R Genel ortalama puanı ile çocuğu kendisine ait odaya sahip olmayan grubun SCL 90- R genel puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=518,500, z=-0,650, p=0,515).

Çocuğu kendisine ait odaya sahip olan grubun SLC 90- R Somatizasyon Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu kendisine ait odaya sahip olmayan grubun SCL 90- R Somatizasyon Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=460,500, z=-1,358, p=0,174).

Çocuğu kendisine ait odaya sahip olan grubun SLC 90- R Obsesif Kompulsif Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu kendisine ait odaya sahip olmayan grubun SCL 90- R Obsesif Kompulsif Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=526,000, z=-0,562, p=0,574).

Çocuğu kendisine ait odaya sahip olan grubun SLC 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu kendisine ait odaya sahip olmayan grubun SCL 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=517,500, z=-0,664, p=0,507).

Çocuğu kendisine ait odaya sahip olan grubun SLC 90- R Depresyon Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu kendisine ait odaya sahip olmayan grubun SCL 90- R Depresyon Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=520,500, z=-0,627, p=0,530).

Çocuğu kendisine ait odaya sahip olan grubun SLC 90- R Kaygı Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu kendisine ait odaya sahip olmayan grubun SCL 90- R Kaygı Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=474,500, z=-1,190, p=0,234).

Çocuğu kendisine ait odaya sahip olan grubun SLC 90- R Öfke Düşmanlık Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu kendisine ait odaya sahip olmayan grubun SCL 90- R Öfke Düşmanlık Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=529,500, z=-0,520, p=0,603).

Çocuğu kendisine ait odaya sahip olan grubun SLC 90- R Fobik Anksiyete Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu kendisine ait odaya sahip olmayan grubun SCL 90- R Fobik Anksiyete Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=520,000, z=-0,639, p=0,523).

Çocuğu kendisine ait odaya sahip olan grubun SLC 90- R Paranoid Düşünce Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu kendisine ait odaya sahip olmayan grubun SCL 90- R Paranoid Düşünce Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=569,500, z=-0,030, p=0,976).

Çocuğu kendisine ait odaya sahip olan grubun SLC 90- R Psikotizm Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu kendisine ait odaya sahip olmayan grubun SCL 90- R Psikotizm Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=504,500, z=-0,827, p=0,408).

Çocuğu kendisine ait odaya sahip olan grubun SLC 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Alt Testi ortalama puanı ile çocuğu kendisine ait odaya sahip olmayan grubun SCL 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=554,500, z=-0,215, p=0,830).

#### **4.2.2. SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Kruskal Wallis H Testi Bulguları**

Araştırmaya katılan katılımcıların SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeğinden elde ettikleri genel ve alt test ortalama puanlarının eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H Testi Testi yapılmıştır ve sonuçlar Tablo 16' de özetlenmiştir.

**Tablo - 17** Araştırmaya Katılan Annelerin Eğitim Durumuna Göre SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel ve Alt Test Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Değişken	Grup	n	S. O.	sd	X <sup>2</sup>	P
SCL 90- R Genel	İlkokul	8	51.31	4	6,520	,164
	Ortaokul	8	35.44			
	Lise	25	31.36			
	Ön lisans	10	30.65			
	Lisans	19	36.87			
Somatizasyon	İlkokul	8	55.00	4	11,121	,025*
	Ortaokul	8	40.81			
	Lise	25	31.84			
	Ön lisans	10	25.60			
	Lisans	19	35.08			
Obsesif Kompulsif	İlkokul	8	46.69	4	5,561	,234
	Ortaokul	8	33.44			
	Lise	25	31.56			
	Ön lisans	10	29.00			
	Lisans	19	40.26			
Kişilerarası Duyarlılık	İlkokul	8	46.50	4	4,397	,355
	Ortaokul	8	31.00			
	Lise	25	36.06			
	Ön lisans	10	39.10			
	Lisans	19	30.13			
Depresyon	İlkokul	8	41.44	4	1,713	,788
	Ortaokul	8	33.88			
	Lise	25	34.38			
	Ön lisans	10	30.35			
	Lisans	19	37.87			
Kaygı	İlkokul	8	53.44	4	8,147	,086
	Ortaokul	8	38.00			
	Lise	25	31.92			
	Ön lisans	10	29.20			
	Lisans	19	34.92			
Öfke Düşmanlık	İlkokul	8	30.69	4	,800	,938
	Ortaokul	8	36.56			
	Lise	25	37.48			
	Ön lisans	10	36.00			
	Lisans	19	34.21			
Fobik Anksiyete	İlkokul	8	49.44	4	6,170	,187
	Ortaokul	8	40.38			
	Lise	25	33.64			
	Ön lisans	10	36.30			
	Lisans	19	29.61			
Paranoid Düşünce	İlkokul	8	35.75	4	1,119	,891
	Ortaokul	8	39.00			
	Lise	25	32.94			
	Ön lisans	10	33.45			
	Lisans	19	38.37			

Değişken	Grup	n	S. O.	sd	X <sup>2</sup>	P
Psikotizm	İlkokul	8	47.75	4	4,595	,331
	Ortaokul	8	39.19			
	Lise	25	31.64			
	Ön lisans	10	37.65			
	Lisans	19	32.74			
Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk)	İlkokul	8	55.44	4	10,325	,035*
	Ortaokul	8	36.56			
	Lise	25	29.14			
	Ön lisans	10	34.85			
	Lisans	19	35.37			

Katılımcıların (annelerin) eğitim durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90-R genel puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (İlkokul: n=8, Ortaokul: n=8, Lise: n=25, Ön Lisans: n=10, Lisans: n=19;  $X^2(N=70) = 6,520$ ,  $p=0,025>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin) eğitim durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90-R Somatizasyon Alt Testi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (İlkokul: n=8, Ortaokul: n=8, Lise: n=25, Ön Lisans: n=10, Lisans: n=19;  $X^2(N=70) = 11,121$ ,  $p=0,025<0,05$ ). Yapılan çoklu karşılaştırma testleri sonucunda SCL 90-R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Somatizasyon Alt Testi sıra ortalamalarının lise grubu ile ilkokul grubu ve ön lisans grubu ile ilkokul grubu arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların (annelerin) eğitim durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90-R Obsesif Kompulsif Alt Testi puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (İlkokul: n=8, Ortaokul: n=8, Lise: n=25, Ön Lisans: n=10, Lisans: n=19;  $X^2(N=70) = 5,561$ ,  $p=0,234>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin) eğitim durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90-R Kişilerarası Duyarlılık Alt Testi puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (İlkokul: n=8, Ortaokul: n=8, Lise: n=25, Ön Lisans: n=10, Lisans: n=19;  $X^2(N=70) = 4,397$ ,  $p=0,355>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin) eğitim durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90-R Depresyon Alt Testi puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (İlkokul: n=8, Ortaokul: n=8, Lise: n=25, Ön Lisans: n=10, Lisans: n=19;  $X^2(N=70) = 1,713$ ,  $p=0,788>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin) eğitim durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90-R Kaygı Alt Testi puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (İlkokul: n=8, Ortaokul: n=8, Lise: n=25, Ön Lisans: n=10, Lisans: n=19;  $X^2(N=70) = 8,147$ ,  $p=0,086>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin) eğitim durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90-R Öfke Düşmanlık Alt Testi puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (İlkokul: n=8, Ortaokul: n=8, Lise: n=25, Ön Lisans: n=10, Lisans: n=19;  $X^2(N=70) = 0,800$ ,  $p=0,938>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin) eğitim durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90-R Fobik Anksiyete Alt Testi puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (İlkokul: n=8, Ortaokul: n=8, Lise: n=25, Ön Lisans: n=10, Lisans: n=19;  $X^2(N=70) = 6,170$ ,  $p=0,187>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin) eğitim durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90-R Paranoid Düşünce Alt Testi puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (İlkokul: n=8, Ortaokul: n=8, Lise: n=25, Ön Lisans: n=10, Lisans: n=19;  $X^2(N=70) = 1,119$ ,  $p=0,891>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin) eğitim durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90-R Psikotizm Alt Testi puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (İlkokul: n=8, Ortaokul: n=8, Lise: n=25, Ön Lisans: n=10, Lisans: n=19;  $X^2(N=70) = 4,595$ ,  $p=0,331>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin) eğitim durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90-R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Alt Testi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (İlkokul: n=8, Ortaokul: n=8, Lise: n=25, Ön Lisans: n=10, Lisans: n=19;  $X^2(N=70) = 10,325$ ,  $p=0,035<0,05$ ). Yapılan çoklu karşılaştırma testleri sonucunda SCL 90-R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Alt Testi sıra ortalamalarının lise grubu ile ilkokul grubu arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan katılımcıların (annelerin) SCL 90-R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeğinden elde ettikleri genel ve alt test ortalama puanlarının baba eğitim

durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H Testi Testi yapılmıştır ve sonuçlar Tablo 17' de özetlenmiştir.

**Tablo - 18** Babanın Eğitim Durumuna Göre Katılımcıların SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel ve Alt Test Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Değişken	Grup	n	S. O.	sd	$\chi^2$	P
SCL 90- R Genel	İlkokul	7	51.71	5	8,586	,127
	Ortaokul	3	45.00			
	Lise	38	32.20			
	Ön lisans	4	29.88			
	Lisans	17	34.12			
	Doktora	1	65.00			
Somatizasyon	İlkokul	7	51.50	5	11,585	,041*
	Ortaokul	3	57.67			
	Lise	38	30.62			
	Ön lisans	4	28.88			
	Lisans	17	36.26			
	Doktora	1	56.00			
Obsesif Kompulsif	İlkokul	7	54.29	5	11,980	,035*
	Ortaokul	3	41.50			
	Lise	38	29.57			
	Ön lisans	4	41.50			
	Lisans	17	36.88			
	Doktora	1	64.00			
Kişilerarası Duyarlılık	İlkokul	7	48.57	5	7,610	,179
	Ortaokul	3	38.67			
	Lise	38	36.07			
	Ön lisans	4	32.25			
	Lisans	17	27.44			
	Doktora	1	63.00			
Depresyon	İlkokul	7	45.07	5	4,432	,489
	Ortaokul	3	38.17			
	Lise	38	33.57			
	Ön lisans	4	31.00			
	Lisans	17	34.68			
	Doktora	1	66.00			
Kaygı	İlkokul	7	48.79	5	8,066	,153
	Ortaokul	3	48.33			
	Lise	38	32.42			



Değişken	Grup	n	S. O.	sd	X <sup>2</sup>	P
	Ön lisans	4	26.13			
	Lisans	17	35.12			
	Doktora	1	65.00			
Öfke Düşmanlık	İlkokul	7	39.00	5	5,531	,355
	Ortaokul	3	19.00			
	Lise	38	35.43			
	Ön lisans	4	44.25			
	Lisans	17	33.24			
	Doktora	1	66.50			
Fobik Anksiyete	İlkokul	7	46.43	5	7,403	,192
	Ortaokul	3	36.00			
	Lise	38	37.50			
	Ön lisans	4	29.00			
	Lisans	17	26.65			
	Doktora	1	58.00			
Paranoid Düşünce	İlkokul	7	35.71	5	2,058	,841
	Ortaokul	3	25.33			
	Lise	38	35.53			
	Ön lisans	4	34.63			
	Lisans	17	36.00			
	Doktora	1	58.50			
Psikotizm	İlkokul	7	41.71	5	2,926	,711
	Ortaokul	3	35.33			
	Lise	38	32.82			
	Ön lisans	4	41.75			
	Lisans	17	36.21			
	Doktora	1	57.50			
Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk)	İlkokul	7	52.57	5	8,729	,120
	Ortaokul	3	51.33			
	Lise	38	31.29			
	Ön lisans	4	38.88			
	Lisans	17	34.62			
	Doktora	1	30.00			

Katılımcıların (annelerin), baba eğitim durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R genel puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (İlkokul: n=7, Ortaokul: n=3, Lise: n=38, Ön Lisans: n=4, Lisans: n=17, Doktora: n=1; X<sup>2</sup>(N=70) = 8,586, p=0,127>0,05).

