KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DİSİPLİNLERARASI AİLE DANIŞMANLIĞI ANABİLİM DALI
AİLE DANIŞMANLIĞI TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUĞA SAHİP AİLELERİN BAKIM VERME YÜKLERİ VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Mehmet TOPBAŞ

Yüksek Lisans Tezi

KONYA

2022

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUĞA SAHİP AİLELERİN BAKIM VERME YÜKLERİ VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Mehmet TOPBAŞ

KTO Karatay Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Disiplinlerarası Aile Danışmanlığı Anabilim Dalı
Aile Danışmanlığı Tezli Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hatice YALÇIN

Konya
Şubat, 2022

KABUL VE ONAY

Mehmet TOPBAŞ tarafından hazırlanan "Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuğa Sahip Ailelerin Bakım Verme Yükleri ve Psikolojik sağlamlıkları Arasındaki İlişki" başlıklı bu çalışma, Şubat 2022 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyesi: **Dr. Öğr. Üyesi Yahya ÇIKILI** _____
Necmettin Erbakan Üniversitesi

Jüri Üyesi: **Dr. Öğr. Üyesi Figen TÜRK DÜDÜKCÜ** _____
KTO Karatay Üniversitesi

Tez Danışmanı: **Doç. Dr. Hatice YALÇIN** _____
KTO Karatay Üniversitesi

Jüri tarafından kabul edilen bu çalışmanın Yüksek Lisans olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

_____

Prof. Dr. Hüseyin Bekir YILDIZ
Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Enstitü tarafından onaylanan Yüksek Lisans tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını basılı veya dijital biçimde arşivleme ve aşağıda belirtilen koşullar dahilinde erişime açma iznini KTO Karatay Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle, Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak ve gelecekteki çalışmalar (makale, kitap, lisans, patent vb.) için tezimin tamamının veya bir bölümünün kullanım hakları yalnızca bana ait olacaktır.

Tezimin bütünüyle kendi çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izinle kullanılması zorunlu olan kaynakları, yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde izinlerin suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayımlanan "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" kapsamında, tezim, aşağıda belirtilen koşullar haricince, YÖK Ulusal Tez Merkezi ve KTO Karatay Üniversitesi Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

☐ Enstitü / Fakülte Yönetim Kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir.[1]

☒ Enstitü / Fakülte Yönetim Kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir.[2]

☐ Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.[3][4]

Şubat 2022

Mehmet TOPBAŞ

---

[1] MADDE 6(1) Lisansüstü tezle ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

[2]MADDE 6(2) Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

[3]MADDE 7(1) Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

[4] MADDE 7(2) Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

ETİK BEYAN

KTO Karatay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kurallarına uygun olarak Doç. Dr. Hatice YALÇIN danışmanlığında tarafımdan üretilen bu tez çalışmasında; sunduğum tüm veri, enformasyon, bilgi ve belgeler ibilimsel etik kuralları çerçevesinde elde ettiğimi, tüm değerlendirme, analiz, bulgu ve sonuçları bilimsel usullere uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım kaynakların tümüne bilimsel normlara uygun biçimde atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim

Şubat 2022

_____

Mehmet TOPBAŞ

TEŞEKKÜR

Öncelikle zorlu yüksek lisans eğitiminde tez konusunu seçerken ve tez yazım sürecinde bana sonsuz desteğini gösteren, bilgi ve tecrübesini samimiyetle paylaşan, 18 yıllık eğitim hayatım boyunca karşıma çıkan, en kaliteli ve en değerli Hocam Doç. Dr. Hatice YALÇIN'a şükranlarımı sunuyorum.

Jürilerimde yer alarak kıymetli yorumlarını benimle paylaşan Dr. Öğr. Üyesi Figen TÜRK DÜDÜKCÜ ve Dr. Öğr. Üyesi Yahya ÇIKILI hocalarıma saygılarımı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Tezimin ölçeklerini uygulamamda bana yardımcı olan Selçuklu Otizmli Bireyler Eğitim Vakfı Eğitim Direktörü Zekeriya Alperen SAĞDIÇ'a ve vaktini ayırıp anketlerimi dolduran pek kıymetli velilerime teşekkürü bir borç bilirim.

Tüm hayatım boyunca akademik olarak sürekli iyi yerlere gelmemi canı gönülden isteyen, her türlü maddi manevi desteğini sonsuz veren babam Mustafa TOPBAŞ'a, tez yazım sürecinde beni hep destekleyen ve motive eden değerli eşim Vesile TOPBAŞ'a ve yanımda her zaman hissettiğim aileme sonsuz sevgimi ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Şubat, 2022 Mehmet TOPBAŞ

ÖZET

Mehmet TOPBAŞ

Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuğa Sahip Ailelerin Bakım Verme Yükleri ve Psikolojik Sağlamlıkları Arasındaki İlişki

Yüksek Lisans

Konya, 2021

Bu araştırmada amaç otizm spektrum bozukluğu (OSB) olan çocuğa sahip ailelerin bakım verme yükleri ve psikolojik sağlamlıkları arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu araştırma genel tarama modellerinden ilişkisel tarama modelinde yapılmıştır. Araştırmanın evreni, otizm spektrum bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerdir. Ebeveynlerin bakım verme yükü ve psikolojik dayanıklılığının değerlendirilmesi amacıyla, kolay örneklem belirleme yolu tercih edilmiştir. Veriler, Konya ili merkez ilçelerindeki özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri ve Selçuklu Otizmli Bireyler Eğitim Vakfı (SOBE) kurumundaki gönüllü ebeveynlerden elde edilmiştir. Araştırmada otizm spektrum bozukluğu olan çocuğuna bakım veren ailelere "Kişisel Bilgi Formu", "Bakım Verme Yükü Ölçeği" ve "Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği" uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPPS 25 istatistik paket programı kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre yaşı küçük ebeveynler daha düşük bakım verme yükü hissetmektedir; daha yüksek sosyal ilişki kurmaktadır ve daha yüksek psikolojik sağlamlık becerilerine sahiptirler. Yaş ilerledikçe bakım yükü artmakta ve psikolojik sağlamlık azalmaktadır. OSB bulunan erkek çocuklara bakım verenler, daha yüksek bakım verme yükü puanına sahiptir. OSB bulunan 3 yaşından küçük çocukların ebeveynleri, bakım yüklerinin az olduğunu belirtmektedirler. Bakım veren kişinin sürekli tedavi gerektiren kronik bir hastalığı varsa ve daha düşük bir gelire sahip ise ilişkisel kaynaklar puanı düşük olmaktadır. Araştırmanın engelli bireyi bulunan ailelere yönelik aile danışmanlığı uygulamalarında, önemli bir kaynak olacağı öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler

Otizm spektrum bozukluğu, bakım verme yükü, psikolojik sağlamlık, aile danışmanlığı.

ABSTRACT

Mehmet TOPBAŞ

Investigation of Caregiver Burden and Quality of Life of Families with Children with Autism Spectrum Disorder

Master'sThesis

Konya, 2021

The aim of this study is to examine the relationship between caregiving burden and psychological resilience of families with children with autism spectrum disorder (ASD). This research was carried out in relational screening model, which is one of the general screening models. The universe of the research is parents who have a child with autism spectrum disorder. In order to evaluate the caregiving burden and psychological resilience of the parents, easy sampling method was preferred. The data were obtained from volunteer parents in the special education and rehabilitation centers in the central districts of Konya and the Seljuk Autism Individuals Education Foundation (SOBE). In the study, "Personal Information Form", "Caring Burden Scale" and "Adult Psychological Resilience Scale" were applied to families who care for their children with autism spectrum disorder. SPPS 25 statistical package program was used to evaluate the data. According to the results of the research, younger parents feel a lower burden of caregiving; They establish higher social relationships and have higher resilience skills. As age progresses, the burden of care increases and psychological resilience decreases. Caregivers of boys with ASD have higher caregiver burden scores. Parents of children under the age of 3 with ASD state that their care burden is low. If the caregiver has a chronic disease that requires continuous treatment and has a lower income, the relational resources score is low. It is predicted that the research will be an important resource in family counseling practices for families with a disabled person.

Keywords

Autism spectrum disorder, caregiving burden, psychological resilience, family counseling.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY i
BİLDİRİM ii
ETİK BEYAN iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZET v
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER vii
TABLOLAR DİZİNİ ix
ŞEKİLLER DİZİNİ x
KISALTMALAR DİZİNİ xi
1. GİRİŞ 1
1.1. Araştırmanın Amacı 5
1.2. Araştırmanın Önemi 5
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları 7
1.4. Araştırmanın Varsayımları 7
1.5. Tanımlar 7
2. GENEL BİLGİLER 11
2.1. Otizm Spektrum Bozukluğu 11
2.1.1. Otizm Tanımı ve Kapsamı 11
2.1.2. Otizmin Yaygınlık Oranı 12
2.1.3. Otizmin Nedenleri 14
2.1.4. Otizmin Belirtileri 15
2.1.5. Otizmin Ölçümü ve Değerlendirilmesi 17
2.2. Bakım Verme Yükü 19
2.2.1. Bakım Verme Yükünün Kapsamı 19
2.2.2.Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler 20
2.2.3. Bakım Verme Yükünün Ölçümü 22
2.3. Psikolojik Sağlamlık 22
2.3.1. Psikolojik Sağlamlık Kavramı 22
2.3.2. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler 25
3. YÖNTEM 27
3.1. Araştırmanın Modeli 27

3.2. Çalışma Grubu 27
3.3. Veri toplama araçları 30
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi 31
4. BULGULAR 33
5. TARTIŞMA 48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 53
KAYNAKLAR 60
EKLER 70
ARAŞTIRMA İZİN TALEBİ 74
ARAŞTIRMA İZİN ONAYI 75
ETİK KURUL BELGESİ 76
ÖZGEÇMİŞ 77

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. OSB'nin tanılanma ve değerlendirilmesinde kullanılan ölçme araçları 18

Tablo 2: Otizm tanısı alan çocukların demografik bilgileri (N=205) 28

Tablo 3: Otizm tanısı alan çocuğa sahip ailelerin demografik bilgileri (N=205) 29

Tablo 4: Bakım Verme Yükü Ölçeği ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeğine ilişkin bilgiler(N=205) 33

Tablo 5: Ebeveynin yaş gruplarında ölçeklerin değerlendirilmesi (n=205)..... 35

Tablo 6:Bakım veren kişiye göre ölçeklerin değerlendirilmesi (N=205) 36

Tablo 7:Çocuğun cinsiyetine göre ölçeklerin değerlendirilmesi (n=205) 37

Tablo 8:Çocuğun yaşına göre ölçeklerin değerlendirilmesi 38

Tablo 9: Bakım veren kişinin eğitim durumuna göre ölçeklerin değerlendirilmesi 39

Tablo 10:Çocuğun kardeş sayısına göreölçeklerin değerlendirilmesi (N=205)..... 40

Tablo 11:Çocuğa en uzun süre bakım veren kişiye göreölçeklerin değerlendirilmesi (N=205)..... 41

Tablo 12:Bakım veren kişinin kronik hastalığı olup olmadığına göre ölçeklerin değerlendirilmesi (N=205)..... 42

Tablo 13:Çocuğun anne babasının aile durumu göre ölçeklerin değerlendirilmesi (N=205)..... 43

Tablo 14:Çocuğun ailesinin ekonomik düzeyine göre ölçeklerin değerlendirilmesi (N=205)..... 44

Tablo 15:Anne ve babaların evlilik süresine göre ölçeklerin değerlendirilmesi (N=205) 45

Tablo 16:Bakım Verme Yükü Ölçeği ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki (N=205) 46

Tablo 17:Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin Bakım Verme Yükü Ölçeği üzerindeki etkisi 47

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Otizm Spektrum Bozukluğu görülme sıklığı 13

Şekil 2.2. Otizm spektrum bozukluğunun olası nedenleri 14

Şekil 2.3. Herrman psikolojik sağlamlık modeli..... 23

KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltma	Açıklama
Akt.	Aktaran
ANOVA	Tek Yönlü Varyans Analizi
CDC	Centers for Disease Control and Prevention/Hastalık Kontrol Önleme Merkezi
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
YİPDÖ	Yetişkinler için Psikolojik Sağlamlık Ölçeği
OSB	Otizm Spektrum Bozukluğu
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund

1. GİRİŞ

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) hayat boyu devam eden, sosyal etkileşimde, iletişimde ve sınırlı ve tekrarlayıcı davranış veya ilgilerin varlığında önemli ölçüde bozulma ile tanınan, yaşam boyu süren bir gelişimsel bozukluktur (Weiss, 2002). Misquiatti, Brito, Ferreira ve Junior (2015)otizmin sosyal etkileşimde bir zorluk ve yüksek bir duyusal algı olduğunu açıklamaktadırlar. Ayrıca otizm, bireyi sosyo-iletişimsel etkileşimden ve öğrenme faaliyetinden alıkoyan karmaşık bir nörogelişimsel sorun olarak da tanımlanmaktadır (Stuart ve McGrew, 2009).

Günümüzde otizmli çocukların sayısı önemli ölçüde artmakta ve buna bağlı olumsuz etkiler nedeniyle bir aile için stresli bir olay olarak değerlendirilmektedir (Lerthattasilp, Charernboon, Chunsuwan & Siriumpunkul, 2015). Erkeklerin OSB olma olasılığı kadınlardan 4 kat daha fazladır (Fombonne, 2003).Otizm belirtileri genellikle erken çocukluk döneminde görülmeye başlamaktadır. Bu belirtilerin etkileri ömür boyu devam ederek bireylerin iletişim kurma ve sosyal etkileşimlerini olumsuz yönde etkilemektedir (Chappel ve Somers, 2010).

Tekrarlayıcı davranışlar (stereotipik davranışlar) sık görülmektedir. Çocuğun duyduklarını aynı ses tonuyla tekrar etmesi, nesneleri belli bir düzene göre dizme, oyuncakları amaçları dışında çevirme, işlevine uygun olarak oynamama gibi kalıplaşmış ve tekrarlı şekilde devam eden motor hareketleri vardır. Bir rutine ısrarlı olarak bağlı kalma rutinleri dışına çıkıldığında ise sinirlenme ve stres gibi duyguları yaşama, çok sınırlı bir konuya karşı aşırı düzeyde ilgi besleme ve duyusal uyaranlardan aşırı rahatsız olma ya da tam tersi olarak duyusal uyaranlardan olağan dışı zevk alma gibi davranışlar şeklinde ortaya çıkmaktadır (Kuder ve Accardo, 2018).

OSB'li çocukların bakım ihtiyaçları önemlidir. OSB semptomları ebeveynleri ve kardeşleri de etkiler ve önemli sosyal destek kaynaklarının katkı sağlamasını gerektirir (Shattuck, Narendorf, Cooper, Sterzing, Wagner& Taylor, 2012). 2015 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde OSB'li çocuklara ve yetişkinlere bakmanın doğrudan ve dolaylı maliyetlerinin 268 milyar dolar olduğu, bunun da bazı kronik hastalıkların toplam maliyetinden daha fazla olduğu ortaya konmuştur. OSB'li bir bireyin eşlik eden herhangi bir zihinsel engeli olup olmadığına bağlı olarak 1,4 ila 2,4 milyon dolar arasında ekonomik yük getirdiğini belirtmektedir. (Cheak-Zamora, Maurer-Batjer,

Malow& Coleman, 2020). Bir araştırmada Egilson, Jakobsdottir, Olafsoon ve Leosdottir (2017).

OSB'li bireylerin ve ailelerinin ihtiyaçları yaşam boyu etkili tıbbi, davranışsal, eğitimsel ve sosyal hizmet sunulmasını, yoğun kaygılar ve yaşam kalitesinin düzeyinin düşüklüğü nedeniyle zorunlu aile danışmanlığı hizmetinin sunulmasını gerektirir. OSB'li bireylerin ve ailelerinin önemli sağlık, eğitim ve sosyal ihtiyaçları, kaynak, araştırma ve mesleki eğitim için kritik bir ihtiyaç alanı oluşturmaktadır. (Cheak-Zamora, Maurer-Batjer, Malow& Coleman, 2020; Hendricks ve Wehman, 2009).

OSB, geçmişte olduğundan daha sık teşhis edilmektedir. Amerikan Pediatri Akademisi'nin (AAP) "Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocukların Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi" klinik raporu ile "Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocukların Yönetimi" klinik raporunda; çocuklarda OSB'nin yaygınlık oranlarının artmış olduğu bildirilmiştir (Burke, Raley, Shogren, Hagiwara, Mumbardó-Adam, Uyanik& Behrens, 2020). OSB oranlarının artma nedenleri araştırıldığında potansiyel risk faktörlerinin anlaşılması, OSB ile birlikte ortaya çıkan tıbbi durumların tanılama işlemlerinin kolaylaşması ve etiyoloji için genetik katkı konusundaki farkındalığın gelişmiş olmasının etkisi vardır. "Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocukların Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi" klinik raporu; OSB'li çocuk ve gençlerin bakımı için önceki raporlara ve rehberliğe dayanmaktadır. Ayrıca, tanı ölçütlerindeki değişiklikler de OSB tanı konma sıklığını artırmıştır (Egilson, Jakobsdottir, Olafsoon& Leosdottir, 2017).

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından hazırlanan ve 2000 yılında yayımlanan, dördüncü baskısının DSM-IV-TR metin revizyonunda, psikiyatrik ve nörolojik bozukluklar sınıflandırılmakta, kodlanmakta, tanı kriterleri sunulmaktadır. Her bir ruhsal bozukluğun tanı kriterleri, temel özellikleri, bozukluk ile ilişkili klinik bilgiler ve tanıya yönelik ayırıcı değerlendirmeleri verilmektedir. Başka türlü belirtilmeyen yaygın gelişimsel bozukluğun (OSB) mevcut bildirilen yaygınlık oranı 1/59 (yaklaşık %1,7) olarak gösterilmektedir (Cheak-Zamora, Maurer-Batjer, Malow& Coleman, 2020). Nagaraju ve Wilson (2013) tarafından çocuk rehberlik kliniğine giden çocuklar arasında psikolojik sorunları değerlendirmek için yapılan bir araştırmada, çocukların yaklaşık %10'unda OSB semptomları bulunduğu saptanmıştır.

Multidisipliner eğitimsel ve davranışsal yaklaşımlar (örneğin, uygulamalı davranış analizi, sosyal ve dil gelişimi için beceri odaklı eğitim terapileri) OSB tanılı bireylerde ve bakım verenlerde anksiyete, depresyon, dikkat eksikliği bozukluğu gibi spesifik semptomlara yönelik danışmanlık hizmetlerinin genişlemesine yol açmıştır (Morgan ve Riesen, 2016). Ancak ne yazık ki, OSB tanılı çocukların bakıcıları sayısız zorlukla karşı karşıyadır ve birçok çalışma, depresyon da dahil olmak üzere psikolojik sorunların arttığını bildirmektedir (Giallo, Wood, Jellett&Porter, 2013).

Aynı zamanda otizm semptomları bulunan çocuğa sahip birçok ebeveyn, çocuklarının geleceği için ne bekleyeceklerini bilememektedir. Artık çocuğa bakmak için etrafta olmadıklarında çocuklarına ne olacağı konusunda endişelenmekte ve bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetleri nin çocuğu için yeterince iyi olmadığından korkmaktadırlar (Rankin, Haut, Keefover& Franzen,1994).

Otizmli olan bireylere bakım veren kişilerin genellikle anneleri olduğu gözlenmektedir. Kronik bir rahatsızlık olan otizm spektrum bozukluğu, ailelerde psikolojik sorunlar, duygusal sıkıntılar, fiziksel hastalıklar, ailelerin dağılması, ilişkilerin bozulmasını, sosyal hayatın azalmasını ve ekonomik problemlerin görülmesine neden olmaktadır. Bakım yükünün üstlenmesi anında ailelerde ekonomik, psikolojik, sosyal ve fiziksel problemler yaşandığı görülmektedir (Nagaraju ve Wilson, 2013). Bakım veren yükü ile ilgili faktörler, OSB tanılı bireyleri önemli oranda etkilemektedir. OSB semptomları olan çocuğun semptomlarının şiddeti, bakım verenin yaşam sorunlarının sayısı ve bakım verenin aldığı desteğin düşüklüğü OSB tanılı çocuğa bakım veren bireylerin psikolojk dayanıklılık durumunu da etkilemektedir (Toonsiri, Sunsern & Lawand, 2011).

Zorluklar karşısında her bireyin dayanıklılığı, risk ve koruyucu faktörler ile ilişkilidir. Dayanıklılık, OSB'nin doğal seyrinde görülen ve otizm semptomları ile ilişkili risk faktörlerine maruz kalma sonucunda problemlerle başetme davranışlarını kapsamaktadır. Otizmin yüksek prevalansı, bakım veren ailelerde ruh sağlığının önemini gösterir ve dayanıklılık, onların refahlarını sürdürmeleri için anahtar bir yapı olarak tanımlanmaktadır (Osborne, McHugh, Saunders & Reed, 2008).OSB'li çocuklara bakmak, bakıcıların çocuklarının olağandışı davranışlarıyla baş etmede, onlara etkileşim kurmayı öğretmede, onlara temel yaşam becerilerini öğretmede, onları tehlikeden korumada ve yetişkinliğe geçişlerine hazırlanmada zorluklarla karşılaşmaları

gerektiğinden zordur (Divan, Vajaratkar, Desai, Strik-Lievers & Patel, 2012). Bakım vermenin bu çok boyutlu gereksinimi karşısında OSB tanılı bireylere bakım veren bireyler, OSB'li çocuğun davranış problemlerine ilişkin stres, kavram yanılgıları, suçluluk duygusu ve kendini suçlama gibi karmaşık duygular yaşamaktadırlar (Nagaraju ve Wilson, 2013). Bu karmaşık duyguların yaşanması, bakım veren bireyin psikolojik dayanıklılığını sürdürmesini zorlaştırmaktadır (Yumpi, 2018).

Bakım veren kişi, uykusuzluk, stres, halsizlik ve yıpratıcı çalışma şartları ile kendini ifade etmekte bile sürekli zorluk çeken otistik bireylere bakım vermektedirler ve bu durum da bakım veren kişinin hayatını olumsuz yönde etkilemektedir (Rankin, Haut, Keefover& Franzen,1994). Tüm bu olumsuz yaşam koşulları da bakım veren bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyin i azaltmaktadır (Çelik, Şahin & Yetim, 2012).Otizmdeki sonuçlara ilişkin araştırmaların çoğu, bir veya birkaç alana (örneğin iş, arkadaşlıklar) veya yalnızca nesnel ölçümlere (örneğin istihdam durumu, kavram öğretimi) odaklanmıştır(Bartone, Roland, Picano & Williams, 2008). Psikolojik sağlamlık öznel iyi oluşu içeren daha kapsamlı, çok boyutlu bir kavramdır ve otizmli çocukları değerlendirmek için çok uygundur (Barrios, Narcico&Guerreiro, 2013).

Kapp ve Brown (2011) her bireyin aynı stres altında aynı ölçüde dayanıklı olmadığını, bakım verenlerin otizm spektrum bozukluğu olan bir bireyin bakım ve eğitimiyle sürekli ilgilenme durumlarında kendilerini toparlama güçlerinin psikolojik sağlamlık ile ilişkili olduğunu belirtmektedirler. Psikolojik sağlamlıkla ilgili son yıllarda artış gösteren araştırmalara rağmen üzerinde hemfikir sağlanmış evrensel bir kuramın olmadığı, özellikle otizmli çocukla ilgilenen bakım veren bireylerin bakım verme yükü ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında yeterince araştırma yapılmadığı görülmektedir. Bu nedenle, bu çalışmanın ilk amacı otizmli bireylerin psikolojik dayanıklılığını araştırmaktır ve bakım veren bireylerle ilişkisini ortaya koymaktır.

OSB tanılı bireylere bakım verenlerin psikolojik dayanıklılığı kendini, ailesini, yakın çevresini ve bakım verdiği OSB'li bireyi her yönden etkileyeceği ve dolayısıyla bakım yükünü azaltabileceği için (Cavkaytar, 1999) bakım verenlere odaklanan çalışmalara ihtiyaç vardır. OSB tanılı çocuk ve bakım verenleri etkileyen faktörler çok fazladır ve bakımın sağlanmasında uygun adımların atılabilmesi için otizmli bireylere yönelik bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerine artan bir ihtiyaç bulunmaktadır. Bu nedenle

bu araştırmada OSB'li bir çocuğa bakım veren bireyler tarafından algılanan yükün boyutunu değerlendirmek ve psikolojik sağlamlık durumlarını değerlendirmek için bir çalışma yürütülmüştür. Otizmli çocuğa bakım veren bireylerin iyilik hali ile yakından ilişkili olan psikolojik sağlamlık durumlarının belirlenmesinin alanyazınına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Türkiye'de bu konuyu ele alan çalışmaların az olması dikkate alındığında bu çalışmanın amacı, psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine yapılan çeşitli çalışmaları irdeleyerek, psikolojik sağlamlığın ülkemizde risk ya da zorlu yaşam ortamlarında yetişen çocuk ve ergenlere yönelik çalışmalardaki önemine dikkat çekmek ve bu konuda temel bir bakış açısı oluşturmaktır.

