



AYDIN SAĞLIK DERGİSİ

AYDIN JOURNAL OF HEALTH

Yıl 5 Sayı 2 - Ekim 2019
Year 5 Number 2 - October 2019

Aydın Sağlık Dergisi / Aydın Journal of Health

ISSN : 2149-5769

Sahibi/Proprietor

Doç. Dr. Mustafa AYDIN

Yazı İşleri Müdürü/Editor-in-Chief

Zeynep AKYAR

Editör/Editor

Prof. Dr. H. Aysel ALTAN

Yayın Kurulu/Editorial Board

Prof. Dr. H. Aysel ALTAN

Öğr. Gör. Arta FEJZULLAHU

Dil/Language

Türkçe & İngilizce/Turkish & English

Yayın Periyodu/Publication Period

Yılda iki sayı: Ekim & Nisan/

Published twice a year

October & April

Akademik Çalışmalar Koordinasyon Ofisi

Academic Studies Coordination Office (ASCO)

İdari Koordinatör/Administrative

Coordinator

Gamze AYDIN

Türkçe Redaksiyon/Turkish

Proofreading

Şahin BÜYÜKER

İngilizce Redaksiyon/English

Proofreading

Çiğdem TAŞ

Grafik Tasarım/Graphic Desing

Elif HAMAMCI

Yıl 5 Sayı 2 - Ekim 2019

Year 5 Number 3 - October 2019

Yazışma Adresi/Correspondence Address

Florya Yerleşkesi, Beşyol Mah. İnönü Cad.

No:38 Küçükçekmece, İstanbul

Tel: 0212 444 1 428

Faks: 0 212 425 57 59

Web: www.aydin.edu.tr

E-mail: ayselaltan@aydin.edu.tr

Baskı/Printed by

CB Matbaacılık San. ve Tic. Ltd Şti. Litros Yolu

2. Matbaa Sit. ZA-16 Topkapı/İSTANBUL

Tel: 0212 612 65 22

E.mail: cbbasimevi@gmail.com

Bilimsel Danışma Kurulu/Scientific Advisory Board

Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU, Ankara Üniversitesi

Prof. Dr. Ahmet ATAŞ, İstanbul Üniversitesi

Prof. Dr. Ahmet SALTİK, Ankara Üniversitesi

Prof. Dr. Akın MARŞAP, İstanbul Aydın Üniversitesi

Prof. Dr. Ali MEMİŞ, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hast

Prof. Dr. Anahit COŞKUN, Bezm-i Âlem Üniversitesi

Prof. Dr. Aygen Türkmen, Giresun Üniversitesi

Prof. Dr. Ayşe ÇIKIM SERTKAYA, İnönü Üniversitesi

Prof. Dr. Ayşe Şule TAMER, İstanbul Üniversitesi

Prof. Dr. Belma TUĞRUL, İstanbul Aydın Üniversitesi

Prof. Dr. Beril TUFAN, Hacettepe Üniversitesi

Prof. Dr. Celal İPEKÇİOĞLU, Harran Üniversitesi

Prof. Dr. Dilaver TENGLİMOĞLU, Atılım Üniversitesi

Prof. Dr. Emine DERVİŞ, SB Haseki EA Hastanesi

Prof. Dr. Erdal ASLIM, İstinye Üniversitesi

Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN, İnönü Üniversitesi

Prof. Dr. Gökhan ADAŞ, Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Prof. Dr. Gönül ERKAN, Hacettepe Üniversitesi

Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ, İnönü Üniversitesi

Prof. Dr. Hakan GÜRBÜZ, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hast.

Prof. Dr. Hanifegül TAŞKIRAN, İstanbul Aydın Üniversitesi

Prof. Dr. Haydar SUR, Biruni Üniversitesi

Prof. Dr. Hikmet ÖZÇETİN, Özel Retina Göz Hastanesi

Prof. Dr. Işıl BULUT, Başkent Üniversitesi

Prof. Dr. İsmahan ARTAN, Hacettepe Üniversitesi

Prof. Dr. Koray GÜMÜŞTAŞ, İstanbul Üniversitesi

Prof. Dr. Mehmet BOSTANCI, Pamukkale Üniversitesi

Prof. Dr. Metin GENÇ, İnönü Üniversitesi

Prof. Dr. Mustafa ASLAN, Düzce Üniversitesi

Prof. Dr. Mustafa Kemal ADALI, Trakya Üniversitesi

Prof. Dr. Mustafa ÖZCAN, İstanbul Teknik Üniversitesi

Prof. Dr. Nazmi BİLİR, Hacettepe Üniversitesi

Prof. Dr. Necati YENİCE, Harran Üniversitesi

Prof. Dr. Nevin YALMAN, İstanbul Üniversitesi

Prof. Dr. Nilüfer DARICA, Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Nuran KÖMÜRÇÜ, İstanbul Aydın Üniversitesi
Prof. Dr. Önder PEKER, İstanbul Aydın Üniversitesi
Prof. Dr. Özgün Enver, İstanbul Aydın Üniversitesi
Prof. Dr. Pınar BAYKAN, Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. R. Erol SEZER, Cumhuriyet Üniversitesi
Prof. Dr. Sevda ULUĞTEKİN, Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Seyhan ALKAN, İstanbul Aydın Üniversitesi
Prof. Dr. Sibel GÜNEYSU, Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Süleyman AKMAN, İstanbul Teknik Üniversitesi
Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR, Marmara Üniversitesi
Prof. Dr. Ünal SAKINCI, Kafkas Üniversitesi
Prof. Dr. Veli DUYAN, Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Yasemin AÇIK, Fırat Üniversitesi

Prof. Dr. Zeynep Çiğdem KAYACAN, İstanbul Aydın Üniversitesi
Doç. Dr. Aysin Ersoy, İstanbul Aydın Üniversitesi
Doç. Dr. Bülent İLİK, Başkent Üniversitesi
Doç. Dr. Gülliz ONAT, İstanbul Aydın Üniversitesi
Doç. Dr. Hüseyin ÇAKAN, İstanbul Üniversitesi
Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU, Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Serdar AKGÜN, Özel Medicana Hastanesi
Doç. Dr. Sezer KÜLEKÇİ, Amerikan Hastanesi
Doç. Dr. Sinem SOMUNOĞLU İKİNCİ, Uludağ Üniversitesi
Doç. Dr. Sema OĞLAK, Adnan Menderes Üniversitesi
Doç. Dr. Türkiz VERİMER, İstanbul Aydın Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Anıl ÖZGÜÇ, İstanbul Aydın Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi İnci ADALI, İstanbul Aydın Üniversitesi

İstanbul Aydın Üniversitesi, Aydın Sağlık Dergisi, özgün bilimsel araştırmalar ile uygulama çalışmalarına yer veren ve bu niteliği ile hem araştırmacılara hem de uygulamadaki akademisyenlere seslenmeyi amaçlayan hakem sistemini kullanan bir dergidir.

Istanbul Aydın University, Aydın Journal Of Health is a double-blind peer-reviewed journal which provides a platform for publication of original scientific research and applied practice studies. Positioned as a vehicle for academics and practitioners to share field research, the journal aims to appeal to both researchers and academicians.

AMAÇ VE KAPSAM

İAÜ Aydın Sağlık Dergisi; İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu'nun çift bilinenli hakemlik ilkeleri çerçevesinde yayın yapan açık erişimli bilimsel yayın organıdır.

Dergide, klinik ve deneysel araştımlar, derlemeler, olgu sunumları ve editöre mektuplar basılır. Derginin hedef kitlesi; tıp, sağlık bilimleri, sağlık hizmetleri, mesleki ve teknik sağlık bilimleri alanında çalışan öğretim üye ve görevlileri ile uzmanlar ve ön lisans, lisans ve lisansüstü öğrencilerdir.

Yayın dili Türkçe ve İngilizce olan dergi her altı ayda bir Ekim ve Nisan aylarında çıkar. Yayınlanan yazılardaki görüşlerin, bulguların, sonuçların ve kullanılan kaynakların sorumluluğu yazarlara aittir.

AIM AND SCOPE

IAU Aydın Journal of Health is the open access, scientific publication organ of İstanbul Aydın University, Faculty of Sciences of Health and Vocational School of Health Services that is published under double-blind peer review principles.

The journal publishes clinical and experimental trials, reviews, case reports and letters to the editor. The target audience of the journal includes medical and health care academic personnel and students of Associate, Bachelor's and Masters degree programmes.

The publication language of the journal is both Turkish and English and it is published every six months in April and October. Statements and opinions expressed in the manuscripts published in the journal reflect the views of the authors.

İçindekiler - Contents

Derleme(Review)

Otizm Spektrum Bozukluklarında Beslenme Yaklaşımı

Nutritional Approach in Autism Spectrum Disorder

Gözde GÜRSOY, Serap ANDAÇ ÖZTÜRK111

Özgün Araştırmalar (Original Research)

Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu, Davranışları ve Fiziksel Aktivite Düzeyinin Değerlendirilmesi

Evaluation of the Eating Attitude, Behavior and Determination of Physical Activity Level of University Students

Shima HOUSHYARI, Indrani KALKAN121

Otizimli ve Normal Gelişimli Çocuğa Sahip Annelerin Depresyon Düzeyleri ve Depresyonla Başa Çıkma Stratejilerinin İncelenmesi

An Analysis of Depression Levels and Coping Strategies of Mothers with Autistic Children and Mothers with Normally Developing Children

Sultan Aydın ATILGAN, Şahide Güliz KOLBURAN133

Çiftlerde Bağlanma Stilleri, Evlilik ile Evlilik Uyumu İlişkisinin İncelenmesi

An Investigation of the Relationship between Marital Adjustment and Attachment Styles of Couples

Yelda İpek ÇAĞLAYAN, Melek İPEK.....161

Sosyal ve Ekonomik Destek Hizmeti Kapsamındaki Ailelerin Sosyo-Demografik Yapısının İncelenmesi

An Analysis of the Socio-Demographic Structure of the Families Who are within the Scope of the Social and Economic Support Service

Ülkü Alaca AYTİŞ, Anıl ÖZGÜÇ181

Yazarlar İçin Bilgi

Information for The Authors

From The Editor

Autism is a neuro-developmental disorder in children, characterized by socially aloof behavior and impairment of language and social interaction. Autism was reported in 1951 for the first time. In 1980's, its symptoms were discussed by pediatrics psychiatrists. In recent years, it gained much interest as its prevalence increased a lot.

Gastrointestinal symptoms are also described in 9-54% of autistic children, among which most common are: constipation, diarrhea and abdominal pain. Elimination of some foods such as gluten and kazeine and adding some nutrients are reported to improve autism symptoms so nutritional approach in autism was the selected topic as the review article in this issue. I hope it will be read with interest.

Editörden

Otizm, çocuklarda rastlanan, sosyal iletişim ve etkileşimde yetersizlik ve davranış bozukluklarıyla karakterize bir nöro-gelişimsel bozukluktur. İlk defa 1951 yılında rapor edilmiş, daha sonra 1980'li yıllarda çocuk psikiyatrları tarafından semptomları tartışılmaya başlanmıştır. Son yıllarda, prevalansı çok arttığı için ilgi ile takip edilmeye başlanmıştır.

Diğer belirtileri dışında gastrointestinal semptomları da otistik çocukların önemli bir yüzdesinde (% 9-54) görülmeye başlanmıştır; bunlar çoğunlukla kabızlık , diyare ve karın ağrısıdır.

Diyetten glüten ve kazeinin çıkartılması ve bazı beslenme ürünlerinin ilavesi ile otizm semptomlarının iyileştiğini belirten yayınlar olduğu için dergimizin bu sayısında otizmde beslenme yaklaşımını içeren derlenme makalesine yer verilmiştir. İlgi ile okunacağını umuyorum.

Prof. Dr. H. Aysel ALTAN

Otizm Spektrum Bozukluklarında Beslenme Yaklaşımı

Gözde GÜRSOY^{1*}, Serap ANDAÇ ÖZTÜRK²

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, otizm spektrum bozukluğunda uygulanabilecek diyetel yaklaşımların derlenmesidir. Otizm spektrum bozukluğu, sosyal iletişim ve sosyal etkileşimde yetersizliklerin yanı sıra kısıtlı ve tekrarlayan davranış, anormal ilgi ve etkinliklerin sergilenmesi ile karakterize gelişimsel bir bozukluktur. Glütensiz-kazeinsiz eliminasyon diyeti ile bazı makro ve mikro besin öğelerinin suplementasyonunun otizm semptomlarını iyileştirdiğine dair veriler mevcut olmakla birlikte, otizmde etkili olabilecek diyet tedavisinin kesin olarak belirlenmesi için geniş kapsamlı kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: *Otizm spektrum bozukluğu, beslenme, diyet, mikrobiyota*

Nutritional Approach in Autism Spectrum Disorder

ABSTRACT

The aim of this study is to review nutritional approaches that can be applied in autism spectrum disorder. Autism spectrum disorder is a neurodevelopmental disability characterized by limited and repetitive behaviors, abnormal interests and activities as well as deficiencies in social communication and social interaction. Although there is evidence that supplementation of some specific macro and micro nutrients or elimination diets such as gluten-free casein-free diet, there is a need for a wide range of controlled studies to accurately determine the dietary treatment that may be effective in autism.

Keywords: *Autism spectrum disorder, nutrition, diet, microbiota*

^{1*} *İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Sorumlu yazar: gozdegursoy12@gmail.com*

² *Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, serapozturk@aydin.edu.tr*

Makale Geliş Tarihi: / Received: 10.05.2019 - Makale Kabul Tarihi: / Accepted: 30.05.2019

Giriş

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), sosyal iletişim ve sosyal etkileşimde yetersizliklerin yanı sıra kısıtlı ve tekrarlayan davranış, anormal ilgi ve etkinliklerin sergilenmesi ile karakterize gelişimsel bir bozukluktur.^[1,2] OSB genellikle yaşamın ilk 3 yılında teşhis edilmekte ve yaşam boyu sürmektedir.^[3] OSB; otistik bozukluk, Asperger sendromu, çocukluk dezintegratif bozukluğu gibi yaygın gelişimsel bozuklukları da içermektedir. OSB'li bireylerde uyku problemleri, yeme sorunları, kendine zarar verme davranışı, öfke nöbetleri ve saldırganlık da sık görülen atipik davranışlar arasındadır.^[4] OSB'de görülen temel yeme sorunları ise yemeği reddetme, seçicilik veya yemek/yemek zamanı ile ilgili alışılmadık davranışlardır. Gıda seçiciliği genellikle gıdaların rengine, şekline, dokusuna veya sıcaklığına dayanır. OSB'li çocuklarda nişasta içeren, aperatif ve işlenmiş gıdalar için güçlü bir tüketim eğilimi gözlenirken; meyve, sebze veya protein içeren besinleri reddetme de yaygın olarak görülmektedir. İşlenmiş hazır gıdaların tüketimine bağlı olarak meydana gelen aşırı kalori alımı da, OSB'li çocuklarda normal sağlıklı çocuklara göre obezite prevalansını arttırmaktadır.^[5]

OSB prevalansı ile ilgili son tahminler her 88 çocuktan 1'inin OSB'li olması ve erkek çocuklarda kızlara göre yaklaşık 5 kat daha fazla görülmesidir.^[6] OSB'nin giderek artan prevalansı sadece genetik faktörlerle açıklanamamakta, çevresel faktörlerin de hastalığın oluşumunda etkili olduğu belirtilmektedir.^[7] OSB etiyojisinde rol oynayan mutasyon veya polimorfizmler henüz tanımlanmamıştır.^[3] Bunun yanı sıra mitokondriyal bozukluklar, maternal yaş, gebelik döneminde meydana gelen enfeksiyonlar da OSB oluşumunda etkili olduğu düşünülen faktörler arasındadır. Ancak hastalığın etiyojisinde rol oynayan net bir genetik veya çevresel mekanizma tam olarak tanımlanmamıştır. OSB'de rol oynayan çevresel faktörler ise başlıca tütün, alkol, pestisitler, endokrin bozucular, hava kirliliği, ağır metaller, besin öğeleri olarak sıralanabilir.^[7] Mitokondriyal bozuklukların nörogelişimsel süreç üzerindeki zararlı sonuçları nedeniyle mitokondriyal anormallikler ve otizm arasında çeşitli olası bağlantılar öne sürülmüştür. Mitokondriyal bozuklukların sıklıkla merkezi sinir sisteminde işlev bozukluğuna yol açması, bunun da gelişimsel gerilemeye, öğrenme güçlüğüne ve çeşitli davranış bozukluklarına neden olması bu hipotezi güçlendirmektedir.^[3] Günümüzdeki yaygın görüş, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile meydana gelen oksidatif stresin OSB etiyojisinde rol oynadığı yönündedir.

Son yıllarda yapılan birçok çalışma beslenme problemlerinin, OSB'li çocuklarda oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Genellikle belli bir besine ya da besin grubuna karşı seçici olma, duyarlılık gösterme, besini reddetme şeklinde ortaya çıkan bu problemler yetersiz besin ögesi alımları ile yeme davranış bozuklukları arasında birçok beslenme sorunuyla sonuçlanmaktadır.^[5] Laboratuvar analizleri otizmlili çocuklarda çeşitli vitamin ve mineraller, esansiyel yağ asidi ve amino asitlerin ciddi şekilde düşük olduğunu göstermektedir.^[2]

OSB tedavisinde en yaygın yaklaşımlar davranışsal, eğitimsel ve farmakolojik müdahaleleri içermektedir. OSB'li bireylerde besin alımının iyileştirilmesinin genel sağlık, davranış ve beyin fonksiyonları üzerinde olumlu etki göstereceği düşünülmektedir.^[2] Yapılan araştırmalar; probiyotiklerin, sindirim enzimlerinin, vitaminlerin, minerallerin ve aminoasitlerin otizmde biyomedikal yaklaşımda birincil müdahaleler veya yardımcı önlemler olarak anahtar bileşen olduğunu bildirmektedir. Bunun yanı sıra çeşitli eliminasyon diyetleri (glütensiz-kazinsiz diyet vb.) ile besin suplementasyonu gibi diyetsel müdahaleler de OSB semptomlarının iyileştirilmesinde etkin olduğu düşünülen araştırma konularıdır.

Glütensiz-Kazeinsiz Diyet

OSB'li çocuklarda glüten ve kazeinin rolüne ilgi, bu iki proteinin anormal metabolizmasının merkezi sinir sisteminde aşırı opioid aktivitesi ile sonuçlanabileceği hipotezi ile ortaya çıkmıştır. Bazı otistik semptomların (örneğin basmakalıp ve ritüel davranışlar, perseverasyon, hiper aktivite, konuşma ve dil gecikmeleri ve gariplikler), glüten ve kazein içeren gıdaların yıkımı ile oluşan opioid peptitlerin sonucu olabileceği varsayılmaktadır.^[8] Diğer bir potansiyel mekanizma ise geçirgen bağırsak sendromudur.^[9] Geçirgen bağırsak sendromunda mikrobiyota değişimiyle bağırsak epitel duvarında mikro hasarlar meydana gelmekte ve intestinal permeabilitenin artmasıyla mikroorganizmaların ürettiği zararlı maddeler de sistemik dolaşıma karışmaktadır. Dolayısıyla glüten, kazein ve bunların metabolitlerinin kan dolaşımına ve merkezi sinir sistemine daha fazla geçişine yol açmaktadır. Yapılan araştırmalar, OSB'li çocuklarda anormal intestinal permeabilitenin, daha büyük peptitlerin emilimine yol açtığını, glüten veya kazein gibi proteinlerin tamamen parçalanmadığını göstermiştir. Bu şekilde oluşan metabolik defektin otistik fonksiyonların ortaya çıkmasına katkıda bulunabileceği ifade edilmektedir.^[10] Sonuç

olarak glütensiz ve kazeinsiz diyetin, OSB hastaları için potansiyel olarak yararlı olduğu önerilirken, çift kör plasebo kontrollü bir çalışmada OSB'li (n=30) çocuklarda glütensiz-kazeinsiz diyetin etkileri test edilmiş; fizyolojik işlevsellik, davranış sorunları veya OSB semptomları üzerinde olumlu etkiler gözlenmemiştir. Dolayısıyla glütensiz-kazeinsiz diyet ile OSB arasındaki etkileşimin belirlenmesi için daha fazla randomize kontrollü çalışma sonuçlarına ihtiyaç duyulmaktadır.^[11]

Elzem Yağ Asitleri

Bazı çalışmalar, OSB'li bireyler arasında kırmızı kan hücresi ve plazma yağ asidi (özellikle omega 3 yağ asitleri, DHA ve araşidonik asit) kompozisyonunun OSB olmayan bireylerden farklı olduğunu göstermiştir.^[12]

Merkezi sinir sistemi, EPA ve DHA gibi esansiyel yağ asitleri bakımından zengindir. Yağ asidi suplementasyonunun otizm ve diğer nörolojik hastalıklarla ilişkili olduğu düşünülse de bu konuda yapılan randomize çalışma sayısının az olması, süresinde ve uygulanan birey sayısında farklılıklar görülmesi nedeniyle sistematik bir şekilde yorumlanmasını zorlaştırmaktadır.^[13]

Vitamin ve Mineraller

OSB'li çocukların kan, saç ve diğer dokularından tespit edilen vitamin-mineral yetersizlikleri; magnezyum, çinko, selenyum, A vitamini, B kompleks vitaminleri, D ve E vitaminleri ile karnitin'dir.^[7] Ayrıca gebelik süresince görülen folik asit ve D vitamini yetersizliğinin OSB için bir risk faktörü olduğu da belirtilmiştir. Yapılan bir çalışmada, oral magnezyum ve B6 vitamini takviyelerinin, 1-10 yaş arası OSB'li çocuklarda sosyal etkileşim, iletişim, basmakalıp sınırlı davranışlar ve anormal/gecikmiş işlevsellikte iyileşmelere yol açtığı bildirilmiştir.^[14] Diyet takviyelerinin, özellikle multivitamin/minerallerin, OSB'li çocukların %56'sı tarafından kullanıldığı saptanmıştır.^[15] Glütensiz-kazeinsiz eliminasyon diyeti yapan OSB'li çocuklarda vitamin/mineral takviyesi kullanma sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Ancak çocuklar için yapılan vitamin-mineral desteğinin takibi iyi yapılmalı ve doz aşımı konusunda dikkatli olunmalıdır.

Liu ve arkadaşları^[16] tarafından A vitamininin OSB'li çocukların gut mikrobiyotası üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, 6 aylık A vitamini suplementasyonu sonucu plazma retinol ve OSB ilişkili

biyomarkırlarda iyileşme gözlemlendiği saptanmıştır. Ayrıca *Bacteroidetes/Bacteroidales* oranı A vitamini desteği ile anlamlı derecede artmış, fakat A vitamini-mikrobiyota-OSB ilişkisi tam olarak aydınlatılamamıştır.

Otistik çocuklarda artan oksidatif stresin; glutasyon, E vitamini ve askorbik asit gibi enzimatik olmayan antioksidan seviyelerinin azalmasına ve metabolizmalarını bozarak oksidatif stresle savaşıma kabiliyetini azalttığı bilinmektedir.^[3] Piridoksin ve magnezyumun serotonin, dopamin ve norepinefrin sentezinde rol oynadığı, askorbik asit ve inositolün ise sırasıyla dopaminerjik yolak ve serotonin seviyeleri üzerine etki gösterdiği belirtilmiştir. Ayrıca B12 vitamini eksikliği miyelin sentezi ve nörotransmitter dengesizlikleri ile ilişkilidir.^[13]

Mikrobiyota-Gut-Beyin Eksenini

Mikrobiyota terimi vücudun farklı ekosistemlerinde bulunan mikroorganizma popülasyonlarını ifade etmek için (örneğin bağırsak mikrobiyotası, cilt mikrobiyotası) kullanılmaktadır.^[17] İnsan gastrointestinal sisteminde bakteriyel türler baskın olarak bulunur ve bu türler yaklaşık 3 milyon gen içerir. Başka bir deyişle mikrobiyota insan genomundan yaklaşık 150 kat fazla gen içerir.^[5] Diyet, antibiyotikler ve diğer ilaçlar dahil olmak üzere genetik yapı ve yaşam tarzı faktörleri ve doğal ortama maruz kalma, birbiriyle ilişkili fizyolojik sistemlerin modülasyonu yoluyla mikrobiyota bileşimini etkilemektedir.^[18] Bağırsak mikrobiyal florası iştahın düzenlenmesi, enerji kullanımı, besinlerin sindirimi ve emilimini kapsamaktadır. Ayrıca mikrobiyota bağışıklık fonksiyonunu, ilaç metabolizmasını ve patojenlere karşı korumayı etkileyerek sağlık ve hastalıkta çok önemli bir rol oynar. Mikrobiyota kompozisyonunun bozulması, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, kanser, obezite, metabolik sendrom ve nörolojik bozukluklar dahil olmak üzere çeşitli hastalıklarla ilişkilendirilmiştir. Mikrobiyotanın beyin fonksiyonu, davranışı ve hastalıkları üzerindeki etkileri, nöral, metabolik, immün ve endokrin mekanizmaların dahil olduğu farklı mekanizmalar yoluyla meydana gelebilmektedir. Bunlardan birincisinin parasempatik sinir sisteminin majör siniri olan vagus olduğu düşünülmektedir. İkinci mekanizma mikrobiyotanın immün sistem aracılığı ile beyin fonksiyonlarını etkilediğidir. Bakteriyel türler, kısa zincirli yağ asitleri gibi immün modülatör metabolitlerin üretimi yoluyla immün sistemin etkilerini değiştirebilir.^[19] Nöroaktif bakteriyel ürünlerin veya metabolitlerin

düzenlenmesindeki değişiklikler, gen ekspresyonunu değiştirebilir, bağışıklık sistemini etkileyebilir ve sempatik sinir sistemini uyararak sinir hücreleriyle etkileşime girebilir. Mikrobiyotanın beyin fonksiyonları üzerinde etki mekanizmasını açıklayan başka bir teori ise, mikrobiyota kompozisyonun nörotransmitter (ör. serotonin) seviyelerini etkileyerek beyindeki proseslerde meydana getirdiği değişikliklerdir.^[20] Tüm bu nedenlerle mikrobiyota-gut-beyin ekseninin nörogelişimsel bozukluklarda önemli bir rol oynadığı öne sürülmüştür.