Katılımcıların (annelerin), baba eğitim durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Somatizasyon Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (İlkokul: n=7, Ortaokul: n=3, Lise: n=38, Ön Lisans: n=4, Lisans: n=17, Doktora: n=1;  $X^2(N=70) = 11,585, p=0,041<0,05$ ). Yapılan çoklu karşılaştırma testleri sonucunda SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Somatizasyon Alt Test sıra ortalamalarının lise grubu ile ortaokul grubu arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların (annelerin), baba eğitim durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Obsesif Kompulsif Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. (İlkokul: n=7, Ortaokul: n=3, Lise: n=38, Ön Lisans: n=4, Lisans: n=17, Doktora: n=1;  $X^2(N=70) = 11,980, p=0,035<0,05$ ). Yapılan çoklu karşılaştırma testleri sonucunda SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Obsesif Kompulsif Alt Test sıra ortalamalarının lise grubu ile ilkokul grubu arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların (annelerin), baba eğitim durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (İlkokul: n=7, Ortaokul: n=3, Lise: n=38, Ön Lisans: n=4, Lisans: n=17, Doktora: n=1;  $X^2(N=70) = 7,610, p=0,179>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), baba eğitim durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Depresyon Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (İlkokul: n=7, Ortaokul: n=3, Lise: n=38, Ön Lisans: n=4, Lisans: n=17, Doktora: n=1;  $X^2(N=70) = 4,432, p=0,489>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), baba eğitim durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Kaygı Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (İlkokul: n=7, Ortaokul: n=3, Lise: n=38, Ön Lisans: n=4, Lisans: n=17, Doktora: n=1;  $X^2(N=70) = 8,066, p=0,153>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), baba eğitim durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Öfke Düşmanlık Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (İlkokul: n=7, Ortaokul: n=3, Lise: n=38, Ön Lisans: n=4, Lisans: n=17, Doktora: n=1;  $X^2(N=70) = 5,531, p=0,355>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), baba eğitim durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Fobik Anksiyete Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (İlkokul: n=7, Ortaokul: n=3, Lise: n=38, Ön Lisans: n=4, Lisans: n=17, Doktora: n=1;  $X^2(N=70) = 7,403, p=0,192>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), baba eğitim durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Paranoid Düşünce Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (İlkokul: n=7, Ortaokul: n=3, Lise: n=38, Ön Lisans: n=4, Lisans: n=17, Doktora: n=1;  $X^2(N=70) = 2,058, p=0,841>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), baba eğitim durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Psikotizm Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (İlkokul: n=7, Ortaokul: n=3, Lise: n=38, Ön Lisans: n=4, Lisans: n=17, Doktora: n=1;  $X^2(N=70) = 2,926, p=0,711>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), baba eğitim durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (İlkokul: n=7, Ortaokul: n=3, Lise: n=38, Ön Lisans: n=4, Lisans: n=17, Doktora: n=1;  $X^2(N=70) = 8,729, p=0,120>0,05$ ).

Araştırmaya katılan katılımcıların (annelerin) SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeğinden elde ettikleri genel ve alt test ortalama puanlarının ailenin gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H Testi Testi yapılmıştır ve sonuçlar Tablo 18' de özetlenmiştir.

**Tablo - 19** Ailelerin Gelir Düzeyine Göre Katılımcıların SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel ve Alt Test Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Değişken	Grup	n	S. O.	sd	$X^2$	P
SCL 90- R Genel	Yok	1	46.00	3	,579	,901
	Asgari	30	36.50			
	Orta	36	34.11			
	İyi	3	38.67			
Somatizasyon	Yok	1	47.50	3	1,002	,801
	Asgari	30	36.77			
	Orta	36	33.64			
	İyi	3	41.17			

Değişken	Grup	n	S. O.	sd	X <sup>2</sup>	P
Obsesif Kompulsif	Yok	1	29.50	3	,257	,968
	Asgari	30	36.47			
	Orta	36	34.67			
	İyi	3	37.83			
Kişilerarası Duyarlılık	Yok	1	48.50	3	2,550	,466
	Asgari	30	39.25			
	Orta	36	31.93			
	İyi	3	36.50			
Depresyon	Yok	1	51.50	3	1,641	,650
	Asgari	30	37.23			
	Orta	36	33.08			
	İyi	3	41.83			
Kaygı	Yok	1	48.50	3	1,739	,628
	Asgari	30	35.83			
	Orta	36	33.85			
	İyi	3	47.67			
Öfke Düşmanlık	Yok	1	17.50	3	1,710	,635
	Asgari	30	36.27			
	Orta	36	34.50			
	İyi	3	45.83			
Fobik Anksiyete	Yok	1	38.50	3	7,412	,060
	Asgari	30	42.90			
	Orta	36	29.40			
	İyi	3	33.67			
Paranoid Düşünce	Yok	1	48.50	3	1,651	,648
	Asgari	30	35.28			
	Orta	36	34.29			
	İyi	3	47.83			
Psikotizm	Yok	1	46.50	3	1,351	,717
	Asgari	30	32.77			
	Orta	36	36.92			
	İyi	3	42.17			
Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk)	Yok	1	39.00	3	2,381	,497
	Asgari	30	37.70			
	Orta	36	34.93			
	İyi	3	19.17			

Katılımcıların (annelerin), ailenin gelir durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R genel puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Yok: n=1, Asgari: n=30, Orta: n=36, İyi: n=3;  $X^2(N=70) = 0,579$ ,  $p=0,901>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), ailenin gelir durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Somatizasyon Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Yok: n=1, Asgari: n=30, Orta: n=36, İyi: n=3;  $X^2(N=70) = 1,002$ ,  $p=0,801>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), ailenin gelir durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Obsesif Kompulsif Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Yok: n=1, Asgari: n=30, Orta: n=36, İyi: n=3;  $X^2(N=70) = 0,257$ ,  $p=0,968>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), ailenin gelir durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Yok: n=1, Asgari: n=30, Orta: n=36, İyi: n=3;  $X^2(N=70) = 2,550$ ,  $p=0,466>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), ailenin gelir durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Depresyon Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Yok: n=1, Asgari: n=30, Orta: n=36, İyi: n=3;  $X^2(N=70) = 1,641$ ,  $p=0,650>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), ailenin gelir durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Kaygı Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Yok: n=1, Asgari: n=30, Orta: n=36, İyi: n=3;  $X^2(N=70) = 1,739$ ,  $p=0,628>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), ailenin gelir durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Öfke Düşmanlık Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Yok: n=1, Asgari: n=30, Orta: n=36, İyi: n=3;  $X^2(N=70) = 1,710$ ,  $p=0,635>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), ailenin gelir durumu değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Fobik Anksiyete Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Yok: n=1, Asgari: n=30, Orta: n=36, İyi: n=3;  $X^2(N=70) = 7,412$ ,  $p=0,060>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), ailenin gelir durumu değişkenin düzeylerine göre SCL 90- R Paranoid Düşünce Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Yok: n=1, Asgari: n=30, Orta: n=36, İyi: n=3;  $X^2(N=70) = 1,651$ ,  $p=0,648>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), ailenin gelir durumu değişkenin düzeylerine göre SCL 90- R Psikotizm Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Yok: n=1, Asgari: n=30, Orta: n=36, İyi: n=3;  $X^2(N=70) = 1,351$ ,  $p=0,717>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), ailenin gelir durumu değişkenin düzeylerine göre SCL 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Yok: n=1, Asgari: n=30, Orta: n=36, İyi: n=3;  $X^2(N=70) = 2,381$ ,  $p=0,497>0,05$ ).

Araştırmaya katılan katılımcıların (annelerin) SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeğinden elde ettikleri genel ve alt test ortalama puanlarının çocukla geçirilen zaman değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H Testi Testi yapılmıştır ve sonuçlar Tablo 19' da özetlenmiştir.

**Tablo - 20** Çocukla Geçirilen Zamana Göre Katılımcıların SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel ve Alt Test Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Değişken	Grup	n	S. O.	sd	$X^2$	P
SCL 90- R Genel	0 – 2 saat	1	44.50	3	1,385	,709
	3 – 6 saat	34	32.76			
	7 – 9 saat	30	38.32			
	10 saat veya üzeri	5	35.40			
Somatizasyon	0 – 2 saat	1	37.50	3	1,154	,764
	3 – 6 saat	34	33.60			
	7 – 9 saat	30	38.35			
	10 saat veya üzeri	5	30.90			
Obsesif Kompulsif	0 – 2 saat	1	64.00	3	8,696	,034*
	3 – 6 saat	34	29.53			
	7 – 9 saat	30	42.27			
	10 saat veya üzeri	5	29.80			
Kişilerarası Duyarlılık	0 – 2 saat	1	34.50	3	1,278	,734
	3 – 6 saat	34	33.87			
	7 – 9 saat	30	35.83			
	10 saat veya üzeri	5	44.80			
Depresyon	0 – 2 saat	1	40.00	3	,325	,955
	3 – 6 saat	34	34.40			
	7 – 9 saat	30	36.00			
	10 saat veya üzeri	5	39.10			
Kaygı	0 – 2 saat	1	29.50	3	1,537	,674

Değişken	Grup	n	S. O.	sd	X <sup>2</sup>	P
	3 – 6 saat	34	32.97			
	7 – 9 saat	30	38.93			
	10 saat veya üzeri	5	33.30			
Öfke Düşmanlık	0 – 2 saat	1	25.50	3	,344	,952
	3 – 6 saat	34	35.54			
	7 – 9 saat	30	35.32			
	10 saat veya üzeri	5	38.30			
Fobik Anksiyete	0 – 2 saat	1	13.00	3	1,564	,667
	3 – 6 saat	34	34.65			
	7 – 9 saat	30	36.62			
	10 saat veya üzeri	5	39.10			
Paranoid Düşünce	0 – 2 saat	1	42.50	3	1,559	,669
	3 – 6 saat	34	32.59			
	7 – 9 saat	30	37.58			
	10 saat veya üzeri	5	41.40			
Psikotizm	0 – 2 saat	1	31.50	3	,153	,985
	3 – 6 saat	34	35.97			
	7 – 9 saat	30	34.75			
	10 saat veya üzeri	5	37.60			
Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk)	0 – 2 saat	1	50.00	3	2,216	,529
	3 – 6 saat	34	32.09			
	7 – 9 saat	30	38.50			
	10 saat veya üzeri	5	37.80			

Katılımcıların (annelerin), çocukla geçirdikleri zaman değişkenin düzeylerine göre SCL 90- R genel puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 2 saat: n=1, 3 – 6 saat: n=34, 7 – 9 saat: n=30, 10 saat veya üzeri: n=5;  $X^2(N=70) = 1,385$ ,  $p=0,709>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocukla geçirdikleri zaman değişkenin düzeylerine göre SCL 90- R Somatizasyon Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 2 saat: n=1, 3 – 6 saat: n=34, 7 – 9 saat: n=30, 10 saat veya üzeri: n=5;  $X^2(N=70) = 1,154$ ,  $p=0,764>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocukla geçirdikleri zaman değişkenin düzeylerine göre SCL 90- R Obsesif Kompulsif Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (0 – 2 saat: n=1, 3 – 6 saat: n=34, 7 – 9 saat: n=30, 10 saat veya üzeri: n=5;  $X^2(N=70) = 8,696$ ,  $p=0,034<0,05$ ). Yapılan çoklu karşılaştırma testleri sonucunda SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Obsesif Kompulsif Alt Test sıra ortalamalarının çocuğuyla 3 – 6 saat ortak zaman geçiren grup ile 7 – 9 saat ortak zaman geçiren grup arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların (annelerin), çocukla geçirdikleri zaman değişkenin düzeylerine göre SCL 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 2 saat: n=1, 3 – 6 saat: n=34, 7 – 9 saat: n=30, 10 saat veya üzeri: n=5;  $X^2(N=70) = 1,278, p=0,734>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocukla geçirdikleri zaman değişkenin düzeylerine göre SCL 90- R Depresyon Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 2 saat: n=1, 3 – 6 saat: n=34, 7 – 9 saat: n=30, 10 saat veya üzeri: n=5;  $X^2(N=70) = 0,325, p=0,955>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocukla geçirdikleri zaman değişkenin düzeylerine göre SCL 90- R Kaygı Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 2 saat: n=1, 3 – 6 saat: n=34, 7 – 9 saat: n=30, 10 saat veya üzeri: n=5;  $X^2(N=70) = 1,537, p=0,674>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocukla geçirdikleri zaman değişkenin düzeylerine göre SCL 90- R Öfke Düşmanlık Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 2 saat: n=1, 3 – 6 saat: n=34, 7 – 9 saat: n=30, 10 saat veya üzeri: n=5;  $X^2(N=70) = 0,344, p=0,952>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocukla geçirdikleri zaman değişkenin düzeylerine göre SCL 90- R Fobik Anksiyete Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 2 saat: n=1, 3 – 6 saat: n=34, 7 – 9 saat: n=30, 10 saat veya üzeri: n=5;  $X^2(N=70) = 1,564, p=0,667>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocukla geçirdikleri zaman değişkenin düzeylerine göre SCL 90- R Paranoid Düşünce Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 2 saat: n=1, 3 – 6 saat: n=34, 7 – 9 saat: n=30, 10 saat veya üzeri: n=5;  $X^2(N=70) = 1,559, p=0,669>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocukla geçirdikleri zaman değişkenin düzeylerine göre SCL 90- R Psikotizm Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 2 saat: n=1, 3 – 6 saat: n=34, 7 – 9 saat: n=30, 10 saat veya üzeri: n=5;  $X^2(N=70) = 0,153, p=0,985>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocukla geçirdikleri zaman değişkenin düzeylerine göre SCL 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Alt Test puanları arasında



anlamli bir fark bulunamamıştır (0 – 2 saat: n=1, 3 – 6 saat: n=34, 7 – 9 saat: n=30, 10 saat veya üzeri: n=5;  $\chi^2(N=70) = 2,216, p=0,529>0,05$ ).

Araştırmaya katılan katılımcıların (annelerin) SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeğinden elde ettikleri genel ve alt test ortalama puanlarının çocuklarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H Testi Testi yapılmıştır ve sonuçlar Tablo 20’ de özetlenmiştir.