Bu bilgiler ışığında bu araştırmanın amacı,otizm spektrum bozukluğu olan çocuğa sahip ailelerin bakım verme yükleri ve psikolojik sağlamlıkları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Buaraştırmanın amacı doğrultusunda araştırmanın problem cümleleri aşağıda verilmiştir;

- Otizm spektrum bozukluğu olan çocuğa bakım veren kişilerin bakım yükü ve psikolojik sağlamlıkları ne düzeydedir?
- Otizm spektrum bozukluğu olan çocuğuna bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile birey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Otizm spektrum bozukluğu olan bireylere bakım veren kişilerin bakım yükü düzeyi ile psikolojik sağlamlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, otizm spektrum bozukluğu olan çocuğa sahip ailelerin bakım verme yükleri ve psikolojik sağlamlıkları arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

1.2. Araştırmanın Önemi

Dünyada ve ülkemizde gün geçtikçe artan otizm vakaları karşısında yapılan çalışmalar, otizmli birey ile en çok vakit geçiren ve bakım verenlerin sosyal, duygusal açıdan desteklenmesi gerekliliğine odaklanmaktadır. Otizm bulgularının azaltılması ve sürecin iyi yönetilmesi için yapılan desteklerin, bakım verenler tarafından pekiştirilmesi ve

genellenmesi gerekmektedir. Bu süreçte bakım veren kişilerin, aile danışmanlığı alanında çalışan profesyoneller tarafından doğru yönlendirilmesine ek olarak, sahip oldukları psikolojik dayanıklılığın yüksek düzeyde olması, aile danışmanlığına ihtiyacı olan özel gereksinimli ve OSB tanılı bireyler açısından çok önemlidir.

Literatürdeki çalışmaların çoğu otizmli bireye sahip olan bakım verenlerin, normal gelişim gösteren ya da başka bir engeli olan bireye bakım verenlere oranla daha yüksek düzeyde psikolojik sıkıntı çektiklerini göstermektedir. Bunun yanı sıra aktivitelere daha az katılımlarının olduğu, çocuklarının bakımıyla ilgili daha fazla sorumluluk üstlendikleri, gelecekle ilgili normal gelişim gösteren çocukların bakım verenlerine nazaran daha fazla endişe ve kaygı taşıdıkları görülmektedir. Aileler yaşadıkları stresin kaynağını; otizmli çocuklarının okuldaki başarısızlıkları, davranış problemleri, sosyal yaşamlarının kısıtlanması, çocuklarını yanlarına almadan hiçbir yere gidememeleri, sosyal yaşamla ilgili yaşadıkları zorluklar, çocuklarının sürekli bakımı ve kontrolü olarak ifade etmektedir. Bakım verenlerin yaşadıkları bu yükler psikolojk dayanıklılıklarını etkilemektedir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda bakım yükü genel olarak fizyolojik rahatsızlıklara sahip bireyler açısından değerlendirilmektedir. Fakat otizm bulguları olan bireylerin ruhsal bir engelle karşı karşıya oldukları düşünüldüğünde, sahip oldukları otizm derecesine göre yaşam boyu sürecek bir bakıma ve desteğe ihtiyaçları olacağı söylenebilir. Otizmli çocuklara bakmakla yükümlü bireylerin, psikolojik dayanıklılığının yüksek tutulması, bakım ve eğitim sürecinde çeşitli ihtiyaçlarının karşılanması için, yaşadıkları zorluklar çeşitli kriterlere göre saptanmalı ve araştırılmalıdır. Bu amaçla yapılacak araştırmalar, bakım yükü azaltılmış ve psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerin artması için zemin hazırlayacak, böylece halen nedeni tam olarak açıklanamayan bu rahatsızlıkla baş etme sürecinde bakım veren kişiler ve otizmli bireylerin iyi oluşlarına fayda sağlayacaktır.

Otizm spektrum bozukluğu olan çocuğa sahip ailelerin bakım verme yükleri ve psikolojik sağlamlıkları bir arada incelenerek aileler güçlendirilmeli ve aile içi ilişkilerinde başarılı olabilmeleri için desteklenmeli, bakım yüküyle başetmelerine rehberlik edilmeli ve bu konularla ilgili aile danışmanlığı alanında çalışan profesyonellerde farkındalık oluşturulmalıdır. Bu çalışmada otizmli bireylerin

ailelerinin bakım yükleri ve psikolojik sağlamlıkları;bütüncül bakış açılarıyla yaklaşılarak incelenmesi ve gelecekteki çalışmalara ışık tutması amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma; Konya ili merkez ilçelerindeki özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri ve Selçuklu Otizmli Bireyler Eğitim Vakfı(SOBE) kurumunda öğrenim gören otizm spektrum tanısı almış çocuklara bakım verenler ile sınırlıdır, genellenemez.

1.4. Araştırmanın Varsayımları

Araştırma;

- Konya ilinde bulunan otizm spektrum bozukluğu bulunan çocukların anne ve babalarının örneklem olarak belirlendiği çalışma grubunun, evreni yeteri kadar temsil ettiği,
- Çalışma grubuna dahil olan ebeveynlerin anketteki sorulara samimi, içten ve gönüllü olarak doğru cevaplar verdikleri varsayılmıştır.

1.5. Tanımlar

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB): Otizm sosyal iletişim zorlukları, duyusal zorluklar, tekrarlayan davranışlar ve sınırlı ilgi alanları ile karakterize olan, yaşam boyu süren bir nörogelişimsel durum olarak tanımlanmaktadır (Cheak-Zamora, Maurer-Batjer, Malow& Coleman; 2020Wehman, 2011). Otizmin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, genetik ve çevresel bileşenlerin bu belirtileri etkilediği öne sürülmüştür (Altiere ve Kluge, 2009). OtizmDSM-V'de 'otizm spektrum bozuklukları' olarak adlandırılmaktadır ve son yıllarda nörolojik ve bilişsel bir “farklılık” olarak açıklanmaktadır (Kuder ve Accardo, 2018).

Dünya genelinde 1/100 ile 1/132 arasında bireye otizm teşhisi konmaktadır (Burke, Raley, Shogren, Hagiwara, Mumbardó-Adam, Uyanik& Behrens, 2020).Ancak, yaygınlık verilerinde gecikmiş tanı, otizm tanılı çocukları belirlemek için kullanılan değerlendirme ve tanı uygulamalarındaki farklılıklar ve raporlama yöntemleri ya da hizmetlere erişimdeki engellerle ilişkili olduğu düşünülen bir farklılık vardır (Cheak-Zamora, Maurer-Batjer, Malow& Coleman, 2020).Buna rağmen, otizmin yaygınlığının

coğrafi konum, etnik köken veya kültürel ve sosyoekonomik faktörlerden etkilendiğini gösteren hiçbir kanıt yoktur (Hahler ve Elsabbagh, 2015).

Otizm, kadınlardan daha fazla erkek tanı aldığı için 'erkek yanlı bir durum' olarak kabul edilmektedir (Altiere ve Kluge, 2009).Otizm spektrum bozukluğu tanısı konan bireyler dönen nesneleri saatlerce izleyip onlarla oyun oynayabilirler. Yaşadıkları olaylara farklı bir şekilde tepki gösterip nedensiz yere öfke nöbeti geçirip, korktukları durumlarda cesaretli bir yaklaşım gösterebilirler. Nesneleri ağızlarına alıp koklamaya çalışırlar. Belirli sözcükleri kullanma konusunda ısrarcı olurlar. Belirli yemekleri yemek, belirli oyuncaklarla oynamak, belirli kıyafetleri giymek gibi günlük hayatlarında ise tekdüze alışkanlıkları vardır. Kendilerini uyaran hareketlerde bulunmakta ve insanlar tarafından garip olarak karşılanan dönme, parmak uçlarında yürüme, nesne koklama gibi stereotipik hareketler göstermektedirler(Altiere ve Kluge, 2009; Chappel ve Somers, 2010; Egilson, Jakobsdottir, Olafsoon& Leosdottir, 2017).

Bakım Verme Yükü: Bakım veren birey bedensel engeli olan veya hastalık gibi nedenlerle sağlığı bozulan kişinin bakımından sorumludur. Bakım veren birey; günlük yaşam aktivitelerini yaparken zorlanan veya tek başına yapamayan biri için sosyal, fiziksel yükleri üstlenen bireydir. Özel gereksinimli bir bireye bakmanın birçok aile üyesi için külfetli ve stresli olduğunu destekleyen pek çok araştırma vardır(Divan, Vajaratkar, Desai, Strik-Lievers&Patel, 2012; (Giallo, Wood, Jellett&Porter, 2013). Özel gereksinimleri olan kişilerin ailelerine bakan kişilerin yük duygusu yaşadıklarını ve genellikle ruh sağlığı uzmanlarından yetersiz yardım aldıklarını gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Genç, 2019; Giallo, Wood, Jellett&Porter, 2013). Bakım veren bireyler özel gereksinimi olan kişilere duygusal destek sağlamakta ve gerektiğinde fiziksel ihtiyaçlarını karşılamaktadırlar. Bu uygulamalar sırasında bakım verenler sevdiklerine eşlik etmekten keyif alırken maddi ve manevi sorunlarla karşılaşabilmektedir. Bakım verenlerin bu dönemde ortaya çıkan sorunlarına "bakıcı yükü" adı verilmektedir(Cavkaytar, 1999; Nagaraju ve Wilson, 2013; Lautenschlager, Kurz, Loi & Cramer, 2013).Bakım veren yükünün artması sonucunda bakım veren bireyler yorgunluk, uyku yoksunluğu, kişisel bakım için yetersiz zaman, dikkat eksikliği, sıkıntı, depresyon, ağlama isteği, konuşmak istememe, korku, umutsuzluk, sosyal ilişkilerde azalma ve bakımda bozulma yaşamaktadırlar(Dada, Okewole, Ogun&Bello-Mojeed, 2011).

Bakım veren yükü tüm kısıtlamalardan, sosyal damgalanmadan, etkilenmiş sosyal yaşamdan, bakımı üstlenilen kişinin bozukluk ya da hastalık belirtilerinden, ekonomik zorlanmalardan ve bakım vericilerin kişisel olarak yaşadığı sağlık problemlerinden etkilenmektedir(Torres vd., 2012).Otizm spektrum bozukluğu semptomları gösteren bir çocuğun bakımını üstlenmek ebeveynlerde yük oluşturabilmektedir. Oluşan bu yükün seviyesi, her ailede farklı bir şekilde gözlenmektedir(Lautenschlager, Kurz, Loi & Cramer, 2013).

Psikolojik sağlamlık: Psikolojik sağlamlık, en geniş anlamıyla bireyin zorluklara dayanma yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Phelps, McCammon, Wuensch & Golden, 2009).Özel gereksinimli bireylerin bakımını üstlenen, şok edici, yıkıcı ve stresli olaylara maruz kalan bireylerin tepkileri ve başa çıkma stratejileri farklılık göstermektedir. Bazı bireyler stresli ve travmatik durumlara anksiyete ve depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklar vererek tepki verirken, bazıları da kısa sürede olumsuz ruhsal durumdan kurtulup normal yaşamlarına devam etmektedir. İyileşen ve yaşamlarına devam eden kişilerin sahip olduğu bu güç, "psikolojik sağlamlık" olarak adlandırılmaktadır (Hjemdal vd., 2011; Kapp ve Brown, 2011; Rajan, Srikrishna & Romate, 2018).

İnsanlar travma veya istem dışı bir değişimle karşı karşıya kaldıklarında;stres kaynaklarına yenik düşme, gelişim sergileme ya da psikolojik sağlamlık veya travma sonrası stres bozukluğu gösterme şeklinde üç farklı psikolojik tepki geliştirmektedirler. Olumsuz yaşam koşullarına rağmen olaylara/durumlara başarılı bir uyum gösteren bireylere ilişkin yapılan çalışmalar artmaktadır ve psikolojik sağlamlık kavramını da beraberinde getirerek konunun önemi artmıştır (Altundağ, 2013; Bartone, Roland, Picano & Williams, 2008).

Çalışmaların bir çoğundaki bulgular, sağlam (resilient) çocukların ya da ergenlerin diğerlerine göre zihinsel ve akademik yetenek ve becerilerinin daha üst düzeyde olduğunu göstermiştir.genetik bir bireysel etmen olarak cinsiyet psikolojik sağlamlıkla ilişkili görülmekte ve risk altındaki çocuklarda, kızların psikolojik sağlamlıklarının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Kumpfer, 1999). Diğer yandan erkeklerin, ebeveynlerin psikopatolojisi ve yoksulluk gibi bir dizi risk faktörüne karşı daha savunmasız oldukları belirtilmektedir. Polizzi ve Lynn (2020), çoğu insanın psikolojik sağlamlık yoluyla karşılaştıkları zorluklarla savaşarak daha güçlü hale geldiği yönünde

iyimser bakış açılarına işaret etmektedirler. Psikolojik sağlamlık, zor yaşamsal tecrübeler karşısında kişinin kendisini toparlama gücü veya değişimin ya da felâketlerin başarılı biçimde üstesinden gelme yeteneği olarak da değerlendirilmektedir(Çelik, Şahin & Yetim, 2012).

Bireylerin karşılaştıkları koşullara uyum sağlamalarını sağlayan, üstesinden gelinmesi gereken durumlara verilen tepkileri kapsamaktadır (Gianesini, 2011). Aynı zamanda psikolojik sağlamlık kavramı: yalnızca hayatta kalmaya değil aynı zamanda gelişmeye de yardımcı olan ve zorluklardan hızla kurtulma kapasitesini tanımlayan önemli bir özellik olarak değerlendirilmektedir (Reis, Colbert & Hébert, 2004).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Otizm Spektrum Bozukluğu

2.1.1. Otizm Tanımı ve Kapsamı

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), atipik davranış ve ilgi kalıplarının eşlik ettiği, sosyal iletişim ve sosyal etkileşimde bozulma ile kendini gösteren bir nörogelişimsel bozukluktur. OSB, kısıtlayıcı, tekrarlayıcı ve basmakalıp davranışlar ve etkinliklerle birlikte sosyal etkileşim ve iletişimdeki önemli bozulmalarla diğer gelişimsel bozukluklardan ayrılır(American Psychiatric Association, 2013). Sosyal iletişim ve sosyal etkileşimde yetersizlikler, (örn. atipik sosyal yaklaşım ve tepki, konuşma zorlukları, ilgi, duygu ve duygu paylaşımının azalması); sözsüz iletişimde eksiklikler (örneğin, tipik olmayan göz teması, azalan jest kullanımı, sosyal etkileşimlerde yüz ifadelerinin sınırlı kullanımı, sözsüz iletişimi anlamada zorluklar) ve ilişki kurma ve sürdürmedeki eksiklikler (örneğin, akran ilgisinin azalması, oyuna katılma zorlukları, davranışı sosyal bağlama göre ayarlamada zorluklar) sık görülmektedir(McGuire ve McDonnell, 2008; Wehman, 2011).Tekrarlayan basmakalıp motor davranış kalıpları, tekrarlayan ekolali, aynı davranışlarda ısrar, rutinlere katı bir şekilde bağlı kalma veya ritüelleşmiş davranış kalıpları, yaşam rutinlerinde küçük değişikliklerde aşırı tepkiler verme, katı düşünce ve davranış kalıpları, günlük aktivitelerin törensel bir tarzda gerçekleştirilmesi, belirli ilgi alanları ile yoğun bir şekilde meşgul olma, nesnelere güçlü bağlılık, sınırlı veya ısrarcı olma, duyusal hassasiyetler, ağrıya ve duyusal uyaranlara karşı aşırı tepkisellik gürültüye duyarlılık, nesnelere veya hareketlere karşı görsel büyülenme gibi davranış farklılıkları sık görülmektedir(Falk, Norris&Quinn, 2014; Morgan ve Riesen, 2016).

OSB semptomları birçok işlevsellik alanında bozulmaya neden olmaktadır ve yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte, ilerleyen yaşamda öğrenilmiş telafi edici stratejiler veya özel eğitimgibi nedenlerle bazı belirtiler maskelenebilirler(Denkyirah ve Agbeke, 2010; Matson ve Nebel-Schwalm, 2007). OSB'li birçok çocukta zihinsel bozukluk veya dil bozukluğu olabilir ve bu bozukluk bilinen tıbbi, genetik veya çevresel faktörlerle ilişkili olabilir(Falk, Norris&Quinn,

2014). Ayrıca OSB'li çocukların yaklaşık %10'unda down sendromu ya da frajil-X gibi bir tür genetik bozukluk daha vardır (Denkyirah ve Agbeke, 2010).

Otizmli çocukların bir kısmında normal zekâ düzeyi görülürken; birçoğunda değişik derecelerde öğrenme güçlüğüne 17 ve çeşitli düzeylerde zekâ geriliğine de rastlanabilmektedir. Öte yandan, pek azında (yaklaşık %10), otizmin yanı sıra, çok güçlü bellek, müzik yeteneği vb. üstün özellikler görülmektedir (Renshaw ve Kuriakose, 2011).

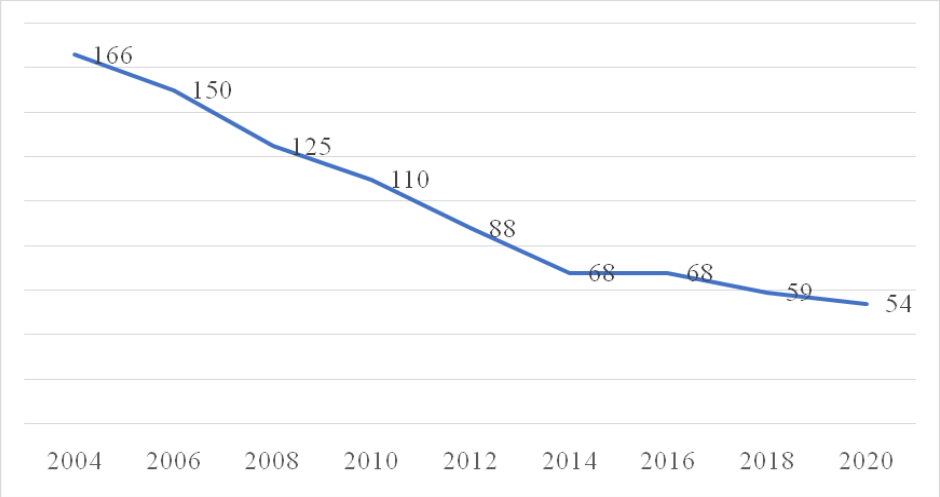
OSB'nin iletişim ve sosyal etkileşimdeki bozulmalar ve kısıtlı/tekrarlayan davranışlar gibi temel semptomları nitelikli müdahale ile ve zamanla iyileşebilmekte ve konuşma, özbakım becerileri gibi gelişim alanlarında normal yaşam rutinlerine uyum sağlayacak düzeyde olabilmektedir (Strain ve Bovey, 2011). Ancak, otizm spektrum bozukluğuna bağlı semptomlar tipik olarak yaşam süresi boyunca kalmaktadır. İşlevsel bağımsızlığı ve yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmak için genellikle birden fazla tedavi yaklaşımı kullanan yaşam boyu destek ve danışmanlık gerekebilmektedir (Matson ve Nebel-Schwalm, 2007).

Otizm spektrum bozukluğunun ilaçla tedavisi bugün sahip olunan bilgilerle mümkün değildir. Ancak, otizm spektrum bozukluğunun belirtileri erken yaşta başlanılan yoğun eğitim desteğiyle azaltılabilir ve yeni beceriler kazandırılarak davranış sorunları ortadan kaldırılabilir. Otizmin tedavisi konusunda yapılan birçok çalışmanın sonucunda en iyi tedavinin eğitim ve danışmanlık hizmetleri olduğu bilinmektedir (Lindly, Thorburn, Heisler, Reyes&Zuckerman, 2018). Bu bağlamda otizmli çocuğa, bu çocuğun normal gelişim gösteren kardeşlerine ve aile bireylerine aile danışmanlığı hizmeti vermenin önemi büyüktür (Rosenberg vd., 2009).

2.1.2. Otizmin Yaygınlık Oranı

Günümüzde pek çok ülkenin OSB sıklığı ve bölgeler arasındaki dağılımı bilinmemekle beraber dünya genelinde sıklığın arttığı belirtilmektedir (WHO, 2019). Wing ile Judith Gould'un 1970 yılında gerçekleştirdikleri bir araştırmada 10.000 çocuk arasında 22 çocukta otizm bulgularına rastlamışlardır. Günümüzde ise bu sayı 58 civarındadır. Amerika'nın belirli bölgelerinde yapılan araştırmaya göre bu oran 68'de 1 olarak belirlenmiştir (Küçük, 2020).

Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin 12 Mart 2020 tarihli n Meclis Araştırması Komisyonunun hazırladığı Otizm Spektrum Bozukluğu Özelinde Rapor Özetinde, Sosyal Güvenlik Kurumu sisteminde yer alan 2018 verilerine göre Türkiye'de 34.589 otizmli birey bulunduğu belirtilmektedir. Otizmin görülme oranı erkeklerde kızlara göre 4-5 kat daha fazla olduğu bilinmektedir(Egilson, Jakobsdottir, Olafsoon& Leosdottir, 2017). Otizm görülme oranları erkeklerde 1/42 iken kızlarda 1/189 olarak saptanmıştır. Otizm erkeklerde görülme oranı kızlara göre 5 kat daha fazladır. Ama otizmin kızlarda erkeklere göre belirtileri daha ağırdır (Ulgar, 2019). Otizm Spektrum Bozukluğu için birçok araştırma yapılmasına rağmen halen yaygınlığı için gerçek verilere tam olarak ulaşılabildiği düşünülmemektedir(Centers for Disease Control and Prevention, 2019). Birçok düşük ve orta gelirli ülkelerin Otizm Spektrum Bozukluğuyaygınlığı henüz tam olarak bilinmemektedir (Uğur ve Göker, 2018). Dünya Sağlık Örgütü Hastalık Kontrol Merkezi (Center ofor Disease Control-CDC) 2020 yılında dünya genelinde otizm görülme sıklığına ilişkin bir rapor yayınlamıştır. Raorda 2004 yılında 166 kişiden 1'inde otizm görülmekte iken, 2020 yıında 54 kişiden 1'inde otizm görüldüğü belirtilmektedir (Thomaidis, Mavroeidi, Richardson, Choleva, Damianos, Bolias& Tsolia, 2020).



Şekil 2.1. Otizm Spektrum Bozukluğu görülme sıklığı

Kaynak: Thomaidis, L., Mavroeidi, N., Richardson, C., Choleva, A., Damianos, G., Bolias, K. ve Tsolia, M. (2020). Autism spectrum disorders: nationwide prevalence in 10–11 year-old children and regional disparities. Journal of Clinical Medicine, 9(7), 2163.

OSB oranlarının artma nedenleri araştırıldığında potansiyel risk faktörlerinin anlaşılması, OSB ile birlikte ortaya çıkan tıbbi durumların tanılama işlemlerinin kolaylaşması ve etiyoloji için genetik katkı konusundaki farkındalığın gelişmiş olmasının etkisi vardır. "Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocukların Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi" klinik raporu; OSB'li çocuk ve gençlerin bakımı için önceki raporlara ve rehberliğe dayanmaktadır. Ayrıca, tanı ölçütlerindeki değişiklikler de OSB tanı konma sıklığını artırmıştır (Egilson, Jakobsdottir, Olafsoon& Leosdottir, 2017).

