OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN ÇOCUKLARINDAKİ OTİZM SEMPTOMLARININ ŞİDDETİNE GÖRE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Elvan Bozkurt
161180104
Orcid: 0000-0002-3886-5590

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Klinik Psikoloji Programı
Psikoloji Anabilim Dalı
Danışman: Prof. Dr. Gökhan Oral

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Aralık, 2019



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

ELVAN BOZKURT'un "Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Çocukların Annelerinin Çocuklarındaki Otizm Semptomlarının Şiddetine Göre Psikolojik Dayanıklılık ve Başa Çıkma Tutumlarının Karşılaştırılması" başlıklı tezi 02.12.2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans/~~Doktora~~ tezi oy birliğiyle/oy çokluğuyla, başarılı/başarısız olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı. Adı ve Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	Prof.Dr Gökhan ORAL İstanbul Üniversitesi	.....
Üye	Dr.Öğr.Üyesi Seda ERZİ Maltepe Üniversitesi	.....
Üye	Dr.Öğr.Üyesi Deniz DAĞSEVEN EMECEN Maltepe Üniversitesi	.....

Prof. Dr. Ahu TUNÇEL ÖNKAL
Enstitü Müdürü

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

maltepe üniversitesi	ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI	Doküman No	FR-178
		İlk Yayın Tarihi	01.03.2018
		Revizyon Tarihi	
		Revizyon No	00
		Sayfa	iv/111

Revizyon Takip Tablosu

REVİZYON NO	TARİH	AÇIKLAMA
00	01.03.2018	İlk yayın.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

02/12/2019

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarından bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmanın Maltepe Üniversitesinde kullanılan "bilimsel intihal tespit programı" ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Elvan Bozkurt

Hazırlayan	Kalite Koordinatörü	Kurumsal Yetkili
İlgili Birim	Dr. Öğr. Üyesi Şafak GÜNDÜZ	Prof. Dr. Belma AKŞİT

TEŞEKKÜR

Öncelikle lisans, yüksek lisans eğitimi ve tez dönemi süresince akademik ve mesleki yönelimimde beni cesaretlendiren ve kendisinden çok şey öğrenme fırsatı bulduğum değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Gökhan Oral'a çok teşekkür ederim.

Yanlarında her zaman aile sıcaklığını hissetmemi sağlayan İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Ailesi'ne

Yüksek lisans eğitim sürecini birlikte tamamlamış olmanın ve onları tanımanın her zaman büyük bir şans olduğunu düşündüğüm Banu Solak Uyar ve Neil Serem Yılmaz'a

Mesafelerin önemsizliğini tekrar tekrar hatırlamamı sağlayan Elif Ekinci Kozbaş ve Özge Erkonan'a

Hayatıma kattıkları renkler için sevgili Ende Varlık Tokgözoğlu, Harun Akgün, Sibel Açıkalın Akgün, Esra Sever Ayan, Eray Ayan, Gamze Çetiz ve Burcu Başar'a,

Zaman ayırıp çalışmaya katılmayı kabul eden ayrıca tez sürecinde tanışma şansı bulduğum ve hikayelerini benimle paylaşan kahraman annelere,

Son olarak koşulsuz sevgi ve destekleri ile her daim yanıbaşımda olan aileme çok teşekkür ederim.

Elvan Bozkurt

Aralık,2019

ÖZ

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN ÇOCUKLARINDAKİ OTİZM SEMPTOMLARININ ŞİDDETİNE GÖRE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Elvan Bozkurt
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Prof. Dr. Gökhan Oral
T.C. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2019

Bu araştırmanın amacı otistik bozukluğu olan çocuğa sahip annelerin; psikolojik dayanıklılıkları ve başa çıkma tutumlarını, çocuklarındaki otizm sepmtomlarının şidddetine göre karşılaştırmaktır. Araştırmanın grubunu; çocukları İstanbul'da özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde eğitim alan ya da özel uygulama okullarına devam eden, otizm spektrum bozukluğu tanısı almış 3-18 yaş arasında 130 çocuk ve onların anneleri oluşturmaktadır. Veri toplama işlemi; Gilliam Otistik Bozukluk Derecelendirme Ölçeği-2-Türkçe Versiyonu (GOBDÖ-2-TV), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE), Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ) ve araştırmacı tarafından hazırlanan Demografik Bilgi Formu kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular iki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney-U, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis-H testi kullanılmıştır. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında ise; pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Araştırmanın sonucunda çocuklarındaki otizm semptomlarının şiddetine göre; annelerin psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma tutumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Değişkenler arası yapılan korelasyon analizleri sonucunda ise; COPE ölçeğinin alt boyutlarından olan ‘’pozitif yeniden yorumlama ve gelişme’’ ile otizm şiddeti arasında pozitif yönde anlamlı ilişki görülmüştür. COPE ölçeğinin alt boyutlarından ‘’şakaya vurma’’ ve psikolojik dayanıklılık arasında pozitif yönde anlamlı ilişki, COPE ölçeğinin alt boyutlarından ‘’aktif başa çıkma’’ ile psikolojik dayanıklılık

arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Araştırma değişkenleri annelerin tanımlayıcı özelliklerine (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aile gelir düzeyi, daha önce psikolojik/psikiyatrik yardım alma durumu) göre de karşılaştırılarak, elde edilen bulgular alanyazındaki araştırmalarla birlikte değerlendirilmiş, gelecek çalışmalar için önerilere yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Otizm Spektrum Bozukluğu, Başa Çıkma Tutumları, Psikolojik Dayanıklılık, Otizm Şiddeti, OSB'li çocukların anneleri.

ABSTRACT

COMPARISON OF THE PSYCHOLOGICAL RESILIENCE AND COPING ATTITUDES OF THE MOTHERS OF THE CHILDREN DIAGNOSED WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER BY THE SEVERITY OF AUTISM SYMPTOMS IN THEIR CHILDREN

Elvan Bozkurt
Master Thesis
Department of Psychology
Clinical Psychology Programme
Thesis Advisor: Prof. Dr. Gökhan Oral
Maltepe University Graduate School of Social Sciences, 2019

The purpose of this research is to compare the psychological resilience and coping attitudes of the mothers of the children with autism disorder by the severity of autism symptoms in their children. The study group of the research consists of 130 children between the ages of 3 and 18 who have been diagnosed with autism spectrum disorder and are receiving education in special education and rehabilitation centers or in private practice schools in Istanbul and their mothers. The collection of the data was performed through the Gilliam Autism Disorder Rating Scale-2-Turkish Version (GADRS-2-TV), Coping Attitude Rating Scale (COPE), Brief Psychological Resilience Scale (BRS) and Demographic Information Form prepared by the researcher. For the findings obtained as a result of the data analysis, the Mann Whitney-U was used to compare quantitative continuous data between two independent groups, and Kruskal Wallis-H test was used to compare quantitative continuous data between two independent groups. Pearson correlation analysis were applied for the continuous variables of the research. As a result of the study, no statistically significant difference was found between the psychological resilience and coping attitudes of the mothers according to the severity of autism symptoms in their children. As a result of the correlation analysis conducted between the variables; a positive and significant relationship was observed between the autism severity and "positive reinterpretation and growth" which is one of the sub-dimensions of the COPE scale. A positively significant relationship was determined between psychological resilience and "sense of humor" and "active coping" which are among the sub-dimensions of the COPE scale. The research variables were also compared according

to the descriptive characteristics of the mothers (age, educational status, employment status, family income level, the status of receiving psychological/psychiatric support before), the findings obtained were evaluated with the researches in the literature and suggestions were offered for future studies.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Coping Attitudes, Psychological Resilience, Autism Severity, Mothers of Children with ASD.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iv
TEŞEKKÜR iv
ÖZ v
ABSTRACT vii
İÇİNDEKİLER ix
TABLOLAR LİSTESİ xi
KISALTMALAR xii
ÖZGEÇMİŞ xiii
BÖLÜM 1. GİRİŞ 1
1.1. Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) 3
1.1.1. Tarihçe 4
1.1.2. Uluslararası Tanı Sistemleri ve Otizm 5
1.1.3. Epidemiyoloji 6
1.1.4. Klinik Seyir 7
1.2. Stres 8
1.2.1. Ebeveynlik Stresi 9
1.2.2. Stresle Başa Çıkma 12
1.2.3. Stresle Başa Çıkmanın Sınıflandırılması 14
1.2.4. Aileler ile Yürütülen Çalışmalar 16
1.3. Psikolojik Dayanıklılık 18
1.3.1. Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler 20
1.3.2. Aileler ile Yürütülen Çalışmalar 21
1.4. Araştırmanın Amacı ve Önemi 23
BÖLÜM 2. YÖNTEM 25
2.1. Örneklem 25
2.2. Veri Toplama Araçları 29
2.2.1. Demografik Bilgi Formu 30
2.2.2. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ) 30
2.2.3. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) 30
2.2.4. Gilliam Otistik Bozukluk Derecelendirme Ölçeği-2-Türkçe Versiyonu (GOBDÖ-2-TV) 32
2.3. İşlem 33
2.4. Verilerin İstatistiksel Analizi 33

BÖLÜM 3. BULGULAR VE YORUMLAR 34
3.1. Çocuktaki Otizm Şiddeti, Annelerin Psikolojik Dayanıklılık ve Başa Çıkma Tutumları ile İlgili Tanımlayıcı Bulgular 34
3.2. Çocuktaki Otizm Şiddetine Göre Annelerin Psikolojik Dayanıklılık ve Başa Çıkma Tutumlarının Farklılaşma Durumları 36
3.3. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Annelerin Psikolojik Dayanıklılık Puanlarının Karşılaştırılması 42
3.4. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Başa Çıkma Tutumlarına Göre Karşılaştırması 44
BÖLÜM 4. SONUÇ 56
4.1. Çocuktaki Otizm Şiddetine Göre Annelerin Psikolojik Dayanıklılık ve Başa Çıkma Tutumlarının Farklılaşma Durumları ile İlgili Bulguların Tartışılması 56
4.2. Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyonel İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması 58
4.3. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Annelerin Psikolojik Dayanıklılık Puanlarının Karşılaştırılması Sonucunda Elde Edilen Bulguların Tartışılması 59
4.4. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Annelerin Başa Çıkma Tutumlarının Karşılaştırılması Sonucunda Elde Edilen Bulguların Tartışılması 61
4.5. Araştırmanın Katkıları Sınırlılıkları ve Öneriler 67
EK'LER 70
Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu 70
Ek 2. Demografik Bilgi Formu 71
Ek 3. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ) 73
Ek 4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) 74
Ek 5.Gilliam Otistik Bozukluk Derecelendirme Ölçeği-2-Türkçe Versiyonu (GOBDÖ-2-Tv) 78
KAYNAKÇA 80

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Annelerin Demografik ve Tanımlayıcı Özellikleri 27
Tablo 2. Otizm Şiddeti Dağılımları 34
Tablo 3. OBİ Puan Ortalamaları 34
Tablo 4. Annelerin Psikolojik Dayanıklılık Puan Ortalamaları 35
Tablo 5. Annelerin Başa Çıkma Tutumları Puan Ortalamaları 35
Tablo 6. Annelerin Psikolojik Dayanıklılık Puanlarının Çocuklarındaki Otizm Şiddetine Göre Farklılaşma Durumu 36
Tablo 7. Annelerin Başa Çıkma Tutumlarının Çocuklarındaki Otizm Şiddetine Göre Farklılaşma Durumu 37
Tablo 8. Otizm Şiddeti Psikolojik Dayanıklılık ve Başa Çıkma Tutumları Arasında Korelasyon Analizi 40
Tablo 9. Annelerin Psikolojik Dayanıklılık Puanlarının Annelerin Yaşına Göre Farklılaşma Durumu 43
Tablo 10. Annelerin Psikolojik Dayanıklılık Puanlarının Annelerin Eğitim Durumuna Göre Farklılaşma Durumu 43
Tablo 11. Annelerin Psikolojik Dayanıklılık Puanlarının Annelerin Çalışma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu 43
Tablo 12. Annelerin Psikolojik Dayanıklılık Puanlarının Aile Gelir Düzeyine Göre Farklılaşma Durumu 44
Tablo 13. Annelerin Psikolojik Dayanıklılık Puanlarının Geçmişte Psikolojik/ Psikiyatrik Yardım Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu 44
Tablo 14. Annelerin Başa Çıkma Tutumları Puanlarının Annelerin Yaşına Göre Farklılaşma Durumu 45
Tablo 15. Annelerin Başa Çıkma Tutumları Puanlarının Annelerin Eğitim Durumuna Göre Farklılaşma Durumu 47
Tablo 16. Annelerin Başa Çıkma Tutumları Puanlarının Annelerin Çalışma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu 50
Tablo 17. Annelerin Başa Çıkma Tutumları Puanlarının Ailenin Gelir Düzeyine Göre Farklılaşma Durumu 52
Tablo 18. Annelerin Başa Çıkma Tutumları Puanlarının Annelerin Geçmişte Psikolojik/Psikiyatrik Destek Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu 53

KISALTMALAR

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders **(**Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı veya Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

KPSÖ: Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

COPE: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

GOBDÖ-2-TV: Gilliam Otistik Bozukluk Derecelendirme Ölçeği-2-Türkçe Versiyonu

OBİ: Otistik Bozukluk İndeksi

SİMGELER LİSTESİ

***Ort*:** Ortalama

S.Ort: Sıra Ortalaması

***SS*:** Standart Sapma

n: Toplam Sayı

p: Anlamlılık Düzeyi

r: Korelasyon Katsayısı

%: Yüzde

ÖZGEÇMİŞ

Elvan Bozkurt

Psikoloji Anabilim Dalı

Eğitim

Y.Ls.	2019	Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı
Ls.	2012	İstanbul Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Anabilim Dalı
Lise	2007	Fatih Lisesi

İş/İstihdam

2015- Psikolog İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi
2012-14 Psikolog A4 Psikiyatri Merkezi

Mesleki Birlik/Dernek Üyelikleri

2010 - Üye: Türk Psikologlar Derneği

Kişisel Bilgiler

Doğum yeri ve yılı : Kırcaali, 1989
Yabancı diller : İngilizce (İyi)
E-posta : severelvan@gmail.com

BÖLÜM 1. GİRİŞ

Aileye yeni bir bireyin katılımı; mevcut düzen üzerinde değişikliklerin yapılmasını gerektiren, heyecan ve mutluluk verici olduğu kadar belli güçlükleri de içinde barındıran, stresli bir süreç olarak değerlendirilmektedir (Okanlı, Ekinci, Gözüağca ve Sezgin, 2004). Tipik gelişim gösteren çocuklara kıyasla herhangi bir alanda yetersizliği bulunan çocuklar, pek çok durumda ve ortamda ailelerinin yardım ve desteğine daha çok ihtiyaç duymakta; bu durum ailelerin daha fazla stres yaşamasına neden olabilmektedir (Kaner, Bayraklı ve Güzeller, 2011).

Ailelerinin yardım ve desteğine normal gelişim gösteren çocuklardan daha çok ihtiyaç duyan gruplardan biri de otizmli çocuklardır. Araştırmacılar tarafından son yirmi yılda ‘’Otizm Spektrum Bozukluğu’’ (OSB) tanısı alan çocuk sayısının dikkat çekici nitelikte artmaya devam ettiği, 2000-2014 yılları arasında ise her yıl tanı alan bireylerin sayısındaki artışın %6 ila %15 arasında değiştiği belirtilmektedir (Baird, Simonoff, Pickles, Chandler, Loucas ve Meldrum, 2006; Baio, 2014). Etiyolojisi konusunda henüz belirsizlikler devam etse de alanyazında; genetik, nörobiyolojik, ruhsal-toplumsal etmenler, çevresel veya iyatrojenik nedenlerin sebep olabileceğine dair birçok görüş ve çalışma bulunmaktadır (Geier, Kern ve Geier, 2010; Herbert, 2010). Otizm spektrum bozukluğu temel olarak; sosyal etkileşim, iletişim, sınırlı ilgi ve tekrarlanan davranışlarla üç alanda kendini gösteren, çocukluğun erken dönemlerinde belirtilerin ortaya çıktığı nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda bozukluğun geniş bir spektrumu kapsadığı ve yaşanılan yetersizliklerin otizmden etkilenme düzeyi ile bağlantılı olduğu hatırlatılmaktadır (APA, 2013; Leblanc, Richardson ve Burns, 2009).

OSB’li çocukların ebeveynleri, hem tipik gelişim gösteren çocukların ebeveynlerinden (Ergüner-Tekinalp ve Akkök, 2004) hem de başka yetersizlikleri olan çocukların ebeveynlerinden (Weiss, 2002) daha fazla stres yaşamaktadırlar. Ancak benzer zorlu durumlarla karşı karşıya kalan ailelerin bazılarının, yaşanılan zorlukları iyi yönetebildiği ve daha önceki iyilik haline dönmeyi başarabildiği, hatta yaşanan zorluklar karşısında daha güçlü hale geldikleri görülmektedir. Aksine bazı ailelerin ise; çocuğun durumuna uyum sağlamakta güçlük yaşadığı, mevcut durum ve durumun getirdiği zorluklarla başa çıkamayarak olumsuz tepkilerini sürdürebildiği görülmektedir

(Patterson, 2002). Bu noktada başa çıkma ve psikolojik dayanıklılık kavramları önemli hale gelmektedir. Ebeveynlerin tutumlarındaki bu farklılık son yıllarda üzerinde daha sık çalışılan aile ve bakım verenlerin psikolojik dayanıklılığı kavramı ile açıklanmaya çalışılmaktadır (Bayat, 2007; Schuntermann, 2009; Walsh, 2006). OSB'li çocukların artan prevalansı ile birlikte ailelerinin refahı, dayanıklılığı ve otizmli bir çocuğun ebeveyni olmanın getirdiği zorluklarla nasıl başa çıktıklarını bilmek, gerekli olan destek hizmetlerinin planlanması için de önemli hale gelmiştir. (Hayes ve Watson 2012; Lin, Tsai ve Chang, 2008; Moh ve Magiati 2012; Pakenham, Sofronoff ve Samios, 2005).

Öte yandan otizmli çocukların ebeveynleri ile yürütülen çalışmalarda, otizm semptomlarının şiddeti ile ebeveyn stresi arasındaki ilişki konusunda henüz bir fikir birliğinin oluşmadığı görülmektedir. Hastings ve Johnson (2001), otizm semptomları ile ebeveyn stresinin ilişkili olduğunu belirtirken, başa çıkmanın bakım verenin yaşadığı stres karşısında koruyucu bir rolü olduğunu gösteren çalışmalara da rastlanmaktadır (Essex, Seltzer, Krauss, 1999). Benzer nitelikte Lyons, Leon, Roecker ve Phelps (2010), ebeveynlerin başa çıkma tutumları ve otizm şiddetinin ebeveyn stresi üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmada, ebeveyn stresi üzerindeki en güçlü yordayıcılardan birinin, otizm şiddeti olduğunu bulgulamışlardır. Diğer taraftan başa çıkma tutumlarının önemini vurgulayarak otizmli çocukların annelerinin refahının, çocuktaki otizm semptomlarının şiddetinden bağımsız olarak, sorun odaklı başa çıkma ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşan çalışmalar da bulunmaktadır (Smith, Seltzer, Tager-Flusberg, Greenberg, Carter, 2008). Ülkemizdeki alanyazını incelendiğinde ise; çocuktaki otizm belirtilerinin şiddetine göre annelerin psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma tutumlarının karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmadığından bu alandaki bilgi ihtiyacının devam etttiği düşünülmüştür.

Bu bağlamda kültürel yapı ve ev içindeki rol dağılımına bağlı olarak annelerin sıklıkla çocuğun bakımından sorumlu birinci kişiler oldukları göz önüne alındığında, annelerin iyilik hali ve dolayısıyla çocuklarının da iyilik hali ile yakından ilişkili olan psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma tutumlarının, çocuktaki otizm semptomlarının şiddetine göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesinin alanyazınına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.1. Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)

Otizm spektrum bozukluğu temel olarak; sosyal etkileşim, iletişim, sınırlı ilgi ve tekrarlanan davranışlarla üç alanda kendini gösteren, çocukluğun erken dönemlerinde belirtilerin ortaya çıktığı nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda geniş bir spektrumu kapsadığı ve yaşanılan yetersizliklerin otizmden etkilenme düzeyi ile bağlantılı olduğu hatırlatılmaktadır (APA, 2013; Leblanc ve ark., 2009). Dolayısıyla bir çocuğun semptomları hafif ila şiddetli arasında çok çeşitli kombinasyonlarla ortaya çıkabilmektedir.

Otizm semptomları, yaşamın ilk üç yılı içinde ortaya çıkarken, günlük yaşam içinde basit beceriler olarak görülen bazı becerilerde ise; eksiklikler söz konusu olmaktadır. Tipik gelişim gösteren bebekler, birçok beceriye sahip olarak doğarken otizmli çocukların, erken dönemden itibaren emekleme, yemek yeme, mimikleri taklit etme gibi becerilerde yetersizlik yaşadıkları görülmektedir. Bu yetersizkler her zaman çok erken fark edilmese de bazı anne babaların doğumdan sonraki ilk haftalarda bebeklerinin kucağa alındığında tepki vermediklerini, göz kontağı kurmadığını fark ettikleri de görülmektedir (Darıca, Abidoğlu ve Gümüşçü, 2017).

İlerleyen yaşla birlikte etrafındaki insanlarla göz teması kurmama ve çevrelerindeki olaylara karşı ilgisizlik daha belirgin hale gelirken bu durum, diğer bireyler açısından otizmli çocukların kendilerine ait bir dünyada yaşadıkları izlenimi oluşturmaktadır. Aynı zamanda bu çocuklar için başlıca ilgi kaynağının, nesnelerin tamamı olmak yerine nesnelerin parçaları ya da sadece hareketin kendisinin olduğu görülmektedir. Örnek olarak; kapıların kolları, çalışan çamaşır makinesi, oyuncak arabaların tekerlekleri verilebilir. Otizm bir çocuğun, diğer insanlarla iletişim kurmaması ve etkileşimde bulunmamasının yanı sıra; tekrarlayan aktiviteler ve bazı durum ya da olaylara alışılmadık tepkiler verilmesine de neden olmaktadır. Ek olarak değişime karşı gösterilen dirençle birlikte; günlük yaşam içinde ortaya çıkan basit değişimler bile otizmli çocuklar için katlanılamaz hale gelerek öfke nöbetlerine ya da ağlama krizlerine yol açabilmektedir (Darıca ve ark. 2017; Korkmaz, 2003).

Bu sosyal ve sosyal olmayan eksikliklerin yanı sıra; otizmde belirli sınırlı alanlarda yetenekler de görülebilmektedir. Örnek olarak; müzik, resim, hesaplama, ezberleme gibi alanlar ya da yapboz tipi görevler, küçük değişimleri tespit etmek

verilebilir. Aynı zamanda bu tip becerilerin otizmde, gelişimsel gecikmeleri olan diğer gruplara kıyasla en az on kat daha yaygın olduğu bilinmektedir. Otizmi tanımlamak için birçok kriter söz konusu olsa da kriterlerin tümü sıklıkla bir arada bulunmamaktadır. Sonuç olarak; çarpıcı denebilecek nitelikte birbirinden farklı derecede yaşanan zorlukların ve yeteneklerin olduğu bir otizm profili olduğunu söylemek mümkündür (Frith ve Happé, 2005).

1.1.1. Tarihçe

Leo Kanner ve Hans Asperger'in bağımsız olarak çalıştıkları 1940'lı yıllara kadar, farklı gelişim özellikleri gösteren bazı çocukları tanımlamak için Eugen Bleuler'den 'autism' terimini ödünç aldıkları görülmektedir. İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuler tarafından ilk kez kullanılan otizm kavramı, Yunanca ''kendi'' anlamına gelen ''auto'' kelimesinden türetilmiştir. Bleuler'in "otizm" terimini, şizofrenide en önemli belirtilerden biri olarak kabul ettiği ''psikotik içe çekilmeye'' atıfta bulunmak için kullanmaya başladığı görülmektedir (Bleuler, 1950). Otizm kavramının tarihsel sürecinde pek çok yayının; ruhsal sorunları olan çocuklar için ilk kez klinik kuran, alanında öncü, çocuk psikiyatristi Kanner'a işaret ettiği görülmektedir (Verhoeff, 2013).

1943'te Amerikalı psikiyatrist Dr. Leo Kaner; daha önce zihinsel engelli olduğu düşünülen, konuşma geliştirmekte zorlanan ve akranlarıyla sosyal olarak etkileşimde bulunmadıklarını fark ettiği bir grup çocuğu izlemeye başlamıştır. Diğer insanlarla iletişime geçmeyen ve insanlara karşı belirgin ilgisizlikleri olan bu 11 çocuğun, klinik özelliklerini detaylı olarak tanımlayarak bu tabloyu *''erken çocukluk otizmi''* olarak adlandırmıştır. Kanner vakalarından bir çocuğu tarif ederken;

> "yalnız bırakıldığında mutlu olduğunu, neredeyse hiçbir zaman annesiyle birlikte gitmek için ağlamadığını, babasının eve geldiğini fark etmediğini ve akrabalarını ziyaret ettiklerinde kayıtsız kaldığını, adeta kabuğunun içine çekilip kendi içinde yaşamaktan memnun olduğunu ve onun dikkatini çekmek için neredeyse bilinci ile dış dünya arasındaki zihinsel bir engelin kırılması gerektiğini"

söyleyerek vakaların yalnızlıklarına dikkat çekmiştir. Başka bir çocuğu tanımlarken de benzer şekilde *"...insanları fark etmemiş ya da onlar yokmuş gibi davranmakta olduğunu"* yazmaktadır. Gözlemleri sonucunda bu çocukların *''dünyaya, insanlarla biyolojik olarak ve olağan sağlanan teması kurma konusunda doğuştan gelen bir yetersizlikleri olduğu''* sonucuna varmıştır. Kanner otizmin üç temel özelliğini;

insanlarla ve durumlarla ilişki kuramama, dili iletişim amacıyla kullanmama ve çevrede aynılığın sürdürülmesi için obsesif nitelikte bir arzunun varlığı olarak sıralamıştır (Kanner, 1943).