**Tablo -21** Çocuğun Yaşına Göre Katılımcıların SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel ve Alt Test Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Değişken	Grup	N	S. O.	sd	$\chi^2$	P
SCL 90- R Genel	0 – 3 yaş	1	7.00	3	3,431	,330
	4 – 9 yaş	28	32.52			
	10 – 15 yaş	26	37.37			
	16 yaş veya üzeri	15	39.73			
Somatizasyon	0 – 3 yaş	1	1.50	3	7,178	,066
	4 – 9 yaş	28	30.23			
	10 – 15 yaş	26	38.15			
	16 yaş veya üzeri	15	43.00			
Obsesif Kompulsif	0 – 3 yaş	1	16.50	3	1,313	,726
	4 – 9 yaş	28	36.39			
	10 – 15 yaş	26	33.88			
	16 yaş veya üzeri	15	37.90			
Kişilerarası Duyarlılık	0 – 3 yaş	1	16.00	3	1,037	,792
	4 – 9 yaş	28	36.50			
	10 – 15 yaş	26	34.79			
	16 yaş veya üzeri	15	36.17			
Depresyon	0 – 3 yaş	1	19.50	3	2,131	,546
	4 – 9 yaş	28	32.11			
	10 – 15 yaş	26	38.23			
	16 yaş veya üzeri	15	38.17			
Kaygı	0 – 3 yaş	1	8.00	3	2,643	,450
	4 – 9 yaş	28	33.45			
	10 – 15 yaş	26	36.87			

Değişken	Grup	N	S. O.	sd	X <sup>2</sup>	P
	16 yaş veya üzeri	15	38.80			
Öfke Düşmanlık	0 – 3 yaş	1	17.50	3	1,020	,796
	4 – 9 yaş	28	35.05			
	10 – 15 yaş	26	37.19			
	16 yaş veya üzeri	15	34.60			
Fobik Anksiyete	0 – 3 yaş	1	25.00	3	2,450	,484
	4 – 9 yaş	28	34.86			
	10 – 15 yaş	26	39.65			
	16 yaş veya üzeri	15	30.20			
Paranoid Düşünce	0 – 3 yaş	1	5.50	3	4,367	,224
	4 – 9 yaş	28	33.18			
	10 – 15 yaş	26	40.54			
	16 yaş veya üzeri	15	33.10			
Psikotizm	0 – 3 yaş	1	13.00	3	7,225	,065
	4 – 9 yaş	28	28.73			
	10 – 15 yaş	26	39.75			
	16 yaş veya üzeri	15	42.27			
Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk)	0 – 3 yaş	1	30.00	3	4,962	,175
	4 – 9 yaş	28	31.13			
	10 – 15 yaş	26	34.77			
	16 yaş veya üzeri	15	45.30			

Katılımcıların (annelerin), çocuğun yaş değişkeninin düzeylerine göre SCL 90-R genel puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 3 yaş: n=1, 4 – 9 yaş: n=28, 10 – 15 yaş: n=26, 16 yaş veya üzeri: n=15;  $X^2(N=70) = 3,431$ ,  $p=0,330>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun yaş değişkeninin düzeylerine göre SCL 90-R Somatizasyon Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 3 yaş: n=1, 4 – 9 yaş: n=28, 10 – 15 yaş: n=26, 16 yaş veya üzeri: n=15;  $X^2(N=70) = 3,431$ ,  $p=0,066>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun yaş değişkeninin düzeylerine göre SCL 90-R Obsesif Kompulsif Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 –

3 yaş: n=1, 4 – 9 yaş: n=28, 10 – 15 yaş: n=26, 16 yaş veya üzeri: n=15;  $X^2(N=70) = 1,313, p=0,726>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun yaş değişkeninin düzeylerine göre SCL 90-R Kişilerarası Duyarlılık Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 3 yaş: n=1, 4 – 9 yaş: n=28, 10 – 15 yaş: n=26, 16 yaş veya üzeri: n=15;  $X^2(N=70) = 1,037, p=0,792>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun yaş değişkeninin düzeylerine göre SCL 90-R Depresyon Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 3 yaş: n=1, 4 – 9 yaş: n=28, 10 – 15 yaş: n=26, 16 yaş veya üzeri: n=15;  $X^2(N=70) = 2,131, p=0,546>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun yaş değişkeninin düzeylerine göre SCL 90-R Kaygı Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 3 yaş: n=1, 4 – 9 yaş: n=28, 10 – 15 yaş: n=26, 16 yaş veya üzeri: n=15;  $X^2(N=70) = 2,643, p=0,450>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun yaş değişkeninin düzeylerine göre SCL 90-R Öfke Düşmanlık Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 3 yaş: n=1, 4 – 9 yaş: n=28, 10 – 15 yaş: n=26, 16 yaş veya üzeri: n=15;  $X^2(N=70) = 1,020, p=0,796>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun yaş değişkeninin düzeylerine göre SCL 90-R Fobik Anksiyete Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 3 yaş: n=1, 4 – 9 yaş: n=28, 10 – 15 yaş: n=26, 16 yaş veya üzeri: n=15;  $X^2(N=70) = 2,450, p=0,484>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun yaş değişkeninin düzeylerine göre SCL 90-R Paranoid Düşünce Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 3 yaş: n=1, 4 – 9 yaş: n=28, 10 – 15 yaş: n=26, 16 yaş veya üzeri: n=15;  $X^2(N=70) = 4,367, p=0,224>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun yaş değişkeninin düzeylerine göre SCL 90-R Psikotizm Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 3 yaş: n=1, 4 – 9 yaş: n=28, 10 – 15 yaş: n=26, 16 yaş veya üzeri: n=15;  $X^2(N=70) = 7,225, p=0,065>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun yaş değişkeninin düzeylerine göre SCL 90-R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 3 yaş: n=1, 4 – 9 yaş: n=28, 10 – 15 yaş: n=26, 16 yaş veya üzeri: n=15;  $X^2(N=70) = 4,962, p=0,175>0,05$ ).

Araştırmaya katılan katılımcıların (annelerin) SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeğinden elde ettikleri genel ve alt test ortalama puanlarının çocuklarının tanı alma yaşı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H Testi Testi yapılmıştır ve sonuçlar Tablo 21' de özetlenmiştir.

**Tablo - 22** Çocuğun Tanı Alma Yaşına Göre Katılımcıların SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel ve Alt Test Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Değişken	Grup	N	S. O.	sd	$\chi^2$	P
SCL 90- R Genel	1 yaşından küçük	2	47.25	3	,864	,834
	1 – 2 yaş	34	35.49			
	3 – 4 yaş	32	35.17			
	5 yaş veya üzeri	2	29.25			
Somatizasyon	1 yaşından küçük	2	59.50	3	5,190	,158
	1 – 2 yaş	34	33.06			
	3 – 4 yaş	32	37.70			
	5 yaş veya üzeri	2	17.75			
Obsesif Kompulsif	1 yaşından küçük	2	52.25	3	1,855	,603
	1 – 2 yaş	34	36.15			
	3 – 4 yaş	32	33.45			
	5 yaş veya üzeri	2	40.50			
Kişilerarası Duyarlılık	1 yaşından küçük	2	54.00	3	2,578	,461
	1 – 2 yaş	34	36.82			
	3 – 4 yaş	32	33.56			
	5 yaş veya üzeri	2	25.50			
Depresyon	1 yaşından küçük	2	26.00	3	3,644	,303
	1 – 2 yaş	34	36.59			
	3 – 4 yaş	32	36.50			
	5 yaş veya üzeri	2	10.50			

Değişken	Grup	N	S. O.	sd	X <sup>2</sup>	P
Kaygı	1 yaşından küçük	2	49.50	3	1,032	,793
	1 – 2 yaş	34	35.63			
	3 – 4 yaş	32	34.52			
	5 yaş veya üzeri	2	35.00			
Öfke Düşmanlık	1 yaşından küçük	2	32.75	3	1,809	,613
	1 – 2 yaş	34	37.78			
	3 – 4 yaş	32	32.53			
	5 yaş veya üzeri	2	47.00			
Fobik Anksiyete	1 yaşından küçük	2	33.25	3	,408	,939
	1 – 2 yaş	34	34.21			
	3 – 4 yaş	32	37.16			
	5 yaş veya üzeri	2	33.25			
Paranoid Düşünce	1 yaşından küçük	2	41.25	3	2,320	,509
	1 – 2 yaş	34	38.19			
	3 – 4 yaş	32	33.25			
	5 yaş veya üzeri	2	20.00			
Psikotizm	1 yaşından küçük	2	35.25	3	1,666	,645
	1 – 2 yaş	34	36.94			
	3 – 4 yaş	32	33.08			
	5 yaş veya üzeri	2	50.00			
Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk)	1 yaşından küçük	2	56.50	3	3,669	,299
	1 – 2 yaş	34	33.88			
	3 – 4 yaş	32	34.91			
	5 yaş veya üzeri	2	51.50			

Katılımcıların (annelerin), çocuğun tanı alma yaşı değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R genel puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (1 yaşından küçük yaş: n=2, 1 – 2 yaş: n=34, 3 – 4 yaş: n=32, 5 yaş veya üzeri: n=5;  $X^2(N=70) = 0,864, p=0,834>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun tanı alma yaşı değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Somatizasyon Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (1 yaşından küçük yaş: n=2, 1 – 2 yaş: n=34, 3 – 4 yaş: n=32, 5 yaş veya üzeri: n=5;  $X^2(N=70) = 5,190, p=0,158>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun tanı alma yaşı değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Obsesif Kompulsif Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (1 yaşından küçük yaş: n=2, 1 – 2 yaş: n=34, 3 – 4 yaş: n=32, 5 yaş veya üzeri: n=5;  $X^2(N=70) = 1,855, p=0,603>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun tanı alma yaşı değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (1 yaşından küçük yaş: n=2, 1 – 2 yaş: n=34, 3 – 4 yaş: n=32, 5 yaş veya üzeri: n=5;  $X^2(N=70) = 2,578, p=0,461>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun tanı alma yaşı değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Depresyon Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (1 yaşından küçük yaş: n=2, 1 – 2 yaş: n=34, 3 – 4 yaş: n=32, 5 yaş veya üzeri: n=5;  $X^2(N=70) = 3,644, p=0,303>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun tanı alma yaşı değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Kaygı Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (1 yaşından küçük yaş: n=2, 1 – 2 yaş: n=34, 3 – 4 yaş: n=32, 5 yaş veya üzeri: n=5;  $X^2(N=70) = 1,032, p=0,793>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun tanı alma yaşı değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Öfke Düşmanlık Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (1 yaşından küçük yaş: n=2, 1 – 2 yaş: n=34, 3 – 4 yaş: n=32, 5 yaş veya üzeri: n=5;  $X^2(N=70) = 1,809, p=0,613>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun tanı alma yaşı değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Fobik Anksiyete Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (1 yaşından küçük yaş: n=2, 1 – 2 yaş: n=34, 3 – 4 yaş: n=32, 5 yaş veya üzeri: n=5;  $X^2(N=70) = 0,408, p=0,939>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun tanı alma yaşı değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Paranoid Düşünce Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (1 yaşından küçük yaş: n=2, 1 – 2 yaş: n=34, 3 – 4 yaş: n=32, 5 yaş veya üzeri: n=5;  $X^2(N=70) = 2,320, p=0,509>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun tanı alma yaşı değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Psikotizm Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır

(1 yaşından küçük yaş: n=2, 1 – 2 yaş: n=34, 3 – 4 yaş: n=32, 5 yaş veya üzeri: n=5;  $X^2(N=70) = 1,666, p=0,645>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun tanı alma yaşı değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (1 yaşından küçük yaş: n=2, 1 – 2 yaş: n=34, 3 – 4 yaş: n=32, 5 yaş veya üzeri: n=5;  $X^2(N=70) = 3,669, p=0,299>0,05$ ).

Araştırmaya katılan katılımcıların (annelerin) SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeğinden elde ettikleri genel ve alt test ortalama puanlarının çocuklarının okula başlama yaşı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H Testi Testi yapılmıştır ve sonuçlar Tablo 22' de özetlenmiştir.