2.1.3. Otizmin Nedenleri

Otizmin görülme sıklığına göre çeşitli risk etmenleri tanımlanmıştır. Ama hiçbirinin tek başına otizm gelişmesi ve ilerlemesi için yeterli olmadığı bildirilmektedir. Otizmin genel olarak etiyolojisi açıklanırken genetik faktörler ve çevresel etkenlerden söz edilmektedir(Chappel ve Somers, 2010).Otizm spektrum bozukluğunun nedenleri ile ilgili yapılan çalışmalarda %25 genetik hasardan söz edilmektedir. Bu yüzden genetik nedenlerden otizmin gelişebileceği bilinmektedir(Vogan, Lake, Weiss, Robinson, Tint & Lunsky, 2014).Otizm oluşmasında genetik etkenlerin dışında ailesel etkenler, virüsler, beyinde oluşan hasar, bağışıklık sisteminde oluşan hasarlar, kanın yapısındaki bozukluklar ve ilaç kullanımı gibi durumlarında etkili olduğu düşünülmektedir (Denkyirah ve Agbeke, 2010). Bhat, Acharya ve Adeli (2014), otizm spektrum bozukluğunun nedenlerinin detaylı incelendiği araştırmalarında otizm nedenlerinin genetik, kromozomal, çevresel ve beyin dokusundaki sorunlardan kaynaklandığını vurgulamaktadırlar (Şekil 2.2).



Şekil 2.2. Otizm spektrum bozukluğunun olası nedenleri

Kaynak: Bhat, S., Acharya, R., Adeli, H. (2014). Autism: cause factors, early diagnosis and therapies. Rev. Neurosci. 25(6), 841–850

Otizm oluşmasında kalıtımsal etkenlerin kaynağı tam olarak bilinmemektedir. Otizmin etiyolojisi üzerine en iyi sonuç verecek genetik çalışmaların, tek yumurta ikizleri üzerinde gerçekleştirilebildiği belirtilmiştir. Ama ikiz otizmli vakaların sayısının az olmasından bu çalışmanın gerçekleştirilmesi zorlaşmaktadır (Morgan ve Riesen, 2016). Otizmin çevresel etkenlere bağlı olduğunu destekleyen durumlarda vardır. Genetik yapısı birbirine çok benzeyen ikizlerde otizm olma oranı %70 dahi olmaması bu fikri desteklemeye örnektir(Sağdıç, 2019).

2.1.4. Otizmin Belirtileri

Otizmin tanısında kullanılacak biyolojik bir işaret bulunmamaktadır. Otizm için en çok kullanılan tanısal ölçütler APA, DSM, ICD ve WHO tarafından kabul görmüş ölçütlerdir. Bunlara ek olarak klinik değerlendirmeler, çocuklara dair ailelerin verdiği öyküler ve davranışsal ölçütlere bakılarak konulmaktadır. Çocuklara 2 yaşından önce otizm tanısı koymak çocukların belirli davranışları gelişmediğinden zordur. Bu yüzden otizm tanısı koyabilmek için bazı yetilerin gelişeceği uygun yaşlar beklenmektedir (Şahin, 2019).

Erken çocukluğun ilk yıllarında otizm bazı nöropsikiyatrik rahatsızlıklarla karıştırılmaktadır. Örneğin Mental retardasyon, davranış bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozuklukları, sözel anlatım ya da dil algılama gibi genetik rahatsızlıklar ayırıcı tanı içerisinde yer almaktadır. Çocuğa otizm tanısı koyabilmek için donuk olma hali, jest ve mimikleri kullanamama, sözel anlatım bozukluğu, göz teması kuramama ve duygu durum ifade edememe gibi belirtilerin olması gerekmektedir(Aman, McDougle&Scahill, 2009; Handen, Aman&Arnold, 2015).

Otizm belirtilerinin neden yaşamın farklı evrelerinde farklı göründüğüne ilişkin araştırmalar bulunmaktadır (Falk, Norris&Quinn, 2014; Morgan ve Riesen, 2016; Wehman, 2011). Otizmin spektrumu çok geniştir. Bazı insanların çok belirgin sorunları olabilir ancak bazıları olmayabilir. Ortak nokta, spektrumda olmayan insanlarla karşılaştırıldığında sosyal beceriler, iletişim ve davranışlardaki farklılıklardır.Otizmli çocuk 8 ila 10 aylıkken bazı sosyal semptomlar gösterebilmektedir (Altiere ve Kluge, 2009).

OSB'li bir çocuk başkalarıyla etkileşim kurmakta zorlanmaktadır. Sosyal becerilerle ilgili sorunlar en yaygın belirtilerdir. OSB tanısı alan çocuklar yakın ilişkiler kurmak

istemeyebilirler (Morgan ve Riesen, 2016).Başkalarıyla oynamak, paylaşmak veya konuşmak ilgilerini çekmez. Yalnız olmayı tercih ederler. Sarılmak da dahil olmak üzere fiziksel temastan kaçınırlar veya reddederler. Göz temasından kaçınırlar. Üzüldüklerinde teselli edilmekten hoşlanmazlar. Kendilerinin ve başkalarının duygularını anlamayabilirler. Kaldırılmak veya yürümek için kollarını uzatamayabilirler (Chun, Leung, Wen, McDonald & Shin, 2020).Otizm spektrum bozukluğu olan bireylerin en belirgin özelliği toplumsal ilişkilerde kaliteli iletişim kuramamaları, toplumsal ilişkilerde güçlük çekme ve iletişimde zorlanmalarıdır (Şahin, 2019). Sosyallik ve iletişim otizm bozukluğu için büyük önem taşımaktadır. Duygusal karşılık verebilmede yetersizlik, sosyal olamama, sözel iletişimde yetersizlik, jest ve mimik kullanamama, iletişim ve etkileşim alanına girmektir. Bu durum erken çocukluk döneminde ve bireylerde iletişim ve uyum problemlerine yol açmaktadır. Aynı zamanda anne babayla iletişim kuramama, diğer kişi ve çocuklarla bağ kuramama gibi sorunlar yaşamaktadırlar. Genellikle tek başına yapacakları aktivitelerle ilgilenirler. Cansız nesnelere olan bağlanmaları insanlara olan bağlanmalarından fazladır. Yineleyici davranışlar gösterirler ve tek düzen içinde yaşmak isterler. Sosyal yaşamlarının sürekli aynı olmasına dikkat ederler. Günlük kullandıkları kıyafetler, kullandığı kelimeler, yedikleri yemekler ve kullandığı eşyalarda değişiklik istemezler. Benimsedikleri durumun dışına çıkınca hırçın ve agresif olmaktadırlar. Yeni düzene alışmakta çok zorlanırlar. Aynı soruları bıkmadan sürekli sorup, aynı cevaplardan sıkılmazlar. Aynı kıyafeti günlerce kullanıp, aynı yemeği her gün yiyerek tek düzende beslenebilir ve tek düzende yaşayabilirler. Sıklıkla bu çocuklar uyarıcı nitelikte davranışlar sergilerler. Çevredeki insanlar tarafından garip olarak nitelendirilebilir. Örneğin parmak uçlarında yürüme, el çırpma, parmak şıklatma, dönme gibi. Bu davranışlar çocukların bakımları, eğitim ve doğru yapması gereken etkinlikleri öğrenmelerine engel olmaktadır (Cheak-Zamora, Maurer-Batjer, Malow& Coleman, 2020; Johnson ve Meyers, 2007; Matson ve Nebel-Schwalm, 2007).

Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların yaklaşık %40'ı hiç konuşmamaktadır. %25 ila %30'u bebeklik döneminde bazı dil becerilerini geliştirmekte ancak daha sonra kaybedebilmektedir. OSB'li bazı çocuklar daha sonra konuşmaya başlamaktadırlar (McGuinn, Windham, Kalkbrenner, Bradley, Di & Croen, 2020).OSB tanılı çocukların çoğu gecikmiş konuşma ve dil becerileri, düz-robotik konuşma sesi veya şarkı söyleme

sesi, ekolali (aynı cümleyi defalarca tekrarlamak), zamirlerle ilgili sorunlar (örneğin, "ben" yerine "sen" demek), ortak hareketleri kullanmama veya nadiren kullanma (işaret etme veya el sallama) ve bunlara yanıt vermeme, konuşurken veya soruları cevaplarken konu üzerinde kalamama, alaycılığı veya şakayı tanımama, ihtiyaçları ve duyguları ifade etmede sorun, beden dili, ses tonu ve ifadelerden sinyal alamama gibi davranışlar göstermektedirler. OSB'li çocuklar ayrıca olağandışı görünen veya tipik olmayan ilgi alanlarına sahip olan davranışlarda bulunmaktadır. Örneğin el çırpma, sallanma, zıplama veya döndürme gibi tekrarlayan davranışlar, sürekli hareket (pacing) ve "hiper" davranış, belirli rutinler veya ritüeller (ve bir rutin değiştiğinde, biraz da olsa üzülmek), dokunma, ışık ve sese karşı aşırı hassasiyet, başkalarının davranışlarını taklit etmeme, telaşlı yeme alışkanlıkları, koordinasyon eksikliği, sakarlık, dürtüsellik (düşünmeden hareket etme), hem kendine hem de başkalarına karşı saldırgan davranış ya da kısa konsantrasyon süresi gibi davranışlar göstermektedirler (Altiere ve Kluge, 2009; Kuder ve Accardo, 2018; Matson ve Nebel-Schwalm, 2007).

2.1.5. Otizmin Ölçümü ve Değerlendirilmesi

Otizm spektrum bozukluğu sıklıkla hayatın ilk üç yılında tanısı konan ve ömür boyu devam eden nörogelişimsel bir bozukluktur. Otizm Spektrum Bozukluğunun etkili erken tanı ve erken tanıda kullanılacak araçların son yıllarda üzerinde yoğun olarak çalışılan konular arasında bulunmaktadır. Yaşamın ilk yıllarında ifade edici dilin gecikmiş gelişimi, sosyal duyarlılığın azalması, davranışsal zorluklar ve tekrarlayan davranışlar gibi birçok OSB belirtisi diğer bozukluklarda ve sendromlarda da bulunabilir. Zihinsel engelliliğin varlığı, özellikle çok küçük çocuklarda, ciddi bilişsel bozulma nedeniyle sosyal katılımdaki eksikliklerin OSB'den kaynaklananlardan ayırt edilmesi gereken durumlarda, ayırıcı tanı sürecini daha da karmaşık hale getirir(Kuder ve Accardo, 2018).

Uygun şartlar altında, yeni yürümeye başlayan çocuklarda OSB tanısı, sözel ve sözel olmayan gelişim becerileri, sosyal iletişim ve etkileşim becerileri, atipik motor ve duyusal davranışların varlığı, uyarlanabilir işlevsellik düzeylerinin yanı sıra dikkatli inceleme dahil olmak üzere birden fazla alandaki işleyişin değerlendirilmesine dayanır(Denkyirah ve Agbeke, 2010). Çocuğun sağlığı, gelişimi ve aile öyküsü dikkate alınır; kromozomal ve diğer genetik anormalliklerin yanı sıra nörolojik, görme ve işitme

muayeneleri için genetik tarama yapılır. Ek olarakdikkat, bağlanma ve kaygı ile ilgili konular dahil olmak üzere olası otizm ile birlikte görülme olasılığı olan hastalıkların farkında olunması çin dikkatle değerlendirme yapılmalıdır (Wehman, 2011).Yıkıcı veya kendine zarar veren davranışlar gösteren bir çocukta başka branş uzmanlarıyla konsültasyon yapılır (Morgan ve Riesen, 2016). Otizm spektrum bozukluğunda, en önemli konuların başında gelen erken tanılama ve değerlendirmenin erken dönemde yapılması eğitimin verimliliğinin daha fazla olmasını sağlamaktadır (Kılınç, Bağlama & Akçamete, 2019).Bebekler ve küçük çocuklar için standartlaştırılmış tanısal değerlendirmeler, tanısal karar vermeyi etkileyen bilgilendirici veriler sağlasa da tanı için altın standart "uzman klinik görüşü" olmaya devam etmektedir (Coşkun, Hajdini, Alnak & Karayagmurlu, 2020). OSB olduğundan şüphelenilen bebeklerin ve küçük çocukların tanısal değerlendirmesini bilgilendirmek amacıyla birçok yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış değerlendirmenin yanı sıra gözlemsel ve ebeveyn raporu önlemleri mevcuttur. OSB'nin tanılanma ve değerlendirilmesinde kullanılan ölçme araçları"Yurtdışında geliştirilmiş olup Türkçe'ye uyarlanmış araçlar" ve "Türkiye'de geliştirmiş olan araçlar" olarak iki kategoride incelenebilir:

Tablo 1. OSB'nin tanılanma ve değerlendirilmesinde kullanılan ölçme araçları

Yurtdışında Geliştirilmiş Olup Türkçe'ye Uyarlanmış Araçlar	Türkiye'de Geliştirilmiş Olan Araçlar
Otistik Davranış Kontrol Listesi	Üç Maddelik Direk Gözlemsel Tarama
Çocukluk Çağı Otizm Derecelendirme Ölçeği	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu) ve Otizm Değerlendirme Anketi
Eğitsel Planlama için Otizm Tarama Aracı-II	Otistik Çocukları Değerlendirme Formu
Değiştirilmiş Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği	Otizm Spektrum Bozukluğu olan Çocuklar için Erken Sosyal İletişim ve Etkileşim Ölçeği
Otizm için Davranış Gözlem Ölçeği	
Gilliam Otistik Bozukluk Derecelendirme Ölçeği	

Bu değerlendirme prosedürlerinin sonuçları, yalnızca ayırıcı tanı koymak için değil, aynı zamanda çocuğun benzersiz ihtiyaç ve yetenekleri profiline göre uyarlanmış bireyselleştirilmiş bir tedavi planı oluşturmak için de gereklidir (Egilson, Jakobsdottir, Olafsoon& Leosdottir, 2017).

2.2. Bakım Verme Yükü

2.2.1. Bakım Verme Yükünün Kapsamı

Bakım verme yükü; bireyin bakım vermeyi üstlenmesive bakım sorumluluğunu almasıdır. Bakım veren kişilerde bakım verme süreci boyunca duygusal ve fiziksel negatif etkilerin ortaya çıkması "yük" kavramını gündeme getirmiştir. "Bakım veren yükü" literatürde hasta/engelli bireye bakım hizmeti verme sonucunda bakım veren kişide meydana gelen sosyal sorunlar ve aile ilişkilerinin hasar görmesi, bedensel ve sağlık problemleri benzeri şeklinde ifade edilmektedir(Zendjidjian vd., 2012).

Otizm spektrum bozukluğu olan kişiler ihtiyaçlarını tek başlarına karşılamakta zorluklar yaşamalarından dolayı başkalarından destek almaya ihtiyaç duymaktadırlarGrover ve Dutt, 2011). Bakım verme görevi zor bir süreç olmakla beraber bakım veren kişi için ağır bir yükü de beraberinde getirmektedir. Bakıcı, bağımlı bir aile üyesinin refahından ve bakımından sorumlu olan vasi veya bakıcı rolünü üstlenerek, kişiye yardım etmekten memnuniyet ve iyilik hissetmenin yanı sıra stres etkenlerine maruz kalır (Nagaraju ve Wilson, 2013).

Otizmli çocukların bakım verenleri sayısız zorlukla karşı karşıyadır ve birçok çalışmada depresyon dahil olmak üzere artan psikolojik sıkıntı rapor edilmiştir(Carbone, Behl, Azor&Murphy, 2010; Torres vd., 2012).Bakım veren bireylerdeerken otizm başlangıcı, otizmli çocuğun gelişim alanlarında yetersizliklerin fazla olması, çocukta davranış problemlerinin fazla olması, bakım verenlerin sosyal desteğinin yetersiz olması depresyonu tetiklemektedir (Dada, Okewole, Ogun&Bello-Mojeed, 2011). Ayrıca otizm tanılı çocukların davranış problemlerinin bir etkisi olarak bakım verenin cinsiyeti, bakıma harcanan süre, medeni durum, anne-baba eğitimi ve bakım verenin yaşam kalitesi gibi birçok risk faktörüne bağlı olan otizmli çocuklara bakım veren bireylerde sosyal, duygusal sorunlar sık görülmektedir(Vogan, Lake, Weiss, Robinson, Tint & Lunsky, 2014). Bunlara ek olarak kronik bir rahatsızlık olan otizm spektrum bozukluğu, sadece bakım veren bireyde değil diğer aile bireylerinde de psikolojik sorunlar, duygusal sıkıntılar, fiziksel hastalıklar, ailelerin dağılması, ilişkilerin bozulmasını, sosyal hayatın azalmasını ve ekonomik problemlerin görülmesine neden olmaktadır. Bakım vermenin zorlukları arasında bakım veren kişinin çalışma hayatının kısıtlanması da önemli bir sorundur. Bakım verme işi fazla zaman almasından dolayı bakımı

üstlenen kişi iş yerinden gerekli izinleri almak konusunda zorluklar yaşayabilmektedir (Nikmat, Ahmad & Oon, 2008).Otizm spektrum bozukluğuna sahip kişilerin ihtiyaçları ve beklentilerinin karşılanması bakım veren kişiye aittir. Sürekli veya destekleyici bakım gören otistik kişilere bakım verme, bakımı üstlenen kişi için zordur. Bakım verme, bakım verme işini üstlenen kişiler için çok yönlü olarak algılanan bir iştir. Bakım verme durumunda; samimiyet ve sevgi büyük derecede artmakta, bakım veren bireyin tecrübesi sayesinde gerçekleştirilen işle ilgili anlamlı bir durum olmaktadır, kişisel ve yakın ilişkilerin gelişmesi sağlanmakta, diğer kişilerden sosyal destek alabilmektedir. Kendine karşı saygı göstermesi ve kişisel doyumun sağlanması gibi olumlu özellikler ortaya çıkmaktadır. Bu olumlu özelliklerin karşısında bakım verme işi pek çok zorluğun yaşanmasına da sebep olabilmektedir(Lautenschlager, Kurz, Loi & Cramer, 2013).Bakım veren kişi, uykusuzluk, stres, halsizlik ve yıpratıcı çalışma şartları ile kendini ifade etmekte bile sürekli zaman zorluk çeken yaşlılara bakım vermektedirler ve bu durum da bakım veren kişinin hayatını olumsuz yönde etkilemektedir (Cavkaytar, 1999).

Bu bilgiler ışığında herhangi bir bireye sürekli olarak bakım veren bireylerin sosyal, duygusal sorunlarının fazla olacağı dikkate alınarak, aile danışmanlığı hizmeti sunan profesyoneller tarafından nitelikli danışmanlık tekniklerinin geliştirilmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır.

2.2.2. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler

Bakım veren bireylerin karşılaştıkları bakım verme güçlüğü, bakım veren kişinin verdiği bakımdan kendi hayatının etkilenmesi olarak tanımlanabilmektedir. Otizm spektrum bozukluğuna sahip kişilere bakım veren bireyler fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve iş alanlarında çok fazla zorluk yaşamaktadırlar(Nikmat, Ahmad & Oon, 2008). akım verme, bakım veren kişinin sağlığını ve iyilik halini olumsuz yönde etkilemektedir. Bakım verilen kişinin sürekli olarak bakım vermeye duyduğu, asla bitmeyen ihtiyaçları nedeniyle bakım veren kişide yorgunluk, bitkinlik gibi fiziksel sorunlar görülmektedir. Devamlı olarak bakım vermekten kaynaklanan fiziksel bitkinlik hali ve bakım veren kişinin sağlığının kötüleşmesi, depresyon ve kaygıda artış olmaktadır. Depresyon ve kaygıda ki artış da bakım veren kişideki eskide kalmış

unutulmuş çatışmaların, hayal kırıklıklarının yeniden gün yüzüne çıkmasını ve bu nedenle psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Fiziksel Güçlükler: Bakım verme işini üstlenen kişilerde bakıma ihtiyaç duyan bireye müdahalenin gerçekleştirilmesi sürecinde iştahta artma ya da azalma, midede hazımsızlık, düzensiz olarak beslenme, baş ağrısı gibi şikayetler meydana gelebilmektedir. Bunun yanı sıra bakım veren bireyde bakım verme anında yorgunluk oluşmakta, vücut ağırlığında artma veya azalma meydana gelmekte, kas ve eklem ağrıları oluşmakta, dikkatini vermede zorluk, dağınık giyim, bakım veren kişinin kendi kişisel bakımına yeterli zaman ayıramaması gibi problemlerden dolayı sağlıkta bozulma meydana gelmektedir. Bu duruma ilave olarak bakım veren kişilerde vermeyenlere kıyasla daha fazla sağlık problemleri meydana gelmiş ve hastane kullanımları artmıştır(Sahu, A., Bhargava, R. & Sagar, 2018).

Duygusal Güçlükler: Bakım sağlayan bireylerin, uykusuzluk, huzursuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal ortamdan çekilme, depresyon, iğneleyici davranışlara maruz kalma ya da maruz bırakma, alkol ve ilaç kullanımında artış ve problemlerle baş etmede güçlük çekmeleri duygusal olarak yaşadıkları güçlükler olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşanılan duygusal zorlukların yaygın bir şekilde ortaya gelen belirtileri stres ve kaygıda meydana gelen artmadır. Bakım veren bireyde ortaya çıkan kaygıda tüm yaşamını etkileyebilir. Otizmli kişilere bakım veren bireyler kendi yaşamlarında kontrollerini sağlayamadıklarında güçsüzlük ve başarısızlık yaşayarak suçluluk duygusu meydana gelmektedir. Bakım veren bireyde sinir, hayal kırıklığı, aile üyeleri ve otizmli bireye karşı suçluluk, zorlanma ve umutsuzluk gibi duygusal problemlerdir(Vogan vd., 2014).

Sosyal Güçlükler: Otizmli bireye bakım verenlerin sosyal ilişkilerinde ve kişilerarası ilişkilerinde sorunlar yaşadıkları görülmektedir. Bakım veren kişiler hayatlarını sevdiklerinin ihtiyaç durumlarına göre düzenlemektedirler Ailesinden, arkadaşlarından yada sosyal etkinliklerinden fedakârlık ederek bakım veren kişilerin eğlendirici, ve boş zaman faaliyetleri azalmakta, bundan ötürü de bakım veren bireye sosyal destek azalmakta, kendilerini bakım işinde yalnız hissetmekte ve yalnız kalmış bir yaşam ortaya çıkmaktadır(Torres vd., 2012).

2.2.3. Bakım Verme Yükünün Ölçümü

Bakım Verme Yükü Ölçeği 1989 yılında, Novak ve Guest tarafından Kanada'da bakım vermenin bakım veren kişilerin üzerindeki etkisini görmek amacıyla oluşturulmuş bir araçtır. Bu ölçek literatürde bilişsel yetersizliğe sahip hastaların bakımlarını üstlenenlerin yükünü ölçmek için ilk geliştirilen ve en sık kullanılan ölçeklerden birisidir. Bakım verenlerin yükü ölçeğinde, yük beş altı boyutta incelenmektedir (zaman-bağımlılık, gelişimsel, fiziksel, sosyal ve duygusal yük). Bütün boyutlar beş maddeden, ancak üçüncü boyut olan fiziksel yük dört maddeden oluşmaktadır. Envanterin 1-5 arası maddeleri zaman-bağımlılık yükü, 6-10 arası maddeler gelişimsel yük, 11-14 arası maddeler arası fiziksel yük, 15-19 arası maddeler sosyal yük, 20-24 arası maddeler ise duygusal yük ile ilişkilidir. Envanter, 24 maddelik likert tipi bir ölçektir (Novak ve Guest, 1989).