Kanner'dan bir yıl sonra, Viyana Üniversitesi'nde çocuk doktoru olan Hans Asperger, kliniğinde Kanner'ın vakalarıyla aynı özelliklerin çoğunu paylaşan bir grup çocuğu anlatan bir makale yayınlamıştır. Her ne kadar Asperger tarafından, Kanner'ın makalesi veya otizm kelimesini kullandığı açıkça bilinmese de; Asperger de bu çocukların gösterdiği sosyal sorunları tanımlarken *"otistik psikopati"* olarak adlandırdığı bir sendrom tanımlamıştır. Almanca yayınlanan makale, 1981 yılından sonra İngiliz araştırmacılar tarafından okunabilir hale geldikten sonra, tanı sistemleri içinde DSM-4-TR'de ''Asperger Sendromu'' olarak karşımıza çıkmaktadır (Goldstein, 2018).

1.1.2. Uluslararası Tanı Sistemleri ve Otizm

Otizm uluslararası tanı sistemlerinde 1980 yılına dek ayrı bir başlık olarak görülmeyerek şizofreninin devamı olarak tanımlanmış, ancak DSM III (Uluslararası Ruhsal Hastalıklar Tanı ve İstatistik El Kitabı) içinde ''Yaygın Gelişimsel Bozukluklar'' başlığı altında *''infantil otizm''*, *''çocukluk başlangıçlı yaygın gelişimsel bozukluk*'' *''atipik yaygın gelişimsel bozukluk''* *''rezidüel dönem alt tipi''* olarak toplanmıştır (APA, 1980). 1987 yılında yayınlanan DSM III-R ile birlikte *''Yaygın Gelişimsel Bozukluklar''* başlığı altında birtakım değişikliklere gidilerek *''Otistik Bozukluk''* ve *"Yaygın Gelişimsel Bozukluk-Başka Türlü Adlandırılmayan (YGB-BTA)"* olmak üzere 2 alt grup tanımlanmıştır (APA,1987). DSM-IV yayınlandığında ise *"YGB"* terimi korunarak bu kez *''Otistik Bozukluk''*, *''Rett Bozukluğu''*, *''Çocukluk Çağı Dezintegratif Bozukluğu''*, *''Asperger Sendromu''* ve *''YGB-BTA''* olmak üzere 5 kategoriye ayrılmıştır (APA, 1994).

Yapılan son revizyonlarla birlikte güncel olarak kullanılmakta olan DSM-5'te ise; otizmin ''Nörogelişimsel Bozukluklar'' başlığı altında ''Otizm Spektrum Bozukluğu'' olarak tek tanı olarak yer aldığı görülmektedir (APA, 2013).

DSM 5'e göre tanı kriterleri şu şekilde sıralanmıştır:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E. Bu bozukluklar, anlıksal yetiyitimi (anlıksal gelişimsel bozukluk) ya da genel gelişimsel gecikme ile daha iyi açıklanamaz. Anlıksal yeti yitimi ve otizm açılımı kapsamında bozukluk sıklıkla bir arada ortaya çıkar. Otizm açılımı kapsamında bozukluk ve anlıksal yeti yitimi eş tanısı koymak için, toplumsal iletişim genel gelişim düzeyine göre beklenenin altında olmalıdır'' (Köroğlu, 2013: 25-27).

1.1.3. Epidemiyoloji

OSB sosyoekonomik düzey, etnik köken ve ırk ayırt etmeden her gruptan ailenin çocuklarında görülebilmektedir. Otizm görülme sıklığı başlangıçta 5/ 10.000 olarak belirtilirken, 1986 yılında *"Ulusal Otistik Çocuklar ve Yetişkinler Derneği"*nin tahmini

vaka sayısında üç kat artış yaşanarak 15/10.000 olarak belirtilmiştir. Tanıdaki artışın otizmin tanımlanması ile ilgili yaşanan gelişmelerle birlikte, tanı kriterlerinin netleşmesi ile bağlantılı olabileceği üzerinde durulmuştur. Tanı konduktan sonraki süreçle ilgili yapılan çalışmada; 2 yaşındayken OSB tanısı konan seksen dört çocuğun, sadece bir tanesinin 9 yaşındayken bu tanıyı almadığı saptanarak tanının oldukça istikrarlı olduğuna işaret edilmiştir (Darıca ve ark., 2017; Lord, Risi, DiLavore, Shulman, Thurm ve Pickles, 2006).

Ülkemizde ise; Ordu'da yapılan otizm tanısının yıllara göre değerlendirildiği araştırma sonucunda; 2009-2017 yılları arasında 1043 çocuğun tanı aldığı, erkeklerde görülme yüzdesi 79,1'ken kızlarda %20,9 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. 18 senelik süre zarfında toplam çocuk nüfusu azalmasına rağmen, otizm tanısı konan çocuk sayısının 57'den 186'ya yükseldiği tespit edilirken cinsiyetler arasında ise bir değişikliğe ulaşılmamıştır (Karaman, 2018).

Yapılan araştırmalar OSB'nin görülme sıklığında cinsiyetler açısından da farklılık olduğuna; erkeklerde kızlardan 4 kat daha fazla görüldüğüne işaret etmektedir. (Volkmar, Szatmari ve Sparrow, 1993). Bu farklılığın fetal androjene maruz kalmayla ve beyin zedelenebilirlik eşiğinin erkeklerde düşük olması ile ilgili olabileceği bildirilmiştir (Wing, 1984). Otizmin cinsiyetler arası görülme sıklığındaki bu farklılığa rağmen klinik gidişatın kızlarda daha ağır seyrettiği ve mental retardasyonun eşlik edebildiği aynı zamanda otizmin fark edilme ortalama yaşının kızlarda erkeklerden daha erken olduğu bildirilmektedir (Szatmari ve Jones, 1991).

1.1.4. Klinik Seyir

Tipik gelişim gösteren bebeklerden farklı olarak ortak dikkatin, taklit becerilerinin, jestlerin gelişmemesi gibi belirtilerle birlikte, bebek 8 aylık olduğu andan itibaren otizmden kuşkulanılması mümkün olsa da; çocuğun yaşının ilerlemesi ve beyin gelişiminin devam etmesiyle belirtiler de değişkenlik göstermektedir. Dolayısıyla tanının konabilmesi için sıklıkla çocuğun 3 yaşını bitirmesi beklenmektedir (Korkmaz, 2010).

Otizm spektrum bozukluğunda, hafiften çok ağıra geniş bir yelpaze içinde birbirinden farklı klinik tablolardan söz etmek mümkün olduğundan, klinik seyri de değişkenlik göstermektedir. Otizmli bireylerin yaşlarının ilerlemesi ile birlikte zaman içinde uyum ve öz bakım becerilerinde artış olabileceği gibi; iletişim becerilerinde de

artış görülebilmektedir. Atipik otizmliler ya da belirtilerin şiddetinin daha hafif yaşandığı olguların bir kısmı yaşıtlarıyla birlikte örgün eğitime katılabilmektedirler (Fein, Dixon, Paul ve Levin, 2005).

Klinik seyri etkileyen önemli fakörlerden biri de konuşmanın başlaması ile ilgilidir. Otizmli çocuklarda anlamlı konuşma 10 yaşından sonra nadiren görülmekteyken, 5 yaşından sonra ise anlamlı konuşma olasılığı giderek düşmektedir (Gilberg ve Coleman 1992). Dolayısıyla; bireyin 5 yaşından önce konuşmaya başlamış olmasının yanında 70'in üzerinde zekâ katsayısına sahip olmasının ve küçük yaşlardan itibaren nitelikli bir eğitime başlamış olmasının önemi üzerinde durulmaktadır (Uran ve Aysev Soykan, 2015).

Otizmli bireylerin yaklaşık olarak %70'inde semptomlar yavaş yavaş ortaya çıkarak belirgin hale gelmektedir. Bireylerin %30'unda ise semptomlar, doğumdan sonraki 18-24. aya dek normal gelişim sürecindeki kazanımların gerilemesiyle ortaya çıkmaktadır. Otizmli bireylerin yaklaşık %75'inin ise yaşamları boyunca eğitim ve sosyal destek ihtiyacının bulunduğu belirtilmektedir (Atladóttir, Parner, Schendel, Dalsgaard, Thomsen ve Thorsen, 2007 akt. Yosunkaya, 2013).

1.2. Stres

Stres; Dünya Sağlık Örgütü tarafından ''*21. yüzyılın salgını*'' olarak isimlendirilirken stres ve stresin etkileri, araştırmacılar tarafından uzun zamandır üzerinde çalışılan konulardan biri olarak hala merak uyandırmaya devam etmektedir.

Tarihsel süreçte stres kavramının, farklı disiplinler ve farklı araştırmacılar tarafından yapılmış birden çok tanımına rastlamak mümkündür. Uzun süre felaket bela gibi anlamlarda kullanılan stres kavramı, 18. yy'dan itibaren tıp/psikoloji literatüründe ise baskı, zorlanma gibi anlamlarda kullanılmaya başlanmıştır (Köknel, 1988). Psikolojik Terimler Sözlüğü'nde stres, ''*bir organizmanın, üstesinden gelmesi gereken yeni koşullar karşısında verdiği tepkidir''* şeklinde tanımlanmıştır (Erkuş, 1994). Aynı zamanda bir durumun yarattığı talepler ve bireyin bu taleplerle başa çıkma gücü arasında bir tutarsızlık algıladığında stresin ortaya çıktığı düşünülmektedir (Quine ve Pahl, 1991). Stresin devamlılığı halinde bireylerde; düşük hayal kırıklığı toleransı, kaygı ve hipertansiyon gibi negatif fiziksel ve psikolojik sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Özel gereksinimleri bulunan çocukların ebeveynleri ise olağan hayat akışı içindeki stresörlerin yanı sıra,

çocuklarının durumuna özgü olan stresörlerle de karşı karşıya kalmaktadırlar (Gammon ve Rose, 1991).

Ebeveynlik rolünün yerine getirilmesi sırasında ortaya çıkan zorluklar sonucunda ebeveynlerin yaşadığı baskı ise stresin özel bir alanı olan ebeveynlik stresinin yaşanmasına neden olmaktadır (Deater-Deckard, 1998). Bu alanda yapılan çalışmalar herhangi bir alanda yetersizliği bulunan çocukların ebeveynlerinin, genellikle tipik gelişmekte olan çocukların ebeveynlerine göre daha fazla bakım zorluğu ve çocuklarıyla ilgili stres ve ebeveynlik stresi algıladığını göstermektedir (Roach, Orsmond ve Barratt, 1999).

1.2.1. Ebeveynlik Stresi

Hem kadına hem de erkeğe yeni roller kazandıran ve yeni sorumlulukları da beraberinde getiren ebeveynlik, yetişkinlikteki önemli ve zorlu geçişlerden biri olarak değerlendirilmektedir (Reilly, Entwisle ve Doering, 1987).

Ebeveynlik stresi; anne-babalar tarafından ebeveynlik rolüne uyum sağlama ve gerekliliklerini yerine getirme sırasında yaşanan fizyolojik ve psikolojik reaksiyonlardan oluşan süreç olarak tanımlanmaktadır (Deater-Deckard, 1998). Başka bir tanıma göre ebeveynlik stresi; ebeveynliğin getirdiği taleplerin mevcut olan kişisel ve sosyal kaynakları aşması durumunda karşı karşıya kalınan hislerdir (Cooper, McLanahan, Meadows ve Brooks-Gunn, 2009).

Anne baba çocuk ilişkileri 1940'lı yıllardan beri araştırılıyor olsa da ilk dönemlerdeki araştırmalarda, odak noktasının sadece anne ve babaların davranışları olduğu görülmektedir. Bu yaklaşımla ebeveynlerin davranışlarının önemi ve çocuklar üzerindeki etkileri tek yönlü olarak ele alınmıştır. Sonraki yıllarda ise tek yönlü yaklaşım terk edilerek çocuk da aile içindeki etkileşime dahil edilmiş anne-baba-çocuk ilişkileri çift yönlü değerlendirilmeye başlanmıştır (Hortaçsu, 2003).

Belsky (1984) ebeveyn stresinin; ebeveynin kendi gelişimsel geçmişi, kişiliği, eşiyle ilişkisi, işi, sosyal destek kaynakları ve çocuğunun özellikleri gibi pek çok faktörden etkilendiğini belirtmektedir. İşlevsel olmayan ebeveyn davranışlarının en önemli nedenlerinden biri olarak görülen ebeveynlik stresi, hem çocukların hem de ebeveynlerin kişilik özelliklerinden etkilenmektedir. Aynı zamanda ebeveynlerin sağlık

durumları, birbirleri ile olan ilişkileri, çevreleri ile olan etkileşimleri ve sosyal destek kaynakları gibi faktörlerin önemi üzerinde durulmaktadır (Abidin, 2012).

Çocuklarında herhangi bir hastalık olan ailelerde; çocuğun temel bakım gereksinimlerini çoğunlukla anneler üstlenmekte, babaların ise sıklıkla anneye yardımcı bir rol aldığı görülmektedir. Bu durum çocuklarında sağlık sorunu olmayan aileler için de geçerli olsa da; özellikle hasta ya da özel gereksinimli çocukların ailelerinde rollerin bu şekilde dağılımı daha belirgin hale gelmektedir. Anne de baba gibi çalışıyor olsa dahi çalışma hayatı, annenin çocukların bakımı ya da ev içinde kendisinden beklenen diğer sorumluluklarda azalmaya yol açmamaktadır. Nitekim annelerin babalara göre stres ve depresyon düzeylerinin daha şiddetli olduğu belirtilmektedir (Hastings, Kovshof, Ward, Espinosa, Brown ve Remington, 2005a ; Er, 2006).

Maddi sorumlulukların babalarda olduğu, annelerin ise daha çok evde çocukları ile kaldığı bir rol dağılımında; annelerin gün boyu çocukların bakımını üstlenmek zorunda kalmaları ve babalara göre çevreyle etkileşimlerinin daha sınırlı olması gibi sebeplerle annelerdeki depresyon düzeylerinin yüksek olduğu vurgulanmaktadır (Uğuz, Toros ve Yazgan İnanç, 2004). Annelerin çocuklarının bakımını tek başlarına üstlenmeleri sonucunda enerji ve zamanlarının tamamını çocuklarının bakımına harcamakta; eşleri, varsa diğer çocukları ve çevreleriyle etkileşim kurma zorluğu yaşamakta bu da rahatsızlık duygusu oluşturmaktadır (İçöz, 2001).

OSB'li çocukların ebeveynleri ile ilgili literatürün büyük bir bölümünün stres üzerine yoğunlaştığı; araştırmacıların OSB'li çocukların ebeveynlerinin, diğer ebeveynlere göre daha fazla stres yaşadıkları konusunda hemfikir oldukları görülmektedir (Bonis, 2016). Otizmin nedenleri konusunda henüz yeterince bilgi sahibi olunmaması sebebi ile otizm hala gizemini korumaktadır. Otizmde anneyi duygusal olarak besleyen ve anne-çocuk arasındaki bağı sağlayan, karşılıklı etkileşimin yetersiz olması ya da hiç olmamasına bağlı olarak diğer yetersizlik gruplarından farklılaşmakta ve bu çocukların ailelerinin daha fazla olumsuz duygu yaşamasına neden olmaktadır (Fishman ve Wolf 1991).

Çocuklarının süreğen bir hastalığının olması ve bir tanı konmasının ardından anne-babaların verdiği tepkileri ve yaşadıkları süreçleri açıklayan ‘’zamana bağlı

model’’, ‘’süreğen hüzün modeli’’ ve ‘’birleşik model’’ olmak üzere üç yaklaşımdan söz etmek mümkündür.

Zamana bağlı model; tanı konmasıyla birlikte başlayan ve nispeten kısa süren şaşkınlık; yaşanan durumun kabulünün zorluğu ile bir savunma olarak ortaya çıkan inkar; kızgınlık suçluluk hüzün gibi duyguları da için de barındıran neden sorusunun sorulduğu keder; uygun başa çıkma yöntemlerini bulmayı ve hayatlarını yaşanan zorluklara göre düzenlemeyi içeren dikkati odaklama; yaşanan durumun ve çocuğun ihtiyaçlarının anlaşılması ile son bulan kapanış olmak üzere; 5 aşamadan oluşan model Fortier ve Wanlass tarafından ortaya atılmıştır (Fortier ve Wanlass, 1984).

Süreğen hüzün modeli; ilk olarak zihinsel engelli çocukların ailelerinin verdiği psikolojk tepkileri açıklamak için kullanılmıştır. Ailelerin herhangi bir yetersizliği olan çocuğu oldukları takdirde yaşamları boyunca kronik bir üzüntü içinde olacağının vurgulandığı modelde; kederin yoğunluğunun aileden aileye, aynı aile içinde de kişiden kişiye değişebileceğine işaret edilmiştir. Suçluluk, utanç, öfke gibi ebeveynlerin gösterdiği tüm reaksiyonların kronik üzüntü ile içe içe geçebileceğini, bu üzüntünün ise çocuklarının büyümesi ve gelişimi sonucu yaşanacak sevinci ve memnuniyet hissini engellemediği belirtilmiştir. Ek olarak, ebeveynlerin çocukları için çaba göstermelerinin kabullenme anlamına gelmediğini ve suçluluk hislerinin devam edeceğini dolayısıyla da ‘’zamana bağlı model’’in önerdiği şekilde kapanış evresinin yaşanmayacağı vurgulanmaktadır (Olshansky,1962; Er, 2006).

Son olarak birleşik modelde Copley ve Bodenstenir; gelişiminde bir problem olmayan çocuklara sahip ebeveynlerin de pek çok zorlu durumla karşı karşıya kaldıklarını belirtmişlerdir. Bu aileler için ileride çocuklarının, kendi kendini idare edebilecek bir yetişkin olacağını bilmenin önemi üzerinde durmuşlardır. Özel gereksinimleri bulunan çocuğa sahip ebeveynlerin ise; gelecek için sabırsızlanmalarını gerektirecek böyle bir sebeplerinin olmadığını, aksine bakım yükünün devam edeceğini bilmenin yaratacağı psikolojik reaksiyonlardan söz etmişlerdir. Birleşik model; zamana bağlı ve süreğen hüzün modellerinden izler taşıyan iki evreden oluşmaktadır. ‘’Rollercoaster ride’’ olarak da adlandırılan birinci evre; ailelerin şaşkınlık, inkar ve keder evreleri arasında döndüğü, duygusal iniş çıkışların yaşanmakta olduğu evre olarak tanımlanmaktadır. İkinci evre ise; aileler tarafından dikkati odaklama ve kapanış aşamalarının baskın olarak yaşandığı

dolayısıyla da çocuklarını kabul edip yaşanan kriz dönemlerini çözebildikleri bir evre olarak tanımlanmıştır (Copley ve Bodenstenir, 1987).

1.2.2. Stresle Başa Çıkma

Başa çıkma kavramına ilişkin tanımlama ve konuyla ilgili çalışmalarıyla Folkman ve Lazarus öncü isimler olmuştur. ‘*’Başa çıkma stratejisi’’* ‘’*baş etme yolu*’’ ‘’*başa çıkma yolu*’’ gibi farklı şekillerde ifadeleri olan ‘’*başa çıkma (coping)*’’ kavramı *‘’bireyin dış ve iç dünyasının yarattığı gereksinim ve zorlukları gidermek, onları kontrol altında tutmak, gerginlikleri azaltmak için gösterdiği bilişsel, emosyonel ve davranışsal çabaların tamamı’’* olarak tanımlanmıştır (Fleming, Baum ve Singer, 1984 ; Lazarus ve Folkman, 1986).

Bu tanım aynı zamanda Folkman ve Lazarus tarafından öne sürülen başa çıkma modelinin dört temel bileşenini kapsamaktadır. İlk olarak; sorunla başa çıkma birey ve çevre arasında devam eden karmaşık bir süreçtir. İkincisi; sorunla başa çıkma bir yeterlilik olmanın aksine sorun yönetimi açısından ele alınmakta aynı zamanda her sorunun üstesinden gelinemeyeceğini kabul etmektedir. Örneğin; engelli bir çocuğun ebeveynlerinin sıklıkla karşılaştığı ortak bir sorun, çocuklarının idrarını tutamasıdır. Bu sorunun üstesinden gelmek için çocuğa başarılı bir şekilde tuvalet eğitimi verilmesi gerekir ki bu da her zaman mümkün olmamaktadır (Beresford, 1994). Bu modelin oluşumu bilişsel devrim ile aynı zamana denk geldiğinden (Dember, 1974) üçüncüsü; değerlendirme kavramı ile ilgilidir. Bu kavram, nesnel değerlendirmeye verilen önemin azalması ve bireyin öznel değerlendirmelerine verilen önemin artmasıyla olguların; Magnusson’ın (1982) ifade ettiği şekliyle *"bireyin zihninde algılanıp, yorumlanarak bilişsel bir şekilde sunulması*" yönünde değiştiğinin kabulü ile ilgilidir (akt. Beresford, 1994). Dolayısıyla bir durum, ancak sorun olarak değerlendirildiğinde sorunlu hale gelmektedir. Aynı zamanda değerlendirme sürecine durumsal ve kişisel faktörler aracılık etmektedir. Örneğin, çamaşır yıkamayla ilgili daha kolaylaştırıcı araçlara sahip olmayan bir anne; çocuğun idrarını tutamamasının, yaşamakta olduğu pek çok sorun içinde en önemlisi olduğunu düşünebilir. Aksine kolaylaştırıcı araçlara sahip bir anne ise çocuğunun idrarını tutamamasını özel bir problem olarak görmeyebilir. Değerlendirme süreci ayrıca içsel faktörlerden de etkilenmektedir. Örneğin iki ebeveyn önceki deneyimlerine bağlı olarak, çocuklarına konan herhangi bir tanıya oldukça farklı tepki

verebilir (Beresford, 1994). Son olarak ise sorunla başa çıkma; çabanın harekete geçirilmesi sürecidir. *"Külfetli, zor istekler veya kişinin kaynaklarını aşan bir durum olarak değerlendirilen kişi-çevre etkileşiminin içsel ve dışsal taleplerinin üstesinden gelmek, tolere etmek, etkisini azaltmak hem bilişsel hem de davranışsal çabaları içermektedir"* (Folkman, Lazarus, Gruen ve DeLongis, 1986).

Değerlendirme sürecine bakıldığında, Lazarus ve Folkman'ın (1984) değerlendirmeyi üç şekilde ele aldığı görülmektedir. Bunlar birincil, ikincil ve yeniden değerlendirme olarak tanımlanırken aynı zamanda değerlendirme süreçlerinin farklı bilgi kaynaklarına dayandıkları görülmektedir. Birincil değerlendirme bir durumun; alakasız, olumlu veya stresli olduğuna dair verilen yargıyla ilgilidir. Olumlu değerlendirmeler; neşe, sevgi, rahatlama gibi sıralanabilecek pozitif duygusal reaksiyonları ortaya çıkarırken; stresli değerlendirmeler ise kaygı, korku, öfke, suçluluk gibi olumsuz nitelikte duygular üretmektedir (Lazarus, 1998). Stresli değerlendirmelerde birey içinde bulunduğu durumu; zarar/kayıp, tehdit ve mücadele olmak üzere üç farklı şekilde değerlendirebilmektedir (Lazarus ve Folkman 1984). Bu kavramların nasıl tanımlandığına bakıldığında ise zarar/kaybın; daha önce yaşanmış hasar, incinme veya kaybedilenlerle ilgili olduğu görülmektedir. Örneğin; bir uzvun kaybedilmesi, arkadaşlık ilişkisinin zarar görmesi ya da benlik saygısının kaybı gibi. Tehdit ise; henüz gerçekleşmemiş ancak gerçekleşmesi muhtemel olan zarar veya kayıplarla ilgilidir. Karşılaşılan çeşitli zorlukların oluşturduğu engellere rağmen heves, sabır ve kendine güven ile bunların üstesinden gelinme ihtimali ise mücadele içinde değerlendirilmektedir (Lazarus, 1999). Genel olarak düşünüldüğünde, zarar/ kayıp ve tehdit değerlendirmeleri kızgınlık, küskünlük veya korku gibi duygularla ilişkili iken mücadele değerlendirmeleri heyecan ve isteklilik gibi duygular ile ilişkilidir (Folkman, 1984).

Bireyin stresli durumlarda iyilik durumuyla ilişkili bulduğu tehditleri sözü edilen gruplar içerisinde tanımlamasında (zarar / kayıp, tehdit ve mücadele), o bireyin kendisi ve dünya hakkındaki inançları, değerleri gibi bir dizi bireysel faktörün de etkisi olmaktadır (Folkman, 1984; McCrae, 1984; Folkman ve Lazarus, 1985).

İkincil değerlendirme ise bireyin ''ne yapabilirim'' sorusuna yanıt bulduğu, mevcut fiziksel, sosyal, psikolojik ve maddi başa çıkma kaynaklarının, alternatif yöntemlerinin, stratejilerinin değerlendirilmesini kapsamaktadır. Sorunun yanıtı

doğrultusunda; durumun değiştirilmesi, kabullenilmesi, daha çok bilgi edinilmesi gibi farklı başa çıkma seçeneklerinin değerlendirilmesi yapılarak uygun stratejiler belirlenmektedir. Yani birey; zararın önüne geçilmesi, üstesinden gelinmesi veya mümkün olacaksa olumlu yönde geliştirilmesi için neler yapılabileceğini değerlendirmektedir (Folkman, 1984; Folkman ve Lazarus, 1985).

Son olarak yeniden değerlendirme; çevre ve/veya kişiden gelen yeni bilgilere dayanan değiştirilmiş bir değerlendirmeye atıfta bulunmaktadır. Başa çıkmanın dinamik doğası gereği, verilen kararlarla ilgili yeniden değerlendirmeler yapılması gerekmektedir. Yeniden değerlendirmede; sıklıkla ana kurallar korunarak veya değiştirilmesinin gerektiği durumlarda değiştirilerek, yeni bilişsel yapılanmalar kurulmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984).

1.2.3. Stresle Başa Çıkmanın Sınıflandırılması

Başa çıkma sırasında kullanılan stratejilerin araştırmacılar tarafından farklı şekillerde sınıflandırıldığı görülmektedir. Lazarus ve Folkman'ın öne sürdüğü modelde problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma yöntemleri olarak ayrıma gidilmiştir (Lazarus, 1991).

Stresle başa çıkmada problem odaklı yaklaşım; stres yaratan durum ile doğrudan meşgul olmayı, aktif bir tutum benimseyerek stratejiler belirlemeyi, gerçekçi bir yaklaşımla problem çözmeye yönelik bilişsel aktiviteler kullanmayı içermektedir (Folkman ve Lazarus, 1988). Problem odaklı başa çıkma stratejileri, problemin tanımlanması, alternatif çözümler üretilmesi, olası çözümlerin artılarını ve eksilerini tartma, bir eylem planı seçme ve stres kaynağını kontrol etmeye yöneliktir (Lazarus ve Folkman, 1984).