**Tablo - 23** Çocuğun Okula Başlama Yaşına Göre Katılımcıların SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Genel ve Alt Test Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Değişken	Grup	N	S. O.	sd	X <sup>2</sup>	P
SCL 90- R Genel	0 – 2 yaş	2	47.25	3	,608	,895
	3 – 4 yaş	34	35.49			
	5 – 6 yaş	32	35.17			
	6 yaş veya üzeri	2	29.25			
Somatizasyon	0 – 2 yaş	4	48.13	3	3,115	,374
	3 – 4 yaş	12	36.75			
	5 – 6 yaş	43	32.67			
	6 yaş veya üzeri	11	40.59			
Obsesif Kompulsif	0 – 2 yaş	4	45.75	3	4,232	,237
	3 – 4 yaş	12	41.17			
	5 – 6 yaş	43	31.65			
	6 yaş veya üzeri	11	40.64			
Kişilerarası Duyarlılık	0 – 2 yaş	4	34.63	3	,385	,943
	3 – 4 yaş	12	32.63			
	5 – 6 yaş	43	36.58			
	6 yaş veya üzeri	11	34.73			
Depresyon	0 – 2 yaş	4	45.13	3	1,309	,727
	3 – 4 yaş	12	34.63			

Değişken	Grup	N	S. O.	sd	X <sup>2</sup>	P
	5 – 6 yaş	43	34.15			
	6 yaş veya üzeri	11	38.23			
Kaygı	0 – 2 yaş	4	45.25	3	1,322	,724
	3 – 4 yaş	12	31.83			
	5 – 6 yaş	43	35.52			
	6 yaş veya üzeri	11	35.86			
Öfke Düşmanlık	0 – 2 yaş	4	35.88	3	3,770	,287
	3 – 4 yaş	12	25.58			
	5 – 6 yaş	43	38.37			
	6 yaş veya üzeri	11	34.95			
Fobik Anksiyete	0 – 2 yaş	4	23.63	3	3,199	,362
	3 – 4 yaş	12	29.33			
	5 – 6 yaş	43	37.69			
	6 yaş veya üzeri	11	38.00			
Paranoid Düşünce	0 – 2 yaş	4	31.50	3	1,273	,736
	3 – 4 yaş	12	35.96			
	5 – 6 yaş	43	37.16			
	6 yaş veya üzeri	11	29.95			
Psikotizm	0 – 2 yaş	4	29.38	3	,517	,915
	3 – 4 yaş	12	36.00			
	5 – 6 yaş	43	35.35			
	6 yaş veya üzeri	11	37.77			
Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk)	0 – 2 yaş	4	37.75	3	3,318	,345
	3 – 4 yaş	12	43.21			
	5 – 6 yaş	43	32.20			
	6 yaş veya üzeri	11	39.18			

Katılımcıların (annelerin), çocuğun okula başlama yaşı değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R genel puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 2 yaş: n=4, 3 – 4 yaş: n=12, 5 – 6 yaş: n=43, 6 yaş veya üzeri: n=11;  $X^2(N=70) = 0,608, p=0,895 > 0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun okula başlama yaşı değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Somatizasyon Alt Test puanları arasında anlamlı bir



fark bulunamamıştır (0 – 2 yaş: n=4, 3 – 4 yaş: n=12, 5 – 6 yaş: n=43, 6 yaş veya üzeri: n=11;  $X^2(N=70) = 3,115, p=0,895>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun okula başlama yaşı değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Obsesif Kompulsif Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 2 yaş: n=4, 3 – 4 yaş: n=12, 5 – 6 yaş: n=43, 6 yaş veya üzeri: n=11;  $X^2(N=70) = 4,232, p=0,237>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun okula başlama yaşı değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 2 yaş: n=4, 3 – 4 yaş: n=12, 5 – 6 yaş: n=43, 6 yaş veya üzeri: n=11;  $X^2(N=70) = 0,385, p=0,943>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun okula başlama yaşı değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Depresyon Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 2 yaş: n=4, 3 – 4 yaş: n=12, 5 – 6 yaş: n=43, 6 yaş veya üzeri: n=11;  $X^2(N=70) = 1,309, p=0,727>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun okula başlama yaşı değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Kaygı Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 2 yaş: n=4, 3 – 4 yaş: n=12, 5 – 6 yaş: n=43, 6 yaş veya üzeri: n=11;  $X^2(N=70) = 1,322, p=0,724>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun okula başlama yaşı değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Öfke Düşmanlık Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 2 yaş: n=4, 3 – 4 yaş: n=12, 5 – 6 yaş: n=43, 6 yaş veya üzeri: n=11;  $X^2(N=70) = 3,770, p=0,287>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun okula başlama yaşı değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Fobik Anksiyete Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 2 yaş: n=4, 3 – 4 yaş: n=12, 5 – 6 yaş: n=43, 6 yaş veya üzeri: n=11;  $X^2(N=70) = 3,199, p=0,362>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun okula başlama yaşı değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Paranoid Düşünce Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 2 yaş: n=4, 3 – 4 yaş: n=12, 5 – 6 yaş: n=43, 6 yaş veya üzeri: n=11;  $X^2(N=70) = 1,273, p=0,736>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun okula başlama yaşı değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Psikotizm Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 2 yaş: n=4, 3 – 4 yaş: n=12, 5 – 6 yaş: n=43, 6 yaş veya üzeri: n=11;  $X^2(N=70) = 0,517, p=0,915>0,05$ ).

Katılımcıların (annelerin), çocuğun okula başlama yaşı değişkeninin düzeylerine göre SCL 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (0 – 2 yaş: n=4, 3 – 4 yaş: n=12, 5 – 6 yaş: n=43, 6 yaş veya üzeri: n=11;  $X^2(N=70) = 3,318, p=0,345>0,05$ ).



## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA VE YORUM

Aile eğitimi programları hakkında bilgisi olan grubun SLC 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Testi ortalama puanı ile aile eğitimi programları hakkında bilgisi olmayan grubun SCL 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Temel tarafından 2003 yılında yapılmış bir çalışmada Benim Ailem Programına katılan 4-6 yaş grubu çocuğu olan alt sosyo-ekonomik düzeydeki anne ve babaların aile ilişkilerini algılamalarına programın etkisi incelenmiştir. Anne Eğitim Programının 4-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Alt Sosyo-Ekonomik Düzeydeki Annelerin ve Babaların Aile İlişkilerini Algılamasına Etkisinin İncelenmesi isimli çalışmaya 20 deney, 20 kontrol grubu olmak üzere 40 anne katılmıştır. Araştırma örneklemine annelerin eşleri de dahil edilmiş çalışma 40 anne-baba çifti üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda deney grubundaki anne ve babaların aile ilişkilerini algılamalarında istatistiksel olarak anlamlı değişiklikler olduğu saptanmıştır.<sup>161</sup> Aile eğitimi programları hakkında bilgisi olan grubun SLC 90- R Öfke Düşmanlık Alt Testi ortalama puanı ile aile eğitimi programları hakkında bilgisi olmayan grubun SCL 90- R Öfke Düşmanlık Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Aile eğitimi programları hakkında bilgisi olan grubun SLC 90- R Fobik Anksiyete Alt Testi ortalama puanı ile aile eğitimi programları hakkında bilgisi olmayan grubun SCL 90- R Fobik Anksiyete Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Aile eğitimi programları hakkında bilgisi olan grubun SLC 90- R Paranoid Düşünce Alt Testi ortalama puanı ile aile eğitimi programları hakkında bilgisi olmayan grubun SCL 90- R Paranoid Düşünce Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. İlgili alanyazın incelendiğinde Türkiye’de uygulanan aile eğitim programlarının etkililiği hakkında geniş kapsamlı araştırmalar yapıldığı görülmektedir. Bunlardan ilki 1998 yılında AÇEV tarafından yapılan “Eşit Fırsat: Anne-çocuk Eğitim Programının Değerlendirilmesi” çalışmasıdır. Bu çalışmanın amacı Anne-Çocuk Eğitim Programının (AÇEP) anne ve çocuklar üzerindeki etkilerini ölçmektir. Bu amaçla Türkiye’nin farklı bölgelerinden 4 ilden toplam 102 tane programa katılan (deney) ve 115 tane programa katılmayan (kontrol) anneçocuk ikilisi seçilmiştir. Anneler ve çocuklarına uygulanan araştırma üç bölümden oluşmaktadır. Bunlar; “programın hemen bitiminde elde edilen kısa vadeli etkiler, programın okuldaki başarı üzerindeki etkileri ve programın uygulanmasının değerlendirilmesi”dir. Programın hem

<sup>161</sup> Fulya Temel, *Aile Eğitim Modeli Dünya’da ve Türkiye’deki Uygulamalar*, Erken Çocukluk Eğitimi Politikaları: Yaygınlaşma, Yönetişim ve Yapılar Toplantısı Raporu, 2003, s.5-6.

çocuklar hem de anneler üzerindeki kısa dönem etkilerini ölçmek için yapılan araştırmalar sonucu; programın hem anne hem çocuk üzerinde psikolojik, sosyal ve iletişimsel açılardan olumlu sonuçlarının olduğu görülmüştür. Programın çocukların bilişsel gelişimi üzerindeki etkisini inceleyen araştırmalar sonucu; anneleri AÇEP'e katılan çocuklarının kontrol grubu çocuklarına kıyasla bilişsel kapasitelerinin daha fazla geliştiği tespit edilmiştir. Programın sürecini ve sürecin özellikleri ile programın etkileri arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla yapılan gözlemler neticesinde ise; programın uygulama kalitesinin oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca programın değişik bölgelerdeki uygulamalarında farklılıklar olduğu, bu farklılıkların uygulamanın kalitesini düşürecek düzeyde olmadığı da saptanmıştır.<sup>162</sup> Baba Destek Programı (BADEP) ile ilgili olarak bir araştırma da Albayrak (2003) tarafından yapılmıştır. Bahsi geçen araştırmada Baba Destek Programına katılan babaların eşlerine ve çocuklarına karşı tutumlarındaki değişiklikleri ölçmek amaçlanmıştır. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; babaların program öncesi ve sonrası puanlarına bakıldığında yetkeci ve tavizkar tutumda azalma iletişim kurma ve açık iletişimde artma olduğu saptanmıştır. Sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Programın yaygınlaşmasında engel olan durumlar; toplumsal duyarlılığın zayıflığı, kaynakların öncelikli olarak bu konuya ayrılmaması, geleneksel ön yargı ve değerler, yeterli sayıda gönüllü eğitimci bulunamaması, yeni kurumlarla işbirliği bağlantılarının geliştirilememesi, mekan sıkıntısı ve babaların çalışma saatlerinin uzun olması ve boş vakitlerinin az olması olarak tespit edilmiştir.<sup>163</sup> Türkiye'deki aile eğitimi programlarından biri olan Benim Ailem Programının etkililiğine yönelik bir araştırma Çıraklık Yaygın Eğitim Genel Müdürlüğü tarafından 2005-2006 döneminde yapılmıştır. Bu çalışmada, 0-6 yaş arasında çocukları bulunan annelerin bulunduğu örnekleme, 8 ili kapsayan (Ankara, Antalya, Aydın, Çanakkale, Elazığ, İçel, Manisa ve Nevşehir), 36 gruptan toplam 557 anne bulunmaktadır. Araştırmanın amacı; programa katılan katılımcıların programa katıldıktan sonra edindikleri davranış ve tutum değişikliklerini ölçmektir. Araştırmadan elde edilen genel sonuca göre; annelerin programı olumlu olarak değerlendirdikleri, kendilerinde ve çocuklarında olumlu değişimlere neden olduğu, programı çevresindeki tanıdıklarına da tavsiye edecekleri, ancak babalarla yapılan faaliyetleri ve ev ziyaretlerini nitelik açısından yeterli bulmadıkları, geliştirilmesini istedikleri anlaşılmaktadır. Eğitim programının kalitesi ile ilgili sorulara cevap veren annelerin programda eğitimcilerin anlatım

---

<sup>162</sup> Sevda Berkman, *Türkiye'de Erken Çocukluk Eğitimi ve Erken Çocukluk Eğitiminde Farklı Modeller*, Ankara, 2003.

<sup>163</sup> Temel, a.g.e., s. 5-6

tarzını ve bilgi düzeyini “en etkili” olarak değerlendirdikleri, programın süresini ve konulara ayrılan süreyi, baba mektuplarını ve evde yapılan uygulamaların sınıfta tartışılmasını ise “ortalama” olarak değerlendirdikleri görülmüştür. İçerik ile ilgili olarak ise; annelerin %57,2’si konuların yeterli olduğunu, başka bir konuya gerek olmadığını özellikle belirtirken, annelerin %15,3’ünün ergenlik ile ilgili konuların programda olmasını istediği görülmektedir (<http://cygm.meb.gov.tr>) Kurtulmuş ve Temel tarafından 2003 yılında yapılmış bir çalışmada Benim Ailem Programına katılan 4-6 yaş grubu çocuğu olan alt sosyo-ekonomik düzeydeki anne ve babaların aile ilişkilerini algılamalarına programın etkisi incelenmiştir. Anne Eğitim Programının 4-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Alt Sosyo-Ekonomik Düzeydeki Annelerin ve Babaların Aile İlişkilerini Algılamasına Etkisinin İncelenmesi isimli çalışmaya 20 deney, 20 kontrol grubu olmak üzere 40 anne katılmıştır. Araştırma örneklemine annelerin eşleri de dahil edilmiş çalışma 40 anne-baba çifti üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda deney grubundaki anne ve babaların aile ilişkilerini algılamalarında istatistiksel olarak anlamlı değişiklikler olduğu saptanmıştır.<sup>164</sup>

Çalışan annelerin SLC 90- R Obsesif Kompulsif Alt Testi ortalama puanı ile çalışmayan annelerin SCL 90- R Obsesif Kompulsif Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışan annelerin SLC 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Testi ortalama puanı ile çalışmayan annelerin SCL 90- R Kişilerarası Duyarlılık Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışan annelerin SLC 90- R Depresyon Alt Testi ortalama puanı ile çalışmayan annelerin SCL 90- R Depresyon Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışan annelerin SLC 90- R Kaygı Alt Testi ortalama puanı ile çalışmayan annelerin SCL 90- R Kaygı Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışan annelerin SLC 90- R Öfke Düşmanlık Alt Testi ortalama puanı ile çalışmayan annelerin SCL 90- R Öfke Düşmanlık Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışan annelerin SLC 90- R Fobik Anksiyete Alt Testi ortalama puanı ile çalışmayan annelerin SCL 90- R Fobik Anksiyete Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışan annelerin SLC 90- R Paranoid Düşünce Alt Testi ortalama puanı ile çalışmayan annelerin SCL 90- R Paranoid Düşünce Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışan annelerin SLC 90- R Psikotizm Alt Testi ortalama puanı ile çalışmayan annelerin SCL 90- R Psikotizm Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışan annelerin SLC 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Alt Testi ortalama puanı ile çalışmayan annelerin SCL 90- R Ek Semptomlar (Uyku,