OSB'li bireylerde bağırsak mikrobiyota kompozisyonun değiştiği gösterilmiştir. Örneğin kontrol grubu ile kıyaslandığında OSB'li bireylerde *Clostridium* türlerinde değişiklikler gözlenirken, daha yüksek *Bacteroidetes* ve *Proteobacteria* bileşimine karşın, *Firmicutes* ve *Actinobacteria*'nın daha az bulunduğu gözlenmiştir.^[5] Mikrobiyota kompozisyonunu değiştiren bir diğer etken ise antibiyotik kullanımı olarak gösterilmektedir.^[9] OSB'li çocukların büyük çoğunluğu antibiyotik kullanım geçmişine sahiptir ve oral antibiyotikler mikrobiyota kompozisyonu bozarak bağırsakta anaerobik bakteri çoğalmasına neden olmaktadır. Örneğin *Clostridia*, *Bacteroidetes* ve *Desulfovibrio*, OSB'de gastrointestinal semptomları ve otistik davranışları destekleyebilen yaygın bakterilerdir.^[19]

OSB'de mikrobiyotanın bağırsak-beyin eksenindeki rolü daha net aydınlatıldığı takdirde hem OSB patogenezinin tanımlanması hem tedaviye ilişkin yeni hedeflerin belirlenmesi mümkün olabilecektir. Örneğin farmakolojik biyoaktif moleküller ve mikrobiyota-gut-beyin eksenini hedefleyen tıbbi beslenme tedavisi bu yönde bir yaklaşım olabilir.^[9]

Probiyotikler

Probiyotikler, laktik asit üreten bakteriler *Laktobasillus*, *Laktococcus*, *Bifidobacteria* ve *Saccharomyces* gibi bağırsakta yaşayan bir grup patojenik olmayan mikroorganizmalardır.^[19] Probiyotikler intestinal bariyer fonksiyonlarını iyileştirerek mikrobiyota kompozisyonunda ve immün sistem modülasyonunda rol oynamaktadır. Diyare, inflamatuvar bağırsak hastalıkları ve irritable bağırsak hastalığı gibi gastrointestinal bozukluklarda kullanımı semptomları azaltmada pozitif etki yaratmaktadır. Ek olarak son yapılan çalışmalar, probiyotik uygulamasının, mikrobiyota-gut-beyin ekseninin modülasyonu yoluyla OSB için etkili bir tedavi

olabileceğini düşündürmektedir. Probiyotiklerin terapötik etkilerinin kesin mekanizması açık olmamakla birlikte, mevcut çalışmalar mikrobiyo-gut-beyin eksenini içindeki dolaşımdaki nörotransmitterleri ve nöroimmün tepkileri hedef alabileceklerini ileri sürmektedir. Bununla birlikte probiyotik tedavisinden sonra OSB semptomlarının iyileşme gözlenmesi ile ilgili kesin bir rapor sunulmamıştır. OSB semptomlarının yönetiminde probiyotiklerin kullanımı literatürde tartışılmıştır ve yapılan bir hekim anketine göre hekimlerin beşte biri OSB semptomlarının tedavisi için probiyotikleri önermektedir.^[5]

Sonuç

OSB'li bireylerde yaygın olarak görülen bozulmuş yeme davranışları çeşitli beslenme sorunlarına neden olabilmektedir. Besin ögesi yetersizlikleri, obezite, gastrointestinal sistem rahatsızlıkları bu bozukluklardan bazılarıdır. OSB'nin fizyolojik ve davranışsal semptomlarını düzenleme amacıyla çeşitli diyetel yaklaşımlar öne sürülmüş olsa da, kanıt düzeyinde bir beslenme müdahalesi bulunmamaktadır. Glütensiz-kazeinsiz diyet modelinin, intestinal irritabiliteyi azaltabileceği düşünülmektedir. Spesifik vitamin-mineral yetersizlikleri ise OSB'li bireylerde yaygın görülmektedir. Bu bakımdan nütrisyonel izlem önem taşımaktadır; ancak seçici yeme eğilimini ve diğer semptomları azaltacak yaklaşımlar daha kalıcı ve etkili çözümler üretmeye destek olacaktır. Son yıllarda mikrobiyota-gut-beyin eksenini arasında olası bağlantılar bu kalıcı çözüm yollarının aralanmasında odak noktası olmuştur. Dolayısıyla mikrobiyota gelişimini teşvik eden probiyotik bakterilerin OSB'de kullanılması ve etkileri de OSB'nin davranışsal ve fizyolojik semptomlarının iyileştirilmesinde ve OSB'li bireylerinin yaşam kalitesinin artırılmasında etkin bir çözüm yolu olabilir.

KAYNAKLAR

[1] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.

The web site: <https://psycnet.apa.org/record/2013-14907-000>

[2] Kałużna-Czaplińska, J., Jozwik-Pruska, J. Nutritional strategies and personalized diet in autism-choice or necessity?. Trends in Food Science & Technology, 2016, 49: 45-50.

[3] Essa, M.M., Subash S., Braidly N et al. Role of NAD⁺, oxidative stress, and tryptophan metabolism in autism spectrum disorders. *Int J Tryptophan Res*, 2013, 6: 15-28.

[4] Aponte, C.A., Romanczyk, R.G. Assessment of feeding problems in children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2016, 21: 61-72.

[5] Berding, K., Donovan, S.M. Microbiome and nutrition in autism spectrum disorder: current knowledge and research needs. *Nutrition Reviews*, 2016, 74(12): 723-736.

[6] Ranjan, S., Nasser, J.A. Nutritional status of individuals with autism spectrum disorders: Do we know enough?. *Adv Nutr*, 2015; 6: 397-407.

[7] Fujiwara, T., Morisaki, N., Honda, Y., Sampei, M., Tani, Y. Chemicals, nutrition, and autism spectrum disorder: a mini – review. *Front Neurosci*, 2016, 10: 174-181.

[8] Elder, J.H. The gluten-free, casein-free diet in autism: an overview with clinical implications. *Nutr Clin Pract*, 2008, 23(6): 583-591.

[9] Kraneveld, A.D., Szklany, K., de Theije, C.G., Garssen, J. Gut-to-brain axis in autism spectrum disorders: central role for the microbiome. *Int Rev Neurobiol*, 2016, 131: 263-287.

[10] Piwowarczyk, A., Horvath, A., Lukasik, J., Pisula, E., Szajewska, H. Gluten- and casein-free diet and autism spectrum disorders in children: a systematic review. *Eur J Nutr*, 2018, 57: 433-440.

[11] Hyman, S.L., Stewart, PA., Foley, J. et al. The gluten-free/casein-free diet: a double-blind challenge trial in children with autism. *J Autism Dev Disord*, 2016, 46: 205-220.

[12] Brigandi, S.A., Shao, H., Qian, S.Y. et al. Autistic children exhibit decreased levels of essential fatty acids in red blood cells. *Int J Mol Sci*, 2015, 16: 10061-10076.

[13] Gogou, M., Kolios, G. The effect of dietary supplements on clinical aspects of autism spectrum disorder: A systematic review of the literature. *Brain & Development*, 2017, 39: 656-664.

- [14] Mousain-Bosc, M., Roche, M., Polge, A. et al. Improvement of neurobehavioral disorders in children supplemented with magnesium-vitamin B6. II. Pervasive developmental disorder-autism. *Magnes Res*, 2006, 19: 53-62.
- [15] Stewart, P.A., Hyman, S.L., Schmidt, B.L. et al. Dietary supplementation in children with autism spectrum disorders: common, insufficient, and excessive. *J Acad Nutr Diet*, 2015, 115: 1237-1248.
- [16] Liu, J., Liu, X., Xiong, X.O. et al. Effect of vitamin A supplementation on gut microbiota in children with autism spectrum disorders - a pilot study. *BMC Microbiology*, 2017, 17: 204-218.
- [17] Evrensel, A., Ceylan, M.E., Bağırsak beyin eksenini: Psikiyatrik bozukluklarda bağırsak mikrobiyotasının rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2015, 7(4): 461-472.
- [18] Flandroy, L., Poutahidis, T., Berg, G. et al. The impact of human activities and lifestyles on the interlinked microbiota and health of humans and of ecosystems. *Science of the Total Environment*, 2018, 627: 1018-1038.
- [19] Li, Q., Zhou, J.M. The microbiota–gut–brain axis and its potential therapeutic role in autism spectrum disorder. *Neuroscience*, 2016, 324: 131-139.
- [20] Ly, V., Bottelier, M., Hoekstra, P. et al. Elimination diets' efficacy and mechanisms in attention deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2017, 26: 1067-1079.

Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu, Davranışları ve Fiziksel Aktivite Düzeyinin Değerlendirilmesi

Shima HOUSHYARI^{1*}, Indrani KALKAN²

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, bireylerde yeme davranışlarının değerlendirilmesi amacı ile geliştirilen Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nin üniversiteli öğrencilere uygulanarak yeme tutum ve davranışlarını değerlendirmek ve fiziksel aktivite (IPAQ) düzeyini belirlemektir. Araştırma, İstanbul Aydın Üniversitesi'nde eğitim gören 100 kadın, 100 erkek öğrenci olmak üzere 200 kişi üzerine yapılmıştır. Yeme davranışı; Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) ile ve fiziksel aktivite düzeyi; Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) ile değerlendirilmiştir. Ayrıca katılımcılara demografik özellikleri ve genel bilgileri içeren 12 soruluk genel bir anket uygulanmıştır. Elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanarak analiz edilmiş, verilerin değerlendirilmesinde; Ortalama, (Standart sapma), frekans ve one-way Anova testi kullanılmıştır. Olguların yaşları 18 ile 26 arasında değişmekte, ortalaması 21.62 ± 1.98 'dir. Boyları 155 ile 190 cm arasında değişmekte, ortalaması $173,66 \pm 8.95$ 'dir. Kiloları 43 ile 98 kg arasında değişmekte, ortalaması 68.53 ± 14.87 'dir. BMI değerleri 16.49 ile 31.55 arasında değişmekte, ortalaması 22.49 ± 3.27 'dir. Bireylerin BKİ gruplarına ve cinsiyetlerine göre DEBQ puanları değerlendirildiğinde zayıf olan bireylerde, obez olan bireylere göre duygusal yeme puan ortalaması daha yüksek olduğu saptanmıştır. Obez bireylerde kısıtlayıcı yeme davranışı yüksek görünürken, dışsal yeme davranışının zayıf bireylerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Şiddetli fiziksel aktivite puanının, orta dereceli fiziksel aktivite puanına göre düşük olduğu saptanırken, özellikle yürüme puanının oturma puanına göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: *Üniversite öğrencisi, Uluslararası fiziksel aktivite (IPAQ) Hollanda yeme davranışı (DEBQ)*

^{1*} İstanbul Aydın Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Gıda Güvenliği A.B.D.,

Sorumlu yazar: shimahoushyari@yahoo.com

² Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik A.B.D. indranikalkan@aydin.edu.tr

Makale Geliş Tarihi: / Received: 11.06.2019 - Makale Kabul Tarihi: / Accepted: 24.06.2019

Evaluation of The Eating Attitude, Behavior and Determination of Physical Activity Level of University Students

ABSTRACT

The aim of this study was to use DEBQ and IPAQ in the determination of eating behaviors of university students and to find correct results. The values of this study were evaluated. This study was carried out with 200 individuals, 100 of which were males and 100 females. The eating behavior was assessed by the Dutch Eating Behavior Survey (DEBQ) and the physical activity level by the International Physical Activity Survey (IPAQ).). In addition, a 12-item questionnaire including demographic characteristics and general information was applied to the participants. The data obtained were analyzed using the IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Tukey) program. Arithmetic mean, (standard deviation), frequency and one-way Anova test were applied. The ages of the participants ranged from 18 to 26 years and the mean was 21.62 ± 1.98 years. Their height varied between 155 and 190 cm, with mean of $173,66 \pm 8.95$ cm. Their weight ranged between 43 and 98 kg and the average is 68.53 ± 14.87 kg. BMI values ranged from 16.49 to 31.55, with a mean of 22.49 ± 3.27 . On evaluating the DEBQ scores according to the BMI groups and genders, it was found that the mean emotional eating behavior scores were higher in individuals who were thinner as compared to those who were obese. While obese individuals had higher scores for restrained eating behavior, thinner individuals had higher scores for external eating behavior. For all participants, vigorous physical activity score was found to be lower than the moderate physical activity score. Also the walking score was lower than the sitting score for all individuals.

Keywords: *Universty student, International physical activity (IPAQ) Dutch eating behavior (DEBQ)*

Giriş

Yeterli ve dengeli bir beslenme ile sağlığın korunması, geliştirilmesi ve kronik hastalıklar riskinin azaltılması mümkündür. Ancak Türkiye’de yetersiz ve dengesiz beslenme büyük bir toplumsal sorundur.¹ Ülkemizde özellikle gençlerin beslenme alışkanlıkları ile ilgili araştırmalarda bu dönemde beslenmeye bağlı çok ciddi sorunların yaşandığı görülmektedir. Öğrencilerin genellikle öğünlere dikkat etmedikleri, tek öğün yemek

yedikleri, sandviç ve simit gibi yiyecekleri daha çok tükettikleri, ekonomik zorlukların, yetersiz ve dengesiz beslenme probleminde etkili olduğu, yurtlarda kalan öğrencilerin yurt şartlarının kötü olmasından dolayı beslenmelerinin iyi olmadığı, sadece karınlarını doyurdukları saptanmıştır.²

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre beslenme, vücudun beslenme ihtiyacı ile ilişkili olarak kabul edilen besin alımıdır. İyi beslenme; düzenli fiziksel aktiviteyle birlikte yeterli ve dengeli bir diyet sağlığın temel taşıdır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık; sadece hastalık ve hastalığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden de tam bir iyilik halidir. Yeterli ve dengeli beslenme sağlıklı yaşam, verimlilik-canlılık ve fiziksel aktivite insan sorunlarıyla mücadele gücü sağlamaktadır. Ayrıca gelecek nesillerin sağlığı ve refahı da sağlanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde de beslenme temel bir prensip olarak kabul edilmektedir.³

Obezite, beslenme dâhil olmak üzere genetik, psikolojik, çevresel faktörler ve yaşam tarzı faktörlerinin yer aldığı çok faktörlü bir hastalıktır. Şimdiye kadar, beslenme ve obezite ile ilgili çoğu çalışma besin alımına odaklanmıştır. Yağ içeriği yüksek yiyecek ve içeceklerin, fast food ürünlerinin, yüksek enerjili işlenmiş gıdaların ve düşük lif/posanın tüketilmesinin obeziteyi arttıran nedenler arasında olduğu belirtilmiştir.⁴ Literatürde yeme tutumunu etkileyen faktörler arasında cinsiyet ve yaş ilk sırayı almaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından Anoreksiya Nevroza (AN) görülme sıklığının 15-19 yaşları arasında arttığını ve AN vakalarının %40'ının bu yaş grubunda olduğu bildirilmektedir.⁵ Bulimiya Nevroza (BN) olgularının da büyük kısmı geç adolesan dönemi içinde yer alan üniversite gençliğinde ve 25 yaştan önce ortaya çıkmaktadır.⁶ Cinsiyetin etkisi değerlendirildiğinde, özellikle genç kızların erkeklere göre beden imajı ve estetiğe daha fazla önem verdikleri ve yeme bozukluklarına daha eğilimli oldukları görülmektedir.⁷

Sağlık davranışları üzerinde etkisi olduğu saptanan ve Sağlığın Geliştirilmesi Modelinde de önemli bir yeri olan bir diğer faktör öz-etkililiktir. Öz-etkililik, bireyin olayları kontrol edebilme, eylemi başarı ile yapabilme yargısı ve insanın kazandığı bir davranışı değiştirebilmesi için gerekli olan en önemli özellik olarak tanımlanmaktadır.⁸ Yapılan çalışmalarda bireyin öz-etkililik-yeterlik algısının sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olduğu vurgulanmaktadır.⁹

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, 1 Nisan-30 Haziran 2019 tarihleri arasında gelişigüzel seçilen 200 üniversite öğrencisi üzerinde yürütülmüş kesitsel bir çalışmadır. Çalışmanın örneklemini, katılmaya gönüllü olan, İstanbul Aydın Üniversitesi öğrencileri oluşturmuş, kadın ve erkek sayıları eşit tutulmaya çalışılmıştır. Veriler, anket formu aracılığıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

Bu çalışma, İstanbul Aydın Üniversitesi'nde öğrencilerinin yeme davranışı (DEBQ) ve fiziksel aktivite (IPAQ) düzeyinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya üniversitede farklı bölümlerde öğrenim görmekte olan 100 kadın, 100 erkek olmak üzere toplam 200 öğrenci katılmıştır. Bireylere iki farklı anket formu hazırlanmıştır. Birinci anket formunda bireylerin genel bilgileri; yaşı, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, cinsiyeti, medeni durumu, sınıfı, aile birey sayısı, ebeveynlerin eğitim durumu ve toplam aylık gelir durumu, sigara ve alkol kullanımı gibi demografik özellikler içermektedir. Fiziksel aktivite durumları ile ilgili toplam 27 soru sorulmuştur. İkincisi ise yeme alışkanlıkları (DEBQ) ile ilgili toplam 33 soru sorulmuştur. Veriler IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanarak analiz edilmiş, verilerin değerlendirilmesinde; ortalama, (standart sapma), frekans ve Oneway Anova testi kullanılmıştır.

Bulgular

Bu çalışmada, katılımcıların yaşları 18 ile 26 arasında değişmekte, ortalaması 21.62 ± 1.98 'dir. Boyları 155 ile 190 arasında, ortalaması $173,66 \pm 8,95$ 'dir. Kiloları 43 ile 98 arasında, ortalaması $68,53 \pm 14,87$ 'dir. BMI değerleri 16.49 ile 31.55 arasında, ortalaması $22,49 \pm 3,27$ 'dir (Tablo 1).

Tablo 1: Bireylere Ait Genel Özellikler

		Min-Max	Ort±SS
Yaş		18-26	21,62±1,98
Boy		155-190	173,66±8,95
Kilo		43-98	68,53±14,87
BMI		16,49-31,55	22,49±3,27
Cinsiyet	Erkek	100	50
	Kadın	100	50

Çalışmamızda, BMI grupları arasında duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 2).

Tablo 2: BMI Gruplarına ve Cinsiyete Göre DEBQ Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

		Duygusal yeme	Kısıtlayıcı yeme	Dışsal yeme
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
BMI grup	Zayıf	2,43±0,87	2,1±0,86	3,01±0,84
	Normal	2,27±0,87	2,25±0,84	2,78±0,72
	Aşırı kilolu/Obez	1,97±0,84	2,35±0,86	2,79±0,67
p ¹		0,057	0,487	0,379

Bu çalışmada, erkeklerin duygusal yeme puanı ortalamaları, kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p:0.001$; $p<0.05$). Erkekler ve kadınlar arasında kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Tablo 3: Cinsiyete Göre DEBQ Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

		Duygusal yeme	Kısıtlayıcı yeme	Dışsal yeme
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet	Erkek	2,0±0,81	2,22±0,77	2,77±0,66
	Kadın	2,42±0,88	2,3±0,91	2,85±0,79
p ²		0,001*	0,519	0,448

Tablo 4'te gösterildiği gibi erkekler ve kadınlar arasında toplam IPAQ puanı, şiddetli fiziksel aktivite puanı, orta derecede fiziksel aktivite puanı, yürüme puanı, iş puanı, ulaşım puanı, ev-bahçe puanı, boş zaman puanı ve oturma süresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4: Cinsiyete Göre IPAQ Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

IPAQ	Cinsiyet		P
	Erkek	Kadın	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Toplam IPAQ puanı	1831,74±648,75 (1819,2)	1778,08±807,94 (1714,1)	0,240
Şiddetli fiziksel aktivite puanı	213,01±181,6 (136,5)	281,93±217,12 (172,6)	0,152
Orta derecede fiziksel aktivite puanı	252,35±189,03 (196)	261,31±207,94 (195)	0,730
Yürüme puanı	279,95±204,87 (228,5)	281,26±187,42 (229,6)	0,877
İş puanı	286,37±260,89 (188,6)	270,33±268,81 (136,5)	0,334
Ulaşım puanı	241,1±164,71 (195,9)	251,82±156,57 (201,5)	0,758
Ev-bahçe puanı	216,46±149,78 (190,8)	202,28±183,28 (129)	0,249
Boş zaman puanı	219,1±176,71 (191,3)	203,18±200,14 (144)	0,131
Oturma süresi	1156,8±484,03 (1200)	1139,85±549,53 (995)	0,416

Tablo 5'te BMI gruplarına göre IPAQ ölçeği puanları değerlendirilmiştir.

BMI grupları arasında yürüme puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p:0.015$; $p<0.05$).

Normal kilolu olguların yürüme puanı ortalamaları, aşırı kilolu/obez olgulardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p:0.004$; $p<0.05$).

Diğer BMI grupları arasında yürüme puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). BMI grupları arasında boş zaman puanı değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p:0.008$; $p<0.05$). Normal kilolu olguların boş zaman puanı ortalamaları, aşırı kilolu/obez olgulardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p:0.002$; $p<0.05$).

Diğer BMI grupları arasında boş zaman puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

BMI grupları arasında toplam IPAQ puanı, şiddetli fiziksel aktivite puanı, orta derecede fiziksel aktivite puanı, iş puanı, ulaşım puanı, ev-bahçe puanı ve oturma süresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 5).

Tablo 5: BMI Gruplarına Göre IPAQ Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

IPAQ	BMI grup			P
	Zayıf	Normal	Aşırı kilolu/ Obez	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Toplam IPAQ puanı	1770,04±940,98 (1553,3)	1769,79±699,31 (1739,5)	1907,41±714,18 (1814,3)	0,426
Şiddetli fiziksel aktivite puanı	323,64±218,91 (261,5)	225,91±172,41 (145,8)	232,19±219,53 (128,3)	0,160
Orta derecede fiziksel aktivite puanı	312,82±242,67 (198)	232,01±164,81 (192,5)	293,77±243,07 (204)	0,398
Yürüme puanı	297,95±226,87 (225,8)	253,35±165,81 (214,7)	349±241,26 (279,6)	0,015*
İş puanı	354,53±291,18 (347,6)	249,83±249,32 (136,5)	315,23±279,84 (192,6)	0,142
Ulaşım puanı	252,7±161,45 (231,5)	244,98±144,67 (201,5)	247,21±198,59 (195,9)	0,863
Ev-bahçe puanı	250,72±212,5 (193,5)	185,64±150,62 (132)	250,35±195,25 (187,5)	0,391
Boş zaman puanı	234,22±180,51 (166)	184,49±172,4 (136)	267,11±218,52 (207,3)	0,008*
Oturma süresi	1073,18±527,87 (935)	1164,53±542,63 (1080)	1140,39±447,02 (1200)	0,689

Tartışma

Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu ve davranışlarının ve fiziksel aktivite düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalamaları erkeklerde 22.2, kadınlarda ise

20.9'udur (Tablo 1). Bireyler BKİ durumlarına göre değerlendirildiğinde; en düşük BKİ değeri 16,49 ve en yüksek ise 31,55 olarak bulunmuştur. BKİ ortalaması $22,49 \pm 3,27$ 'dir.

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada (13) kız öğrencilerin erkek öğrencilerden daha zayıf oldukları saptanmıştır.^{10,11,12} 372 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan çalışmada;¹³ öğrencilerin %23.9'unun obez, %22.3'ünün hafif şişman ve %53.8'inin normal kilolu olduğu bildirilmiştir. Gençlerde özellikle kız öğrencilerde hormonal ve psikolojik değişikliklerin ortaya çıkması ve öğrencilerin vücut görüntülerine ilgilerinin artması ve son yıllarda özellikle kadınlar arasında yaygınlaşan "ince vücut" görüntüsüne sahip olma akımı bu durumun temel nedeni olabilir.¹⁴

Bireylerin BKİ gruplarına ve cinsiyetlerine göre DEBQ puanları değerlendirildiğinde zayıf olan bireylerde, obez olan bireylere göre duygusal yeme puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo2). Kargar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada,¹² hafif şişman bireylerin, obez bireylere göre duygusal yeme puanlarının daha yüksek olduğu, kısıtlayıcı yeme puanının obez bireylerde daha yüksek olduğu, normal kilolu bireylerde düşük olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise obez bireylerde kısıtlayıcı yeme davranışı yüksek görünürken, dışsal yeme davranışının zayıf bireylerde daha yüksek puana sahip olduğu görülmektedir. Cebolla ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada,⁵ obez bireylerin normal kilolu ve zayıf bireylere göre daha fazla duygusal ve dışsal yeme davranışları olduğu bildirilmiştir. Obezite ve duygusal yeme davranışı arasındaki ilişkide beden kütle indeksi sorumlu tutulmaktadır. Bizim çalışmamızda BKİ düzeylerinde ve DEBQ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaz iken, gruplar arasındaki ortalamalarda farklılıklar olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Cinsiyete göre yürüme ve oturma puanlarına bakıldığında, erkek ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa bile, kadınların yürüme puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Oturma sürelerine bakıldığında ise erkek bireylerin puanlarının daha yüksek olduğu göze çarpmaktadır (Tablo 4). Aynı zamanda kadınların şiddetli fiziksel aktivite ve orta dereceli fiziksel aktivite puanlarının erkeklerden yüksek olduğu saptanmıştır. Savcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada,¹⁶ erkek bireylerin kadın bireylerden daha fazla fiziksel aktivite

yaptıkları bildirilirken, bizim çalışmamızda tam tersi bir durum söz konusudur. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada,¹⁷ öğrencilerin %14.8'nin inaktif ve %17.7'sinin çok aktif olduklarını bildirilmiştir. Savcı ve arkadaşları yapmış olduğu çalışmada,¹⁶ erkeklerin şiddetli fiziksel aktivite ortalamasının kadınlara göre daha yüksek olduğu ve orta dereceli fiziksel aktivite puanlarının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hallah ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada,¹⁸ öğrencilerin %9.9'unun çok aktif olduğunu belirlemiştir. Başaslan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise fiziksel inaktivite prevalansı %41.1 olarak saptanmış, aynı çalışmada bulunan 20-29 yaş arasındaki bireylerde fiziksel inaktivite prevalansı %38.2 olduğu bildirilmiştir. Şanlı'nın yapmış olduğu çalışmada,²⁰ erkeklerin yürüme puanının kadınlara göre yüksek olduğu, oturma süresi puanlarının ise kadınlara göre düşük olduğu bildirilmiştir. Yapılan bu çalışma bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Şanlı'nın yapmış olduğu çalışmada,²⁰ kadın bireylerin toplam IPAQ puanı, şiddetli fiziksel aktivite puanı ve yürüme puanları yüksek iken, erkek bireylerin sadece orta derecede fiziksel aktivite puanları yüksek bulunmuştur. Ancak bu çalışmada kadınların, erkeklere göre oturma puanlarının da yüksek olduğu bildirilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada,²¹ erkeklerin şiddetli fiziksel aktivite ortalaması kadınlara göre yüksek olduğu ve orta dereceli fiziksel aktivite puanlarının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yürüme puanının erkeklerde kadınlara göre yüksek olduğu ve oturma süresi puanının ise erkeklerde kadınlara göre düşük olduğu görülmüştür. Bireylerin BKÍ değerleri ile IPAQ puanlarının değerlendirilmesine bakıldığında; aşırı kilolu bireylerin, normal ve zayıf kilolu bireylere göre toplam IPAQ puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Şiddetli ve orta derecede fiziksel aktivite puanlarının ise zayıf bireylerde daha fazla olduğu görülürken, yürüme ve oturma puanlarının obez bireylerde en fazla olduğu görülmektedir. Yürüme puanı obez, zayıf ve normal BKÍ'ye sahip bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 5). Savcı ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada,¹⁶ zayıf bireylerin şişman bireylere göre toplam fiziksel aktivite puanlarının daha düşük, şişman bireylerin şiddetli fiziksel aktivite puanlarının yüksek, yine zayıf bireylerin orta dereceli fiziksel aktivite puanının yüksek olduğu bildirilmiştir.

