

TÜRKİYE CUMHURİYETİ ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

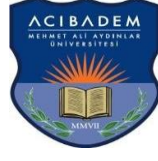
**OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ
ÇOCUKLARA BAKIM VEREN ANNELERİN ADİL DÜNYA
İNANÇLARI İLE ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEĞİN,
VERDİKLERİ SOSYAL DESTEK VE İYİLİK HALLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

SİMAY TOYGAR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Ayşenur Aktaş

İSTANBUL-2025



TÜRKİYE CUMHURİYETİ ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ
ÇOCUKLARA BAKIM VEREN ANNELERİN ADİL DÜNYA
İNANÇLARI İLE ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEĞİN,
VERDİKLERİ SOSYAL DESTEK VE İYİLİK HALLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

SİMAY TOYGAR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Ayşenur Aktaş

İSTANBUL-2025

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

19.06.2025

Simay Toygar

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Her kelimenin ardında bir emek, her başarının arkasında bir omuz var. Bu tez, yalnızca bana ait değil; bana inanan, benimle yürüten herkesin ortak emeğidir.

Akademik bilgi birikimi, rehberliği ve desteğiyle tezimin şekillenmesinde büyük katkıları olan, yalnızca akademik değil, insani yönüyle de bana ilham veren çok değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Ayşenur Aktaş'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her alanında olduğu gibi bu süreçte de yanımda olan, bana varlığıyla huzur, sevgisiyle güç veren eşim Umut Can Tarhan'a gönülden teşekkür ederim. Her zaman yanımda olduğunu ve bana güvendiğini bilmek, en zor anlarda bile beni cesaretlendirdi. Zihinsel yorgunluklar içinde nefes aldığım, motivasyonumu yeniden bulduğum en kıymetli liman oldun. Varlığın, hayat yolculuğumu benim için daha özel ve anlamlı kıldı.

Her koşulda arkamda duran, kararlarımın saygı duyan, emeği ve sevgisiyle bana ışık tutan canım babam Rıza Toygar'a sonsuz teşekkür ederim. Varlığın ve desteğin, her zaman kendime inanmamı sağladı. Attığım her adımda senin varlığını hissetmek bana güç verdi. Yorgun düştüğüm anlarda bile gözlerindeki güven bana yeniden yola devam etme cesareti verdi.

Fedakârlığı, sabrı ve sevgisiyle hayatımın en büyük destekçilerinden biri olan canım annem Tülin Toygar'a minnettarım. En zorlu anlarda bile yüreklendirici sözlerinle bana ışık tuttun. Hayatım boyunca bana gösterdiğin şefkat, beni ben yapan en temel değerlerden biri oldu. Bu yolculukta attığım her adımda, senin varlığını hissetmenin güveniyle ilerledim.

Çocukluğumdan bu yana her zaman yanımda olan, beni destekleyen ve kendi yolumda cesaretlendiren sevgili abim Uğurcan Toygar'a içtenlikle teşekkür ederim. Varlığın, bana sadece bir kardeş değil, aynı zamanda bir yol arkadaşı kazandırdı. Düşüncelerime duyduğun saygı, kararlarım gösterdiğin anlayış ve her zaman hazır tuttuğun desteğinle; bu süreçte yalnız olmadığımı bilmenin huzurunu yaşattın bana.



İÇİNDEKİLER

BEYAN	iii
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
KISALTMA LİSTESİ.....	xiii
ÖZET.....	1
ABSTRACT	2
GİRİŞ.....	3

BİRİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR

1.1. Otizm Spektrum Bozukluğu.....	5
1.1.1. Otizm spektrum bozukluğu tarihçesi.	5
1.1.2. Otizm spektrum bozukluğu tanı kriterleri.	7
1.1.3. Otizm spektrum bozukluğu tanı ve tedavi süreci	8
1.1.4. Otizm spektrum bozukluğun etiyolojisi	9
1.1.5. Otizm spektrum bozukluğu epidemiyolojisi.	10
1.2. Bakım Verme	12
1.2.1. Bakım verme yükü.	13
1.2.2. Bakım verenlerde iyilik hali.	14
1.2.3. Otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocuklara bakım verme.	15
1.3. Adil Dünya İnancı	16

1.3.1. Otizm spektrum bozukluğunda bakım veren annelerin adil dünya inançları	18
1.3.2. Adil dünya inancı'nın sosyal destek ve bakıcı iyilik hali ile ilişkisi	19
1.4. Sosyal Destek	20
1.4.1. Sosyal destek türleri	21
1.4.2. Sosyal desteğin niceliksel ve niteliksel boyutları	22
1.4.3. Sosyal desteğin sağlık üzerindeki etkileri	22
1.4.4. Otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocuklara bakım veren ebeveynlerde algılanan sosyal destek ile verilen sosyal destek arasındaki ilişki	23

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Amaç ve Hipotezler.....	26
2.2. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Analizler	27
2.3. Araştırma Evreni ve Örneklem	29
2.4. Veri Toplama Araçları	29
2.4.1. Bilgilendirilmiş onam formu (EK A).	30
2.4.2. Sosyodemografik bilgi formu (EK B).	30
2.4.3. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ASDÖ) (EK C).....	30
2.4.4. Bakıcı iyilik ölçeği (BİÖ) (EK D).	31
2.4.5. Verilen sosyal destek ölçeği (VSDÖ) (EK E).	32
2.4.6. Adil dünya inancı ölçeği (ADİÖ) (EK F).	33
2.5. İşlem.....	33

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Dair Betimsel Bilgiler.....	35
3.2. Çalışmadaki Ölçek Puanlarına Ait Betimsel Bilgiler.....	39
3.3. Araştırmaya Ait İstatistiksel Bulgular.....	41
3.3.1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	41
3.4. Çalışmanın Ana Değişkenleri ile Sosyo-Demografik Özellikler Arasındaki İlişkiler	56
3.5. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Dair Bulgular.....	61
3.6. Araştırmaya Katılan Bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ) Puanlarının Bakıcı İyilik Ölçeği (BİÖ) – Yaşamsal Faaliyetler Puanları Üzerine Etkisinde Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği (K-ADİÖ) Puanlarının Aracılık Rolü Bulguları.....	63

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. Çalışmadaki Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması	67
4.2. Çalışmanın Temel Hipotezlerine Dair Bulguların Tartışılması	71
SONUÇ	82
KAYNAKÇA	84
EKLER	106
EK A. Bilgilendirilmiş Onam Formu	106
EK B. Demografik Bilgi Formu.....	108
EK C. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	112

EK D. Bakıcı İyilik Ölçeği.....	114
EK E. Verilen Sosyal Destek Ölçeği.....	117
EK F. Adil Dünya İnancı Ölçeği.....	119
EK G. Etik Kurul Onay Belgesi	120



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik bulgularının tanımlayıcı istatistikleri	36
Tablo 2. Katılımcıların çocuk ve çocuk sağlık bulgularının tanımlayıcı istatistikleri	37
Tablo 3. Katılımcıların psikiyatrik tanı durumlarına ait tanımlayıcı istatistikleri	38
Tablo 4. Bireylerin bakım verme bulgularının tanımlayıcı istatistikleri	39
Tablo 5. Çalışmada kullanılan ölçek puanlarının medyan, ortalama, standart sapma değerleri ve minimum, maksimum değerleri	40
Tablo 6. Bireylerin eğitim durumlarına göre ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanlarının karşılaştırılması	42
Tablo 7. Bireylerin gelir durumlarına göre ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanlarının karşılaştırılması	45
Tablo 8. Bireylerin sağlık gideri sorunu yaşama durumlarına göre ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanlarının karşılaştırılması	47
Tablo 9. Bireylerin OSB rapor durumlarına göre ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanlarının karşılaştırılması	49
Tablo 10. Bireylerin psikiyatrik geçmişi olma durumlarına göre ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanlarının karşılaştırılması	51