---

<sup>164</sup> Temel, a.g.e., s. 43

İştah Suçluluk) Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Annenin eğitim düzeyi ile annelerin ölçeklerden aldığı puanların değerlendirilmesinde, eğitim arttıkça annelerin gelecekle ilgili duygu ve beklentilerinin azaldığı görülmektedir. Erhan'ın çalışmasında da eğitim düzeyi değişkeninin gelecek planları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmuştur.<sup>165</sup> Coşkun ve Akkaş yaptıkları araştırmada<sup>166</sup> Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiyi saptamayı amaçlamışlardır. Araştırma sonuçlarına göre, Annelerin eğitim düzeyi ve gelir düzeyleri arttıkça, sürekli kaygı düzeylerinin azaldığı ve sosyal destek algılama düzeyinin arttığı görülmektedir. Bu bulguya göre, annelerin eğitim düzeylerinin artışıyla birlikte engelli çocuklarına dair karşılaşılabilecek sorunlara çözüm geliştirmede genellikle daha başarılı olacaklarından, kaygı düzeylerinin bir alt eğitim düzeyine göre daha az olması beklenen bir durumdur. Aynı şekilde, eğitimin getirdiği avantajla anne ve babaların sosyal çevrelerinin farklılığı ve bu çevrelerden yararlanma durumları da sahip olunan eğitim düzeyiyle paralellik gösterecektir. Benzer durum ailelerin aylık gelir düzeyi içinde geçerli olup, genelde maddi imkanlara paralel gelişen sosyal çevre ile birlikte algılanan destek artmakta, diğer yandan ise engelli çocuklarının gereksinimlerini giderme noktasında maddi olanakların artışı kaygıyı azaltıcı etki ettiği düşünülmektedir. Bu bulgular engelli çocuğu olan annelerle çalışan Erhan (2005) ve Görgü'nün (2005) annelerin eğitim düzeyi ve gelir düzeyleri arttıkça sosyal destek algılama düzeyinin arttığı bulgularıyla da tutarlılık göstermektedir.<sup>167</sup> Umutsuzluk Ölçeği ile ilgili değerlendirmelerde gelecekle ilgili duygu ve beklenti puanlarının annelerin eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaştığı bulunmuştur( $F[2,89]=4.214, p.$  Farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Scheffe testinin sonuçlarına göre, düşük eğitim düzeyinde bulunan annelerin gelecekle ilgili duygu ve beklenti puanlarının ( $=3.08$ ), orta eğitim düzeyindeki annelerin ve yüksek eğitim düzeyindeki annelerin puanlarından( $=2.06$ ) yüksek olduğu belirlenmiştir. Umutsuzluk Ölçeğinin diğer alt ölçekleri olan Umut ve Motivasyon Kaybı puanlarının annelerin eğitim düzeyine göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesinde ise umut puanlarının annenin eğitim düzeyine göre farklılaşmadığı, buna karşın motivasyon kaybı puanlarının anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur( $F[2,89]= 14.174, p.$  Bu farkın hangi eğitim düzeyleri arasında olduğunu görmek için yapılan Scheffe testinin sonuçlarına göre, düşük eğitim

<sup>165</sup> Tuğba Erhan, *Akademisyenlerin Başarı Hedefleri Üzerinde Değerlerinin Ve Motivasyon Kaynaklarının Rolü*, Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 21(9), 2018, s.57-72

<sup>166</sup> Yemliha Coşkun ve Günbey Akkaş, *Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki*, Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi, 10(1), 2009, s.213-227.

<sup>167</sup> Coşkun ve Akkaş, a.g.e., s. 221-227

düzeyinde bulunan annelerin motivasyon kaybı puanlarının, orta eğitim ve yüksek eğitim düzeyinde bulunan annelerin motivasyon kaybı puanlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Anne ve babanın birlikte olduğu grubun SLC 90- R Genel ortalama puanı ile anne ve babanın ayrı olduğu grubun SCL 90- R genel puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, boşanma sonrasında anne ve çocukların psikolojik uyum düzeylerinin incelenmesi amacıyla, evli ve boşanmış ailelerden gelen anneler ve çocukları karşılaştırılmıştır.<sup>168</sup> Bu çalışmanın sonucunda, boşanmış annelerin evli annelere göre, çocukları tarafından daha fazla kontrol edici olarak algıladıkları bulunmuştur. Babalar, boşanmayla birlikte çocuklarının yaşamlarından uzaklaşmakta ve bu durumda anneler, çocuğun günlük yaşamındaki tek “sorumlu” ebeveyn durumuna düşerek kendilerini çoğu zaman çocuğun “hem annesi hem de babası” olma durumunda hissetmektedir. Eşlerinden boşanmış olan annelerin, evli annelere göre, çocukları tarafından daha fazla kontrol edici olarak algılanmalarının nedeni, evlilikte kısmen baba tarafından üstlenilen “denetleyici otorite” rolünü de, boşanma sonrasında annelerin üstlenmelerinden kaynaklanmış olabilir.<sup>169</sup> Ayrıca boşanmayla birlikte babaların çocukları üzerindeki denetleyici rollerinin azaldığı; buna karşın annelerin denetleyici rollerinin arttığı bulunmuştur. Evli veya boşanmış anne ve babalar arasında, çocukları tarafından en az denetleyici olarak algılananlar boşanmış babalar iken, en fazla denetleyici olarak algılananlar ise, boşanmış annelerdir. Bu araştırmada, boşanmış ailelerdeki çocukların, babalarını evli ailelerdeki çocuklara göre, daha az kabul edici olarak algıladıkları saptanmıştır.<sup>170</sup> Boşanmış çiftlerin çocukları, babalarını daha az sıcak ve daha ihmalkar olarak algılamakta; ayrıca, babaları tarafından daha az sevildiklerini ve istediklerini düşünmektedir. Çocukların algılarına göre, boşanma annelerde bir değişikliğe yol açmazken, babaların daha az kabul edici olmasına yol açmaktadır. Bu çalışmanın bulguları, çocuklar üzerindeki azalan baba kontrolünün telafisi amacıyla, boşanmış annelerin çocukları üzerindeki kontrolünün artmış olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.<sup>171</sup> Literatürdeki bu konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde, boşanma sonrasında anne-çocuk ilişkisinde önemli bir farklılaşma görülmezken; baba-çocuk ilişkisinin ise, genellikle değiştiği görülmektedir. Serin ve Öztürk’ün anne-babası boşanmış 9–13 yaşlarındaki çocuklar ile aynı yaş grubundaki anne-babası

---

<sup>168</sup> Anthony vd., a.g.e., s. 55-65

<sup>169</sup> Anthony vd., a.g.e., s. 82-87

<sup>170</sup> Anthony vd., a.g.e., s. 90-95

<sup>171</sup> Anthony vd., a.g.e., s. 105-112

boşanmamış çocukların benlik saygısı ve kaygı düzeylerini ölçtükleri bir çalışmada<sup>172</sup>, belirlenen bağımsız değişkenlerle, ölçeklerin puanları arasındaki karşılaştırmalarda elde edilen bulgulara bakıldığında, anne babası boşanmış çocuklarla, anne babası boşanmamış çocukların kaygı düzeyleri ve anne babası boşanmış çocuklarla, anne babası boşanmamış çocukların benlik saygısı arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bulgulara göre anne-babası boşanmış çocukların kaygı düzeyinin, anne-babası boşanmamış olan çocukların kaygı düzeylerine göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, anne-babası boşanmış çocukların benlik saygı düzeylerinin, anne-babası boşanmamış olan çocukların benlik saygı düzeylerine göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çelikoğlu (1997)'nin 12–16 yaşlar arasındaki çocuklarla yaptığı çalışmada<sup>173</sup> boşanmanın, çocukların benlik saygısı üzerinde olumsuz bir etki yarattığını bulmuştur. Anne babası boşanmış çocukların cinsiyet bakımından kaygı düzeyleri ve benlik saygıları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Karakuş (2003) çalışmasında<sup>174</sup>, boşanma sürecinde kız çocuklarının erkek çocuklara göre daha fazla etkilendiklerini bulmuştur.

Çocuğu engelli kardeşe sahip olan grubun SLC 90- R Paranoid Düşünce Alt Testi ortalama puanı ile Çocuğu engelli kardeşe sahip olmayan grubun SCL 90- R Paranoid Düşünce Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.Çocuğu engelli kardeşe sahip olan grubun SLC 90- R Psikotizm Alt Testi ortalama puanı ile Çocuğu engelli kardeşe sahip olmayan grubun SCL 90- R Psikotizm Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çocuğu engelli kardeşe sahip olan grubun SLC 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk)Alt Testi ortalama puanı ile Çocuğu engelli kardeşe sahip olmayan grubun SCL 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk)Alt Testi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Katılımcıların (annelerin) eğitim durumu değişkenin düzeylerine göre SCL 90- R Somatizasyon Alt Testi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Yapılan çoklu karşılaştırma testleri sonucunda SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Somatizasyon Alt Test sıra ortalamalarının lise grubu ile ilkokul grubu ve ön lisans grubu ile ilkokul grubu arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu bulunmuştur. Katılımcıların (annelerin) eğitim durumu değişkenin düzeylerine göre SCL 90- R Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Alt Testi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Yapılan çoklu

<sup>172</sup> Serin Bulut ve Sevda Öztürk, *Anne-Babası Boşanmış 9-13 Yaşlarındaki Çocuklar ile Aynı Yaş Grubundaki Anne-Babası Boşanmamış Çocukların Benlik Saygısı Ve Kaygı Düzeyleri*, Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi, 8(2), 2007, s.217-128.

<sup>173</sup> Ceyhan Çelikoğlu, *Boşanmanın çocukların benlik saygısına etkisinin incelenmesi*, Gazi Üniversitesi, Ankara, 1997 (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).

<sup>174</sup> Sedat Karakuş, *Anne-babası boşanmış ve boşanmamış çocukların depresyon düzeylerinin incelenmesi ve okul başarısına yansımaları*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2003 (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).



karşılaştırma testleri sonucunda SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Ek Semptomlar (Uyku, İştah Suçluluk) Alt Test sıra ortalamalarının lise grubu ile ilkokul grubu arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların (annelerin), baba eğitim durumu değişkenin düzeylerine göre SCL 90- R Somatizasyon Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Yapılan çoklu karşılaştırma testleri sonucunda SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Somatizasyon Alt Test sıra ortalamalarının lise grubu ile ortaokul grubu arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu bulunmuştur. Katılımcıların (annelerin), baba eğitim durumu değişkenin düzeylerine göre SCL 90- R Obsesif Kompulsif Alt Test puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Yapılan çoklu karşılaştırma testleri sonucunda SCL 90- R Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Obsesif Kompulsif Alt Test sıra ortalamalarının lise grubu ile ilkokul grubu arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu bulunmuştur.

## ÖNERİLER

Bu çalışmada, 70 gönüllü anne ile sınırlı bir örneklem grubu ile çalışılmıştır. Bu yüzden daha büyük örneklem gruplarıyla çalışılmalıdır.

Bu çalışma, çevresi sınırlı bir örneklem grubuyla yapıldığından; ailelerin kültürel ve ekonomik değişkenleri üzerinde yeterince durulmamıştır. Bu nedenle bundan sonraki çalışmalar daha kapsamlı yapılmalıdır.

Bu çalışmada SCL 90-R ölçeği kullanıldı. Buna ek olarak başka ölçeklerin de kullanılması daha kapsamlı ve güvenilir sonuçların alınmasında etkili olabilir.

Hazırladığım “Kişisel Bilgi Formu “ nda, annelerin herhangi bir psikolojik destek alıp almadıklarını, herhangi bir tanın konulup konulmadığı ya da herhangi bir antipsikotik ilaç alıp almadıkları sorusu sorulabilir, çalışmalar bu yönde ilerletilebilir.

Bu çalışmanın sonucunda, ebeveynlerin otizm tanısı konulmuş çocuklarını yetiştirmede yaşadıkları problemlerle ilgili sorular sorulabilir, çalışmalar bu yönden sürdürülebilir.

Bu çalışmanın sonucunda ortaya çıkan anlamlı sonuçlardan biride aile eğitimi alan annelerin, aile eğitimi almayan annelere göre psikolojik belirtilerinin daha olumlu çıkmasıdır. Bu sebeple özel çocuklara sahip ailelere “Aile Eğitimi Programları”yla birlikte psikolojik destek de verilmelidir.

Yapılacak çalışmalarda ebeveynlerin birlikte katılabileceği “Aile Eğitimi Programları”nın hazırlanıp uygulanması ve yaygınlaştırılması önemlidir.

Her toplumun kültürel ve ekonomik yapılarının farklı olması doğal olup, makul karşılanabilecek bir durumdur. Bu nedenle “ Aile Eğitimi Programları “ hazırlanırken tamamıyla yurt dışı eğitim programlarına odaklanmaktansa, bu tür programlardaki yeniliklerden faydalanıp ülkemizdeki sosyo- kültürel ve ekonomik yapıya uyarlanıp, çalışmalar bu yönde ilerletilmelidir.