Şanlı'nın yapmış olduğu çalışmada ise²⁰ zayıf bireylerin şişman bireylere göre toplam IPAQ puanının ve şiddetli fiziksel aktivite puanlarının yüksek olduğu bildirilirken, obez bireylerin orta derecede fiziksel aktivite puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir.

Savcı ve arkadaşları çalışmasında,¹⁶ normal bireylerin hafif şişman bireylere göre yürüme puanının düşük olduğu ve oturma süresinin de düşük olduğu saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Yeme davranışı bozukluğu ile ilgili eğitim ve önleyici tedbirlerin alınması, korunmanın sağlanması, şayet hastalık oluşmuşsa tedavinin sağlanması gerekmektedir. Tanı konmamış veya gizli kalmış subklinik yeme bozukluklarının; genç grupta geniş örneklemlerle, boylamsal çalışmalarla araştırılması, riskli gruplarda taramaların yapılması yararlı olacaktır. Yeme davranışı bozukluğu nedenlerinin belirlenmesi, koruyucu önlemler alınması ve bu hastalıkların tanınması açısından son derece önemlidir. Ayrıca gençlerin, ailelerin ve eğitimcilerin konu ile ilgili olarak bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi için konferans ve seminer çalışmaları yapılmalıdır. Üniversite öğrencilerine sağlıklı beslenme alışkanlıklarının örgün ve yaygın eğitim kurumlarında verilen uygulamalı beslenme eğitimi ile kazandırılması ve bu sayede yaşam kalitelerinin artırılması sağlanmalıdır.

Öğrencilerin sağlıklı beslenme alışkanlıkları edinmeleri yaşamlarının ileri döneminde sağlıklarını korumaları açısından önemli olup, bunun için de, beslenme bilgisindeki yetersizlikleri sağlık ekibi tarafından etkin ve sürekli verilecek beslenme eğitimi ile giderilmelidir. Yeme bozukluğu belirlenen vakaların gerekli durumlarda diğer sağlık profesyonelleri (psikiyatrist, diyetisyen vb.) ile iş birliği yaparak tedavisi sağlanmalıdır. Aşırı yeme ya da yemeyi reddetme gibi davranışlara sebep olan anksiyete ve stresin azaltılması için gençlere stresle baş etme yöntemleri öğretilmelidir. Bu çalışma ve benzerlerinin daha geniş gruplarda ve farklı özelliklere sahip adolesanlar üzerinde gerçekleştirilmesi verilerin çeşitliliği ve konunun daha ayrıntılı olarak ortaya konmasını sağlayabilir.

KAYNAKLAR

- [1] Fişek, K. Devlet Politikası ve Toplumsal Yapıyla İlişkileri Açısından Spor Yönetimi. Ankara: AÜ SBF Yayınları, 1983.
- [2] Korkmaz, N.H. Uludağ Üniversitesi öğrencilerinin spor yapma ve beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2012, 32: 399-413.
- [3] Baysal, A. Beslenme. Şahin Matbaacılık, Ankara: 2007.
- [4] Vançelik, S., Önal, S., Güraksın, A., Beyhu, E. Üniversite öğrencilerinin beslenme, bilgi ve alışkanlıkları ile ilişkili faktörler. TSK Korurucu Hekimlik Bülteni, 2007, 6(4): 242-248.
- [5] Tam, C., Cherry, F.N., Chak, M.Y. Disordered eating attitudes and behaviours among adolescent in Hong Kong: prevalence and correlates. J Paediatr Child Health, 2007, 43: 811-817.
- [6] Loth, K., Bergi Van Den. P., Eisenberg, M.E, Neumark-Sztainer, D. Stressful life events and disordered eating behaviors: findings from project. Eat. Journal of Adolescent Health, 2008, 12(43): 514-516.
- [7] Barker, M., Robinsons, S., Wilman, C., Barker, DJ. Behavior, body composition and diet in adolescent girls. Appetite, 2000, 35(2): 161-170.
- [8] Bandura, A. Self efficacy toward unifying theory of behavior change. Psychological Review, 1997, 84(3): 191-215.
- [9] Wilson, L.B., Hollins, T., Clopton, J.R. Construction and validation of the healthy eating and weight self-efficacy (HEWSE) scale. Eating Behaviors, 2014, 15: 490-492.
- [10] Mahan, L.K., Escott-Stump, S., Raymond, J.L. Krause's Food & Nutrition Therapy. 13th ed. Elsevier Science Health Science Division, 2008.
- [11] Raj, M., Kumar, R.K. Obesity in children & adolescents. The Indian Journal of Medical Research. 2010, 132: 598-607.
- [12] Goran, M.I., Ball, G.D., Cruz, M.L. Obesity and risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease in children and adolescents. J Clin Endocrinol Metab, 2003, 88: 1417-27.

- [13] Kargar, M., Sabet Sarvestani, R., Tabatabaee, H.R., Niknami, S. The Assessment of Eating Behaviors of Obese, Over Weight and Normal Weight Adolescents in Shiraz, Southern Iran. *IJCBNM*, 2013, 1(1): 35-42.
- [14] Pekcan, G. Adolesan Döneminde Beslenme. *Klinik Çocuk Forumu*, 2004, 4:1:38-47.
- [15] Bailly, Maitre, Amanda, Herve., Alaphilippe, 2012; Baños et al., 2011; Bozan et al., 2011; Cebolla, Barrada, van Strien, Oliver, & Baños, 2014; Halvarsson & Sjoden, 1998; Lluch et al., 1996; van Strien & Oosterveld, 2008; Wardle, 1987.
- [16] Haase, A., Steptoe, A., Sallis, J.F., Wardle, J. Leisure-time physical activity in university students from 23 countries: associations with health beliefs, risk awareness, and national economic development. *Prev Med*, 2004, 39: 182-90.
- [17] Savcı, S., Öztürk, M., Arıkan, H., İnal-İnce, D., Tokgözoğlu, L. Physical Activity Levels of University Students. *Archives of Turkish Cardiology*, 2006, 34: 166-172.
- [18] Burke, S.M., Carron, A.V., Eys, M.A. Physical activity context and university student's propensity to meet the guidelines Centers for Disease Control and Prevention/American College of Sports Medicine. *Med Sci Monit*, 2005, 11: CR1716.
- [19] Hallal, P.C., Victora, C.G., Wells, J.C., Lima, R.C. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc*, 2003, 35: 1894-900.
- [20] Baş Aslan, Ü. Fiziksel aktivite düzeyinin farklı yöntemlerle değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2003.
- [21] Şanlı, E. Öğretmenlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi-Yaş, Cinsiyet ve Beden Kitle İndeksi İlişkisi. Yüksek Lisans. Ankara: Gazi Üniversitesi, 2008.
- [22] Öztürk, M. Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. [Bilim Uzmanlığı Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005.

Otizimli ve Normal Gelişimli Çocuğa Sahip Annelerin Depresyon Düzeyleri ve Depresyonla Başa Çıkma Stratejilerinin İncelenmesi

Sultan Aydın ATILGAN^{1*}, Şahide Güeliz KOLBURAN²

ÖZ

Bu araştırmada, otizimli çocuğa sahip olan anneler ile otizimli çocuğa sahip olmayan annelerin depresyon düzeyleri ile depresyonla başa çıkma özyeterliliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu araştırmaya 200 anne katılmıştır. Bu çalışmanın katılımcılarını İstanbul ilinde yaşayanlar oluşturmaktadır. Önce annelere Kişisel Bilgi Formu uygulanmıştır. Bu formda annelerin depresyon tedavisi alıp almadığı, otizimli çocuğunun engellilik yüzdeliği, eğitim ve yaşadığı bölge gibi sorular sorulmuştur. Otizimli çocuğa sahip olan 100 ve otizimli çocuğa sahip olmayan 100 anneye de Beck Depresyon ve Depresyonla Başa Çıkma Öz-Yeterlilik Ölçeği uygulanmıştır. Otizimli çocuğa sahip olan 100 anneye, diğer ölçeklere ek olarak Otizm Davranış Kontrol Ölçeği uygulanmıştır. Çıkan sonuçları analiz etmek için verilerin değerlendirilmesinde gruplu değişkenler arasındaki ilişki ki-kare analizi ile, ikiden fazla bağımsız grup arasındaki niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Çıkan analizler sonucunda otizimli çocuğa sahip olan annelerin depresyon düzeylerinin, otizimli çocuğa sahip olmayan annelerin yaşadıkları depresyon düzeylerine göre daha fazla olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Otizm, depresyon, anne

^{1*} İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji AD, Sorumlu yazar: s_aydinn86@hotmail.com

² Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji AD.

sahidegulizkolburan@aydin.edu.tr

Makale Geliş Tarihi: / Received: 12.06.2019 - Makale Kabul Tarihi: / Accepted: 27.06.2019

An Analysis of Depression Levels and Coping Strategies of Mothers with Autistic Children and Mothers with Normally Developing Children

ABSTRACT

Current study aims to compare the depression levels and self-efficacy in coping with depression in mothers with autistic and normally developing children. 200 mothers who live in Istanbul participated in this study. First, Personal Information Form was given to mothers. This form questioned whether mothers have received depression treatment or disability percentage for their autistic children, their education levels, and region of residence. The Beck Depression and Self-Efficacy Scale for Coping with Depression were administered to 100 mothers with autistic children and 100 mothers without autistic children. Autism Behavior Control Scale was given to 100 mothers with autistic children in addition to other scales. As for the results, chi-square analysis was used to evaluate the relationship between group variables and One way Anova test was used to compare quantitative continuous data between more than two independent groups. As a result of the analyses, it was found that the depression levels of mothers with autistic children were higher than the depression levels of mothers who did not have autistic children.

Keywords: *Autism, depression, mother*

Giriş

Otizm, zihinsel engel kategorisinde bulunan ve yaşam boyu devam eden bir olgudur.^[1] Otizm spektrum bozukluğu (autism spectrum disorders) çocukluğun erken yıllarında var olan ve kişilerin gündelik hayat işlevlerinde engele sebep olan bireylerde farklı açılarda ve farklı seviyelerde görülen, sosyal etkileşim-iletişim eksikliğiyle sınırlı ve tekrarlayıcı davranış, ilgi ve etkinlik örüntüleriyle karakterize edilmiş bir eksikliklerdir.^[2] Otizm tanısının çocuklarına konulması -anne baba dahil- bütün aile fertlerinde travmatik etkilere sebep olmakta, başta anne olmak üzere her iki ebeveynde de psikolojik problemlerin rastlanma sıklığı artmaktadır.^[3] Engelli çocuklarını olduğu gibi kabullenme, engelleriyle ilgili bilgiye sahip olma konularında aileler bazı problemler yaşamakta, bu problemlerin yarattığı psikolojik baskı alkol vb. gibi zararlı ürün tüketimine yönelmeye sebep olabilmektedir.

[4] Engelli çocuğu olan ailelerde depresyon seviyesi ile ilgili ulusal ve uluslararası alanyazında çalışma olmakla birlikte, otistik çocuğu olan ailelerin depresyon seviyesi ve bu ailelerin yaşadıkları depresyonla başa çıkma stratejileri ile ilgili çalışma sayısı azdır. Bu araştırmada öncelikle otistik çocuğu olan annelerin depresyonla mücadele etme stratejilerinde nelerin etkili olduğu ve engelli çocukların eğitimi hakkında ailelerin nasıl bilgilendirileceği amaçlanmaktadır.

Otizm Spektrum Bozukluğu

Otizm spektrum bozukluğu, doğuştan ya da bireyin yaşamının ilk dönemlerinde meydana gelen karmaşık nöro gelişimsel bozukluklardandır.[5] Otizm olma durumunun sebepleri net olarak bilinmemektedir. Bazı araştırmacılar, toplum tarafından gelen uyarıcıların bireye zarar vereceğinin üzerinde dururken, bazıları da otizmin vücutta salgılanan kimyasal maddelerin düzensizliğinden kaynaklandığı üzerinde durmaktadır. Genetik araştırmalar da otizm problemini genetik yapı üzerinde durarak açıklamaya çalışmışlardır. Genel görüşler, bu problemin birçok sorunların birleşmesiyle ortaya çıktığı yönündedir.[6] Otizm spektrum bozukluğu belirti durumları genelde 30 ayını doldurmamış çocuklarda ortaya çıkmaktadır. Bebeklerin sakin, sessiz durması, az ağlaması, sosyal iletişimlerinde kısıtlılık gözlemlenmesi, göz kontağı kurmaması, konuşmalarında gecikme yaşamaları gibi belirtiler erken tanıda önemlidir. Aileler genelde 18 ay içerisinde bir şeylerin yolunda gitmediğini fark ederler ve 2 yaş itibari ile doktora giderler.[7] Ebeveynler çocuklarıyla beraber aile olmaya geçiş aşamasına girmiş olurlar. Çocuğa otizm tanısı konması ebeveynlerin sosyal aktiviteleri, uyku düzenleri, iş fırsatları, iş tercihleri ve mesleki gelişimleri gibi birçok yaşamsal fonksiyonlarının değişmesi anlamına gelmektedir. Otizm tanısı konmuş çocukların ebeveynleri aşırı stres, ağır depresyon ve sıkıntı yaşamaktadır. Beraberinde meydana gelen belirsizlik durumu, toplumda otizm farkındalığının sıklığı ve şiddeti gibi etkenler bireylerin uyumunu ve tanı durumunu kabullenmelerini zorlaştırmaktadır. Otizm tanısı almış çocuğa ve ebeveynlerine verilecek destek ile otizm durumunun kabul edilmesi ve baş etmeyi kolaylaştırmak mümkün olabilecektir.[8]

Depresyon

Depresyon, bireyin sosyal ve fiziksel işlevlerinde zayıflama, günlük yaşam (konuşma, düşünme gibi) etkinliklerini daha kısıtlı ve yavaş yapmasına, bireyin karamsar duygu düşüncelere kapılmasına sebep olmaktadır. Depresyon tanısına sahip olan hastalar kendilerini diğer bireylere oranla daha kederli, hüznü, umutsuz ya da değersiz hissetmektedir.^[9]

Depresyonla Baş Etme

Her birey yaşamı süresince stres ve zorlanma yaşamaktadır. Depresyonla baş etme, kişilerde stres yaratıcı olayların veya sebeplerin olumsuz etkileriyle mücadele edebilmek için yarattığı kişiye özgü çabalardandır. Baş etme, bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve dayanması için gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanmaktadır.^[10] Genel olarak baş etme tutumları; sorunun ana kaynağına yönelen ‘sorun çözme odaklı baş etme tutumları’ ve ana sorun kaynağının yol açtığı duygusal etkiyle baş etmeye ilişkin ‘duygu odaklı baş etme tutumları’ şeklinde sınıflandırılmaktadır.^[11] Bireyin yaşadığı olayları algılaması, yorumlaması ve göstereceği baş etme tutumları üzerinde çeşitli faktörlerin etkileri vardır. Stres yaratan bir durum her birey tarafından öznel olarak değerlendirilir ve bu değerlendirmede cinsiyet, kültür, kişilik özellikleri ve erken yaştaki yaşantılar gibi öğeler önemli rol oynar.^[11] Depresyon, kişilerin motivasyonunu düşürerek, kişileri zayıf hale getirmektedir. Depresyon ile ilgili önemli olan unsur, bireye stres yaşatan uyarıcılarla başa çıkmasını kolaylaştırma yönünde olmalıdır. İnsan, yaşamı boyunca birçok uyarıya karşı karşıyadır. Bu uyarılar kişinin dengesini, düzenini etkileyebilmektedir.^[12] Bazı kişilik özellikleri bireyin baş etmesinde zorluk oluşturarak kaygı ve depresyonun artmasına yol açabilir. Düşmanlık duyguları baskın, kendini suçlayan, aşırı duyarlı ve duygusal tepkileri önde olan, hep ya da hiç kuralı ile hayata bakan, çevreleri ile etkileşimlerinde pasif kalan ve olgunlaşmamış kişilik özellikleri bulunan bireyler depresyonla baş etmede başarısız olmaktadır.^[10] Ek olarak aile içi ilişkiler bireyin baş etme yetisini büyük oranda etkilediği için depresyonda aile ilişkilerinin önemi büyüktür.^[13] Özyeterlik, başarıya ulaşmak için gerekli olan eylemi

gerçekleştirmeye ve organize etmeye yönelik kişinin kapasitesi ile ilgili inançlarını ifade etmektedir. Bireyin problem çözme ve baş etme yetisinde önemli bir etken olan özyeterlik seviyesi, bireyin yaşayacağı depresyon durumundan olumsuz yönde etkilenmektedir. Böylesi bir durumda birey, problem çözme ve karşılaştığı olumsuz uyarıcılarla mücadele etme konusunda kendisini yetersiz hissedecektir.^[14]

Yöntem

Araştırma, İstanbul ili ile sınırlanmıştır. Şişli ilçesi'nde rehabilitasyon merkezlerine devam eden, otizmlili çocuğu olan 100 anne ile sağlıklı çocuğa sahip 100 anne evrenimizin örneklemini oluşturmaktadır. Araştırmada, 11 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Depresyonla Başa Çıkmada Öz-Yeterlik Ölçeği (DCSES) ve Otizm Davranış Derecelendirme Ölçeği (ABC) kullanılmıştır. Beck Depresyon Ölçeği ilk kez 1961'de Aeron T. Beck tarafından geliştirilmiş, 1971'de tekrar gözden geçirilmiştir.^[15] 1989'da Hisli tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiştir.^[16] Depresyonla başa çıkmada özyeterlik ölçeği, depresyon semptomları ile başa çıkabilmek için gerekli olan davranışları uygulayabilme yeteneği üzerinde etkisi olan özyeterlik inançlarını ölçmek amacı ile Perraud (2000) tarafından geliştirilmiştir.^[17] Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akbal tarafından yapılmıştır.^[18] Otizm Davranış Derecelendirme Ölçeği, Krug ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilmiştir.^[19] Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz Irmak ve ark. tarafından yapılmıştır.^[20] Verilerin analizleri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 programıyla yapılmıştır. Veriler değerlendirilirken istatistiksel yöntemlerden yüzdeler, ortalamalar, standart sapma kullanılmıştır. Gruplu değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için ki-kare analizi uygulanmıştır. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde uygulanmıştır.

Bulgular

Tablo 1: Çocuğun Cinsiyeti ile Otizm Tanısı Almış Çocuğa Sahip Olma Durumu Arasındaki İlişki

Çocuğun Cinsiyeti	Çocuğun Tanı Durumu						X ² /p
	Tanı Almış		Tanı Almamış		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Erkek	60	%60,0	55	%55,0	115	%57,5	X ² =0,512 p=0,284
Kız	40	%40,0	45	%45,0	85	%42,5	
Toplam	100	%100,0	100	%100,0	200	%100,0	

Çocuğun cinsiyeti ile çocuğun tanı durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=0,512$; $p=0,284>0.05$). Otizm tanısı almış olanların 60'ının (%60,0) erkek, 40'ının (%40,0) kız; otizm tanısı almamış olanların 55'i (%55,0) erkek, 45'i (%45,0) kız olduğu görülmektedir.

Tablo 2: Depresyon Tedavisi ile Çocuğun Tanı Alma Durumu Arasındaki İlişki

Depresyon Tedavisi	Çocuğun Tanı Durumu						X ² /p
	Tanı Almış		Tanı Almamış		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Evet	71	%71,0	18	%18,0	89	%44,5	X ² =56,868 p=0,000
Hayır	29	%29,0	82	%82,0	111	%55,5	
Toplam	100	%100,0	100	%100,0	200	%100,0	

Depresyon tedavisi ile otizm tanısı almış çocuğa sahip olma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=56,868$; $p=0,000<0.05$). Otizm tanısı almış çocukların annelerinde depresyon tedavisi görme oranı %71 iken, kontrol grubu annelerde bu oran %18 olarak bulunmuştur.

Tablo 3: Annenin Eğitim Durumu ile Çocuğun Tanı Almış Olma Durumu Arasındaki İlişki

Eğitim Durumu	Çocuğun Tanı Durumu				Toplam		X ² /p
	Tanı Almış		Tanı Almamış		Toplam		
	n	%	N	%	n	%	
İlköğretim	12	%12,0	1	%1,0	13	%6,5	X ² =18,191 p=0,000
Lise	52	%52,0	45	%45,0	97	%48,5	
Üniversite	20	%20,0	42	%42,0	62	%31,0	
Diğer	16	%16,0	12	%12,0	28	%14,0	
Toplam	100	%100,0	100	%100,0	200	%100,0	

Eğitim durumu ile otizm tanısı almış çocuğa sahip olma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=18,191$; $p=0,000<0.05$). Otizm tanısı almış çocuklara sahip olan annelerin 12'si (%12,0) ilköğretim, 52'si (%52,0) lise, 20'si (%20,0) üniversite, 16'sı (%16,0) diğer; otizm tanısı almamış çocuğa sahip olan annelerin 1'i (%1,0) ilköğretim, 45'i (%45,0) lise, 42'si (%42,0) üniversite, 12'si (%12,0) diğer olduğu görülmektedir.

Tablo 4: Medeni Hali ile Çocuğun Tanı Alma Durumu Arasındaki İlişki

Medeni Hali	Çocuğun Tanı Durumu				Toplam		X ² /p
	Tanı Almış		Tanı Almamış		Toplam		
	N	%	N	%	n	%	
Evli	83	%83,0	91	%91,0	174	%87,0	X ² =2,829 p=0,070
Ayrı/boşanmış	17	%17,0	9	%9,0	26	%13,0	
Toplam	100	%100,0	100	%100,0	200	%100,0	

Medeni hali ile çocuğunun otizm tanısı alma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=2,829$; $p=0,070>0.05$). Otizm tanısı almış çocuğa sahip annelerin 83'ünün (%83,0) evli, 17'sinin (%17,0) ayrı/boşanmış; otizm tanısı almamış çocuğa sahip olan annelerin 91'inin (%91,0) evli, 9'unun (%9,0) ayrı/boşanmış olduğu görülmektedir.

Tablo 5: Gelir Düzeyi ile Çocuğun Tanı Alma Durumu Arasındaki İlişki

Gelir Düzeyi	Çocuğun Tanı Durumu				Toplam		X ² /p
	Tanı Almış		Tanı Almamış				
	N	%	N	%	n	%	
500-1300	2	%2,0	8	%8,0	10	%5,0	X ² =20,288 p=0,000
1301-2000	28	%28,0	53	%53,0	81	%40,5	
2001-3000	65	%65,0	37	%37,0	102	%51,0	
3001-üzeri	5	%5,0	2	%2,0	7	%3,5	
Toplam	100	%100,0	100	%100,0	200	%100,0	

Gelir düzeyi ile çocuğunun otizm tanısı alma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=20,288$; $p=0,000<0.05$). Otizm tanısı almış çocuğa sahip olan ailelerin 2'sinin (%2,0) 500-1300, 28'inin (%28,0) 1301-2000, 65'inin (%65,0) 2001-3000, 5'inin (%5,0) 3001-üzeri; otizm tanısı almamış çocuğa sahip olan ailelerin 8'inin (%8,0) 500-1300, 53'ünün (%53,0) 1301-2000, 37'sinin (%37,0) 2001-3000, 2'sinin (%2,0) 3001-üzeri olduğu görülmektedir.

Tablo 6: Annenin Çalışma Durumu ile Çocuğun Tanı Alma Durumu Arasındaki İlişki

Çalışma Durumu	Çocuğun Tanı Durumu				Toplam		X ² /p
	Tanı Almış		Tanı Almamış				
	n	%	N	%	n	%	
Çalışıyor	4	%4,0	74	%74,0	78	%39,0	X ² =102,984 p=0,000
Çalışmıyor	96	%96,0	26	%26,0	122	%61,0	
Toplam	100	%100,0	100	%100,0	200	%100,0	

Annelerin çalışma durumu ile otizimli çocuğa sahip olma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=102,984$; $p=0,000<0.05$). Otizm tanısı almış çocuğa sahip olan annelerin 4'ünün (%4,0) çalışıyor, 96'sının (%96,0) çalışmıyor; otizm tanısı almayan çocuğa sahip olan annelerin 74'ünün (%74,0) çalışıyor, 26'sının (%26,0) çalışmıyor olduğu görülmektedir.

Tablo 7: Depresyonla Başa Çıkmada Özyeterlilik ile Çocuğun Tanı Alma Durumu Arasındaki İlişki

Depresyonda Başa Çıkmada Özyeterlilik	Çocuğun Tanı Durumu				Toplam		X ² /p
	Tanı Almış		Tanı Almamış				
	n	%	n	%	N	%	
%0-%50 (düşük)	25	%25,0	5	%5,0	30	%15,0	X ² =15,909 p=0,000
%50-%75 (orta)	25	%25,0	35	%35,0	60	%30,0	
%75-%100 (yüksek)	50	%50,0	60	%60,0	110	%55,0	
Toplam	100	%100,0	100	%100,0	200	%100,0	

Annelerin depresyonla başa çıkmada özyeterlilik ile çocuğun otizm tanısı alma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=15,909$; $p=0,000<0,05$). Depresyonla başa çıkmada otizm tanısı almış çocuğa sahip annelerin %25'inin özyeterlilik seviyesi düşükken (%0-%50), %25'inin orta (%50-%75), %50'sinin ise yüksektir (%75-%100). Depresyonla başa çıkmada otizm tanısı almamış sağlıklı çocuğa sahip annelerin %5'inin özyeterlilik seviyesi düşükken (%0-%50), %35'inin orta (%50-%75), %60'ının ise yüksektir (%75-%100).