Duygu odaklı başa çıkma; temel olarak duyguların düzenlenmesini ve yaşanılan gerginliğin azaltılması yönündeki çabaları içermektedir (Folkman, 1984). Stresli durum üzerinde bir değişim yaratmak için stratejiler belirlemek yerine; sıklıkla yaşanılan duyguları düzenleme hedefiyle ilgilidir (Folkman ve Lazarus, 1988). Kısaca duygu odaklı başa çıkma stresörden kaynaklanan olumsuz duyguları en aza indirmeye yönelik girişimlerdir. Her ne kadar böyle bir ayrıma gidilmiş olsa da problem odaklı ve duygu

odaklı yaklaşımlar birbirlerini dışlamaktan ziyade günlük hayatta birbirlerini tamamlayıcı stratejiler olarak değerlendirilmektedir (Lazarus, 1993).

Bireyin stresli durumlar karşısında yaptığı bilişsel değerlendirmeler; başa çıkma seçiminde etkin bir rol oynamaktadır. Zararlı, tehdit edici veya zorlayıcı çevresel koşulları değiştirmek için hiçbir şey yapılamayacağına dair bir değerlendirme yapılırsa, duygu odaklı başa çıkma muhtemel hale gelmektedir (Mitchell, 2004).

Başa çıkmanın aktif ve pasif tutumlar olarak da sınıflandırıldığı görülmektedir. Stres kaynağını hedef alarak, stresörün ortadan kaldırılmasının asıl hedef olduğu aktif başa çıkmanın aksine pasif başa çıkma tutumlarında; stres kaynağından uzaklaşma, kaçma çabası temel motivasyon olmaktadır (Rohde, Lewinshon, Tilson ve Seeley, 1990).

Başa çıkma tutumlarını daha spesifik hale getirerek tanımlamalar yapan Carver'a göre ise; sorun odaklı, duygu odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma yöntemleri olarak üç başlık altında sınıflamak mümkündür (Carver, Scheier ve Weintraub, 1989).

Sorun odaklı yöntemler; stres yaratan etkeni ortadan kaldırmak veya var olan mevcut durumu daha iyi hale getirebilmek için adımlar atma, harekete geçme ya da çabaların arttırılmasını içeren ''*aktif başa çıkma''* staretejisini içerirken bu stratejinin Lazarus ve Folkman (1984) tarafından problem odaklı başa çıkma olarak sınıflanan yöntemle benzerlikler taşıdığı ifade edilmiştir. Aynı zamanda stres yaratan etmenle nasıl başa çıkılabileceği ile ilgili düşünmeyi içeren ''*planlama'',* ne yapabileceğiyle ilgili bilgi, destek ya da öneri aramayı içeren ''*yararlı sosyal destek kullanımı'',* sorun odaklı yöntemlerin içinde sınıflandırılmaktadır. Bir diğer strateji ise bireylerin stresörle etkin bir şekilde mücadele edebilmesi için diğer aktivitelere olan ilgi ve enejisini azalttığı *''diğer meşguliyetleri bastırma''* ve bireyin başa çıkma çabalarını bir süre durdurması ve diğer stratejilere göre daha pasif bir yöntemi içeren *''geri durma''* stratejileri sorun odaklı yöntemlerin içinde değerlendirilmektedir (Carver ve ark., 1989; Ağargün, Beşiroğlu, Kıran, Özer ve Kara, 2005).

Duygu odaklı yöntemler ise diğer bireylerden anlayış görme ya da duygusal destek arayışını içeren ''*duygusal sosyal destek kullanımı''*, dini aktivitelerde artışla bağlantılı olarak ''*dini başa çıkma''*dır. Yaşanılan durum ya da olayın, olumlu yönlerini görerek yorumlamayı içeren *''pozitif yeniden yorumlama ve gelişme'',* stresli durumun

gerçekte var olduğunu ve bunu göz ardı etmemekle ilgili olarak ‘*’kabullenme’’,* stres yaratan durumla ilgili mizah kullanımını içeren ‘*’şaka yapma’’* da duygu odaklı yöntemlerin içinde sınıflandırılmıştır (Carver ve ark., 1989; Ağargün, ve ark., 2005).

İşlevsel olmayan yöntemler ise; bireylerin duygusal açıdan yaşadığı zorlukları artmış şekilde fark ederek, bu duyguları dışarıya yansıtma eğilimini içeren *‘’soruna odaklanma ve duygu dışa vurumu’’*, bireyin stresli durumun gerçekliğini kabul etmeyerek olmamış gibi davranma girişimini içeren ‘*’inkâr’’*dır. Aynı zamanda stresörle ilgili düşüncelerden uzak kalmak amacıyla dikkat dağıtıcı yöntemlerin (uyuma, televizyon izleme) kullanımını içeren ‘’*zihinsel boş verme’’*, vazgeçme ya da gösterilen çabaların azaltılması olarak tanımlanabilen ‘’*davranışsal boş verme’’,* alkol ya da madde etkisiyle stresörün yarattığı gerginlikten uzaklaşma çabaları ile ilişkili ‘’*alkol/madde kullanımı’’* da işlevsel olmayan yöntemlerin içinde değerlendirilmiştir (Carver ve ark., 1989; Ağargün ve ark., 2005).

1.2.4. Aileler ile Yürütülen Çalışmalar

Başa çıkma stratejileri, ebeveynlerin engelli bir çocuk sahip olması sonucunda yaşadıkları strese uyum sağlama işlevi gören bir mekanizma olarak da kabul edilmektedir (Smith ve ark., 2008).

Otizmli bir çocuğun ebeveyni olmak oldukça stres yaratan bir deneyim olabilmektedir (Seymour, Wood, Giallo ve Jellett, 2013; Zablotsky, Bradshaw ve Stuart, 2013). Araştırmalar zihinsel veya bedensel engelli çocukların özellikle annelerinde, engelli çocuğu olmayan annelere göre; hem stres hem de anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Esdaile ve Greenwood, 2003; Frey, Greenberg ve Fewell,1989; Glidden ve Schoolcraft, 2003; Hasting, 2003).

Otizmli okul öncesi ve okul çağındaki çocukların ailelerinde, başa çıkma stratejileri üzerine yapılan araştırma sonuçlarında; başa çıkma ve ebeveynlerin refahı arasındaki ilişkiler tartışılmıştır. Duygusal odaklı başa çıkmaya benzer bir yapı olan aktif kaçınmanın, ebeveynlerdeki daha yüksek stres, endişe ve depresyon seviyeleri ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Hasting, Kovshoff, Ward, Espinosa ve Remington, 2005a).

Zihinsel engelli erişkinlerin anneleriyle yürütülen çalışmada ise; yüksek sorun odaklı başa çıkma ve düşük duygu odaklı başa çıkmanın stresin zararlı etkilerini

azaltmada koruyucu etki gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Özellikle çocuklarında ciddi düzeyde fonksiyonel kısıtlamaların olduğu durumda; annelerin daha sık sorun odaklı başa çıkma kullanmaları sonucunda depresyon düzeylerinde azalma olduğu bulgulanmıştır (Essex ve ark., 1999). Benzer şekilde sorun odaklı başa çıkma stratejilerinin, annelerin yaşadığı bakım yükünden kaynaklanan depresif belirtilerin etkisini azalttığı saptanmıştır (Seltzer, Greenberg ve Krauss, 1995).

Kazak (1987), ebeveynlerde stresi yordayan önemli değişkenlerden birinin de çocuktaki özrün derecesi olduğunu belirtmiştir. Yapılan çalışmada; ilişki kuran, eğitime devam edebilen çocuğun aksine otizmli çocuğa sahip olmanın, stresi arttırıcı bir faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ek olarak engelli çocuğu olan ailelerin yaşadığı stresin; çocuğun gelişim güçlükleri, yaşadığı sağlık problemleri ve anne babasına ne kadar bağımlı olduğu gibi faktörlerle ilişkili olduğu bulgulanmıştır (akt. Akkök, Aşkar ve Karancı, 1992).

Otizmli çocuğu olan ebeveynlerdeki stres ve dayanıklılık üzerine yazılmış 28 makalenin incelendiği çalışmada ebeveynlik stresi ile ilişkili altı ana faktöre işaret edilmiştir. Bunlar sosyal destek, otizm belirtilerinin şiddeti, yaşanan finansal zorluklar, ebeveynlerin otizme yönelik algı ve anlayışı, ebeveynlerin çocuklarının geleceği hakkında endişeleri ve dini inançlar olarak sıralanmıştır (Bekhet, Johnson ve Zauszniewski, 2012).

Aydemir (2015) tarafından yürütülen tez çalışmasında, otizm tanılı çocuğu olan ebeveynlerin evlilik uyumları, başa çıkma stratejileri ve sosyal destek algıları araştırılmıştır. Annelerin babalara kıyasla, problem çözme odaklı başa çıkma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç ise annelerin, durumun getirdiği zorluklara uyum sağlama ve çözüm üretme çabasıyla ilişkilendirilmiştir. Aynı zamanda çalışmaya katılan 20-30 yaş aralığındaki bireylerin, diğer bireylere kıyasla duygusal odaklı başa çıkma düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu bulgu daha genç ebeveynlerin, çocuklarının tanısını diğer gruba göre yakın bir zamanda öğrenmiş olmaları ve buna bağlı olarak stres düzeylerinin yüksek olması ile ilişkilendirilmiştir.

Otizm tanılı ve normal gelişim gösteren çocukların anne babalarının stres düzeyleri ve başa çıkma stillerinin karşılaştırıldığı başka bir tez çalışmasında ise otizm tanısı almış çocukların ebeveynlerinden oluşan 108 kişi ile çalışılmıştır. Araştırma

sonucunda; çocuğu otizm tanısı almış ebeveynlerin, stres düzeylerinin normal gelişim gösteren çocuğa sahip ebeveynlerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Stresle başa çıkmada ise; annelerin sıklıkla dış yardım arama ve dine sığınma tutumunu kullandığı, babaların ise aktif planlama yapmayı kullandıkları bulgulanmıştır (Kurşun, 2018).

Otizm tanısı almış çocukların aileleri ile yurtdışında yapılmış nitel araştırmaların incelendiği başka bir çalışmada anne babaların, çocuklarındaki OSB belirtilerinin ortaya çıktığı andan itibaren karşılaştıkları güç durumlara yönelik birçok baş etme stratejisi kullandıkları belirtilmiştir. Bu stratejilerin ise; planlama yapma, pozitif düşünme, destek gruplarına katılma, davranış değiştirme yöntemlerinden faydalanma ve sosyal çevrelerine OSB ile ilgili daha fazla açıklamalarda bulunma olduğu görülmüştür (Yassıbaş, Şahin, Çolak ve Toprak, 2019).

1.3. Psikolojik Dayanıklılık

Bireylerin yaşamları boyunca karşılaştığı sarsıcı deneyimler ve stresli durumların yarattığı etkileri atlatma süresi farklılık göstermektedir. Bazı bireyler için karşı karşıya kaldıkları stresli ve olumsuz yaşam olaylarının etkisini atlatmak oldukça zor bazen ise imkansızken; bazı bireyler için görece daha az meşakkatli olabilmektedir. Bireylerin böylesi durumlarda kendilerini toparlama güçleri, pozitif psikolojide psikolojik dayanıklılık olarak yer bulmaktadır (Doğan, 2015). Psikolojik dayanıklılıkla ilgili son yıllarda artış gösteren araştırmalara rağmen üzerinde hemfikir sağlanmış evrensel bir kuramın olmadığı görülmektedir (Karaırmak, 2006).

Ülkemizdeki alanyazını incelendiğinde "resilience", "hardiness" gibi kavramların karşılığı olarak kullanılan pek çok kavramla karşılaşılmaktadır. Işık (2016b), kavramın ülkemizdeki kullanımıyla ilgili yaptığı çalışmada; yazılan lisansüstü tez ve makalelerde benzer olarak psikolojik sağlamlık, psikolojik dayanıklılık, yılmazlık ve kendini toparlama gücü olarak yer bulduğunu tespit etmiştir. Basım ve Çetin (2011) tarafından bu kavram karışıklığının önüne geçebilmek için bir anket çalışması yürütülmüştür. Bu alanda çalışmaları olan öğretim üyeleri tarafından; "kendini toparlama gücü", "toparlanma", "güçlülük", "psikolojik güçlülük", "dirençlilik", "yılmazlık", "sağlamlık", "psikolojik dayanıklılık" ve "dayanıklılık" gibi kavramlardan "resilience" kavramını en iyi karşılayan kullanımın, "psikolojik dayanıklılık" olarak tercih edildiği görülmüştür.

Yılmaz-Börekçi ve Gerçek (2018) tarafından, ülkemizde yazılan tez ve makalelerde "resilience" kavramının kullanımına bakıldığında da dayanıklılık, dirençlilik, direniş, esneklik, kendini toparlama, sağlamlık ve yılmazlığın ön plana çıktığı işaret edilerek; kavramın Türkçe karşılığı olarak ise araştırmacılar tarafından sıklıkla "dayanıklılık"ın tercih edildiği belirtilmiştir. Özetle; alanyazında kavramın Türkçe karşılığı olarak kullanılacak kavram hususunda fikir birliği sağlamak amacıyla çalışmaların yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmada yapılan diğer çalışmalar dikkate alınarak "psikolojik dayanıklılık" ın kullanılmasının uygun olacağı düşünülmüştür.

Werner ve Smith (1992) psikolojik dayanıklılığı; insanların hayatta kalmalarını sağlayan ve doğuştan getirilen kaynaklar olarak tanımlarken; Peterson (1991) güçlükler karşısında iyileşme yeteneği; Walsh (2006), *"karşılaşılan bir zorlu bir durumdan daha güçlü bir şekilde çıkmayı, bir kriz durumunda gelişim ve metanet göstermeyi sağlayan aktif bir süreç"* şeklinde tanımlamıştır. Garmezy ve Nuechterlein (1972) tarafından ise; bireylerin hayatlarında karşılaştıkları önemli bir sıkıntı veya strese karşı *"geri sıçrama"* kapasitesi olarak tanımlanırken esnek olmaya dair vurgu yapılmaktadır. Grotberg (1995) ise, *"yaşamımızdaki zorluklarla karşılaşmayı, bu zorlukların üstesinden gelmeyi ve hatta bu zorlukların içinden daha da güçlü bir şekilde çıkmayı sağlayan, insanın sahip olduğu bir yeterlilik"* olarak ele almıştır.

Psikolojik dayanıklılık, araştırmacılar tarafından farklı şekillerde tanımlanmış olsalar da tanımlardaki ortak nokta; bireylerin zor ve menfi olarak nitelendirilebilecek durumlarla karşı karşıya kalmalarıdır (Zauszniewski, Bekhet ve Suresky, 2010). Rutter (2006) tanımlamalardaki ortaklıklara ekleme yaparak, bireylerin sadece önemli bir tehdit veya zorlukla karşı karşıya kalmalarının yanı sıra diğer bir ortak noktanın; maruz kalınan zorluğa rağmen bireyin buna adapte olması ve ayakta kalabilmesi olduğunu söylemektedir.

Psikolojik dayanıklılık, çocuklarda görülen psikopatolojileri ve risk faktörlerini belirleme odaklı yapılan çalışmalar sonucunda ortaya atılan bir kavram olmuştur. Çalışmaların odak noktası çocukların gördüğü zararın belirlenmesi ve çocukların yaşadıkları risklerle birlikte mümkün olan en iyi şekilde gelişmelerine yardımcı olacak hizmetleri sunma yollarını belirlemekken; bazı çocukların hayatlarındaki risklere rağmen

uyumlu, mutlu ve başarılı bireyler olmalarının arkasında ne olduğu merak konusu yaratmıştır (Garmezy, 1985; Werner ve Smith, 1982).

Benzer zorlu yaşam olaylarının bireyler üzerinde farklı sonuçlar doğurduğunun fark edilmesi ile birlikte başlangıçta araştırmalar psikolojik dayanıklıkla ilişkili olabileceği düşünülen kişisel özellikler üzerine yoğunlaşırken; daha sonra bireyleri etkileyen olumsuz koşullarla ilgili de çalışmalar yapılmıştır. Aynı zamanda dayanıklılık, bireyin uyum sürecine katkı sağlayan koruyucu faktörler ve mevcut risk faktörlerinin etkileşimi açısından da inceleme konusu haline gelmiştir (Walsh, 2003). Öte yandan psikolojik dayanıklılık, bazı araştırmacılar tarafından stresin olumsuz etkileri ile baş etmeyi sağlayan ve uyumu destekleyen bir kişilik özelliği olarak ele alınırken; bir gelişim sonucunda edinilmiş olan kazanım olarak değerlendiren araştırmacılar da bulunmaktadır (Jacelon, 1997).

1.3.1. Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler

Psikolojik dayanıklılık ile ilgili yapılan tanımlara bakıldığında; psikolojik dayanıklılığı tek bir boyutta ele almanın mümkün olmadığı ve bireylerin psikolojik dayanıklılığı ile ilgili iki önemli bileşenin (risk ve koruyucu faktörler) etkisinin önemli hale geldiği görülmektedir.

Risk faktörleri, bir sorunun oluşması süreklilik arz etmesi ya da daha da olumsuz bir hal alma olasılığını artıran herhangi bir olayı, durumu ya da deneyimi içerirken (Jansen ve Fraser, 2008); risk faktörlerinin ve negatif koşulların yarattığı olumsuz etkileri azaltan ya da bu etkilerin ortadan kalkmasına yardımcı olan faktörler ise koruyucu faktörler olarak tanımlanmaktadır (Ramirez, 2007).

Koruyucu faktörler ve risk faktörlerinin iki zıt kutupta bulunduğunu söyleyen Masten'in (1994) yanı sıra psikolojik dayanıklılık, bazı araştırmacılar tarafından koruyucu faktörler ve risk faktörlerinin karmaşık bir etkileşimi olarak görülmektedir (Naglieri ve LeBuffe, 2004). Bu bağlamda Garmezy (1993), risk ya da herhangi bir olumsuz durum dahil edilmeden yapılan psikolojik dayanıklılık tanımlamalarının hiçbir zaman tam olmayacağına vurgu yapmaktadır (akt. Karaırmak, 2006).

Gizir (2007) araştırmacılar tarafından; '*'olumsuz yaşam olayları, yaşanan süreğen hastalıkların olması, ebeveynlerin ruhsal sorunlar yaşaması, ebeveynlerin*

ayrılması, vefatı ya da tek ebeveyn ile büyümek, erken dönemde annelik deneyimi yaşamak, ekonomik zorluklarla karşı karşıya kalmak, barınma sorunları, savaş, doğal afetler, toplumsal travmalar'' gibi faktörlerin psikolojik dayanıklılıkla ilgili risk faktörleri içinde ''*sosyal beceriler, zeka, akademik alanda gösterilen başarılar, benlik saygısı, öz yetkinlik, öz farkındalık, özerklik, etkin problem çözme becerilerine sahip olmak, iyimserlik ve umut''* gibi faktörlerin ise koruyucu faktörlerin içinde değerlendirildiğini bildirmiştir.

Otizmli çocuklara bakım veren kişiler için risk faktörlerinden birinin de çocuktaki otizm semptom şiddeti olarak tanımlandığı görülmektedir (Allik, Larsson ve Smedje, 2006; Benson ve Karlof, 2009; Ekas ve Whitman, 2010; Hartley, Barker, Seltzer, Greenberg ve Floyd, 2011).

Yapılan çalışmalarda çocuktaki semptom şiddetinin yüksekliği daha zayıf psikolojik iyi oluş ve yaşam doyumu ile ilişkiliyken aynı zamanda depresyon prevalansı ile de ilişkili olduğu saptanmıştır (Ekas ve Whitman, 2010). Benzer olarak Benson ve Karlof (2009) da çocuktaki semptom şiddeti ile anne-baba depresyonu arasında pozitif ilişki olduğu sonucuna ulaşırken; İsveç'te yürütülen başka bir çalışmanın sonuçlarında anne sağlığı ile çocuk davranışları arasında negatif ilişki olduğu görülmüştür (Allik ve ark., 2006). Mustafaoğlu Çiçek (2019) tarafından yürütülen çalışmanın sonuçlarında; çocukların sorun davranışları ile annelerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin ters yönde anlamlı ilişki gösterdiği ve çocukların sorun davranışları arttıkça annelerin olumsuz duygu durumlarının da arttığı ve psikolojik dayanıklılıklarının azaldığı görülmüştür.

1.3.2. Aileler ile Yürütülen Çalışmalar

Uzun yıllar boyunca yapılan araştırmalarda çocuk ve ergenlerde psikolojik dayanıklılık konusu odak noktasıyken; son yıllarda yetişkinlerde ve bakım veren kişilerde dayanıklılık üzerine yapılan araştırmaların sayısı artış göstermektedir (Bekhet, Johnson ve Zauszniewski, 2012).

Zengin (2013) özel eğitim ihtiyacı olan çocukların aileleri ile yaptığı çalışmada, sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki ilişkiye vurgu yaparak; sosyal desteğin bireyin karşılaştığı sorunlar karşısında tek başına olmadığını hissederek psikolojik dayanıklılığı güçlendireceğini; aynı zamanda bireyin psikolojik

dayanıklılığının yüksek olmasının da sosyal destek kaynaklarını harekete geçirmesine imkân sağlayacağına işaret etmektedir.

Bildirici (2014), özel eğitim gereksinimi olan çocukların anneleri ile yürüttüğü çalışmada, çocuklarının durumu ağırlaştıkça annelerin hissettikleri yüklerin de artarak; kendilik algıları, gelecek algıları, sosyal yeterlilikleri, aile uyumları, sosyal kaynakları ve yapısal stillerinin değişmekte olduğu ve psikolojik olarak dayanıksız hale geldiklerini saptamıştır. Aynı zamanda çalışmaya katılan annelerin yaşlarının ilerlemesiyle, psikolojik dayanıklılıklarının da arttığına işaret edilmiştir.

Temel (2015) tarafından yürütülen tez çalışmasında ise, 203 engelli ve 153 engelsiz çocuğa sahip ailenin, tükenmişlik ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri çeşitli sosyodemografik verilerle birlikte karşılaştırılmıştır. Engelli çocuğu olan bireylerin, engelli çocuğu olmayan bireylere kıyasla; psikolojik dayanıklılığın alt ölçeklerinden olan gelecek kaygısı ve aile uyumu boyutlarında daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Benzer konudaki başka bir tez çalışmasında; engelli çocuğu olan ve olmayan annelerin, psikolojik dayanıklılık düzeyleri depresyon açısından incelenmiş ve engelli çocuğa sahip annelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri; engelli çocuğa sahip olmayan annelerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinden daha yüksek bulunmuştur (Özbek, 2018).

Türkan (2017) işitme engelli çocuk annelerinde, stres ve stres düzeyini yordayan değişkenlerin incelenmesi ile ilgili yürüttüğü çalışmada, psikolojik sağlamlık ve ebeveyn stresi arasında negatif ilişkinin bulunduğunu saptayarak; ebeveynlerde psikolojik sağlamlık düzeyi azaldıkça ebeveyn çocuk etkileşiminde bozulmanın arttığı sonucuna ulaşmıştır.

Ektaş (2017) çocukları otizm tanısı almış 200 anne ile yürüttüğü tez çalışmasında, annelerin yaşları ilerledikçe psikolojik dayanıklılık ölçeğinden aldıkları puanların da arttığını; günlük işlerini planlamada sorun yaşamayan ve çocuklarının özel durumuyla ilgili psikolojik destek alan annelerin de psikolojik dayanıklılık puanlarının daha yüksek olduğu sonucunu elde etmiştir.

Özel eğitime gereksinim duyan zihinsel engelli çocukların annelerinin başa çıkma becerileri ile psikolojik dayanıklılığı arasındaki ilişkinin incelendiği bir başka araştırmada ise 370 anne ile çalışılmıştır. Çalışma sonuçlarında üniversite mezunu annelerin; diğer

eğitim grubundaki annelere göre psikolojik dayanıklılık açısından daha yüksek değerlerler aldıkları görülmüştür. Aynı zamanda bir işte çalışan annelerin, çalışmayan annelere göre psikolojik dayanıklılık toplam puanın daha yüksek olduğuna işaret edilmiştir (Pınar, 2018).

1.4. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın amacı, OSB'li çocukların annelerinin çocuklarındaki otizm semptomlarının şiddetine göre psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma tutumlarının karşılaştırılması olarak planlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda yanıt aranan araştırma soruları şu şekilde planlanmıştır:

1. OSB'li çocuk annelerinin psikolojik dayanıklılık düzeyleri çocuktaki otizm şiddetine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

2. OSB'li çocuk annelerinin başa çıkma tutumları çocuktaki otizm şiddetine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

3. OSB'li çocuk annelerinin tanımlayıcı özelliklerine göre psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

4. OSB'li çocuk annelerinin tanımlayıcı özelliklerine göre başa çıkma tutumları arasında anlamlı farklılık var mıdır?

Yapılan çalışmalar otistik bozukluğu olan çocuklarda çocuğun yetersizlikten ne derece etkilendiği ile ilgili ebeveynlerinin algılarının yaşam kaliteleri üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (Warter, 2009). Aynı zamanda kültürel yapı ve anne-babaların ev içindeki rol dağılımı düşünüldüğünde, annelerin çocuğun bakımı konusunda daha fazla sorumluluk üstlendiği ve çocuğun yaşadığı yetersizlikten daha olumsuz yönde etkilendiğine işaret eden çalışmalara rastlanmaktadır (Akçakın ve Erden 2001; Fırat, 2016).

Herhangi bir alanda yetersizliği olan çocukların özel eğitim uygulamalarından fayda görmesinde en etkili kişilerin ebeveynleri; konumları itibariyle de özellikle anneleri olduğu bilinmektedir (Sucuoğlu, 1995). Annelerin yaşadıkları güçlükler karşısında sağlam kalabilmeleri ve stresle etkin şekilde başa edebilme becerilerine sahip olmaları kendilerinin ruh ve beden sağlığı için önem arz etmektedir. Aynı zamanda bu beceriler,

vakitlerinin büyük bir kısmını geçirdikleri ve bakım verdikleri çocuklarının gelişimi ve iyilik hallerinin devamlılığı için de elzem niteliktedir. Bu nedenle, otizmli çocukların otizmin ağırlığına göre annelerinin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve sahip oldukları başa çıkma tutumlarının incelenmesinin faydalı olacağı düşünülmüştür. Aynı zamanda söz konusu değişkenlerin, annelere ait tanımlayıcı özelliklere göre de karşılaştırmalarının yapılması ile otizm semptomlarının şiddeti dışındaki risk faktörlerine dikkat çekerek, alanyazına katkı sunması hedeflenmiştir.