Tablo 11. Bireylerin bakım süresinin olumsuz etki yaşatma durumlarına göre ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanlarının karşılaştırılması.....	53
Tablo 12. Bireylerin ailede başka bakım veren kişi olma durumlarına göre ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanlarının karşılaştırılması.....	55
Tablo 13. Bireylerin yaş, OSB çocuk yaşı, OSB çocuk tanı zamanı, özel eğitim süresi ve haftalık özel eğitim süresi değerleri ile ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları	57
Tablo 14. Bireylerin ASDÖ alt faktör ve toplam puanları, K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanları ile BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları.....	61
Tablo 15. Bireylerin ASDÖ, K-ADİÖ ve G-ADİÖ toplam puanlarının BİÖ-Tİ toplam puanları üzerine etkisi	62
Tablo 16. ASDÖ puanlarının BİÖ-YF puanları üzerine etkisi.....	63
Tablo 17. ASDÖ puanlarının BİÖ-YF puanları üzerine etkisinde K-ADİÖ puanlarının aracı etkisi	64

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. ASDÖ puanlarının BİÖ-YF puanları üzerine etki modeli	63
Şekil 2. ASDÖ puanlarının BİÖ-YF puanları üzerine etkisinde K-ADİÖ puanlarının aracı etki modeli	65



KISALTMA LİSTESİ

ADİÖ	Adil Dünya İnancı Ölçeği
APA	American Psychological Association (Amerikan Psikoloji Birliği)
ASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
BİÖ	Bakıcı İyilik Ölçeği
BİÖ-Tİ	Bakıcı İyilik Ölçeği temel ihtiyaçlar
BİÖ-YF	Bakıcı İyilik Ölçeği Yaşamsal faaliyetler
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EEG	Elektroensefalografi
G-ADİÖ	Genel Adil Dünya İnancı Ölçeği
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
K-ADİÖ	Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği,
MR	Manyetik Rezonans Görüntüleme
OSB	Otizm Spektrum Bozukluğu
VSDÖ	Verilen Sosyal Destek Ölçeği

ÖZET

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), erken çocuklukta başlayan, iletişim yetersizlikleri, dikkat sorunları ve tekrarlayıcı davranışlarla karakterize bir nörogelişimsel bozukluktur. Bu araştırma, OSB tanılı çocukların annelerinde adil dünya inancı, algılanan sosyal destek ve iyilik hali arasındaki ilişkiyi incelemekte; ayrıca, sosyal desteğin iyilik hali üzerindeki etkisinde kişisel adil dünya inancının aracılık rolünü değerlendirmektedir. Çalışmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür bilgisine dayalı olarak hazırlanan bakım veren için demografik bilgi formu, Verilen Sosyal Destek Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Adil Dünya İnancı Ölçeği ve Bakıcı İyilik Ölçeği ile toplanmıştır. Ölçekler katılımcılara yüz yüze uygulanmış; veri toplama öncesinde bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Örneklem, İstanbul'da özel eğitim merkezlerine OSB tanısıyla başvuran, 2–7 yaş arası çocuğu olan ve en az bir aydır eğitim alan 160 bakım verenden oluşmuştur. Veriler IBM SPSS 26.0 ile analiz edilmiş; sosyo-demografik özelliklerle ölçek puanları arasında çok zayıf ilişkiler saptanmıştır. Araştırmada, sosyo-demografik özelliklerle ölçek puanları arasında çok zayıf ilişkiler bulunmuştur. Ölçek puanları arasındaki ilişkiler ise çok zayıf ile orta düzeyde değişmektedir. Algılanan sosyal destek, bakıcı iyilik ölçeğinin "Temel İhtiyaçlar" ve "Yaşamsal Faaliyetler" alt boyutlarını anlamlı şekilde etkilemiştir. Ancak Verilen Sosyal Destek puanlarıyla anlamlı bir ilişki görülmemiştir. "Yaşamsal Faaliyetler" üzerindeki doğrudan etki doğrulanmış, fakat bu etki üzerinde Kişisel Adil Dünya İnancı'nın aracılık rolü saptanamamıştır. Bulgular literatürle tartışılmış, sınırlılıklar ve gelecek araştırmalar için öneriler sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Otizm Spektrum Bozukluğu, Algılanan Sosyal Destek, Adil Dünya İnancı, Verilen Sosyal Destek, Bakıcı İyilik

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder characterized by communication deficits, attention difficulties, and repetitive behaviors, typically manifesting in early childhood. This study examines the relationships among personal just-world beliefs, perceived social support, and well-being in mothers of children diagnosed with ASD. Additionally, it evaluates the mediating role of personal just-world beliefs in the effect of perceived social support on caregiver well-being. Data were collected using a demographic information form for caregivers developed based on literature review, the Provided Social Support Scale, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, the Just-World Belief Scale, and the Caregiver Well-being Scale. These instruments were administered face-to-face after obtaining informed consent from the participants. The sample consisted of 160 caregivers from Istanbul who had children aged 2–7 years diagnosed with ASD and receiving education for at least one month at special education centers. Data were analyzed using IBM SPSS 26.0, revealing very weak correlations between socio-demographic characteristics and scale scores. Relationships among scale scores varied from very weak to moderate. Perceived social support significantly influenced the "Basic Needs" and "Vital Activities" subdimensions of caregiver well-being. However, no significant relationship was found between the Provided Social Support scores and caregiver well-being. The direct effect of perceived social support on the "Vital Activities" subdimension was confirmed, but the mediating role of personal just-world belief was not supported.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Perceived Social Support, Just-World Belief, Provided Social Support, Caregiver Well-being

GİRİŞ

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), bireyin sosyal etkileşim, iletişim ve davranış alanlarında farklılıklar göstermesine neden olan nörogelişimsel bir bozukluktur. OSB tanısı alan çocukların bakım süreci, aile bireyleri için hem duygusal hem de fiziksel anlamda önemli bir yük oluşturmakta; bu durum özellikle anneler üzerinde derin etkiler bırakmaktadır. Çocuğunun gelişimsel farklılıkları ile başa çıkmaya çalışan anneler, toplumsal beklentiler, sağlık sistemiyle yaşanan zorluklar ve sosyal izolasyon gibi birçok faktörle mücadele etmek zorunda kalmaktadır. Bu süreçte annelerin psikolojik iyilik halleri, algıladıkları ve verdikleri sosyal destekle, aynı zamanda sahip oldukları bilişsel şemalarla, özellikle de “adil dünya inancı” ile yakından ilişkilidir.

Adil dünya inancı, bireylerin yaşadıkları olayların ve sonuçların adil olduğuna dair temel bir inanç sistemidir. Bu inanç, kişinin stresli yaşam olaylarına anlam verme ve başa çıkma mekanizmalarını şekillendirebilir. Aynı zamanda, bireyin sosyal destek arayışını, başkalarına yardım etme eğilimini ve yaşam doyumunu da etkileyebilir. Özellikle OSB'li çocuğa sahip anneler için bu inanç, içinde bulundukları zorlu yaşam koşullarında psikolojik dayanıklılığı artırıcı bir unsur olabilir. Öte yandan, algılanan sosyal destek, bireyin çevresinden aldığı duygusal, bilgi verici veya maddi desteği nasıl deneyimlediğini ifade ederken; verilen sosyal destek ise bireyin başkalarına sunduğu yardım davranışlarını içerir. Bu sosyal etkileşim ağları, annenin iyilik hali üzerinde doğrudan ve dolaylı etkiler yaratabilir.

Bu tez çalışması, OSB tanısı almış çocuklara bakım veren annelerin sahip oldukları adil dünya inançları ile algıladıkları ve verdikleri sosyal destek düzeylerinin,

psikolojik iyilik halleriyle olan ilişkisini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Bu bağlamda çalışma, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde daha etkili psikososyal destek modellerinin geliştirilmesine katkı sağlamayı hedeflemektedir. Elde edilen bulgular, ruh sağlığı profesyonelleri ve ailelere yönelik destek sistemlerinin yeniden yapılandırılmasına yönelik önemli veriler sunabilir.



BİRİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR

1.1. Otizm Spektrum Bozukluğu

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabına (DSM) göre, otizm spektrum bozukluğu (OSB) erken çocukluk döneminde başlayan sözel ve sözel olmayan iletişimde yetersizlik, dikkati sürdürmede kısıtlılık, sözel ve motor eylemlerde takıntılı davranışlar ve saplantılı ilgi alanları içeren ve belirtilerin şiddeti kişiden kişiye hafiften ağıra doğru değişen nörogelişimsel bir bozukluktur (APA, 2013). Belirtiler sıklıkla 30 aydan önce başlamakta ve ilk yıllarda ebeveynler için belirtileri fark etmek oldukça zor olmaktadır.