Tablo 8: Çocuğun Tanı Almalarına Göre Tanımlayıcı Özellikleri

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Otizm Yüzdesi	%40-%50	10	10,0
	%51-%60	15	15,0
	%61-%70	30	30,0
	%71-%80	35	35,0
	%80-üzeri	10	10,0
	Toplam	100	100,0
Özel Eğitim	Evet	95	95,0
	Hayır	5	5,0
	Toplam	100	100,0
Otizm Davranış Kontrol Ölçeği	1	3	3,0
	2	51	51,0
	3	46	46,0
	Toplam	100	100,0

Otizm tanısı almış çocukların tanı yüzdesi değişkenine göre %10'unun otizm yüzdesi %40-%50 aralığında iken, %15'inin %51-%60, %30'unun %61-%70, %35'inin %71-%80, %10'unun ise %80-üzeridir.

Araştırmamıza katılan otizm tanısı almış çocukların özel eğitim almaları değişkenine göre 95'i (%95,0) evet, 5'i (%5,0) hayır olarak dağılmaktadır. Araştırmamıza katılan otizm tanısı almış 100 çocuğun otizm davranış kontrol ölçeğinden aldığı puana göre 3'ü (%3,0) 1, 51'i (%51,0) 2, 46'sı (%46,0) 3 olarak dağılmaktadır.

Tablo 9: *Çocukların Yaşının Otizm Tanısı Almaları Durumuna Göre Ortalamaları*

	Grup	N	Ort	Ss	t	P
Çocuğun Yaşı	Tanı Almış	100	6,870	2,619	-3,071	0,002
	Tanı Almamış	100	8,030	2,721		

Araştırmaya katılan çocukların yaş ortalamalarının tanı durumları değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t(198)=-3.071$; $p=0.002<0.05$). Otizm tanısı almamış çocukların yaş ortalaması ($\bar{x}=8,030$), otizm tanısı almış çocukların yaş ortalamasından ($\bar{x}=6,870$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 10: *Anne Olduğu Yaşın Tanı Alma Durumuna Göre Ortalamaları*

	Grup	N	Ort	Ss	t	P
Anne Olduğu Yaş	Tanı Almış	100	30,520	4,644	6,681	0,000
	Tanı Almamış	100	26,370	4,126		

Araştırmaya katılan annelerin anne olduğu yaş ortalamalarının tanı durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t(198)=6.681$; $p=0.000<0,05$). Otizimli çocuğa sahip annelerin anne olduğu yaş ortalaması ($\bar{x}=30,520$), otizm tanısı almamış çocuğa sahip olan annelerin anne olduğu yaş ortalamasından ($\bar{x}=26,370$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 11: Annelerin Beck Depresyon Puanlarının Çocuklarının Tanı Alması Durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	P
Beck Depresyon	Tanı Almış	100	28,320	13,458	12,139	0,000
	Tanı Almamış	100	10,710	5,418		

Araştırmaya katılan annelerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının otizm tanısı çocuklarının olup olmaması durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t(198)=12.139$; $p=0.000<0.05$). Otizmliliğe sahip annelerin Beck Depresyon Ölçeği puanları ($\bar{x}=28,320$), otizm tanısı almamış çocuğa sahip annelerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarından ($\bar{x}=10,710$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 12: Otizmliliğe Sahip Annelerde Depresyonda Başa Çıkmada Öz-Yeterlilik ile Otizm Davranış Kontrol Ölçeği Arasındaki İlişki

Depresyonda Başa Çıkmada Öz-yeterlilik	Otizm Davranış Kontrol Ölçeği						Toplam		X ² /p
	1		2		3		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
%0-%50 (düşük)	0	%0,0	10	%19,6	15	%32,6	25	%25,0	X ² =11,962 p=0,018
%50-%75 (orta)	0	%0,0	9	%17,6	16	%34,8	25	%25,0	
%75-%100	3	%100,0	32	%62,7	15	%32,6	50	%50,0	
Toplam	3	%100,0	51	%100,0	46	%100,0	100	%100,0	

Araştırmaya katılan annelerin Depresyonda Başa Çıkmada Öz-Yeterlilik ölçeği puanları ile otizmliliğe sahip çocukların Otizm Davranış Kontrol Ölçeği puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=11,962$; $p=0,018<0.05$). Otizm tanısı almış çocukların; Otizm Davranış Kontrol Ölçeği 1 olanların 3'ünün (%100,0) %75-%100; otizm tanısı almış çocukların Otizm Davranış Kontrol Ölçeği 2 olanların

10'unun (%19,6) %0-%50 (düşük), 9'unun (%17,6) %50-%75 (orta), 32'si (%62,7) %75-%100; otizm tanısı almış olan çocukların Otizm Davranış Kontrol Ölçeği 3 olanların 15'i (%32,6) %0-%50 (düşük), 16'sının (%34,8) %50-%75 (orta), 15'i (%32,6) %75-%100 olduğu görülmektedir.

Tablo 13: *Otizimli Çocuğa Sahip Annelerin Depresyon Düzeylerinin Çocuklarının Otizm Davranış Kontrol Ölçeği Derecesine Göre Ortalamaları*

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Beck Depresyon Ölçeği	1	3	7,000	1,000	7,004	0,001	2 > 1
	2	51	26,157	13,389			3 > 1
	3	46	32,109	12,204			3 > 2

Araştırmaya katılan annelerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının otizimli çocuğun Otizm Davranış Kontrol Ölçeği derecesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=7,004$; $p=0,001<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Otizm tanısı almış çocukların Otizm Davranış Kontrol Ölçeğinden 2 alanların annelerinin Beck Depresyon puanları ($26,157 \pm 13,389$), otizimli çocukların Otizm Davranış Kontrol Ölçeği 1 olanların annelerinin Beck Depresyon puanlarından ($7,000 \pm 1,000$) yüksek bulunmuştur. Otizm tanısı almış çocukların Otizm Davranış Kontrol Ölçeğinden 3 alanların annelerinin Beck Depresyon puanları ($32,109 \pm 12,204$), otizm tanısı almış çocukların Otizm Davranış Kontrol Ölçeği 1 olanların Beck Depresyon puanlarından ($7,000 \pm 1,000$) yüksek bulunmuştur. Otizm tanısı almış çocukların Otizm Davranış Kontrol Ölçeğinden 3 alanların Beck Depresyon puanları ($32,109 \pm 12,204$), otizm tanısı alan çocuklardan Otizm Davranış Kontrol Ölçeğinden 2 alanların beck depresyon puanlarından ($26,157 \pm 13,389$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 14: Otizmlili Çocuğa Sahip Annelerin Depresyon Düzeylerinin Depresyonda Başa Çıkmada Özyeterliliğe Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Beck Depresyon	%0-%50 (düşük)	30	40,400	15,003	78,782	0,000	1 > 2
	%50-%75 (orta)	60	18,683	10,751			1 > 3
	%75-%100	110	14,273	7,925			2 > 3

Araştırmaya katılan annelerin Beck Depresyon Ölçeği puanları ortalamalarının depresyonda başa çıkmada özyeterlilik değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=78,782$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Depresyonda başa çıkmada özyeterlilik %0-%50 (düşük) olanların Beck Depresyon puanları ($40,400 \pm 15,003$), depresyonda başa çıkmada özyeterlilik %50-%75 (orta) olanların Beck depresyon puanlarından ($18,683 \pm 10,751$) yüksek bulunmuştur. Depresyonda başa çıkmada özyeterlilik %75-%100 (yüksek) olanların Beck depresyon puanlarından ($14,273 \pm 7,925$) yüksek bulunmuştur.

Tartışma

Bu çalışmada, otizmlili çocuğu olan anneler ile otizm tanısı almamış çocuğu olan annelerin depresyon düzeyleri ve depresyonla başa çıkma stratejileri incelenirken, demografik form ve araştırma değişkenleri arasındaki değerlendirmeler yapılmış ve uygun istatistiksel yöntemler uygulanmıştır. Araştırma, otizmlili çocuğu olan 100 anne ve sağlıklı çocuğa sahip olan 100 annenin verilerinin incelenmesiyle gerçekleştirilmiştir.

Sonuç olarak, otizm tanısı almış çocuğa sahip olan ve otizm tanısı almamış çocuğu olan annelerin depresyonla başa çıkmada özyeterliliklerinin karşılaştırılması yapılmıştır. Otizmlili çocuğa sahip olan annelerin depresyonla başa çıkma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Otizm tanısı almış çocuğa sahip annelerin %25 i düşük, %25 i orta ve %50 si yüksek oranda depresyonla başa çıkma özyeterlilikleri ortalamasına sahip oldukları tespit edilmiştir.

Otizm tanısı almamış sağlıklı çocuğa sahip olan annelerin %5'i düşük %35'i orta ve %60'ı yüksek oranda ortalamalara sahip olan annelerin depresyonla başa çıkmada özyeterliliklerinin olduğu tespit edilmiştir (Tablo 14). Araştırmamızda, depresyon düzeyleri otizimli çocuğu olan annelerin normal gelişimli çocuğu olan annelere oranla daha yüksek çıkmıştır. Otizimli çocuklarının gelecekte nelerle karşılaşacaklarına dair belirsizlik, özellikle kendisinin yaşının ilerlemesinden ve hatta ölümünden sonra, çocuğunun hayatı için kaygılanmaktadır.^[21] Bristol ve Schoper (1984) çalışmalarında, otizmin belirsiz doğası ve erken dönemde tanının konulamaması durumunun kaygı düzeyini artırabileceğinden söz etmişlerdir. Otizimli çocukların annelerinin stres, anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek bulunması bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Bristol ve Schoper'in çalışmasına göre otizm yüzdeliği arttıkça annelerde depresyon düzeyi de artmaktadır.^[22] Kaygusuz (1993), otizm tanısı almış çocuğu olan anneler ile normal gelişim gösteren çocuğa sahip anelerin yaşadığı kaygı ve depresyon düzeylerini karşılaştırdığı çalışmada, otizm tanısı konmuş çocuğu olan anne ile normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerin kaygı ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit etmemiştir. Bu durum bizim araştırmamızla paralellik göstermemektedir.^[23] Bumin, Günel ve Tükel, engelli çocukların annelerinde anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmalarının sonucunda engelli çocukların annelerinde önemli derecede anksiyete ve depresyon olduğunu, depresyon ve anksiyete düzeyinin artmasının annelerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini bulmuşlardır.^[24] Araştırmamızla bu çalışma paralellik göstermektedir. Yapmış olduğumuz araştırmada da, otizimli çocuğa sahip olan annelerin otizimli çocuğa sahip olmayan annelere göre depresyon düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamızın istatistiksel sonuçlarına baktığımızda otizimli çocuğa sahip annelerin Beck Depresyon Ölçeği puanları (\bar{x} =28,320), otizm tanısı almamış çocuğa sahip annelerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarından (\bar{x} =10,710) yüksek bulunmuştur. Bu durum bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

Kazak ve arkadaşlarının yapmış olduğu bu çalışma, sadece zihinsel engelli çocuğa sahip anneleri kapsarken, bizim çalışmamız da otizimli çocuk annelerini kapsamaktadır.^[25] Yine de tanı almış çocuğun varlığı

annenin her zaman daha fazla depresyon yaşamasına sebep olması açısından bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Blacher, Nihira ve Meyers'in (1978, akt. Akkök, 1989), çocuğun engellilik derecesi arttıkça, ailenin kaygı düzeyinin arttığı, Akkök'ün (1989) çocukların anneye bağımlılıkları arttıkça annelerin kaygı ve endişe düzeylerinin arttığı, Bristol'un (1980), çocukların bağımlılık derecesinin ailedeki kaygıyı yordadığı, Koegel ve arkadaşlarının (1992) otistik çocukların IQ seviyeleri düştükçe ve bağımlılıkları arttıkça annelerin kaygı durumlarının arttığı, Beckman-Bell'in (1980, akt. Akkök, 1989) engellilik derecesi arttıkça kaygı ve endişe düzeyinin arttığı yönündeki bulgusuyla tutarlılık göstermektedir.^[26] Annelerin depresyonla başa çıkmada özyeterlilik ile çocuğun otizm tanısı alma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Otizmliliğe sahip annelerin depresyonu normal çocuğa sahip annelere oranla daha fazla yaşadığı bulunmuştur. Otizmliliğe sahip annelerin depresyonla başa çıkmada özyeterlilik düzeylerinin de normal gelişimli çocuğa sahip annelere oranla daha düşük seviyede olduğu bulunmuştur. Otizmliliğe sahip annelerin depresyonla başa çıkmada özyeterlilik seviyelerinin düşük olmasının sebebinin otizmliliğe çocuğuyla sürekli zaman geçirmelerine ve çocukları için kaygılanmalarına bağlamak mümkündür. Çalışmamızda, annelerin çalışma durumu ile otizmliliğe sahip olma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Otizmliliğe sahip olan annelerin çalışma ortamından uzaklaşıp çocuklarıyla daha çok vakit geçirmek zorunda oldukları söylenebilir. Bu durumda anne daha çok depresyon yaşayabilmektedir.

Sonuç

Depresyon tedavisi alma, eğitim durumu, gelir düzeyi, annenin çalışma durumu, annelerin depresyonda başa çıkmada özyeterlilik durumları, anne olma yaşı ile otizm tanısı almış çocuğa sahip olma arasında anlamlı ilişki tespit edilirken, cinsiyet ve medeni durum değişkenleri ile çocuğunun otizm tanısı alma durumu arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Araştırmadaki annelerin Beck Depresyon puanları ortalamaları ile otizm tanısı almış çocuklarının olması durumu değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Annelerin Depresyonda Başa Çıkmada Öz-Yeterlilik ölçeği puanları ile otizmliliğe çocukların Otizm Davranış Kontrol Ölçeği puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Annelerin Beck Depresyon puanları ortalamaları ile otizmliliğe çocuğun Otizm Davranış Kontrol Ölçeği

derecesi değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Araştırmaya katılan annelerin Beck Depresyon puanları ortalamaları ile depresyonda başa çıkmada özyeterlilik değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Otizimli çocuğa sahip olan annelerin normal çocuğa sahip olan annelere oranla daha fazla depresyon yaşadığı ve depresyonuyla başa çıkmada özyeterliliğin de yetersiz olduğu görülmüştür. Bu durumun sebepleri arasında birçok şey söylenebilir. Anneler, çocuklarının sürekli bakıma ihtiyaç duyduklarını bilmeleri, çevreden gelen baskı ve önyargılar, eğitim sürecinde yaşanan sorunlar gibi olumsuz etkenler süreklilik arz ettiği ve çocuklarının geleceği için sürekli kaygı ve endişe içindedir. Bu durumlar sebebiyle anne depresyona girebilir ve depresyonuyla başa çıkmada zorlandıkları düşünölmektedir.

Öneriler

Otizim tanısı alan çocuğa sahip olan ve otizm tanısı almayan çocuğa sahip olan annelerin yanı sıra babalarla da bir çalışma yapılabilir. Otizm tanısı almış ve almamış çocuğa sahip anneler ile yapılmış bu çalışmanın devamında babalar ile de yapılacak bir çalışma konuya bütöncöl bir yaklaşım getirebilir. Otizm tanısı veya başka bir hastalık tanısı alan çocukların aileleri ile ilgili bir çalışma yapılabilir. Bu şekilde sağlıklı gelişim göstermeyen çocuğu olan ailelerin yaşadıkları ile ilgili daha kapsamlı bilgiye sahip olmak mümkün olabilir. Otizm tanısı alan çocuğa sahip annelere depresyon tedavisi seansı verilerek tedavi öncesi ve sonrası durumlarına bakılıp otizimli çocukların annelerine destek verilmesinin ne kadar önemli olduğuyla ilgili bir çalışma yapılabilir.

Bizim çalışmamızda otizimli çocuğa sahip annelerin en çok yaşadıkları problemler depresyon, tükenmişlik ve depresyonla başa çıkma süreçleridir. Bu yaşanan problemlere ek başka problemlerde ele alınıp çalışmalar genişletilebilir. Örneğin sosyal dışlanma, yaşam doyumu gibi kriterler araştırmalara eklenebilir.

KAYNAKLAR

[1] Aslanoğlu, M. Otistik, Zihinsel, İşitme, Görme ve Bedensel Engelli Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Aile İçi İlişkilerinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir: 2004.

- [2] DSM-5[™]: Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. (Çev: Ertuğrul Köroğlu), Ankara: Boylam Psikiyatri Birliği Hekimler Yayın Birliği, 2014.
- [3] Coşkun, Y., Akkaş, G. Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. Journal of Kırsehir Education Faculty, 2009, 10(1): 213-227.
- [4] Seltzer, MM., Greenberg. JS., Floyd FJ. Life course impacts of parenting a child with a disability. Am J Ment Retard, 2001, 106: 265-286.
- [5] Rakap, S., Birkan, B., Kalkan, S. Türkiye’de Otizm Spektrum Bozukluğu ve Özel Eğitim, İstanbul: Tohum Otizm Vakfı, 2017.
- [6] Güneş, A. Otizm ve Otitistik Çocukların Eğitimi. İzmir: İlya Yayınevi, 2005, 15-60.
- [7] Bodur, Ş., Sosyal, A.Ş. Otizmin Erken Tanısı ve Önemi, Stes Dergisi, 2004, 13(10): 394-398.
- [8] Özkubat, U., Özdemir, S., Selimoğlu, Ö.G., Töret, G. Otizme yolculuk: Otizimli çocuğa sahip ebeveynlerin sosyal destek algılarına ilişkin görüşleri, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2014, 33(1): 323-348.
- [9] Köknel, Ö. Depresyon Ruhsal Çöküntü, Ankara: Altın Kitaplar, 1982.
- [10] Baltaş Z., Baltaş A. Stres ve Başaçıkma Yolları, 29. basım. İstanbul: Remzi Kitapevi, 2012.
- [11] Aysan, F. Başaçıkma stratejisi ölçeğinin Türkçe formunun oluşturulması. Ege Eğitim Dergisi, 2003, 3(1): 123-132.
- [12] Basut, E. Stresle Başa Çıkma ve Ergenlik, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2006, 13(1): 31-33.
- [13] Fidan, N., Ceyhun, H., Kırpınar, R.İ. Coping Strategies and Family Functionality in Youths with or Without Suicide Attempts. Nöropsikiyatri Arşivi, 2011, 48: 195-200.
- [14] Telef, B.B., Karaca, R. Çocuklar İçin Öz-Yeterlik Ölçeği; Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, 2012, 32: 169-187.

- [15] Beck, A.T., Ward, C.H., Mehdelson, M., Mosk, J., Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry, 1961, 4: 561-571.
- [16] Hisli, N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi, 1989, 7: 3-13.
- [18] Ahbal, E. Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlik ile Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul: 2009.
- [17] Perraud, S., Fogg, L., Kopytko, E. ve Gross, D. Predictive validity of depression coping self-efficacy scale (DCSES). Research in Nursing & Health, 2006, 29: 147-160.
- [19] Krug, D.A., Arick, J.R., Almond, P.A. Autism Screening Instrument for Educational Planning. Second Edition, Pro-ed Inc. Austin, Texas: 1993.
- [20] Yılmaz Irmak, T., Tekinsav Sütçü, S., Aydın, A., Soaris, O. Otizm Davranış Kontrol Listesinin (ABC) Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2007, 14(1): 13-23.
- [21] Coşkun, Y., Akkaş, G. Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD), 2009, 10(1): 213-227.
- [22] Duman, H. Zihinsel engelli çocuğa sahip anne babaların kaygı düzeylerinin karşılaştırılarak çocuğa yönelik beklentilerinin belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir: 1995.
- [23] Kaygusuz, E. Otistik ve Down Sendromlu Çocukların Annelerinde Depresyon ve Durumluk-Sürekli Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- [24] Bumin, G., Günal, A., Tükel, Ş. Anxiety, depression and quality of life in mothers of disabled children, SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2008, 15(1): 6-11.

[25] Yukay, M. Down Sendromlu Çocuğa Sahip Ailelere Yapılan Grupla Psikolojik Danışmanın Ailelerin Depresyon Düzeyleri ve Aile Yapıları Üzerine Etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1998.

[26] Köknel, Ö. Depresyon-Ruhsal Çöküntü, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, 1989.

Araştırmada Kullanılan Anket Formu

Beck Depresyon Envanteri

Yönerge: Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

- 1 a) Kendimi üzgün hissetmiyorum,
b) Kendimi üzgün hissediyorum,
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum,
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
- 2 a) Gelecekte umutsuz değilim,
b) Gelecek konusunda umutsuzum,
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok,
d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
- 3 a) Kendimi başarısız görmüyorum,
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır,
c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlıklarımın olduğunu görüyorum,
d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
- 4 a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum,
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum,
c) Artık hiçbir şeyden gerçek zevk alamıyorum,
d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.

- 5 a) Kendimi suçlu hissetmiyorum,
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor,
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum,
d) Kendimi her an suçlu hissediyorum.
- 6 a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim,
b) Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim,
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum,
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
- 7 a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım,
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım,
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum,
d) Kendimden nefret ediyorum.
- 8 a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum,
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum,
c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum,
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
- 9 a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok,
b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam,
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim,
d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
- 10 a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum,
b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum,
c) Şimdilerde her an ağlıyorum,
d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
- 11 a) Eskisine göre daha sinirli ve tedirgin sayılmam,
b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim,
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim,
d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim,
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim,
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim,
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

- 13 a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum,
b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum,
c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum,
d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum,
b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum,
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum,
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15 a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum,
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum,
c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum,
d) Hiç çalışmıyorum.
- 16 a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum,
b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum,
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum,
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17 a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum,
b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum,
c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum,
d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
- 18 a) İştahım eskisinden pek farklı değil,
b) İştahım eskisi kadar iyi değil,
c) Şimdilerde iştahım epey kötü,
d) Artık iştahım hiç yok.

Otizm Davranış Derecelendirme Ölçeği (ABC)

	Duyusal	İlişki Kurma	Beden ve Nesne Kullanımı	Dil Becerileri	Sosyal ve Öz Bakım
1. Kendi etrafında uzun süre döner			4		
2. Basit bir işi öğrenir fakat çabucak unuttur					2
3. Sosyal/çevresel uyaranlara çoğu zaman dikkat etmez		4			
4. Basit emirleri bir kere söylediğinde yerine getirmez (otur, buraya gel, ayağa kalk gibi)				1	
5. Oyuncakları uygun şekilde kullanmaz (örn. tekerlekleri döndürür)			2		
6. Öğrenme sırasında görsel ayırt etmesi zayıftır (büyüklük, renk ya da pozisyon gibi bir özelliğe takılır kalır)	2				
7. Sosyal gülümsemesi yoktur		2			
8. Zamirleri ters kullanır (ben yerine sen)				3	
9. Belirli nesnelere bırakmamak için ısrar eder			3		
10. İşitmiyor gibi görünür, bu nedenle bir işitme kaybı olduğu kuşkusu uyandırır	3				
11. Konuşması detone ve aritmiktir				4	
12. Kendi kendine uzun süre sallanır			4		
13. Kendisine uzanıldığında kollarını uzatmaz (ya da bebekken uzatmazdı)		2			
14. Günlük programındaki/çevredeki değişikliklere aşırı tepkiler verir					3
15. Başka insanların arasındayken çağrıldığında kendi ismine tepki vermez (Ayşe, Can, Zeynep)				2	
16. Kendi etrafında dönme, parmak ucunda yürüme, el çırpma gibi davranışları keserek birden bağırır ve ani hareketler yapar			4		
17. Başka insanların yüz ifadelerine ve duygularına tepkisizdir		3			
18. “Evet” veya “ben” sözcüklerini nadiren kullanır				2	
19. Gelişimin bir alanındaki özel yetenekleri zeka geriliği kuşkusu dışı niteliktedir					4
20-Yer bildiren sözcükleri içeren basit emirleri yerine getirmez (“topu kutunun üstüne koy” ya da “topu kutunun içine koy” gibi)				1	
1. Bazen yüksek bir sese sağır olduğunu düşündürürcesine “irkilme” tepkisi göstermez	3				
2. Ellerini amaçsızca sallar			4		
3. Büyük öfke nöbetleri ya da sık sık küçük öfke nöbetleri geçirir					3
4. Göz temasından aktif bir şekilde kaçınır		4			

5. Dokunulmaya ya da tutulmaya karşı koyar		4			
6. Bazen, çürükler, kesikler ve iğne yapılma gibi acı verici uyarılara hiç tepki vermez	3				
7. Gergin ve kucaklanılması güçtür (şimdi ya da bebekken)		3			
8. Kucaklandığında pelte gibidir (sarılmaz, tutunmaz)		2			
9. İsteddiği şeyleri göstererek elde eder				2	
10. Parmak uçlarında yürür			2		
11. Başkalarını ısıarak, vurarak, tekmeleyerek incitir.					2
12. Cümleleri defalarca tekrarlar.				3	
13. Oyun oynarken başka çocukları taklit etmez.		3			
14. Gözlerine parlak bir ışık tutulduğunda genelde gözlerini kırpamaz.	1				
15. Başını vurarak, ellerini ısıarak kendine zarar verir.			3		
16. İhtiyaçlarının hemen yerine getirilmesini ister, bekleyemez.					2
17. İsmi söylenen beş nesneden daha fazlasını işaret ederek gösteremez.				1	
18. Hiç arkadaşlık ilişkisi geliştiremez.		4			
19. Birçok sese kulaklarını kapatır.	4				
20. Sık sık nesnelere döndürür, çevirir ve sallar.			4		
21. Tuvalet eğitimine ilişkin sorunları vardır.					1
22. İsteklerini ve ihtiyaçlarını belirtmek için ya hiç konuşmaz yada bir günde kendiliğinden kullandığı sözcük sayısı beşi geçmez.				2	
23. Çoğunlukla korkar ya da çok kaygılanır.		3			
24. Gün ışığı karşısında gözlerini kısar, kaşlarını çatar yada gözlerinin kapatır.	3				
25. Yardımsız kendisi giyinemez.					1
26. Sesleri ya da sözcükleri sürekli tekrar eder.				3	
27. Bakışları insanları delip geçer.		4			
28. Başkalarının cümlelerini ya da sorularını tekrarlar.				4	
29. Çoğunlukla çevresindekilerin ve tehlikeli durumların farkında değildir.					2
30. Cansız şeylerle oynamayı ve zaman geçirmeyi tercih eder.					4
31. Çevresindeki nesnelere dokunur, koklar ve/veya tadar.			3		
32. Yeni bir kişiyle karşılaştığında sıklıkla hiçbir görsel tepki vermez.	3				
33. Nesnelere sıralama gibi karmaşık ritüeller içine girer.			4		
34. Çok zarar vericidir, oyuncaklarını ve ev eşyalarını kısa zamanda kırar.			2		
35. Gelişimsel gecikme belirtileri 30. ayda yada daha önce ortaya çıkmıştır.					1
36. Gün içinde kendiliğinden, iletişimi başlatmak için kullandığı ifadelerin sayısı otuzu geçmez.				3	
37. Uzun süreler boşluğa bakar.	4				
TOPLAM					

Depresyonla Başa Çıkma Öz-Yeterlilik Ölçeği

Depresyonla Başa Çıkma Öz Yeterlilik Ölçeği

(Görüşme veya Öz Bildirim Versiyonu)

Yönerge: (Eğer görüşme şeklinde gerçekleştirilirse, katılımcıya okunacak): Aşağıdaki ifadelerin her biri, depresyon belirtilerinin düzelmesine yardımcı olan başa çıkma girişimlerinin tanımlarını içermektedir. Her ifadeyi okuduktan veya dinledikten sonra, her bir eylemi ne kadar yapabildiğinizi cümlemin altında yer alan sayı doğrusu üzerinde % 0 - %100 arasında bir sayı belirterek yanıtlayınız. %0 her ifadeye tanımlanan durumu kesinlikle yapamadığımız, %100 tamamiyle yapabildiğiniz anlamına gelmektedir.