BÖLÜM 2. YÖNTEM

2.1. Örneklem

Bu çalışmaya uygun örnekleme yöntemi ile seçilen; 3-18 yaş aralığında OSB tanısı almış çocuğu olan, İstanbul ilinde ikamet eden ve çalışmaya katılım için gönüllülük gösteren 130 anne ve çocukları dahil olmuştur.

Çalışmaya katılan anneler yaşlarına göre %30'u (*n*=39) 35 yaş ve altı, %35,4'ü (*n*=46) 36-40 yaş aralığında, %34,6'sı (*n*=45) ise 40 yaş üzerinde olarak dağılım göstermektedir.

Annelerin eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında %42,3'ü (*n*=55) ilköğretim mezunu ve altı, %10,8'i (*n*=14) ortaokul mezunu, %30,8 (*n*=40) lise mezunu, %16,2 (*n*=21) yüksekokul mezunu ve üzeri olarak dağıldığı görülmektedir. Annelerin medeni duruma göre dağılımı incelendiğinde %5,4'ünün (*n*=7) bekar, %94,6'sının (*n*= 123) evli olduğu görülmektedir.

Anneler evlilik süresine göre %23,8'i (*n*=31) 10 yıl ve altı, %32,3'ü (*n*=42) 11-15 yıl, %24,6'sı (*n*=32) 16-20 yıl, %19,2'si (*n*=25) 20 yıl üzeri süredir evli olarak dağılım göstermektedirler. Annelerin eşlerinin eğitim durumu dağılımı ise %23,8'i (*n*=31) ilköğretim mezunu ve altı, %18,5'i (*n*=24) ortaokul mezunu, %38,5'i (*n*=50) lise mezunu, %19,2'si (*n*=25) yüksekokul mezunu ve üzeridir.

Annelerin çalışma hayatına katılımına bakıldığında %11,5'inin (*n*=15) çalıştığı %88,5'inin ise (*n*=115) çalışmadığı görülmektedir.

Annelerin aile gelir düzeyine göre dağılımına bakıldığında %23,1'i (*n*=30) kendini düşük gelirli, %76,9'u (*n*=100) ise orta sosyoekonomik düzeye ait olarak belirtmiştir.

Annelerin %24,6'sının (*n*=32) 1 tane çocuk sahibi, %48,5'inin (*n*=63) 2 çocuk sahibi, %26,9'unun (*n*=35) 3 ve üzeri çocuk sahibi olduğu görülmektedir.

Annelerin OSB'li çocuklarının yaşları %18,5'inin (*n*=24) 3-5 yaş aralığında, %44,6'sının (*n*=58) 6-10 yaş aralığında, %36,9'unun (*n*=48) 11 yaş ve üzerindedir. OSB'li çocukların cinsiyet dağımı ise göre %27,7'si (*n*=36) kız, %72,3'sinin (*n*=94) erkek olduğu görülmektedir.

OSB'li çocuklara ne kadar süre önce tanı konulduğuna bakıldığında %43,8'ine (*n*=57) 1-5 yıl önce, %36,9'una (*n*=48) 6-10 yıl önce, %19,2'sine ise (*n*=25) 11-15 yıl önce olduğu görülmüştür. Çocukların neredeyse tamamının özel eğitim aldığı görülmekte %98,5'inin (*n*=128) aldığı sadece %1,5'unun (*n*=2) almadığı görülmektedir. Çocukların %32'sinin (*n*=41) 1-3 yıl arasında, %26,6'sının (*n*=34) 4-6 yıl arasında, %21,1'inin (*n*=27) 7-9 yıl arasında, %20,3'ünün (*n*=26) ise 10 yıl ve üzerinde özel eğitim aldığı görülmektedir.

Çocuğun bakımından sorumlu kişinin tüm katılımcılar tarafından annesi olarak belirtildiği dağılımı %100 (*n*=130) görülmektedir.

Çocuğa bakımda yardım eden kişi varlığına göre ise; annelerin %29,2'si (*n*=38) var yanıtı verirken %70,8'inin (*n*=92) yok dediği görülmektedir.

Annelerin gün içerisinde çocukları ile geçirdiği zaman incelendiğinde; %10,8'inin (*n*=14) 5 saat ve altı, %13,8'inin (*n*=18) 5-7 saat aralığında, %75,4'ünün (*n*=98) 7 saat ve üzeri olarak zaman geçirdiği görülmektedir.

Anneler geçmişte psikolojik/psikiyatrik destek alma durumuna göre %76,9'u (*n*=100) almamış %23,1'i (*n*= 30) almış olarak dağılım göstermektedir.

Geçmişte psikolojik/psikiyatrik destek alan annelerin (*n*=30) tanı dağılımının; %12,3'ünün (*n*=16) depresyon, %7,7'sinin (*n*=10) kaygı bozukluğu, %3,1 (*n*= 4) ise uyku bozukluğu olduğu; tedavi olarak ise %20'sinin (*n*=26) ilaç tedavisi, %0,8'nin (*n*=1) ilaç ve terapi birlikte , %2,3'ünün (*n*=3) sadece terapi gördüğü saptanmıştır.

Tablo 1. Annelerin Demografik ve Tanımlayıcı Özellikleri

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş		
35 ve altı	39	30,0
36-40	46	35,4
40 yaş üzeri	45	34,6
Eğitim Durumu		
İlköğretim mezunu ve altı	55	42,3
Ortaokul mezunu	14	10,8
Lise mezunu	40	30,8
Yüksekokul mezunu ve üzeri	21	16,2
Medeni Durum		
Bekar	7	5,4
Evli	123	94,6
Evlilik Süresi		
10 yıl ve altı	31	23,8
11-15 yıl	42	32,3
16-20 yıl	32	24,6
20 yıl ve üzeri	25	19,2
Eşin Eğitim Durumu		
İlköğretim mezunu ve altı	31	23,8
Ortaokul mezunu	24	18,5
Lise mezunu	50	38,5
Yüksekokul mezunu ve üzeri	25	19,2
Çalışma Durumu		
Evet	15	11,5
Hayır	115	88,5
Aile Gelir Düzeyi		
Düşük	30	23,1
Orta ve Yüksek	100	76,9

Tablo 1. (Devam) Annelerin Demografik ve Tanımlayıcı Özellikleri

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Çocuk Sayısı		
1	32	24,6
2	63	48,5
3 ve üzeri	35	26,9
Otizmli Çocuğun Yaşı		
3-5	24	18,5
6-10	58	44,6
11 ve üzeri	48	36,9
Otizmli Çocuğun Cinsiyeti		
Kız	36	27,7
Erkek	94	72,3
Ne Kadar Süre Önce Tanı Konulduğu		
1-5	57	43,8
6-10	48	36,9
11-15	25	19,2
Bakımdan Sorumlu Kişi		
Annesi	130	100
Bakımda Yardım Eden Kişi Varlığı		
Var	38	29,2
Yok	92	70,8
Gün İçerisinde Çocukla Geçirilen Zaman		
5 saat ve altı	14	10,8
5-7 saat	18	13,8
7 saat ve üzeri	98	75,4

Tablo 1. (Devam) Annelerin Demografik ve Tanımlayıcı Özellikleri

Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)
Özel Eğitim Alma Durumu		
Evet	128	98,5
Hayır	2	1,5
Özel Eğitim Süresi		
1-3 yıl	41	32,0
4-6 yıl	34	26,6
7-9 yıl	27	21,1
10 yıl ve üzeri	26	20,3
Annenin Geçmişte Psikiyatrik Yardım Alma Durumu		
Hayır	100	76,9
Evet	30	23,1
Geçmişte Destek Alan Annelerin Tanıları		
Depresyon	16	12,3
Kaygı Bozukluğu	10	7,7
Uyku Bozukluğu	4	3,1
Geçmişte Destek Alanların Gördüğü Tedavi		
İlaç Tedavisi	26	20,0
İlaç ve Terapi	1	0,8
Terapi	3	2,3

2.2. Veri Toplama Araçları

Bu araştırma için veriler; annelerin demografik özelliklerini belirlemek için araştırmacı tarafından hazırlanmış sorulardan oluşan Demografik Bilgi Formu, annelerin psikolojik dayanıklılık düzeylerini belirleyebilmek için Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ), annelerin hangi başa çıkma tutumlarına daha sık başvurduklarını belirmek amacıyla Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) ve çocuklarındaki otizm semptomlarının şiddetini değerlendirebilmek amacıyla Gilliam Otistik Bozukluk

Derecelendirme Ölçeği-2-Türkçe Versiyonu (GOBDÖ-2-TV) olmak üzere 4 ölçek ile toplanmıştır.

2.2.1. Demografik Bilgi Formu

Çocuk ve aileye ilişkin sosyo-demografik bilgilere ulaşmak için annelerin yaşı, eğitim durumu, çocuklarıyla gün içinde geçirdikleri süre, tanının konma süresi psikiyatrik ya da psikolojik yardım alma öyküsü gibi soruları içeren araştırmacı tarafından hazırlanmış form 14 sorudan oluşmaktadır.

2.2.2. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ)

Smith, Dalen, Wiggins, Tooley, Christopher, Jennifer Bernard (2008) tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin, Türkçe'ye uyarlama ve geçerlik güvenirlik çalışması Doğan (2015) tarafından yapılmıştır.

Bireylerin psikolojik dayanıklılıkla ilgili algılarına yönelik 6 maddeden oluşan öz bildirime dayalı bir ölçektir. 5'li likert tipindeki ölçekte bulunan cümleler için "hiç uygun değil" (1), "uygun değil" (2), "biraz uygun" (3), "uygun" (4), "tamamen uygun" (5) şeklinde seçenekler bulunmaktadır. 2, 4 ve 6. maddeler ters kodlanmakta, ölçekten alınan yüksek puanlar ise bireylerin kendileri ile ilgili algılarında yüksek düzey psikolojik dayanıklılığa işaret etmektedir (Doğan, 2015).

Bu araştırmada Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin güvenirliği, Cronbach's Alpha=0,936 olarak saptanmıştır.

2.2.3. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

İlk olarak Carver ve arkadaşları tarafından (1989) geliştirilen ölçeğin, Türkçe'ye uyarlama ve geçerlik-güvenirlik çalışmaları ise Ağargün ve arkadaşları tarafından (2005) yapılmıştır.

4'lü likert tipindeki ölçekte bulunan toplam 60 cümle için ''asla böyle bir şey yapmam'' (1), ''çok az böyle yaparım'' (2), ''orta derecede böyle yaparım'' (3), ''çoğunlukla böyle yaparım'' (4) şeklinde seçenekler bulunmaktadır. 15 alt boyutu bulunan ölçekten alınan yüksek puanlar birey tarafından hangi tarz başa çıkma tutumunun

daha sık kullanılmakta olduğu ile ilgili çıkarım yapma şansı vermektedir (Ağargün ve ark. 2005).

Ölçeğin alt boyutları için soruların dağılımı şu şekildedir:

Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme (1, 29, 38, 59)

Zihinsel boş verme (2, 16, 31, 43)

Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma (3, 17, 28, 46)

Yararlı sosyal destek kullanımı (4, 14, 30, 45)

Aktif başa çıkma (5, 25, 47, 58)

İnkâr (6, 27, 40, 57)

Dini olarak başa çıkma (7, 18, 48, 60)

Şakaya vurma (8, 20, 36, 50)

Davranışsal olarak boş verme (9, 24, 37, 51)

Geri durma (10, 22, 41, 49)

Duygusal sosyal destek kullanımı (11, 23, 34, 52)

Madde kullanımı (12, 26, 35, 53)

Kabullenme (13, 21, 44, 54)

Diğer meşguliyetleri bastırma (15, 33, 42, 55)

Plan yapma (19, 32, 39, 56)

Bu araştırma için ölçeğin güvenirliği, Cronbach's Alpha=0,829 olarak saptanmıştır.

2.2.4. Gilliam Otistik Bozukluk Derecelendirme Ölçeği-2-Türkçe Versiyonu (GOBDÖ-2-TV)

Orijinal adı "Gilliam Autism Rating Scale-2" olan ölçeğin Türkçe uyarlama ve geçerlik güvenirlik çalışmaları Diken, Ardıç ve Diken (2011) tarafından yapılmıştır.

GOBDÖ–2-TV, otistik bozukluğu karakterize eden davranışları sergileyen 3–23 yaşlar arasındaki bireylerin değerlendirilmesini amaçlayan bir derecelendirme ölçeği olup GOBDÖ–2-TV'nin orijinal adı "Gilliam Autism Rating Scale-2"dir. James Gilliam (1995) tarafından ABD'de geliştirilmiş, 2005 yılında ise revize edilmiştir.

GOBDÖ–2-TV görüşe dayalı dörtlü bir derecelendirme ile puanlanan likert-tipi bir ölçektir. GOBDÖ–2-TV stereotipi davranışlar, iletişim ve sosyal etkileşim olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçek toplam 42 maddeden oluşmakta her alt ölçekte ise 14 madde bulunmaktadır. Ölçek, otistik bozukluk gösterme riski olan ya da gösteren, yaşları 3 ile 23 arasında değişen bireylere uygulanabilmektedir. GOBDÖ–2-TV'nin kullanım amacına göre gerekli eğitimi alıp kullanım belgesi sahibi olan anne-baba, birincil bakıcılar, uzmanlar ve diğer ilgili kişiler uygulayabilmekte ancak sağlıklı sonuçlar için GOBDÖ–2-TV değerlendirilecek olan bireyi iyi tanıyan kişiler (örneğin, ebeveynler, birincil bakıcılar, uzmanlar ya da öğretmenler) tarafından doldurulması gerekliliğine işaret edilmiştir (Diken ve ark., 2011).

GOBDÖ-2-TV'deki her bir alt ölçeğin toplamından elde edilen ham puanlar öncelikle bir standart puana dönüştürülmektedir. Daha sonra bu standart puanlar toplanarak, standart puanlar kullanım kılavuzunda yer alan tablo aracılığı ile "Otistik Bozukluk İndeksi" (OBİ) adı verilen ve otistik bozukluk düzeyini gösteren bir puana dönüştürülmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 153 iken en düşük puan 55'tir. Alınan yüksek puan otistik bozukluk düzeyinin yüksek olduğunu gösterirken; düşük puan otistik bozukluk düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. OBİ'ne göre ise; 70-84 puan aralığı "görülme olasılığı var" 85-99 puan aralığı "hafif", 100-114 puan aralığı "orta", 115 ve üzeri "ağır" şeklinde gruplandırılmaktadır (Diken ve ark., 2011).

2.3. İşlem

Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurulu izni sonrası, İstanbul'daki özel eğitim uygulama okullarında uygulama yapabilmek için İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Ölçekler gönüllü olan annelere elden dağıtılarak uygulanmıştır. Çalışmanın amacı açıklandıktan sonra gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden annelere, süreç hakkında bilgilendirilmiş onam formu verilmiş ve ardından katılımcılar ölçeklerdeki soruları doldurmuştur. Ölçeklerin tamamlanma süresi, değişkenlik göstermekle birlikte anneler tarafından doldurulma süresinin yaklaşık olarak 10-30 dakika aralığında sürdüğü görülmüştür.

2.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır.

İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney-U, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis-H testi kullanılmıştır. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında ise pearson korelasyon analizi uygulanmıştır.

BÖLÜM 3. BULGULAR VE YORUMLAR

3.1. Çocuktaki Otizm Şiddeti, Annelerin Psikolojik Dayanıklılık ve Başa Çıkma Tutumları ile İlgili Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 2. Otizm Şiddeti Dağılımları

Gruplar	n	%
Otizm Şiddeti		
Ağır	16	12,3
Orta	44	33,8
Hafif	55	42,3
Görülme olasılığı var	15	11,5

Tablo 2'de çalışmaya katılan annelerin çocuklarının otizm şiddetinin dağılımı verilmiştir. Çocuklardaki otizm şiddeti GOBDÖ-2-TV'den alınan OBİ (Otistik Bozukluk İndeksi) puanına göre kategorilere ayrıldığında; %12,3'ünün (*n*=16) ağır, %33,8'i (*n*=44*)* orta, %42,3'ü (*n*=55) hafif, %11,5'i (*n*=15) görülme olasılığı var şeklinde dağıldığı görülmektedir.

Tablo 3. OBİ Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
OBİ (Otistik Bozukluk İndeksi)	130	99,780	13,586	70	142

Tablo 3'e göre çalışmaya katılan annelerin çocuklarındaki OBİ toplam puan ortalaması $\bar{x}$=99,780 (Ss=13,586) olarak saptanmıştır. Ölçekten alınan en düşük puan 70 iken en yüksek puanın 142 olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Annelerin Psikolojik Dayanıklılık Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Psikolojik Dayanıklılık	130	20,77	5,99	7,0	30,0

Tablo 4'te otizmli çocukların annelerinin psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları gösterilmiştir. Çalışmaya katılan annelerin psikolojik dayanıklılık puanları en düşük 7 en yüksek 30 olup, ortalaması $\bar{x}$=20,77 (Ss=5,99) olarak saptanmıştır.

Tablo 5. Annelerin Başa Çıkma Tutumları Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	130	13,91	1,72	8	16
Zihinsel Boş Verme	130	8,34	2,41	4	14
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	130	11,16	2,81	6	16
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	130	12,78	2,62	4	16
Aktif Başa Çıkma	130	13,28	2,04	7	16
İnkar	130	6,04	2,67	4	15
Dini Olarak Başa Çıkma	130	14,12	2,93	4	16
Şakaya Vurma	130	6,26	2,63	4	14
Davranışsal Olarak Boş Verme	130	5,38	1,89	4	11
Geri Durma	130	9,69	2,44	4	15
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	130	11,21	2,75	4	16
Madde Kullanımı	130	4,26	0,97	4	11
Kabullenme	130	12,07	2,79	4	16
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	130	11,56	2,29	4	16
Plan Yapma	130	13,38	2,19	6	16

Annelerin başa çıkma tutumları puan ortalamaları Tablo 5'te görülmektedir. Annelerin puanlarının en yüksek olduğu alt boyutun ‘’dini olarak başa çıkma’’ alt boyutu olduğu ($\bar{x}$=14,12; Ss=2,93); bunu ”pozitif yeniden yorumlama ve gelişme’’ ($\bar{x}$=13,91; Ss=1,72) ve ‘’plan yapma’’ ($\bar{x}$=13,38; Ss=2,19) alt boyutlarının takip ettiği tespit edilmiştir. Diğer taraftan, annelerin puan ortalamalarının en düşük olduğu alt boyutların sırasıyla

‘’madde kullanımı’’ (Ort=4,26; Ss= 0,97), ‘’davranışsal olarak boş verme’’ ($\bar{x}$=5,38; Ss= 1,89), ‘’inkar’’ ($\bar{x}$=6,04; Ss= 2,67) ve ‘’şakaya vurma’’ ($\bar{x}$=6,26; Ss= 2,63) alt boyutları olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubundaki annelerin en sık başvurduğu başa çıkma tutumunun, zorluklar karşısında dini aktivitelerde artışı kapsayan ‘’dini olarak başa çıkma’’; görece daha az kullandıkları başa çıkma tutumunun ise, yaşanılan gerginlikten kurtulabilmek için madde etkisine başvurma olarak tanımlanan ‘’madde kullanımı’’ olduğu görülmektedir.

3.2. Çocuktaki Otizm Şiddetine Göre Annelerin Psikolojik Dayanıklılık ve Başa Çıkma Tutumlarının Farklılaşma Durumları

Tablo 6. Annelerin Psikolojik Dayanıklılık Puanlarının Çocuklarındaki Otizm Şiddetine Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	S.Ort.	KW	p
Psikolojik Dayanıklılık	Ağır	16	19,87	7,15	65,38	3,669	0,299
	Orta	44	21,20	5,97	68,64		
	Hafif	55	20,25	5,74	59,39		
	Görülme Olasılığı Var	15	22,33	5,81	78,83		

Tablo 6’da annelerin psikolojik dayanıklılık puan sıra ortalamalarının, çocuktaki otizm şiddeti değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir (p>0.05).

Tablo 7. Annelerin Başa Çıkma Tutumlarının Çocuklarındaki Otizm Şiddetine Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	S.Ort.	KW	p
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	Ağır	16	14,75	1,18	83,78	5,366	0,147
	Orta	44	13,98	1,61	65,51		
	Hafif	55	13,80	1,73	63,05		
	Görülme Olasılığı Var	15	13,27	2,28	54,97		
Zihinsel Boş Verme	Ağır	16	8,19	2,34	65,06	5,596	0,133
	Orta	44	8,09	2,20	62,19		
	Hafif	55	8,87	2,56	72,89		
	Görülme Olasılığı Var	15	7,27	2,25	48,57		
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	Ağır	16	11,44	3,10	68,47	5,847	0,119
	Orta	44	10,59	2,67	57,86		
	Hafif	55	11,76	2,69	73,72		
	Görülme Olasılığı Var	15	10,33	3,04	54,60		
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Ağır	16	13,00	1,93	65,13	1,230	0,746
	Orta	44	12,95	2,87	70,13		
	Hafif	55	12,55	2,65	61,77		
	Görülme Olasılığı Var	15	12,87	2,53	66,00		
Aktif Başa Çıkma	Ağır	16	13,69	2,02	72,44	4,936	0,177
	Orta	44	13,64	2,15	73,23		
	Hafif	55	12,89	1,98	57,61		
	Görülme Olasılığı Var	15	13,27	1,87	64,37		
İnkar	Ağır	16	7,06	3,02	82,16	4,610	0,203
	Orta	44	5,98	2,93	62,31		
	Hafif	55	5,91	2,37	65,42		
	Görülme Olasılığı Var	15	5,60	2,56	57,40		

Tablo 7 (Devam). Annelerin Başa Çıkma Tutumlarının Çocuklarındaki Otizm Şiddetine Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	S.Ort.	KW	p
Dini Olarak Başa Çıkma	Ağır	16	14,19	2,43	64,34	0,745	0,863
	Orta	44	14,14	2,80	65,92		
	Hafif	55	14,25	3,02	67,30		
	Görülme Olasılığı Var	15	13,53	3,64	58,90		
Şakaya Vurma	Ağır	16	6,50	2,90	67,66	1,948	0,583
	Orta	44	6,59	2,69	70,97		
	Hafif	55	6,02	2,54	62,07		
	Görülme Olasılığı Var	15	5,93	2,66	59,73		
Davranışsal Olarak Boş Verme	Ağır	16	6,19	2,61	75,69	1,706	0,636
	Orta	44	5,30	1,68	65,31		
	Hafif	55	5,27	1,83	63,72		
	Görülme Olasılığı Var	15	5,20	1,78	61,73		
Geri Durma	Ağır	16	10,81	1,90	83,47	4,621	0,202
	Orta	44	9,66	1,98	64,58		
	Hafif	55	9,53	2,69	63,19		
	Görülme Olasılığı Var	15	9,20	3,03	57,50		
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Ağır	16	11,94	2,62	75,09	0,236	0,744
	Orta	44	11,09	2,78	63,48		
	Hafif	55	11,15	2,76	64,86		
	Görülme Olasılığı Var	15	11,00	2,95	63,53		
Madde Kullanımı	Ağır	16	4,12	0,50	63,47	6,335	0,096
	Orta	44	4,41	1,02	71,10		
	Hafif	55	4,25	1,14	63,25		
	Görülme Olasılığı Var	15	4,00	0,00	55,33		

Tablo 7 (Devam). Annelerin Başa Çıkma Tutumlarının Çocuklarındaki Otizm Şiddetine Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	S.Ort.	KW	p
Kabullenme	Ağır	16	12,62	3,01	75,19	2,308	0,511
	Orta	44	12,18	2,84	66,92		
	Hafif	55	12,02	2,62	64,32		
	Görülme Olasılığı Var	15	11,33	3,11	55,33		
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Ağır	16	12,12	2,06	72,19	1,997	0,573
	Orta	44	11,82	1,98	69,36		
	Hafif	55	11,31	2,41	62,63		
	Görülme Olasılığı Var	15	11,13	2,90	57,57		
Plan Yapma	Ağır	16	13,87	1,96	72,91	1,959	0,581
	Orta	44	13,55	2,20	68,65		
	Hafif	55	13,35	1,87	63,15		
	Görülme Olasılığı Var	15	12,47	3,22	57,00		

Tablo 7'de annelerin başa çıkmanın alt boyutlarından pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, inkar, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme, geri durma, duygusal sosyal destek kullanımı, madde kullanımı, kabullenme, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma puan sıra ortalamalarının çocuktaki otizm şiddeti değişkenine göre; anlamlı farklılık göstermediği ($p>0.05$) görülmektedir.