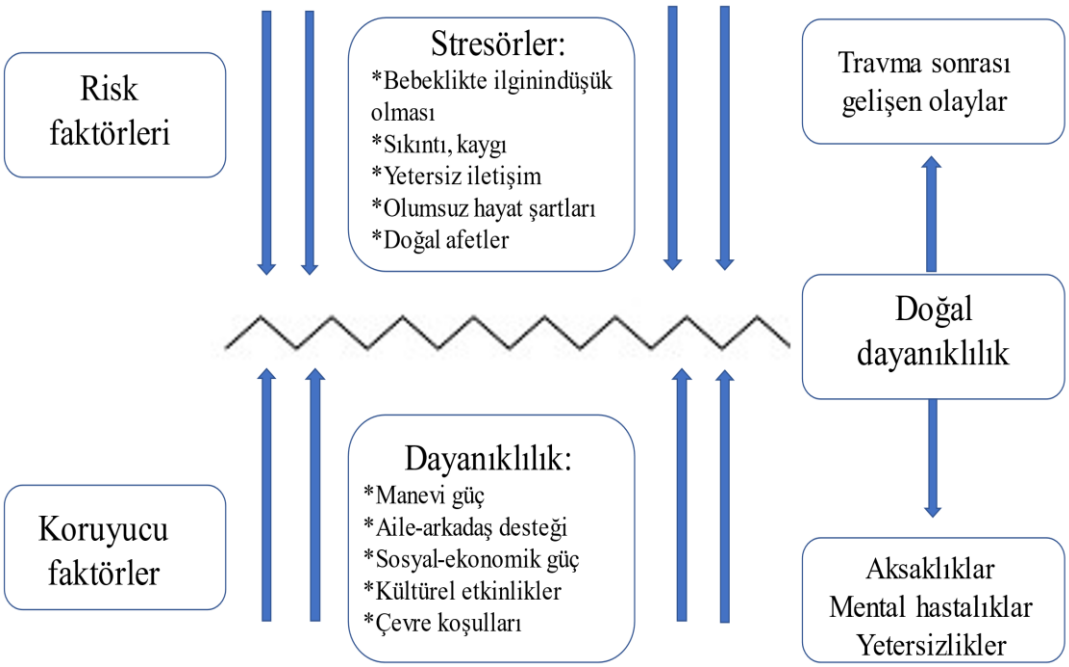
Bakım verenin yükü, nesnel ve/veya öznel yük açısından ölçülebilir. Nesnel yük; bakım verenlerin bakım verme sürecinde gerçekleştirdiği hastalara günlük yaşam aktivitelerinde yardım etme gibi somut faaliyetleri ve görevleri yansıtmaktadır. Öznel yük; bakım verenlerin bakım verme durumuna ilişkin değerlendirmelerini ve durumu ne ölçüde yorucu olarak algıladıklarını ifade etmektedir. Her iki yön de bakım verenler için geçerlidir ve aynı düzeydeki nesnel yük, farklı düzeylerde öznel yük ile sonuçlanabilir(Montgomery, Gonyea & Hooyman, 1985).

2.3. Psikolojik Sağlamlık

2.3.1. Psikolojik Sağlamlık Kavramı

İnsanlar, yaşamlarının seyri boyunca, günlük güçlüklerden önemli yaşam olaylarına kadar, tipik olarak çeşitli zorluklarla karşılaşırlar. Bonanno ve Mancini (2008), çoğu bireyin yaşamları boyunca en az bir potansiyel olarak travmatik olay yaşadığını belirtmişlerdir. İnsanlar yaşam olaylarına farklı tepki vermekte ve bunun sonucunda bazı durumlarda travmanın oluşabilmektedir. Bazı bireyler günlük güçlüklerin altında çaresizlik hissederken(Bartone, Roland, Picano & Williams, 2008)bazıları deneyim kazanarak ve test ederek olumlu davranış geliştirmeyi öğrenmektedir (Bonanno ve Mancini, 2008). Temel olarak dayanıklılık; olumlu adaptasyon veya sıkıntı yaşanmasına rağmen zihinsel sağlığı koruma veya yeniden kazanma yeteneği anlamına gelmektedir.

Dayanıklılık üzerine yapılan ilk araştırmalar, insanların zorluklardan kurtulmasına yardımcı olan entelektüel işlevsellik gibi seçici güçlü yönlere veya varlıklara odaklanmıştır. Zamanla, sıkıntı türleri, yaşam boyu uyum güçlükleri veya zihinsel bozukluklarla ilişkili olumsuz yaşam olaylarını içerecek şekilde genişletilmiştir. Herrman vd (2011) tarafından geliştirilen model, homeostaz veya esnekliği artıran veya azaltan faktörleri göstermektedir (Şekil 2.3).



Şekil 2.3. Herrman psikolojik sağlamlık modeli

Kaynak: Herrman, H., Stewart, D. E. & Diaz-Granados, N. (2011). What is resilience. La Revue Canadienne de Psychiatrie. 56(5), 258-269.

Herrman ve diğerleri (2011) dayanıklılığı "kültür, topluluk, aile ve birey gibi çok sayıda faktörlerin koruyucu güçleri" üzerine odaklanmaktadır. Zorluklara karşı dayanıklılığı artıran faktörler zamana özgü değişebilir ve tüm yaşam alanlarında mevcut olmayabilir. Buna göre, biyolojik, psikolojik ve mizaç ile ilgili nitelikler, sosyal destek (aile, okul, arkadaşlar ve toplum) dahil olmak üzere, genellikle etkileşim halinde olan dayanıklılığı oluşturan birden fazla yol vardır. Masten (2001) olumlu düşünmenin, olumsuzlukları görmezden gelmek ya da her şeyin her zaman çok iyi olacağını varsaymak anlamına gelmediğini belirtmektedir. Pozitif psikoloji ilkelerinde negatif düşünceleri dengelemek

ve daha gerçekçi, yardımcı bir bakış açısı geliştirmek için aktif olarak olumlu düşünülmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Masten, 2001).

Psikolojik dayanıklılığı; yaşanan kötü olaylar neticesinde çabucak toparlanma, bunalımlardan, geçirilen hastalıklardan daha çabuk iyileşme, olumsuz etkileyen olaylardan sonra eski durumuna daha çabuk dönme olarak da tanımlanabilir. Psikolojik sağlamlıkta bir başa çıkma durumu söz konusudur. Birey eğer psikolojik dayanıklılığa sahip biriyse, daha sağlıklı ve mutlu bir hayat sürecektir (Kavi ve Karakale, 2018).

Psikolojik sağlamlığın önemli bir bileşeni olan yaşam doyumu; bireyin yaşam beklentileri ile mevcut deneyimlerinin karşılaştırılması sonucu elde edilen durum olarak tanımlanmaktadır(Arslan, Çelebioğlu & Tezel, 2008). Yaşamın tamamını kapsayan yaşam doyumu, kişinin ruhsal durumunun önemli bir göstergesidir. Çalışmalar kronik hastalıkların çeşitli fiziksel kısıtlamalara, streslere, çatışmalara ve yaşamda ani olumsuz değişikliklere neden olarak yaşam memnuniyetini azalttığını bildirmektedir(Kühl, Schurmann & Rief, 2008).

Kişisel faktörlerin ötesinde, kişilerin yaşam boyunca karşılaştıkları çeşitli güçlüklere karşı ayakta kalabilmesi ve zorluklarla baş edebilmesinde en temel rolü kişilerin sahip olduğu “koruyucu faktörler” oynamaktadır. Kişilerin sahip olduğu bazı kişisel koruyucu özellikler ile yakın ve uzak sosyal çevrelerinden oluşan koruyucu faktörler, psikolojik dayanıklılığın kazanılması, gelişmesi ve sürdürülmesinde önemli rol oynamaktadır. Empati kurma, yakınlık duyma, güven ve işbirliği gibi kişilerarası ilişkilerdeki olumlu niteliklerle açıklanan uyumluluk ile psikolojik sağlamlık arasında aynı yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Uyumluluğu yüksek kişilerin koşullar uygun olmasa bile yardım etme davranışları sergiledikleri ve böylece başka bir motivasyon kaynağına ihtiyaç duymadan yardım etme davranışları gösterdikleri öne sürülmektedir (Çetin, Yeloğlu & Basım, 2015).Aile içinde sağlanan iyi iletişim, karşılıklı saygı ve bağlılık ve psikolojik sağlamlık açısından önemlidir. Ebeveynlerin çocuklarıyla açık konuşması, sürekli eleştiri yapmaması, psikolojik dayanıklılığı yüksek düzeyde çocuk yetişmesini sağlayan önemli bir faktördür (Lyons, Leon & Roecker-Phelps, 2010). Bu bağlamda değerlendirildiğinde psikolojik sağlamlık becerilerinin geliştirilmesi, aile danışmanlığı bilim alanında göz önünde bulundurulması gereken çok önemli bir konu olarak değerlendirilmektedir.

2.3.2. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler

Bazı bireyler çocukluk döneminde yaşadıkları psikolojik travmalar ve zor geçenzamanlarda ayakta kalabilmek için verdiği mücadele sayesinde psikolojik sağlamlık kazanmaktadır. Yaşam süreci içerisinde karşılaştığı diğer güçlüklere daha azimle dayanabildiği sürece, birey daha çok güçlenmekte ve psikolojik sağlamlık becerileri kazanmaktadır. Olay ya da durumlara yönelik dayanıklılık becerilerinin artması birey; hem özel hayatı hem de iş hayatı açısından yaşadığı sıkıntılardan kurtulma ve daha çabuk toparlanma olanağı bulmaktadır. Sonuçta stres ve benzeri olumsuzluklarla mücadele etme gücünü kazanmakta ve yaşam sürecinde yaptığı işlere odaklanma sorunu yaşamamaktadır(Arslan, Çelebioğlu & Tezel, 2008).

Psikolojik yönden dayanıklı olan birey, verdiği mücadeleden hemen vazgeçmez. Direnmeye çalışır ve hedeflediği sonuca ulaşana kadar çaba gösterir. Yaşadığı zorlukları kendisinin gelişimi için fırsat olarak görebilir ve kısa zaman içinde yaşamındaki zorlukları ve sorunları düzenleyerek normal akıştaki hayatına devam etmeye yönelir. OSB bağlamında “dayanıklılık” kelimesinin anlamını anlamak öncelikle önemlidir. 'Dayanıklılık' terimi, pozitif psikoloji literatüründen gelmektedr ve genellikle bazı sıkıntılar karşısında 'beklenenden daha iyi bir sonuca' sahip olan bireyleri ifade etmektedir (Kurt, 2011; Tugade ve Fredrickson, 2004).

Dayanıklılığı açıklayan koruyucu faktörler, başlangıçta, çocukları bu tür stres ve zorluklardan 'koruyan' bireyin özellikleri (yüksek IQ veya iyi sosyal beceriler gibi) olarak kabul edilmektedir. Günümüzde koruyucu faktörlerin ve dayanıklılığın bireysel (yani biyolojik, bilişsel ve davranışsal değişkenler), ilişkisel ve destekleyici yetişkinlerin varlığı gibi ortamdaki bağlamsal değişkenleri yansıttığı düşünülmektedir. Lambert ve diğer araştırmacılar (2003) bazı bireylerin geliştirdikleri psikolojik sağlamlık becerilerinin doğuştan gelen bir karakter özelliği olduğunu belirtmektedirler. Bazı araştırmacılar da yaşamın özellikle ilk çocukluk dönemlerinde zorlu ve sorunlu bir ortamda büyüyen çocukların, yaşları ilerledikçe zor koşullara yönelik dayanma becerileri kendiliğinden geliştiği için, sade bir çocukluk yaşamış olanlara göre psikolojik sağlamlık beceri düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmektedirler (Bartone, Roland, Picano & Williams, 2008; Tugade, M. ve Fredrickson, 2004).

Psikolojik dayanıklılığı etkileyen faktörler alanyazında “iç faktörler” ve “dış faktörler” olarak ayrı başlıklar halinde incelenmektedir

Psikolojik dayanıklılığı etkileyen iç faktörler:Bireyin kendisiyle ilgili olan, sorunları çözme yeteneği, olaylara ve durumlara mizah yorumlarla bakması, ani durumlarda çözüme odaklanan karakter yapısı, zeka, kişisel farkındalık, öz yeterlik, iç kontrol odağı, geleceğe dair umutlu ve pozitif bakış açısı, ileriye dönük hedeflerin olması ve bu hedeflere ulaşmak için çaba gösterecek güçlülükte olma, özerklik/bağımsızlık, kendini olduğu gibi kabul etme, kişiler arası ilişkilerde olumlu ruh hali, akademik becerileri, iyimser olma, sosyal açıdan yeterliliği gibi özelliklerdir. Birey olumsuz bir olay veya durumla karşılaşmadan önce neyi nasıl yapacağına ilişkin öngörü oluşturabiliyorsa psikolojik sağlamlık becerilerini etkileyen iç faktörlerin gelişmiş olduğu söylenebilir (Kavi ve Karakale, 2018).

Psikolojik dayanıklılığı etkileyen dış faktörler:Aile, akraba, arkadaş, eğitim kurumu, toplum, çalışılan kurum gibi çevreler arasındaki karşılıklı etkileşimi oluşturan; demokratik ebeveyn tutumu sergileyen anne babaya sahip olunması, paylaşımın ve nitelikli zaman geçirilen bir ev hayatının olması, okul hayatına destek verilmesi, ebeveynlerin eğitim düzeylerinin yüksek olması ve iyi örnek olabilecek güvenilir arkadaşlarının olmasıgibi çok yönlü faktörlerdir. Bununla birlikte bireyi doğrudan duygusal anlamda etkileyen sevilme, ilgilenilme, şefkat, teselli edilme, dinlenilme gibi ihtiyaç duyulan gereksinimler de bireyin psikolojik dayanıklılığını etkileyen önemli dış faktörler olarak değerlendirilmektedir (Hjemdal, Friborg, Braun, Kempenaers, Linkowski & Fossion, 2011). Bu bilgiler ışığında aile danışmanlığı alanında yapılan uygulamalar sırasında, bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyinin belirlenmesi ve gerektiğinde güçlendirilmesi, alanda çalışan profesyonellerin nitelikli çalışmalar yapmaları için çok önemlidir.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Otizm spektrum bozukluğu olan çocuğa sahip ailelerin bakım verme yükleri ve psikolojik sağlamlıkları arasındaki ilişkinin incelenmesinin amaçlandığı bu çalışma; genel tarama modellerinden ilişkisel tarama modelindedir. Tarama modeli, geçmişte ya da günümüzdeki bir durumu var olduğu şekliyle betimleyen, öğrenmenin gerçekleşmesi ve bireyde istenen davranışların gelişmesi için uygulanan süreçlerin tümüdür. Genel tarama modelinde, çok sayıda elemandan oluşan bir evrende, evren hakkında genel bir yargıya varmak için evrenin tümü ya da ondan alınacak bir grup örnek ya da örneklem üzerinde tarama yapılmaktadır. İlişkisel tarama modeli, iki ve daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişimin varlığını belirlemeyi amaçlayan tarama yaklaşımına denir. İlişkisel tarama modelinde, değişkenlerin birlikte değişip değişmediği; değişme varsa bunun nasıl olduğu saptanmaya çalışılır (Karasar, 2011).

3.2. Çalışma Grubu

Bu araştırmanın çalışma grubu, otizm spektrum bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynler oluşturmaktadır. Çalışma grubundaki ebeveynlerin bakım verme yükü ve psikolojik dayanıklılığının değerlendirilmesi amacıyla, kolay örneklem belirleme yoluyla bu araştırma; Konya ili merkez ilçelerindeki özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri ve Selçuklu Otizmli Bireyler Eğitim Vakfı (SOBE) kurumunda yürütülmüştür.

Çalışma grubunu bu kurumlarda öğrenim gören otizm spektrum tanısı almış çocuklara bakım veren bireyler oluşturmaktadır. Tablo 2'de otizmli çocukların demografik bilgileri verilmiştir.

Tablo 2: Otizm tanısı alan çocukların demografik bilgileri (N=205)

Demografik Özellik	Kategori	n (%)
Çocuğun cinsiyeti	Erkek	166 (%81)
	Kız	39 (%19)
Çocuğun yaşı	0-3 yaş	31 (%15)
	4-6 yaş	76 (%37)
	7-12 Yaş	66 (%32)
	13-18 yaş	32 (%16)
Kardeş sayısı	Tek çocuk	56 (%27)
	2 kardeş	102 (%50)
	3 ve daha fazla kardeş	47 (%23)
Çocuğa en uzun süre bakım veren kişi	Anne	152 (%74)
	Baba	37 (%18)
	Aile bireyi veya bakıcı	16 (%8)

Çalışma grubuna dahil edilen otizm spektrum bozukluğu bulunan çocukların %81'i erkektir. %37'si 4-6 yaş grubundadır. %50'si 2 kardeştir ve %74'üne en uzun süre bakım veren kişi annesidir. Tablo 3'de otizmli çocuklara bakım veren bireylerin demografik bilgileri verilmiştir.

Tablo 3: Otizm tanısı alan çocuğa sahip ailelerin demografik bilgileri (N=205)

Bakım verenin yaşı	25 yaşından küçük	17 (%8)
	26-35 yaş arası	79 (%39)
	36-45 yaş arası	85 (%41)
	46'dan büyük	24 (%12)
Bakım verenin eğitim durumu	İlköğretim mezunu	54 (%26)
	Lise mezunu	53 (%26)
	Üniversite mezunu	98 (%48)
Ailenin gelir düzeyi algısı	Geliri az	49 (%24)
	Geliri giderine denk	136 (%66)
	Gideri fazla	20 (%10)
Ebeveynlerin evlilik süresi	20 yıldan az	164 (%80)
	21 yıldan fazla	41 (%20)
Aile yapısı	Anne baba birlikte yaşıyor	179 (%87)
	Anne ve baba ayrı	14 (%7)
	Diğer	12 (%6)
Bakım veren kişinin kronik/tedavi gerektiren hastalığı	Var	29 (%14)
	Yok	176 (%86)

Diğer: Anne veya baba veya kardeş üvey, Anne veya baba vefat nedeniyle yok.

Tablo 2 ve Tablo 3 incelendiğinde çalışma grubuna dahil edilen otizm spektrum bozukluğu bulunan çocukların ebeveynlerinin yaşları %8 oranında 25 yaşından küçük, %39 oranında 26-35 yaş arası, %41 oranında 36-45 yaş arası ve %12 oranında 46 yaş ve üzeri şeklinde dağılım gösterdiği bulunmuştur. Çocuğun bakımı ile ilgilenen kişilerin %74'ü anne, %18'i baba ve %8'i aile bireyi veya bakıcıdır. Çocukların cinsiyeti incelendiğinde %81'inin erkek, %19'unun kız olduğu belirlenmiştir. Otizm spektrum bozukluğu bulunan çocukların yaşları %15 oranında 3 yaş altında, %37 oranında 4-6 yaş arasında, %32 oranında 7-12 yaş arasında ve %16 oranında ise 13-18 yaş aralığında dağılım gösterdiği bulunmuştur. Bakım veren kişinin eğitim durumu incelendiğinde

%26'sının ilköğretim mezunu, %26'sının lise mezunu ve %48'inin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Ailenin çocuk sayısı %27 oranında tek çocuk, %50 oranında iki çocuk ve %23 oranında ise 3 ve daha fazla çocuk olarak dağılım göstermektedir. Çocuğa en uzun süre bakım veren kişiler incelendiğinde %93'ünün anneler olduğu ve %7'sinin ise baba olduğu saptanmıştır. Otizm spektrum bozukluğu bulunan çocuğa en uzun süre bakım veren kişinin kronik/sürekli tedavi gerektiren hastalığı olup olmadığı sorulmuş ve %14'ünde bir kronik hastalık bulunduğu, %86'sında ise herhangi bir sürekli tedavi gerektiren bir hastalığı bulunmadığı öğrenilmiştir. Otizmli çocuğun anne babasının aile yapısı araştırılmış ve %87'sinin anne baba birlikte yaşadığı, %7'sinin anne ve babasının ayrı yaşadığı ve %6'sının ise aile büyüklerinin yanında veya bir süreliğine ayrı olduğu ya da ebeveynlerden birinin vefatı nedeniyle tek ebeveyn şeklinde bir aile yapısı olduğu belirlenmiştir. Otizm spektrum bozukluğu bulunan çocuğun ailelerinin ekonomik düzeyi incelendiğinde %24'ünün düşük, %66'sının orta ve %10'unun yüksek olduğu belirlenmiştir. Otizm spektrum bozukluğu bulunan çocuğun anne ve babasının evlilik süresi %80'inde 20 yıl veya daha az, %20'sinde ise 21 yıldan fazla olduğu belirlenmiştir.

3.3. Veri toplama araçları

Araştırmada otizm spektrum bozukluğu olan çocuğuna bakım veren ailelere *"Kişisel Bilgi Formu", "Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ)" ve "Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (YPSÖ)"* kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Çalışma kapsamında bu form ile otizmli çocuğa bakım veren bireyin ve çocuğun yaşı, çocuğun cinsiyeti, bakım verenin eğitim durumu, kardeş sayısı, çocuğa en uzun süre bakım veren kişi, en uzun süre bakım veren kişinin kronik veya sürekli tedavi gerektiren hastalığı olma durumu, anne babanın ailede birlikte yaşama durumu, ailenin ekonomik düzeyi, anne ve babanın evlilik süresi gibi demografik değişkenlere yönelik bilgi edinilmiştir.

Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ): İnci (2006) tarafından Türkçeye uyarlanan ve Zarit, Reever ve Bach-Peterson (1980) tarafından geliştirilen Bakım Verme Yükü Ölçeği 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Bakım Verme Yükü Ölçeğitek boyutlu olarak kullanılmaktadır. Ortalaması 20.37±16.54 olan ölçeğin iç tutarlılık katsayısının 0.95 olduğu, madde toplam korelasyon katsayılarının

orta, güçlü ve çok güçlü düzeyde değerler (0.43-0.85) aldığı, test-tekrar test değişmezlik katsayısının 0.90 olduğu saptanmıştır. Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Ölçek (0) "Hiçbir Zaman", (1) "Nadiren", (2) "Bazen", (3) "Oldukça Sık", (4) "Hemen Her Zaman" şeklinde 0'dan 4'e kadar değişen Likert tipi değerlendirme kapsamında kullanılmaktadır. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur.Ölçekte yer alan maddeler sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanın yüksek olması yaşanılan sıkıntının da yüksek olduğunu göstermektedir. Puanlamada 0-20 puan "bakım yükü yok", 21-40 puan "hafif bakım yükü", 41-60 puan "orta düzeyde bakım yükü" ve 61-88 puan ise "ağır bakım yükünü" göstermektedir (İnci, 2006; Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980).

Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (YPSÖ): Arslan (2015) tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması 470 katılımcı üzerinden yapılmıştırÖlçek toplamda 21 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert yapıdaki ölçek "Beni tamamen tanımlıyor (5)" ile "Hiç tanımlamıyor (1)" arasında derecelendirilmektedir. Puanların yükselmesi yüksek psikolojik sağlamlığa işaret etmektedir. Ölçek 4 alt boyuttan (İlişkisel Kaynaklar, Bireysel Kaynaklar, Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar, Ailesel Kaynaklar) oluşmaktadır. Ölçeğin dört faktörlük yapısının toplam varyansın %65'ini açıkladığı ve toplam iç tutarlık katsayısı. 94 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur.

3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPPS 25 (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışmada kategorik ve sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, ortanca değer, minimum, maksimum, sayı ve yüzdelik dilim) verilmiştir. Ayrıca parametrik testlerin ön şartlarından varyansların homojenliği "Levene" testi ile kontrol edilmiştir. Normallik varsayımına ise "Shapiro-Wilk" testi ile bakılmıştır. İki grup arasındaki farklılıklar değerlendirilmek istendiğinde parametrik test ön şartlarını sağladığı durumda "bağımsız örneklem t test" sağlamadığında ise "Mann Whitney U Testi" kullanılmıştır. Üç ve daha fazla grup karşılaştırması için Tek Yönlü Varyans Analizi ve çoklu karşılaştırma testlerinden

Bonferroni testi ile sağlanmadığında ise Kruskal Wallis ve çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni-Dunn testi kullanılmıştır. Sürekli iki değişken arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Katsayısı ile parametrik test ön şartlarını sağlamadığı durumda ise Spearman Korelasyon Katsayısı ile değerlendirilmiştir. $p<0,05$ düzeyi istatistik olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmada Bakım Verme Yükü ile ilişkili olan faktörlerin neler olduğunun belirlenmesinde, regresyon analizi yöntemi kullanılmıştır. Yordayıcı değişkenlerin tümü ise süreksiz değişkenlerden oluşmaktadır. Regresyon analizinde yordanan ve yordayıcı değişkenlerin en az eşit aralık ölçeğinde ölçülen sürekli değişken olmaları ve normal dağılım göstermeleri gerekmektedir (Tabachnick & Fidell, 2001).

4. BULGULAR

Bu bölümde otizm spektrum bozukluğutanısı almış olan bir çocuğa sahip ailelerin "Bakım Verme Yükü Ölçeği" ve "Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinden" aldıkları puanlarının düzeylerinin bazı değişkenler (yaş, cinsiyet, anne-baba öğrenim durumu, ailenin gelir durumu, yaşadığı ortam (şehir-ilçe-kasaba) gibi değişkenler açısından analiz edilen bulgular ve ölçeklerden alınan puanların arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla toplanan bulgular tablolar halinde sunulmuştur. Tablo 4'de Bakım Verme Yükü Ölçeği ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeğine ilişkin ortalama, min-max değerleri, madde sayıları ve cronbach alpha değerleri verilmiştir.