OSB tanılama ve değerlendirme süreci bakım veren bireyler ile görüşme, kapsamlı bir tıbbi inceleme, bilişsel ve gelişimsel değerlendirme, oyun gözlemi, ölçme araçlarının kullanılması ve bireyin eğitsel kayıtlarının gözden geçirilmesini kapsamaktadır (Kılınç, Bağlama ve Akçamete, 2019). OSB’de erken tanı ve müdahale bozukluğun prognozunu olumlu yönde etkilemektedir (Bodur ve Soysal, 2004). Literatürde tanının erken konulması özel eğitimin hızlı bir biçimde başlaması açısından oldukça önemli olduğu çünkü küçük yaşta başlayan eğitimin çocukların öğrenme kapasitelerinin daha yüksek olması sebebiyle daha fazla yarar sağladığı belirtilmektedir (Korkmaz, 2010).

1.1.1. Otizm spektrum bozukluğu tarihçesi.

Otizm teriminin ilk olarak İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleur tarafından 1911 yılında kullanıldığı düşünülmektedir. Bleur “Otizm” terimini “yetişkin şizofrenisi” olarak tanımlamıştır (Yücesoy, Ergenekon, Çolak, ve Kaya, 2016). Güncel literatürde

ele alındığı şekliyle OSB ilk olarak Amerika'nın ilk çocuk psikiyatristi olan Leo Kanner'ın 1943 yılında hastası olan 11 çocuğun gelişimlerinin farklı olduğunu tespit etmesi ve bu durumu şizofreni, zihinsel yeti eksikliği gibi hastalıklarla açıklayamaması üzerine yaptığı çalışmalar neticesinde tanımlanmıştır. Kanner'ın yaptığı araştırmalarda, bu çocuklarda çevreleri ile iletişim kuramamaları, sosyal açıdan içe çekinik olmaları, dış dünyadan kopuk olmaları, davranış tekrarları yapmaları, aynılıkta ısrarcı olarak değişime direnç göstermeleri, konuşmamaları veya amaçsız konuşmaları gibi çeşitli ortak özellikler belirlenmiştir (Kanner, 1943). OSB üzerine çalışmalar yapan Kanner (1943), psikanalitik yaklaşımdan etkilenerek, OSB'nin annelerin soğuk, tepkisiz, cezalandırıcı, mükemmeliyetçi ve mekanik bir şekilde çocuk yetiştirmelerinden kaynaklanabileceğini ileri sürmüştür. Kanner tüm bu özellikleri taşıyan annelere "Buzdolabı anne" (refrigerator mother) terimini kullanmıştır (Kanner, 1943; Pehlivan Türk, Bakkaloğlu ve Ünal, 2003). 1964 yılında Bernard Rimland, OSB'nin nedenlerinin annelerin yaklaşımlarından ziyade nörobiyolojik temellere dayandığını gösteren ilk çalışmaları yayımlamış ve bu araştırmalar, biyolojik çalışmalar için bir temel oluşturmuştur (Frith, 2008).

OSB tanı kriterleri, güncel olarak kullanılan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabına (DSM) kadar birçok değişikliğe uğramıştır (Kaba ve Aysev, 2019). OSB'nin ilk olarak uluslararası sınıflandırma sistemlerinde 1967'de ICD-8 içerisinde yer aldığı görülmektedir. OSB, DSM I ve II'de ayrı bir tanı olarak yer almamış, şizofreninin devamı olarak görülmüştür (Yaylacı, 2015). 1980 yılında yayımlanan DSM-III kılavuzunda, otizm ilk defa tanımlanmış ve "yaygın gelişimsel bozukluk" kategorisi içerisinde "bebeklik otizmi" olarak ele alınmıştır (APA, 1980). DSM-IV ile birlikte "Otizm Spektrum Bozukluğu" adıyla tanı kitabında yer almıştır.

Son olarak, 2013 yılında yayımlanan DSM-5 ile birlikte OSB, Asperger sendromu, başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk ve çocukluk dezintegratif bozukluğu yaygın gelişimsel bozukluklar çatısı altında çıkarak, “Otizm açılımı kapsamında bozukluk” başlığı altında toplanmıştır (APA, 2013; Tortamış-Özkaya, 2013; Yücesoy ve ark., 2016).

1.1.2. Otizm spektrum bozukluğu tanı kriterleri.

DSM-V’e göre, OSB tanı kriterleri sosyal iletişim ve etkileşimde kısıtlılık (A kümesi) ile sınırlı, tekrarlayıcı ilgi alanları ve aktiviteler (B) kümesi olmak üzere iki ana grupta değerlendirilmiştir. A kümesi; karşılıklı konuşamama, ilgilerini, duygularını paylaşamama, iletişim başlatamama ve/veya iletişime girememe, sözel ve sözel olmayan iletişim yetersizlikleri, göz teması kuramama, beden dilini anlama ve kullanma eksiklikleri, yüz ifadeleri gibi sözel olmayan iletişimlerini anlayamama, imgesel oyunlar oynama ve arkadaş edinme güçlükleri, yaşlılarıyla ilişki kurma, sürdürme ve ilişkileri anlama eksiklikleri gibi maddeleri içermektedir. B kümesi ise, basmakalıp konuşma, yineleyici motor eylemler, sıraya dizme, ekolali yapma, aynılık konusunda direnme, kısıtlı ve değişkenlik göstermeyen ilgi alanları ve duygusal girdilere karşı çok fazla veya çok az tepki gösterme gibi semptomları içermektedir. Bu semptomlar işlevsellikte belirgin sınırlılıklara ve bozulmalara neden olmaktadır. OSB tanısı için A kümesindeki ölçütlerin hepsi, B kümesindeki ölçütlerden ise en az iki tanesinin karşılanması gerekmektedir. Kişiler arası sosyal ilişkiler, iletişim/dil becerileri ve sözel ve motor eylemlerde takıntılı davranışların her birinde üç yaşından önce gelişim geriliği gözlenmesi durumunda OSB tanısı konulmaktadır (APA, 2013; Yaylacı, 2015; Yosunkaya, 2013).

1.1.3. Otizm spektrum bozukluğu tanı ve tedavi süreci

OSB semptomları bireyin çevresi tarafından fark edilmeye başlandıktan tanı konulana kadar geçen süre aileler için zorlu bir süreçtir. Doğru teşhis doğru müdahale için oldukça önemlidir. OSB tanısı iki yaşından küçük çocuklar için çok net bir biçimde konulamayabilir ancak burada önemli olan çocuğun hangi alanlarda akranlarından geride olduğunu tespit etmektir (Motavalli Mukaddes, 2017).

OSB tanısı çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları ve nörologlar tarafından konmaktadır (Aksoy ve Şahin, 2016). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabına (DSM-5) veya hastalıkların ve sağlık sorunlarının uluslararası sınıflaması (ICD-10) sistemi gibi tanı araçlarıyla birlikte uzmanlar çocuğun gelişimsel değerlendirmesini, dil ve iletişim becerilerinin, sosyal becerilerinin ve bilişsel becerilerinin değerlendirmesini yapılmaktadır. OSB tanısı koymada aileden alınan bilgiler genetik geçmişi öğrenmede, çocuğun rutinlerini ve sosyal hayattaki rolünü öğrenme açısından önem taşımaktadır (Filipek, Accardo, Ashwal, Baranek, ve Cook, 2000; Matson ve Goldin, 2014). Yapılan ilk muayeneye göre gerekli görüldüğü takdirde OSB belirtilerine yol açabilecek organik nedenleri eleme amacıyla işitme testi, göz muayenesi, EEG, MR, Bilgisayarlı Tomografi gibi testlerle birlikte tıbbi ve nörolojik muayene istenmektedir (Korkmaz, 2017 ;Motavalli Mukaddes, 2017). Bu tetkikler sonucu herhangi bir tıbbi rahatsızlık tespit edilmezse psikiyatrik değerlendirme aşamasına geçilmektedir. Bu aşamada yapılandırılmış görüşmeler ve gözlemler yapılmaktadır. Bu görüşmelerde bireyin davranışlarını, gelişimsel farklılığının olup olmadığını değerlendirme ve gelişim evrelerini belirleme amacıyla Erken Gelişim Evreleri Ölçeği (Agesand Stages Questionnaires -ASQ), Denver Gelişimsel Tarama Testi II (Denver Developmental Screening Test II - DDST-

II),Yaygın Gelişimsel Bozukluklar Tarama Testi, Çocukluk Otizmi Dereceleme Ölçeği, Sosyal Tepkisellik Ölçeği, Gilliam Otizm Dereceleme Ölçeği gibi tarama ölçekleri kullanılmaktadır (Yücesoy ve ark., 2016).