Tablo 8. Otizm Şiddeti Psikolojik Dayanıklılık ve Başa Çıkma Tutumları Arasında Korelasyon Analizi

		Otizm Şiddeti	Psikolojik Dayanıklılık	Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	Zihinsel Boş Verme	Soruna Odaklanma ve Duyguları	Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Aktif Başa Çıkma	İnkar	Dini Olarak Başa Çıkma	Şakaya Vurma	Davranışsal Olarak Boş Verme	Geri Durma	Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Madde Kullanımı	Kabullenme	Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Plan Yapma
Otizm Şiddeti	r	1,000																
	p	0,000																
Psikolojik Dayanıklılık	r	-0,083	1,000															
	p	0,348	0,000															
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	r	0,197*	0,126	1,000														
	p	0,024	0,152	0,000														
Zihinsel Boş Verme	r	-0,019	-0,054	-0,069	1,000													
	p	0,828	0,541	0,433	0,000													
Soruna Odaklanma Ve Duyguları Açığa Vurma	r	-0,023	-0,160	0,078	0,164	1,000												
	p	0,791	0,070	0,377	0,063	0,000												
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	r	0,064	0,164	0,265**	-0,069	0,194*	1,000											
	p	0,468	0,063	0,002	0,436	0,027	0,000											
Aktif Başa Çıkma	r	0,090	0,218*	0,505**	-0,165	0,010	0,289**	1,000										
	p	0,308	0,013	0,000	0,061	0,914	0,001	0,000										
İnkar	r	0,081	0,087	0,157	0,385**	-0,021	-0,021	0,089	1,000									
	p	0,358	0,324	0,075	0,000	0,808	0,813	0,314	0,000									
Dini Olarak Başa Çıkma	r	0,013	-0,161	0,118	0,162	0,045	-0,087	-0,054	0,125	1,000								
	p	0,880	0,068	0,179	0,066	0,614	0,324	0,543	0,157	0,000								
Şakaya Vurma	r	0,101	0,175*	0,167	0,295**	-0,008	0,143	0,151	0,301**	0,098	1,000							
	p	0,255	0,047	0,058	0,001	0,929	0,104	0,087	0,000	0,267	0,000							
Davranışsal Olarak Boş Verme	r	0,118	-0,079	-0,133	0,321**	0,050	-0,067	-0,276**	0,368**	0,114	0,184*	1,000						
	p	0,181	0,371	0,133	0,000	0,575	0,448	0,001	0,000	0,195	0,037	0,000						

Tablo 8 (Devam). Otizm Şiddeti Psikolojik Dayanıklılık ve Başa Çıkma Tutumları Arasında Korelasyon Analizi

		Otizm Şiddeti	Psikolojik Dayanıklılık	Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	Zihinsel Boş Verme	Soruna Odaklanma Ve Duyguları Açığa Vurma	Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Aktif Başa Çıkma	İnkar	Dini Olarak Başa Çıkma	Şakaya Vurma	Davranışsal Olarak Boş Verme	Geri Durma	Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Madde Kullanımı	Kabullenme	Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Plan Yapma
Geri Durma	r	0,121	-0,074	0,080	0,148	0,200*	0,010	-0,017	0,309**	0,190*	-0,020	0,243**	1,000					
	p	0,170	0,403	0,363	0,092	0,022	0,912	0,852	0,000	0,031	0,822	0,005	0,000					
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	r	0,084	0,077	0,261**	0,177*	0,314**	0,540**	0,187*	0,101	0,210*	0,195*	0,078	-0,012	1,000				
	p	0,342	0,383	0,003	0,044	0,000	0,000	0,033	0,253	0,017	0,026	0,376	0,889	0,000				
Madde Kullanımı	r	0,058	-0,165	-0,028	-0,071	-0,038	0,103	-0,030	-0,055	0,021	-0,006	-0,009	0,146	0,046	1,000			
	p	0,512	0,061	0,748	0,420	0,664	0,245	0,734	0,536	0,810	0,948	0,921	0,097	0,601	0,000			
Kabullenme	r	0,044	-0,126	0,386**	0,053	0,019	0,183*	0,183*	0,130	0,187*	0,108	0,089	0,177*	0,155	0,174*	1,000		
	p	0,621	0,154	0,000	0,550	0,827	0,038	0,037	0,142	0,033	0,220	0,314	0,044	0,079	0,048	0,000		
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	r	0,104	0,145	0,422**	-0,117	0,086	0,129	0,337**	0,253**	-0,020	-0,007	0,012	0,282**	0,064	0,059	0,249**	1,000	
	p	0,239	0,100	0,000	0,184	0,332	0,142	0,000	0,004	0,825	0,941	0,889	0,001	0,472	0,505	0,004	0,000	
Plan Yapma	r	0,095	0,156	0,439**	-0,057	0,141	0,392**	0,549**	-0,018	-0,080	0,051	-0,266**	0,141	0,240**	0,161	0,245**	0,333**	1,000
	p	0,285	0,076	0,000	0,522	0,109	0,000	0,000	0,836	0,367	0,562	0,002	0,109	0,006	0,067	0,005	0,000	0,000

Not: $^{*}p < .05$; $^{**}p < .01$

Tablo 8'e göre; otizm şiddeti, psikolojik dayanıklılık ve başa çıkmanın alt boyutları olan ''pozitif yeniden yorumlama ve gelişme'', ''zihinsel boş verme'', ''soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma'', ''yararlı sosyal destek kullanımı'','' aktif başa çıkma'', ''inkar'', ''dini olarak başa çıkma'', ''şakaya vurma'', ''davranışsal olarak boş verme'', ''geri durma'', ''duygusal sosyal destek kullanımı'', ''madde kullanımı'', ''kabullenme'', ''diğer meşguliyetleri bastırma'', ''plan yapma'', arasında yapılan korelasyon analizleri incelendiğinde:

Çocuktaki otizm şiddeti ile başa çıkmanın alt boyutlarından ''pozitif yeniden yorumlama ve gelişme'' arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r=0.197$, $p<0.05$) olduğu görülmektedir. Çocuktaki otizm şiddeti; psikololojik dayanıklılık ve başa çıkmanın diğer alt boyutları ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermemektedir.

Aynı zamanda başa çıkmanın alt boyutlarından ''aktif başa çıkma'' ile psikolojik dayanıklılık arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r=0.218$, $p<0.05$), başa çıkmanın diğer alt boyutu ''şakaya vurma'' ile psikolojik dayanıklılık arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r=0.175$, $p<0.05$) olduğu saptanmıştır. Başa çıkmanın diğer alt boyutları, psikolojik dayanıklılık ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermemiştir.

3.3. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Annelerin Psikolojik Dayanıklılık Puanlarının Karşılaştırılması

Araştırmada otizm spektrum bozukluğu tanısı almış çocukların annelerinin; yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, ailenin gelir düzeyi ve annenin geçmişte psikolojik/psikiyatrik yardım alma durumu gibi değişkenler açısından annelerin psikolojik dayanıklılık puan sıra ortalamalarındaki karşılaştırmaları yansıtan bulgular tablolar halinde belirtilmiştir.

Tablo 9. Annelerin Psikolojik Dayanıklılık Puanlarının Annelerin Yaşına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	S.Ort.	KW	P
Psikolojik Dayanıklılık	35 ve altı	39	21,00	5,57	64,97	0,497	0,780
	36-40	46	21,61	5,43	68,43		
	40 yaş üzeri	45	19,71	6,79	62,69		

Tablo 9'a göre annelerin psikolojik dayanıklılık puan sıra ortalamaları annelerin yaşına göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Tablo 10. Annelerin Psikolojik Dayanıklılık Puanlarının Annelerin Eğitim Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	S.Ort.	KW	P
Psikolojik Dayanıklılık	İlköğretim mezunu ve altı	55	19,45	6,19	58,10	6,887	0,076
	Ortaokul mezunu	14	19,14	7,16	57,54		
	Lise mezunu	40	21,67	5,81	70,58		
	Yüksekokul mezunu ve üzeri	21	23,57	3,46	80,52		

Tablo 10'da annelerin eğitim durumuna göre; annelerin psikolojik dayanıklılık puan sıra ortalamalarının anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir (p>0.05).

Tablo 11. Annelerin Psikolojik Dayanıklılık Puanlarının Annelerin Çalışma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	S.Ort.	U	P
Psikolojik Dayanıklılık	Evet	15	21,13	5,54	5,54	0,862	0,997
	Hayır	115	20,72	6,06	6,06		

Tablo 11'e göre; annelerin psikolojik dayanıklılık puan sıra ortalamaları, annelerin çalışma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Tablo 12. Annelerin Psikolojik Dayanıklılık Puanlarının Aile Gelir Düzeyine Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	S. Ort.	U	p
Psikolojik Dayanıklılık	Düşük	30	20,03	7,03	65,75	1492,5	0,967
	Orta	100	20,99	5,66	65,42		

Tablo 12'ye göre annelerin psikolojik dayanıklılık puan sıra ortalamaları aile gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Tablo 13. Annelerin Psikolojik Dayanıklılık Puanlarının Geçmişte Psikolojik/ Psikiyatrik Yardım Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	S.Ort.	U	p
Psikolojik Dayanıklılık	Hayır	100	22,54	4,75	74,78	571,5	0,000*
	Evet	30	14,87	5,95	34,55		

Tablo 13'te annelerin geçmişte psikolojik/psikiyatrik yardım alma durumuna göre; psikolojik dayanıklılık puan sıra ortalamalarının anlamlı farklılık gösterdiği (p=0.000<0,001) görülmektedir. Geçmişte yardım almayan annelerin psikolojik dayanıklılık puan sıra ortalamalarının (74,78), geçmişte yardım alan annelerin psikolojik dayanıklılık puan sıra ortalamalarından (34,55) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

3.4. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Başa Çıkma Tutumlarına Göre Karşılaştırması

Araştırmada OSB tanısı almış çocukların annelerinin; annenin yaşı, annenin eğitim durumu, annenin çalışma durumu, ailenin gelir düzeyi ve annenin geçmişte psikolojik/psikiyatrik yardım alma durumu gibi değişkenler açısından başa çıkma tutumlarının puan sıra ortalamalarındaki karşılaştırmaları yansıtan bulgular tablolar halinde gösterilmiştir.

Tablo 14. Annelerin Başa Çıkma Tutumları Puanlarının Annelerin Yaşına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	S.Ort.	KW	p	Fark
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	35 ve altı	39	13,85	1,68	63,68			
	36-40 yaş	46	13,78	1,82	63,08	0,833	0,659	
	40 yaş üzeri	45	14,11	1,68	69,56			
Zihinsel Boş Verme	35 ve altı	39	8,72	2,44	71,36			
	36-40 yaş	46	8,59	1,94	70,97	5,628	0,060	
	40 yaş üzeri	45	7,76	2,75	54,83			
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	35 ve altı	39	11,51	2,91	69,83			
	36-40 yaş	46	11,09	2,29	64,61	0,807	0,668	
	40 yaş üzeri	45	10,93	3,20	62,66			
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	35 ve altı	39	12,69	2,70	64,15			
	36-40 yaş	46	12,41	2,87	61,33	1,581	0,454	
	40 yaş üzeri	45	13,22	2,24	70,93			
Aktif Başa Çıkma	35 ve altı	39	13,26	1,90	64,09			
	36-40 yaş	46	13,06	2,23	62,46	0,973	0,615	
	40 yaş üzeri	45	13,53	1,96	69,83			
İnkar	35 ve altı	39	6,92	2,92	78,35			1>3
	36-40 yaş	46	6,17	2,61	69,22	13,43	0,001**	2>3
	40 yaş üzeri	45	5,13	2,25	50,57			
Dini Olarak Başa Çıkma	35 ve altı	39	14,36	2,82	68,69			
	36-40 yaş	46	13,93	3,21	62,98	0,599	0,741	
	40 yaş üzeri	45	14,11	2,77	65,31			
Şakaya Vurma	35 ve altı	39	6,36	2,55	68,45			
	36-40 yaş	46	6,52	2,96	67,41	1,094	0,579	
	40 yaş üzeri	45	5,91	2,36	60,99			

Tablo 14 (Devam). Annelerin Başa Çıkma Tutumları Puanlarının Annelerin Yaşına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	S.Ort.	KW	p	Fark
Davranışsal Olarak Boş Verme	35 ve altı	39	5,82	2,25	71,87			
	36-40 yaş	46	5,50	1,72	69,89	5,810	0,055	
	40 yaş üzeri	45	4,89	1,63	55,49			
Geri Durma	35 ve altı	39	9,92	2,51	69,17			
	36-40 yaş	46	9,68	2,57	65,35	0,670	0,715	
	40 yaş üzeri	45	9,51	2,26	62,48			
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	35 ve altı	39	11,56	2,84	70,65			
	36-40 yaş	46	11,15	2,90	65,55	1,396	0,498	
	40 yaş üzeri	45	10,96	2,56	60,98			
Madde Kullanımı	35 ve altı	39	4,10	0,45	62,76			
	36-40 yaş	46	4,24	0,79	66,43	1,187	0,552	
	40 yaş üzeri	45	4,42	1,37	66,92			
Kabullenme	35 ve altı	39	11,77	2,63	60,10			
	36-40 yaş	46	11,67	2,55	58,46	7,007	0,030*	3>1 3>2
	40 yaş üzeri	45	12,73	3,08	77,38			
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	35 ve altı	39	11,77	2,31	69,47			
	36-40 yaş	46	11,78	1,98	67,59	1,597	0,450	
	40 yaş üzeri	45	11,16	2,56	59,92			
Plan Yapma	35 ve altı	39	13,51	1,90	65,78			
	36-40 yaş	46	13,20	2,36	63,71	0,192	0,909	
	40 yaş üzeri	45	13,44	2,27	67,09			

Tablo 14'te annelerin başa çıkma tutumları annelerin yaşlarına göre karşılaştırıldığında, inkar puan sıra ortalamalarının anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir ($p=0,001<0.01$). Yaşı 35 ve altı olan annelerin inkar puan sıra ortalamalarının (78,35), 40 yaş üzeri olan annelerin inkar sıra puan ortalamalarından (50,57) yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda 36-40 yaş aralığında olan annelerin

inkar puan sıra ortalamaları (69,22), 40 yaş üzeri olan annelerin inkar puan sıra ortalamalarından (50,57) da yüksektir.

Annelerin yaşlarına göre kabullenme puanlarının da anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir (p=0,03<0.05). 40 yaş üzeri olan annelerin kabullenme puan sıra ortalamaları (77,38), hem yaşı 35 ve altı olan annelerin kabullenme puan sıra ortalamalarından (60,10) hem de 36-40 yaş aralığında olan annelerin kabullenme puan sıra ortalalamalarından (58,46) yüksektir.

Annelerin başa çıkmanın diğer alt boyutlarından aldığı puan sıra ortalamaları, yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Tablo 15. Annelerin Başa Çıkma Tutumları Puanlarının Annelerin Eğitim Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	S.Ort.	KW	p	Fark
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	İlköğretim ve altı	55	13,64	1,93	59,81	3,56	0,313	
	Ortaokul	14	13,79	1,76	62,11			
	Lise	40	14,05	1,62	68,79			
	Yüksekokul ve üzeri	21	14,48	1,21	76,40			
Zihinsel Boş Verme	İlköğretim ve altı	55	8,36	2,36	65,46	2,942	0,401	
	Ortaokul	14	8,86	3,03	71,29			
	Lise	40	8,47	2,67	69,71			
	Yüksekokul ve üzeri	21	7,67	1,40	53,71			
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	İlköğretim ve altı	55	10,95	3,06	62,36	0,716	0,869	
	Ortaokul	14	11,36	2,59	67,86			
	Lise	40	11,25	2,71	67,03			
	Yüksekokul ve üzeri	21	11,43	2,56	69,24			

Tablo 15 (Devam). Annelerin Başa Çıkma Tutumları Puanlarının Annelerin Eğitim Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	S.Ort.	KW	p	Fark
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	İlköğretim ve altı	55	12,51	2,84	62,47	5,459	0,141	
	Ortaokul	14	11,71	2,84	49,86			
	Lise	40	13,50	2,09	75,08			
	Yüksekokul ve üzeri	21	12,81	2,58	65,62			
Aktif Başa Çıkma	İlköğretim ve altı	55	12,98	2,05	59,55	8,141	0,043*	4 >1 4 >2
	Ortaokul	14	12,86	1,92	55,64			
	Lise	40	13,30	2,21	66,96			
	Yüksekokul ve üzeri	21	14,33	1,43	84,88			
İnkar	İlköğretim ve altı	55	6,11	3,09	64,16	3,258	0,353	
	Ortaokul	14	7,00	2,93	78,68			
	Lise	40	5,95	2,19	67,17			
	Yüksekokul ve üzeri	21	5,38	2,04	57,02			
Dini Olarak Başa Çıkma	İlköğretim ve altı	55	15,47	1,30	81,72	25,083	0,000*	1>2 1>3 1>4
	Ortaokul	14	14,43	1,87	61,04			
	Lise	40	13,27	3,47	56,94			
	Yüksekokul ve üzeri	21	12,00	3,73	42,31			
Şakaya Vurma	İlköğretim ve altı	55	6,04	2,49	62,51	1,228	0,746	
	Ortaokul	14	6,43	2,82	67,18			
	Lise	40	6,20	2,55	65,29			
	Yüksekokul ve üzeri	21	6,86	3,10	72,62			
Davranışsal Olarak Boş Verme	İlköğretim ve altı	55	5,55	1,88	69,39	2,931	0,402	
	Ortaokul	14	5,14	1,87	61,11			
	Lise	40	5,45	1,92	67,19			
	Yüksekokul ve üzeri	21	5,00	1,92	55,02			
Geri Durma	İlköğretim ve altı	55	10,20	2,47	73,63	5,631	0,131	
	Ortaokul	14	9,86	1,96	67,07			
	Lise	40	9,32	2,64	60,08			
	Yüksekokul ve üzeri	21	8,95	2,01	53,50			

Tablo 15 (Devam). Annelerin Başa Çıkma Tutumları Puanlarının Annelerin Eğitim Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	S.Ort.	KW	p	Fark
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	İlköğretim ve altı	55	11,42	3,06	69,03	6,360	0,095	
	Ortaokul	14	11,00	2,45	61,00			
	Lise	40	11,65	2,49	71,47			
	Yüksekokul ve üzeri	21	9,95	2,33	47,88			
Madde Kullanımı	İlköğretim ve altı	55	4,20	0,80	64,23	0,852	0,837	
	Ortaokul	14	4,14	0,53	64,04			
	Lise	40	4,40	1,34	67,65			
	Yüksekokul ve üzeri	21	4,24	0,77	65,71			
Kabullenme	İlköğretim ve altı	55	12,69	2,62	74,84	6,216	0,102	
	Ortaokul	14	11,57	3,65	63,18			
	Lise	40	11,65	2,59	57,75			
	Yüksekokul ve üzeri	21	11,57	2,84	57,36			
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	İlköğretim ve altı	55	11,36	2,58	63,38	0,783	0,854	
	Ortaokul	14	11,43	2,10	61,57			
	Lise	40	11,92	2,03	69,41			
	Yüksekokul ve üzeri	21	11,48	2,16	66,21			
Plan Yapma	İlköğretim ve altı	55	12,93	2,12	57,44	11,554	0,009*	4>1 4>2
	Ortaokul	14	12,57	1,99	50,25			
	Lise	40	13,70	2,39	72,09			
	Yüksekokul ve üzeri	21	14,48	1,63	84,24			

Tablo 15'te annelerin eğitim durumuna göre başa çıkmanın her bir alt boyutunda anlamlı farklılık olup olmadığını gösteren sonuçlar sunulmuştur.

Sonuçlar incelendiğinde annelerin eğitim durumuna göre; ‘’dini olarak başa çıkma’’ puanlarının anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir (p=0,000<0.001). Eğitim durumu ilköğretim ve altı olan annelerin ‘’dini olarak başa çıkma’’ puan sıra ortalamalarının (81,72); eğitim durumu hem ortaokul (61,04) hem lise (56,94) hem de

yüksekokul ve üzeri (42,31) olan annelerin puan sıra ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Annelerin eğitim durumuna göre "plan yapma'' puanları da anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,009<0.01). Eğitim durumu yüksekokul ve üzeri olan annelerin ''plan yapma'' puan sıra ortalamaları (84,24), eğitim durumu hem ortaokul (50,25) hem de ilköğretim ve altı olan annelerin ''plan yapma'' puan sıra ortalamalarından (57,44) daha yüksektir.

Annelerin eğitim durumuna göre ''aktif başa çıkma'' puan sıra ortalamaları farklılık göstermektedir (p=0,043<0.05). Eğitim durumu yüksekokul ve üzeri olan annelerin aktif başa çıkma puan sıra ortalamaları (84,88), eğitim durumu hem ilköğretim ve altı olan annelerin aktif başa çıkma puan sıra ortalamalarından (59,55) hem de eğitim durumu ortaokul olan annelerin aktif başa çıkma puan sıra ortalamalarından (55,64) yüksek olduğu görülmektedir.

Annelerin başa çıkmanın diğer alt boyutlarından aldığı puan sıra ortalamaları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Tablo 16. Annelerin Başa Çıkma Tutumları Puanlarının Annelerin Çalışma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	**N**	**Ort**	**Ss**	**S.Ort.**	**MW**	**p**
Pozitif Yeniden Yorumlama Ve Gelişme	Evet	15	14,20	1,15	69,10	808,5	0,689
	Hayır	115	13,88	1,79	65,03		
Zihinsel Boş Verme	Evet	15	7,73	1,62	55,93	719,0	0,291
	Hayır	115	8,42	2,49	66,75		
Soruna Odaklanma Ve Duyguları Açığa Vurma	Evet	15	10,33	2,53	54,17	692,5	0,213
	Hayır	115	11,27	2,83	66,98		
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Evet	15	11,87	2,77	52,07	661,0	0,138
	Hayır	115	12,90	2,59	67,25		
Aktif Başa Çıkma	Evet	15	13,40	2,03	67,13	838,0	0,857
	Hayır	115	13,27	2,05	65,29		
İnkar	Evet	15	4,93	1,39	53,47	682,0	0,165
	Hayır	115	6,18	2,77	67,07		

Tablo 16 (Devam). Annelerin Başa Çıkma Tutumları Puanlarının Annelerin Çalışma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	S.Ort.	MW	p
Dini Olarak Başa Çıkma	Evet	15	11,93	3,69	40,90	493,5	0,003*
	Hayır	115	14,41	2,71	68,71		
Şakaya Vurma	Evet	15	6,87	3,00	72,00	765,0	0,458
	Hayır	115	6,18	2,59	64,65		
Davranışsal Olarak Boş Verme	Evet	15	5,27	1,98	63,47	832,0	0,809
	Hayır	115	5,40	1,89	65,77		
Geri Durma	Evet	15	8,87	2,17	52,77	671,5	0,161
	Hayır	115	9,80	2,46	67,16		
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Evet	15	9,87	2,47	47,30	589,5	0,045*
	Hayır	115	11,38	2,75	67,87		
Madde Kullanımı	Evet	15	4,27	0,80	67,97	825,5	0,591
	Hayır	115	4,26	0,99	65,18		
Kabullenme	Evet	15	11,67	3,20	60,63	789,5	0,591
	Hayır	115	12,12	2,74	66,13		
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Evet	15	11,53	1,30	64,60	849,0	0,921
	Hayır	115	11,56	2,40	65,62		
Plan Yapma	Evet	15	13,47	2,20	67,10	838,5	0,859
	Hayır	115	13,36	2,20	65,29		

Tablo 16'da annelerin çalışma durumuna göre; başa çıkmanın her bir alt boyutunda anlamlı farklılık olup olmadığını gösteren sonuçlar sunulmuştur.

Annelerin çalışma durumuna göre ‘’dini olarak başa çıkma’’ puanları anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.003<0,05). Çalışmayan annelerin ‘’dini olarak başa çıkma’’ puan sıra ortalamaları (68,71), çalışan annelerin ‘’dini olarak başa çıkma’’ puan sıra ortalamalarından (40,90) yüksek bulunmuştur.

Annelerin çalışma durumuna göre; ‘’duygusal sosyal destek kullanımı’’ puan sıra ortalamaları arasında da anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.045<0,05). Çalışmayan annelerin ‘’duygusal sosyal destek kullanımı’’ puan sıra ortalamaları (67,87), çalışan annelerin ‘’duygusal sosyal destek kullanımı’’ puan sıra ortalamalarından (47,30) yüksek bulunmuştur.

Annelerin başa çıkmanın diğer alt boyutlarından aldıkları puanlar, çalışma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Tablo 17. Annelerin Başa Çıkma Tutumları Puanlarının Ailenin Gelir Düzeyine Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	**N**	**Ort**	**Ss**	**S.Ort.**	**MW**	**p**
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	Düşük	30	14,03	1,92	70,03	1364,0	0,444
	Orta	100	13,88	1,67	64,14		
Zihinsel Boş Verme	Düşük	30	9,07	2,38	77,17	1150,0	0,051
	Orta	100	8,12	2,39	62,00		
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	Düşük	30	11,30	3,14	67,77	1432,0	0,706
	Orta	100	11,12	2,71	64,82		
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Düşük	30	12,80	3,17	69,07	1393,0	0,550
	Orta	100	12,77	2,45	64,43		
Aktif Başa Çıkma	Düşük	30	13,10	2,41	64,03	1456,0	0,806
	Orta	100	13,34	1,92	65,94		
İnkar	Düşük	30	6,80	3,27	73,00	1275,0	0,189
	Orta	100	5,81	2,44	63,25		
Dini Olarak Başa Çıkma	Düşük	30	14,77	2,33	74,07	1243,0	0,115
	Orta	100	13,93	3,08	62,93		
Şakaya Vurma	Düşük	30	6,53	2,36	72,88	1278,0	0,201
	Orta	100	6,18	2,72	63,28		
Davranışsal Olarak Boş Verme	Düşük	30	6,03	2,33	75,07	1213,0	0,085
	Orta	100	5,19	1,70	62,63		
Geri Durma	Düşük	30	10,80	2,09	81,75	1012,5	0,004*
	Orta	100	9,36	2,44	60,62		

Tablo 17 (Devam). Annelerin Başa Çıkma Tutumları Puanlarının Ailenin Gelir Düzeyine Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	S.Ort.	MW	p
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Düşük	30	11,60	2,92	71,50	1320,0	0,317
	Orta	100	11,09	2,71	63,70		
Madde Kullanımı	Düşük	30	4,13	0,73	61,78	1388,5	0,220
	Orta	100	4,30	1,03	66,61		
Kabullenme	Düşük	30	12,17	2,67	67,58	1437,5	0,727
	Orta	100	12,04	2,83	64,88		
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Düşük	30	11,90	2,43	69,63	1376,0	0,488
	Orta	100	11,46	2,25	64,26		
Plan Yapma	Düşük	30	12,87	2,37	57,13	1249,0	0,160
	Orta	100	13,53	2,12	68,01		

Tablo 17'ye göre; annelerin aile gelir düzeyine göre geri durma puan sıra ortalamaları anlamlı farklılık göstermektedir($p=0.004<0,01$). Gelir düzeyi düşük olan annelerin geri durma puan sıra ortalamaları (81,75), gelir düzeyi orta olanların geri durma puan sıra ortalamalarından (60,62) yüksek bulunmuştur.