(Sorunun cevabı konusunda emin değilseniz lütfen size uygun olan en yakın cevabı vermeye çalışın)

% şu kadar (0–100) eminim ki...	
1. kendimi nasıl hissettiğimi diğer kişilere uygun bir şekilde söyleyebilirim	
2. davranışımın ve bu davranışımın diğer kişileri nasıl etkilediğinin farkına varabilirim.	
3. insanlar benden yapmak istemediğim bir şeyi yapmamı istediğinde bu kişiler benden yetkili dahi olsa onların isteklerini reddedebilirim.	
4. her gün hemen hemen aynı saatte yatar ve aynı saatte kalkarım	
5. boş zamanlarım için hoşuma giden etkinlikler planlayabilirim.	
6. gün içindeki uyuklamalarımı 20–30 dakika ile sınırlandırabilirim	

% şu kadar (0–100) eminim ki...	
<p>7. iyi konsantre olamadığım için bir şeyleri anlamada güçlük çektiğimde (faturalar, yasal evraklar, vergi ödeme vb.) insanlardan yardım isteyebilirim</p>	<p>0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%</p> <p>Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim</p>
<p>8. bir günde yaklaşık 1 öğün sebze-meyve yiyebilirim.</p>	<p>0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%</p> <p>Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim</p>
<p>9. bir günde yaklaşık 6-8 bardak su içebilirim.</p>	<p>0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%</p> <p>Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim</p>
<p>10. hastalık belirtilerimden kendimi sorumlu tuttuğumu fark edebilirim ve bunu durdurmaya çalışabilirim.</p>	<p>0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%</p> <p>Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim</p>
<p>11. yazmak, okumak, resim yapmak, müzik aleti çalmak gibi çeşitli yaratıcı aktivitelere yönelebilirim</p>	<p>0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%</p> <p>Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim</p>
<p>12. kendimi yalnız hissettiğimde, çok yakın en az bir arkadaşımın bir araya gelebilirim</p>	<p>0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%</p> <p>Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim</p>
<p>13. eğer uyuyamıyorsam, tekrar uyumayı denemeden önce gevşemek için bir şeyler yapabilirim(süt içmek, duş almak vb.)</p>	<p>0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%</p> <p>Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim</p>
<p>14. kendi hakkımda olumsuz düşündüğüm veya iyi olmadığım fikrine kapıldığım zamanlarda bu düşüncelerin mantıklı olup olmadığını sorgulayabilirim.</p>	<p>0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%</p> <p>Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim</p>
<p>15. yatmadan önce, duş alma veya benzeri sakinleştirici etkinliklerde bulunabilirim.</p>	<p>0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%</p> <p>Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim</p>

% şu kadar (0-100) eminim ki...	
16. depresyon ilaçlarımı doktorumun önerdiği şekilde kullanabilirim.	
17. hemen hemen her gün spor ya da benzeri etkinlikler yapabiliyim.	
18. kendi hakkımda olumsuz düşündüğüm veya iyi biri olmadığım fikrine kapıldığım zamanın farkına varabilirim	
19. sorunların olmasına rağmen, kendi durumuma gülebilir veya espiyle yaklaşabilirim.	
20. hayatın yaşamaya değer olmadığını düşünüyorsam bu düşünceyle mücadele edebilirim.	
21. kaygılı olduğumda, neden kaygılı olduğumu anlamaya çalışabilirim.	
22. her gün duygusal açıdan kendimi nasıl hissettiğimi anlatan bir günlük tutabilirim	
23. günde en az bir kez rahatlama ya da gevşeme egzersizleri yapabiliyim.	
24. beni rahatsız eden duyguların farkına varabilirim ve bu duyguların verdiği rahatsızlığı önlemeye çalışabilirim.	

Kişisel Bilgi Formu

- Otizmli Çocuğunuzun Yaşı:
- Çocuğunuzun otizm yüzdesi:
a) %40-%50 b) %51- %60 c) %61-% 70 d) %71- %80 e) %81- üzeri
- Çocuğunuzun cinsiyeti:
a) Kız b)Erkek
- Herhangi bir zamanda depresyon tedavisi gördünüz mü
a) Evet b) Hayır
- Çocuğunuzu Doğurduğunuz Yaş (Otizmli Çocuk İçin)
- Eğitim durumunuz
a) İlköğretim
b) Lise
c) Üniversite
d) Diğer
- Medeni haliniz
a) Evli
b) Boşanmış/Ayrı
- Çocuğunuz özel eğitim alıyor mu?
a) Evet b)Hayır

- Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

Çalışıyorsanız mesleğiniz nedir?.....

- Gelir düzeyiniz nedir ?

a) 500-1300 tı

b) 1301-2000 tı

c) 2001-3000 tı

d) 3001 tı ve üzeri

- Kronik ruhsal bir hastalığınız var mı?

a) evet

b)hayır

Çiftlerde Bağlanma Stilleri, Evlilik ile Evlilik Uyumu İlişkisinin İncelenmesi

Yelda İpek ÇAĞLAYAN^{1}, Melek İPEK²*

ÖZ

Çalışmada, eşlerin bağlanma stilleri ve eş uyumları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Nedensel karşılaştırma araştırma deseni kullanılarak evli çiftlerin evlilik uyum düzeyleri ve bağlanma stili arasındaki ilişkiler karşılaştırılarak incelenmiştir. Hatay'ın il, ilçe ve köy merkezlerinde ikamet eden 234 evli çift araştırmaya dâhil edilerek çalışma grubu oluşturulmuştur. Araştırmada Demografik Bilgi Formu, Evlilik Uyum Ölçeği ve İlişki Ölçeği kullanılarak veriler elde edilmiştir. Bağlanma stiline göre çiftlerin evlilik uyum puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Güvenli bağlanma stiline sahip çiftlerin evlilik uyumlarının, kayıtsız bağlanma stiline sahip çiftlerinkinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmada, güvenli bağlanma stiline sahip kadınların evlilik uyumları kayıtsız bağlanma stiline sahip kadınlarinkine göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde güvenli bağlanma stiline sahip erkeklerin evlilik uyumları hem kayıtsız hem de saplantılı bağlanma stiline sahip erkeklerinkine kıyasla anlamlı olarak daha yüksek düzeyde bulunmuştur.

***Anahtar Kelimeler:** Evli çiftler, bağlanma stili, evlilik uyumu*

^{1*} İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Sorumlu yazar: ipkeglyn@gmail.com

² Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, melekipek@aydin.edu.tr

Makale Geliş Tarihi: / Received: 17.07.2019 - Makale Kabul Tarihi: / Accepted: 22.07.2019

Investigation of the Relationship Between Marital Adjustment and Attachment Styles of Couples

ABSTRACT

Healthy relationships between individuals' attachment style and marital relationships can be determinative in their marital adjustment. In this study, the relationships between the attachment styles of the spouses and the coherence of the spouses were examined. A causal comparison research design was used to compare the relationships between marital adjustment levels and attachment style of married couples. The study group was formed by 234 married couples residing in the provincial, district and village centers of Hatay. Data were obtained by using demographic information form, marital adjustment scale and relationship scales questionnaire. As a result, significant differences were found in the marital adjustment scores of couples according to attachment style. Marital adjustment of couples with secure attachment style was found to be significantly higher than couples with indifferent attachment style. Marital adjustment of women with secure attachment style was significantly higher than that of women with indifferent attachment style. Similarly, marital adjustment of men with secure attachment style was significantly higher than that of men with both indifferent and obsessive attachment style.

Keywords: *Married couples, attachment style, marital adjustment*

Giriş

Sağlıklı kişiliğin önemli özelliklerinden birisi, bireyin çevresindeki insanlarla yakın ve samimi ilişkiler kurabilmesidir. Yakın ve samimi ilişkiler bireyin hem kişilik gelişimini hem sosyal gelişimini önemli düzeyde etkileyen en önemli etmenlerden biridir. John Bowlby'nin bağıllık teorisi, başlangıçta çocuklarla anne-babaları arasındaki duygusal bağı açıklamak için hazırlanmış olsa da, Bowlby bu bağıllığın beşikten mezara kadar insan yaşantısının önemli bir unsuru olduğu kanısındadır.^[1,2] Tüm bu yönleriyle yakın ilişkileri anlama çabası içinde bağlanma kuramı önemli bir yer tutar.

Araştırmacılar, insanların yaşam kalitesi ile ilişkili faktörleri belirlemeye çalışırken, ailenin ve üyeleri arasındaki genelde etkileşim özelde bağlanma tarzlarının, insanların yaşam kalitesi, mutluluk, evlilik uyumları ve refah ile ilgili önemli bir boyut olduğunu ortaya koymuşlardır. Araştırmalar,

ailedeki bağlanma stiline eşler arasındaki uyumu ve beraberinde aile mutluluğunu büyük ölçüde etkilediğini gösteren güçlü kanıtlar ortaya koymuşlardır.^[3,4]

Bağlanma Stilleri

Bağlanma, zaman ve mekân boyunca bir kişiyi diğerine bağlayan derin ve kalıcı bir duygusal bağdır. Bağlanma, karşılıklı olmak zorunda değildir. Bir kişi karşılıksız olsa da başka bir bireye bağlanabilir.^[5] İnsanlar arasındaki duygusal bağ, bağlanma yeteneklerine ve bağlanma tarzına bağlıdır. Hayatımızdaki insanlarla (eşler, çocuklar, kardeşler, arkadaşlar ve hatta kendimiz, ebeveynlerimiz) sahip olduğumuz bağ, yaşamın ilk yıllarında oluşturduğumuz bağ ile genellikle bakıcılarımız (genellikle ebeveynlerimiz) ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. Benzer şekilde yetişkinler olarak ilişkilerimizde yaşadığımız zorluklar, erken dönemlerdeki bağlanma süreçleriyle gelişen meydan okuma kalıplarıyla şekillenir.^[5]

Bağlanma figürü birey için hem destek ve bakım hem güven ve sıcaklık kaynağıdır. Genellikle yeri doldurulamayacak biridir. Colin, bu kriterler göz önüne alındığında çoğu evliliğin, pek çok romantik ilişkinin, birçok arkadaş kardeş ilişkisinin bağlanma ilişkisi sayılabileceğini belirtmiştir. Hatta Colin'e göre çatışmalarla dolu evliliklerde bile her eşin diğerine olan bağlanması oldukça güçlü olabilir ve bu bağlanma çocuk yetiştirme, çalışma yaşantısı, sosyal faaliyetlere katılma gibi "keşif" davranışları için "güvenli üs" işlevi görebilir. Eşler tıpkı kaygılı/kararsız bağlanan çocuklar gibi, birbirleriyle olan çatışmadan ve evlilikte yaşadıkları kaygıdan bir "güven" duygusu çıkartıyor olabilirler.^[6]

Ülkemizde ve yurtdışında yapılan araştırmaların çoğu, güvenli bağlanma ile evlilik doyumu arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğunu, güvensiz bağlanma stilleri ile evlilik doyumu arasında ise anlamlı ve olumsuz bir ilişki olduğunu göstermektedir.^[2,7,8]

Çok sayıda çalışmada, bir bireyin kendi bildirdiği bağlanma stili ile romantik ilişkilerdeki davranışı arasında bir ilişki bulunmuştur. Hem bağlanma kaygısı hem kaçınma, çeşitli olumsuz romantik ilişki davranışlarıyla ilişkilendirilmiştir. Örneğin bağlanma kaygılı bireyler, romantik ortaklarla etkileşimlerde daha düşük bir zevk düzeyi ve bu etkileşimlerde daha az yakınlık arayışı göstermektedir.^[9] Bağlanma endişeli bireylerin de bir

partnerle olan anlaşmazlıkları sırasında iletişim problemleri yaşadıkları ve daha az başarılı tartışma taktikleri kullandıkları bulunmuştur.^[10,12] Romantik partnerlerle olan etkileşimlerinde, bağlanmadan kaçınma konusunda yüksek olan bireyler daha az göz teması kurmuş, genel olarak daha az hoşnutluk sergilemiş ve romantik partnerlerine daha az ilgi ve özen göstermişlerdir.^[11] Ek olarak bağlanma önleyici bireyler daha düşük düzeyde pozitif davranış göstermiştir (örneğin gülmek, gülümsemek, fiziksel temas, göz teması).^[9] Benzer şekilde kendilerini karşılıklı olarak bağlanmadan kaçınma konusunda daha yüksek düzeyde değerlendiren çiftler, daha az anlamlı olmayan sözsüz davranışlar sergilemişlerdir.^[13] Tüm bu yönleriyle kararlı ve kaliteli bir ilişki geliştirmek için bireyin kendi kişisel gelişimi üzerine odaklanması ve mümkünse, ilişki kurmak için güvenli bağlanma stiline sahip bir eş seçimine önem vermesi gerekir.

Campbell ve arkadaşları^[10] tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, bağlanma teorisi çerçevesinde, ilişki temelli çatışma ve destek algılarının ilişki memnuniyeti, yakınlık ve gelecek beklentisi kalitesi ile nasıl ilişkili olduğu araştırılmıştır. Çalışmanın ilk bölümünde arkadaş çiftler 14 gün boyunca bazı senaryoları içeren günlükleri tamamladılar ve daha sonra günlük çalışması sırasında meydana gelen büyük bir sorunu tartışırken videoya çekildiler (Bölüm 2). Bölüm 1, endişeli bağlanan kişilerin, partnerleriyle daha fazla çatışma algıladıklarını ve çatışmaların ciddi bir şekilde tırmanma eğilimi gösterdiğini ortaya koymuştur. Günlük ilişkiye dayalı çatışma algısının, çok endişeli bağlanan bireylerde algılanan memnuniyet, yakınlık ve ilişki geleceklerini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Bununla birlikte bu çiftlerde daha fazla günlük desteğin algılanmasının olumlu etkileri olmuştur. Çalışmanın ikinci bölümünde, oldukça endişeli bağlanma stiline sahip bireylerin daha sıkıntılı görüldüğü ve çatışmaların (gözlemciler tarafından derecelendirilen) şiddetini artırdığı ve kendilerini daha sıkıntılı hissettikleri görülmüştür. Tüm bu yönleriyle güvensiz bağlanma stili ve kaygısının; ilişki doyumu, yakınlık hissi ve ilişkide süreklilik algısını olumsuz yönde etkilediği görülmüştür.

Saavedra, Chapman ve Rogge^[14] tarafından gerçekleştirilen nicel bir çalışmada, bağlanma stilleri ve ilişki kalitesi bazı değişkenler açısından incelenmiştir. Analizler, hem kaygılı bağlananlar hem kaçınan bağlanma stillerini kullananların, düşük ilişki kalitesi algısına sahip olduklarını ve bağlantıdan kaçınma durumunun zaman içindeki düşük ilişki memnuniyetini

artırdığını ortaya koymuştur. Ayrıca düşmanlık içeren çatışma algısında kaygılı bağlanmanın kısmı etkisi olduğu ve yüksek bağlanma kaygısının düşük ilişki memnuniyetine yol açtığı görülmüştür. Çalışmada düşmanlık düzeyinde ortaya çıkan çatışmaların, zaman içinde bağlanma kaygısı ve ilişki doyumu arasındaki ilişkileri daha da artırdığı görülmüştür.

Öztekin^[15] tarafından gerçekleştirilen ilişki tarama modeliyle tasarlanmış bir araştırmada, romantik bağlanmada yakın ilişki inançları bağlanma stillerinin etkisi araştırılmıştır. Araştırma bulgularına göre romantik ilişkilerde bağlanmanın %47'sindeki değişimin büyük oranda bağlanma ve yakın ilişki inançlarından kaynaklandığı görülmüştür. Yakınlık inancı ilişkilerdeki bağlanmanın en güçlü yordayıcısıdır. Araştırmada yakınlık, bireysellik ve tutku inançlarına dayalı bağlanmaların, bağlanma kaçınması ve bağlanma arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bulunmuştur.

Uzun^[16] tarafından gerçekleştirilen karşılaştırmalı tarama modeli bir araştırmada, çiftlerde evlilik istikrarı ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Araştırma bulgularına göre çiftlerin bağlanma stilleri evlilik istikrarını anlamlı düzeyde yordamaktadır. Çalışmada güvenli ve kayıtsız bağlanma stillerine sahip çiftlerin daha kısa nişanlılık süresi geçirdikleri görülmüştür. Ayrıca ailelerde çocuk sayısı, ilişkilerdeki istikrar düzeyi ve doyum ilişkilerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür.

Evlilik Uyumu

Yapılan araştırmalar incelendiğinde, uyumlu çiftlerin ortak özelliklerinden hareketle, evlilik uyumu ile ilgili tanımların yapıldığı görülmektedir. Yılmaz,^[17] “evlilik ve aileyi ilgilendiren konularda fikir birliği yapabilen ve sorunlarını olumlu bir şekilde çözebilen çiftlerin evliliğin uyumlu olduğunu ifade etmiştir. Evlilik hayatındaki memnuniyet ve mutluluk düzeyi evlilik uyumunu yansıtmaktadır. Bazı araştırmalarda evlilik uyumu ve evlilik doyumu kavramlarının birbirinin yerine kullanıldığı gözlenmektedir. Evlilik doyumu ile evlilik uyumu arasında yüksek düzeyde pozitif ilişkilerin bulunması, araştırmalarda bu kavramların birbirinin yerine kullanılmasına neden olmuştur. Evlilik doyumu, “bireyin kendi evlilik ilişkisindeki gereksinimleri karşılama derecesine ilişkin algısı” olarak ifade edilmiştir.^[18]

Evlilik uyumu karmaşık bir kavramdır. Bu kavramı açıklamak, mutlu birlikteliğin özelliklerini belirlemek için birçok araştırma gerçekleştirilmiştir. Tutarel-Kışlak,^[19] uyumlu evliliği “birbirleri ile iletişim halinde olan, evlilik ve aileyi ilgilendiren konularda fikir birliği yapabilen ve sorunlarını olumlu bir şekilde çözebilen çiftlerin evliliği” olarak ifade etmiştir. Evliliğin gönüllü ve zorunlu boyutlarını dengede tutabilmek evlilik uyumunun gerçekleşmesini sağlamaktadır. Evlilik hayatındaki memnuniyet ve mutluluk duyguları çiftlerin uyumlu birlikteliklerinin sonucudur. Evlilik uyumunu araştıran bazı çalışmalar, evliliğin bireysel ve ilişki boyutlarına odaklanmaktadır. İlişki boyutuna odaklanan araştırmalarda, çatışma ve iletişim konuları ele alınmakta ve evlilik uyumu bu konular ile ilişkilendirilerek açıklanmaktadır.^[20]

Bazı araştırmalar evlilik uyumunu ifade eden üç temel özellikten bahsetmiştir.

- Birinci özellik, evlilik ilişkisinde gözlenen olumlu etkileşimdir. Evlilik uyumu yüksek olan eşlerin, evlilik uyumu düşük olan eşlere göre birlikte geçirdikleri zamanın daha fazla olduğu, daha fazla olumlu iletişim kurdukları ve paylaştıkları aktivitelerin daha nitelikli olduğu belirlenmiştir.
- İkinci özellik, etkili iletişim becerisine sahip olmak ve yaşanan çatışmaları başarılı bir şekilde yönetmektir. Evlilik uyumu daha düşük olan ve sorun yaşayan eşlerin çatışma durumlarında yıkıcı davranışlara daha fazla başvurdukları ve çatışmalardan kaçınma eğilimlerinin daha çok olduğu gözlenmiştir.
- Son özellik ise eşlerin birbirlerine olumlu yaklaşma eğilimlerinin yüksek olmasıdır. Uyumlu çiftler zaman içinde ilişkileri hakkında olumlu inanç ve algı geliştirirler. Eşlerin uyum düzeyi ile ilişkilerine ait olumlu inançları arasında pozitif yönlü ilişkiler tespit edilmiştir.^[21]

Evlilik uyumunun yüksek olduğu çiftler psikolojik olarak iyi hissederek stresli yaşam problemleri ile başa çıkma konusunda birbirlerine destek olmaktadır. Uyumun yüksek olduğu evliliklerde cinsel ve duygusal anlamda yakın ilişkiler bulunmaktadır.^[21] Evlilik uyumunda; kişisel kaygı, kişilerarası gerginlikler, eşler arası bağlılık, eşlerin ilişkilerini etkileyecek önemli kararlarda ortak hareket edebilme ve çift doyumunu faktörlerinin etkili olduğu ifade edilmiştir. Güçlü iletişim, evlilik doyumunu, evlilik mutluluğu

ve bütünleşme faktörlerinin evlilik kalitesinin düzeyi ile yakından ilişkili olduğu ifade edilmiştir.^[22]

Alanyazında, evlilik ilişkisini açıklamayı amaçlayan farklı araştırmalara rastlamak mümkündür. Yapılan araştırmalarda; eşe sadakat, karşılıklı saygı, güçlü ahlaki değerleri benimsemek, iyi bir ebeveyn olmayı arzulamak, manevi bağlılık duygusu taşımak, cinsel açıdan bağlılık duymak, partnerini mutlu etmeyi istemek, bağışlayabilmek, eşi en iyi arkadaş olarak görmek, eşe karşılıksız destek olmak gibi özelliklerin uzun süren ve başarılı evliliklerin en önemli göstergeleri olduğu ifade edilmiştir.^[23]

Bazı araştırmacılara göre ise benzer bir geçmişi paylaşmak, cinsel yaşam, aile fertleri arasındaki bağlılık, çocuklar, ortak ilgiler, yeterli düzeyde para kazanmak, ortak anlayış geliştirmek, ev işlerinin paylaşılması uyumlu evliliğin en önemli bileşenleri arasında yer almaktadır.^[24] Kırk beş yıldan fazla süren çiftler üzerinde yapılan araştırmada, severek evlenmenin, evliliklerine ve eşlerine bağlı olmanın, ortak mizah anlayışı geliştirmenin ve ortak kararlar alabilmenin evlilik doyumu üzerinde etkili olduğu ifade edilmiştir.^[25] Farklı bir araştırmada ise uyum, esnetilmiş sınırlar, iletişim, dini yönelimin paylaşılması, iyimser olma, yakın ilişki, sorumluluğun paylaşılması, istikrarlı olma, bağlılık gibi faktörlerin uzun soluklu ve uyumlu evliliklerin göstergesi olduğu ifade edilmiştir.^[26]

Farklı araştırmalarda, evlilik uyumunu ve doyumunu etkileyen faktörler belirlenmeye çalışılmıştır. Bu araştırmalarda geçen ortak faktörler şu şekilde sıralanabilir; evlilik ilişkisinde rol beklentileri, şiddet, çiftlerin eski yaşamlarından şimdiki ilişkilerine taşıdıkları sorunlar, cinsel sorunlar, iletişim tarzı, birlikte zaman geçirme, çocuklarla ilgili sorunların çift ilişkisine yansması, cinsiyet rolüne ilişkin beklentilerin örtüşmemesi, evlilikte duygusal ilişkiler, sevgi, saygı, çatışma çözme becerileri, duygusal birliktelik, mülkiyet ile ilgili sorunlar ve problem çözme konusunda benimsenen yaklaşımlar.^[27,29]

Bağlanma stilleri sadece evlilik uyumunu değil, aile üyelerinin evdeki rollerini nasıl oynadıklarına ve ortaya çıkan sorunları nasıl çözdüklerine ve aile üyeleri arasındaki iletişimi nasıl sağladıklarına kadar birçok durumu anlamamızda belirleyici olabilir. Bilimsel literatüre dayanarak, evlilik özelliklerinin, özellikle evlilik uyumunun bireylerin sağlığı üzerinde etkisi

olduğu açıktır.^[28] Güvenli bağlanma stillerine sahip ve olumlu bir etkileşimi olan eşlerin, birbirleri ile daha az çatışacakları ve sorunlarını kolayca çözecekleri ve bu nedenle evlilik yaşam kalitelerinin oldukça iyi olacağı düşünülmektedir. Ayrıca evlilik uyumsuzluğu sadece eşleri değil çocukları da olumsuz şekilde etkileyebilir.^[30,31] Sonuçta tüm bu faktörler bir yönüyle evlilik uyumunu da doğrudan ya da dolaylı bir şekilde etkilemektedir. Sonuç olarak bu çalışmanın sonuçları, özellikle aile işlevlerinin ve bağlanma stillerinin, evlilik uyumundaki rolünü anlamamızı sağlayacaktır.