OSB tanı ve tedavisinde birçok hastalıkta olduğu gibi erken tanı ve müdahale oldukça önemlidir. OSB'nin günümüz şartlarında kesin bir tedavisi bulunmamaktadır (Şener ve Özkul, 2013). Yapılan araştırmalar, OSB tanısı almış bireylerin yapılandırılmış ve kişiselleştirilmiş özel eğitimle semptomlarında hafifleme gösterdiğini ortaya koymaktadır (Korkmaz, 2017). Özel eğitime ek olarak bilişsel-davranışçı terapiler, dil ve konuşma terapisi gibi alternatif tedavi yöntemleri bilimsel olarak etkinlikleri tartışılabilir da kullanılmaktadır (Korkmaz, 2010). Bireyin ihtiyacına göre uygulanan müdahalelerde işlevsiz davranışları azaltmak, işlevi yüksek davranışları pekiştirmek, iletişim becerilerini geliştirerek kendini ifade edebilmesini ve sosyalleşebilmesini sağlamak OSB semptomları ile başa çıkmaya önemli ölçüde katkı sağlamaktadır (Aksay, 2023).

Günümüzde OSB özgü etkinliği kanıtlanan bir ilaç bulunmamakla birlikte halihazırda OSB tedavisinde kullanılan ilaçlar öfke nöbetleri, aşırı hareketlilik, dürtüsellik, aşırı endişe ve korku gibi duygusal ve davranışsal semptomları azaltmak amacıyla kullanılmaktadır (Goel, Hong, Findling ve Ji, 2018; Hangül ve Tufan, 2022).

1.1.4. Otizm spektrum bozukluğun etiyolojisi.

Leo Kanner'ın 1943 yılında otizmin tanımını yapmasından bu zamana kadar yapılan araştırmalar sonucunda hastalığa bakış açısı değişiklik göstermiştir (Bodur ve Soysal, 2004).Günümüzde OSB etiyolojisi üzerine yapılan araştırmalarda genetik yatkınlık, nörolojik ve metabolik faktörler, epigenetik, prenatal ve postnatal etkenler,

toksik madde, psikososyal faktörler, vitamin eksikliği, antibiyotik kullanımı, prematüre doğum gibi faktörlerin birbiriyle etkileşime girmesi sonucu OSB'nin ortaya çıktığı düşünülmektedir (Gök Dağdır, Bukan,ve Bahçelioğlu, 2022). Yapılan araştırmalarda OSB tanılı bireylerin kardeşlerinde OSB görülme oranının yüksekliği ve monozigotik ikizlerde konkordans oranının yüksekliği genetik etkenlerin önemini göstermiştir (Pehlivantürk ve ark., 2003). Ancak OSB'ye neden olan gen veya genlerin henüz bulunamamış olmasına karşılık son yıllarda OSB prevalansının ciddi seviyede artması genetik faktörlerin yanı sıra çevresel faktörlerin de OSB'ye etkisinin araştırılması ciddi oranda önem kazanmıştır (Dietert, Dietertve Dewitt 2011). Doğum öncesi dönemde maruz kalınan valproik asit, misoprostol gibi kimyasallar, yardımcı üreme teknikleri sonucu oluşan gebelikler, ileri baba yaşı, annenin gebelikteki stresi, metabolik sorunları, geçirdiği enfeksiyonları gibi çevresel etkilere maruz kalan çocuklarda OSB görülme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Dietert ve ark., 2011; Previc, 2007). OSB'ye genetik yatkınlığı bulunan bireylerin çevresel faktörler ile etkileşime geçmesi OSB için tetikleyici olabileceği veya şiddetini belirleyen bir unsur olabileceği düşünülmektedir (Doenyaş, 2019).

1.1.5. Otizm spektrum bozukluğu epidemiyolojisi.

OSB yaygınlığı ile ilgili kesin bilgiler bulunmamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde OSB üzerine yapılan prevalans çalışmalarında 11 farklı eyaletten 8 yaşındaki çocuklar ele alınmış ve 2000 yılında her 160 çocuktan biri, 2014 yılında 68 çocuktan biri, 2018 yılı için ise her 59 çocuktan biri OSB tanısı aldığı bulunmuştur (Maenner ve diğerleri, 2023). Literatür tarandığında OSB yaygınlığı ile ilgili güncel bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Yalnızca 2008 yılında Tohum Otizm Vakfı'nın yürüttüğü Otizm Tarama Projesi kapsamında, Türkiye genelinde 45.000

çocuk Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği (M-CHAT) ile değerlendirilmiştir. Uygulama sonucunda, 242 çocuk orta düzeyde otizm riski taşıırken, 228 çocuk arasından 15'inin yüksek risk grubunda yer aldığı saptanmıştır. Her geçen yıl OSB tanısının daha yaygın görülüyor olmasına dair yapılan araştırmalardan birinin genişletilmiş tanı kriterleri ve hastalığın daha iyi tanınması sebebiyle olduğu düşünülmektedir (Korkmaz, 2017).

Yapılan çalışmalarda, cinsiyet açısından bakıldığında erkeklerde kızlardan üç dört kat fazla görülmekle birlikte kızlarda görülen OSB'ye sıklıkla zihinsel engellilik de eşlik etmektedir (Christensen, 2016; Loomes, Hull ve Mandy, 2017; Motavalli Mukaddes, 2017) .

OSB'nin görülme sıklığındaki artış, yalnızca tanı alan bireylerin yaşamını değil, aynı zamanda onların bakımından sorumlu olan kişilerin yaşamlarını da derinden etkilemektedir (Rankin, Haut, Keefover& Franzen,1994). OSB tanısı alan bireylerin günlük yaşamda karşılaştıkları zorluklar, çoğu zaman sürekli ve yoğun bir bakım gereksinimini beraberinde getirmektedir . Bu durum, bakım veren bireylerin fiziksel, duygusal ve sosyal anlamda önemli sorumluluklar üstlenmelerine neden olmaktadır (Nagaraju ve Wilson, 2013). Dolayısıyla OSB'li bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasında, bakım verenlerin üstlendiği rol kritik bir öneme sahiptir. Bu bağlamda, bakım verme sürecinin kapsamı ve etkileri üzerine yapılan çalışmalar, hem bireyin hem de bakım verenin ihtiyaçlarını anlamak açısından büyük önem taşımaktadır.