Annelerin başa çıkmanın diğer alt boyutlarından aldığı puanlar, aile gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 18. Annelerin Başa Çıkma Tutumları Puanlarının Annelerin Geçmişte Psikolojik/Psikiyatrik Destek Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	S. Ort.	MW	p
Pozitif Yeniden Yorumlama Ve Gelişme	Hayır	100	13,85	1,81	64,73	1423,5	0,667
	Evet	30	14,13	1,43	68,05		
Zihinsel Boş Verme	Hayır	100	8,17	2,27	63,28	1278,0	0,215
	Evet	30	8,90	2,81	72,90		
Soruna Odaklanma Ve Duyguları Açığa Vurma	Hayır	100	10,98	2,64	63,13	1263,5	0,189
	Evet	30	11,77	3,29	73,38		

Tablo 18 (Devam). Annelerin Başa Çıkma Tutumları Puanlarının Annelerin Geçmişte Psikolojik/Psikiyatrik Destek Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	S. Ort.	MW	p
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Hayır	100	12,83	2,61	66,30	1420,5	0,657
	Evet	30	12,60	2,70	62,85		
Aktif Başa Çıkma	Hayır	100	13,26	1,97	64,46	1396,0	0,561
	Evet	30	13,37	2,28	68,97		
İnkar	Hayır	100	6,06	2,63	66,60	1390,0	0,521
	Evet	30	5,97	2,86	61,83		
Dini Olarak Başa Çıkma	Hayır	100	13,85	3,11	62,03	1153,5	0,034*
	Evet	30	15,03	2,02	77,05		
Şakaya Vurma	Hayır	100	6,19	2,52	65,16	1465,5	0,842
	Evet	30	6,50	3,00	66,65		
Davranışsal Olarak Boş Verme	Hayır	100	5,36	1,90	64,84	1434,0	0,692
	Evet	30	5,47	1,87	67,70		
Geri Durma	Hayır	100	9,49	2,35	62,17	1167,0	0,064
	Evet	30	10,37	2,62	76,60		
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Hayır	100	11,25	2,71	65,89	1460,5	0,826
	Evet	30	11,07	2,96	64,18		
Madde Kullanımı	Hayır	100	4,14	0,65	63,34	1283,5	0,017*
	Evet	30	4,67	1,583	72,72		
Kabullenme	Hayır	100	11,70	2,776	59,78	928,5	0,001*
	Evet	30	13,30	2,493	84,55		
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Hayır	100	11,66	2,221	65,90	1460,0	0,823
	Evet	30	11,23	2,528	64,17		
Plan Yapma	Hayır	100	13,29	2,171	63,18	1329,5	0,339
	Evet	30	13,67	2,264	71,18		

Tablo 18'e göre; annelerin geçmişte psikolojik/ psikiyatrik destek alma durumuna göre; ''dini olarak başa çıkma'' puan sıra ortalamaları anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.034<0,05$). Geçmişte psikolojik/psikiyatrik yardım alan annelerin dini olarak başa

çıkma puan sıra ortalamalarının (77,05), geçmişte psikolojik/ psikiyatrik yardım almayan annelerin dini olarak başa çıkma puan sıra ortalamalarından (62,03) yüksek olduğu saptanmıştır.

Annelerin geçmişte psikolojik/psikiyatrik yardım alma durumuna göre; ‘’kabullenme’’ puan sıra ortalamaları da anlamlı farklılık göstermektedir($p=0.001<0,01$). Geçmişte psikolojik/psikiyatrik yardım alan annelerin kabullenme puan sıra ortalamaları (84,55), geçmişte psikolojik/psikiyatrik yardım almayanların kabullenme puan sıra ortalamalarından (59,78) yüksektir.

Annelerin geçmişte psikolojik/psikiyatrik yardım alma durumuna göre; ‘’madde kullanımı’’ puan sıra ortalamaları da anlamlı farklılık göstermektedir($p=0.017<0,05$). Geçmişte psikolojik/psikiyatrik yardım alan annelerin madde kullanımı puan sıra ortalamaları (72,72), geçmişte psikolojik/psikiyatrik yardım almayanların madde kullanımı puan sıra ortalamalarından (63,34) yüksektir.

Annelerin başa çıkmanın diğer alt boyutlarından aldığı puan sıra ortalamaları, annelerin geçmişte psikolojik/psikiyatrik yardım alma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

BÖLÜM 4. SONUÇ

Bu çalışmada OSB tanısı almış olan çocukların annelerinin, çocuklarındaki otizm semptomlarının şiddetine göre; psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma tutumlarının farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi amaçlanmıştır. Aynı zamanda söz konusu değişkenlerin, annelerin tanımlayıcı özelliklerine göre de farklılıkları değerlendirilmiştir. Bu bölümde, çalışma sonuçları alanyazın ile birlikte yorumlanarak, çalışmanın sınırlılıklarına değinilmiş; gelecek çalışmalar için önerilerde bulunulmuştur.

4.1. Çocuktaki Otizm Şiddetine Göre Annelerin Psikolojik Dayanıklılık ve Başa Çıkma Tutumlarının Farklılaşma Durumları ile İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırma bulguları çocuktaki otizm şiddetine göre, annelerin psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir farklılık olmadığına işaret etmektedir. Araştırma grubundaki annelerin kullandığı başa çıkma tutumları ve psikolojik dayanıklılıkları çocuklarındaki otizm şiddetinden bağımsız olup başka bir deyişle, çocuktaki otizm semptomlarının şiddetinin hafif, orta ya da ağır olması anneler arasında söz konusu değişkenlerle ilgili bir farklılık oluşturmamaktadır.

İlgili alanyazını incelendiğinde, çalışmaların bir kısmında otizm semptomları ile ebeveynlerin yaşadığı stres arasında pozitif yönde bir ilişkinin saptandığı görülmektedir (Benson, 2006; Bromley, Hare, Davison ve Emerson, 2004; Davis ve Carter, 2008; Hastings ve Johnson, 2001). Çocuktaki otizm semptomlarının şiddetli yaşanmasının, bakım verme yükünün artmasına sebep olarak ebeveynlerin daha fazla stres yaşayacağını savunan araştırmacılar; çocuktaki otizm semptomlarının ciddiyetinin ebeveynlerin başa çıkma kaynaklarını tehdit ederek daha fazla stres ve endişeye yol açacağını belirtmektedirler (Lyons ve ark., 2010). Diğer taraftan bazı araştırma bulgularının ise, çocuktaki otizm şiddetiyle ebeveynlerin yaşadığı stres arasında bir ilişkinin olmadığına işaret ettiği görülmektedir (Hastings ve ark., 2005; Manning, 2011). Ek olarak otizm semptomları dışında çocuktaki davranış problemlerinin önemine vurgu yapan çalışmalarda; çocuğun gösterdiği problem davranışların, ebeveyn stresi üzerindeki

yordayıcılığının daha güçlü olduğuna işaret edilmiştir. (Hastings, 2003; Lecavalier Leone ve Wiltz 2006; Manning, Wainwright ve Bennett, 2011; Orsmond, Seltzer, Greenberg ve Krauss, 2006). Tutarlı olarak çocuktaki otizm şiddeti, çocuğun yaşı ve davranış problemlerinin ebeveynlerin yaşadıkları stres üzerindeki rolünün incelendiği başka bir çalışmanın sonuçlarında; ebeveynlerin yaşadıkları stres ile ilgili tek faktörün çocukta hiperaktivitenin varlığı olduğu saptanmıştır (McStay, Dissanayake, Scheeren, Koot ve Begeer, 2013). Aynı zamanda otizmli çocukların ebeveynlerinin de dahil olduğu, engelli çocukların ebeveynleri ile yürütülen çalışmanın bulgularından birinin de; çocuktaki engel ciddiyetinin ebeveynlerin iyi oluşu üzerinde belirleyici bir etkisi olmadığı ancak ebeveynlerin problem çözme yetenekleri ve gelir düzeyi gibi değişkenlerin ebeveyn refahı için önemli olduğu saptanmıştır (Resch, Benz ve Elliott, 2012).

Özetle ilgili alanyazını incelendiğinde sadece otizm semptomlarının şiddetinin, anneler üzerindeki etkisi üzerine kısıtlı çalışmalara rastlanırken üzerinde hemfikir olunan bir görüşe de rastlanmamaktadır. Ek olarak çalışmaların sıklıkla, otizm semptomlarının yanısıra çocukların gösterdiği davranış problemlerinin etkisi üzerine yoğunlaştığı görülmektedir. Bu araştırmanın sonucunda, annelerin çocuklarındaki otizmin şiddetine göre; hem psikolojik dayanıklılık hem de başa çıkma tutumlarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir. Bu durum araştırma grubundaki otizmli çocukların annelerinin, başa çıkma tutumları ve psikolojik dayanıklılıkları açısından farklılıktan ziyade benzerlikler gösterdiğini akla getirmektedir.

Çocuklarının tanı almasının ardından, ailelerin yaşadıkları narsistik yaralanma ve otizm semptomlarının şiddetinden bağımsız olarak, otizmli çocukların ebeveynleri ile ilişki kurabilme ihtimalinin oldukça az olmasıyla birlikte, idealleri dışında bir çocuğun annesi olmanın getirdiği zorluklar açısından; annelerin benzer ruhsal süreçlerden geçtikleri düşünülebilir (Eker, 2015). Araştırma sonucunun, aynı zamanda çocuktaki otizm semptomlarının ne derece şiddetli olduğundan öte; anneler için sadece böyle bir tanının varlığının önemine de işaret ettiği düşünülmektedir. Çocuklarına OSB tanısının konulmasının ardından, otizm semptomlarının ne derece şiddetli yaşandığından ziyade çocuklarının bazı alanlarda yetersizlikleri olduğunun ispatı niteliğindeki tanının varlığının, anneler açısından önem kazandığı düşünülmektedir. Bu sebeple araştırma sonuçları, söz konusu değişkenler üzerinde otizm semptomlarının şiddetinin tek başına

belirleyici olmadığı; başka değişkenlerle etkileşime girerek annelerin psikolojik dayanıklılıkları ve başa çıkma tutumlarını etkiliyor olabileceğini akla getirmektedir.

4.2. Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyonel İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırma sonuçları; başa çıkma tutumları ölçeğinin alt skalalarından olan ‘’pozitif yeniden yorumlama ve gelişme’’ ile otizm şiddeti arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda; özel gereksinimli çocuğa sahip olan bazı annelerin, yaşadıkları tüm zorluklara rağmen olumlu bir bakış açısı geliştirebildikleri ve yaşadıkları zorlukların onları daha güçlü hale getirdiği ve dönüştürdüğü belirtilmektedir (Flaherty ve Glidden 2000; Hasting, Allen, McDermott ve Still, 2002; Hastings ve Taunt, 2002; Scorgie, Wilgosh ve Sobsey, 2004). Bu bakış açısıyla araştırma sonucu; çalışma grubundaki annelerin, çocuklarındaki otizm semptomlarının şiddetinin artmasıyla karşılaştıkları zorluklarla başa çıkabilmek için, durumun pozitif taraflarını görmeyi ve olumlu yorumlamalar yapmayı içeren ‘’olumlu pozitif yeniden yorumlama ve gelişme’’ stratejisi ile başa çıkmaya çalıştığı şeklinde yorumlanabilir.

Değişkenler arası diğer korelasyonel ilişkilere bakıldığında, başa çıkma tutumlarından ‘’aktif başa çıkma’’ ve ‘’şakaya vurma’’ ile psikolojik dayanıklılık arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir.

Kinder (2005), yürüttüğü araştırma sonuçlarında psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek hasta grubunun,’’aktif başa çıkma’’ stratejisini daha sık kullandığına işaret etmiştir. OSB’li çocukların anneleri ile yürütülen başka bir çalışma sonucunda annelerin, ‘’aktif başa çıkma’’ tutumunu daha sık kullanmalarının depresif belirti düzeylerinde azalmaya yol açabileceği öngörülmüştür (Durukan, Erdem, Tufan ve Türkbay, 2010). ‘‘Aktif başa çıkma’’ olarak tanımlanan başa çıkma tutumunun, Folkman ve Lazarus (1980) tarafından problem odaklı başa çıkma olarak sınıflanan tutumla benzerlikler taşıdığı görülmektedir. Her iki başa çıkma tutumu da, stresörle mücadele edebilmek için bireyin aktif bir şekilde harekete geçmesini kapsamaktadır. Yapılan çalışmalar, anneler tarafından problem odaklı başa çıkma tutumlarının kullanılmasının psikolojik

dayanıklılıklarını arttırdığını göstermektedir (Al-Yagon, 2007; Seltzer ve ark., 2004; Heiman 2002). Ek olarak problem odaklı başa çıkma tutumlarının, bireyleri stresin olumsuz sonuçlarına karşı koruma işlevine vurgu yapılmış; problem odaklı başa çıkmanın psikolojik dayanıklılığın güçlü yordayıcılarından olduğuna dikkat çekilmiştir (Greeff, Vansteenwengen ve Ide, 2006; Kaner ve Bayraklı, 2009). Aynı zamanda psikolojik açıdan dayanıklı bireylerin, gereksinim hissettikleri konularda aktif bir konum alarak, bilgi beceri ve destek kaynaklarını kullandıklarına işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (Garden ve Harmon, 2002; Heiman, 2002). Annelerin ‘’aktif başa çıkma’’ tutumunu daha sık kullanması ile birlikte, psikolojik dayanıklılık düzeylerinin de arttığı şeklindeki araştırma sonucunun, önceki araştırma sonuçlarını destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

Araştırma değişkenleri arasında yapılan korelasyonel analizlerin bir diğer bulgusu da başa çıkma tutumlarının ‘’şakaya vurma’’ bileşini ile psikolojik dayanıklılık arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu yönündedir. Yapılan çalışmalarda mizahın, zorlu yaşam olayları karşısında bireyin güçlü durabilmesine yardım ederek bireylerin, psikolojik dayanıklılıklarına ve iyilik hallerine zemin hazırladığı belirtilmektedir (Satıcı ve Deniz, 2017). Başa çıkmada mizahın kullanımı; bireylerin iyimser bir bakış açısı kazanmalarına katkı sağlarken, bireylerin yaşanılan zorluklara daha olumlu taraftan bakabilmelerini sağladığı gibi bu da onların kriz durumlarını başarıyla atlatabilmelerine yardımcı olmaktadır (Andersson, 2012). Araştırmanın sonuçları, başa çıkma sürecinde mizahın kullanımı ile ilgili daha önceki görüşlerle tutarlılık göstermektedir. Annelerin zorlu durumlarla baş edebilmek için ‘’şaka yapma’’ tutumunun artmasıyla birlikte psikolojik dayanıklılıklarının da arttığı görülmektedir.

4.3. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Annelerin Psikolojik Dayanıklılık Puanlarının Karşılaştırılması Sonucunda Elde Edilen Bulguların Tartışılması

Psikolojik dayanıklılığın, annelerin tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması sonucunda elde edilen bulgulardan biri, annelerin daha önce psikolojik/psikiyatrik destek alma durumuyla ilgilidir. Geçmişte herhangi bir psikiyatrik/psikolojik destek almayan annelerin psikolojik dayanıklılık puan sıra ortalamalarının, geçmişte destek alan annelerin psikolojik dayanıklılık puan sıra ortalamalarından yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmaya katılan annelerin 30 tanesi geçmişte depresyon, kaygı bozukluğu ve uyku bozukluğu gibi sebeplerle psikiyatrik destek aldığını ve ilaç tedavisi gördüğünü ifade etmiştir. Destek aldıkları dönemlerle ilgili bilgi sahibi olunmamakla beraber, psikiyatrik destek almayı ruhsal olarak zorlanma durumunun bir göstergesi olarak değerlendirmek mümkündür. Buradan yola çıkarak araştırmanın bulgularını, psikolojik dayanıklılıkları yüksek olan annelerin psikolojik olarak daha sağlıklı oldukları yönünde yorumlamak mümkündür. Bu bulguların psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireylerin, ruhsal açıdan daha sağlıklı oldukları yönündeki araştırma sonuçlarıyla tutarlılık gösterdiği görülmektedir (Cohan, Sills ve Stein, 2006; Kurt, 2013; Rossi, Bisconti ve Bergeman, 2007). Aynı zamanda psikolojik dayanıklılık ile ilgili yapılan tanımlamalarda, psikolojik iyi hal ile olan ilişkisine de işaret edilmekte; psikolojik dayanıklılığın, psikolojik iyi oluşun anahtar öğesi ve koruyucu etmenlerinden olduğu belirtilmektedir (Douce ve Keeling, 2014). Psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek olan bireylerde, onları zorlayan durumların varlığına rağmen psikolojik rahatsızlıkların daha nadir görüldüğü; daha düşük düzeyde psikolojik dayanıklılığı olan bireylerin ise zorlayıcı durumlardan olumsuz etkilendiğine işaret edilmektedir (Narayanan, 2008; Hoge, Austin ve Pollack, 2007). Paralel nitelikte hastane çalışanları ile yürütülen çalışmada psikolojik dayanıklılık ile psikolojik iyi olma düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu; yani araştırmaya katılan personelin, psikolojik dayanıklılıkları arttıkça psikolojik iyi olma düzeylerinin de arttığı bulgulanmıştır (Karacaoğlu ve Köktaş, 2016).

Bu bilgiler ışığında araştırma bulguları, psikolojik olarak dayanıklı olan annelerin zorlayıcı yaşam olayları karşısında olumsuz psikolojik belirtileri şiddetli ya da destek almaya ihtiyaç duyulacak düzeyde yaşamadığına işaret ediyor olabilir. Öte yandan sonuçlar, olumsuz koşullar karşısında bireyin bu durumla baş edip edemeyeceğine yönelik inancıyla da yakından ilişkili olan dayanıklılığın yüksek olduğuna dair algının, destek almanın önünde bir engel oluşturabileceği şeklinde de yorumlanabilir.

4.4. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Annelerin Başa Çıkma Tutumlarının Karşılaştırılması Sonucunda Elde Edilen Bulguların Tartışılması

Araştırmada otizm spektrum bozukluğu tanısı almış çocukların annelerinin, başa çıkma tutumlarının annelerin; yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, ailenin gelir düzeyi, annenin geçmişte psikolojik/psikiyatrik yardım alma durumu gibi değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı da karşılaştırılmıştır. Başa çıkma tutumları ve anneye ait değişkenler dikkate alındığında, başa çıkmanın farklı boyutlarının annelerin demografik özelliklerine göre farklılık gösterdiği görülmektedir.

Başa çıkma tutumlarının alt ölçekleri, annelerin yaşlarına göre karşılaştırıldığında; ‘’inkar’’ alt skalasından alınan puanlar arasında anlamlı farklılık görülmektedir. Yaşı 35 ve altı olan annelerin başa çıkma tutumlarının alt skalasından aldığı ‘’inkar’’puanları, 40 yaş üzeri olan annelerin ’inkar’ puanlarından yüksektir. Ek olarak 36-40 yaş aralığındaki annelerin inkar puanları 40 yaş üzeri olan annelerin puanlarından yüksektir. Bu bulgulara göre; görece genç annelerin zorluklar karşısında ‘’inkâr’’ yoluyla başa çıkmayı daha fazla kullandıkları söylenebilir. Bu bulguyla tutarlı olarak alt ölçekler arasında diğer bir farklılığın ‘’kabullenme’’ alt boyutu ile ilgili olduğu görülmektedir. Yaşı daha büyük olan annelerin, diğer yaş gruplarındaki annelere göre sorunlar karşısında durumun getirdiği zorlukları göz ardı etmemeyi kapsayan kabullenmeyi daha fazla kullandıkları görülmektedir.

Alanyazında yaş ve başa çıkma tutumlarının kullanımı arasında bir ilişki bulunmadığı sonucuna ulaşılan çalışmalara rastlanmakla birlikte (Özarslan, Fıstıkçı, Keyvan, Uğurad ve Saygılı, 2013), genç yaşta olan annelerin görece yaşı daha büyük olan annelere göre ‘’inkâr’’ tutumunu daha sık kullandığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Erbay, Oğuz, Yıldırım ve Fırat (2016) tarafından yürütülen araştırmanın sonuçlarında, biyolojik yaş ile başa çıkma tutumları arasındaki ilişkide; bireylerin yaşı azaldıkça işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının bileşenlerinden kabul edilen inkâr puanlarının arttığı tespit edilmiştir. Boylamsal araştırma deseni kullanılarak otizmli çocukların ebeveynleri ile yürütülen başka bir araştırmada ise çocukların ebeveynlerinin, zaman ilerledikçe daha iyi hissettikleri sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmacı tarafından sonuçlar; iyilik halinin ebeveynlerin başa çıkma becerilerindeki iyileşme ile ilgili

olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (Gray,2002). Benzer nitelikte özel gereksinimi olan bireylerin annelerinin, çocuklarının bakımı için gerekli olan etkin başa çıkma becerilerini, yaşamları süresince geliştirdiklerine işaret edilmektedir (Essex ve ark., 1999).

Sonuç olarak; annelerin yaşlarının ilerlemesi ve bununla bağlantılı olarak çocuklarıyla geçirdikleri sürenin de artmasıyla, yaşanan sorunlar karşısında tecrübeleri ve bilgi birikimleri de artmaktadır. Dolasıyla çocuklarının sorunlarını anlayabilme ve var olan belirsizlikleri kontrol altına alabilme becerileri de gelişmektedir. Tutarlı olarak araştırmanın sonuçları da annelerin yaşının ilerlemesi ile durumun getirdiği zorlukların inkarının azaldığı ve kabulünün arttığını göstermektedir. Stresli durumlarla karşı karşıya kalındığında bireyler tarafından ilk etapta inkarın kullanımının, yaşanan sıkıntıyı azaltmada faydalı olabileceği ancak sonrasında bu durumla başa çıkmayı güç hale getireceği belirtilmiştir (Levine ve ark., 1987). Bu bakış açısıyla araştırma sonuçları görece daha genç olan annelerin sorunlarla başa çıkma becerileri açısından daha fazla desteğe ihtiyaç duyduğunu gösteriyor olabilir.

Başa çıkma tutumlarının alt ölçekleri annelerin eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında eğitim durumu yüksekokul ve üzeri olan annelerin ‘’aktif başa çıkma’’ tutumunu eğitim durumu ilköğretim ve ortaokul olan annelerden daha fazla kullandıkları görülmektedir.

Bireylerin ebeveynlerinin eğitim düzeyinin yüksek olması, ailede eğitimin desteklenmesi gibi faktörler kişilerin yeterliliklerinin gelişimini sağlayan ve zorlukların üstesinden gelinmesine yardımcı olan durumlar olarak değerlendirilmektedir (Masten, 1994). Aynı zamanda bakım verenlerin eğitim düzeyinin yükselmesi ile birlikte, hastalıkla nasıl baş edileceği ile ilgili kaynaklara ulaşma gibi alanlarda bilgi birikimlerinin de arttığı ve bakım yüklerinin azaldığı belirtilmiştir (Şengün İnan ve Çetinkaya Duman, 2013). Ek olarak herhangi bir alanda yetersizliği bulunan çocuğu olan ailelerin önemli gereksinimlerinden birinin, çocuklarıyla ilgili yazılmış kitapları okumak olduğu belirtilerek, ailelerin bilgilenme ihtiyacı hissettiklerine dikkat çekildiği de görülmektedir (Sucuoğlu, 1995). Eğitim; bireylerin sosyal ağını zenginleştirerek gelişimlerine katkıda bulunmakta ve çoğu zaman kişilerin sosyo-ekonomik düzeyiyle ilişkili olarak genel yaşam standartlarının yükselmesini sağlamaktadır. Aynı zamanda karşılaşılan zorluklarla

baş edebilmek için ihtiyaç duyulan bilgi ve becerilere erişilmesini kolaylaştırması gibi önemli işlevleri de bulunmaktadır. Dolayısıyla öğrenim düzeyinin yüksek olmasının, annelerin karşılaştığı güçlükler karşısında mevcut durumu daha iyi hale getirebilmek için aktif bir tutum takınma, rasyonel adımlar atma ve harekete geçmeyi kapsayan ‘’aktif başa çıkma’’ tutumunun benimsenmesine katkısı olduğu söylenebilir.

Başa çıkma tutumlarının alt ölçekleri annelerin eğitim durumuna göre karşılaştırılmaı sonucunda elde edilen bulgulardan bir diğerinin ‘’dini olarak başa çıkma’’ alt boyutu ile ilgili olduğu saptanmıştır. Eğitim durumu ilköğretim ve altı olan annelerin, ‘’dini olarak başa çıkma’’ alt skalasından aldıkları puanların; eğitim durumu lise olan ve eğitim durumu yüksekokul üzeri olan annelerin, ‘’dini olarak başa çıkma’’ puanlarından yüksek olduğu görülmektedir. Aynı zamanda eğitim durumu ortaokul olan annelerin, ‘’dini olarak başa çıkma’’ puan sıra ortalamalarının; eğitim durumu yüksekokul ve üzeri olan annelerin ‘’dini olarak başa çıkma’’ puan sıra ortalamalarından yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer bir farklılık ise; başa çıkma tutumlarının ‘’plan yapma’’ alt skalasından alınan puanlar arasında görülmüştür. Başa çıkma tutumlarının ‘’plan yapma’’ alt skalasında en yüksek puan ortalamasının eğitim durumu yüksekokul ve üzeri olan annelere ait olduğu ve diğer eğitim gruplardaki (ilköğretim ve altı, ortaokul) annelerin ‘’plan yapma’’ puan sıra ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Özetle araştırma bulguları, annelerin eğitim düzeyi arttıkça anneler tarafından karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmada; dua etme, ibadetlere yönelme gibi dinî başa çıkma etkinliklerine daha az başvurulduğunu göstermektedir. Buna göre annelerin eğitim durumuna göre yapılan karşılaştırma sonuçlarının, annelerin eğitim düzeyi yükseldikçe bilimsel kaynakları referans alma sıklığının da arttığı ve yaşamında dinî referanslara daha az yer vererek diğer başa çıkma stillerinin (plan yapma, aktif başa çıkma gibi) ağırlık kazandığına işaret ettiği düşünülmüştür (Ayten, 2012).

Annelerin başa çıkma tutumlarında farklılığın görüldüğü bir başka araştırma sonucunun ise; annelerin çalışma durumu ile ilgili olduğu görülmektedir. Çalışmayan annelerin başa çıkma tutumları bileşenlerinden ‘’dini olarak başa çıkma’’ ve ‘’duygusal sosyal destek kullanımı’’ puanlarının çalışan annelerin puanlarından yüksek olduğu görülmüştür.

OSB'li çocuk annelerinin çocuklarının; bakım, eğitim gibi gereksinimlerini karşılayabilmek için sıklıkla daha önce çalıştıkları işlerinden ayrıldıklarını belirttikleri görülmektedir. Aynı zamanda çalışacaklarsa dahi ücret yerine esnek çalışma saatlerini tercih ettiklerini ifade ettikleri belirtilmiştir. Araştırma grubundaki annelerden sadece 15 kişinin çalıştığını ifade ettiği görülmektedir. Daha önce çalışıp çalışmadıkları ya da çalışıyorlarsa hangi dönem işlerinden ayrıldıkları bilinmemekle beraber annelerin büyük bir kısmının çalışma hayatına aktif olarak katılmamaları daha önceki çalışmalarla tutarlılık göstermektedir (Cassidy, McConkey, Kennedy ve Slevin, 2008).