Tablo 4: Bakım Verme Yükü Ölçeği ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeğine ilişkin bilgiler(N=205)

Ölçek		$\bar{x} \pm S$	*Min;Maks*	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
Bakım Verme Yükü Ölçeği		44,97±16,16	1;83	22	0,902
Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	İlişkisel Kaynaklar	23,24±5,17	10;30	6	0,803
	Bireysel Kaynaklar	20,20±3,54	7;25	5	0,721
	Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar	20,04±4,40	5;25	5	0,796
	Ailesel Kaynaklar	20,00±4,83	5;25	5	0,860
	Toplan Puan	83,49±14,63	38;105	21	0,910

$\bar{x}$*:* Ortalama*; SS:* Standart Sapma; *Min.*: Minimum değer; *Maks.*: Maksimum değer

Tablo 4 incelendiğinde 22 sorudan oluşan Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0,902'dir. Bu ölçeğin aldığı değer ortalaması 44,97±16,16 puan iken aldığı en düşük değer 1, en yüksek puan ise 83 olarak bulunmuştur.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin "*İlişkisel Kaynaklar*" alt boyutunun Cronbach's Alpha değeri 0,803'tür. Bu alt boyutta 6 soru bulunmaktadır. Bu ölçeğin aldığı değer

ortalaması 23,24±5,17 puan iken aldığı en düşük değer 10, en yüksek puan ise 30 olarak bulunmuştur.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin "*Bireysel Kaynaklar*" alt boyutunun Cronbach's Alpha değeri 0,721'dir. Bu alt boyutta 5 soru bulunmaktadır. Bu ölçeğin aldığı değer ortalaması 20,20±3,54puan iken aldığı en düşük değer 7, en yüksek puan ise 25 olarak bulunmuştur.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin "*Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar*" alt boyutunun Cronbach's Alpha değeri 0,796'dır. Bu alt boyutta 5 soru bulunmaktadır. Bu ölçeğin aldığı değer ortalaması 20,04±4,40 puan iken aldığı en düşük değer 5, en yüksek puan ise 25 olarak bulunmuştur.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin "*Ailesel Kaynaklar*" alt boyutunun Cronbach's Alpha değeri 0,860'dır. Bu alt boyutta 5 soru bulunmaktadır. Bu ölçeğin aldığı değer ortalaması 20,00±4,83 puan iken aldığı en düşük değer 5, en yüksek puan ise 25'dir.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0,910'dur. Bu ölçek 21 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin aldığı değer ortalaması 83,49±14,63 puan iken aldığı en düşük değer 38, en yüksek puan ise 105 olarak bulunmuştur.

Otizm spektrum bozukluğu bulunan çocukların ebeveynlerinin yaş değişkenine göre ölçekler değerlendirilmiş ve sonuçlar Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5: Ebeveynin yaş gruplarında ölçeklerin değerlendirilmesi (n=205)

	Bakım Verme Yükü Ölçeği	Psikolojik Sağlamlık Ölçeği				
		İlişkisel Kaynaklar	Bireysel Kaynaklar	Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar	Ailesel Kaynaklar	Toplam Puan
25 yaşından küçük	34,24±13,245 31 (23;44)^{A}	22,06±5,684 24 (18;27)^{AB}	19,41±3,792 19 (18;22)^{AB}	19,88±3,689 21 (16;23)	19,41±4,95 21 (17;23)	80,76±14,83 86 (73;91)^{AB}
26-35 yaş arası	43,53±16,894 44 (33;54) ^{AB}	24,3±5,362 26 (22;29)^{A}	20,92±3,426 22 (19;23)^{A}	20,57±4,367 21 (18;24)	20,61±4,96 22 (18;25)	86,41±15,01 91 (78;97)^{A}
36-45 yaş arası	48,24±15,696 50 (35;61)^{B}	23,11±4,634 24 (19;27)^{AB}	20,2±3,081 20 (18;23)^{AB}	19,58±4,742 20 (18;23)	19,84±4,53 21 (17;23)	82,72±13,574 82 (73;95)^{AB}
46'dan büyük	45,75±13,957 42 (38;55) ^{AB}	21,08±5,348 21 (17;27)^{B}	18,38±4,604 19 (16;22)^{B}	20,08±3,658 21 (16;23)	19±5,365 19 (17;24)	78,54±15,67 79 (67;92)^{B}
Test İst.	**4,058**	**9,826**	**9,491**	2,643	4,260	**8,419**
(p)	**(0,008) [1]****	**(0,020) [2]***	**(0,023) [2]***	(0,450) [2]	(0,235) [2]	**(0,038) [2]***

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

Bu tabloda $\bar{x}$*:* Ortalama*; SS:* Standart Sapma; M: Medyan; Q_1:1.inci Çeyreklik; Q_3:3.üncü Çeyreklik; [1]: ANOVA (F); [2]: Kruskal Wallis Testi (H); A, B, C: Aynı satırdaki farklı harf veya harf kombinasyonları istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı ifade etmektedir (p<0.05)

Tablo 5 incelendiğinde Bakım Verme Yükü Ölçeği ile ebeveynin yaş grupları değişkeni, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (F=4,058 p=0,008). 25 yaşından küçük ebeveynler 36-45 yaş arası ebeveynlere göre daha düşük bakım verme yükü puanına sahiptir.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin"ilişkisel kaynaklar"alt boyutu ile ebeveynlerin yaş grupları değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir (H=9,826 p=0,020). Bu sonuçlara göre 26-35 yaş arası ebeveynler 46 yaşından büyük ebeveynlere göre daha yüksek ilişkisel kaynaklar puanına sahiptir.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin "bireysel kaynaklar" alt boyutu ile ebeveynlerin yaş grupları değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (H=9,491 p=0,020). Bu sonuçlara göre 26-35 yaş arası ebeveynler 46 yaşından büyük ebeveynlere göre daha yüksek bireysel kaynaklar puanına sahiptir.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin "kültürel ve bağlamsal kaynaklar" alt boyutu ile ebeveynlerin yaş grupları değişkeni, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (H=8,419 p=0,038). Elde edilen verilere göre 26-35 yaş arası ebeveynler 46 yaşından büyük ebeveynlere göre daha yüksek psikolojik sağlamlık puanına sahiptir.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin "kültürel-bağlamsal kaynaklar" ve "ailesel kaynaklar" alt boyutları ebeveynin yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05)

Çalışma grubuna dahil edilen otizm spektrum bozukluğu bulunan çocuklara bakım veren bireylere göre Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeğinin ANOVA ve Kruskal Wallis analizleriyledeğerlendirme sonuçları, Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6:Bakım veren kişiye göre ölçeklerin değerlendirilmesi (N=205)

	Bakım Verme Yükü Ölçeği	**Psikolojik Sağlamlık Ölçeği**				
		İlişkisel Kaynaklar	Bireysel Kaynaklar	Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar	Ailesel Kaynaklar	Toplam Puan
Anne	45,42±15,61 45 (34;56)	23,43±5,13 24 (20;28)	20,14±3,352 21 (18;23)	20,07±4,229 21 (18;23)	20,13±4,942 21 (17;24)	83,78±14,453 88 (74;96)
Baba	46,86±15,377 42 (34;61)	21,81±5,01 22 (18;26)	19,97±3,723 20 (17;23)	19,3±5,169 20 (15;24)	19,24±4,245 20 (16;23)	80,32±13,812 81 (73;90)
Aile Bireyi veya bakıcı	36,31±21,007 33 (19;49)	24,81±5,48 26 (22;29)	21,25±4,81 23 (19;25)	21,5±3,882 23 (17;25)	20,5±5,125 22 (17;24)	88,06±17,365 92 (77;102)
Test İst. (p)	2,651 (0,073) [1]	5,449 (0,066) [2]	3,654 (0,161) [2]	2,719 (0,257) [2]	2,757 (0,252) [2]	5,202 (0,074) [2]

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

$\bar{x}$*:* Ortalama*; SS:* Standart Sapma; M: Medyan; Q_1:1. Çeyreklik; Q_3:3. Çeyreklik; [1]: ANOVA (F); [2]: Kruskal Wallis Testi (H); A, B, C: Aynı satırdaki farklı harf veya harf kombinasyonları istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı ifade etmektedir (p<0.05).

Tablo 6'da elde edilen sonuçlara göre Bakım Verme Yükü Ölçeği ilePsikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam puanı ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin "ilişkisel kaynaklar,

bireysel kaynaklar, kültürel-bağlamsal kaynaklar ve ailesel kaynaklar"alt boyutları, çocuğa bakım veren kişiye göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Başka deyişlebakım veren kişinin anne, baba ya da bakıcı olmasına göre bakım verme yükünün değişmediği, psikolojik sağlamlık puanlarının da değişmediği saptanmıştır. Bakım verme yükü ile psikolojik sağlamlık düzeyi annelerde, babalarda, ya da bakıcılarda aynı düzeydedir.

Çalışma grubuna dahil edilen otizm spektrum bozukluğu bulunan çocukların cinsiyetine göre Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Man Whitney U analiziyle yapılan değerlendirme sonuçları, Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7:Çocuğun cinsiyetine göre ölçeklerin değerlendirilmesi (n=205)

	Bakım Verme Yükü Ölçeği	**Psikolojik Sağlamlık Ölçeği**				
		İlişkisel Kaynaklar	Bireysel Kaynaklar	Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar	Ailesel Kaynaklar	Toplam Puan
Erkek	46,26±15,951 45 (35;58)	22,87±5,289 23 (19;28)	19,97±3,637 20 (18;23)	19,96±4,293 21 (18;23)	19,73±4,962 21(17;24)	82,54±15,011 85 (73;95)
Kız	39,49±16,106 36 (29;53)	24,82±4,328 26 (22;29)	21,18±2,964 22 (19;24)	20,41±4,854 22 (16;24)	21,13±4,086 22 (19;24)	87,54±12,232 92 (80;96)
Test İst. (p)	**2,381 (0,018) [1]***	**-1,982 (0,047) [2]***	-1,867 (0,062) [2]	-1,063 (0,288) [2]	-1,496 (0,135) [2]	-1,879 (0,060) [2]

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

$\bar{x}$*:* Ortalama*; SS:* Standart Sapma; M: Medyan; Q_1:1. Çeyreklik; Q_3:3. Çeyreklik; ; 1: Bağımsız t testi (t); [2]: Man Whitney U testi (z)

Tablo 7 incelendiğinde Bakım Verme Yükü Ölçeğinin, çocuğun cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (t=2,381 p=0,018). Man Whitney U testi analiz sonuçlarına göre erkek çocukların olduğu grupta kız çocukların olduğu gruba göre daha yüksek bakım verme yükü puanına sahiptir.Psikolojik Sağlamlık Ölçeği alt boyutlarından"*ilişkisel kaynaklar*" çocuğun cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (z=-1,982 p=0,047). Buna göre erkek çocukların olduğu grupta kız çocukların olduğu gruba göre daha düşük ilişkisel kaynaklar puanının bulunduğu belirlenmiştir. Psikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam puanı

ve “bireysel kaynaklar, kültürel-bağlamsal kaynaklar ve ailesel kaynaklar”alt boyutları çocuğun cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05)

Çalışma grubuna dahil edilen otizm spektrum bozukluğu bulunan çocukların yaş gruplarına göre Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeğinin ANOVA ve Kruskal Wallis analizleriyledeğerlendirme sonuçları, Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8:Çocuğun yaşına göre ölçeklerin değerlendirilmesi

	Bakım Verme Yükü Ölçeği	**Psikolojik Sağlamlık Ölçeği**				
		İlişkisel Kaynaklar	Bireysel Kaynaklar	Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar	Ailesel Kaynaklar	Toplam Puan
0-3 yaş	38,03±14,73 36 (31;49) **A**	25,74±4,041 26 (22;29) **A**	21,32±3,015 21 (20;24)	21,1±3,867 23 (18;24)	21,23±4,537 23 (20;25) **A**	89,39±12,865 93 (76;101) **A**
4-6 yaş	43,46±16,086 41 (32;56) **AB**	23,36±5,222 25 (19;28) **B**	20,47±3,602 21 (19;23)	19,92±4,528 21 (17;23)	20,61±4,836 22 (17;25) **A**	84,36±15,08 88 (78;96) **AB**
7-12 yaş	48±15,853 48 (35;59) **B**	22,42±5,395 22 (19;27) **B**	19,77±3,866 21 (17;23)	19,85±4,598 21 (18;24)	18,73±5,083 21 (15;23) **B**	80,77±14,875 82 (72;94) **B**
13-18 yaş	49,03±16,301 48 (36;62) **B**	22,25±4,919 24 (19;27) **B**	19,34±2,925 20 (17;22)	19,72±4,175 21 (17;23)	20±4,119 21 (18;23) **AB**	81,31±13,292 84 (72;91) **B**
Test İst. (p)	**3,714 (0,012)** [1]*****	**10,470 (0,015)** [2]*****	7,701 (0,053) [2]	2,347 (0,503) [2]	**10,159 (0,017)** [2]*****	**9,774 (0,021)** [2]*****

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

$\bar{x}$*:* Ortalama*; SS:* Standart Sapma; M: Medyan; Q_1:1. Çeyreklik; Q_3:3. Çeyreklik; [1]: ANOVA (F); [2]: Kruskal Wallis Testi (H); A, B, C: Aynı satırdaki farklı harf veya harf kombinasyonları istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı ifade etmektedir (p<0.05)

Tablo 8 incelendiğinde Bakım Verme Yükü Ölçeği ile çocukların yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu belirlenmiştir (F=3,714 p=0,012). Elde edilen Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre 0-3 yaş arası çocuklar,7-12 yaş ve 13-18 yaş arası çocuklara göre daha düşük bakım verme yükü puanına sahiptir.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin“ilişkisel kaynaklar” alt boyutu ile çocukların yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (H=10,470 p=0,015). Analiz sonuçlarına göre 0-3 yaş ve 4-6 yaş arası çocuklar diğer yaş gruplarındaki çocuklara göre daha yüksek ilişkisel kaynaklar puanına sahiptir.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin “ailesel kaynaklar” alt boyutuile çocukların yaş grupları, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (H=10,159 p=0,017). Bu

sonuçlara göre 0-3 yaş arası çocuklar 7-12 yaş arası çocuklara göre daha yüksek bireysel kaynaklar puanına sahiptir.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeği çocukların yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (H=9,774 p=0,021). Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre 0-3 yaş arası çocukların,7-12 yaş ve 13-18 yaş arası çocuklara göre daha yüksek psikolojik sağlamlık puanına sahip olduğu belirlenmiştir.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin"bireysel kaynaklar ve kültürel-bağlamsal kaynaklar" alt boyutları ile çocukların yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05)

Çalışma grubuna dahil edilen otizm spektrum bozukluğu bulunan çocuğa sahip ebeveynlerin eğitim durumlarına göre Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeğinin ANOVA ve Kruskal Wallis analizleriyledeğerlendirme sonuçları, Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9: Bakım veren kişinin eğitim durumuna göre ölçeklerin değerlendirilmesi

	Bakım Verme Yükü Ölçeği	**Psikolojik Sağlamlık Ölçeği**				
		İlişkisel Kaynaklar	Bireysel Kaynaklar	Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar	Ailesel Kaynaklar	Toplam Puan
İlköğretim Mezunu	41,93±16,84 40 (31;53)	23±5,965 24 (20;28)	19,15±4,553 20 (16;23)	21,43±3,548 23 (20;24)^{A}	19,76±5,002 21 (17;23)	83,33±16,284 89 (75;96)
Lise Mezunu	44,25±14,951 41 (33;56)	22,77±4,937 23 (18;27)	20,32±2,723 20 (18;23)	19,64±4,091 20 (17;23)^{B}	19,89±4,734 21 (17;24)	82,62±13,501 85 (72;95)
Üniversite Mezunu	47,04±16,273 47 (35;59)	23,63±4,832 24 (20;28)	20,71±3,198 21 (18;23)	19,5±4,832 21 (16;23)^{B}	20,19±4,826 22 (18;24)	84,04±14,377 87 (74;96)
Test İst. (p)	1,830 (0,163) [1]	1,142 (0,565) [2]	3,720 (0,156) [2]	**6,869** **(0,032)** [2]*****	0,615 (0,735) [2]	0,716 (0,699) [2]

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

$\bar{x}$*:* Ortalama*; SS:* Standart Sapma; M: Medyan; Q_1:1. Çeyreklik; Q_3:3. Çeyreklik; [1]: ANOVA (F); [2]: Kruskal Wallis Testi (H); A, B, C: Aynı satırdaki farklı harf veya harf kombinasyonları istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı ifade etmektedir (p<0.05)

Tablo 9 incelendiğinde Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin "kültürel ve bağlamsal kaynaklar" alt boyutu, bakım veren kişinin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (H=6,869 p=0,032). Kruskal Wallis Testi sonuçlarına

göre ilköğretim mezunu olan kişiler, lise ve üniversite mezunu olan kişilere göre daha yüksek kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanına sahiptir. Bakım Verme Yükü Ölçeği ilePsikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam puanı vePsikolojik Sağlamlık Ölçeğine ait olan "ilişkisel kaynaklar, bireysel kaynaklar ve ailesel kaynaklar"alt boyutları, bakım veren kişinin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05)

Çalışma grubuna dahil edilen otizm spektrum bozukluğu bulunan çocuğun kardeş sayısına göre Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeğinin ANOVA ve Kruskal Wallis analizleriyledeğerlendirme sonuçları, Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10:Çocuğun kardeş sayısına göre ölçeklerin değerlendirilmesi (N=205)

	Bakım Verme Yükü Ölçeği	**Psikolojik Sağlamlık Ölçeği**				
		İlişkisel Kaynaklar	Bireysel Kaynaklar	Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar	Ailesel Kaynaklar	Toplam Puan
Tek çocuk	44,25±16,997 41 (31;59)	23,16±5,215 24 (19;27)	20,3±4,134 21 (19;24)	19,64±4,653 21 (16;24)	20,02±5,662 22 (17;25)	83,13±15,959 87 (72;96)
2 kardeş	45,16±17,098 45 (34;56)	23,03±5,555 24 (19;28)	20,06±3,501 21 (17;23)	19,65±4,647 20 (16;23)	20,07±4,685 21 (17;24)	82,8±15,257 86 (73;96)
3 ve daha fazla	45,43±13,046 44 (35;54)	23,81±4,21 24 (22;28)	20,38±2,878 20 (18;23)	21,38±3,166 22 (19;24)	19,83±4,109 21 (17;22)	85,4±11,332 88 (79;95)
Test ist. (p)	0,080 (0,923) [1]	0,267 (0,875) [2]	0,610 (0,737) [2]	3,938 (0,140) [2]	1,446 (0,485) [2]	0,342 (0,843) [2]

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

$\bar{x}$*:* Ortalama*; SS:* Standart Sapma; M: Medyan; Q_1:1. Çeyreklik; Q_3:3. Çeyreklik; [1]: ANOVA (F); [2]: Kruskal Wallis Testi (H); A, B, C: Aynı satırdaki farklı harf veya harf kombinasyonları istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı ifade etmektedir (p<0.05)

Tablo 10 incelendiğinde Bakım Verme Yükü Ölçeği ilePsikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam puanları ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeğine ait olan "ilişkisel kaynaklar, bireysel kaynaklar, kültürel-bağlamsal kaynaklar ve ailesel kaynaklar"alt boyutları, çocuğun kardeş sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Çalışma grubuna dahil edilen otizm spektrum bozukluğu bulunan çocuğa en uzun süre bakım veren kişiye görePsikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Man Whitney U analiziyledeğerlendirme sonuçları, Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11:Çocuğa en uzun süre bakım veren kişiye göre ölçeklerin değerlendirilmesi (N=205)

	Bakım Verme Yükü Ölçeği	**Psikolojik Sağlamlık Ölçeği**				
		İlişkisel Kaynaklar	Bireysel Kaynaklar	Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar	Ailesel Kaynaklar	Toplam Puan
Anne	45,06±16,16 44 (33;57)	23,25±5,128 24 (20;27)	20,16±3,545 21 (18;23)	20,09±4,315 21 (18;23)	19,93±4,81 21 (17;24)	83,43±14,414 87 (74;95)
Baba	43,8±16,713 41 (31;56)	23,2±5,846 24 (19;29)	20,73±3,615 22 (17;23)	19,47±5,462 21 (14;25)	20,87±5,167 22 (18;24)	84,27±17,678 85 (73;100)
Test İst. (p)	0,291 (0,772) [1]	-0,063 (0,949) [2]	-0,731 (0,465) [2]	-0,091 (0,928) [2]	-0,978 (0,328) [2]	-0,556 (0,578) [2]

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

$\bar{x}$*:* Ortalama*; SS:* Standart Sapma; M: Medyan; Q_1:1. Çeyreklik; Q_3:3. Çeyreklik; 1: Bağımsız t testi (t); [2]: Man Whitney U testi (z)

Tablo 11 incelendiğinde Bakım Verme Yükü Ölçeği ilePsikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam puanı ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin "ilişkisel kaynaklar, bireysel kaynaklar, kültürel-bağlamsal kaynaklar ve ailesel kaynaklar"alt boyutları, çocuğa en uzun süre bakım veren kişiye göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05)

Çalışma grubuna dahil edilen otizm spektrum bozukluğu bulunan çocuğa bakım veren kişinin sürekli tedavi gerektiren kronik bir hastalığı olup olmadığına göre**,** Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Man Whitney U analiziyledeğerlendirme sonuçları, Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12:Bakım veren kişinin kronik hastalığı olup olmadığına göre ölçeklerin değerlendirilmesi (N=205)

	Bakım Verme Yükü Ölçeği	Psikolojik Sağlamlık Ölçeği				
		İlişkisel Kaynaklar	Bireysel Kaynaklar	Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar	Ailesel Kaynaklar	Toplam Puan
Var	44,93±19,484 41 (31;61)	20,83±5,265 21 (18;24)	19,21±4,754 20 (17;23)	18,52±4,397 19 (16;22)	18,55±4,469 19 (17;22)	77,1±14,583 78 (68;89)
Yok	44,98±15,613 44 (33;56)	23,64±5,057 24 (20;28)	20,36±3,292 21 (18;23)	20,3±4,357 21 (18;24)	20,24±4,857 22 (17;24)	84,54±14,407 88 (75;96)
Test İst. (p)	-0,014 (0,989) [1]	**-2,682** **(0,007)** [2]**	-0,954 (0,340) [2]	**-2,248** **(0,025)** [2]*	**-2,348** **(0,019)** [2]*	**-2,641** **(0,008)** [2]**

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

$\bar{x}$*:* Ortalama*; SS:* Standart Sapma; M: Medyan; Q_1:1. Çeyreklik; Q_3:3. Çeyreklik; 1: Bağımsız t testi (t); [2]: Man WhitneyU testi (z)

Tablo 12 incelendiğinde Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin "ilişkisel kaynaklar" alt boyutu ilebakım veren kişinin kronik hastalığı bulunup bulunmaması değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (z=-2,682 p=0,007). Man WhitneyU testi sonuçlarına göre bakım veren kişinin sürekli tedavi gerektiren kronik bir hastalığı olan grupta, hastalığı olmayan gruba göre daha düşük ilişkisel kaynaklar puanı olduğu belirlenmiştir.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeği "kültürel ve bağlamsal kaynaklar" alt boyutu ilebakım veren kişinin kronik hastalığı bulunması değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (z=-2,248 p=0,025). Bu sonuçlara göre, bakım veren kişinin kronik hastalığının bulunduğu grupta, hastalığı bulunmayan gruba göre daha düşük kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanı vardır.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin "ailesel kaynaklar" alt boyutu ilebakım veren kişinin kronik hastalığı bulunmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir (z=-2,348 p=0,019). Bakım veren kişinin kronik hastalığının bulunduğu grupta, kronik hastalığı olmayan gruba göre daha düşük ailesel kaynaklar puanı bulunmaktadır.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin toplam puanı incelendiğinde, bakım veren kişinin kronik hastalığı bulunmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (z=-2,641 p=0,019). Yapılan Man WhitneyU testi sonuçlarına göre, bakım veren kişinin

kronik hastalığı bulunan grupta, kronik hastalığı olmayan gruba göre daha düşük psikolojik sağlamlık puanının bulunduğu saptanmıştır.

Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin alt boyutu olan "bireysel kaynaklar" değişkeni incelendiğinde, bakım veren kişinin sürekli tedavi gerektiren bir kronik hastalığı bulunup bulunmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir (p>0,05)

Tablo 13:Çocuğun anne babasının aile durumu göre ölçeklerin değerlendirilmesi (N=205)

	Bakım Verme Yükü Ölçeği	**Psikolojik Sağlamlık Ölçeği**				
		İlişkisel Kaynaklar	Bireysel Kaynaklar	Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar	Ailesel Kaynaklar	Toplam Puan
Anne baba birlikte yaşıyor	44,92±16,266 44 (33;56)	23,5±4,906 24 (20;28)	20,22±3,35 21 (18;23)	20,28±4,308 21 (18;24)	20,22±4,599 22 (17;24)	84,22±13,943 87 (75;96)
Anne ve baba ayrı	44,36±17,35 40 (32;59)	22,5±6,654 24 (19;28)	21,36±5,242 23 (21;25)	18,86±5,246 21 (15;24)	18,71±6,354 21 (15;24)	81,43±18,887 86 (69;96)
Diğer	46,42±14,305 46 (31;59)	20,33±6,513 22 (14;26)	18,5±3,754 18 (16;23)	17,92±4,231 17 (14;22)	18,17±5,997 21 (14;23)	74,92±17,511 78 (60;89)
Test İst. (p)	0,085 (0,772) [1]	2,746 (0,253) [2]	7,323 (0,026) [2]	4,334 (0,114) [2]	1,968 (0,374) [2]	3,533 (0,171) [2]

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

$\bar{x}$*:* Ortalama*; SS:* Standart Sapma; M: Medyan; Q_1:1. Çeyreklik; Q_3:3. Çeyreklik; [1]: ANOVA (F); [2]: Kruskal Wallis Testi (H); A, B, C: Aynı satırdaki farklı harf veya harf kombinasyonları istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı ifade eder (p<0.05)

Tablo 13 incelendiğinde Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre Bakım Verme Yükü Ölçeği ilePsikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam puanı ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin "ilişkisel kaynaklar, bireysel kaynaklar, kültürel-bağlamsal kaynaklar ve ailesel kaynaklar"alt boyutları, çocuğun anne babasının aile durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Çalışma grubuna dahil edilen otizm spektrum bozukluğu bulunan çocuğun ailesinin ekonomik düzeyine göregöre**,** Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeğinin ANOVA ve Kruskal Wallisanaliziyledeğerlendirme sonuçları, Tablo 14'de verilmiştir.

Tablo 14:Çocuğun ailesinin ekonomik düzeyine göre ölçeklerin değerlendirilmesi (N=205)

	Bakım Verme Yükü Ölçeği	**Psikolojik Sağlamlık Ölçeği**				
		İlişkisel Kaynaklar	Bireysel Kaynaklar	Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar	Ailesel Kaynaklar	Toplam Puan
Düşük	45,96±13,281 45 (35;57)	21,22±5,882 22 (18;26)^{A}	18,96±4,148 20 (17;22)	19,71±4,262 21 (16;23)	18,22±5,713 20 (15;22)^{A}	78,12±16,542 81 (66;91)^{A}
Orta	43,71±16,754 42 (32;56)	23,89±4,743 24 (20;28)^{B}	20,54±3,293 21 (18;23)	20,49±4,192 22 (19;24)	20,66±4,316 22 (18;24)^{B}	85,58±13,266 89 (75;96)^{B}
Yüksek	51,15±17,617 52 (35;68)	23,80±5,064 24 (19;29)^{AB}	20,95±3 22 (19;23)	17,8±5,454 16 (13;24)	19,85±4,934 21 (17;24)^{AB}	82,4±15,779 83 (70;98)^{AB}
Test İst. (p)	1,989 (0,140) [1]	**7,362** **(0,025)** [2]*	5,936 (0,051) [2]	4,530 (0,104) [2]	**7,748** **(0,021)** [2]*	**7,553** **(0,023)** [2]*

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

$\bar{x}$*:* Ortalama*; SS:* Standart Sapma; M: Medyan; Q_1:1. Çeyreklik; Q_3:3. Çeyreklik; [1]: ANOVA (F); [2]: Kruskal Wallis Testi (H); A, B, C: Aynı satırdaki farklı harf veya harf kombinasyonları istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı ifade eder (p<0.05)

Tablo 14 incelendiğinde Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin "ilişkisel kaynaklar" alt boyutu ileçocuğun ailesinin ekonomik düzeyinegöre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (H=7,362 p=0,025). Yapılan Kruskal Wallis Testi analizlerine göre düşük gelire sahip olan grupta orta gelire sahip olan gruba göre daha düşük ilişkisel kaynaklar puanına sahiptir.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin "ailesel kaynaklar" alt boyutu ileçocuğun ailesinin ekonomik düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (H=7,748 p=0,021). Düşük gelire sahip olan grupta orta gelire sahip olan gruba göre daha düşük ailesel kaynaklar puanına sahiptir.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeği; çocuğun ailesinin ekonomik düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (z=7,553 p=0,023). Düşük gelire sahip olan

grupta orta gelire sahip olan gruba göre daha düşük psikolojik sağlamlık puanına sahiptir.

Bakım Verme Yükü Ölçeği ilePsikolojik Sağlamlık Ölçeğinin alt boyutları olan "bireysel kaynaklar ve kültürel-bağlamsal kaynaklar" ile çocuğun ailesinin ekonomik düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0,05).

Çalışma grubuna dahil edilen otizm spektrum bozukluğu bulunan çocuğun anne ve babasının evlilik süresine göre**,** Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Man Whitney Uanaliziyledeğerlendirme sonuçları, Tablo 15'de verilmiştir.

Tablo 15:Anne ve babaların evlilik süresine göre ölçeklerin değerlendirilmesi (N=205)

	Bakım Verme Yükü Ölçeği	**Psikolojik Sağlamlık Ölçeği**				
		İlişkisel Kaynaklar	Bireysel Kaynaklar	Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar	Ailesel Kaynaklar	Toplam Puan
20 yıldan az	44,83±16,372 44 (32;57)	23,26±5,316 24 (19;28)	20,34±3,518 21 (18;23)	19,74±4,62 21 (16;23)	20,08±4,928 22 (17;24)	83,43±15,059 87 (73;95)
21 yıldan fazla	45,54±15,478 44 (35;57)	23,17±4,587 23 (20;27)	19,63±3,638 20 (18;23)	21,24±3,121 22 (19;24)	19,68±4,458 21 (17;23)	83,73±12,931 82 (74;96)
Test ist. (p)	-0,250 (0,803) [1]	-0,404 (0,686) [2]	-1,283 (0,199) [2]	-1,500 (0,134) [2]	-0,850 (0,395) [2]	-0,168 (0,867) [2]

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

$\bar{x}$*:* Ortalama*; SS:* Standart Sapma; M: Medyan; Q_1:1. Çeyreklik; Q_3:3. Çeyreklik; 1: Bağımsız t testi (t); [2]: Man Whitney U testi (z)

Tablo 15 incelendiğinde Bakım Verme Yükü Ölçeği ilePsikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam puanı ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeğine ait olan "ilişkisel kaynaklar, bireysel kaynaklar, kültürel-bağlamsal kaynaklar ve ailesel kaynaklar"alt boyutları ile otizm spektrum bozukluğu bulunan çocuğun anne ve babasının evlilik süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0,05).

Çalışmada verilen elde edilmesinde yararlanılan Bakım Verme Yükü Ölçeği ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki Sperman Korelasyon katsayısı analizi yapılarak değerlendirilmiş ve sonuçlar Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16:Bakım Verme Yükü Ölçeği ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki (N=205)

			Bakım Verme Yükü Ölçeği
Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	İlişkisel Kaynaklar	r (p)	-0,349 (0,001) **
	Bireysel Kaynaklar	r (p)	-0,245 (0,001) **
	Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar	r (p)	-0,269 (0,001) **
	Ailesel Kaynaklar	r (p)	-0,292 (0,001) **
	Toplam Puan	r (p)	-0,350 (0,001) **

*p<0,05; **p<0,01; r: Sperman Korelasyon Katsayısı

Bakım Verme Yükü Ölçeği ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin“İlişkisel Kaynaklar” alt boyutu arasında %34,9’luk negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (r=-0,349 p=0,001).

Bakım Verme Yükü Ölçeği ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin“Bireysel Kaynaklar” alt boyutu arasında %24,5’lik negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=-0,245 p=0,001).

Bakım Verme Yükü Ölçeği ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin“Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar” alt boyutu arasında %26,9’luk negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (r=-0,269 p=0,001).

Bakım Verme Yükü Ölçeği ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin“Ailesel Kaynaklar” alt boyutu arasında %29,2’lik negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (r=-0,292 p=0,001).Bakım Verme Yükü Ölçeği ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeği arasında %35’lik negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (r=-0,350 p=0,001).Bu çalışmada verilerin elde edilmesinde yararlanılan Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin, Bakım Verme Yükü Ölçeği üzerindeki etkisi Regresyon Analizi ile değerlendirilmiş ve Tablo 17’de sonuçları verilmiştir.

Tablo 17:Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin Bakım Verme Yükü Ölçeği üzerindeki etkisi

Bağımlı Değişken: **Bakım Verme Yükü Ölçeği**	**Standardize edilmemiş**		**Standardize edilmiş**	**t**	**p**
	Beta ±SH	**GA**	**Beta**		
Sabit	76,939±6,165	(64,783;89,094)	-	**12,480**	**0,001 ****
Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	-0,383±0,073	(-0,526;-0,239)	-0,347	**-5,264**	**0,001 ****
Durbin-Watson=2,014 R^2=0,120 F=27,710 **p=0,001****					

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

SH: Standard Hata*; GA:* %95 Güven Aralığı; *t*: Regresyon katsayısı *F*: Regresyon Analizi

Tablo 17 incelendiğinde Bakım Verme Yükü üzerinde Psikolojik Sağlamlığın etkisinin değerlendirildiği model istatistiksel olarak anlamlıdır (F=27,710 p=0,001).

Psikolojik Sağlamlık Bakım Verme Yükünü %12 oranında açıklamaktadır. Psikolojik Sağlamlıktaki bir birimlik değişim,Bakım Verme Yükü ölçek skorunu 0,383±0,073 birim azaltmaktadır (t=-5,264 p=0,001).

Psikolojik Sağlamlık etkisi olmadığında Bakım Verme Yükü Ölçeği 64,783 ile 89,094 aralığında istatistiksel olarak anlamlı şekilde puan almaktadır (t=12,480 p=0,001).

5. TARTIŞMA

Otizm spektrum bozukluğu olan çocuğa sahip ailelerin bakım verme yükleri ve psikolojik sağlamlıkları arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışma kapsamında bu bölümde araştırmada elde edilen verilerin literatür bilgileriyle karşılaştırıldığı ve sonuçların yorumlandığı, verilerin analizine ilişkin bilgilere yer verilmektedir. Aynı zamanda alanyazın araştırmasında otizm spektrum bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin bakım yükleri ile psikolojik sağlamlık düzeylerine yönelik çalışmaya rastlanmamış olmaması nedeniyle diğer ebeveynlik tutumlarının otizmli çocuklar ve psikolojik sağlamlıkları ve ebeveyn tutumlarının psikolojik sağlamlık davranışlarına etkisine yönelik çalışmalara da yer verilmiştir.

Alan yazında, çocuğuna Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı konmuş olan ailelerin sosyal alanda karşılaşabilecekleri zorluklardan kaçmakiçin kendilerini toplumdan soyutlamayı tercih ettikleri görülmektedir(ÇİÇEK, 2019).

Otizm spektrum bozukluğu tanısı olan çocuğa sahip ailelerin tanıyı kabulü ve duygularını ifade etmesine yönelik çeşitli açıklamalar vardır. Bir açıklamaya göre ailelerin ilk tanılanmada yoğun olumsuz duygular deneyimledikleri ancak zamanla bu olumsuz duyguların yerini kabul, umut ve mücadeleye dönüştüğü yönündedir. Bu açıklamaya ilave olarak OSB tanılanmış çocukların ebeveynlerinin zamanla kişisel yapılanma içine girdikleri ve duruma uyum sağladıkları yönündedir. Diğer açıklama ise ailelerin devam eden bir üzüntü ve çaresizlik içinde olduğu yönündedir(ÇİÇEK, 2019).

Diğer taraftan bazı araştırmalardan elde edilen bulgulara göre ise, çocuktaki otizm şiddetiyle ebeveynlerin yaşadığı stres arasında bir ilişkinin olmadığına işaret ettiği görülmektedir(Bozkurt, 2019).

Bu araştırmanın bulgularının ebeveynlere ve otizmli çocuklarına ilişkin profesyonel aile danışmanlığı hizmeti verenlere yönelik alan yazını ve uygulamalarına katkı sunma anlamında yansımaları olabileceği düşünülmektedir. Sonuçta dünyada ve ülkemizde gün geçtikçe artan otizm vakaları karşısında yapılan çalışmalar, otizmli birey ile en çok vakit geçiren ve bakım verenlerin sosyal, duygusal açıdan desteklenmesi gerekliliğine odaklanmaktadır. Bu çalışmanın sonunda elde edilen bulgularla da otizm spektrum bozukluğu olan çocuğa sahip ailelerin bakım verme yükleri ve psikolojik sağlamlıkları bir arada incelenerek ailelerin güçlendirilmesi, aile içi ilişkilerinde başarılı olabilmeleri

için desteklenmesi, bakım yüküyle başetmelerine rehberlik edilmesi ve bu konularla ilgili aile danışmanlığı alanında çalışan profesyonellerde farkındalık oluşturulması yönünde sonuçlar ortaya konmuştur.

OSB'li çocuklara bakım verenler, bu çocuklara bakım sağlamaktan dolayı sıklıkla daha fazla psikososyal yük yaşamaktadır (Tablo 4). Her ne kadar birçok araştırmacı OSB'li çocuklara bakım verenlerin iyiliği üzerindeki etkilerini incelemiş olsa da ve OSB'li çocuğa bakım vermenin ebeveynlerin yaşam doyumlarını artırdığı (King, vd., 2011; Ludlow, vd., 2012), ebeveynleri fiziksel ve duygusal olarak rahatlattığı (Lecavalier vd, 2006; Starr ve Foy, 2012) alan yazında sıklıkla vurgulansa da OSB'li çocuğa bakım vermenin psikolojik dayanıklılığı olumsuz etkilediğine ilişkin çok sayıda araştırma da bulunmaktadır (Nealy, O'hare, Powers & Swick, 2012; Turnbull vd., 2005; Ünlüer, 2009).

Bu çalışmada Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin "İlişkisel Kaynaklar" alt boyutunun değer ortalaması 23,24±5,17 puandır ve en düşük değer 10, en yüksek puan ise 30 olarak bulunmuştur. "Bireysel Kaynaklar" alt boyutunun değer ortalaması 20,20±3,54puandır ve en düşük değer 7, en yüksek puan ise 25 olarak bulunmuştur. "Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar" alt boyutunun aldığı değer ortalaması 20,04±4,40 puandır ve aldığı en düşük değer 5, en yüksek puan ise 25 olarak bulunmuştur. "Ailesel Kaynaklar" alt boyutunun aldığı değer ortalaması 20,00±4,83 puan iken aldığı en düşük değer 5, en yüksek puan ise 25'dir. Yapılan çalışmalarda öz yeterliliği yüksek olan bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha yüksek olduğu (Terzi, 2006; Keye ve Pidgeon, 2013), günlük yaşam içerisinde OSB'li çocuğa bakım verme esnasında sosyal ve psikolojik travmalara karşı dayanıklı bireylerin çoğu zaman daha olumlu duygulara sahip olduklarına ilişkin sonuçlar rapor edilmiştir (Ong, Zautra ve Reid, 2010; Tugade ve Fredrickson, 2004). Bu bağlamda bu çalışmada elde edilen bu sonuçların alanyazında yapılan sonuçları desteklediği söylenebilir.

Bu çalışmada Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin "ilişkisel kaynaklar" alt boyutu ile çocukların yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (H=10,470 p=0,015). Analiz sonuçlarına göre 0-3 yaş ve 4-6 yaş arası çocuklar diğer yaş gruplarındaki çocuklara göre daha yüksek ilişkisel kaynaklar puanına sahiptir. Bu sonuç, erken yaş grubundaki çocuğa sahip ebeveynlerin sosyal etkileşimlerinin büyük

yaştaki çocuğa sahip olanlara göre daha zor olduğu şeklinde yorumlanabilir. Otizmli çocuğa sahip olmanın, günlük etkinlikler ve sosyal yaşantılar üzerindeki etkilerinin başında, sosyal çevrede etkileşim halinde bulundukları kişi sayılarının ve yapılan yakın aile ziyaretleri sıklığının azalması bulgusu alanyazında mevcuttur. Bu araştırma bulguları ile tutarlı olarak Nealy, O'hare, Powers ve Swick'in (2012) yürüttükleri bir araştırmaya katılan otizmli çocuğa sahip ebeveynler, erken çocukluk döneminde otizmli çocuğa sahip olmanın sosyal yaşamlarını olumsuz olarak etkilediğini, sosyal ilişkilerinde nicelik ve nitelik olarak azalma olduğunu ve zamanlarının büyük kısmında otizmli çocuğun bakım ve eğitim ihtiyaçları ile ilgilenmeleri nedeniyle arkadaşları ile görüşmelerinin azaldığını ifade etmişlerdir. OSB'li bir çocuğun varlığına sosyal ve duygusal açıdan uyum sağlamayı kolaylaştıran en önemli kriterlerden birisi, OSB'li çocuğun ve anne babasının psiko-sosyal ihtiyaçlarına odaklanan, ailenin bakım yükünden kaynaklanan problemlerinin azaltılmasını destekleyen ve çocuğun bakım ve eğitimi sırasında ortaya çıkan problemlerle başetmelerini kolaylaştıran sosyal destek faktörüdür (Barnes, Hall, Roberts & Graff, 2011).

Bireylerde psikolojik alan, sosyal ilişki ve fiziksel sağlık olmak üzere yaşam kalitesi ile önemli bir ilişkiye sahiptir. Bu ilişki negatif yönde güçlü korelasyon olarak değerlendirilmektedir. Bu yük ne kadar yüksekse, bireyin psikolojik sağlamlık alanının o kadar kötü olduğunu gösterir. Bu sonuç, Dhafer ve Arafat'ın (2017) yaptığı otizm spektrum bozukluğu olan çocuklara bakım verenlerde psikososyal yük konusunda yapılan ve yük ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi bulan araştırma ile uyumludur. Psikolojik alan OSB tanılı bir çocuğa sahip olmak ile ilişkilidir çünkü duygusal olarak OSB çocuğu olan anne ve babalar bundan etkilenir. Bu sonuç Rhoades, Scarpa ve Salley (2007) tarafından yapılan araştırma ile uyumludur. Bu çalışmada depresyon ve anksiyete belirtileri olan bakım verenlerde otizmin stres ve psikolojik yük ile ilişkili olduğunu ifade edilmiştir.

Bu çalışmadaki Tablo 9 incelendiğinde Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin "kültürel ve bağlamsal kaynaklar" alt boyutunun, bakım veren kişinin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (H=6,869 p=0,032). Busonuçlara göre ilköğretim mezunu olan kişiler, lise ve üniversite mezunu olan kişilere göre daha yüksek kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanına sahiptir. Bakım Verme Yükü Ölçeği ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam puanı ve Psikolojik

Sağlamlık Ölçeğine ait olan "ilişkisel kaynaklar, bireysel kaynaklar ve ailesel kaynaklar" alt boyutlarının, bakım veren kişinin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05). Anne babaların bakım verme yükünü algılama biçimleri ile çocuğun bakım/eğitimi sırasında ortaya çıkan problemlere karşı sosyal yeterlilik düzeylerinin ve algıladıkları bilgi desteği arasında nasıl bir anlam bağı oluştuğu önemlidir (Tobing ve Glenwick, 2002). Birçok ebeveyn, günlük aktiviteleri OSB'li çocuğun bakımıyla birleştirirken önemli sorunlar yaşamaktadır, mali sorunlar depresif ruh hali oluşmasına neden olabilmektedir (Lainhart, 1999).Anne babaların sosyal yeterlilikleri ile algıladıkları bilgi desteği arasındaki ilişkinin zayıf olmasında anne babalara sunulan bilgi desteğinin yeterli veya anlamlı olup olmadığına ilişkin yapılan çalışmalarda (Chen, 2017; Kaner, Bayraklı & Güzeller, 2011; Souri ve Hasanirad, 2011; Ülker-Tümlü, 2012)psikolojik dayanıklılığın önemi vurgulanmaktadır.

Bu çalışmada Bakım Verme Yükü Ölçeğinin, OSB'li çocuğun cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (t=2,381 p=0,018). Erkek çocukların olduğu grupta kız çocukların olduğu gruba göre daha yüksek bakım verme yükü puanına sahiptir. Psikolojik Sağlamlık Ölçeği alt boyutlarından "ilişkisel kaynaklar" incelendiğinde çocuğun cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (z=-1,982 p=0,047). Buna göre erkek çocukların olduğu grupta kız çocukların olduğu gruba göre daha düşük ilişkisel kaynaklar puanının bulunduğu belirlenmiştir. Ölçeğin toplam puanı ve "bireysel kaynaklar, kültürel-bağlamsal kaynaklar ve ailesel kaynaklar" alt boyutları çocuğun cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Genetik bir bireysel etmen olarak cinsiyet, psikolojik sağlamlıkla ilişkili görülmekte ve risk altındaki çocuklarda, kızların psikolojik sağlamlıklarının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Kuder ve Accardo, 2018). Diğer yandan erkeklerin, ebeveynlerin psikopatolojisi ve yoksulluk gibi bir dizi risk faktörüne karşı daha savunmasız oldukları belirtilmektedir (Lainhart, 1999). Ayrıca, erkekler aile parçalanmalarına ve toplumsal etkilere davranışsal anlamda kızlara oranla daha olumsuz şekilde tepki göstermekte, dışsal davranış problemleri (Ekas, Lickenbrock & Whitman, 2010) ve düşük akademik başarı (Karst ve vanHecke, 2012) anlamında yüksek risk taşımaktadırlar.

OSB tanısı konulmuş kişilere bakım veren kişilerin bakım verme yüklerinin puan ortalaması 44,97 olarak bulunmuştur. Bakım veren kişinin kim olduğu, çocuğun kardeş sayısı, çocuğun anne babasının ayrı ya da beraber olma durumuna göre, ebeveynlerin evlilik süresi, çocuğun ailesinin ekonomik düzeyine göre, bakım veren kişinin kronik bir hastalığının olup olmamasına göre, çocuğa en uzun süre bakım veren kişiye göre ve çocuğa bakım veren bakıcının eğitim durumuna göre olan değişkenlerle Bakım Verme Yükü Ölçeği toplam puanı değerlendirildiğinde herhangi bir farklılaşma olmadığı ortaya koyulmuştur ($p>0,05$). Ancak ebeveynin yaşı, çocuğun cinsiyeti ve çocuğun yaşı değişkenleri ve Bakım Verme Yükü Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı farklılıklar olduğu ortaya konmuştur ($p<0,05$).

Bakım veren kişinin kim olduğu, çocuğun kardeş sayısı, çocuğun anne babasının ayrı ya da beraber olma durumuna göre, çocuğun cinsiyeti, ebeveynlerin evlilik süresi, çocuğa en uzun süre bakım veren kişiye göre ve çocuğa bakım veren bakıcının eğitim durumunun değişkenleri ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir farklılaşma görülmemiştir ($p>0,05$). Ancak ebeveynin yaşı, çocuğun yaşı, çocuğun ailesinin ekonomik düzeyi, bakım veren kişinin kronik bir hastalığının olup olmamasına durumlarının değişkenleri ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).Bu bulgu, OSB'li çocuklara bakım verenler arasında genel ruh sağlığı açısından psikososyal yükler arasında oldukça anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Tüm bu bilgilerin ışığında elde edilen sonuçların, OSB'li bireylerin iyi oluşuna, toplum ruh sağlığının gelişimine ve OSB'li bireyi bulunan ailelerdeki bakım yükü ve psikolojik sağlamlık ile ilişkili aile danışmanlığı hizmetlerinin nitelikli sunulmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma grubuna dahil edilen otizm spektrum bozukluğu bulunan çocukların %81'i erkektir. %37'si 4-6 yaş grubundadır. %50'si 2 kardeştir ve %74'üne en uzun süre bakım veren kişi annesidir. Çocukların ebeveynlerinin yaşları %8 oranında 25 yaşından küçük, %39 oranında 26-35 yaş arası, %41 oranında 36-45 yaş arası ve %12 oranında 46 yaş ve üzeri şeklinde dağılım gösterdiği bulunmuştur. Çocuğun bakımı ile ilgilenen kişilerin %74'ü anne, %18'i baba ve %8'i aile bireyi veya bakıcıdır. Çocukların %81'i erkek, %19'u kızdır. Yaşları %15 oranında 3 yaş altında, %37 oranında 4-6 yaş arasında, %32 oranında 7-12 yaş arasında ve %16 oranında ise 13-18 yaş aralığında dağılım gösterdiği bulunmuştur. Bakım veren kişinin %26'sının ilköğretim mezunu, %26'sının lise mezunu ve %48'inin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Ailenin çocuk sayısı %27 oranında tek çocuk, %50 oranında iki çocuk ve %23 oranında ise 3 ve daha fazla çocuk olarak dağılım göstermektedir. Çocuğa en uzun süre bakım veren kişiler %93'ü anneler ve %7'si babadır. Otizm spektrum bozukluğu bulunan çocuğa en uzun süre bakım veren kişinin %14'ünde bir kronik hastalık vardır, %86'sında ise herhangi bir sürekli tedavi gerektiren bir hastalık bulunmamaktadır.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin "İlişkisel Kaynaklar" alt boyutunun değer ortalaması 23,24±5,17 puan iken aldığı en düşük değer 10, en yüksek puan ise 30 olarak bulunmuştur. "Bireysel Kaynaklar" alt boyutunun değer ortalaması 20,20±3,54puandır ve en düşük değer 7, en yüksek puan ise 25 olarak bulunmuştur. "Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar" alt boyutununaldığı değer ortalaması 20,04±4,40 puandır ve aldığı en düşük değer 5, en yüksek puan ise 25 olarak bulunmuştur. "Ailesel Kaynaklar" alt boyutunun aldığı değer ortalaması 20,00±4,83 puan iken aldığı en düşük değer 5, en yüksek puan ise 25'dir.