Bu nedenle çalışmada doğrudan eşlerden elde edilen verilerle bağlanma stilleri ve eş uyumu arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bu kapsamda araştırmada aşağıdaki sorulara cevaplar aranmıştır:

- Kadınlarda evlilik uyumu bağlanma stiline göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Erkeklerde evlilik uyumu bağlanma stiline göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Evlilik uyumu çiftlerin bağlanma stiline göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

Yöntem

Bu araştırmada nedensel karşılaştırma araştırma deseni kullanılarak evli çiftlerin evlilik uyum düzeyleri ve bağlanma stilleri ilişkisel bir yaklaşımla incelenmiştir. Bu araştırmanın hedef evrenini Hatay'da ikamet eden evli çiftler oluşturmaktadır. Hatay'da ikamet eden evli çiftlerin hepsine ulaşmak çok fazla zaman ve emek gerektirmektedir. Bu bakımdan kolayda ulaşılabilir örnekleme yöntemi tercih edilerek Hatay'ın il, ilçe ve köy merkezlerinde ikamet eden bazı evli çiftler araştırmaya dâhil edilerek çalışma grubu oluşturulmuştur. Evli çiftlere çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı ifade edilmiştir. Ulaşılan 500 çiftten 254'ü araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden çiftlerden 20 tanesinde ise anketlerin eksik doldurulduğu, ölçeklerden bir veya birkaçına cevap verilmediği gözlenmiştir. Bu çiftler araştırmaya dâhil edilmemiştir. Araştırmada toplam 234 çift yer almıştır. Çiftlerin birbirinden etkilenmesini önlemek için anketleri bağımsız olarak cevaplamaları sağlanmıştır. Bunun için anketler kapalı zarflar içinde çiftlere ayrı verilmiş ve yine kapalı zarflar içinde çiftlerden toplanmıştır. Araştırmaya dâhil edilen çiftlere ait betimsel bilgiler Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1: Katılımcıların Demografik ve Aile Özelliklerine Göre Dağılımı

		f	%
Yaş	35 yaş ve altı	159	34,0
	31-45	160	34,2
	46 ve üstü	145	31,0
	Boş	4	0,9
Eğitim durumu	Okur-yazar	25	5,3
	İlkokul	200	42,7
	Ortaokul	95	20,3
	Lise	90	19,2
	Ön lisans	30	6,4
	Lisans ve lisansüstü	21	4,5
	Okur-yazar değil	1	0,2
	Boş	6	1,3
	Toplam	468	100,0
Aylık gelir	3000 TL ve altı	89	38,0
	3001-4000 TL	60	25,4
	4001 TL ve üzeri	85	36,5
Evlilik süresi	10 yıl ve daha az	89	38,0
	11-20 yıl	59	25,2
	21 yıl ve daha fazla	86	36,8
Çocuk sayısı	Çocuk yok	28	12,0
	1	45	19,2
	2	62	26,5
	3 ve daha fazla	99	42,3
Evlilik şekli	Görücü usulü	94	40,2
	Tanışarak	83	35,5
	Akraba	56	23,9
	Boş	1	0,4
	Toplam	234	100,0

Tablo incelendiğinde, araştırmada 234 çiftin yer aldığı, bu çiftlerin %34'ünün 35 ve altı, %34,2'sinin 31-45 ve %31'inin 46 ve üstü yaş grubunda yer aldığı görülmektedir. Katılımcıların büyük bir oranı ilkokul (%42,7), ortaokul (%20,3) ve lise (%19,2) mezunudur. Aylık geliri 3000 TL ve daha az olan çiftlerin oranı %38, 3001-4000 TL olan çiftlerin oranı %25,4 ve 4001 TL ve daha fazla olan çiftlerin oranı ise %36,5'tir.

Tabloya aile özellikleri açısından bakıldığında, araştırmaya dâhil edilen çiftlerin %38'inin 10 yıl ve daha az, %25,2'sinin 11-20 yıl ve %36,8'inin ise 21 yıl ve daha fazla süre ile evli olduğu anlaşılmaktadır. Çiftlerin %12'sinin çocukları bulunmamakta, %19,2'si bir, %26,5'i iki ve %42,3'ü üç ve daha fazla çocuğa sahiptir. Çiftler evlilik şekline göre incelendiğinde, %40,2'sinin görücü usulü, %35,5'inin tanışarak, %23,9'unun akrabalar vasıtasıyla evlendiği belirlenmiştir.

Kullanılan Ölçme Araçları

Araştırmada demografik bilgi formu, evlilik uyum ölçeği ve ilişki ölçekleri anketi kullanılarak veriler elde edilmiştir. Demografik bilgi formu araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.

Evlilik Uyum Ölçeği

Araştırmanın amacı doğrultusunda çalışmaya dâhil edilen evli çiftlerin uyum düzeyini belirlemek için Locke ve Wallace (1959) tarafından geliştirilen ve Tutarel-Kışık^[19] tarafından Türkçeye uyarlanan Evlilik Uyum Ölçeği kullanılmıştır. 15 maddeden oluşan ölçek, evliliğin niteliğini ve uyumunu ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek maddelerinde; aile bütçesi, ailede duyguların ifade edilmesi, cinsellik, toplumsal normlar, yaşam felsefesi, çatışma çözme, ilişki tarzları ve ev dışı etkinlikler gibi farklı konulara yer verilmiştir. Ölçekten alınan yüksek puanlar evlilik uyumunun yüksek, alınan düşük puanlar ise evlilik uyumunun düşük olduğunu işaret etmektedir.

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına 311 çift katılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğini belirlemek için iki yarı test yöntemi, iç tutarlılık katsayısı ve test-tekrar test yöntemleri kullanılmıştır. Çiftlerden elde edilen puanlara göre ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,84 olarak raporlanmıştır. Erkeklerden elde edilen verilere göre bu katsayı 0,85; kadınlardan elde edilen verilere göre ise bu katsayı 0,83'tür. Ölçeğin iki yarı test güvenilirlik katsayısı ise 0,84 olarak belirtilmiştir.^[19]

Ölçeğin kararlılığa bağlı güvenilirlik düzeyini belirlemek için test-tekrar test çalışması yapılmış ve 36 çift çalışmaya dâhil edilmiştir. İki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon katsayısı 0,57 olarak raporlanmıştır. Ölçüt geçerliği çalışması için, ölçek ile birlikte ilişkilerde yüklenme ve kişilerarası ilişkiler ölçekleri farklı bir gruba uygulanmıştır. Evlilik uyum ölçeği puanları ile kişiler arası ilişkiler ($r=0,12$; $p<0,05$) ve ilişkilerde yüklenme ($r=-0,54$; $p<0,01$) ölçeklerinden elde edilen puanlar arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur.^[19] Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarından elde edilen bilgiler, ölçeğin evlilik uyum düzeyini belirlemek için kullanılabilceğini göstermiştir.

İlişki Ölçekleri Anketi

Araştırmaya dâhil edilen çiftlerin bağlanma stillerini belirlemek için Griffin ve Bartholomew^[32] tarafından geliştirilen Sümer ve Güngör^[33] tarafından Türkçeye uyarlanan İlişki Ölçekleri Anketi kullanılmıştır. 30 maddeden oluşan ölçeğin Türkçe formunun psikometrik özelliklerini belirlemek için geçerlik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Ölçme aracında yer alan her bir ifade yedi dereceli cevaplama seçenekleri ile değerlendirilmektedir (1 = beni hiç tanımlamıyor; 7 = tamamıyla beni tanımlıyor).

Güvenli ve kayıtsız bağlanma stillerini ölçmek için ölçekteki beş madde kullanılmaktadır. Saplantılı ve korkulu bağlanma stillerini belirlemek için ise dörder maddenin sonuçları değerlendirilmektedir. Ölçekteki 5 numaralı madde kayıtsız bağlanma stili puanı belirlenirken düz, saplantılı bağlanma stili puanı belirlenirken ise ters olarak kullanılmaktadır. Güvenli bağlanma (3, 7, 8, 10, 17), korkulu bağlanma (1, 4, 9, 14), saplantılı bağlanma (5t, 6, 11,15), kayıtsız bağlanma (2, 5, 12, 13, 16) maddeleri ile ölçülmektedir. Dört bağlanma stilini yansıtan sürekli puanlar bu stilleri ölçmeyi hedefleyen maddelerin toplanmasından ve bu toplamın her bir alt ölçekteki madde sayısına bölünmesinden elde edilmektedir. Böylece alt ölçeklerden alınabilecek puanlar 1 ile 7 arasında değişmektedir. Bu yolla elde edilen sürekli puanlar katılımcıları bağlanma stilleri içerisinde gruplandırmak için de kullanılmaktadır. Gruplandırma sürecinde her bir katılımcı, en yüksek puana sahip olduğu bağlanma kategorisine atanmaktadır.^[33] Ölçeğin Türkçe formunun yapı geçerliğini belirlemek için gerçekleştirilen faktör analizinde 30 maddenin dört faktör altında toplandığı gözlenmiştir. İç tutarlılığa bağlı güvenilirlik katsayılarının alt ölçekler için 0,41 ile 0,71

arasında değiştiği raporlanmıştır. Test-tekrar test güvenilirliği sonucunda ilk ve son uygulama puanları arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.^[33]

Verilerin Analizi

Veriler analiz edilmeden önce evlilik uyumu ölçeğinden elde edilen puanların normal dağılıma sahip olup olmadığı araştırılmıştır. Bunun için kadın ve erkeklerin evlilik uyum ölçeği puanlarına ait çarpıklık ve basıklık değerleri hesaplanarak incelenmiştir. ± 1 aralığında yer alan çarpıklık ve basıklık katsayıları verilerin normal dağılım gösterdiğini işaret etmektedir.^[34] Ölçek puanlarına ait katsayıların belirtilen aralıkta yer aldığı, puanların normal dağılıma sahip olduğu gözlenmiştir (Çizelge 5). Normal dağılım varsayımı karşılandığından yapılacak karşılaştırmalar için parametrik analiz teknikleri kullanılmıştır.

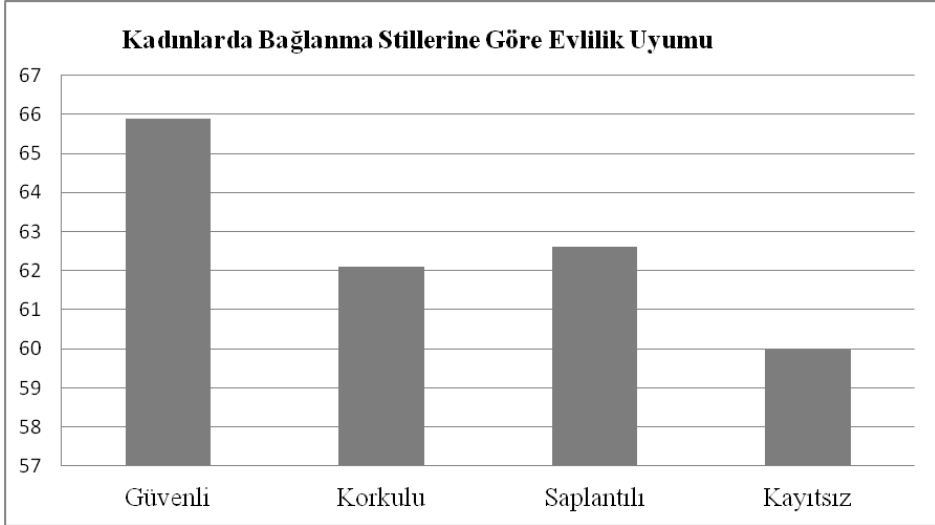
Bulgular

Bu bölümde, araştırmanın genel amacı doğrultusunda geliştirilen alt problemleri çözmek için uygulanan analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 2: *Bağlanma Stiline Göre Kadınların Evlilik Uyumu Puanları, Standart Sapmaları ve ANOVA Sonuçları*

Değişken	Cinsiyet	Bağlanma stili	N	\bar{X}	Ss	F	p	Post-Hoc
Evlilik Uyumu	Kadın	1. Güvenli	65	65,89	6,74	9,05	0,00	1>4
		2. Korkulu	36	62,11	7,92			
		3. Saplantılı	41	62,61	5,59			
		4. Kayıtsız	92	59,99	7,37			

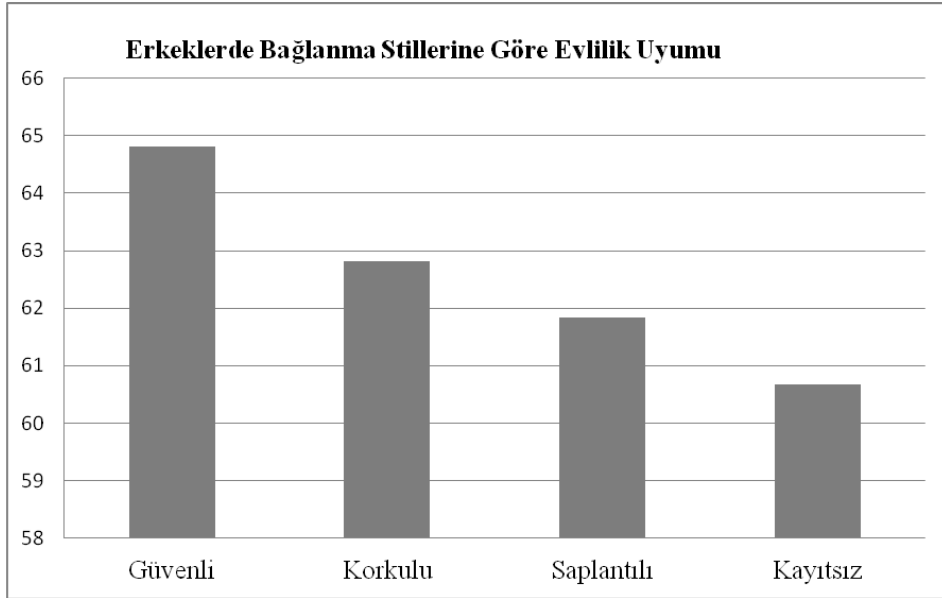
Tablo incelendiğinde, bağlanma stiline göre kadınların evlilik uyum puan ortalamalarının anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p < 0,05$). LSD testi sonuçlarına göre, güvenli bağlanma stiline sahip kadınların evlilik uyum puan ortalamaları, kayıtsız bağlanma stiline sahip kadınlarınkine göre anlamlı olarak daha yüksektir.



Tablo 3: Bağlanma Stiline Göre Erkeklerin Evlilik Uyumu Puanları, Standart Sapmaları ve ANOVA Sonuçları

Değişken	Cinsiyet	Bağlanma stili	N	\bar{X}	Ss	F	p	Post-Hoc
Evlilik uyumu	Erkek	1. Güvenli	68	64,81	7,42	4,05	0,01	1>4, 1>3
		2. Korkulu	44	62,82	7,46			
		3. Saplantılı	53	61,83	7,47			
		4. Kayıtsız	69	60,68	6,33			

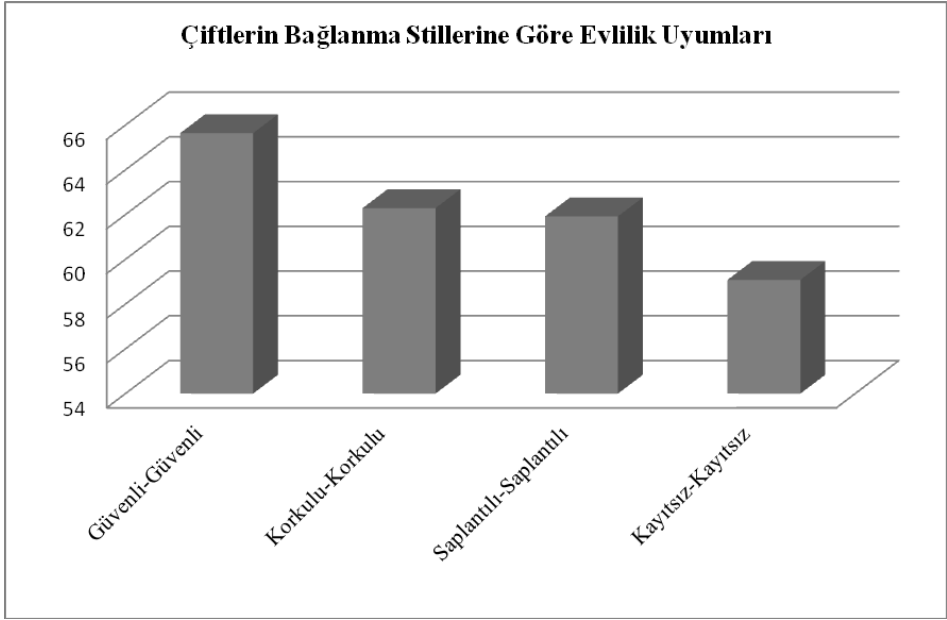
Tablo incelendiğinde, bağlanma stiline göre erkeklerin evlilik uyum puan ortalamalarının anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p < 0,05$). LSD testi sonuçlarına göre, güvenli bağlanma stiline sahip erkeklerin evlilik uyum puan ortalamaları ise hem kayıtsız hem de saplantılı bağlanma stiline sahip erkeklerinkine göre anlamlı olarak daha yüksektir.



Tablo 4: Bağlanma Stiline Göre Çiftlerin Evlilik Uyumu Puanları, Standart Sapmaları ve ANOVA Sonuçları

Değişken	Çiftlerin bağlanma stili	N	\bar{X}	Ss	F	p	Post-Hoc
Evlilik uyumu	1. Güvenli-Güvenli	36	65,64	6,35	6,23	0,00	1>4
	2. Korkulu-Korkulu	7	62,29	11,35			
	3. Saplantılı-Saplantılı	12	61,92	4,16			
	4. Kayıtsız-Kayıtsız	38	59,08	6,20			

Tablo incelendiğinde, bağlanma stiline göre çiftlerin evlilik uyum puan ortalamalarının anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). LSD testi sonuçlarına göre, güvenli bağlanma stiline sahip çiftlerin evlilik uyumu puan ortalamaları, kayıtsız bağlanma stiline sahip çiftlerinkinden anlamlı olarak daha yüksektir.



Sonuç ve Tartışma

Çiftlerde bağlanma stillerine göre evlilik uyumlarının karşılaştırmalı olarak incelendiği bu araştırmada kadınlar, erkekler ve çiftlerin evlilik uyumlarında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Bu kapsamda araştırmada ilk önce bağlanma stiline göre kadınların evlilik uyumu puanlarında fark olup olmadığı incelenmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların büyük bir oranının kayıtsız ve güvenli bağlanma stiline sahip oldukları görülmüştür. Analizler incelendiğinde bağlanma stiline göre kadınların evlilik uyumlarında anlamlı bir farklılık söz konusudur. İleri analizlere göre güvenli bağlanma stiline sahip kadınların evlilik uyumlarının, kayıtsız bağlanma stiline sahip kadınlarınkine göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgular Bozkurt,^[35] Uzun,^[16] Campbell vd.,^[10] Le Poire, Shepard ve Duggan^[13] ve Katalan'ın^[36] yaptıkları araştırmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir. Tucker ve Anders'a göre (1998), bağlanma kaygılı kadınlar, eşleriyle etkileşimlerinde daha düşük bir zevk, uyum düzeyi, yüksek çatışma ve bu etkileşimlerde daha az yakınlık arayışı göstermektedir. Buna karşın güvenli bağlanma stili gösteren kadınların evlilik doyumları ve etkileşimlerin niteliği olumlu ve yüksek bulunmuştur.

Araştırmada ulaşılan bulgulardan birisi de bağlanma stiline göre erkeklerin evlilik uyumlarının karşılaştırılması konusundadır. Çalışmada, erkelerin büyük bir oranının kayıtsız ve güvenli bağlanma stiline sahip olduğu görülmüştür. Analizlere göre erkeklerin bağlanma stilleri açısından evlilik uyumları anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Güvenli bağlanma stiline sahip erkeklerin evlilik uyum puan ortalamaları hem kayıtsız hem de saplantılı bağlanma stiline sahip erkeklerinkine göre anlamlı olarak daha yüksektir. Bu bulgular Tutarel-Kışlak ve Çakırel,^[20] Açık,^[37] Shi,^[38] Butzer ve Campbel,^[39] Turanlı'nın^[40] yapmış olduğu araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Tutarel-Kışlak ve Çavuşoğlu'na^[20] göre erkeklerde evlilikle birlikte ortaya çıkan bağlanma uyum mekanizması kadınlarda benzerlik göstermektedir. Güvenli bağlanma özellikleri gösteren erkekler güvensiz bağlanan hemcinslerine göre daha uyumlu ve sorunsuz evlilik yaşantıları geçirmektedir.

Araştırmada ulaşılan bir diğer bulgu ise eşlerin bağlanma stiline göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması konusundadır. Analizlere göre erkeklerin bağlanma stilleri açısından evlilik uyumları anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. İleri analizlere göre güvenli bağlanma stiline sahip çiftlerin evlilik uyumu puan ortalamaları, kayıtsız bağlanma stiline sahip çiftlerinkinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular Öztekin,^[15] Hamarta,^[2] Russell, Baker ve McNulty,^[7] Scott ve Babcock,^[8] ve Uzun'un^[16] gerçekleştirdiği araştırmaların bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Öztekin'e göre^[15] evli çiftlerde yakınlık inancı ve uyum, ilişkilerdeki bağlılığın en güçlü yordayıcısıdır. Bu açıdan güvenli bağlanma stilleri yüksek çiftler güçlü yakınlık ve uyum özellikleri gösterirken, kaçınan bağlanma stiline sahip olan çiftler ise olumsuz bir uyum ve yakınlık özellikleri göstermektedir. Benzer şekilde ulusal ve uluslararası düzeyde gerçekleştirilen araştırmaların çoğu, güvenli bağlanma ile evlilik doyumu arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğunu, buna karşın güvensiz bağlanma stilleri ile evlilik doyumu arasında ise anlamlı ve olumsuz bir ilişki olduğunu göstermektedir.^[2,7,8] Firestone'a^[41] göre bağlanma stili etkisi, çiftlerde aşk zamanlarında veya duygusal etkileşimin güçlü olduğu zamanlarda değil genellikle kriz sırasında ortaya çıkar. Bu açıdan güvenli bağlanma stillerine sahip olan çiftler aralarında ortaya çıkan sorunları, etkili yöntemlerle ele almakta, akılcı ve uyumlu bir yaklaşımla çözebilmektedir. Araştırmada ortaya çıkan bulgulara dayalı olarak aşağıdaki öneriler ileri sürülebilir:

- Güvenli bağlanmanın olumlu bir evlilik uyumuna yol açtığı dikkate alınır, güvenli bağlanma stilleri konusunda çiftlere, anne-babalara eğitim ve seminerler verilebilir. Ayrıca çiftlerin bağlanma stilleri ve evlilik uyumları konusundaki farkındalıklarını geliştirmek üzere aile ve evlilik danışmanlık programları ve eğitimleri düzenlenebilir.

- Çiftlerin evlilik öncesinden (Nişan, söz ya da tanışma dönemi) evlilik sonrası ilerleyen yıllara kadar eş uyumu ve bağlanma stillerindeki değişimleri ortaya koyacak boylamsal araştırmalar yapılabilir. Ek olarak evlilik uyumunu olumsuz etkileyen faktörlere yönelik nitel araştırmalar yapılabilir. Evlilik uyumu ve bağlanma stilleri ilişkisi konusunda nicel yöntemlerle gerçekleştirilen bu çalışma nitel araştırma yöntemleri ile derinlemesine incelenebilir.

KAYNAKLAR

- [1] Feeney, J.A. Attachment, marital interaction and relationship satisfaction: A Diary study. *Personal Relationships*, 2002, 9(1): 39-55.
- [2] Hamarta, E. Bağlanma teorisi ve yetişkin ilişkilerinde bağlanma. (Edt. Sünbül, A.M.) *Eğitime Yeni Bakışlar*, Konya: Eğitim Yayınevi, 2004.
- [3] Rodgers, W.L., Bachman, J.G. *The subjective well-being of young adults: Trends and relationships*. Ann Arbor, MI: University of Michigan, 1998.
- [4] Lu, L., Lin, Y.Y. Family roles and happiness in adulthood. *Personality and Individual Differences*, 1998, 25(2): 195-207.
- [5] McLeod, S. Attachment Theory. 2017. Erişim: 15.05.2019 <https://www.simplypsychology.org/attachment.html>
- [6] Güngör, D. Bağlanma Stilleri ve Zihinsel Modellerin Kuşaklararası Aktarımda Ana-Babalık Stillерinin Rolü. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara: 2000.
- [7] Russell, V.M., Baker, L.R., McNulty, J.K. Attachment insecurity and infidelity in marriage: do studies of dating relationships really inform us about marriage? *J Fam Psychol*. 2013, 27(2): 242-51. doi: 10.1037/a0032118.
- [8] Scott, S., Babcock, J.C. Attachment as a Moderator Between Intimate Partner Violence and PTSD Symptoms. *J Fam Violence*, 2010, 25(1): 1-9. doi: 10.1007/s10896-009-9264-

- [9] Tucker, J.S., Anders, S.L. Adult attachment style and nonverbal closeness in dating couples. *Journal of Nonverbal Behavior*, 1998, 22: 109-124.
- [10] Campbell, L., Simpson, J.A., Boldry, J., Kashy D.A. Perceptions of conflict and support in romantic relationships: the role of attachment anxiety. *J Pers Soc Psychology*, 2005, 88(3): 510-31.
- [11] Guerrero, L.K. Attachment-style differences in intimacy and involvement: A test of the four category model. *Communication Monographs*, 1996, 63: 269-292.
- [12] Simpson, J.A., Collins, W.A., Tran, S., Haydon, K.C. Attachment and the experience and expression of emotions in romantic relationships: A developmental perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2007, 92:355-367.
- [13] Le Poire, B.A., Shepard, C., Duggan, A. Nonverbal involvement, expressiveness, and pleasantness as predicted by parental and partner attachment style. *Communication Monographs*, 1999, 66: 293-311.
- [14] Saavedra, M.C., Chapman, K.E., Rogge, R.D. Clarifying links between attachment and relationship quality: Hostile conflict and mindfulness as moderators. *Journal of Family Psychology*, 2010, 24(4): 380-390.
- [15] Öztekin, C. Romantik ilişkilerde bağlılığın yordayıcıları olarak bağlanma stilleri ve yakın ilişki inançları. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 2016.
- [16] Uzun, K.N. Bağlanma stilleri ve evlilikte ilişki istikrarı arasındaki ilişkinin incelenmesi/Bağlanma stilleri ve evlilikte ilişki istikrarı arasındaki ilişkinin incelenmesi. İstanbul Ticaret Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2017.
- [17] Yılmaz, A. Eşler arasındaki uyum: Kuramsal yaklaşımlar ve görgül çalışmalar. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 2001, 1(4): 12-20.
- [18] Tezer, E. Evli eşler arasındaki çatışma davranışları: algılama ve geçerlik çalışması. 3P, Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi, 1999, 7(1):55-65.