“ Aile Eğitimi Programları “ pahalı olması nedeniyle ihtiyacı olan ailelere ulaşılmasında güçlükler yaşanmaktadır. Bu nedenle bu tür programların devlet destekli ve ücretsiz olarak sunulması gerekmektedir. Ayrıca sivil toplum kuruluşlarının da desteği alınmalıdır.

Ülkemizde yetişmiş çok değerli akademisyenlerin, ülkemizin sosyo-kültürel ve ekonomik yapısını göz önünde bulundurarak her alanda “ Aile Eğitimi Programları “ nı geliştirmeleri ve bu yöndeki eksiklikleri gidermeleri önerilmektedir.

Sosyal medya etkin bir şekilde kullanılarak, ebeveynlerin “ Aile Eğitimi Programları “na ulaşmaları kolaylaştırılmalıdır.

## KAYNAKÇA

### KİTAPLAR

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", American Psychiatric Association, 5th edition, Washington, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION DSM-5, "The Future of Psychiatric Diagnosis", American Psychiatric Association, Washington, 2012.

AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ, "Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı", Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington, 2000.

ARDIÇ Avşar, "Özel Gereksinimli Çocuk ve Aile", Vize Yayıncılık, Ankara, 3.Basım, 2013.

ARDIÇ Avşar, "Özel Eğitimde Aile Eğitimi ve Rehberliği", Vize Yayıncılık, Ankara, 3.Basım, 2013.

BERNİERİ Frank J., and HALL Bernieri "Toward a taxonomy of interpersonal sensitivity.", *Lawrence Erlbaum Associate*, 2001.

BİNYAMİN BİRKAN, "Otizmi Olan Çocuklar ve Eğitimi. İç, Genel Eğitim Okullarında Özel Gereksinimi Olan Öğrenciler ve Özel Eğitim", Kök Yayınları, Ankara, 2009.

BUDAK Selçuk., "Psikoloji Sözlüğü", Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara, 2. Baskı, 2003

BUTLER Ian, "Divorcing Children Children's Experience of Their Parents Divorce", Jessica Kingsley Publishers, Philadelphia, 2003.

DİKEN Halil İbrahim, "Özel Eğitime Gereksinimi Olan Öğrenciler ve Özel Eğitim", Pagem Akedemi, Ankara, 7.Basım, 2013.

DİKEN Halil İbrahim, "Otistik bozukluğu olan öğrenciler", Pagem Akademi, Ankara, 2013.

ÇETİN Füsün Çuhadaroğlu vd. "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı", Hyb Yayıncılık, Ankara, 2008.

Gentry William Dolye, "Anger for Dummies", Wiley Publishing, Indiana, 2007.

GILLBERG Christopher and COLEMAN Mary, "The biology of the autistic syndromes", Cambridge University, London, 2000.

GLADDİNG Samuel, "Family therapy: History theory and practice", Pearson Education, New Jersey, 5th Edition, 2011.

KAPLAN Harold ve SADOCK Benjamin James, "Klinik Psikiyatri", Güneş Kitabevi, İstanbul, 2. Baskı, 2005.

KULAKSIZOĞLU Adnan, "Farklı Gelişen Çocuklar", Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2003.

KÖKNEL Özcan , "Depresyon: Ruhsal Çöküntü", Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 1989.

KÖROĞLU Ertuğrul , "Depresyon Nedir? Nasıl Baş Edilir?", Hekimler Yayım Birliği, Ankara, 4.Basım, 2013.

MARİAN Sigman and LİSA Capss, "Children with autism: A developmental perspective", Harvard University Press, London, 1997.

MUKADDES Nahit Motavalli ve ERCAN Eyüp Sabri, "Nörogelişimsel Bozukluklar", Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2018.

MUKADDES Nahit Motavalli, "Otizm Spektrum Bozuklukları: Tanı ve Takip", Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2018.

MÜDÜRLÜĞÜ Ö.Ö.K.G., "Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi Yaygın Gelişimsel Bozukluklar Destek Eğitim Programı", MEB. Özel Eğitim Hizmetleri Tanıtım Kitabı, İstanbul, 2008.

NİYAZI Karasar, "Bilimsel Araştırma Yöntemi", Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2013.

ÖZTÜRK Mücahit Orhan, "Ruh Sağlığı ve Bozuklukları", Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997.

ÖZTÜRK Mücahit Orhan ve ULUŞAHİN Aysin, "Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları", Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 11.Basım, 2008.

RIMLAND Bernard, "Infantile Autism: The Syndrome and Its Implications For A Neural Theory of Behavior", Jessica Kingsley Publishers, New York, 1964.

RUTTER Michael, "Genetic influences and autism. In: Volkmar FR, ed. Handbook of autism and pervasive developmental disorders", John Wiley & Sons: Hoboken, New Jersey, 3rd Edition, 2005.

GLADDİNG Samuel, "Family Therapy: History, Theory and Practice", Pearson Education, New Jersey, 5th Edition, 2011.

TEKİN-İFTAR Elif ve KUTLU Muhtar, "Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar ve eğitimler Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların aileleri: Aileleri anlama ve iş birliği kurma", Vize Basın Yayın, Ankara, 2013.

TEMEL Zeynep Fulya , "Aile Eğitim Modeli. Dünya'da ve Türkiye'deki Uygulamalar. Erken Çocukluk Eğitimi Politikaları: Yaygınlaşma, Yönetişim ve Yapılar Toplantısı Raporu", AÇEV Yayınları, İstanbul, 2003.

TERAKYE Gülsen, "Hasta Hemşire İlişkileri", Aydoğdu Ofset, Ankara, 5.Basım, 1998.

## MAKALELER

ALTIERE Matheww j. and SILVIA VON KLUGE, "Searching for acceptance: Challenges encountered while raising a child with autism", *Journal of intellectual and developmental disability*, 2009, 34(2), 142-152.

MONACO Anthony, MAESTRINI Elena, MARLOW Angela and WEEKS Daniel, "Molecular Genetic Investigations of Autism", *Journal of autism and developmental disorders*, 1998, 28(5), p.427-437.

ANTONIO PERSICO and THOMAS BOURGERON, "Searching for ways out of the autism maze: genetic, epigenetic and environmental clues", *Trends in neurosciences*, 2006, 29(7).

AMATO Paul R, GILBRETH Joan G., "Nonresident fathers and children's well-being: a metaanalysis", *J Marriage Fam*, volume:61, 1999, 557-573.

AMI Klin and COHEN Fred, "Assessment issues in children with autism", *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*, 1997, p.411-418.

ASHUM GUPTA and NIDHI SINGHAL, "Psychosocial support for families of children with autism", *Asia Pasific Disability Rehabilitation Journal*, 2005, s. 62-83.

BARIŞ KORKMAZ, "Editor Infantile autism: adult outcome", *Seminars in clinical neuropsychiatry*, 2000, 5(3), p.164-170.

BAKER Bruce, MCINTYRE Laure Lee, BLACHER Jan, CRNIC Keith., EDELROCK Craig. AND LOW C., "Pre-school children with and without developmental delay Behavior problems and parenting stress over time", *Journal of Intellectual Disabilities Research*, No.47, 2003, p.217-230.

BARLOW Julie H., POWELL Lesley A, GILCHRIST Mollie, "The Influence of the Training and Support Programme on the Self-efficacy and Psychological Well-being of Parents of Children with Disabilities a Controlled Trial", *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2006, 12, p.55-63.

BARON-COHEN Simon, "Joint-attention Deficits in Autism Towards a Cognitive Analysis", *Development and Psychopathology*, 1989, 1(3), p.185-189.

Bekman, Sevda, "Eşit Fırsat Anne-Çocuk Eğitim Programının Değerlendirilmesi", *Açev Yayınları*, İstanbul, 2000, no.12, p.25-26.

BENSON Paul, KARLOF Kristie, "Anger, Stress Proliferation, and Depressed Mood Among Parents of Children With Asd a Longitudinal Replication", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2009, no.39, p.350-362.

BENSON Paul, and KERSH Joanne, "Marital Quality and Psychological Adjustment Among Mothers of Children With Asd Cross-Sectional and Longitudinal

Relationships”, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2011, no.41, p.1675-1685.

BODUR Şahin and SOYSAL Azime Şebnem, “Otizmin erken tanısı ve önemi”, *Sted*, 2014, 13(10), p.394.

BOUMA Ruth and SCHWEITZER Robert, . “The Impact of Chronic Childhood Illness on Family Stress a Comparison Between Autism and Cystic Fibrosis”, *Journal of Clinical Psychology*, 1990, 46(6), p.722–730.

BOYCE Philip. and PARKER Gordon, “Development of a Scale to Measure Interpersonal Sensitivity”, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1989, 23(3), p.341-351.

Bristol, Marie M. Gallagher, James J. Holt, Kathleen D. “Maternal Depressive Symptoms in Autism Response to Psychoeducational Intervention”, *Rehabilitation Psychology*, 1993, 38, p. 3–9.

BUMİN Gonca, GÜNAL Ayla, TÜKEL Şermin, “Anxiety, Depression and Quality of Life in Mothers of Disabled Children” *S.D.Ü. Tıp Fak. Dergisi*, no.15, 2012, p.6-11.

BRUNO Wicker, Grezes J, Wicker B, Berthoz S, de Gelder B “a Failure to Grasp The Affective Meaning of Actions in Autism Spectrum Disorder Subjects”, *Neuropsychologia*, 2009, 47(8), p.1816-1825.

CAMPO John V., FRITZ Gregroy, “A management model for pediatric somatization”, *Psychosomatics*, 2001,no.42, p.467-76.

CAVKAYTAR Atilla, ÖZKAN Şerife Yücesoy, ERGENEKON Yasemin, ÇOLAK Aysun, KAYA Özlem , CAVKAYTAR Serap, “Otizm spektrum bozukluğu”, 2016.

CHARMAN TONY, Emily J.H.Jones, TeodoraGliga, Rachael Bedford, Mark H. Johnson “Developmental pathways to autism: a review of prospective studies of infants at risk”, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2014, 39, p.1-33.

CHRISTOPHER MCDOUGLE, Craig A. Erickson, Kimberly A. Steigler, David J Posey, “Neurochemistry in the Pathophysiology of Autism”, *The Journal of clinical psychiatry*, 2005, 66, p.9-18.

COHEN L.Ira and TSİOURİS John. A., “Maternal Recurrent Mood Disorders and High Functioning Autism”, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2006, no.36, p.1077-1088.

COOKSTON Jeffry T, BRAVER Sanford L, GRIFFIN William A, DE LUSE Stephanie R, MİLES Jonathan. C, “Effects of The Dads For Life Intervention on Interparental Conflict and Coparenting in The Two Years After Divorce”, *Fam Process*, 2007, no.46, p.123-137.

COŞKUN Yemliha and GÜNBEY Akkaş., "Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki", *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2009, 10.1, 213-227.

DAVID RODENHISER and MELLISSA MANN, "Epigenetics and human disease: translating basic biology into clinical applications", *Canadian Medical Association Journal*, 2006, 174(3), p.341-348.

DE GUCHT Veronique and FİSCHLER Benjamin, "Somatization a Critical Review of Conceptual and Methodological Issues", *Psychosomatics*, 2002, no.43, p.1-9.

DEMİR Türkay, MUKADDES Nahit Motavalli, DEMİR Demet.Eralp ve BİLGE Sumr, "Otistik bozukluğu olan çocukların annelerinde birinci ekseninde yer alan psikiyatrik bozuklukların araştırılması", *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2000, 13(2), 82-86.

DERELİ Feyza ve OKUR Sibel, "Engelli Çocuğa Sahip Olan Ailelerin Depresyon Durumunun Belirlenmesi", *Yeni Tıp Dergisi*, 2008, no.25, p.164-168.

DEVELOPMENTAL DMNSY, "Investigators P. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years-autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010", *Morbidity and mortality weekly report Surveillance summaries*, 2002, p.1-21.

DIETERT Rodney, Reed P. Warren, Dennis Odel, Roger A. Burger, W. Louise Warren "Possible immunogenetic Basis for Autism.", *Developmental Disabilities Research Reviews*, 1998, 4(2), p.137-141.

DORUKAN İbrahim, ERDEM Murat, TUFAN Ali Evren ve TÜRKBAY Tümer, "Otistik Spektrum Bozukluğu Olan Çocukların Annelerindeki Baş Etme Tutumları ve Depresyon ile Anksiyete Düzeyleriyle İlişkisi", *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2010, 17(2), p.15-22.

DUMAS Jean E, WOLF Lucille C , FİSMAN Sandra N, AND CULLİGAN Annie., "Parenting Stress Child Behavior Problem and Dysphoria in Parents of Children With Autism, Down Syndrome", *Behavior Disorders And Normal Development*, 1999, no.2, p.91-110.

DURUKAN İbrahim ve TÜRKBAY Tümer, "Otizmde ortak dikkat becerileri Gözden geçirme", *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2008, 15(2), 117-126.

ELİSABETH HİLL, "Executive Dysfunction in Autism", *Trends in cognitive sciences*, 2004, 8(1), p.26-32.

ERGİN Dilek, ŞEN Nesrin, ERYILMAZ Nurten, PEKUSLU S. ve KAYACI Melek, "Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi", *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 10(1), p.41-48.