Bakım Verme Yükü Ölçeği ile ebeveynin yaş grupları değişkeni, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (F=4,058 p=0,008). 25 yaşından küçük ebeveynler 36-45 yaş arası ebeveynlere göre daha düşük bakım verme yükü puanına sahiptir.

Çalışma grubundaki 26-35 yaş arası ebeveynler 46 yaşından büyük ebeveynlere göre daha yüksek ilişkisel kaynaklar puanına ve aynı zamanda daha yüksek psikolojik sağlamlık puanına sahiptir.

Çalışma grubundaki çocuklara bakım veren kişinin anne, baba ya da bakıcı olmasına göre bakım verme yükünün değişmediği, psikolojik sağlamlık puanlarının da değişmediği saptanmıştır. Bakım verme yükü ile psikolojik sağlamlık düzeyi annelerde, babalarda, ya da bakıcılarda aynı düzeydedir.

Bakım Verme Yükü Ölçeğinin, çocuğun cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (t=2,381 p=0,018). Erkek çocukların olduğu grupta kız çocukların olduğu gruba göre daha yüksek bakım verme yükü puanına sahiptir.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeği alt boyutlarından"ilişkisel kaynaklar" çocuğun cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (z=-1,982 p=0,047). Buna göre erkek çocukların olduğu grupta kız çocukların olduğu gruba göre daha düşük ilişkisel kaynaklar puanının bulunduğu belirlenmiştir. Ölçeğin toplam puanı ve "bireysel kaynaklar, kültürel-bağlamsal kaynaklar ve ailesel kaynaklar"alt boyutları çocuğun cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Bakım Verme Yükü Ölçeği ile çocukların yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu belirlenmiştir (F=3,714 p=0,012). 0-3 yaş arası çocuklar,7-12 yaş ve 13-18 yaş arası çocuklara göre daha düşük bakım verme yükü puanına sahiptir.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin"ilişkisel kaynaklar" alt boyutu ile çocukların yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (H=10,470 p=0,015). Analiz sonuçlarına göre 0-3 yaş ve 4-6 yaş arası çocuklar diğer yaş gruplarındaki çocuklara göre daha yüksek ilişkisel kaynaklar puanına sahiptir.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin "ailesel kaynaklar" alt boyutuile çocukların yaş grupları, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (H=10,159 p=0,017). Bu sonuçlara göre 0-3 yaş arası çocuklar 7-12 yaş arası çocuklara göre daha yüksek bireysel kaynaklar puanına sahiptir.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeği çocukların yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (H=9,774 p=0,021). Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre 0-3 yaş arası çocukların,7-12 yaş ve 13-18 yaş arası çocuklara göre daha yüksek psikolojik sağlamlık puanına sahip olduğu belirlenmiştir.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin“bireysel kaynaklar ve kültürel-bağlamsal kaynaklar” alt boyutları ile çocukların yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin “kültürel ve bağlamsal kaynaklar” alt boyutu, bakım veren kişinin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (H=6,869 p=0,032). Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre ilköğretim mezunu olan kişiler, lise ve üniversite mezunu olan kişilere göre daha yüksek kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanına sahiptir.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin “ilişkisel kaynaklar” alt boyutu ilebakım veren kişinin kronik hastalığı bulunup bulunmaması değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (z=-2,682 p=0,007). Man WhitneyU testi sonuçlarına göre bakım veren kişinin sürekli tedavi gerektiren kronik bir hastalığı olan grupta, hastalığı olmayan gruba göre daha düşük ilişkisel kaynaklar puanı olduğu belirlenmiştir.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeği “kültürel ve bağlamsal kaynaklar” alt boyutu ilebakım veren kişinin kronik hastalığı bulunması değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (z=-2,248 p=0,025). Bu sonuçlara göre, bakım veren kişinin kronik hastalığının bulunduğu grupta, hastalığı bulunmayan gruba göre daha düşük kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanı vardır.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin “ailesel kaynaklar” alt boyutu ilebakım veren kişinin kronik hastalığı bulunmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir (z=-2,348 p=0,019). Bakım veren kişinin kronik hastalığının bulunduğu grupta, kronik hastalığı olmayan gruba göre daha düşük ailesel kaynaklar puanı bulunmaktadır.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin toplam puanı incelendiğinde, bakım veren kişinin kronik hastalığı bulunmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (z=-2,641 p=0,019). Yapılan Man WhitneyU testi sonuçlarına göre, bakım veren kişinin kronik hastalığı bulunan grupta, kronik hastalığı olmayan gruba göre daha düşük psikolojik sağlamlık puanının bulunduğu saptanmıştır.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin “ilişkisel kaynaklar” alt boyutu ileçocuğun ailesinin ekonomik düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (H=7,362 p=0,025). Yapılan Kruskal Wallis Testi analizlerine göre düşük gelire sahip

olan grupta orta gelire sahip olan gruba göre daha düşük ilişkisel kaynaklar puanına sahiptir.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin "ailesel kaynaklar" alt boyutu ileçocuğun ailesinin ekonomik düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (H=7,748 p=0,021). Düşük gelire sahip olan grupta orta gelire sahip olan gruba göre daha düşük ailesel kaynaklar puanına sahiptir.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeği;çocuğun ailesinin ekonomik düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (z=7,553 p=0,023). Düşük gelire sahip olan grupta orta gelire sahip olan gruba göre daha düşük psikolojik sağlamlık puanına sahiptir.

Bakım Verme Yükü Ölçeği ilePsikolojik Sağlamlık Ölçeğinin alt boyutları olan "bireysel kaynaklar ve kültürel-bağlamsal kaynaklar" ile çocuğun ailesinin ekonomik düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0,05).

Bakım Verme Yükü Ölçeği ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin"İlişkisel Kaynaklar" alt boyutu arasında %34,9'luk negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (r=-0,349 p=0,001).

Bakım Verme Yükü Ölçeği ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin"Bireysel Kaynaklar" alt boyutu arasında %24,5'lik negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=-0,245 p=0,001).

Bakım Verme Yükü Ölçeği ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin"Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar" alt boyutu arasında %26,9'luk negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (r=-0,269 p=0,001).

Bakım Verme Yükü üzerinde Psikolojik Sağlamlığın etkisinin değerlendirildiği model istatistiksel olarak anlamlıdır (F=27,710 p=0,001).

Psikolojik Sağlamlık Bakım Verme Yükünü %12 oranında açıklamaktadır. Psikolojik Sağlamlıktaki bir birimlik değişim,Bakım Verme Yükü ölçek skorunu 0,383±0,073 birim azaltmaktadır (t=-5,264 p=0,001).

Psikolojik Sağlamlık etkisi olmadığında Bakım Verme Yükü Ölçeği 64,783 ile 89,094 aralığında istatistiksel olarak anlamlı şekilde puan almaktadır (t=12,480 p=0,001).

ÖNERİLER

OSB'li Çocuğu Olan Anne Babalara Yönelik Öneriler

- OSB'li çocuğa sahip ebeveynlerin bakım yükleri ile psikolojik sağlamlık konusundaki tutum ve davranışlar konusunda farkındalıklarının arttırılmasına yönelik eğitim programları yapılmalıdır. Anne babalar, eğitim düzeyleri ne olursa olsun bakım yükü ve psikolojik sağlamlık konusunda bireysel olarak bilinçlendirilmelidir.

- Eğlence içeren ve dinlenme amaçlı gerçekleştirilen sosyal etkileşimlerin, OSB'li bir bireye bakım verenler için, bakım verme yükünü azaltmada ve sorunlarla beş edebilme becerilerinin artmasında etkisinin büyük olacağı öngörülmektedir.

- Anne ve babalara yönelik kültürel olarak uyumlandırılmış programların geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır (Manor-Binyamini, 2011).

- OSB'li bireye bakım vermenin fizyolojik, sosyal, ekonomik ve eğitsel zorlukları göz önünde bulundurulduğunda, eş ve arkadaş desteğinin olumlu bakış açısını güçlendirerek bakım vericilerin iyi oluşunu sağlayabilmesi konusunun önemi ortaya çıkmaktadır. Aile bireylerinin birbirlerine verdiği sosyal ve psikolojik desteğin yanı sıra aynı sorunları yaşayan ailelerin bir araya gelerek çözüm üretebildikleri sosyal ağların (Cadman, Eklund & Howley, 2012) arttırılmasına yönelik planlamaların yapılması da önemli bir durumdur

Gelecekteki Araştırmalara Yönelik Öneriler

- Aynı konuda boylamsal bir çalışma yapılarak gelecekte otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu olan annelerin bakım yükleri ve psikolojik sağlamlıkları konusunda araştırmalar yapılabilir.

- OSB'li bireyi bulunan bakım veren kişilerin bireysel özelliklerinin ve yaşadıkları sosyo-kültürel yapının değişkenlerinin uzun süreci kapsayan longitudinal araştırmalarla desteklenmesi ve sonuçlarının ortaya konması gerekmektedir.

- Bakım yükü ve psikolojik sağlamlık ile ilgili diğer faktörlere ailenin rolü ve anne-babanın katılımı gibi durumlar incelenebilir.

- Anne babaların bilgi desteğini algılama biçimi ve anne babaların psiko-sosyal problemlere karşı gösterdikleri tutumlarda nelere önem verdikleri, eğitim düzeyi değişkeniyle ilişkilendirilerek araştırılabilir.

- Otizmin oluşturduğu ekonomik yük değerlendirilmesi gereken özel bir alandır. Otizm, bakım veren kişilere yönelik birçok alanda maliyet oluşturmaktadır (Jarbrink, Fombonne, & Knapp, 2003). Oluşan bu maliyetin ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi ve bu yükün azaltılmasına yönelik yapılması gereken girişimlerin detaylı bir şekilde ele alınmasının gerektiği düşünülmektedir.

- Psikolojik sağlamlık alt boyutlarından sosyal yeterlilik ile sosyal destek algısı alt boyutlarından bilgi desteği, duygusal destek ve sosyal birliktelik desteği arasındaki ilişkilerin çok zayıf olması, otizm spektrum bozukluğu bulunan bir çocuğa sahip anne babaların yeni arkadaşlık ilişkileri, sosyal çevre ve insanlar arası ilişkilerde sosyal destek boyutlarının etkilerinin neler olabileceği hususunda yeterli bilgi ve inanca sahip olup olmadığının araştırılması gerekir.

- Otizm spektrum bozukluğu olan bir çocuğa sahip anne babaların sosyal yeterlilik algılarını oluşturan ve psikolojik sağlamlıklarının daha farklı değişkenlerle ilişkisini değerlendiren araştırmalar yapılabilir.

- OSB'li bir bireyin bulunduğu ailelere sosyal ve kültürel destek verilmesi önemlidir. Bu amaçla çeşitli dernek aktivitelerine birey ve ailenin katılımının desteklenmesi gerekmektedir.

- Ailenin etnik yapısının bilinmesi, aile terapisi/danışmanlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması yollarıyla ailenin ihtiyacı olan yardımı kolayca bakım verenlere ulaştırmak önemli gözükmektedir.

Aile Danışmanlığı Hizmeti Veren Profesyonellere Yönelik Öneriler

- OSB'li çocuğu olan bakım veren bireylerin psikolojik sıkıntılarını keşfetmek için daha kapsamlı bir çalışma yapılması ve duygusal rahatsızlıklarını, kaygılarını ve streslerini yönetmelerine yardımcı olmak için uygun aile danışmanlığı programı uygulanması gerekmektedir.

- OSB'li bireylere sosyal, duygusal ve bilişsel gelişim alanlarında destek vermek amacıyla Uygulamalı Davranış Analizi yüksek lisans programı bulunmaktadır. Bu

programı tamamlayan meslek elemanlarının, davranış analisti olarak yaptıkları çalışmalarda aile danışmanlığı hizmeti sunan profesyonellerle birlikte işbirliği çalışmaları yapmaları önerilmektedir.

- OSB'li bir bireyi bulunan bakım verenlerin kişisel gelişimi destekleyen faaliyetlerde bulunmasına destek olmak ve bu imkânları sunmak, bakım veren yükünü azaltacağı gibi aileye yönelik danışmanlık sürecinin de daha verimli geçmesini sağlayacaktır. Bireyin kendi gelişimini destekleyen ev ödevleri vererek aile danışmanlığı profesyonelleri aile bireylerinin psikolojik sağlamlık becerilerini pekiştirebilir.

- Bakım verme yükü de psikolojik sağlamlık algısı da aslında bireylerin düşünceleri, duyguları ve bunların etki ettiği davranışları üçlüsü ile ilişkilidir. Bu nedenle aile danışmanlığı profesyonelleri, OSB'li bir bireye bakım verenlere yönelik Bilişsel Davranışçı Terapi, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ya da Kısa Süreli Çözüm Odaklı Aile Danışmanlığı gibi farklı danışmanlık tekniklerini içeren yöntemleri kullanabilir.

- Psikolojik rahatsızlıkların çoğunun, travmatik veya rahatsız edici olumsuz yaşam deneyimlerinin uyumsuz kodlanmasından ve/veya eksik işlenmesinden kaynaklandığı alanyazında çok sayıda araştırmada vurgulanmaktadır (Hetherington ve Baistow, 2001; Rawlinson ve Williams, 2000; Walker, 2002; Williams vd., 1999). Bu durum, kişinin bu yaşam olaylarını işlevsel bir şekilde entegre etmesini önlemektedir. Bu noktada uygulanan EMDR, Bilişsel Davranışçı Terapi ve/veya Kısa Süreli Çözüm Odaklı Aile Danışmanlığı süreci, normal bilgi işleme ve entegrasyonunun yeniden başlatılmasını kolaylaştıracaktır.

KAYNAKLAR

Aman, M.G., McDougle, C.J., Scahill, L. (2009). Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network. Medication and parent training in children with pervasive developmental disorders and serious behavior problems: results from a randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 48(12),1143–1154

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association Publication.

Altiere, M.J., Kluge, S. (2009). Family functioning and coping behaviors in parents of children with autism. *J child Fam Studies*. 18(1), 83-92.

Altundağ, Y. (2013). Anne-babası boşanmış ergenlerin psikolojik sağlamlık düzeylerinde yordayıcı değişkenler olarak yaşam doyumu ve yalnızlık. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Bolu

Arslan, G. (2015). Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin (YPSÖ) psikometrik özellikleri: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Ege Eğitim Dergisi, 16* (2), 344-352.

Arslan, S., Çelebioğlu, A. & Tezel, A. (2008). Kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon ve yaşam doyumunun belirlenmesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 28(1), 628–634.

Barnes, S., Hall, H., Roberts, R. & Graff, C. (2011). Parenting a child with an autism spectrum disorder: public perceptions and parental conceptualizations. *Journal of Family Social Work*, 14(3), 208–225.

Bartone, P. T., Roland, R. R., Picano, J. J. & Williams, T. J. (2008). Psychological hardiness predicts success in US Army Special Forces candidates. *International Journal of Selection and Assessment*, 16(1), 78-81.

Bayoumi, M. (2014). Subjective burden on family carers of hemodialysis patients, *Open Journal of Nephrology*, 4(1), 79-85.

Bhat, S., Acharya, R., Adeli, H. (2014). Autism: cause factors, early diagnosis and therapies. *Rev. Neurosci.* 25(6), 841–850

Bildirici F. (2014). Özel eğitime gereksinimi olan çocuğa sahip ailelerde aile yükü ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı; İstanbul.

Bonnano, G. A. ve Mancini, A. D. (2008). The human capacity to thrive in the face of 17 potential trauma. *Pediatrics*, 121, 369-375. Doi: 10.1542/peds.2007-1648

Burke, K. M., Raley, S. K., Shogren, K. A., Hagiwara, M., Mumbardó-Adam, C., Uyanik, H., & Behrens, S. (2020). A meta-analysis of interventions to promote self-determination for students with disabilities. *Remedial and Special Education*, 41(3), 176-188. doi: 10.1177/0741932518802274

Cadman, T., Eklund, H. & Howley, D. (2012). Caregiver burden as people with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder transition into

adolescence andadulthood in the United Kingdom. *Journal of theAmerican Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 51(9), 879-888.

Carbone, P.S., Behl, D.D., Azor, V., Murphy, N.A. (2010). The medical home for children with autism spectrum disorders: parent and pediatrician perspectives. *J Autism Dev Disord*. 40(3), 317–324

Cavkaytar, A. (1999). Zihin engellilere özbakım ve ev içi becerilerinin öğretiminde bir aile eğitimi programının etkililiği. *Özel Eğitim Dergisi*, 2(3), 40-50.

Centers for Disease Control and Prevention-CDC (2019). Newsroom releases. www.cdc.gov/media/releases/2018 /p0426-autism-prevalence.html Erişim tarihi: 03.10.2021.

Chappel, S. L. & Somers, B. C. (2010). Employing persons with autism spectrum disorders: A collaborative eꞏort. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 32(2), 117-124.

Cheak-Zamora, N. C., Maurer-Batjer, A., Malow, B. A. & Coleman, A. (2020). Self-determination in young adults with autism spectrum disorder. *Autism*, 24(3), 605-616.

Chen, S. (2017). Chinese adolescents' emotional ıntelligence, perceived social support, and resilience, submitted to the faculty of the university graduate school in partial fulfillment of the requirements for the degree Doctor of Philosophy in the School of Education, Indiana University

Chun, H., Leung, C., Wen, S.W., McDonald, J., Shin, H.H. (2020). Maternal exposure to air pollution and risk of autism in children: A systematic review and meta-analysis. *Environmental Pollution*. 256(1), 113-129.

Coşkun, M., Hajdini, A., Alnak, A. & Karayagmurlu, A. (2020). Internet use habits, parental control and psychiatric comorbidity in young subjects with asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(1), 171-179.

Çelik, A., Şahin, M. & Yetim, A. (2012). Psikolojik sağlamlığın gelişiminde koruyucu bir faktör olarak spor ve fiziksel aktivite. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 5(1), 373-380

Çetin, F., Yeloğlu, H. O., Basım, N. (2015). Psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında beş faktör kişilik özelliklerinin rolü: bir kanonik ilişki analizi. *Türk Psikoloji Dergisi*. 30 (75), 81-92

Dada, M.U., Okewole, N.O., Ogun, O.C., Bello-Mojeed, M.A. (2011). Factors associated with caregiver burden in a child and adolescent psychiatric facility in Lagos,Nigeria: a descriptive cross sectional study. *BMC Pediatr*. 11(110), 217-231.

Denkyirah, A. M. ve Agbeke, W. K. (2010). Strategies for transitioning preschoolers with autism spectrum disorders to kindergarten. *Early Childhood Education Journal*, 38, 265-270. doi: 10.1007/s10643-010-0407-z

Dhafer, A.J. ve Arafat, A. (2017). Psychosocial burden among caregivers of children with autism spectrum disorder in Najaf Province. *Int J. Curr. Res. Aca. Rev*. 5(4), 122-134. https://doi.org/10.20546/ijcrar.2017.504.018

Divan, G., Vajaratkar, V., Desai, M.U., Strik-Lievers, L., Patel, V. (2012). Challenges, coping strategies, and unmet needs of Families with a child with autism spectrum disorder in Goa, India. *Autism Res.* 5(1), 190-200.

Egilson, S. T., Jakobsdottir, G., Olafsoon, K. & Leosdottir, T. (2017). Community participation and environment of children with and without autism spectrum disorder: Parent perspectives. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24, 187-196. doi: 10.1080/11038128.2016.1198419

Ekas, N.V., Lickenbrock, D.M. & Whitman, T.L. (2010). Optimism, social support, and wellbeing in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 40(10), 1274-1284.

Ergenekon, Y. (2021). Türkiye'de otizm spektrum bozukluğu olan gençlerin yetişkinliğe geçişinin ve istihdamının desteklenmesi, Tohum Otizm Vakfı Değerlendirme ve Gelişim Raporları V. www.tohumotizm.org.tr/wp-content/uploads/2021/07/Deg%CC%86erlendirme-Raporu-V.pdf

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

Falk, N.H., Norris, K., Quinn, M.G. (2014). The factors predicting stress, anxiety and depression in the parents of children with autism. *J Autism Dev Disord.* 44(12), 3185- 3203.

Fombonne, E. (2003). Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: An update. *J. Autism Dev. Disorders,* 33(1), 365-382.

Forest, E. J., Horner, R. H., Lewis-Palmer, T. & Todd, A. W. (2004). Transitions for young children with autism from preschool to kindergarten. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 6(2), 103-112.

Genç, B. (2019). Çocuk refahı alanında çalışan meslek elemanlarının psikolojik sağlamlıkları ve baş etme tarzları. Yüksek lisans tezi) Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; Ankara

Giallo, R., Wood, C.E., Jellett, R., Porter, R. (2013). Fatigue, wellbeing and parental self-efficacy in mothers of children with an autism spectrum disorder. *Autism,* 17(4), 465-80.

Gizir, C. A. (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 28 (3), 114-126

Grover, S. ve Dutt, A. (2011). Perceived burden and quality of life of caregivers in obsessive– compulsive disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences,* 65(5), 416-422.

Hahler, EM. ve Elsabbagh, M. (2015). Autism: A global perspective. *Current Developmental Disorder Report* 2(1), 58–64. https://doi.org/10.1007/s40474-014-0033-3

Handen, B.L., Aman, M.G., Arnold, L.E. (2015). Atomoxetine, parent training, and their combination in children with autism spectrum disorder and

attentiondeficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 54(11), 905–915

Hendricks, D. R. ve Wehman, P. (2009). Transition from school to adulthood for youth with autism spectrum disorders: Review and recommendations. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24(2), 77-88. doi: 10.1177/1088357608329827

Hetherington, D. ve Baistow, S. (2001). Supporting families with a mentally ill parent: European perspectives on interagency cooperation, *Child Abuse Review*, 10, 351-365

Hjemdal, O., Friborg, O., Braun, S., Kempenaers, C., Linkowski, P., Fossion, P. (2011). The resilience scale for adults: Construct validity and measurement in a Belgian sample. *Int J Test*. 11(1), 53–70.

İnci, H. (2006). Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. Yüksek lisans tezi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Denizli.

Jarbrink, K., Fombonne, E. & Knapp, M. (2003). Measuring the parental, service and cost impacts of children with autistic spectrum disorder: A pilot study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 33(4), 395-402.

Jivad, N., Masoudi, R., Heidari, M., Etemadi, S., Kheyri, S. (2018). The effect of family-centered care on the family caregivers' burden of patients with epilepsy. Journal of Clinical Nursing and Midwifery 2018; 4(3)

Johnson, S.A., Filiter, J.H. & Murphy, R.R. (2009) Discrepancies between self- and parent- perceptions of autistic traits and empathy in high functioning children and adolescents on the autism spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 39(1), 1706-1714.

Johnson, C.P. ve Meyers, S. (2007). Council on Children with Disabilities. American Academy of Pediatrics Clinical Report: Identification and evaluation of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics*. 2007;120:1183-215.

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

Karaırmak, Ö. (2006). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(26), 129-142.

Karasar, N. (2011). Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Nobel Yayınları.

Karst, J.S. ve vanHecke, A.V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 15(3): 247-277.