- [19] Tutarel-Kışlak, Ş. Evlilikte Uyum Ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *3P, Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi*, 1999, 7 (1): 55-65.
- [20] Tutarel-Kışlak, Ş. ve Çavuşoğlu, Ş. Evlilik uyumu, bağlanma biçimleri, yüklemeler ve benlik saygısı arasındaki ilişkiler. *Aile ve Toplum Dergisi*, 2006, 3(9): 61-68.
- [21] Halford, W.K., Kelly, A., Markman, H.J. The concept of a healthy marriage. In W. K. Halford & H. j. Markman (eds). *Clinical Handbook of Marriage and Couples Interventions* (pp 3-12). New York: John Wiley, 1997.
- [22] Spanier, G.B., Lewis, R.A. Marital quality: A review of the seventies. *Journal of Marriage and the Family*, 1980, 42(4): 825-839.
- [23] Fenell, D.L. Characteristics of long-term first marriages. *Journal of Mental Health Counseling*, 1993, 15: 446-460.
- [24] Collins, R., Coltrane, S. *Sociology of marriage and the family: Gender, love and property*. Chicago: Nelson-Hall, 1991.
- [25] Lauer, R.H., Lauer, J.C., Kerr, S.T. The long-term marriage. Perceptions of stability and satisfaction. *International Journal of Aging and Human Development*, 1990, 31: 189-195.
- [26] Robinson, L.C., Blanton, P.W. Marital strengths in enduring marriages. *Family Relations*, 1993, 42 (1): 38-45.
- [27] Chapin, L.R., Chapin, T.J., Sattler, L.G. The relationship of conflict resolution styles and certain marital satisfaction factors to marital distress. *Family Journal*, 2001, 9 (3): 259-265.
- [28] Bradbury, T., Fincham, F., Beach, S. Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, 2000, 62: 964-980.
- [29] Feeney J.A. Attachment, marital interaction and relationship satisfaction: A diary study. *Personal Relationships*, 2002, 9(1): 39-55.
- [30] Darvizeh, Z., Kahki, F. Study of relationships between marital adjustment and well-being. *Women's Studies*, 2008, 6(1), 91-104.

- [31] Trudel G., Goldfarb M. R. Marital and sexual functioning and dysfunctioning, depression and anxiety. *Sexologies*, 2010, 19(3): 137-142.
- [32] Griffin, D.W., Bartholomew, K. *Relationship Scales Questionnaire*. Jessica Kingsley publishers, 1994.
- [33] Sümer, N., Güngör, D. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örnekleme üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürler arası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1999, 14: 71-106.
- [34] Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. *Using multivariate statistics*. Allyn & Bacon/Pearson Education, 2007.
- [35] Bozkurt M. Sentetik kannabinoidler: Artık herkesin sorunu. *Psikiyatride Güncel*, 2014, 4:165-77.
- [36] Katalan, C. Genç Türk yetişkinlerinde çocuk yetiştirme tarzları, bağlanma stilleri ve romantik ilişkide doyum, romantik ilişkide kaygı arasındaki ilişkiler. *Bahçeşehir Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 2014.
- [37] Açık, Ö. Evlilik uyumu ve bağlanma stilleri arasındaki ilişki, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ege Üniversitesi, İzmir: 2008.
- [38] Shi, L. The association between adult attachment styles and conflict resolution in romantic relationship. *The American Journal of Family Therapy*, 2003, 31: 143-157.
- [39] Butzer, B., Campel, L. Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: a study of married couples. *Personal Relationships*, 2008, 15, 141-154.
- [40] Turanlı, A.S. Sınıf yönetimi ve öğretmenlerin mesleklerine ilişkin algıları arasındaki ilişki (Kayseri Merkez İlçe Örneği). *Milli Eğitim*, 2010, 188: 144-157.
- [41] Firestone, L. How Your Attachment Style Impacts Your Relationship. *Psychology Today*. Retrieved from <https://www.psychologytoday.com/blog/compassion-matters/201307/how-your-attachment-style-impacts-your-relationship>, 2013.

Sosyal ve Ekonomik Destek Hizmeti Kapsamındaki Ailelerin Sosyo - Demografik Yapısının İncelenmesi

Ülkü ALACA AYTİŞ^{1*}, Anıl ÖZGÜÇ²

ÖZ

Bu çalışmanın temel amacı, sosyal ve ekonomik destek hizmeti kapsamında bulunan ailelerin sosyo - demografik özelliklerinin incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda; Sosyal ve Ekonomik Destek (SED) hizmeti için başvuruda bulunan bireylerin Sosyal İnceleme Raporları (SİR) kapsamında bulunan bilgiler, SED hizmeti kapsamındaki ailelerin sosyo - demografik özelliklerini belirlemek amacı ile hazırlanan bilgi toplama formu ile retrospektif olarak taranmıştır. Bu çalışmanın örnekleme Bahçelievler Sosyal Hizmet Merkezi'ne yapılan 446 SED başvuru dosyalarında bulunan SİR'den oluşmuştur. Yapılan bu çalışmada, başvuruda bulunan toplam 446 aileden 296'sının (%66,4) SED aldığı, başvuruda bulunan 150 ailenin (%33,6) koşullarının SED almaya uygun bulunmadığı için yapmış oldukları başvurularının reddedildiği, başvuranların 400'ünün kadın, 46'sının erkek olduğu, 268 kadının başvurusu kabul edilirken, SED başvurusu kabul edilen erkek sayısının 28 olduğu bulunmuştur. Çalışmada aynı zamanda SED alan aileler ile SED alamayan ailelerin bulguları da karşılaştırılmıştır. SED alan ailelerde, bağımlılık, psikolojik/psikiyatrik tanı alma varlığı, düşük ekonomik gelir, istismar varlığı ve cinsiyet faktörleri anlamlı bulunmuştur. Bu anlamlı bulunan faktörlerden birinin ya da birkaçının bir arada bulunmasının, ailenin çocuk adına SED alması yönünde belirleyici olduğu ve aynı zamanda ailede bu belirleyici faktörlerin varlığı artarken, ailenin SED alma durumunun da arttığı yönünde bir sonuca ulaşılmıştır.

Sosyal ve Ekonomik Destek, çocuğun korunmasına yönelik bir hizmet olup aynı zamanda bu hizmet, çocuğun aile yanında bakımının ve yaşamının devamını sağlar ve çocuğun korunmasını esas alır.

Anahtar Kelimeler: *Sosyal ekonomik destek (SED), aile, çocuk*

^{1*} *İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Aile Danışmanlığı Anabilim Dalı,
Sorumlu yazar: ulkuaytis@stu.aydin.edu.tr*

² *Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, anilozguc@aydin.edu.tr
Makale Geliş Tarihi: / Received: 17.07.2019 - Makale Kabul Tarihi: / Accepted: 22.07.2019*

An Analysis of the Socio - Demographic Structure of the Families Who are within the Scope of the Social and Economic Support Service

ABSTRACT

The main purpose of this study is an analysis of the socio - demographic characteristics of families in the scope of social and economic support services. In accordance with this purpose; the information within the scope of Social Study Reports (SİR) of the individuals who applied for Social and Economic Support (SED) were retrospectively searched with the information collection form prepared to determine the socio - demographic characteristics of the families under SED service. The sample of the study consisted of SİR in the files of 446 SED applications made to Bahçelievler Social Service Center. In the study, 296 out of 446 families (66.4%) received SED, 150 families (33.6%) were rejected because their conditions were not eligible to receive SED, 400 of the applicants were female and 46 were male, 268 women were admitted. Only 28 men were admitted to the study. In the study the findings of the families receiving SED were compared with those of the families not receiving SED. Dependence, psychological / psychiatric diagnosis, low economic income, presence of abuse and gender factors were found to be significant in families receiving SED. It was concluded that the presence of one or more of these factors was the determinant of the family to receive SED on behalf of the child, and the presence of these determinative factors in the family increased and the family's SED status increased.

Social and Economic Support is a service for the protection of the child. This service is based on the protection of the children on maintaining the care and life of the children who are living with their families.

Keywords: *Social and economic support (SED), family, children*

Giriş

2005 yılında yürürlüğe giren 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu'nda (ÇKK) çocuklar hakkında özgürlüğü kısıtlayıcı tedbirler ile hapis cezasına en son çare olarak başvurulması gerektiği belirtilmekte ve koruyucu ve destekleyici tedbirler ön plana çıkarılmaktadır.^[1]

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 03.03.2015 tarihinde yayınladığı 2015/5 genelgede “..... çocukların koruma altına alınma isteminin sadece ekonomik yoksunluktan kaynaklandığının belirlenmesi durumunda, bu çocuklar için tedbir kararı alınmaması, sosyal ve ekonomik destek hizmetinden yararlandırılması, ihtiyaç duyulması halinde diğer koruyucu ve destekleyici tedbir kararların alınması,” denilmektedir.[2] Bu kapsamda; bakım tedbirinin en son çare olarak görüldüğü dikkate alınarak ekonomik yoksunluk gösteren ailelerin Sosyal Ekonomik Destek (SED) ile desteklenmesi yolu ile çocuğun temel ihtiyaçlarının giderilerek, topluma kazandırılması hedeflenmiştir.

Çocuğun aile yanında desteklenmesini hedefleyen sosyal ekonomik destek 3 Mart 2015 tarih ve 29284 Resmi Gazete’de yayınlanan Sosyal ve Ekonomik Destek Hizmetleri Hakkında Yönetmelik çerçevesinde ve çocuk odaklı olarak uygulanır.^[2]

Tedbirin ailenin ekonomik problemlerden kaynaklanan sorunlar nedeniyle uygulanması söz konusu ise; aileye yapılacak SED ile çocuğun aile yanında psiko-sosyo-biyo-ekonomik bütünlük içinde gelişiminin desteklenmesi sağlanır. Ayrıca ailenin ekonomik nedenlerden kaynaklanan problemleri asgari düzeye çekilerek, çocuk için risk oluşturabilecek olan, aile üyelerinin suça sürüklenmesi, çocuğun ihmal edilmesi, çocuğun mağdur edilmesi gibi olası sorunların önüne geçilmesi hedeflenir.[2] Tutuklu ve hükümlü çocukların ailelerinin eğitim ve sosyo - ekonomik seviyelerini değerlendiren bir çalışma, annelerin % 87,1’inin, babaların ise % 69,7’sinin eğitiminin ilkökul ve altı olduğunu, çocukların %50 den fazlasının ailesinde geçmişte suç işlemiş bireylerin olduğunu göstermiştir.^[3]

Çalışmada çocuk adına talep edilen sosyal ve ekonomik destek ihtiyacındaki ailelerin demografik yapısının incelenerek SED yardımı almayı sağlayan faktörlerin neler olduğunu belirlemek ve bu faktörlere göre kimlerin SED alıp almadığının belirlenmesi ile beraber, çocukta özellikle suça sürüklenme davranışına zemin hazırlayan olası risk faktörlerinin tespiti ve sonuçların tartışılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem

Çalışma, Sosyal ve Ekonomik Destek (SED) talep eden veya alan ailelerin demografik özelliklerinin saptanmasına yönelik tanımlayıcı, nitel bir

araştırma olup, çalışma sonucunda saptanan problemlerin çözümüne yönelik önerilerin sunulması hedeflendi.

Çalışmada, İstanbul ili Bahçelievler ilçesi sınırları içinde, Bahçelievler ilçesinde ikamet eden, Bahçelievler Sosyal Hizmet Merkezi Müdürlüğü'ne 01.01.2017-31.12.2017 tarihlerinde SED almak için başvuran 587 kişinin, arşivde bulunan dosyalarının içinden,

- 01.01.2017-31.01.2017 tarihleri dışında SED için başvuru yapmış olan bireylerin dosyaları,
- 01.01.2017-31.01.2017 tarihleri dışında sosyal inceleme raporu yazılmış dosyalar,
- Belirtilen tarih içinde SED başvurusu yapmış, ancak süreç içinde Bahçelievler Sosyal Hizmet Merkezi Müdürlüğü'nün çalışma alanı olan Bahçelievler ilçesi dışına adreslerini taşımış olan bireylerin dosyaları,
- Belirtilen tarih aralığında SED başvurusu yapmış, ancak kendisine ulaşamadığı için dosyası kapatılan bireylerin dosyaları,
- İkametleri İstanbul-Bahçelievler ilçesi dışında olan, ancak merkeze SED için müracaat etmiş bireylerin dosyaları,
- Başvurularından vazgeçen bireylerin dosyaları, çalışma dışında bırakıldı,
- Çalışmanın tarama sürecinde, dosya için yeniden başvuru alınmış ve dosyası arşivden çıkartılarak inceleme sürecinde olan dosyalar olmak üzere 141 dosya araştırma dışında tutularak, toplam 446 dosya araştırmaya dahil edildi. Bu dosyalar amaca yönelik olarak hazırlanan Bilgi Toplama Formu çerçevesinde geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular

Çalışmada 446 başvuru dosyası değerlendirildi. SED başvurusu kabul edilen dosya sayısı 296 (% 66,4) iken (aktif dosya), başvurusu kabul edilmeyen dosya sayısı 150 (% 33,6) (pasif dosya) idi.

SED alan ve SED alamayan çocuğun ebeveynine ait sosyo-demografik özellikler Tablo 1'de gösterildi.

SED alma durumu ile psikolojik/psikiyatrik tedavi alan birey olma durumu arasında anlamlı bir fark bulundu ($p=0,008$). SED aldığını belirten katılımcıların ailesinde psikolojik/psikiyatrik tedavi alan bireylerin oranı

(%29,1), SED almadığını belirten katılımcıların ailesinde ki psikolojik/psikiyatrik tedavi alan bireylerin oranından (%18) yüksekti (Tablo 2).

SED alan ailede, bağımlılık öykü varlığının olup olmaması ile ailede psikolojik/psikiyatrik tedavi alan olup olmaması arasında anlamlı fark bulundu ($p=0,014$). SED talep eden ve bağımlılık öyküsü olan ailelerin %50'sinde psikolojik/psikiyatrik tedavi alan bireyler bulunmaktaydı.

SED alma durumu ile ailede istismar öyküsünün olup olmaması arasında anlamlı bir fark bulundu ($p=0,025$). SED aldığını belirten katılımcıların aileleri içinde istismar öyküsü görülme oranı (%49,3), SED almadığını belirten katılımcıların aileleri içindeki istismar öyküsü görülme oranından (%45,3) anlamlı derecede yüksekti (Tablo 3).

Ailede istismar varlığı ile çocuğun cinsiyeti, ailenin ekonomik durumu, ebeveynin eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

SED alan ailede bağımlılık öyküsü ve bağımlılığın türü ile bağımlının kim olduğu Tablo 4, Tablo 5 ve Tablo 6'da gösterildi.

SED alan çocuğun cinsiyeti ile çocuğun SED'den faydalanma sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı Yapılan analizde kıkare değeri (X^2)=0,2075 olup, p değeri 0,05 den büyük bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 7).

SED alan/talep edilen çocukların kaçınıcı kez SED hizmetinden faydalandığı durumuna bakıldığında 21(%14)'i kız olan, 22 (%14,7)'si erkek olan ve 107 (% 71,3)'si diğer dosya olarak kaydedilen verilerde ise bu konuda bilgi olmadığı ve ya başvurunun reddedildiği görüldü.

SED alma durumu ile ailenin aylık gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktaydı ($p=0,001$). (Şekil 1)

Tartışma

SED desteğinin çocuğun korunmasına yönelik bir hizmet olması ve aileye çocuk adına ekonomik olarak yapılan bu desteğin çocuğun aile yanında bakımının ve yaşamının devamını sağlarken çocuğun korunmasını esas alması itibarı ile hizmet çocuğun sosyo-biyo-eko-psikolojik gelişimi için önem kazanmaktadır.

Sağlıklı aile, sosyo-psikolojik olarak sağlıklı bireylerin gelişmesi için ön koşul olup, ailenin sağlıksız olması aile içindeki ve dışardaki problemleri yasal olmayan davranışlar ile çözmeye çalışan sağlıksız bireylerin gelişmesine neden olur.^[4]

Çalışma kapsamındaki dosyalar incelendiğinde SED için başvuran 446 bireyden 296'sının başvurusu kabul edilerek çocuğu için SED alırken, 150 kişinin başvurusu bir neden ile reddedilmiştir. Çalışmada ailenin toplam aylık geliri arttıkça SED alma oranı düşmektedir ki bu beklenen bir sonuçtur. Düşük ekonomik gelir düzeyine sahip ailelerin ekonomik desteğe ihtiyaç duyması bu ailedeki çocukların aynı zamanda ihmal, istismar, maddeye ulaşma ve suça sürüklenme gibi durumlarla ilgili risk altında oldukları olasılığını düşündürülebilir. Lise öğrenimi görmekte olan 171 öğrencinin katılımı ile yapılmış olan çalışmada uyuşturucu madde kullanan öğrencilerin ailelerinin %50'sinin aylık ortalama geliri 1000-1500 TL, %33'ünün 500-1000 TL, %11'inin 1500-2000 TL'dir. Ailelerin sadece %6'sının aylık ortalama geliri 2500 TL ve üzerindedir.^[5]

Çalışmada kadınların erkeklere göre SED hizmetine daha çok başvurdukları görülmektedir. Kadınların ve erkeklerin toplumsal cinsiyet rolleri ve kaynaklara erişimdeki eşitsizlik ve ekonomik yetersizlikle ilgili sorunlar irdelenirken “kadının yoksullaşması” kavramı öne alınmalıdır.^[6] Erkeğin toplumsal rolü olan “çalışıp eve para getiren figür” rolü, erkeğin daha az ekonomik problem yaşadığını düşündüren nedenlerden biri olabilir.

Yanı sıra SED alan ailelerde annenin % 65,2 oranında ilkokul ve altında eğitim düzeyine sahip olduğu, %70,3'ünün 31-50 yaş çalışabilir nüfus aralığında olduğu saptanmıştır. Ailelerin %85,8'i asgari ücret ve altında ekonomik gelire sahiptir, %70'inde ise anne ve babanın bir neden ile ayrı yaşadığı ve parçalanmış aile oldukları tespit edilmiştir. Akyıldız'ın (2018) Trabzon'da SED alan 100 kadına uyguladığı anketin sonuçlarında, SED alan kadınların orta yaş grubunda ve çalışabilir nüfus aralığında olduğu ve bu kadınların %57'sinin ilkokul mezunu ve altında eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Anket uygulanan kadınların %24'ünün resmi ya da gayri resmi eşleri ile birlikte yaşadığı ancak diğerlerinin bir neden ile parçalanmış aile üyesi oldukları, % 81 oranında kadının 1400 TL ve altında gelire sahip olduğu, %73 oranında kadının yaşamış olduğu konutun kira olduğu bilgileri çalışmanın sonucuna yansımıştır.^[7] Çalışmanın bulgularının

SED hizmeti alan çocuk ve ailelerle ilgili yapılan kısıtlı çalışmalardan biri olan bu çalışmanın bulgularıyla çok benzer olduğu görülmektedir.

Düşük ekonomik gelire sahip aileler SED desteğine ihtiyaç duyarken beraberinde bu ailelerin çalışabilir düzeydeki aile bireylerinin çalışmadığı, eğitim düzeylerinin düşük olduğu ve yüksek oranda ailenin bir neden ile parçalanmış aile olduğu görülmektedir.^[8]

Çalışmada SED alan ve SED almayan ailelerin aylık gelir durumları karşılaştırılmıştır (Şekil 1). SED alan 296 aileden 225'i (%76) asgari ücretin altında gelire sahip iken, SED almayan 150 aileden 46'sı (%30) asgari ücretin altında gelire sahiptir. SED alma kriterlerinden olan düşük ekonomik gelir düzeyi çalışma ile de desteklenmiştir.

Bir çalışma, düşük ekonomik gelire sahip ailelerde yaşayan çocukların yüksek ekonomik gelire sahip ailelerde yaşayan çocuklara göre daha fazla fiziksel ihmale uğradıkları ve bu çocukların evlerine giren aylık gelirin açlık sınırının altında olduğunu göstermektedir. Ailede düşük sosyo - ekonomik gelir varlığı ve diğer olumsuz faktörler çocuklarda duygusal ve fiziksel ihmale zemin hazırlamakta ve çocukluk travmaları yaratmaktadır. ^[9] Yapılan bir çalışma, annelerin %87,4'ünün en az bir kez çocuklarına fiziksel istismar veya ihmalde bulduklarını belirtmektedir. ^[10] Gelişim sürecinde fiziksel istismar mağduru çocuğun saldırgan davranışlar gösterdiği, akranları ile sağlıklı ilişki geliştiremediği, depresyon, dikkat eksikliği, hiperaktivite gibi psikolojik/psikiyatrik problemleri daha sık yaşadığı bilinmektedir. ^[11]

Çocuğa yönelik her tür istismar sıklıkla çocuğun ebeveyni tarafından uygulanmaktadır. İstismarı uygulayan anne-baba, tüm etnik, dini, eğitimsel ve sosyal gruba dahil olabilmekle beraber sosyo-ekonomik yönden dezavantajlı gruplarda istismar daha fazla yaşanmaktadır.^[12] Çalışmada SED alan ailenin gelir düzeyi ile fiziksel ve cinsel istismar öyküsünün varlığı arasında bir fark bulunmamıştır. Yapılan analiz ailenin SED alma durumu ile ailede istismar öyküsünün varlığı arasında bir fark olduğunu göstermektedir. Başka bir deyişle ailede istismar varlığı ailenin SED almasında belirleyici risk faktörlerinden biri olabilir. SED alan ailelerde istismar varlığı ile çocuğun cinsiyeti arasında bir fark saptanmamıştır. Aynı şekilde istismar öyküsü ile anne ve/veya babanın eğitim düzeyi arasında da bir fark yoktur ki bu bulgu adli tıp literatürü ile uyumludur.

Çalışmada SED alan ailede, bağımlılık öyküsü bulunan 42 bağımlı bireyin %73,8'inin baba, %7,1'inin de çocuk olduğu görülmüştür (Tablo 6). Ayrıca SED alan ailedeki toplam 42 bağımlı bireyden %66,7'sinin uyarıcı ve uyuşturucu madde bağımlılığı olduğu görülmüştür (Tablo 5).

Ailede madde kullanımının varlığı çocuk için yaşamsal bir risktir. Madde kullanımı gerek dünyada gerekse ülkemizde son yıllarda ciddi artış göstermiş olup buna bağlı olarak çocukların madde kullanımı ve bu kullanıma bağlı gelişimsel problemleri de beraberinde getirmiştir.^[13]

Ancak SED alan ailede uyarıcı ve uyuşturucu madde kullanımı olan birey olması ile ailenin gelir düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna rağmen uyarıcı ve uyuşturucu madde kullanım oranlarının ailenin toplam aylık geliri arttıkça düştüğü görülmektedir. Bu sonuç ailenin ekonomik gelir düzeyinin ne olduğunun bağımlı birey için önemli olmadığını, bireyin maddeye bir şekilde ulaştığını düşündürmektedir.

SED alan ailelerde psikolojik/psikiyatrik tedavi alan bireylerin oranı (%29,1) SED almayan ailelerdeki psikolojik/psikiyatrik tedavi alan bireylerin oranından (%18) anlamlı derecede yüksektir (Tablo 2) Yanı sıra SED talep eden ve bağımlılık öyküsü bulunan ailelerin %50'sinde psikolojik/psikiyatrik tedavi alan bireylerin olduğu görülmektedir. Dosyasında bağımlılık öyküsüne rastlanan ailelerde psikolojik/psikiyatrik tedavi gören birey olma oranı da yüksektir.

Ailede psikolojik/ psikiyatrik rahatsızlık varlığı çocuğun risk altında olup, ihmal ve istismar edilmesinde önemli bir kriter olabilmektedir. Çocukluk çağındaki ihmal ve istismar çocukta ilerleyen dönemde psikiyatrik sorunların oluşmasında oldukça etkilidir. Çalışmalar, aile içi istismar mağduru olanların erişkin dönemde alkol ve madde kullanımına yönelebildiklerini, yeme bozuklukları, antisosyal ve paranoid kişilik bozukluklarını geliştirebildiklerini göstermektedir.^[14]

Sonuç olarak literatürde suça sürüklenen, bağımlılık davranışı sergileyen, risk altında olan, ihmal ve istismara uğramış çocukların ailelerinin sosyo - demografik yapılarının çalışmadaki ailelerin sosyo - demografik yapıları ile örtüştüğü görülmektedir. Yoksulluk eğitimsizlik ile birleştiğinde toplumun

ana arteri olan ailede problemler ortaya çıkmakta ve bu problemler çocukla birlikte büyüyerek toplumun sorunları haline dönüşmektedir. Literatürde muhtaç olma, yoksulluk olarak tanımlanan bu durum ile mücadele etmenin en etkin yollarından biri eğitimidir.

Eğitim düzeyi düşük, ekonomik olarak “muhtaç” ve çalışabilir yaş aralığında olan kadınların iş gücü potansiyelinin değerlendirilmesi amacı ile özellikle yerel yönetimler tarafından istihdam yaratılarak bu kadınların iş yaşamına dâhil edilmesi ve kendi kendine yetebilen ailelere dönüşmelerini sağlayarak, çocuğun ekonomik nedenlere bağlı suça sürüklenme riski içeren davranışlarının önüne geçilmesi önemlidir.