Artan (2001), engelli çocukların anne ve babaları ile yürüttüğü çalışma bulgularında; çalışmayan annelerin, çalışan annelere göre daha fazla kaygı duyduğunu saptamıştır. Araştırma sonuçlarının, annenin çalışmamasının getirdiği mali kaygılar ve tüm gün evde çocuklarının bakımını üstelenmeleri ile birlikte kendilerine özel bir zaman ayırmalarının mümkün olmaması ile ilişkili olabileceği şeklinde tartışıldığı görülmektedir. Paralel nitelikte başka bir çalışmanın sonuçlarında da; çalışmayan annelerin, çalışanlara göre daha fazla işlevsel olmayan başa çıkma tutumu kullandığı sonucuna ulaşılırken; bu durumun annelerin kaygı düzeyleri ile ilgili olabileceğine işaret edilmiştir (Altınay 2012). Özel gereksinimleri olan çocuğa sahip annelerin, bazı değişkenler açısından karşılaştırıldığı başka bir çalışmanın sonucunda; çalışmayan ve tüm gününü çocuğu ile geçiren annelerin, daha fazla duygusal tükenmişlik ve motivasyon kaybı yaşadıkları saptanmıştır. Bununla birlikte annelerin çalışma hayatına katılımlarının, duygusal tükenmişlik yaşamalarını engelleyebileceği öngörülmüştür (Çengelci, 2009). Ek olarak Dale, Jahoda ve Knott (2006), çalışmayan ve çocuklarıyla ilgili kişisel sorumluluklarının daha fazla olduğunu hisseden annelerin, daha stresli olduklarını belirtmişlerdir.

Özetle, daha önce yapılan çalışmalarda çalışmayan annelerin stres düzeylerinin, çalışan annelere göre daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır. Araştırma sonucunda artan stres karşısında çalışmayan annelerin, çalışan annelere göre başa çıkmanın ''duygusal sosyal destek kullanımı'' bileşenini daha fazla kullandıkları görülmektedir. Annelerin çalışmaması ile birlikte sosyal hayatları, çalışan annelere göre daha sınırlı hale gelmekte ve sosyal yaşamdan soyutlanmaktadırlar. Bu açıdan yaşamlarında stres verici bir durumla karşılaştıklarında, bununla baş edebilmek için başa çıkma tutumlarından duygusal destek

arayışı olarak tanımlanan ‘’duygusal sosyal destek kullanımı’’na çalışmayan annelerden daha sık başvurmaları anlaşılır bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Aynı zamanda çalışan ve çalışmayan anneler arasında farklılıkları oluşturan başa çıkma tutumlarının (“dini olarak başa çıkma’’, ‘’duygusal sosyal destek kullanımı’’) yaşanan zorluklar karşısında ortaya çıkan olumsuz duygu durumunu düzenleme amacıyla başvurulan tutumlar olarak değerlendirilen tutumlardan olduğu görülmektedir. Bu sonuç çalışmayan annelerin, çalışan annelere göre problemlerin çözümü ya da duruma uyum sağlamak için duygusal açıdan daha çok destek görme ihtiyacına işaret ediyor olabilir.

Annelerin başa çıkma tutumlarının aile gelir düzeyine göre farklılıklarına bakıldığında; aile gelir düzeyi düşük olan annelerin başa çıkma tutumlarından ‘’geri durma’’ puanlarının, aile gelir düzeyi orta olan annelerin ‘’geri durma’’ puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır.

Özel gereksinimli çocukların ailelerinin gereksinimleri ile ilgili yürütülmüş çalışmalarda, maddi konuların da önem kazandığı görülmektedir. Chan ve Tang (1997) ebeveynlerin yaşadıkları stres düzeyinin azalmasında; ailelerin maddi konularda destek görmesinin, bilgilendirme desteğinden daha yararlı olduğunu belirtmektedir (akt. Ersoy ve Çürük, 1999). Araştırma sonucu; gelir düzeyini düşük olarak tanımlayan annelerin, fırsatını bulduğunda harekete geçmek için kendini geri planda tutmak, başa çıkma çabalarını bir süreliğine durdurarak pasif kalmak ve etkin bir başa çıkma için odaklanmayı sağlama gibi işlevlerine vurgu yapılan ‘’geri durma’’ stratejisini, gelir düzeyini orta olarak tanımlayan annelere göre daha sık kullandıklarını göstermektedir. Bu sonuç ailelerin ekonomik açıdan dezavantajlı olmasına ek olarak çocuklarının tanı almasının ardından artan giderlerinin fazlalığı da göz önüne alındığında; gelir düzeyini düşük olarak tanımlayan annelerde, yaşadıkları stresle baş edebilmek için bilişsel olarak daha fazla çabaya işaret eden ‘’geri durma’’ başa çıkma tutumunun ağırlık kazandığını göstermektedir.

Başa çıkma tutumları annelerin geçmişte psikolojik/psikiyatrik yardım alma durumuna göre karşılaştırıldığında geçmişte psikolojik/psikiyatrik yardım alan annelerin ‘’kabullenme’’ puanlarının, destek almayan annelerin puanlarından yüksek olduğu görülmüştür.

‘Kabullenme’ tutumunun fazla benimsenmesi stresörün sürekliliği ve değişmezliği algısına sebep olarak kişinin harekete geçmesi yerine çaresizlik duygularının daha yoğun yaşanmasına sebep olabilmektedir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin başa çıkma tutumlarının araştırıldığı çalışmanın sonuçlarında intihar girişiminde bulunan bireylerin ‘’pozitif yeniden yorumlama ve gelişme’’ tutumunu daha az kullandığı bunun yanında ‘’kabullenme’ tutumunu daha sık kullandığı saptanmıştır (Korkan, Erkuş, Güçlü, Şenormancı, Aydın, Ülgen ve Sungur, 2014). Dolayısıyla araştırma sonucu ‘’kabullenme’’ tutumunun baskın hale gelmesi ile birlikte annelerin destek ihtiyacının da arttığını akla getirmektedir.

Annelerin geçmişte psikolojik/psikiyatrik yardım alma durumuna göre başa çıkmanın alt boyutlarında görülen farklılıklardan bir diğerinin madde kullanımı ile ilgili olduğu görülmektedir. Geçmişte psikolojik/psikiyatrik destek alan annelerin ‘’madde kullanımı’’ puanlarının destek almayan annelerin puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Geçmişte psikolojik/ psikiyatrik destek aldığını ifade eden 30 anneden 26’sı sadece ilaç tedavisi gördüğünü belirtmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeğin ‘’madde kullanımı’’ alt boyutu; karşılaşılan güçlükler karşısında alkol, sakinleştirici, ilaç gibi yöntemlerin kullanılmasıyla ilgili soruları içermektedir. Annelerin şu anda ilaç kullanımına devam edip etmedikleri bilinmemekle beraber daha önce tedavi alan annelerin ‘’madde kullanımı’’ puanlarının yüksek olması halen ilaç kullanımına devam etmeleri ile ilgili olabileceğini akla getirmektedir.

Son olarak başa çıkma tutumlarının, annelerin geçmişte psikolojik/ psikiyatrik destek alma durumuna göre karşılaştırılması sonucunda elde edilen bulgulardan bir diğeri; annelerin ‘’dini olarak başa çıkma’’ tutumu ile ilgili olduğu görülmüştür. Geçmişte psikolojik/psikiyatrik destek alan annelerin ‘’dini olarak başa çıkma’’ alt skalasından aldıkları puanlar destek almayan annelerin ‘’dini olarak başa çıkma’’ puanlarından yüksek bulunmuştur.

İlgili literatür incelendiğinde; yapılan çalışmalarda başa çıkma tutumlarından ‘’dini başa çıkma’’ ile ilgili olumlu ve olumsuz olmak üzere bir ayrıma gidildiği görülmektedir. Olumsuz dini başa çıkma; Tanrı’nın gücünden ve sevgisinden şüphe ederek başa gelen negatif durumun ilahi bir ceza, işlenen günahların bedeli şeklinde

yorumlanmasını içermektedir. Aynı zamanda olumsuz dini başa çıkmanın, bireylerin stresle başa çıkmasında güçlükler yaşamasına neden olacağına işaret edilmektedir (Pargament, Smith, Koenig ve Perez, 1998). Yapılan çalışmalarda, olumsuz dini başa çıkma tarzının baskın kullanımının psikolojik sağlık açısından işlevsel olmadığı; psikolojik rahatsızlıklar ile pozitif ilişki gösterdiği görülmektedir (Exline, Yali ve Sanderson, 2000 ; Pearce, Singer ve Prigerson, 2006).

Çalışmamızda kullanılan başa çıkma tutumları ölçeğinin ‘’dini başa çıkma’’ alt skalasında böyle bir ayrıma gidilmeden; sadece dini aktivitelerde artış olarak genel bir tanıma göre değerlendirme yapılması, araştırma sonucu hakkında ayrıntılı bir yorum yapmayı güçleştirmektedir. Geçmişte psikolojik/psiyatrik destek alan annelerin, başa çıkma tutumlarının bileşenlerinden ‘’dini başa çıkma’’ yı daha fazla kullanmaları şeklindeki araştırma sonucu, olumsuz dini başa çıkma tutumu ile ilişkili olabileceğini akla getirmektedir.

4.5. Araştırmanın Katkıları Sınırlılıkları ve Öneriler

Bu araştırma kapsamında OSB’li çocuk annelerinin, çocuktaki otizm şiddetine göre psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma tutumlarının karşılaştırılması hedeflenmiştir. Aynı zamanda annelerin tanımlayıcı özelliklerine göre de söz konusu değişkenler karşılaştırılmıştır.

Çalışmada kısıtlı sayıda anneye ulaşılmasının yanı sıra; örneklemdeki annelerin tümünün İstanbul’da ikamet etmesi çocuklarının hepsinin özel eğitime veya eğitim uygulama okullarına devam ediyor oluşu temsil edicilik için bir sınırlılık teşkil etmektedir. Türkiye’nin farklı bölge ve illerindeki annelerden toplanacak veriler, bu çalışmada ortaya konan sonuç ve sonuçlarla ilgili yapılan yorumların geçerliğini arttırılabilir. Ayrıca, çalışmanın kesitsel desenle yapılmış olmasından dolayı neden-sonuç ilişkisine yönelik yorum yapılamamaktadır. Gelecek çalışmaların boylamsal araştırma deseni ile yürütülmesinin çalışmadaki ilişkilerin yönünün belirlenmesine olanak sağlayacağı düşünülmektedir. Ek olarak araştırma; çalışmaya katılan annelerin çocuklarına farklı zamanlarda tanı konmuş olması ve otizm semptom şiddetinin sadece tek ölçeğe göre değerlendirilmiş olması gibi kısıtlılıkları da barındırmaktadır. Araştırmanın diğer bir sınırlılığını kullanılan özbildirim ölçekleri oluşturmaktadır.

Ölçeklerin öz bildirime dayalı olması sebebiyle bireylerin sosyal beğenilirliğe göre yanlı cevap vermelerine neden olması beklenebilmektedir.

Çocuktaki otizm semptomlarının ciddiyetinin, ebeveynlerin başa çıkma kaynaklarını tehdit ederek daha fazla zorluk yaşamalarına sebep olacağını savunan araştırmacıların aksine araştırma sonuçlarının otizm semptomlarının şiddetinden bağımsız olarak sadece böyle bir tanının var olmasının önemini ortaya koyması açısından dikkat çekici nitelikte olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla çocuktaki otizm semptomlarının ne derece şiddetli olduğundan öte; anneler için çocuklarının böyle bir tanı almasının önem kazandığı görülmektedir.

Araştırmada annelerin tanımlayıcı özelliklerine göre yapılan karşılaştırmalar sonucunda; çalışmayan annelerin yaşanan zorluklar karşısında; olumsuz duygu durumunu düzenlemek için başvurulan yöntemler olarak sıralanan stratejilere daha sık başvurduğu görülmüştür. Nitekim otizmli çocukların annelerinin büyük bir kısmının çalışmadığı ya da çocuklarının bakım ve gereksinimlerini karşılamak amacıyla işlerinden ayrılmak zorunda kaldığı bilinmektedir. Araştırma sonuçları, çalışmayan annelerin duygusal açıdan daha çok destek görme ihtiyacı hissettiğine işaret ediyor olabilir. Aynı zamanda ekonomik açıdan dezavanajlı olan annelerin, yaşadıkları mali kaygılara ek olarak otizmin yaşamlarına getirdiği güçlüklerle baş edebilmek için daha fazla bilişsel çaba sarf ettiği görülmüştür. Araştırmanın bir diğer bulgusu işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının içinde değerlendirilen inkarın, görece daha genç yaştaki anneler tarafından daha sık kullanıldığı yönündedir.

Alanyazın incelendiğinde yetersizliği olan çocukların anneleri ile pek çok çalışma yürütülmüş ve yaşadıkları zorluklara dikkat çekilmiş olmasına rağmen araştırmaya katılan annelerin büyük bir kısmının daha önce psikolojik/psikiyatrik destek almadığı; destek alan annelerin ise büyük bir kısmının, sadece ilaç tedavisi aldığı görülmektedir. Dolayısıyla anneler için hazırlanabilecek destek hizmetlerinde çocuklarının yaşadığı yetersizlik düzeyinden öte konulan tanının ardından annelere verilecek destek hizmetlerinin önem kazandığı görülmektedir. Özel gereksinimleri bulunan çocuklara verilecek hizmetlerin etkili olabilmesi için öncelikle temel bakım verenler olarak annelerin gereksinimleri, değişen rolleri ve yaşadıkları zorluklarla başa çıkma mekanizmalarının bilinmesi önem teşkil etmektedir. Dolayısıyla araştırma sonucuna

göre; görece daha genç, çalışmayan, öğrenim düzeyi düşük ve ekonomik açıdan dezavantajlı olan annelere verilecek psikolojik destek hizmetlerinin önem kazandığı düşünülmektedir.

Yapılacak diğer çalışmalar için; OSB olan çocuğa sahip ailelerin stresle baş etme tutumları hakkında daha geniş bir örneklem grubuyla araştırmalar yürütülebileceği gibi farklı veri toplama araçları kullanılarak ailelerin deneyimleri ve bu deneyimlerini etkileyebilecek değişkenlerin de etkisinin araştırılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda kültüre özgü farklılıkların ve otizmli çocuğa birincil bakım veren ebeveynlerden farklı olarak; baba, kardeş büyükanne büyükbaba gibi aile üyelerinin de dahil edildiği çalışmaların yürütülmesinin alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

EK'LER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli katılımcı,

Bu araştırma, Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Psk. Elvan BOZKURT ve İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Gökhan ORAL danışmanlığında yürütülen bir tez araştırmasıdır. Çalışmanın ana amacı, otizm spektrum bozukluğu tanısı almış çocukların annelerinde otizmin ağırlık derecesine göre başa çıkma tarzları ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin karşılaştırılmasıdır. Bu ölçekler, çocuğunuz ve sizinle ilgili sorular içermekte ve ölçeklerin doldurulması ortalama olarak 15-20 dakika sürmektedir. Form üzerinde herhangi bir özel kimlik bilgisi yazmanız istenmemektedir; kimliğiniz gizli tutulacaktır.

Çalışma sırasında bir sorun yaşadığınızda çalışmayı istediğiniz zaman yarım bırakabilirsiniz. Bu çalışmaya, dolduracağınız ölçeklerle katkı sağlamak istiyorsanız, lütfen aşağıda bulunan "Bu formu okudum ve araştırmaya katılmayı kabul ediyorum" yazısının altını imzalayınız. Dilerseniz bu formun bir kopyasını saklayabilirsiniz. Çalışmanın sonuçlarını öğrenmek isterseniz Psikolog Elvan Bozkurt ile severelvan@gmail.com mail adresinden iletişime geçebilirsiniz.

Ayırdığınız zaman ve katkınız için teşekkür ederiz.

BU FORMU OKUDUM VE ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL EDİYORUM ☐

İmza

Ek 2. Demografik Bilgi Formu

Bu formdaki bilgiler sadece yapılmakta olan araştırma için sorulmakta olup başka bir amaç için kullanılmayacaktır. Soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur, sorulara içtenlikle cevap vermeniz araştırmanın güvenirliliği açısından önem taşımaktadır.

Katılımınız ve katkılarınız için çok teşekkür ederim.

1. **Yaşınız:_____**
2. **Eğitim durumunuz:** Okur -yazar değil ☐ Okur yazar ☐

   İlköğretim mezunu ☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu ☐

   Yüksekokul mezunu ☐ Üniversite mezunu ☐ Lisans üstü ☐
3. **Medeni durumunuz:** Bekar ☐ Evli ☐

   Diğer ise (yazınınız)_____
4. **Evli iseniz evlilik süreniz? _____**
5. **Eşinizin eğitim durumu:** Okur -yazar değil ☐ Okur yazar ☐

   İlköğretim mezunu ☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu ☐

   Yüksekokul mezunu ☐ Üniversite mezunu ☐ Lisans üstü ☐
6. **Şu anda herhangi bir işte çalışıyor musunuz?** Evet ☐ Hayır ☐

   Mesleğiniz:_____
7. **Ailenizin gelir seviyenizi nasıl tanımlıyorsunuz?**

   Düşük gelir ☐ Orta gelir ☐ Yüksek gelir ☐
8. **Sahip olduğunuz çocuk sayısı? _____**
9. **Otizm tanısı alan çocuğunuzun;**

Doğum tarihi: _____ Cinsiyeti: _____ Tanı konduğu yıl: _____

Çocuğunuz özel eğitim alıyorsa aldığı eğitim süresi: _____

10. Çocuğunuz bakımından sorumlu/birincil bakıcısı olan kişi kimdir?

Annesi ☐ Babası ☐ Abla/Abi ☐ Bakıcı ☐

Anneannesi ☐ Babaannesi ☐ Diğer ise yazınız_____

11. Çocuğunuzun bakımında şu anda size yardım eden kimse var mı?

Var Yok ☐

Varsa yakınlık derecesi? _____

12. Genel olarak düşündüğünüzde çocuğunuzla bir gün içinde ne kadar zaman geçiriyorsunuz?

Neredeyse hiç ☐ 1-3 Saat ☐ 3-5 Saat ☐

5-7 Saat ☐ 7 saat ve fazlası ☐

13. Geçmişte herhangi bir psikiyatrik/psikolojik yardım aldınız mı?

Hayır ☐ Evet ☐

Cevabınız evet ise konulan tanı ne (idi) ?_____

Ne tür bir tedavi aldınız ? _____

Ek 3. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (Kpsö)

	Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
1. Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.	1	2	3	4	5
2. Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim.*	1	2	3	4	5
3. Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz.	1	2	3	4	5
4. Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlatmak benim için zordur.*	1	2	3	4	5
5. Zor zamanları çok az sıkıntıyla atlatırım.	1	2	3	4	5
6. Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır.*	1	2	3	4	5

Ek 4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (Cope)

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

		Asla böyle bir şey yapmam	**Çok az böyle yaparım.**	**Orta derecede böyle yaparım**	**Çoğunlukla böyle yaparım.**
1.	Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.	1	2	3	4
2.	Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.	1	2	3	4
3.	Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.	1	2	3	4
4.	Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.	1	2	3	4
5.	Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.	1	2	3	4
6.	Kendi kendime "böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını" söylerim.	1	2	3	4
7.	Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.	1	2	3	4
8.	İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.	1	2	3	4
9.	Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.	1	2	3	4
10.	Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vazgeçiririm.	1	2	3	4
11.	Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.	1	2	3	4

		Asla	**Çok az böyle**	**Orta derecede**	**Çoğunlukla**

		böyle bir şey yapmam.	yaparım.	böyle yaparım.	böyle yaparım.
12.	Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.	1	2	3	4
13.	Kendimi yasadığım soruna alıştırmaya çalışırım.	1	2	3	4
14.	Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.	1	2	3	4
15.	Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.	1	2	3	4
16.	Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.	1	2	3	4
17.	Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.	1	2	3	4
18.	Allah`ın yardımını umarım.	1	2	3	4
19.	Bir eylem planı yaparım.	1	2	3	4
20.	Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.	1	2	3	4
21.	Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.	1	2	3	4
22.	Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.	1	2	3	4
23.	Arkadaş veya akrabalarımdan moral ve manevi destek almaya çalışırım.	1	2	3	4
24.	Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vazgeçerim.	1	2	3	4
25.	Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.	1	2	3	4
26.	Alkol ya da sakinleştirici alarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.	1	2	3	4
27.	Sorun olduğuna inanmayı reddederim.	1	2	3	4
28.	Duygularımı dışarı vururum.	1	2	3	4
29.	Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.	1	2	3	4
30.	Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.	1	2	3	4
31.	Sorunla karsılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.	1	2	3	4

		Asla böyle bir şey yapmam.	Çok az böyle yaparım.	Orta derecede böyle yaparım.	Çoğunlukla böyle yaparım.
32.	Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.	1	2	3	4
33.	Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.	1	2	3	4
34.	Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.	1	2	3	4
35.	Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım	1	2	3	4
36.	Sorunla ilgili şaka yaparım.	1	2	3	4
37.	İstediğimi elde etmek için uğraşmayı bırakırım.	1	2	3	4
38.	İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
39.	Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.	1	2	3	4
40.	Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
41.	Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.	1	2	3	4
42.	Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde çaba gösteririm.	1	2	3	4
43.	Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.	1	2	3	4
44.	Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.	1	2	3	4
45.	Benzer durumlarla karşılaşan kişileri bulur, durumda ne yaptıklarını sorarım.	1	2	3	4
46.	Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.	1	2	3	4
47.	Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek bunun için dobra dobra bir tavır takınırım.	1	2	3	4
48.	Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.	1	2	3	4

		Asla böyle bir şey yapmam.	Çok az böyle yaparım.	Orta derecede böyle yaparım.	Çoğunlukla böyle yaparım.
49.	Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.	1	2	3	4
50.	Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.	1	2	3	4
51.	Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.	1	2	3	4
52.	Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.	1	2	3	4
53.	Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.	1	2	3	4
54.	Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.	1	2	3	4
55.	Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.	1	2	3	4
56.	Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.	1	2	3	4
57.	Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
58.	Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.	1	2	3	4
59.	Başıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.	1	2	3	4
60.	Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.	1	2	3	4

Ek 5. Gilliam Otistik Bozukluk Derecelendirme Ölçeği-2-Türkçe Versiyonu (Gobdö-2-Tv)

Stereotip Davranışlar İle İlgili Maddeler	Hiç Gözlenmedi	Nadiren Gözlendi	Bazen Gözlendi	Sıklıkla Gözlendi
1. Göz kuntağı kurmaktan kaçınır.	0	1	2	3
2. Ellerine, nesnelere ya da çevresindeki uyaranlara en az 5 saniye gözlerini kaçırmadan bakar.	0	1	2	3
3. Parmaklarını gözlerinin önünde 5 saniye ya da daha fazla süreyle 5 saniye sağlar.	0	1	2	3
İletişim İle İlgili Maddeler				
15. Sözcükleri işaretle ya da sözel olarak tekrarlar (ekolali yapar).	0	1	2	3
16. Mevcut durumla ilgili olmayan sözcükleri tekrar eder (örn. Daha önce duyduğu sözcükleri tekrar eder ya da bir dakikadan daha önce duyduğu sözcükleri tekrar eder.	0	1	2	3
17. Sözcük ya da sözcük öbeklerini (birkaç sözcük) defalarca tekrar eder.	0	1	2	3
Sosyal Etkileşim İle İlgili Maddeler				
29. Göz kontağından kaçınır biri ona baktığında gözlerini başka tarafa çevirir.	0	1	2	3

30. Eğlendirildiği, güldürüldüğü ya da övüldüğü zamanlarda heyecansız ya da mutsuz bakar ya da gözlerini kaçırmadan sabit bir şekilde bakar.	0	1	2	3
31. Başkalarının fiziksel temaslarına karşı koyar (örn. Sarılma, şefkatle kucaklama, okşama)	0	1	2	3

KAYNAKÇA

Abidin, R. R. (2012). *Parenting stres index.* Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.

Ağargün, M. Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü. K., Özer Ö. K. ve Kara H. (2005). COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatr Dergisi*, 6, 221-226.

Akçakın, M. ve Erden, G. (2001). Otizm tanısı konmuş çocukların anne babalarındaki ruhsal belirtiler. *Çocuk Ruh Sağlığı Dergisi,* 8, 2-10.

Akkök, F., Aşkar, P. ve Karancı, N. (1992). Özürlü bir çocuğa sahip anne-babalardaki stresin yordanması. *Özel Eğitim Dergisi, 1*(2), 8-12.

Allik, H., Larsson, J. ve Smedje, H. (2006). Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Health and Quality of Life Outcomes, 4*(1), 1-19. doi: 10.1186/1477-7525- 4-1

Altınay, D. (2012). *Çalışan ve çalışmayan annelerin başa çıkma tutumları ve çocuk yetiştirme tutumları arasındaki farklılıkların incelenmesi.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul

Al-Yagon, M. (2007). Socioemotional and behavioral adjustment among school-age children with learning disabilities: The moderating role of maternal personal resources. *Journal of Special Education, 40*(4), 205–217.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Washington DC: APA.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Andersson, M. A. (2012). Identity crises in love and at work dispositional optimism as a durable personal resource. *Social Psychology Quarterly*, 75, 290–309.

APA (American Psychiatric Association), (1994). *Diagnostic and statistical manual of the mental disorders, 4th edn (DSM-IV).* Washington DC: APA Press.

APA (American Psychiatric Association), (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd, revised (DSM-III-R)*. Washington, D.C: APA Press.

Aydemir, S. E. (2015). *Otizmli çocukların ebeveynlerinin evlilik uyumlarının, başa çıkma stratejilerinin ve sosyal destek algılarının incelenmesi.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Ayten, A. (2012). *Tanrıya sığınmak.* İstanbul: İz Yayıncılık.

Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., Warren, Z. ve Durkin, M. S. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years autism and developmental disabilities monitoring network. *MMWR Surveillance Summaries*, *67*(6), 1-22.

Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Meldrum, D., ve Charman, T. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). *The lancet*, *368*(9531), 210-215.

Barber, B. K. ve Harmon, E. L. (2002). Violating the self: Parental psychological control of children and adolescents. B. K. Barber (Ed.), *Intrusive parenting: How psychological control affects children and adolescents* içinde (s. 15-52). Washington, DC: American Psychological Association Press.

Basım, H. N., ve Çetin, F. (2011). Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *22*(2), 104-114.

Bayat, M. (2007). Evidence of resilience in families of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research, 51*(9), 702-714.

Bekhet, A. K., Johnson, N. L. ve Zauszniewski, J. A. (2012). Resilience in Family Members of Persons with Autism Spectrum Disorder: A Review of the Literature. *Issues in Mental Health Nursing, 33*(10), 650-656. http://dx.doi:10.3109/01612840.2012.671441

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development,* 55, 83-96.