Kapp, L. ve Brown, O. (2011). Resilience in families adapting to autism spectrum disorder. *Journal of Psychology in Africa*, 21(3), 459–464

Kavi, E. ve Karakale, B. (2018). Çalışan psikolojisi açısından psikolojik sağlamlık. *Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi.* 7(17), 55-68. DOI: 10.31199/hakisderg.391826

Keye, M. D. ve Pidgeon, A. M. (2013). Investigation of the relationship between resilience, mindfulness, and academic self-efficacy. *Open Journal of Social Sciences*, 1(6) 1-4.

Kılınç, Ç., Bağlama, B., Akçamete, G. (2019). Otizm spektrum bozukluğunun erken çocukluk dönemi'nde tanılama ve değerlendirilmesinde kullanılan ölçme araçlarının incelenmesi. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*. 1(3), 200-205. https://doi.org/10.35365/ctjpp.19.1.26

King, G., Zwagenbaum, L., Baxter, D. & Rosenbaum, P. (2011). Parent views of the positive contributions of elementary and high school-aged children with autism spectrum disorders and down syndrome. *Child Care, Health and Development*, 38(6), 817–828.

Koenig, K.P., Buckley-Reen, A., Garg, S. (2012). Efficacy of the Get Ready to Learn yoga program among children with autism spectrum disorders: a pretest-posttest control group design. *Am J Occup Ther*. 66(5), 538–546

Kuder, S.J. ve Accardo, A. (2018). What works for college students with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 48(3), 722–731

Kurt, N. (2011). Çevik kuvvet personelinin stresle başa çıkma tutumları, psikolojik sağlamlıkları ve iş doyumu düzeyleri. Yüksek lisans tezi. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara

Küçük, M. (2020). Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklara ebeveynleri tarafından dokunma duyusuna yönelik yapılan çalışmalardan sonra çocuklardaki duyusal ve davranışsal değişikliklerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi. İstanbul

Kühl, K., Schurmann, W. & Rief, W. (2008). Mental disorders and quality of life in COPD patients and their spouses. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 3(1), 727–736.

Lainhart, D. (1999). Psychiatric problems in ındividuals with autism, their primary caregiver and siblings, *International Review of Psychiatry*, 11(4), 278-298.

Lambert C.E., Lambert, V.A. & Yamase, H. (2003). Psychologicial hardiness, workplace stress and related stress reduction strategies. *Nursing and Health Sciences*, 5(1), 181-184

Lautenschlager N.T., Kurz, A.F., Loi, S. & Cramer, B. (2013). Personality of mental health caregivers. *Curr Opin Psychiatry*, 26(1), 97-101.

Lecavalier, L., Leone, S. & Wilt, J. (2006). The impact of behaviour problems on caregiver stres in young people with autism spectrum disorders, *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(3), 172–183.

Lerthattasilp, T., Charernboon, T., Chunsuwan, I., Siriumpunkul, P. (2015). Depression and burden among caregivers of children with autistic spectrum disorder, *J Med Assoc Thai*, 98(2), 45-52.

Lindly, O.J., Thorburn, S., Heisler, K., Reyes, N.M., Zuckerman, K.E. (2018). Parents' use of complementary health approaches for young children with autism spectrum disorder. J *Autism Dev Disord.* 48(5), 1803–1818

Ludlow, A., Skelly, C. & Rohleder, P. (2012). Challenges faced by parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Health Psychology*, 17(5), 701-711.

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. *J Child Fam Stud*. 19(4), 516-524.

McAuliffe, T., Cordier, R., Vaz, S., Thomas, Y. & Falkmer, T. (2017). Quality of life, coping styles, stress levels, and time use in mothers of children with autism spectrum disorders: Comparing single versus coupled households. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 47(10), 3189-3203.

Manor-Binyamini, I. (2011). Mothers of children with developmental disorders in the Bedouin community in Israel: Family functioning, caregiver burden, and coping abilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 41(5), 610-617.

Masten,A.S. (2001). Ordinarymagic.Resilienceprocessesindevelopment. *Am Psychol*. 56(1), 227–238

Matson, J.L. ve Nebel-Schwalm, M. (2007). Assessing challenging behaviors in children with autism spectrum disorders: A review. *Res Dev Disabil*. 28(6), 567-579.

McGuire, J. ve McDonnell, J. (2008). Relationships between recreation and levels of self-determination for adolescents and young adults with disabilities. *Career Development for Exceptional Individuals*, 31(3), 154-163. doi: 10.1177/0885728808315333

McGuinn, L.A., Windham, G.C., Kalkbrenner, A.E., Bradley, C., Di, Q., Croen, J. (2020). Early life exposure to air pollution and autism spectrum disorder: *Findings from a Multisite Case–Control Study. Epidemiology*. 31(1), 103-114

Misquiatti, A., Brito, M., Ferreira, F., Junior, F. (2015). Family burden and children with autism spectrum disorders: perspective of caregivers. *Rev. CEFAC.*, 17 (1), 192-200.

Montgomery, R.J., Gonyea, J.G. & Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Fam Relat*. 1(1), 19–26.

Morgan, R. L. & Riesen, T. (2016). Promoting succesful transition to adulthood for student with disabilities. London: Guilford Press.

Nagaraju, K. ve Wilson, J. (2013). Burden and stress perceived by mothers having autistic children. *International Journal of Multidisciplinary Research in Social & Management Sciences*. 1(4), 53-57.

Nealy, C., O'hare, L., Powers, J. & Swick, D. (2012). The impact of autism spectrum disorders on the family: a qualitative study of mothers' perspectives, *Journal of Family Social Work*, 15(3), 187–201.

Nikmat, A.W., Ahmad, M. & Oon, N.L. (2008). Stress and psychological well-being among parents of children with autism spectrum disorder. *ASEAN J Psychiatry*. 9(2), 64-72

Nock, M.K., Kazdin, A.E. (2001). Parent expectancies for child therapy: assessment and relation to participation in treatment. *J Child Fam Stud*. 10(2), 328-335.

Novak, M. ve Guest, C. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. G*erontologist*. 29(1), 798-803.

Ong, A. D., Zautra, A. J. ve Reid, M. C. (2010). Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psychology and Aging*, 25(3), 516.

Osborne, L. A., McHugh, L., Saunders, J. & Reed, P. (2008). Parenting stress reduces the effectiveness of early teaching interventions for autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(6), 1092–1103. https://doi.org/10.1007/s10803- 007-0497-7

Paul, L.K., Corsello, C., Kennedy, D.P. & Adolphs, R. (2014). Agenesis of the corpus callosum and autism: a comprehensive comparison. *Brain*. 137(1), 1813–1829.

Phelps, K.W., McCammon, S. L., Wuensch, K. L. & Golden, J. A. (2009). Enrichment, stress, and growth from parenting an individual with an autism spectrum disorder. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 34(2), 133–141. doi: 10.1080/13668250902845236

Raina, P., O'Donnell, M., Schwellnus, H., Rosenbaum, P., King, G., Brehaut, J. (2004). Caregiving process and caregiver burden: conceptual models to guide research and practice. *BMC Pediatr*, 4(1), 1-23.

Rajan, A. M., Srikrishna, G. & Romate, J. (2018). Resilience and locus of control of parents having a child with intellectual disability. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 30(3), 297-306.

Rankin, E., Haut, M., Keefover, R., Franzen, M. (1994). The establishment of clinical cutoffs in measuring caregiver burden in dementia. *Gerontologist.* 34(6), 828-832.

Rawlinson, S. ve Williams, R. (2000). The primary/secondary care interface in child and adolescent mental health services: the relevance of burden. *Current Opinion in Psychiatry.* 13(1), 389-395.

Renshaw, T. L. ve Kuriakose, S. (2011). Pivotal response treatment for children with autism: Core principles and applications for school psychologists. *Journal of Applied School Psychology*, 27(2), 181-200.

Rhoades, R. A., Scarpa, A. & Salley, B. (2007) 'The importance of physician knowledge of autism spectrum disorder: results of a parent survey', *BMC Pediatrics*, 7(1), 37-48. doi: 10.1186/1471-2431-7-37.

Rosenberg, R. E., Law, J. K., Yenokyan, G., McGready, J., Kaufmann, W. E. & Law, P. A. (2009). Characteristics and concordance of autism spectrum disorders among 277 twin pairs. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(10), 907-914.

Sağdıç, Z. A. (2019). Otizm spektrum bozukluğu olan öğrencilere yüz ifadelerini tanımanın öğretiminde ayrık denemelerle öğretim ile sanal gerçeklik gözlüğü ile öğretiminin etkililiğinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Biruni Üniversitesi. İstanbul.

Sahu, A., Bhargava, R. & Sagar, R. (2018). Perception of families of children with specific learning disorder: an exploratory study. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 40(5), 406-413.

Shattuck, P. T., Narendorf, S. C., Cooper, B., Sterzing, P. R., Wagner, M. & Taylor, J. L. (2012). Postsecondary education and employment among youth with an autism spectrum disorder. *Pediatrics*, 129(6), 1042-1049. doi: 10.1542/peds.2011-2864

Shea, S., Turgay, A. & Carroll, A. (2004). Risperidone in the treatment of disruptive behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders. *Pediatrics.* 114(5), 231-243. Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/ 114/5/e634

Souri, H. ve Hasanirad, T. (2011). Relationship between resilience, optimism and psychological well-being in students of medicine. *Procedia-Social and Behavioral Sciences,* 30, 1541- 1544. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.299

Starr, E. ve Foy, J. (2012). In parents‘ voices: the education of children with autism spectrum disorders, *Remedial and Special Education*, 33(4), 207-216.

Strain, P.S. ve Bovey, E.H. (2011). Randomized, controlled trial of the leap model of early ınterventıon for young children with autism spectrum disorders. *Topics in Early Childhood Special Education* 2011;31(3):133-54

Stuart, M., McGrew, J.H. (2009). Caregiver burden after receiving a diagnosis of an autism spectrum disorder. *Res Autism Spectr Disord*, 3(1), 86-97.

Şahin, E. (2019). Otizmli çocukların beslenmesi ve ailelerinin tutumu. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Okan Üniversitesi. İstanbul.

Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2001). Using multivariate statistics (4th ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Tekin, E. (2011). Askeri hastanelerde çalışan hemşirelerin psikolojik sağlamlık ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara.

Terzi, Ş. (2006). Kendini Toparlama Gücü Ölçeği'nin uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi,* 3(26), 77-86.

Thomaidis, L., Mavroeidi, N., Richardson, C., Choleva, A., Damianos, G., Bolias, K. ve Tsolia, M. (2020). autism spectrum disorders: nationwide prevalence in 10–11 year-old children and regional disparities. *Journal of Clinical Medicine, 9*(7), 2163.

Tobing, L. E. ve Glenwick, D. S. (2002). Relation of the Childhood Autism Rating Scale–Parent Version to diagnosis, stress, and age. *Research in Developmental Disabilities*, 23(3), 211–223

Toonsiri, C., Sunsern, R., Lawand, W. (2011). Developmental of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *J Nurs Educ* 2011; 4: 62-75.

Torres, A. R., Hoff, N. T., Padovani, C. R. & Ramos‐Cerqueira, A. T. D. A. (2012). Dimensional analysis of burden in family caregivers of patients with obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, 66(5), 432-441.

Tugade, M. ve Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320–333. https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320

Turnbull, A., Marquis, J., Hoffman, L., Poston, D. (2005). A new tool assessing family oucomes: psychometric evaluation of the beach center family quality of life scale, *Journal of Marriage and Famil*y, 68(4), 1069-1083.

Uğur Ç. ve Göker Z. (2018). Bir çocuk psikiyatrisi ünitesine başvuran olgularda otizm spektrum bozukluğu: demografik ve klinik bulgular. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 13(3), 177-183.

Ulgar, Ş.B. (2019). Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu olan annelerde anti-purkinje hücre antikorları ve DNA hasarının değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Harran Üniversitesi. Şanlıurfa

Ülker-Tümlü, G. (2012). Psikolojik sağlamlık düzeyleri farklı üniversite öğrencilerinin temas engellerinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bilim Dalı, Ankara.

Ünlüer, E. (2009). 2-6 yaş arası otistik çocuğa sahip annelerin algıladıkları sosyal destek ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Vogan, V., Lake, J.K., Weiss, J.A., Robinson, S., Tint, A., Lunsky, Y. (2014). Factors associated with caregiver burden among parents of individuals with ASD: differences across intellectual functioning. *Fam Relat.* 63(1), 554-567.

Walker S. (2002). Family support and social work practice: renaissance or retrenchment? *European Journal of Social Work* 5(1), 43-54.

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

Wehman, P. H. (2011). Employment for persons with disabilities: Where are we now and where do we need to go, *Journal of Vocational Rehabilitation*, 35(1), 145-151.

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

Williams, B., Catell, D., Greenwoodi M., LeFevre, S., Murray, I. & Thomas P. (1999). Exploring person centredness: User perspectives on a model of social psychiatry. *Health and Social Care in the Community*. 7(6), 475-482.

World Health Organization- WHO (2019). World autism awareness day. www.who.int/lifecourse/news/events/world-autismawareness-day/en/ Erişim tarihi: 03.10.2021.

Yumpi, F. (2018). Building family resilience in Islamic approach: A case study in a family with autism child. *International Journal of Islamic Psychology*, 1(01), 1-15.

Zarit, S.H., Reever, K.E. & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the ımpaired elderly: correlates of feelings of burden. G*erontologist*, 20(19, 649-655.

Zendjidjian, X., Richieri, R., Adida, M., Limousin, S., Gaubert, N., Parola, N. & Boyer, L. (2012). Quality of life among caregivers of individuals with affective disorders. *Journal of affective disorders*, 136(3), 660-665.

EKLER

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu çalışma otizm spektrum bozukluğu olan çocuğa sahip ailelerin bakım verme yükleri ve psikolojik sağlamlıkları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıylaplanlanmıştır. Soruların tümüne yanıt vermeniz bizim için önemlidir. Bu ankette verilecek yanıtlar, isim ve kişisel bilgiler bilimsel etik kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır.

Gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederiz.

(anketi dolduran) **Yaşınız:** (..) 25 yaşından küçük (..)26-35 yaş arası (..)36-45 yaş arası (..)46'dan büyük

(anketi dolduran) **Otizmli çocuğa bakım veren:**

(..) Anne (..)Baba (..)Aile bireyi (..)Bakıcı

Otizmli çocuğun cinsiyeti: (..)Kız (..)Erkek

Otizmli çocuğun yaşı (..)0-3 yaş (..)4-6 yaş (..)7-12 yaş (..)13-18 yaş

Bakım verenin eğitim durumu:

(..)Okur yazar (..)İlköğretim mezunu (..)Lise mezunu (..)Üniversite mezunu

Çocuğun kardeş sayısı:

(…)Tek çocuk (…)2 kardeş (…)3 kardeş (…)4 ve daha fazla kardeş

Çocuğa en uzun süre bakım veren kişi:

(…)Anne (…)Baba (…)Eş (…)Diğer: ……

Otizmli çocuğa en uzun süre bakım veren kişinin kronik/sürekli tedavi gerektiren hastalığı var mı?

(…)Var (…)Yok

Otizmli çocuğun anne babasının aile durumu:

(…)Anne baba birlikte yaşıyor
(…)Anne veya baba vefat nedeniyle yok
(…)Anne veya baba boşanma nedeniyle yok
(…)Anne veya baba veya kardeş üvey
(…)Diğer: …….

Sizce otizmli çocuğun ailesinin ekonomik düzeyi nasıl?

(…) Düşük (…) Orta (…) Yüksek

Otizmli çocuğun anne ve babasının evlilik süresi ne kadar?

(…)20 yıldan az (…)21-30 yıldır evliler (…)31 yıldan fazla süredir evliler

YETİŞKİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ (YPSÖ-21)

	Beni hiç tanımlamıyor	Çok az tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Oldukça tanımlıyor	Beni tamamen tanımlıyor
Çevremdeki insanlar ile işbirliği içerisindeyimdir.	1	2	3	4	5
Nitelik veya becerilere sahip olmak ve onları geliştirmek benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
Farklı sosyal ortamlarda nasıl davranacağımı bilirim (örneğin, iş, ev veya diğer sosyal ortamlar).	1	2	3	4	5
Ailem hayatım boyunca genellikle beni desteklemiştir.	1	2	3	4	5
Ailem benim hakkımda birçok şeyi bilir (örneğin, arkadaşlarımın kim olduğunu, nelerden hoşlandığımı) .	1	2	3	4	5
Başladığım faaliyetleri bitirmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
Dini inançlar benim için bir güç kaynağıdır.	1	2	3	4	5
Sahip olduğum etnik yapıdan gurur duyuyorum.	1	2	3	4	5
Nasıl hissettiğimi konusunda ailem/eşim ile konuşurum (örneğin üzgün veya endişeli olduğumda).	1	2	3	4	5
Bir şeyler istediğim şekilde gitmediğinde, diğer insanlara ve kendime zarar vermeden bu durumu çözebilirim (örneğin, şiddete başvurmadan veya madde kullanmadan)	1	2	3	4	5
Arkadaşlarım tarafından desteklendiğimi düşünüyorum/hissediyorum.	1	2	3	4	5
Kendimi yaşadığım topluma ait hissediyorum.	1	2	3	4	5
Ailem zor zamanlarımda yanımdadır (örneğin hasta olduğumda veya başım sıkıştığında).	1	2	3	4	5
Arkadaşlarım zor zamanlarımda yanımdadır.	1	2	3	4	5
Çevremde yetişkin olduğumu ve sorumluluk alabileceğimi diğer insanlara gösterebileceğim fırsatlara sahibim.	1	2	3	4	5
Güçlü yönlerimin farkındayım.	1	2	3	4	5
Dini aktivitelere katılırım (ibadethaneye –camiye- gitmek gibi).	1	2	3	4	5
Ailemle olduğumda kendimi güvende hissediyorum.	1	2	3	4	5
Hayatımda gelecekte kullanacağım yeteneklerimi geliştireceğim fırsatlara sahibim (mesleki beceriler gibi)	1	2	3	4	5
Yaşadığım toplumun kültürünü ve geleneklerini seviyorum.	1	2	3	4	5
Bu ülkenin vatandaşı olduğum için gurur duyuyorum.	1	2	3	4	5

BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

Mehmet TOPBAŞ

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?

(..)Hiçbir zaman (..)Nadiren (..)Bazen (..)Oldukça sık
(..)Hemen herzaman

2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?

(..)Hiçbir zaman (..)Nadiren (..)Bazen (..)Oldukça sık
(..)Hemen herzaman

3.Yakınınıza bakım verme ile aile/iş sorumluluklarınızı yapma arasında zorlanır mısınız?

(..)Hiçbir zaman (..)Nadiren (..)Bazen (..)Oldukça sık
(..)Hemen herzaman

4.Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?

(..)Hiçbir zaman (..)Nadiren (..)Bazen (..)Oldukça sık
(..)Hemen herzaman

5.Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?

(..)Hiçbir zaman (..)Nadiren (..)Bazen (..)Oldukça sık
(..)Hemen herzaman

6.Yakınınız diğer aile üyeleri/arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiler mi?

(..)Hiçbir zaman (..)Nadiren (..)Bazen (..)Oldukça sık
(..)Hemen herzaman

7.Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?

(..)Hiçbir zaman (..)Nadiren (..)Bazen (..)Oldukça sık
(..)Hemen herzaman

8.Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?

(..)Hiçbir zaman (..)Nadiren (..)Bazen (..)Oldukça sık
(..)Hemen herzaman

9.Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?

(..)Hiçbir zaman (..)Nadiren (..)Bazen (..)Oldukça sık
(..)Hemen herzaman

10.Yakınınızla ilgilenmenin sağlığınızı bozduğunu düşünüyor musunuz?

(..)Hiçbir zaman (..)Nadiren (..)Bazen (..)Oldukça sık
(..)Hemen herzaman

11.Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?

(..)Hiçbir zaman (..)Nadiren (..)Bazen (..)Oldukça sık
(..)Hemen herzaman

12.Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

(..)Hiçbir zaman (..)Nadiren (..)Bazen (..)Oldukça sık
(..)Hemen herzaman

13.Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?

(..)Hiçbir zaman (..)Nadiren (..)Bazen (..)Oldukça sık
(..)Hemen herzaman

14.Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?

(..)Hiçbir zaman (..)Nadiren (..)Bazen (..)Oldukça sık
(..)Hemen herzaman

15.Kendi harcamalarınızdan kalan paranın onun bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?

(..)Hiçbir zaman (..)Nadiren (..)Bazen (..)Oldukça sık
(..)Hemen herzaman

16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?

(..)Hiçbir zaman (..)Nadiren (..)Bazen (..)Oldukça sık
(..)Hemen herzaman

17.Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

(..)Hiçbir zaman (..)Nadiren (..)Bazen (..)Oldukça sık
(..)Hemen herzaman

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

(..)Hiçbir zaman (..)Nadiren (..)Bazen (..)Oldukça sık
(..)Hemen herzaman

19.Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

(..)Hiçbir zaman (..)Nadiren (..)Bazen (..)Oldukça sık
(..)Hemen herzaman

20.Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?

(..)Hiçbir zaman (..)Nadiren (..)Bazen (..)Oldukça sık
(..)Hemen herzaman

21.Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?

(..)Hiçbir zaman (..)Nadiren (..)Bazen (..)Oldukça sık
(..)Hemen herzaman

22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

(…) Hiç (..)Biraz (…)Orta (…)Oldukça (…)Aşırı

ARAŞTIRMA İZİN TALEBİ

ÖZEL SOBE ÖZEL EĞİTİM VE REHABİLİTASYON MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

KONYA

KTO Karatay Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Disiplinlerarası Aile Danışmanlığı programında tezli yüksek lisans yapmaktayım.

Danışmanlığını Dr. Öğr. Üyesi Hatice YALÇIN'ın yürüttüğü "Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuğa Sahip Ailelerin Bakım Verme Yükleri ve Psikolojik Dayanıklılıkları Arasındaki İlişki" konulu yüksek lisans tez çalışmasının ölçekleri olan 'Bakım Verme Yükü Ölçeği' ve 'Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'ni kurumunuzda bulunan otizmli bireylerin bakım verenlerine uygulamak istiyorum

Gerekli izni vermeniz hususunda gereğini saygılarımla arz ederim.

Mehmet TOPBAŞ

ARAŞTIRMA İZİN ONAYI

sobe

Sayı: 635 09.11.2021
Konu: Tez Çalışması Hk.

SAYIN MEHMET TOPBAŞ,

İlgi: 03.11.2021 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçenizde 'Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuğa Sahip Ailelerin Bakım Verme Yükleri ve Psikolojik Dayanıklılıkları Arasıdaki İlişki' konulu yüksek lisans tez çalışmanız için kurumumuzdan destek almak istemektesiniz.

Dilekçenizin incelenmesi neticesinde yüksek lisans tez çalışmanız için 'Bakım Verme Yükü Ölçeği' ve 'Psikolojik Sağlamlık Ölçeği' uygulamalarınızı yapmanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Zekeriya Alperen SAĞDIÇ
Kurum Müdürü

Selçuklu Otizmli Bireyler Eğitim Vakfı Ticari İşletmesi

Yazır Mh. Sobe Sk.
No: 1 Selçuklu/KONYA
0332 251 0 251

sobe.org.tr bilgi@sobe.org.tr

ETİK KURUL BELGESİ

T.C.
KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı: 9 **Toplantı Tarihi: 19.11.2021**

Karar Sayısı: 2021/003: Dr. Öğr. Üyesi Hatice YALÇIN'ın, **"Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuğa Sahip Ailelerin Bakım Verme Yükleri ve Psikolojik Dayanıklılıkları Arasındaki İlişki "** başlıklı araştırma projesi çalışması ile ilgili 15.11.2021 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Görüşme sonucunda araştırma projesi çalışmasının Dr. Öğr. Üyesi Hatice YALÇIN'ın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Hatice YALÇIN
Yardımcı Araştırmacı: Mehmet TOPBAŞ

Prof. Dr. Taner ZİLYAN
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Mehmet TOPBAŞ

EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi :İstanbul Medipol Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık / 18.06.2019

Yüksek Lisans Öğrenimi :KTO Karatay Üniversitesi Disiplinlerarası Aile Danışmanlığı

Bildiği Yabancı Diller :İngilizce

Bilimsel Faaliyetleri :

İŞ DENEYİMİ

Stajlar : İstanbul Ali Haydar Ersoy Ortaokulu

Projeler :

Çalıştığı Kurumlar :Selçuklu Otizmli Bireyler Eğitim Vakfı

Tarih: 02.02.2022