Tablo 1: SED alan ve SED alamayan çocuğun ebeveynine ait demografik özellikler (n,%)

	SED ALAN ÇOCUK		SED ALAMAYAN ÇOCUK	
	ANNE	BABA	ANNE	BABA
ÖZ/ÜVEY	Öz: 294 (%99,3) Üvey: 2 (%0,7)	Öz: 295 (%99,6) Üvey: 1 (%0,4)	Öz: 149 (%99,3) Üvey: 1 (%0,7)	Öz: 145 (%96,7) Üvey: 3 (%2) DBY:2 (%1,3)
DURUM	n, %	n, %	n, %	n, %
Sağ	290 (%98)	226 (%76,4)	149 (%99,3)	130 (%86,7)
Ölü	4 (%1,3)	30 (%10,1)	1 (%0,7)	7(%4,7)
Gaip	2 (%1,7)	3 (%1)	0 (%0)	2(%1,3)
Hapis	0 (%0)	37 (%12,5)	0 (%0)	11(%7,3)
TOPLAM	296 (%100)	296 (%100)	150 (%100)	150(%100)
YAŞ				
18-30 Yaş	58 (% 19,6)	13 (% 4,4)	25 (%16,7)	5 (%3,3)
31-50 Yaş	208 (%70,3)	173 (%58,4)	116 (%77,3)	102 (%68,)
51 Yaş ve Üzeri	14 (%4,7)	23 (%7,8)	4 (%2,7)	8 (%5,3)
DBY	16 (%5,4)	87 (%29,4)	5 (%3,3)	35 (%23,4)
TOPLAM	296 (%100)	296 (%100)	150 (%100)	150 (%100)
EĞİTİM DURUMU				

İlkokul Mezunu ve Altı	193 (%65,2)	68 (%23)	96 (%64)	42 (%28)
Ortaokul Mezunu	35 (%11,8)	9 (%3)	21 (%14)	10 (%6,7)
Lise Mezunu	29 (%9,8)	19 (%6,4)	13 (%8,7)	9 (%6)
Üniversite Mezunu	7 (%2,4)	6 (%2)	9 (%6)	4 (%2,6)
DBY	32 (%10,8)	194 (%65,6)	11 (%7,3)	85 (%56,7)
TOPLAM	296 (%100)	296 (%100)	150 (%100)	150 (%100)
<u>CALIŞMA DURUMU</u>				
Çalışmıyor	185 (%62,5)	56 (%19)	91 (%60,7)	14 (%9,3)
Çalışıyor	90 (%30,4)	155 (%52,3)	48 (%32)	84 (%56)
DBY	21 (%7,1)	85 (%28,7)	11 (%7,3)	52 (%34,7)
Toplam	296 (%100)	296 (%100)	150 (%100)	150 (%100)

Tablo 2: SED alma ve SED alamama durumu ile psikolojik/psikiyatrik tedavi alan birey olma durumuna göre dağılım

		SED alan ailede bağımlılık öykü varlığı			Toplam	Kikare	p	
		Evet	Hayır	Bilgi yok				
SED alan ailede tanı almış psikolojik/psikiyatrik tedavi alan birey varlığı	Evet	n	21	0	65	Monte Carlo	0,014*	
		% Satır	%24,4	%0	%75,6			%100
		% Sütun	%50	%0	%25,8			%29,1
	Hayır	n	15	2	140			157
		% Satır	%9,6	%1,3	%89,2			%100
		% Sütun	%35,7	%100	%55,6			%53
	Bilgi yok	n	6	0	47			53
		% Satır	%11,3	%0	%88,7			%100
		% Sütun	%14,3	%0	%18,7			%17,9

Tablo 3: SED alma durumu ile aile içinde istismar öykü varlığının dağılımı (n,%)

			SED alma durumu		Toplam	Kikare	p
			Alıyor	Almıyor			
SED alan / talep eden aile içinde istismar öykü varlığı	Evet	n	146	68	214	7,153	0,025*
		% Satır	%68,2	%31,8	%100		
		% Sütun	%49,3	%45,3	%48		
	Hayır	n	15	1	16		
		% Satır	%93,8	%6,3	%100		
		% Sütun	%5,1	%0,7	%3,6		
	Bilgi yok	n	135	81	216		
		% Satır	%62,5	%37,5	%100		
		% Sütun	%45,6	%54	%48,4		

Tablo 4: SED alan ailede bağımlılık öyküsünün varlığı (n, %).

BAĞIMLILIK	n, %
Evet	42 (%14,2)
Hayır	2 (%0,7)
DBY	252 (%85,1)
TOPLAM	296 (%100)

Tablo 5: SED alan ve bağımlılık öyküsü bulunan ailelerin bağımlılık türlerine göre dağılımı (n, %).

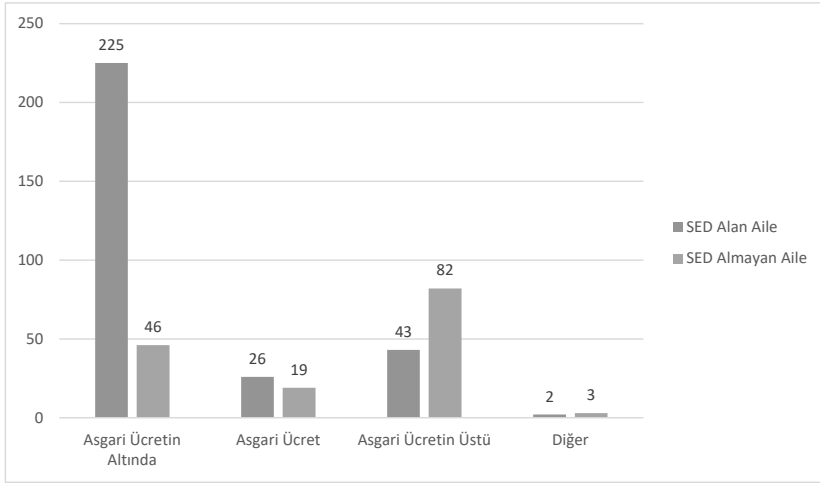
BAĞIMLILIK TÜRÜ	n, %
Alkol Bağımlılığı	6 (%14,2)
Uyarıcı ve Uyuşturucu Madde Bağımlılığı	28 (%66,7)
Kumar Bağımlılığı	3 (%7,1)
İnternet, Bilgisayar ve Bilgisayarda Oyun Bağımlılığı	0 (%0)
Alkol Bağımlılığı+ Uyarıcı ve Uyuşturucu Madde Bağımlılığı	2 (%4,8)
Alkol+ Kumar Bağımlılığı	2 (%4,8)
Uyarıcı ve Uyuşturucu Madde Bağımlılığı + Kumar Bağımlılığı	1 (%2,4)
TOPLAM	42 (%100)

Tablo 6: SED alan ve bağımlılık öyküsü bulunan ailede bağımlı bireyler (n, %).

BAĞIMLI BİREY	n, %
Anne	1 (%2,4)
Baba	31 (%73,8)
Çocuk	3 (%7,1)
Diğer Aile Fertleri	4 (%9,5)
Anne + Baba	2 (%4,8)
Baba + Çocuk	1 (%2,4)
TOPLAM	42 (%100)

Tablo 7: Çalışmaya dahil edilen çocuğun cinsiyeti ile bu çocukların kaçınıcı kez SED hizmetinden faydalandığının dağılımı (n,%).

		Cinsiyet				
		Kız	Erkek	Toplam	Kikare (X ²)	
SED alan/ talep edilen çocukların kaçınıcı kez SED hizmetinden faydalandığı durumu	1.kez	n %	132 %59,2	91 %40,8	223 %100	0,2075
	2.kez ve daha fazla	n %	41 %56,2	32 %43,8	73 %100	



Şekil 1: SED alan ve alamayan ailelerin aylık gelir düzeyinin karşılaştırması (n).

Kaynakça

[1] **Artuç, M.** *Anayasa - TCK - CMK - CGİK.* Ankara : Kartal Yayınevi, 2006.

[2] **Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.** *Sosyal ev Ekonomik Destek Hizmeti (SED) İdarecilere ve Meslek Elemanlarına Yönelik El Kitabı.* Ankara : yazarı bilinmiyor, 2016.

[3] **Şahinli, K.** *Çocuk Suçluluğuna Sebep Olan Faktörler: Ankkara Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumunda Bulunan Tutuklu ve Hükümlü Çocuklar Üzerine Bir Çalışma.* Ankara : T.C. pOLİS Akademizi, Güvenlik Bilimleri Enstitüsü, Ceza Adaleti Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2012.

[4] **Avcı, M.** *Tutuklu Çocuklar üzerine Bir Araştırma: Çocukların Suça Yönelmesinde Etkili Toplumsal Nedenler ve Çözüm Önerileri.* basım yeri bilinmiyor : Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2007. Cilt 2.

[5] **Oktay, İ.** *Lise öğrencilerinde uyuşturucu madde nağımlılığının sebepleri: Bursa İli Mustafakemalpaşa Örneği.* Aksaray : yazarı bilinmiyor, 2017.

[6] **Gerşil, G.** *Küresel Boyutta Yoksulluk ve Kadın Yoksulluğu.* 2016. Cilt 22.

- [7] **Akyıldız, H. A.** Sosyal ekonomik destek hizmeti bağlamında kadının yoksulluğu: Trabzon İli Örneği. Erzurum : yazarı bilinmiyor, 2018.
- [8] **Dinç, A.** Çocuk suçluluğunda ailenin rolü. Kırıkkale : yazarı bilinmiyor, 2013.
- [9] **Baksi, Y.** *Suçta Sürüklenen Çocuklarda Bağlanma, Davranış Problemleri ve Çocukluk Çağı Travmatik Yaşanyıların Sosyal hizmet Disiplini Çerçevesinde Değerlendirilmesi. Tekirdağ Çocuk Mahkemesi Örneği.* Yüksek Lisans Tezi.İstanbul : İstanbul Üniversitesi, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Sosyal Hizmet Programı, 2018.
- [10] **Güler, N., ve diğerleri.** Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Dugusal ve Fizksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler. basım yeri bilinmiyor : Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2002. Cilt 24, 3, s. 128-134.
- [11] **Peltek Kendirci, H N, ve diğerleri.** *Bir Çocuk İhmali Vakası.* basım yeri bilinmiyor : Türkiye Kilinikleri J Pediatr, 2008. Cilt 17.
- [12] **Tercier , A.** Child Abuse. [dü.] J. A. Maer. *Emergency Medicine.* St. Louis : Mosby, 1998, s. 1108-1118.
- [13] **Şafak Müftüoğlu, B.** Madde bağımlılığı nedeni ile hastanede yatarak tedavi gören bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin incelenmesi. İstanbul : Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2019.
- [14] **Bierer, LM, ve diğerleri.** Abuse and Neglect in Childhood. *Relationship to Personality Disorder Diagnoses.* basım yeri bilinmiyor : CNS Specctr, 2003. 8, s. 737-754.

YAZARLAR İÇİN BİLGİ

1. İAÜ Aydın Sağlık Dergisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu ortak yayın organıdır.
2. Dergide, klinik ve deneysel araştırmalar, derlemeler, olgu sunumları ve editöre mektuplar yayınlanır.
3. Dergide aynı zamanda, alana katkısı olacağı düşünölen yabancı dildeki özgün makalelerin Türkçe çevirilerine de yer verilmektedir. Bu tür çeviri makalelerin derginin üçte birini geçmemesi ve orijinal makalenin yazarından ya da yazının hak sahibinden alınacak izin yazısının gönderilmesi şartı aranmaktadır.
4. Dergide yayınlanmak üzere gönderilen yazıların başka yerde yayınlanmamış veya yayınlanmak üzere gönderilmemiş olması ve bu durumun tüm yazarların imzaları ile “TELİF HAKKI DEVİR FORMU” belgesinde belirtilmesi gerekir. Daha önce kongrelerde tebliğ edilmiş çalışmalar bu durum belirtilmek koşuluyla kabul edilir. Yayınlanmak üzere gönderdikleri yazıları gecikme veya başka bir nedenle dergiden çekmek isteyenlerin bir yazı ile başvurmaları gerekir. Dergide yayınlanan yazılar için telif hakkı ödenmez. Yazıların sorumluluğu yazarlara aittir. Yazının dergide yayınlanması kabul edilse de yazı materyali yazarlara iade edilmez.
5. Yazılar Türkçe ve İngilizce yayınlanır.
6. Tübitak Ulakbim kriterleri gereği Etik Kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel hayvan çalışmaları için ayrı ayrı etik kurul onayı alınmış olmalı ve belgelendirilmelidir. Ulusal ve uluslararası geçerli etik kurallara uyulmalıdır.
7. İAÜ Aydın Sağlık Dergisi hakemli bir yayındır. Gönderilen yazıların dergide yayınlanabilmesi için Bilimsel Danışma Kurulu'nun ve Yayın Kurulu'nun onayından geçmesi ve kabul edilmesi gerekir.
8. Yayın Kurulu, yayın koşullarına uymayan yazıları; düzeltmek, kısaltmak, biçimce düzenlemek veya düzeltmek üzere yazarına geri vermek ya da yayınlamamak yetkisine sahiptir.

Yazılarda, konu bölümleri ve içerikleri aşağıda belirtildiği gibi olmalıdır:

Öz: Türkçe ve İngilizce özet 250 kelimeyi geçmemeli, İngilizce başlık ve özet, Türkçe başlık ve özetle eşdeğer olmalıdır. Özet, çalışma ve araştırmanın amacını ve kullanılan yöntemleri kısaca belirtmeli, ana bulgular varılan sonucu destekleyecek ölçüde ayrıntılarla belirtilmelidir. İlk cümlesi araştırmanın amacını, son cümlesi çalışmanın sonucunu kapsayacak biçimde olmalıdır. Çalışma veya gözlemlerin yeni ve önemli olan yönleri vurgulanmalıdır. Özette kaynak kullanılmamalıdır.

Anahtar kelimeler: Türkçe ve İngilizce özetin altında “Index Medicus Medical Subject Headings (MeSH)’e uygun olarak en fazla beş adet olmalıdır. Yeni girmiş terimlere uygun “Index Medicus” tıbbi konu başlıklarına ait terimler yoksa, var olan terimler kullanılabilir. Anahtar Kelimeler Türkiye Bilim Terimlerinden seçilmelidir.(www.bilimterimleri.com) Başlık ve anahtar kelimelerde kısaltma kullanılmamalıdır.

Giriş: Amaç özetlenmeli, çalışmanın verileri veya varılan sonuçlar açıklanmalıdır.

Gereç ve Yöntem: Etik kurul onayı belirtilmelidir. Yerleşmiş yöntemler için kaynak gösterilmeli, yeni yöntemler için kısa açıklama verilmelidir. İlaç isimlerinin baş harfleri küçük harf olmalı ve ilaçların farmakolojik isimleri kullanılmalıdır. Sık kullanılan kısaltmalar aşağıdaki şekilde kullanılmalıdır:

im, iv, po ve sc

Birimler Uluslararası Sisteme (SI) göre kullanılmalı, birimler yazılırken (.) veya (/) kullanılmalıdır.

Örnek: mg kg-1, µg kg-1, mL, mL kg-1, mL kg-1 sa-1, mL kg-1 dk-1, L dk-1 m-1, mmHg vb.

Gereç ve Yöntem bölümünün son paragrafında, kullanılan istatistiki analizlerin neler olduğu ve aritmetik ortalama veya orandan sonra (\pm) işareti ile verilen değerlerin ne olduğu belirtilmelidir.

Bulgular: Çalışmanın bulgularını içermelidir. Grafik, tablo, resim ve şekiller yazıda geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır.

Grafik ve Tablolar: Başlık, açıklama ve dipnotları “Grafikler” veya “Tablolar” başlığı altında ayrı bir sayfaya yazılmalı ve sayfaları numaralandırılmamalıdır. Grafiklerin çevresinde çerçeve, zemininde çizgiler olmamalı, zemin beyaz olmalıdır.

Şekil ve Resimler: Şekiller profesyonel olarak çizilmeli, fotoğraflanmalıdır. Dijital kamera ile çekilmiş fotoğraflar en az 300 dpi çözünürlükte, 1280-960 piksel boyutunda çekilmiş, jpg veya tiff formatlarında kaydedilmiş olmalıdır. Zorunlu olmadıkça resim üzerinde yazı bulunmamalıdır. Her resim ve şekil ayrı bir belge olarak hazırlanmalı, göndermek formuna uygun olarak yazının içerisine yerleştirilmemeli, eklerinde ek dosya olarak gönderilmelidir. Resimlerin renkli olması istendiğinde yazardan ayrıca ücret talep edilir. Fotoğrafta insanlar yer alacaksa ya tanınmamaları sağlanmalı, ya da yayınlamaya yönelik yazılı izinleri alınmalıdır. Grafik, tablo, resim ve şekiller yazıda geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır. Fotoğraf ve resimler ana word dökümanının içine koyulmamalı, ayrı bir dosya olarak (.jpg veya .tiff formatında) sisteme yüklenmelidir.

Tartışma: Aynı alanda yapılmış başka çalışmalarla karşılaştırma ve yorum yapılmalıdır. Çalışmanın sonucu tartışmanın son paragrafında belirtilmelidir. Sadece, yazının konusundaki, etyolojik faktörlerdeki özel vurgular ile bulunan kaynakların ışığında patogeneze ve etki mekanizmasına bağlı kayda değer bilgiler değerlendirilmelidir. Diğer bilgilerin tablo, figür, şekil ve algoritmalarla sunulması tercih edilmelidir. Metin önemsiz bilgilerle doldurulmamalıdır.

Sonuç: Sonuç bölümünde, önemli bulgular az ve öz olarak belirtilmeli, yazarın öne sürdüğü, geleceğe dair çıkarımlar dahil edilmelidir. Teşekkür (isteğe bağlı): Yazı hazırlanırken içeriğe, düzene, bilgilerin istatistiksel analizine önemli katkıları olanlar belirtilebilir.

Açıklama: Yazarın herhangi bir firma ya da enstitüyle ilişkisi veya fikir ayrılığı varsa ve çalışma hazırlanırken bağış, fon ya da farklı finansal destekler bulunuyorsa belirtilmelidir.

Kaynaklar: Kaynaklar metin içerisinde yazıdaki geçiş sırasına göre parantez içinde üst simge olarak numaralandırılmalıdır. Kaynak numaraları yazar ismi varsa isimden hemen sonra, aksi halde cümle sonunda belirtilmelidir.

Dergilerin kısaltılmış isimleri index Medicus'a ve Science Citation Index'e uygun olmalıdır. Altı veya daha çok yazar varsa ilk üç isim yazıldıktan sonra "et al veya ark" yazılmalıdır.

Kaynak sayısı en fazla; derlemelerde 80, orijinal makalelerde 40, olgu sunumlarında 15, editöre mektup'ta 5 olmalıdır.

Kaynaklar yazının alındığı dilde ve aşağıdaki gibi düzenlenmelidir.

Kaynaklarda sayfa numaraları kısaltılmadan tam olarak yazılmalıdır.

Örnekler:

Makale: Fuii Y, Saitoh Y, Tanaka H, Toyooka H, Prophylactic antiemetic therapy with granisetron in women undergoing thyroidectomy. Br J Anaesth 1998; 81: 526-528.

Solca M. Acute pain management: unmet needs new advances in pain management. Eur J Anaesthesiol 2002; 19 (Suppl 25): 3-10.

KahveciFŞ, KayaFN, KelebekNveark. Perkutantrakeostomisinde farklı havayolu tekniklerinin kullanımı. Türk Anest Rean Cem Mecmuası 2002.

Kitap: Mulroy M.F. Regional Anesthesia, An Illustrated Procedural Guide. 2nd edition. Boston: Little Brown and Company; 1996, 97-122.

Kitap bölümü: Jane JA, Persing JA. Neurosurgical treatment of craniosynostosis. In: Cohen MM, Kim D (eds). Craniosynostosis: Diagnosis and management. 2nd edition. New York: Raven Press; 1986, 249- 295.

Tez: Gurbet A. Off-pump koroner arter cerrahisi sonrası morfin, fentanil ve remifentanil'in hasta kontrollü analjezi (HKA) yöntemi ile karşılaştırılması (Uzmanlık Tezi). Bursa, Uludağ Üniversitesi, 2002.

Elektronik Ortam Kaynağı: United Kingdom Department of Health. (2001) Comprehensive Critical Care Review of adult critical care services The web site:<http://www.doh.gov.uk/compcritcare/index.html>

Yazar olarak bir kuruluş: The Intensive Care Society of Australia and New Zealand. Mechanical ventilation strategy in ARDS: guidelines. Int Care J Aust 1996; 164: 282-284.

Dergi Yazışma Adresi:

Prof. Dr. H. Aysel Altan

İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

İnönü caddesi, No 38 Sefaköy/Küçükçekmece İstanbul

Tel: 444 1 428/56201

E-mail: ayselaltan@aydin.edu.tr

INFORMATION FOR THE AUTHORS

1. IAU Aydin Journal of Health is a publication of Faculty of Sciences of Health and Vocational School of Health Services in Istanbul Aydin University.
2. The Journal publishes scientific researches, reviews, editorials, letters to the editors, and interesting case reports in all fields of clinical specialties.
3. The articles submitted to the Journal should not be published elsewhere or sent for future publication, and this issue must be confirmed in “TRANSFER OF COPYRIGHT AGREEMENT FORM” by the signatures of all contributing authors. Articles submitted previously in medical meetings of any sort will be accepted in case of previous notification. Authors who wish to withdraw their papers because of delayed publication or for other reasons, should apply to the Journal with a written request form. Any royalty is not paid for the articles published in the Journal. The authors must assume all the responsibility of their manuscripts. The contents of the articles will not be returned to the authors even in case of acceptance for publication.
4. In compliance with the criteria of Tübitak Ulakbim, ethical approval must be obtained and documented separately for clinic and experimental animal studies requiring Ethic Committee decision. Studies must be complied with the current national and international ethical rules.
5. The Journal publishes articles written in Turkish or English.
6. Aydin Journal of Health is a peer-reviewed open access periodical. The articles submitted to the Journal are subject to the approval, and acceptance of the Scientific Advisory Committee, and Editorial Board in order to be published in the journal.
7. The Editorial Board has the right to reject or return the articles not complying with the conditions of publications to its author(s) for the editing, and shortening of its contents or improvement or arrangement of its format.

The sections, and contents of the articles should comply with the following instructions:

Abstract (Summary): Summaries (abstracts) in Turkish, and English must not exceed 250 words, bi-directional translation of the titles, and contents should be accurate, and verbatim.

The abstract should briefly indicate the objective of the study or research, and methods used. Besides, main findings should be detailed so as to support the conclusion. The first sentence of the abstract should encompass the aim, and the last sentence should comprise the conclusion arrived. The innovative, and important aspects of the study or observation should be emphasized. The abstract should not contain any references.

Keywords: Following both Turkish, and English abstracts, at most five key words should be written in accordance with the English medical terminology used in “ Index Medicus Medical Subject Headings (MeSH)”. and also their Turkish equivalents. New terminologies not included in MeSH can be used as keywords.

Introduction: The objective of the study should be summarized, study data, and conclusions arrived should be explained.

Materials and Method: The approval of the Ethics Committee should be indicated. References of established methods should be indicated, and brief accounts of new methods should be provided. Initial letters of generic drug names should be written in lower case, and their pharmacologic nomenclatures should be used. Frequently used abbreviations should be indicated as follows, ie: im, iv, po ve sc

The units should be expressed according to International System of Units (SI), and (.) or (/) should be used as required.

Examples: mg kg⁻¹, µg kg⁻¹, mL, mL kg⁻¹, mL kg⁻¹ sa⁻¹, mL kg⁻¹ dk⁻¹, L dk⁻¹ m⁻¹, mmHg etc.

In the last paragraph of Material and Method, statistical methods used, and values indicated with a symbol (\pm) after arithmetic means or ratios should be specified.

Sonuçlar (Results): This section should contain findings of the study. Graphics, table(s), illustrations, and figures should be enumerated based on their order of appearances in the text.

Graphics, and Tables: Titles, legends, explanations, and footnotes should be written on separate pages without any page number. Graphics drawn on white paper without any lines in the background should not be enclosed in a frame.

Figures, and Illustrations: Figures should be professionally drawn, and photographed. Photos taken with a digital camera must have a resolution of at least 300 dpi with a 1280-960 pixel in size and they should be recorded in jpg or tiff format. Apart from any requisite, any note should not be written on illustrations. Every illustration, and figure should be prepared as separate documents, they should not be sent as enclosed with the manuscript, but delivered as a separate file. If color print of the figures, and illustrations is required, then extra charge should be paid. Photos of individuals should be masked, or their written permission for their reproduction should be obtained. Photos, and illustrations should not be enclosed with the main word document, they should be logged in the system as a separate file recorded in jpg or tiff format.

Discussion: The study should be compared with other studies conducted in the same field, and comments on the relevant subject should be made. The outcome of the study should be indicated in the last paragraph. Only significant data relevant to the subject should be evaluated in the light of the literature findings with special emphasize on etiologic factors, pathogenesis, and mechanisms of actions. Other data should be preferable presented as tables, figures, diagrams or algorithms. The text should not be crowded with insignificant data.

Conclusion: A concluding concise remark emphasizing the crucial findings, author(s)' postulates, and future implications should be included in the conclusion section.

Acknowledgements (optional): Important contributors to editing, design, statistical analysis of data can be mentioned.

Disclosure/Conflict of Interest: Any affiliation of the authors to any firm or insidanstitution, and also donations, funds, and any other financial support concerning the study in question should be mentioned.

References:

References should be enumerated in parentheses based on their order of their appearance in the manuscript. Numbers of references should be indicated immediately after the name of the author or at the end of the sentence if the author's name is not mentioned.

Abbreviated titles of the journals should be in compliance with those available in Index Medicus and Science Citation Index. If six or more than six authors named as contributors to the manuscript, then after listing the first three, the abbreviations, et al. or ve ark., should be added for English and Turkish references, respectively.

The number of articles should be at most 80 for review articles, 40 for original articles, 15 for case reports, and 5 for letter to the editor..

The references should be cited in their original language, and they should be arranged as follows;

Page numbers in references should be written in full.

Examples:

Article: Fuii Y, Saitoh Y, Tanaka H, Toyooka H, Prophylactic antiemetic therapy with granisetron in women undergoing thyroidectomy. Br J Anaesth 1998; 81: 526-528.

Solca M. Acute pain management: unmet needs new advances in pain management. Eur J Anaesthesiol 2002; 19 (Suppl 25): 3-10.

2. Kahveci FŞ, Kaya FN, Kelebek N ve ark. Perkutan trakeostomi sırasında farklıhavayolutekniklerinininkullanımı. TürkAnestReanCemMecmuası2002.

Book: Mulroy M.F. Regonal Anesthesia, An Illustrated Procedural Guide. 2nd edition. Boston: Little Brown and Company; 1996, 97-122.

Section/Chapterofthebook: JaneJA, PersingJA. Neurosurgicaltreatmentof craniosynostosis. In: CohenMM, Kim D (eds). Craniosynostosis: Diagnosis and management. 2nd edition. New York: Raven Press; 1986, 249-295.

Thesis: Gurbet A. Off-pump koroner arter cerrahisi sonrası morfin, fentanil ve remifentanil'in hasta kontrollü analjezi (HKA) yöntemi ile karşılaştırılması (Uzmanlık Tezi). Bursa, Uludağ Üniversitesi, 2002.

Electronic media: United Kingdom Department of Health. (2001) Comprehensive Critical Care Review of adult critical care services The web site: <http://www.doh.gov.uk/compcritcare/index.html>

An organization: The Intensive Care Society of Australia and New Zealand. Mechanical ventilation strategy in ARDS: guidelines. Int Care J Aust 1996; 164: 282-284.

Address of Correspondence:

Prof. Dr. H. Aysel Altan

Istanbul Aydin University, Vocational School of Health Services

İnönü caddesi, No 38 Sefaköy/Küçükçekmece İstanbul

Tel: 0212-444 1 428/56201

E-mail: ayselaltan@aydin.edu.tr



KÜTÜPHANE VE BİLGİ MERKEZİMİZ 7/24 HİZMET VERİYOR



56.000
Basılı Kaynak



1.000.000
E-Kaynak



Engelsiz
Kütüphane



Mobil
Uygulamalar

24/7

- Kütüphane 7/24/365 gün hep açık
- 75.000 aylık kullanıcı
- Mimarlık ve Mühendislik Fakültesi için çizim salonları
- Kafeterya



instagram: kutuphaneiau



twitter.com/iaukutuphane



facebook.com/iaukutuphane