1.2. Bakım Verme

Fiziksel veya zihinsel bir rahatsızlık sonucunda günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen veya getirmekte zorluk yaşayan bireyin bakımını üstlenen kişiye ‘bakım veren’ denmektedir (Zarit, 2004). Bakım vermek, bireyin ilaç alımı, tedavisinin takibi gibi sağlık bakımını, yıkama, besleme, tuvalet ihtiyacını giderme, giydirme gibi kişisel bakımını, alışverişlerini yapmayı, maddi ihtiyaçlarını karşılamayı içeren kapsamlı bir süreçtir (Toseland, Smith ve Mccallion, 2001; Zarit, 2004)

Bakım verme süreci bakım veren kişi tarafından olumlu veya olumsuz şekilde algılanabilir. Bu süreç, bakım verilen kişi ile yakın ilişkilerin gelişmesi, samimiyet ve sevginin artması, maneviyatın güçlenmesi, bakım verme sürecinde anlam bulma, çevreden destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum gibi birçok olumlu duyguyu barındırabilir (Kinneyve Stephens, 1989; Toseland ve diğ., 2001). Folkman ve arkadaşları (1995) bakım verme sürecinin bakım veren ve hasta arasındaki iletişimi güçlendirebileceğini ve bu sürecin bakım verenin kendisine olan saygısının artmasına katkıda bulunabileceğini ifade etmiştir. Bunun yanı sıra, bakım veren bireyler fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan da etkilenmektedir. Bakım verme süreci, bakım veren bireylerin büyük bir kısmını, bakım verilen kişinin ihtiyaçlarını karşılamak için harcamalarına neden olmaktadır. Bu durum, bakım verenlerin kişisel ihtiyaçlarına vakit ayıramamalarına, hastalığın seyrinden kaynaklanan kaygılar nedeniyle psikolojilerinin bozulmasına, hastalıkların yol açtığı maddi yük ve bakım veren bireyin çalışamaması nedeniyle yaşanan ekonomik zorluklara yol açmaktadır (Allender ve Spradley, 2001; Kara, Gümüş ve Başbakkal, 2023; Mignor, 2000; Toseland ve diğ., 2001).

1.2.1. Bakım verme yükü.

Bakım verme yükü ilk kez 1963 yılında Grad ve Saisbury tarafından tanımlanmıştır. Bakım yükü kavramı bakım verme sürecinde oluşan fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal sorunlara karşı bakım veren bireyin algıladığı güçlüklerdir (Bayramova, 2008; Özlü, Yıldız ve Aker , 2009).

Literatürde bakım verme yükünü etkileyen çeşitli faktörlerden bahsedilmektedir. Bakım veren kişinin özel gereksinimleri olan birey ile ilişkisinin düzeyi, bakım veren bireyin yaşı, eğitim seviyesi, dini görüşü, etnik kökeni, algıları, sosyoekonomik ve sosyokültürel durumu, kişilik özellikleri, bakım verilen kişinin kişilik özellikleri ve hastalığının boyutu bakım verme yükünü etkileyen önemli etkenlerden bazılarıdır (Erdem, 2005). Bununla birlikte, bakım verme süresi de bakım yükünü etkileyen önemli faktörlerden biri olarak ele alınmaktadır. Selçuk ve arkadaşları (2016) çalışmasında, birincil bakım verenlerin bakım verme süreleri uzadıkça bakım yüklerinin arttığını ifade etmiştir.

Bakım veren bireyleri sosyoekonomik koşulları da bakım yükünü etkilemektedir. Bakım verenin kendine ait odasının olmaması, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olması gibi faktörler bakım verme yükünü etkilemektedir (Eğilli ve Sunal, 2017; İnci, 2006; Özkan, Taşçıoğlu ve Söyler, 2024). Tüm bu faktörler ve daha fazlası bakım verenlerin depresyon, uykusuzluk, sosyal izolasyon gibi durumlar duygusal açıdan karşılanması zor masraflar, iş saatlerinin azalması veya işten çıkma gibi durumlar ekonomik açıdan, sosyal aktivitelerin kısıtlanması, kendine vakit ayıramama gibi durumlar sosyal açıdan olumsuzluklara sebep olmaktadır. Bu olumsuzluklar bakım yükünü arttırarak bakım veren bireyin iyilik halini

etkilemektedir (İnci, 2006). Bakım veren bireyin bakım yükünü etkileyen faktörlerin belirlenmesi, bakım yükünün azaltılmasına yönelik yapılan müdahalelerin planlanmasında önemlidir.

1.2.2. Bakım verenlerde iyilik hali.

Bakım verme sürecinde bireyin yaşadığı zorluklar sebebiyle ciddi boyutlara ulaşabilen fiziksel ve/veya psikolojik sağlık sorunları ortaya çıkabilmektedir. Bakım veren birey kendine yeteri kadar zaman ayıramaması, stres düzeyinin yüksekliği sebebiyle uyku problemleri, kronik yorgunluk, kilo alma veya kilo verme veya mevcut koşullar sebebiyle vücudu zorlayıcı hareketlerde bulunmak zorunda kalınması sonucu psikolojik ve fiziksel işlevselliklerinde düşüş yaşayabilmektedir (Kasuya, Polgar-Baileyve Takeuchi, 2000; Toseland ve diğ., 2001). Literatürde de bakım veren bireylerin vermeyenlere kıyasla daha fazla sağlık sorunu yaşadığı ve daha fazla ilaç kullandıkları ifade edilmiştir (Vitaliano, Young ve Zhang, 2004). Örneğin, Schulze ve Rössler'in (2005) yaptığı çalışmada, bakım verme sürecinde bakım veren bireylerin öncelikle sağlık durumlarının ve genel iyilik hallerinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir.

Buna ek olarak, bakım verenlerde stres altında olmak, aile ilişkilerinde bozulma, sosyal-ekonomik zorluklar ve bakım verenin yaşadığı sağlık problemleri sebebiyle anksiyete, huzursuzluk, panik bozukluk, depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar görülebilmektedir (Williams, 1993; Toseland ve diğ., 2001).

Sonuç olarak, bakım veren bireyin yaşamış olduğu tüm bu sorunlar kişinin iyilik hali üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Demirtepe ve Bozo'nun (2009) kronik bir hastalığı olan bireylere bakım verenler ile yaptığı bir araştırmada, bireyin

temel ihtiyaçlarını karřılama ve yařamsal faaliyetlerini yerine getirebilme oranı arttıkça, genel iyilik halleri arttıđı ve depresyon seviyelerinin dūřtuđu gōrūlmūřtır. Bununla birlikte bireyin yařadıđı zorluklarla bařa ıkabilmesinde ve iyilik halinin yūkselmesinde algıladıđı sosyal desteđin önemli bir yeri olduđu vurgulanmıřtır (Demirtepe, 2008).

1.2.3. Otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocuklara bakım verme.

OSB tanısı alan bir çocuğa bakım vermek, hastalığın seviyesi, prognozu, tanının belirlenmesinde yaşanan gūlūkler, özel gereksinimlerini karşılayabilmek amacıyla aldırılan eğitimin masrafları, kişisel bakımını sağlamak, çocuğun yaşadığı sosyal gūlūkler, okul hayatına uyumunu sağlamak ve becerilerini geliştirmek aile üzerinde ciddi kaygılar yaratmaktadır (Altire ve Kluge, 2009; Van Steijn, 2013).

Bakım verenlerin hayatlarının birçok alanda olumsuz yönde etkilenmesi ve bakım vermenin ciddi bir vakit alması psikolojik açıdan da birçok sorunu beraberinde getirmektedir (Yorulmaz ve Dirik 2021). Yapılan çalışmalarda, çođu OSB tanısı alan bireylere bakım verenlerin, normal gelişim gōsteren çocuklara bakım verenlere kıyasla çocuğun gelecekte nasıl bir yaşam sūreceđine yönelik daha fazla kaygılandığı, iletişim kurmakta zorluk yaşayan çocukların istek, ihtiyaç, çocuğun yaptığı davranışları anlama ve onlarla bař etmeye çalışma gibi konularda daha fazla zorluk yaşadıkları ifade edilmiştir (Mugno ve diđ, 2007; Őstūner Top, 2009).

okyaman ve Battal (2020) tarafından yapılan araştırmada, OSB tanısı alan çocuklara bakım verenler ile Down Sendromu tanısı almış çocuklara bakım verenlerin bakım yūkleri karşılaştırıldığında OSB tanısı alan çocuklara bakım veren bireylerin bakım yūklerinin daha yūksek olduğu tespit edilmiştir. Benson ve arkadaşlarının

(2009) 3-7 yaş arası OSB tanısı alan çocuklara bakım veren ebeveynler ile yapmış olduğu bir çalışmada, ebeveynlerin kaygı, öfke ve depresif ruh hali düzeylerinin anlamlı seviyede yüksek olduğu ortaya konulmuştur. Benzer bir şekilde, Öz ve arkadaşlarının (2020) yaptığı bir çalışmada, OSB tanısı alan çocuklara bakım veren annelerin anksiyete düzeyleri arttıkça depresyon belirtilerinin de arttığı ifade edilmiştir. Ek olarak, OSB tanısı alan çocuklara bakım veren annelerde çocuğa bakım verme amacıyla işten ayrılma olasılığı, yüksek düzeyde bakım yükü, sosyal aktivitelere katılamama gibi sebeplerden dolayı annelerin yaşam kalitesi düştükçe yaşam memnuniyetlerinde de azalma olduğu görülmüştür.