ERIC COURCHESNE, Christina M Karns, Mary R Ziccardi, Rachel Courchesne, Ruth A Carper, Lord Catherine, Heather J Chisum, Salvatore Pizzo, Natacha Akshoomoff, Laura Schreibman, Adam Lincoln, "Unusual brain growth patterns in early life in patients with autistic disorder an MRI study" *Neurology*, 2001, 57(2), p.245-254.

ERÖZKAN Atılgan, "Interpersonal Relationship Styles and Humour Styles of University Students", *Journal of Buca Faculty of Education*, 2009, p.26-66.

FÁVERO-NUNES Maria Angela and SANTOS Manoel Antonio, "Depression and Quality of Life in Mothers of Children With Pervasive Developmental Disorders" *Rev LatinoAm.Enformagem*, 2010, 18(1), p.33-40.

FISCH Gene S, "Is Autism Associated With the Fragile X Syndrome?" *Am J Med Genet* 43, 1992, p.47-55.

FITZGERALD Michael, BIRKBECK G. and MATTHEWS P., "Maternal Burden in Families With Children With Autistic Spectrum Disorder", *The Irish Journal of Psychology*, 2002, no.23, p.2-17.

FRANCK POLLEUX and JEAN LAUDER, "Toward a Developmental Neurobiology of Autism", *Developmental Disabilities Research Reviews*. 2004, 10(4), p.303-317.

GARDENER Hannah, SPIEGELMAN Donna and BUKA Stephen L, "Perinatal and Neonatal Risk Factors For Autism a Comprehensive Meta-Analysis", *Pediatrics*, 2011, 128, p.344-55.

GERALDINE Dawson, Karen Toth, JEFFREY Munson and ANDREW Meltzoff "Early predictors of communication development in young children with autism spectrum disorder: Joint attention, imitation, and toy play", *Journal of autism and developmental disorders*, 2006, 36(8), p.993-1005.

GLIDDEN Laraine Masres and SCHOOLCRAFT A.Sarah, "Depression its Trajectory and Correlates in Mothers Rearing Children With Intellectual Disability", *Journal of Intellectual Disability Research*, 2013, no.47, p.250-263.

GRACE BARANEK, Tiffany G Woynaroski, Sallie Nowell, Lauren Turner-Brown, Michaela DuBay, Elizabeth R Crais, Linda R Watson, "Cascading Effects of Attention Disengagement and Sensory Seeking on Social Symptoms in a Community Sample of Infants At-Risk For a Future Diagnosis of Autism Spectrum Disorder", *Developmental Cognitive Neuroscience*, 2017.

GUPTA Ashum AND SINGHAL Nidhi, "Psychosocial Support for Families of Children With Autism", *Asia Pasific Disability Rehabilitation Journal*, 2005, 16(2), p.62-83.

GÜLBOY Emrah ve ÖZKAN Şerife Yücesoy, "Otizmi Olan Çocukların Geçişler Sırasında Sergileyebilecekleri Problem Davranışları Önlemek Üzere Kullanılan



Geçiş Stratejileri”, *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2017, 1(4), p.53-97.

HASTINGS Richard P. and JOHNSON Emma, “Stress in Uk Families Conducting Intensive Home-Based Behavioural Interventions For Their Young Child With Autism”, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2001, 31(3), p.327-336.

HENDRIKS H.C.Alexsander, DEMOOR Jan.M.H., OUD H.L. johan and SAVELBERG H.C.M Hans “Perceived changes in well-being of parents with child in a therapeutic toddler class”, *Research in Developmental Disabilities*, 2000, 21, p.455-468.

HİGGİNS Darly, BAİLEY Susan and PEARCE Julian, “Factors Associated With Functioning Style and Coping Strategies of Families With a Child With an Autism Spectrum disorders”, *Autism*, 2005, 9, p.125-137.

HOLROYD Jean and MCARTHUR D Adamson, “Mental Retardation and Stress on The Parents a Constrast Between Downe's Sydrome and Childhood Autism”, *American Journal of Mental Deficiency*, 1976, no.80, p.552–561.

HOWARD Matthew A., Patricia E. Cowell, Neil Roberts “Convergent neuroanatomical and behavioural evidence of an amygdala hypothesis of autism”, *Neuroreport*,. 2000, 11(13), p.2931-2935.

JAN PIEK and MURRAY DYCK, “Sensory-motor deficits in children with developmental coordination disorder, attention deficit hyperactivity disorder and autistic disorder”, *Human movement science*, 2004, 23(3), p. 475-488.

JOHN SİDERİS vd., “Sensory subtypes and associated outcomes in children with autism spectrum disorders”, *Autism Research*, 2016, 9(12), p. 1316-1327.

JOHNNY LEE MATSON and RUTH M. SHOEMAKER, “Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders”, *Research in developmental disabilities*, 2009, 30(6), p.1107-1114.

JONES Jessica and PASSEY Jeniffer, “Family Adaptation Coping and Resources Parents of Children With Developmental Disabilities and Behaviour Problems”, *Journal on Developmental Disabilities*, 2004, 11(1), p.31-46.

JOSHEPH DONNELLY, Howard L Kim, Anne E Tournay, Teri M Book, Pauline Filipek “Absence of Seizures Despite High Prevalence of Epileptiform Eeg Abnormalities İn Children With Autism Monitored İn a Tertiary Care Center”, *Epilepsia*, 2006, 47(2), p.394-398.

KANNER Leo, “Autistic Disturbances of Affective Contact”, *Acta Paedopsychiatr*, 1968, p.35.

KAYSILI Bahar Keçeli, "Zihin Kuramı Otizm Spektrum Bozukluğu Olan ve Normal Gelişen Çocukların Performanslarının Karşılaştırılması", *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 2013, 14(01), p.83-103.

LİPOWSKÍ Zbingniev J, "Somatization and Depression", *Psychosomatics*, 1990, 31, p.13-21.

LİPOWSKÍ Zbingniev J, "Somatization the Concept and its Clinical Application", *Am J Psychiatry*, 1988, 145, p.1358-1368.

LORD C. RUTTER M. and LE COUTEUR A., "Autism Diagnostic Interview Revised a Revised Version Of A Diagnostic Interview For Caregivers Of Individuals With Possible Pervasive Developmental Disorders", *J Autism Dev Disord*, 1994, 24, p.659-85.

MARCO BERTELLI, GiamPaolo La Manfa, Stefano Lassi, "Autism and intellectual disability: a study of prevalence on a sample of the Italian population", *Journal of intellectual disability research*, 2004, 48(3), p.262-267.

MASAKO MYOWA-YAMAKOSHI, Toshio Inui, Shinichiro Kumagaya "Neurodevelopmental Hypothesis about the Etiology of Autism Spectrum Disorders", *Frontiers in human neuroscience*, 2017, 11, p.354-372.

MAZLUM BAKKALOĞLU Betül , M.Fatih Ünal, Bahadır Bakkaloğlu "Otistik bozukluk etyolojisi: genetik etkenler", *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*. 2003, 10, p.88-96.

MICHAEL LOMBARDO, Simon Baron-Cohen, Michael V. Lombardo, Bonnie Auyeung, Emma Ashwin, Bhismedev Chakrabarti, Rebecca Knickmeyer, "Why are autism spectrum conditions more prevalent in males?", *Plos biology*. 2011, 9(6).

MONTGOMERY M. Anthony J Bailey, Brian Harding, Phil J Luthert, Patrick F Bolton "A Clinicopathological Study of Autism", *Brain: a journal of neurology*, 1998, 121(5), p.889- 905.

MYERS Scott M. Donald J Lollar, Chris Plauché Johnson, Paul H Lipkin "Management of Autism Spectrum Disorders in Primary Care", *Pediatr*, 2009, 38, p.42-9.

NORTON Pamela, Drew Clifford "Autism and Potential Family Stressors", *American Journal of Family Therapy*, 1994, 22(1), p.67-76.

OZONOFF Sally, GOODLIN-JONES Beth L. and SOLOMON Marjorie, "Evidence-Based Assessment of Autism Spectrum Disorders in Children and Adolescents", *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2005, p.523-40.

ÖZGE ELİÇİN, HASAN AVCIOĞLU, "Otizmi olan çocuklara duyguları ayırt etme becerisi kazandırmada replik silikleştirme ile yapılan öğretimin etkililiği", *Eğitim ve bilim*, 2014, 39(171), p.317-330.

- ÖZKAN Mebare, "Stereotipik hareket bozuklukları", *Türkiye klinikleri journal of pediatric sciences*, 2017, 13(2), p.112-120.
- PAULA KRAKOWIAK, Cheryl K. Walker, Andrew A. Bremer, Alice S. Baker, Sally J Ozonoff, Robin L Hansen, Irva Hertz-Picciotto "Maternal metabolic conditions and risk for autism and other neurodevelopmental disorders", *Pediatrics*, 2012, 129(5), p.1121-1128.
- PAULINE CHASTE and MARION LEBOYER, "Autism Risk Factors: Genes, Environment, and Gene- Environment Interactions", *Dialogues in clinical neuroscience*, 2012, 14(3), p.281-292.
- PATRICK SULEM, Augustine Kong, Michael L. Frigge, Gisli Masson, Soren Besenbacher, Gisli Magnusson, Sigurjon A. Gudjonsson, Asgeir Sigurdsson, Aslaug Jonasdottir, Adalbjorg Jonasdottir, Wendy S. W. Wong, Gunnar Sigurdsson, G. Bragi Walters, Stacy Steinberg, Hannes Helgason, Gudmar Thorleifsson, Daniel F. Gudbjartsson, Agnar Helgason, Olafur Th. Magnusson, Unnur Thorsteinsdottir & Kari Stefansson "Rate of de novo mutations and the importance of father/s age to disease risk", *Nature*, 2012, 488(7412), p.471-475.
- PRIZANT Bary M, Marsha Mailick Seltzer, Ling-Yi Lin, Gael I Orsmond "Brief report: Communication, language, social, and emotional development", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1996, 26(2), p.173-178.
- RAGY GIRGIS, Nancy J Minshew, Nadine M Melhem, Jeffrey J Nutche, Matcheri S Keshavan, Antonio Y Hardan "Volumetric Alterations of The Orbitofrontal Cortex in Autism", *Progress in Neuro- Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2007, 31(1), 41-45.
- REDDY Madhu, "Depression-the global crisis", *Indian journal of psychological medicine*, 2012, 34(3), p.201.
- ROBERT KOEGEL and LYNN KERN, "Koegel Pivotal Response Treatments for Autism: Communication", *Social, and Academic Development Eric*, 2006.
- ROBERTO TUCHMAN and ISABELLE RAPIN, "Epilepsy in Autism.", *The Lancet Neurology*, 2002, 1(6), p.352-358.
- ROCCATAGLIATA Luca, PARDINI Manuela, Francesco G Garaci, Laura Bonzano, Maddalena Palmieri, Elena Pompili, Filadelfo Coniglione, Falco Krueger, Alessandro Ludovici, Filippo Benassi, Leonardo Emberti Gialloreti, "White Matter Reduced Streamline Coherence in Young Men With Autism and Mental Retardation", *European journal of neurology*, 2009, 16(11), p.1185-1190.
- RODRIGUE R. James, MORGAN B. SAM and GEFFKEN Gary, "Families of Autistic Children: Psychological Functioning of Mothers", *Journal of Clinical Child Psychology*, 1990, 19(4), p.371-379.

ROSENBERG E. Rebeca, LAW J.Kieley, YENOKYAN Gayene, MCGREADY John, KAUFMANN E. Walter AND LAW A. Paula, "Characteristics and Concordance of Autism Spectrum Disorders Among 277 Twin Pairs", *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2009, p.907-14.

RYBAKOWSKI Filip, CHOJNICKA Izabela, DZIECHCIARZ Piotr, HORVATH Andrea, JANAS-KOZIK Malgorzata, JEZIOREK Anetta, PISULA Eva, PIWOWARCZYK Anna, SLOPIEN Agnieszka, SYKUTCEGIELSKA Joanna, SZAJEWSKA Hanna, SZCZALUBA Krzysztof, SZYMANSKA Krystyna., WALIGORSKA Anna, WOJCIECHOWSKA Aneta, WRONISZEWSKI Michal AND DUNAJSKA Anna, "The Role of Genetic Factors and Pre- and Perinatal Influences in The Etiology of Autism Spectrum Disorders", *Indications for Genetic Referral Psychiatr*, 2016, p.543-54.

SALLY OZONOFF, Sally J. Rogers , Bruce F.Pennington "Executive function deficits in high- functioning autistic individuals: relationship to theory of mind", *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 1991, 32(7), p.1081-1105.

SANDERS L. John and MORGAN B. Sam, "Family Stress and Adjustment as Percieved By Parents of Children with Autism and Down Syndrome: Implications for Intervention", *Child and Family Behavior Therapy*, 1997, 19(4), p.15-32.

AYTA Semih, Gürses Candan, Topçu Zerrin Bilgen, Kılınçarslan Ayşe, Eraksoy Mefkure, "Gelişimsel Bozukluğu Olan Çocuklarda Klinik ve Elektroensefalografi Bulguları", *Turkish journal of neurology/Türk nöroloji dergisi*. 2016, 22(4), p.167-176.

SCARPA Angela and REZENDES Debra.L., "Associations Between Parental Anxiety/Depression and Child Behavior Problems Related to Autism Spectrum Disorders: The Roles of Parenting Stress and Parenting Self-Efficacy", *Hindawi Publishing Corporation Autism Research and Treatment*, 2011, p.1-10.