Benson, P. R. (2006). The impact of child symptom severity on depressed mood among parents of children with ASD: the mediating role of stress proliferation. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 36, 685-695.

Benson, P. R. ve Karlof, K. L. (2009). Anger, stress proliferation, and depressed mood among parents of children with ASD: A longitudinal replication. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 39*(2), 350-362. doi: 10.1007/s10803-008-0632-0

Beresford, B. (1994). Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 35, 171–209.

Bildirici, F. (2014). Özel Eğitime gereksinimi olan çocuğa sahip ailelerde aile yükü ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki. Yayınlanmış Yüksel Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Billings, A. G. ve R. H. Moos (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of personality and social psychology*, *46*(4), 877-891.

Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias.* Oxford: International Universities Press.

Block, J. ve Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: conceptual and empricial connections and seperateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 349-361.

Bonis, S. (2016). Stress and parents of children with autism: a review of literature. *Issues Ment Health Nurs, 37*(3), 153-163.

Bromley, J., Hare, D. J., Davison, K. ve Emerson, E. (2004). Mothers supporting children with autistic spectrum disorders: Social support, mental health status and satisfaction with services. *Autism*, *8*(4), 409-423.

Carver, C. S., Scheier, M. F. ve Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, *56*(2), 267-283.

Cassidy, A., McConkey, R., Truesdale-Kennedy, M. ve Slevin, E. (2008). Preschoolers with autism spectrum disorders: the impact on families and the supports available to them. *Early Child Development and Care*, *178*(2), 115-128.

Cohan, L., Sills, C. ve Stein, B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 585-599.

Cooper, C. E., McLanahan, S. S., Meadows, S. O. ve Brooks-Gunn, J. (2009). Family structure transitions and maternal parenting stress. *Journal of Marriage and Family, 71*(3), 558-574.

Copley, M. F. Ve Bodensteiner, J. B. (1987). Chronic sorrow in families of disabled children. *Journal of Child Neurology, 2*(1), 67-70.

Çengelci, B. (2009). Otizm ve down sendromlu çocuğa sahip annelerin kaygı, umutsuzluk ve tükenmişlik duygularının karşılaştırılması. *Ege Eğitim Dergisi, 10*(2), 1-22.

Dale, E., Jahoda, A. ve Knott, F. (2006). Mothers' attributions following their child's diagnosis of autistic spectrum disorder. *Autism, 10*(5), 463-479.

Darıca, N. Abidoğlu Ü. ve Gümüşçü Ş. (2017). *Otizm ve otistik çocuklar.* İstanbul: Özgür Yayınları.

Davis, N. O. ve Carter, A. S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. *Journal of Autism Developmental Disorders,* 38, 1278–1291.

Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice,* 5, 314-332.

Dember, W. N. (1974). Motivation and the cognitive revolution. *American Psychologist,* 29, 161-16.

Diken, İ. H., Ardıç, A. ve Diken, Ö. (2011). *Gilliam otistik bozukluk derecelendirme ölçeği-2-Türkçe versiyonu kullanım kılavuzu.* Ankara: Maya Akademi.

Doğan, T. (2015). Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being, 3*(1), 93-102.

Douce, L. A. ve Keeling, R. P. (2014). *A strategic primer on college student mental health.Washington.* DC: American Psychological Association.

Durukan, İ., Erdem, M., Tufan, A. ve Türkbay, T. (2010). Otistik spektrum bozukluğu olan çocukların annelerindeki baş etme tutumları ve depresyon ile anksiyete düzeyleriyle ilişkisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 17*(2), 75-82.

Ekas, N. ve Whitman, T. L. (2010). Autism symptom topography and maternal socioemotional functioning. *AJIDD: American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 115*(3), 234-249. doi: 10.1352/1944-7558-115.3.234

Eker, E. (2015). Otizme psikanalitik bir bakış. *Aydın Toplum ve İnsan Dergisi, 1*(1), 69-77.

Ektaş, E. E. (2017). *Otizm tanısı almış çocukların annelerinin psikolojik dayanıklılık, öz duyarlılık ve psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişkinin incelenmesi.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Er, D. M. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi,* 49, 155-168.

Erbay, E., Oğuz, N., Yıldırım, B. ve Fırat, E. (2016). Alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerin başa çıkma tutumları. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3, 597-609

Ergüner-Tekinalp, B. ve Akkök, F. (2004). The effects of a coping skills training program on the coping skills, hopelessness, and stress levels of mothers of children with autism. *International Journal for the Advancement of Counseling,* 26, 257–269.

Erkuş, A. (1994). *Psikolojik terimler sözlüğü*. Ankara: Doruk Yayınları.

Ersoy, Ö. ve Çürük, N. (2009). Özel gereksinimli çocuğa sahip annelerde sosyal desteğin önemi. *Aile ve Toplum Dergisi*, *5*(17), 104-110.

Esdaile, S. A. ve Greenwood, K. M. (2003). A comparison of mothers' and fathers' experience of parenting stress and attributions for parent child interaction outcomes. *Occup Ther Int,* 10, 115-126.

Essex, E. L., Seltzer, M. M. ve Krauss, M. W. (1999). Differences incoping effectiveness and well-being among aging mothers and fathers of adults with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation,* 104, 545–563.

Exline, J. J., Yali, A. M. ve Sanderson, W. (2000). Guilt, discord, and alienation: The role of religious strain in depression and suicidality. *Journal of Clinical Psychology*, *56*(12), 1481–1496.

Fein, D., Dixon, P., Paul, J. ve Levin, H. (2005). Brief report: Pervasive developmental disorder can evolve into ADHD: Case illustrations. *Journal of autism and developmental disorders*, *35*(4), 525-534.

Fırat, S. (2016). Otistik çocukların anne-babalarının depresyon ve kaygı düzeyleri. *Cukurova Medical Journal*, *41*(3), 539-547.

Fishman, S. N. ve Wolf, L. (1991). The Handicapped child: Psychological effects of parental, marital, and sibling relationships. *Pervasive Developmental Disorders*, *14*(1), 199-217.

Flaherty E. M. ve Glidden L. M. (2000). Positive adjustment in parents rearing children with Down syndrome. *Early Education and Development* 11, 407-422.

Fleming, R., Baum, A. ve Singer, J. F. (1984). Toward and integrative approach to the study of stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology*, *46*(4), 839-852.

Folkman, S. ve Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 21, 219-239.

Folkman, S. ve Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*, *48*(1), 150-170.

Folkman, S. ve Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social science & medicine*, *26*(3), 309-317.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J. ve DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, *50*(3), 571-579.

Fong, P. L. (1991). Cognitive appraisals in high- and low-stress mothers of adolescents with autism. *Journal of consulting and clinical psychology*, *59*(3), 471-474.

Fortier, L. ve Wanlass, R. (1984). Family crisis following the diagnosis of a handicapped child. *Family Relations,* 33, 13-24.

Frey, K. S., Greenberg, M. T. ve Fewell, R. R. (1989). Stress and coping among parents of handicapped children: A multidimensional approach. *American Journal on Mental Retardation*, 94, 240-249.

Frith, U. ve Happé, F. (2005). Autism spectrum disorder. *Current biology*, *15*(19), 786-790.

Gammon, E. A. ve Rose, S. D. (1991). The Coping Skills Training Program for parents of children with developmental disabilities: an experimental evaluation. *Research on Social Work Practice,* 1, 244-56.

Garmezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. *Recent research in developmental psychopathology*, *4*, 213-233.

Garmezy, N. ve Nuechterlein, K, (1972). Invulnerable children: The fact and fiction of competence and disadvantage. *American Journal of Orthopsychiatr,* 42, 328-329.

Geier, D. A., Kern, J. K. ve Geier, M. R. (2010). The biological basis of autism spectrum disorders: Understanding causation and treatment by clinical geneticists. *Acta Neurobiol Exp (Wars)*, *70*(2), 209-226.

Gillberg, C. ve Coleman, M. (1992). *The biology of the autistic syndromes.* London: Mac Keith Press.

Gizir, C. A. (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerinde bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3*(28), 113-128.

Glidden, L. M. ve Schoolcraft, S. A. (2003). Depression: its trajectory and correlates in mothers rearing children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research,* 47, 250-263.

Goldstein, S. (2018) Historical Perspective and Overview. S. Goldstein, S. Ozonoff, S. (ed.) *Assesment of austism spectrum disorder* içinde (s. 1-25). New york: The Guilford Press.

Gray, D. E. (2002). Ten years on: A longitudinal study of families of children with autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disability,* 27, 215–222.

Greeff, A. P., Vansteenwengen, A. ve Ide, M. (2006). Resiliency in families with a member with a psychological disorder. *The American Journal of Family Therapy,* 34, 285-300.

Grotberg, E. H. (1995). *The international resilience project: Research and application. Proceedings of the 53rd annual convention of ICP: Cross-cultural encounters.* Taipei: General Innovation Service (GIS).

Hartley, S. L., Barker, E. T., Seltzer, M. M., Greenberg, J. S. ve Floyd, F. J. (2011). Marital satisfaction and parenting experiences of mothers and fathers of adolescents and adults with autism. *AJIDD: American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 116*(1), 81-95. doi: 10.1352/1944- 7558-116.1.81

Hastings R. P., Kovshoff H., Brown T., Ward N. J., Espinoza F. D. ve Remington B. (2005a). Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism. *Autism: The International Journal of Research and Practice,* 9, 377–391.

Hastings, R. P. (2003). Child behaviour problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *Journal of Intellect Disabil Research,* 47, 231-237.

Hastings, R. P. ve Johnson, E. (2001). Stress in UK families conducting intensive home-based behavioural intervention for their young child with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 31, 327-336.

Hastings, R. P. ve Taunt, H. M. (2002). Positive perceptions in families of children with developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation,* 107, 116-127.

Hastings, R. P., Allen, R., McDermott, K. ve Still, D. (2002). Factors related to positive perceptions in mothers of children with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities,* 15, 269–275.

Hastings, R. P., Kovshoff, H., Ward, N. J., Degli Espinosa, F., Brown, T. ve Remington, B. (2005). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, *35*(5), 635-644.

Hayes, S. A. ve Watson, S. L. (2012). The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *43*(3), 629-642.

Heiman, T. (2002) Parents of Children with Disabilities: Resilience, Coping, and Future Expectations. *Journal of Developmental and Physical Disabilities,* 14, 159-171.

Herbert, M. R. (2010). Contributions of the environment and environmentally vulnerable physiology to autism spectrum disorders. Current opinion in neurology, *23*(2), 103-110.

Hoge, E. A., Austin, E. D. ve Pollack, M. H. (2007). Resilience: Research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depression and al Anxiety,* 24, 139-152.

Hortaçsu, N. (2003). Çocuklukta ilişkiler. Ana baba kardeş ve arkadaş. Ankara: İmge Kitabevi.

Işık, Ş. (2016b). Türkiye'de kendini toparlama gücü konusunda yapılmış araştırmaların incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 6*(45), 65-76.

İçöz, A. (2001). *Zihinsel engelli bir çocuğa sahip aile bireylerinin kaygı düzeylerinin incelenmesi.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Jacelon, C. S. (1997). The trait and process of resilience. *Journal of Advenced Nursing,* 25, 123-129.

Jenson, J. M. ve Fraser M.W. (2015) A risk and resilienceframework for child, youth, and family policy. Jenson J.M. ve Fraser M.W. (Ed.), *Social Policyfor Children and Families: A Risk and Resilience Perspective* içinde (s. 6-21). New York: SAGE Publications.

Kaba, İ. ve Keklik, İ. (2016). Öğrencilerin üniversite yaşamına uyumlarında psikolojik dayanıklılık ve psikolojik belirtiler. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Araştırmaları Dergisi, 2*(2), 98-111.

Kaner, S. Bayraklı, H. (2009). Engelli ve engelli olmayan çocuklu annelerde yılmazlık, sosyal destek ve stresle başa çıkma becerileri. *Eğitim Bilimleri ve Uygulama Dergisi, 8*(15), 115-133.

Kaner, S., Bayraklı, H. ve Güzeller, C. O. (2011). Anne-babaların yılmazlık algılarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi, 12*(2), 63-78.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child, 2*(3), 217-250.

Karacaoğlu, K. ve Köktaş, G. (2016). Psikolojik dayanıklılık ve psikolojik iyi olma ilişkisinde iyimserliğin aracı rolü: Hastane çalışanları üzerine bir araştırma. *İş ve İnsan Dergisi. | The Journal of Human and Work, 3*(2), 119-127. doi: 10.18394/iid.20391

Karaırmak, Ö. (2006). Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi,* 3(26), 129-142.

Karaman, Ö. (2018). Ordu İlinde Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılarının Yıllara Göre Değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi, 8*(1), 127-133.

Kinder, R. A. (2005). Psychological hardiness in women with paraplegia. *Rehabilitation Nursing, 30*(2), 68-72.

Konkan, R., Erkuş, G. H., Güçlü, O., Şenormancı, Ö., Aydın, E., Ülgen, M. C. ve Sungur, M. Z. (2014). İntihar Girişiminde Bulunan Kişilerde Başa Çıkma Tutumları. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, *51*(1), 46-51.

Korkmaz, B. (2003). Otizm. Kulaksızoğlu, A. (Ed.), *Farklı Gelişen Çocuklar* içinde. (s. 81-95). İstanbul: Epsilon Yayıncılık.

Korkmaz, B. (2010). Otizm: Klinik ve nörobiyolojik özellikleri, erken tanı, tedavi ve bazı güncel gelişmeler. Türk Pediatri Arşivi, 45(80), 37-44.

Köknel, Ö. (1988). *Zorlanan insan*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.

Köroğlu, E. (2013). *DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı.* Ankara: HYB Yayıncılık.

Kurşun, Z. (2018). *Yaygın gelişimsel bozukluğu olan ve normal gelişim gösteren çocukların anne babaların stres düzeyleri ve stresle başa çıkma yollarının karşılaştırılması*. Yayınlamamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Kurt, T. (2013). *Ebeveynleri boşanmış ergenlerin yılmazlık, benlik saygısı, başa çıkma ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi: Yılmazlığın aracı rolü.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Lazarus, R. S. (1991). Progress on a Cognitive Motivational-Relational Theory of emotion. *American Psychologist, 46*(8), 819-834.

Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, *44*(1), 1-22.

Lazarus, R. S. (1998). *Fifty years of the research and theory of RS Lazarus: An analysis of historical and perennial issues*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Lazarus, R. S. (1999). *A New Synthesis: Stress and Emotion.* New York: Springer Publishing Company.

Lazarus, R. S. ve Folkman, S. (1984). Goping and Adaptation. Gentry. W. D. (Ed.), *Handbook of Behavioural Medicine* içinde (s. 282-325). New York: The Guilford Pres

Lazarus, R. S. ve Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. M. H. Appley ve R. Trumbull (Ed.), *Dynamics of Stress: Physiological, psychologcal, and social perspectives* içinde (s. 63–80). New York: Plenum Press.

Leblanc, L., Richardson, W. ve Burns, K. A. (2009). Autism spectrum disorder and the inclusive classroom: Effective training to enhance knowledge of ASD and evidence-based practices. *Teacher Education and Special Education,* 32, 166-179.

Lecavalier, L., Leone, S. ve Wiltz, J. (2006). The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research,* 50, 172-183.

Levine, J., Warrenburg, S., Kerns, R., Schwartz, G., Delaney, R., Fontana, A., Gradman, A., Smith, S., Allen, S. ve Cascione, R. (1987). The role of denial in recovery from coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine,* 49, 109- 117.

Lin, C., Tsai, Y. ve Chang, H. (2008). Coping mechanisms of parents of children recently diagnosed with autism in Taiwan: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing, 17*(20), 2733-2740.

Lord, C., Risi, S., DiLavore, P. S., Shulman, C. Thurm, A. ve Pickles, A. (2006). Autism from 2 to 9 years of age. *Archives of General Psychiatry,* 63, 694-701.

Lyons A. M., Leon, S. C., Roecker Phelps, C. E. (2010). The impact of child symptom severity on stress among parents of children with ASD: The moderating role of coping styles. *Journal of Child and Family Studies, 19*(4), 516-524.

Manning, M. M., Wainwright, L. ve Bennett, J. (2011). The double ABCX model of adaptation in racially diverse families with a school-age child with autism. *Journal of autism and developmental disorders, 41*(3), 320-331.

Masten, A. S. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In Wang, M. C. ve Gordon, G. W. (Ed*.), Educational*

resilience in inner-city America içinde (s. 3-25). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

McCrae, R. R. (1984). Situational Determinants of Coping Responses: Loss, Threat and Challenge. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*(4), 919-928.

McStay, R. L., Dissanayake, C., Scheeren, A., Koot, H. M. ve Begeer, S. (2013). Parenting stress and autism: The role of age, autism severity, quality of life and problem behaviour of children and adolescents with autism. *Autism, 18*(5), 502-510.

Mitchell, D. (2004). *Stress, coping, and appraisal in an HIV-Seropositive rural sample: a test of the goodness-of-fit hypothesis*. Unpublished Doctoral dissertation. Ohio State University College of Art and Science, Columbus.

Moh, T. A. ve Magiati, I. (2012). Factors associated with parental stress and satisfaction during the process of diagnosis of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders, 6*(1), 293-303.

Mustafaoğlu Çiçek, N. (2019). *Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların anne-babalarında psikolojik dayanıklılık ve kardeşlerinde duygu düzenleme becerilerinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Naglieri, J. A. ve LeBuffe, P. A. (2004). Measuring resilience in children. S. Goldstein, R. B. Brooks (Ed.), *Resilience in children* içinde (s. 107-121). New York: Springer.

Narayanan, A. (2008). The resilient individual: a personality analysis Annalakshmi. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 34*(April), 110-118.

Okanlı, A., Ekinci, M., Gözüağca, D. ve Sezgin, S. (2004). Zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları psikososyal sorunlar. *Uluslararasrası İnsan Bilimleri Dergisi, 1*(1), 1-5.

Olshansky, S. (1962). Chronic sorrow: A response to having a mentally defective child. *Social Casework,* 43, 191-193.

Orsmond, G. I., Seltzer, M. M., Greenberg, J. S. ve Krauss, M. W. (2006). Mother-child relationship quality among adolescents and adults with autism. *American Journal on Mental Retardation, 111*(2), 121-137.

Özarslan, Z., Fıstıkcı, N., Keyvan, A., Uğurad, Z.I. ve Saygılı, S. (2013). Depresyon hastalarının stres ile başa çıkma stratejileri. *Marmara Medical Journal,* 130-135.

Özbek, E. (2018). *Engelli çocuğa sahip anneler ile engeli olmayan çocuğa sahip annelerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin depresyon açısından incelenmesi.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Toros Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.

Pakenham, K. I., Sofronoff, K. ve Samios, C. (2005). Adjustment in mothers of children with asperger syndrome: an application of the double abcx model of family adjustment. *Autism, 9*(2), 191-212.

Pargament, K. I., Smith, B.W., Koenig, H. G. ve Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion,* 37, 710-724.

Patterson, J. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family,* 64, 349-360.

Patterson, J. M. (1991). Family resilience to the challenge of a child's disability. *Pediatric Annals, 20*(9), 491-499.

Pearce, M. J., Singer, J. L. ve Prigerson, H. G. (2006). Religious coping among caregivers of terminally ill cancer patients: Main effects and psychosocial mediators. *Journal of Health Psychology,* 11, 743-759.

Pınar, E. (2018). Özel Eğitime Gereksinimi Olan Zihinsel Engelli Çocukların Annelerinin Başa Çıkma Becerileri ile Psikolojik Dayanıklılığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Pottie, C. G. ve Ingram, K. M. (2008). Daily stress, coping, and well-being in parents of children with autism: A multilevel modeling approach. *Journal of Family Psychology, 22*(6), 855-864.

Quine, L. ve Pahl, J. (1991). Stress and coping in mothers caring for a child with severe learning difficulties: A test of Lazarus' transactional model of coping. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 1*(1), 57-70.

Ramirez, E. R. (2007). Resilience: A concept analysis. *Nursing Forum*, 42, 73-82.

Reilly, T. W., Entwisle, D. R. ve Doering, S. G. (1987). Socialization into parenthood: A longitudinal study of the development of self-evaluations. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 295-308.

Resch, J. A., Benz, M. R. ve Elliott, T. R. (2012). Evaluating a dynamic process model of wellbeing for parents of children with disabilities: A multi-method analysis. *Rehabilitation Psychology, 57*(1), 61-72.

Roach, M. A., Orsmond, G. I. ve Barratt, M. S. (1999). Mothers and fathers of children with Down syndrome: parental stress and involvement in childcare. *American Journal on Mental Retardation,* 104, 422-436.

Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Tilson, M. ve Seeley, J. R. (1990). Dimensionality of coping and its relation to depression. *Journal of personality and Social Psychology, 58*(3), 499-511.

Rossi, N. E., Bisconti, T. L. ve Bergeman, C. S. (2007). The role of dispositional resilience in regaining life satisfaction after the loss of a spouse. *Death Studies, 31*(10), 863-883.

Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1094*(1), 1-12.

Satıcı, S. A. ve Deniz, M. E. (2017). Mizahla başa çıkma ve iyilik hali: psikolojik sağlamlık ve iyimserliğin aracılık rolünün incelenmesi. *İlköğretim Online,* 16(3), 1343-1356.

Schuntermann, P. (2009). Growing up with a developmentally challenged brother or sister: A model of engaging siblings based on mentalizing. *Harvard Review of Psychiatry, 17*(5), 297-314.

Scorgie, K., Wilgosh, L. ve Sobsey, D. (2004). The experience of transformation in parents of children with disabilities: Theoretical considerations. *Developmental Disabilities Bulletin*, *32*(1), 84-110.

Seltzer, M. M., Greenberg, J. S. ve Krauss, M. W. (1995). A comparison of coping strategies of aging mothers of adults with mental illness or mental retardation. *Psychology and Aging*, *10*(1), 64-75.

Seltzer, M. M., Hoyd, F. J., Greenberg, J. S. ve Hong, J. (2004). Accommodative coping and well-being of midlife parents of children with mental health problems or developmental disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(2), 187-195.

Seymour, M., Wood, C., Giallo, R. ve Jellett, R. (2013). Fatigue, stress and coping in mothers of children with an autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *43*(7), 1547–1554.

Smith L. E., Seltzer M. M., Tager-Flusberg H., Greenberg J. S. ve Carter A. S. (2008) A comparative analysis of well-being and coping among mothers of toddlers and mothers of adolescents with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 876-889.

Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. ve Jennifer Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194-200.

Sucuoğlu, B. (1995). Özürlü Çocuğu Olan Anne/Babaların Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2*(1), 10-18.

Szatmari, P. ve Jones, M. B. (1991). IQ and the genetics of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *32*(6), 897-908.

Şengün İnan, F. ve Çetinkaya Duman, Z. (2013). Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruh sağlığını etkileyen faktörler: sosyodemografik değişkenler ve stresle başa çıkma tarzları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16*(4), 205-211.

Temel, M. (2015). *Engelli çocuğa sahip aileler ile engelsiz çocuğa sahip ailelerin tükenmişlik ve psikolojik dayanıklılıklarının incelenmesi.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Türkan, M. M. (2017). *İşitme engelli çocukların annelerinin stres düzeyini ve evlilik doyumlarını yordayan değişkenlerin incelenmesi.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Türkoğlu, N. ve Artan, İ. (2001). Zihinsel engelli çocukların anne ve babalarının kaygı düzeylerine etki eden etmenlerin incelenmesi. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi, 1*(2), 41-53.

Uğuz, Ş., Toros, F. ve Yazgan İnanç, B. (2004). Assessment of anxiety, depression and stres levels of mothers of handicapped children. *Journal of Clinical Psychiatry, 7*(1), 42-47.

Uran, P. ve Soykan, A. A. (2015). Yaşam boyu otizm spektrum bozukluğu: klinik gidiş. *Türkiye Klinikleri Child Psychiatry-Special Topics, 1*(2), 67-74.

Üstüner Top, F. (2009). Otistik çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları sorunlar ile ruhsal durumlarının değerlendirilmesi: Niteliksel araştırma. *Çocuk Dergisi 9*(1), 34-42.

Verhoeff, B. (2013). Autism in flux: a history of the concept from Leo Kanner to DSM-5. *History of Psychiatry, 24* (4), 442-458.

Volkmar, F. R., Szatmari, P. ve Sparrow, S. S. (1993). Sex differences in pervasive developmental disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 23, 579-591.

Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family process, 42*(1), 1-18.

Walsh, F. (2003a). Changing families in a changing world: Reconstructing family normality. F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* içinde (s. 3-26). New York: Guilford.

Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience.* New York: Guilford Publications.

Warter, E. H. (2009). *Promoting resiliency in families of ındividuals diagnosed with an autism spectrum disorders: the relationship between parental beliefs and family adaptation.* Unpublished Doctoral Dissertation. Boston College Lynch Graduate School of Education, Boston.

Weiss, M. J. (2002). Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, andchildren with mental retardation. *Autism,* 6, 115-130.

Werner, E. E. ve Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High-risk children from birth to adulthood.* New York: Cornell University Press.

Werner, E. ve Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth.* New York: McGraw Hill.

Wing, L. (1984). Some questions on sex differences. *Journal of autism and developmental disorders, 14*(2), 211-214.

Yassıbaş, U., Şahin, C. H., Çolak, A. ve Toprak, Ö. M. (2019). Çocukları otizm spektrum bozukluğu olan ailelerin yaşam deneyimlerine yönelik yapılan çalışmaların incelenmesi: Meta-sentez çalışması. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi - Journal of Qualitative Research in Education, 7*(1), 86-113. doi:10.14689/issn.2148-2624.1.7c1s.4m

Yılmaz-Börekçi, D. ve Gerçek, M. (2018). "Resilience" kavramının sosyal bilimlerde türkçe kullanımları bağlamında değerlendirilmesi. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 30, 41-51.

Yosunkaya, E. (2013). Otizm etyolojisinde genetik ve güncel perspektif. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, *76*(4), 84-88.

Zauszniewski, J. A., Bekhet, A. K. ve Suresky, M. J. (2010). Resilience in family members of persons with serious mental illness. *Nursing Clinics of North America, 45*(4), 613-626. doi: 10.1016/j.cnur.2010.06. 007

Zengin, B. (2013). *Özel eğitime muhtaç çocuğa sahip ebeveynlerin algıladıkları sosyal destek, psikolojik dayanıklılık ve umut düzeyleri.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.