OSB tanısı alan çocuklara bakım veren bireylerin karşılaştığı zorluklar, yalnızca fiziksel ve duygusal değil, aynı zamanda bilişsel ve inanç temelli süreçleri de etkilemektedir (Nursoy, 2019). Bu süreçte bakım verenlerin yaşadığı stres, kaygı, tükenmişlik ve gelecek kaygısı gibi duygusal durumlar, onların dünyayı ve yaşadıkları deneyimleri nasıl anlamlandırdıklarını da şekillendirebilir. Özellikle bireyin yaşamda karşılaştığı olayları anlamlandırma biçimi, adalet algısı ve başına gelenleri hak edip etmediğine yönelik düşünceleri, adil dünya inancı kavramı ile doğrudan ilişkilidir. Bu bağlamda, bakım sürecinde yaşanan zorlukların, bireyin adil dünya inancını nasıl etkilediği ya da bu inancın bakım verenin psikolojik iyi oluşuna nasıl katkı sağladığı incelenmeye değerdir.

1.3. Adil Dünya İnancı

Adil dünya inancı; kişinin adil bir dünyada olduğuna ve herkesin hak ettiğini yaşadığına yönelik inancıdır. İyi insanların iyiliklerle, kötü insanların kötülüklerle karşılaştığı düşüncesi bireyin adil dünya inancı ile ilişkilidir. Adil dünya inancına göre

tesadüfler yoktur dolayısıyla insanlar hak ettiklerini yaşarlar (Lerner,1980). Lerner (1965) adil dünya inancını bir yanılsama olarak tanımlar. Yanılsama olarak tanımlamasının nedeni, bireyin özünde adil olmayan dünyaya dair pozitif yanılsama sayesinde daha düzenli, yaşanabilir ve öngörülebilir bir yer olduğunu düşünmesidir. Adil dünya inancı bir durum karşısında sarsıldığında birey çeşitli yanılsamalarla birlikte inancı tehdit eden durumu daha makul ve kabul edilebilir bir hale dönüştürebilmektedir. Bu durum, ruh sağlığını koruyabilmek adına oldukça önemlidir (Goffman, 1963; Kılınç ve Torun, 2011).

Her insanın hak ettiğini yaşadığı düşüncesi tesadüf, şans gibi kontrol edilemez durumların etkisinden kurtulmaya olanak sağlayabilir (Nursoy, 2019). Bununla birlikte masum birinin başına herhangi bir şekilde kötülüklerin gelmeyeceği inancı bireyi rahatlatır (Bilgin, 2003). Örneğin; Ritter, Benson ve Synder (1990) tarafından adil dünya inancı ve depresyon üzerine yapılan araştırmada, adil dünya inancı kuvvetli olan insanlarda depresif özelliklerin daha az görüldüğüne yönelik bulgular elde edilmiştir. Bir başka çalışmada, demans hastalarına bakım veren bireylerin adil dünya inancı arttıkça depresyona yakalanma riskinin azaldığı görülmüştür. Bu sonuç, adil dünya inancının ruh sağlığının koruyucu faktörlerinden biri olduğunu desteklemektedir (Kıral, 2011).

Adil bir dünya inancı insanlar için temel bir ihtiyaçtır (Lerner,1980). Yaşanan adaletsizlikler karşısında adil dünya inancı güçlü olan bireyler kendilerini kurban olarak görüp adalet inançlarını sorgulamak yerine ruh sağlıklarını korumak için bilişsel savunma mekanizmaları üretirler (Correia ve Dalbert, 2008). Adalet inancının gelişimi çocukluk çağında başlar. Adalet inancının gelişiminde bireyin yaşadıkları veya başka

birinin başına gelenlere tanık olmak büyük ölçüde önemlidir. Tanık olunan adaletsizlikler adil dünya inancını zedeler bu sebeple bireyler dünya adaletini sorgulamaya başlar (Göregenli, 2003). Çocukluk çağında çocuğun ailesi ve yakın çevresi tarafından gerçekleştirilen örselenme, yetişkinlik çağına da taşınarak bireyin adil dünya inancını zedelemektedir (Calhoun, Cann, Tedeschi ve McMillan, 1998; Terr, 1991).

Adil dünya inancı genel adil dünya inancı ve bireysel adil dünya inancı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. *Genel adil dünya inancı*, dünyanın diğer insanlara karşı ne kadar adil olduğu olarak tanımlanırken; *bireysel adil dünya inancı*, dünyanın bireyin kendisine karşı ne kadar adil olduğu şeklinde tanımlanır (Dalbert ve Siegler, 1993). Yapılan araştırmalarda, bireysel adil dünya inancının genel adil dünya inancına kıyasla bireyin iyilik hali ile daha fazla ilişkili olduğu ifade edilmiştir (Uğur ve Akgün, 2015). Lipkus, Dalbert ve Siegler (1996) tarafından yapılan bir araştırmada, bireysel adil dünya inancı azaldıkça bireylerin stres ve depresyon seviyelerinin arttığı; bu inanç arttıkça yaşam doyumu ve iyilik halinin de arttığı tespit edilmiştir.

1.3.1. Otizm spektrum bozukluğunda bakım veren annelerin adil dünya inançları.

OSB'nin bilinmeyen yönleri ve aynı zamanda bireydeki zorlukların yoğunluğu, bakım veren kişiler üzerinde büyük bir stres yaratmaktadır (Zeydan ve Yılmaz, 2023). Pek çok anne- baba, bebekleri olacağı haberini ilk aldıkları andan itibaren bebekleri ile ilgili hayaller kurar ve bu hayallerde sıklıkla çocuğun bir hastalığı veya gelişimsel bozukluğu olmayacağı varsayılır. Ebeveynlerin karşılaştığı gerçek durum hayalleri ile uyumlu olmadığında ebeveynlerde “yas” görülebilir. (Motavalli Mukaddes, 2017). Çocuğun tanı aldığı ilk zamanlarda bazı anneler şok olmuş, inancını

kaybetmiş, durumu inkar eden bir tutum takınırken, bazı anneler korku ve kayıp hissedebilirler. Bu duygular sağlıklı çocuk imajının kaybından sonra yaşanan yas belirtileridir (Cameron, Dodson ve Day, 1991).

Aileler çocuklarının OSB tanısı aldığını öğrendikten sonra “Ben bunu hak edecek ne yaptım?”, “Neden bizim çocuğumuz?”, “Önceden yaptıklarımın cezasını çekiyorum.” gibi soruları kendilerine sorabilirler. Bu düşünceler ebeveynlerin dünyanın adaletine karşı olan inançlarını sarsmamak için ortaya çıkar. Çocuğun mevcut durumunu kabul ile birlikte ebeveynler kendilerinin masum olduğunu anladığında bilişsel çelişkiler meydana çıkabilir ve adil dünya inançları sınanabilir (Otto, Glasser, ve Dalbert, 2009).

Alan yazını incelendiğinde OSB tanısı alan çocukların anneleri ve adil dünya inançları üzerine sınırlı sayıda araştırma yapıldığı görülmüştür. Bunlardan biri olan Nursoy (2019) tarafından yapılan araştırmanın sonuçlarına göre, OSB tanısı almış çocuğuna bakım veren annelerin öfke, ümitsizlik gibi duygusal yükleri arttıkça, adil dünya inançlarının da azaldığı tespit edilmiştir.

1.3.2. Adil dünya inancı’nın sosyal destek ve bakıcı iyilik hali ile ilişkisi.

Bir çocuğa OSB tanısı konulduktan sonra bu durumdan sadece çocuk değil, bakımını üstlenen tüm yakın çevresi etkilenmektedir. Aileler sosyal, ekonomik, psikolojik açıdan birçok zorlukla karşı karşıya kalmaktadır (Cecove Memik, 2017; Ünlü ve Gökler, 2021). Bu süreç içerisinde ailenin aldığı sosyal destek oldukça önemlidir. Kişiye ve zamana bağlı olarak ihtiyacın türü farklı olmakla birlikte aileler eş, arkadaş, anne-baba, akraba, komşu, profesyonel destek gibi çeşitli kaynaklardan sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadır (Küçükler, 2001; Ünlü ve Gökler, 2021).