SCHARER Kathelen, Eileen Colon, Linda Moneyhami, Jim Husey, Abbas Tavakoli, Margeret Shugart "A Comparison of Two Types of Social Support For Mothers of Mentally İll Children", *JCAPN*, 2009, 22, p.86-98.

SERİN N. BULUT and SEVDA ÖZTÜRK., "Anne-Babası Boşanmış 9-13 Yaşlarındaki Çocuklar ile Aynı Yaş Grubundaki Anne-Babası Boşanmamış Çocukların Benlik Saygısı Ve Kaygı Düzeyleri", *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2007, p.117-128.

SİLVIA DE RUBEIS and JOSEPH BUXBAUM, "Genetics and genomics of autism spectrum disorder: embracing complexity", *Human molecular genetics*, 2015, 24 (1), s. 24.

- SMALLEY Susan L, "Autism and tuberous sclerosis", *J Autism Dev Disord*, 1998, p.407-14.
- SOYKAN Çiğdem "Öfke ve Öfke Yönetimi", *Kriz Dergisi*, 2003, 11(2), p.19-27.
- STUART Checkley, HAPPE, Francesca , Malhi, Gurjhinder S. "Acquired Mind-blindness Following Frontal Lobe Surgery? A Single Case Study of Impaired Theory of Mind in a Patient Treated with Stereotactic Anterior Capsulotomy", *Neuropsychologia*, 2001, 39(1), p.83-90.
- SUNAY Fırat, AVCI Ayşe ve SEYDAOĞLU Gülşah, "Otistik Çocukların Anne-Babalarının Psikometrik Değerlendirilmesi 10. Ulusal Özel Eğitim Kongresinde Sunulan Bildiri" Mustafa Kemal Üniversitesi, Hatay, 2001.
- ŞAHİN Nesrin H. ve BALKAYA Feza, "Çok Boyutlu Öfke Ölçeği", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003, 14(3), p.192-202.
- TAO Shuman and TAO Fang-biao, "The Effects of Prenatal Environmental Exposures on Children Development and Health", *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*, 2016, p.192-7.
- THOMAS BOURGERON, "Current knowledge on the genetics of autism and propositions for future research", *Comptes rendus biologiques*. 2016, 339(7), p.300-307.
- THOMAS KEMPER and MARGARET LANG BAUMAN, "Neuroanatomic observations of the brain in autism: a review and future directions", *International journal of developmental neuroscience*, 2005, 23(2), p.183-187.
- TOM WHITMAN, "The development of autism: A self-regulatory perspective", *Jessica Kingsley Publishers*, 2004.
- VAN OS Jim., LINSOTT Richard.J and MYIN-GERMEYS Inez., "A Systematic Review and Metaanalysis of The Psychosis Continuum: Evidence For A Psychosis Proneness-Persistenceimpairment Model of Psychotic Disorder", *Psychol Med*, 2009, 39(2), p.179-95.
- WUNDERINK Alexander ve KAYMAZ Nil, "Şizofreni nedenleri sonuçlar ve tedavisi", 2002.
- YILDIZ Mustafa ve AKYOL Ali, "Somatizasyon ve konversiyon bozuklukları: Karşılaştırmalı bir çalışma" *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 1995, 2(4), p.344.
- YOSUNKAYA Elif, "Otizm Etiyolojisinde Genetik ve Güncel Perspektif", *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 2013, 76(4), p.84-88.
- YUKAY-YÜKSEL Müge ve BOSTANCI-EREN Serap., "Otistik Çocuğa Sahip Ailelerle Yapılan Grupla Psikolojik Danışma Çalışmasının Ailelerin Depresyon ve Problem Çözme Becerileri Üzerine Etkisi", *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2007, 25(1), p.197-210.

ZWAIGENBAUM Lonnie, BRYSON Susan, LORD Catharine, ROGERS Sally, CARTER Alice, CARVER Leslie, CHAWARSKA K.asia, CONSTANTINO John, DAWSON Geraldine, DOBKINS Karen, FEIN Deborah, IVERSON Jana, KLIN Ami, LANDA Rebeca, MESSINGER Daniel, OZONOFF Sally, SIGMAN Marian, STONE Wendy, TAGER-FLUSBERG Helen and YIRMIYA Nurit, "Clinical Assessment and Management of Toddlers With Suspected Autism Spectrum Disorder: Insights From Studies of High-Risk Infants", *Pediatrics*, 2009, p.1383-91.

## TEZLER

AKYILDIZ Keriman, "Baş Ağrısının Psikiyatrik Yönleri Eş Tanılı Psikiyatrik Bozukluklar ve Bedenselleştirmeye Yatkınlık Oluşturan Durumlar", Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Bolu, 2011 (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi).

ARDIÇ A., "Otistik Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Çocukların Ailelerine Yönelik Bir Psiko-Eğitsel Grup Programının Ebeveynlerin Bazı Psikolojik Değişkenleri Üzerindeki Etkisi", Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, 2013 (Yayınlanmış Doktora Tezi).

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

BEYAZASLAN T., "Öfke Kontrol Eğitiminin Hipertansiyon Tanısı Alan Hastaların Öfke ve Duygu Kontrol Durumlarına Etkisi", Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2012, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).

ÇELİKOĞLU C., "Boşanmanın Çocukların Benlik Saygısına Etkisinin İncelenmesi", Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 1997, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).

ERHAN G., "Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Umutsuzluk, Karamsarlık, Sosyal Destek Algılarının ve Gelecek Planlarının İncelenmesi", Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2005, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).

GÖRGÜ E., "3-7 Yaş Arası Otistik Çocuk Sahibi Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki", Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2005, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).

GÜNDOĞDU F.B., "Otistik ve Normal Çocuğu Olan Anne-Babaların Evlilik Uyumlarını Algılamaları ve Bazı Değişkenler Bakımından Karşılaştırılması", Ankara

Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1995, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).

HART A., "Origin of Stress, Depression And Anxiety in Parents of Autistic Children & The Impact on The Family: a Quantitative and Qualitative Study", University of Wollongong, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Avustralya, 2004, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).

KARAKUŞ S., "Anne Babası Boşanmış ve Boşanmamış Çocukların Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi ve Okul Başarısına Yansımaları", Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2003, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).

ÖNGİDER N., "Evli ve Boşanmış Ailelerde Algılanan Ebeveyn Kabul veya Reddinin Çocuğun Psikolojik Uyumu Üzerindeki Etkileri", Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 2006, (Yayınlanmamış Doktora Lisans Tezi).

RARİTY J.C., "Nonfinite grief in families with children on the autism spectrum a dissertation", St. Mary's University, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Kanada, 2007, (Yayınlanmamış Doktora Lisans Tezi).

#### **İNTERNET KAYNAKLARI**

<http://www.meb.gov.tr> (Erişim tarihi: 29.03.2010).

MERCAN S., "Somatizasyon bozuklukları" <http://www.populermedikal.com/psikiyatri/somatizasyon.asp#sthash.cPVvgLE> (Erişim tarihi: 23.09.2016).

## EKLER

## EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

<b>KİŞİSEL BİLGİ FORMU</b>	
<b>Sayın katılımcı;</b>	
<p>Ekteki, testler İstanbul Gelişim Üniversitesi Psikoloji Ana Bilim Dalı Psikoloji Yüksek Lisans Programında yürüttüğüm, "<b>Otizm Tanısı Almış Çocukların Annelerinin Psikolojik Belirtilerinin İncelenmesi</b>" konulu tez çalışmamın bir parçası olarak tarafınıza verilmiştir. Formlardaki soruların hepsini cevaplamanız, araştırmamızın sonuçları açısından büyük önem taşımaktadır.</p>	
<p>Sizlerden alınan bilgiler sadece bu çalışma için kullanılacak olup hiçbir kurum ya da kişi ile paylaşılmayacaktır.</p>	
<p>Konuyla ilgili değerli yardımlarınızı bekliyor, çalışmamıza verdiğiniz destekten dolayı teşekkürler ediyorum.</p>	
Saygılarımla <b>Şeyda KOCA</b>	<b>TARİH:</b> .....
<b>Annenin Yaşı:</b>	
<b>Eğitim Durumu:</b>	
<b>Mesleği:</b>	
<b>Babanın Yaşı:</b>	
<b>Eğitim Durumu:</b>	
<b>Mesleği :</b>	
<b>Ailenin maddi durumu:</b>	
<b>Anne babanın birliktelik durumu ( birlikte/ayrı):</b>	
<b>Çocuğun Yaşı:</b>	
<b>Çocuğun Cinsiyeti:</b>	
<b>1.Çocuğun Tıbbi Tanısı Ne Zaman ( Hangi Yaşta ) Konuldu:</b>	



<b>2. Ailede özel eğitim gereksinimi olan başka kardeş var mı?</b>
<b>3. Çocuğun kendine ait odası var mı?</b>
<b>4. Okula gidiyor mu?</b>
<b>5. Gidiyorsa kaç yaşında başladı.</b>
<b>6. Okuldan başka bir yerde eğitime devam ediyor mu?</b>
<b>7.Çocuğunuzla birlikte günde kaç saat zaman geçiriyorsunuz?</b>
<b>8. Çocuğunuzla birlikte yaptığınız etkinlikler ( aktiviteler) nelerdir?</b>
<b>9. Erken Çocukluk Programları Hakkında Bilginiz Var mı?</b>

## EK-2 GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

## GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Değerli katılımcı;

Bu çalışma, Gelişim Üniversitesi Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi Şeyda KOCA tarafından Dr.Öğr.Üys Fatih BAL Danışmanlığında yürütülmektedir.

Araştırmanın amacı, Otizm Tanısı Almış Annelerin Psikolojik Belirtileri incelenmesidir. Araştırmada kişisel bilgi formunu ve SCL-90 testini doldurmanız istenmektedir. **Vereceğiniz bütün bilgiler kesinlikle gizli tutulacak ve araştırmanın amacı dışında kullanılmayacaktır.** Araştırmaya katılımınız gönüllülük esasına dayalı olup araştırma kapsamında vereceğiniz cevapların samimi ve dürüst olması araştırmanın sonuçları açısından önemlidir. Lütfen size yöneltilen her soruya samimiyetle cevap veriniz ve hiçbir soruyu atlamayarak düşündüğünüz seçeneği işaretleyiniz.

Soruyu ve soruyla ilgili tüm seçenekleri okuduktan sonra size uygun olan seçeneğe işaretleyiniz.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak veya çalışma ile ilgili sorularınızı sormak için çalışmayı yürüten Şeyda KOCA ([seydakoca12@gmail.com](mailto:seydakoca12@gmail.com)) ile iletişime geçebilirsiniz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum. ( )

(Lütfen parantezin içine X koyunuz.)

TARİH: .../.../.....

İMZA:

## EK- 3 SCL- 90- R PSİKOLOJİK TARAMA TESTİ

ADI, SOYADI:.....

YAŞ:  
MESLEĞİ:

CİNSİYETİ(E/K):

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç : 0 Örnek:1. (2) Baş  
Ağrısı

Çok az 1  
Orta derecede 2  
Oldukça fazla 3  
İleri derecede 4

1. ( ) Baş ağrısı
2. ( ) Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. ( ) Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
4. ( ) Baygınlık ya da baş dönmesi
5. ( ) Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. ( ) Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. ( ) Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. ( ) Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. ( ) Olayları anımsamada güçlük
10. ( ) Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. ( ) Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. ( ) Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. ( ) Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. ( ) Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. ( ) Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. ( ) Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. ( ) Titreme
18. ( ) Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. ( ) İştah azalması
20. ( ) Kolayca ağlama
21. ( ) Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. ( ) Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. ( ) Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. ( ) Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. ( ) Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. ( ) Olanlar için kendisini suçlama
27. ( ) Belin alt kısmında ağrılar
28. ( ) İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. ( ) Yalnızlık hissi
30. ( ) Karamsarlık hissi
31. ( ) Her şey için çok fazla endişe duyma
32. ( ) Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. ( ) Korku hissi
34. ( ) Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali

35. ( ) Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. ( ) Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. ( ) Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. ( ) İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak
39. ( ) Kalbin çok hızlı çarpması
40. ( ) Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. ( ) Kendini başkalarından aşağı görme
42. ( ) Adale (kas) ağrıları
43. ( ) Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. ( ) Uykuya dalmada güçlük
45. ( ) Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. ( ) Karar vermede güçlük
47. ( ) Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. ( ) Nefes almada güçlük
49. ( ) Soğuk veya sıcak basması
50. ( ) Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. ( ) Hiç bir şey düşünmeme hali
52. ( ) Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. ( ) Boğazınıza bir yumru takınmış hissi
54. ( ) Gelecek konusunda ümitsizlik
55. ( ) Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. ( ) Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. ( ) Gerginlik veya coşku hissi
58. ( ) Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. ( ) Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. ( ) Aşırı yemek yeme
61. ( ) İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. ( ) Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. ( ) Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. ( ) Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. ( ) Yıkanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. ( ) Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. ( ) Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. ( ) Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. ( ) Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. ( ) Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. ( ) Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. ( ) Dehşet ve panik nöbetleri
73. ( ) Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. ( ) Sık sık tartışmaya girme
75. ( ) Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. ( ) Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. ( ) Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. ( ) Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. ( ) Değersizlik duygusu
80. ( ) Size kötü bir şey olacakmış hissi
81. ( ) Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. ( ) Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. ( ) Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu

84. ( ) Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. ( ) Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. ( ) Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. ( ) Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. ( ) Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. ( ) Suçluluk duygusu
90. ( ) Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