Literatürde , çevresinden sosyal destek gören OSB tanılı çocuklara bakım veren annelerin daha düşük düzeyde depresyon belirtileri gösterdikleri görülmüştür (Gray ve Holden, 1992). Aynı zamanda, çocuk ile daha fazla zaman geçiren ve eşinden sosyal destek alamayan bakım veren annelerin partnerine oranla daha fazla kaygılı olduğu ifade edilmiştir (Boyd, 2002). Şener'in (2021) yaptığı araştırmada, OSB tanısı almış çocuklara bakım veren kişilerin algıladıkları sosyal desteğin yüksek olmasının, adil dünya inancı üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur.

Bu bulgulara benzer şekilde yapılan araştırmalar kaygı ve psikolojik olarak iyi olma hali ile adil dünya inancı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir (Kılınç ve Torun, 2011;Uğur ve Akgün, 2015). Adil dünya inancının varlığı ruh sağlığını korumaya yardımcı olmaktadır (Dalbert vd., 2001). Yapılan çalışmalarda adil dünya inancı ile iyimserlik, stresle baş etme, kaliteli uyku arasında ilişki olduğu ifade edilmiştir (Rosenblatt ve Greenberg, 1991;Tomako ve Blascovich, 1994)

Adil dünya inancı, bakım verenlerin yaşadıkları zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olurken, sosyal destek de bu sürece önemli katkı sağlar (Dalbert vd., 2001). Sosyal destek, stresli durumlarla başa çıkmada ve psikolojik iyilik halini korumada etkilidir (Akman, 2006). OSB tanılı çocuklara bakım veren ailelerin sosyal desteğe ihtiyaç duyduğu bir süreçte, bu destek adil dünya inancı ile birleşerek, kaygı düzeylerini azaltabilir ve iyilik hallerini güçlendirebilir. Bu nedenle, sosyal destek, bakım verenlerin ruhsal sağlıkları üzerinde iyileştirici bir etki yaratabilir.

1.4. Sosyal Destek

Sosyal destek stresli ve zorlu yaşam olaylarında eş, aile, arkadaş gibi bireyin çevresindeki kişiler tarafından sağlanan maddi ve manevi destek olarak ifade

edilmektedir (Eker ve Arkar, 1995). Sosyal destek, bireyin yaşadığı bir krizin ve/veya hayatındaki ciddi değişikliklerin olumsuz sonuçlarının azaltılmasında ve bu duruma uyum sağlamasında, psikolojik sağlığın korunmasında önemli bir faktördür (Kaner, 2004).

1.4.1. Sosyal destek türleri.

Cohen ve Wills (1985) sosyal desteği dört ana başlıkta değerlendirmiştir. Bunlardan ilki, duygusal destektir. *Duygusal destek*; sevgi, anlayış, empatik anlayış ile yaklaşma, korunma gibi duygusal gereksinimleri karşılayan destek türüdür. *Araçsal destek* ise kişinin ihtiyacını karşılayabileceği para yardımı ve/veya araç- gereç yardımı gibi daha materyal yardımlardır. Üçüncü sosyal destek türü ise *bilgisel destektir*. Bilgisel destek, kişinin yaşadığı bir problemde sıkıntılarla baş edebilme yöntemlerine ilişkin bilgiler veya başvurabileceği kaynaklar hakkında bilgilendirmelerdir. Son olarak, *eşlik etme desteği* ise kişinin boş vakitlerinde vakit geçirebileceği, eğlenebileceği, rahatlayacağı ve/veya yapacağı işlerde kendisine eşlik edebilecek birilerinin varlığı şeklinde tanımlanan destek türüdür (Krespi, 1993).

Verilen sosyal desteğin türü ne olursa olsun çoğunlukla bireyler üzerinde olumlu etkileri vardır. Alan yazını tarandığında, en yararlı sosyal destek türünün duygusal destek olduğuna dair çeşitli çalışmalar vardır (Cohen ve Syme, 1985; Holahanve Moos, 1986; Taylor ve Friedman, 2007). Ancak, hangi sosyal destek türünün daha etkili olduğu bireyin ihtiyacına, mevcut duruma ve şartlara, destek verilecek kişiye göre değişiklik göstermektedir (Dakof ve Taylor, 1990; Taylor ve Friedman, 2007)

1.4.2. Sosyal desteğin niceliksel ve niteliksel boyutları.

Sosyal desteğin niteliksel ve niceliksel olmak üzere iki boyutu vardır. Sosyal desteğin nicel boyutu bireyin ilişki içerisinde olduğu ve ihtiyaç durumunda bireye destek olabilecek kişi sayısı ile açıklanmaktadır. Sosyal desteğin yapısal özelliklerini açıklarken ağ büyüklüğü ve ağ yoğunluğu kavramları üzerinde durulmaktadır. Ağ büyüklüğü, kişinin doğrudan iletişim içerisinde olduğu kişi sayısıdır. Ağ yoğunluğu ise sosyal destek ağı içerisinde bulunan kişilerin birbirleriyle etkileşime geçme düzeyidir. Ağ üyeleri arasındaki gerçek ilişki sayısını temsil etmektedir (Barrera ve Ainley, 1983; Kazak ve Marvin, 1984).

Sosyal desteğin niteliksel boyutu ise bireyin yaşadığı olumlu veya olumsuz deneyimleri ve duygularını paylaşabileceği, yakın bir bağ kurduğu kişilerin varlığıdır. Bu boyutta sosyal ilişkilerin önemi ve derinliğine vurgu yapılır (Cohen ve Wills, 1985; Kanner, 2004).

1.4.3. Sosyal desteğin sağlık üzerindeki etkileri.

Cohen ve Wills (1985) sosyal destek ve sağlık arasındaki ilişkiyi açıklama amacıyla temel etki modeli ve tampon modelini öne sürmüşlerdir. *Temel etki modeline* göre, sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki vardır. Bireyin çevresinden aldığı sosyal desteğin psikolojik ve fiziksel sağlık üzerine fayda sağladığına, ait olma duygusu sağlayarak destek alan bireyin yaşam doyumunun arttırabildiğine ve sosyal destek eksikliğinde kişinin sağlığının olumsuz etkileneceğine değinilmiştir (Cohen ve Wills,1985).

Sosyal desteğin *tampon modeline* göre ise desteğin amacı stres verici olayın olumsuzluklarını azaltarak ruh sağlığının korunmasına yardımcı olmaktır. Bu modele

göre, stresör olmadığı koşullarda sosyal destek eksikliği bireyin psikolojik ve fizyolojik sağlığında olumsuzluklara yol açmaz. Ancak, herhangi bir stresör varlığında sosyal desteğin varlığı birey ile yaşanan olumsuz durum arasında tampon görevi görerek, stresin zararlı etkilerini azaltma işlevi görür (Cohen ve Wills,1985).

1.4.4. Otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocuklara bakım veren ebeveynlerde algılanan sosyal destek ile verilen sosyal destek arasındaki ilişki.

Gelişimsel, fiziksel, duygusal ve bilişsel alanlarda yetersizlik yaşayan çocuklara uzun süre bakım veren anne ve babalar karşılaştırıldığında, duygusal ve fiziksel etkilerin genellikle birincil bakım veren annelerde daha fazla olduğu bildirilmiştir (Murphy, Christian, Caplin, ve Young, 2007). Çocuğun yetersizliklerini gidermede anne diğer bakım verenlere kıyasla çocuğuna daha fazla vakit ayırmakta ve aktif görev almaktadır (Bilal ve Dağ, 2005; Tekinalp, 2001). Bu durum, bakım veren annelerde bakıcı yükü yaratmaktadır. Şentürk ve Varol Saraçoğlu (2013), anneler ile yaptığı çalışmada engelli çocuğu olan annelerin normal gelişim gösteren çocukların annelerine kıyasla maddi ve manevi daha çok zorluk yaşadığını ve daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir. Ayrıca sosyal destek alan annelerin çocuklarıyla daha iyi vakit geçirdiği, benlik saygılarının yüksek, stres ve depresyon seviyelerinin düşük olduğunu ifade etmişlerdir. Karadağ (2009) tarafından yapılan çalışmada, engelli çocuklara bakım veren annelerin yeterli sosyal destek alamadığı tespit edilmiştir. Benzer bir şekilde, Kurt ve arkadaşları (2008) tarafından zihinsel engelli çocuklara bakım veren anne babalarla yapılan araştırmada ebeveynlerin çevrelerinden yeterli oranda sosyal destek görmedikleri bildirilmiştir.

Literatüre bakıldığında engelli veya yetersizlikleri olan çocuklara bakım veren ailelerin algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça ebeveynlerin çocuklarına karşı daha

olumlu bir tutum sergiledikleri, çocukla oyun oynama esnasında daha pozitif bir yaklaşım içinde bulundukları ve buna bağlı olarak çocuğun daha olumlu davranışlar sergilediğini göstermektedir. Başka bir deyişle ebeveynlerin olumlu tutumu ile çocuğun davranış problemlerinde azalmalar görüldüğü belirtilmektedir (Dunst, Trivette ve Cross, 1986). Zihinsel yetersizliği olan 104 çocuğun annesi ile yapılan bir çalışmada, annelerin algıladıkları sosyal destek ile bu destekten memnuniyet düzeyleri arttıkça algıladıkları bakım yükünde ve stres düzeylerinde azalma görülmüştür. Buna bağlı olarak, annelerin bakım yükü azaldıkça yaşam doyumları ve verdikleri bakımın kalitesinin arttığı ifade edilmiştir (Sivrikaya ve Tekinarslan, 2013).

Özkubar ve arkadaşlarının (2014) araştırmasına göre, OSB tanısı almış çocuğa birincil bakım veren ebeveynler, çocuklarının bakımına ve psikolojik destek ihtiyaçlarına yönelik yakın çevrelerinden sosyal destek alırken, maddi anlamda yeterli desteği alamadıklarını belirtmişlerdir. Alan yazını incelendiğinde, ebeveynlerin çocuklarına bakım verebilmek için işlerinden ayrıldıkları görülmektedir. OSB tanısı almış çocukların bakım gereksinimlerinin, normal gelişim gösteren çocuklara göre daha fazla olması (Jarbrink, Fombonne ve Knapp, 2003) ve eğitim masraflarının karşılanmasının güçleşmesi, ebeveynlerin maddi destek gereksinimlerinin daha yüksek olabileceğini göstermektedir (Broach, Heather, Potter, ve Prior, 2003; Meadan ve diğ., 2010).

Sanders ve Morgan (1997) tarafından yapılan bir çalışmada, OSB tanısı almış çocukların annelerinin, diğer gelişimsel bozukluklar gösteren çocukların annelerine kıyasla stres seviyelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Boyd, 2002). OSB tanısı almış çocuğa bakım veren ailelere ve bu çocuklara sağlanan sosyal destek,

ailelerin dirençlerini artırarak kendilerini önemli ve değerli hissetmelerini sağlar. Bu da, ailelerin endişe ve stres seviyelerini düşürür. Sonuç olarak, hem aileler hem de çocuk, karşılaştıkları zorlukları daha kolay aşabilir (Ersoy ve Çürük, 2009). Bu süreçte aileye verilecek sosyal destek, olumsuz durumların yarattığı güçlüklerin önüne geçilmesinde, ailenin bu güçlüklerle baş edebilmesinde, fiziksel ve ruh sağlığını korumasında ve yaşam kalitesinin artmasında önemli bir rol oynamaktadır (Canarslan ve Ahmetoğlu, 2015; Ersoy ve Çürük, 2009).



İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Amaç ve Hipotezler

Literatür, Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) tanısı alan çocukların oranının günden güne arttığını göstermektedir (Demirkaya, 2019). Bu artışa paralel olarak, OSB tanısı alan çocuklara bakım veren annelerin oranı da artmaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, OSB tanısı alan çocuklara bakım veren annelerin adil dünya inançları üzerine sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Aynı zamanda her ne kadar algılanan sosyal destek, verilen sosyal destek ve bakıcı iyiliği kavramları üzerine yapılan ayrı ayrı çalışmalar olsa da birbirleriyle olan ilişkilerini inceleyen araştırmaların da sınırlı olduğu tespit edilmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda bu araştırmanın amacı, OSB tanısı almış çocuklara bakım veren annelerin adil dünya inançları ile algıladıkları sosyal desteğin, verdikleri sosyal destek ve iyilik halleri arasındaki ilişkiyi inceleyerek alan yazına katkıda bulunmak, OSB tanısı almış çocuklara bakım veren annelerin bu süreçte yaşadıkları zorluklara dair algılarını anlayabilmektir. Ayrıca OSB tanısı almış çocukların anneleri ile çalışan ruh sağlığı uzmanları için de elde edilen sonuçların yol gösterici olması amaçlanmaktadır. Bu amaç dahilinde çalışmada ele alınan temel hipotezler şunlardır:

Hipotez 1. Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı alan bireylere bakım veren annelerin adil dünya inançları ve algıladıkları sosyal desteğin verdikleri sosyal destek ve iyilik halleri üzerinde yordayıcı etkisi vardır.

Hipotez 1.a. Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı alan bireylere bakım veren annelerin adil dünya inançlarının verdikleri sosyal destek yordayıcı etkisi vardır.

Hipotez 1.b. Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı alan bireylere bakım veren annelerin adil dünya inançlarının iyilik halleri üzerinde yordayıcı etkisi vardır.

Hipotez 1.c. Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı alan bireylere bakım veren annelerin algıladıkları sosyal desteğin verdikleri sosyal destek üzerinde yordayıcı etkisi vardır.

Hipotez 1.d. Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı alan bireylere bakım veren annelerin algıladıkları sosyal desteğin iyilik halleri üzerinde yordayıcı etkisi vardır.

Hipotez 2. Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı alan bireylere bakım veren annelerin algıladıkları sosyal destek ile iyilik halleri üzerinde Kişisel Adil Dünya İnancının aracı etkisi vardır.

Bu hipotezlerin yanında çalışmada değişkenlerin birbirleri ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler de incelenmiştir.

2.2. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Analizler

Kategorik değişkenler (demografik özellikler) için tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde olarak sunulmuştur. Nümerik değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunun kontrolü “Shapiro-Wilk Testi” ile yapılmıştır. Nümerik değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri normal dağılım gösteren veriler için ortalama $\pm$ standart sapma ($\bar{X} \pm SSX \pm SS$), normal dağılım göstermeyen veriler için medyan (min-max) değerleri verilmiştir.

Normal dağılıma sahip olan bağımsız iki grup karşılaştırılması “Bağımsız Örneklem T Testi” ile, normal dağılıma sahip olmayan bağımsız iki grup

karşılaştırması ise “Mann-Whitney U Testi” ile yapılmıştır. Normal dağılıma sahip olan bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırılması “Tek Yönlü ANOVA Testi” ile, normal dağılıma sahip olmayan ikiden fazla grup karşılaştırması ise “Kruskal-Wallis H Testi” ile yapılmıştır. Çoklu karşılaştırma testlerinde homojen normal dağılıma sahip olan gruplar için “Tukey Testi”, heterojen normal dağılıma sahip olan gruplar için “Tamhane Testi” ve normal dağılıma sahip olmayan gruplar için ise “Homojen Alt Kümeler Testi” kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırma testlerinin sonuçları ortalamaların ve medyanların yanında harfli gösterim şeklinde ifade edilmiştir.

Nümerik değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi normal dağılım gösteren veriler için “Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı” ile, normal dağılım göstermeyen veriler için ise “Spearman’s Sıra Farkları Korelasyon Katsayısı” ile belirlenmiştir. Korelasyon katsayısının yorumunda “ $<0,2$ ise çok zayıf derecede korelasyon”, “ $0,2-0,4$ arasında ise zayıf derecede korelasyon”, “ $0,4-0,6$ arasında ise orta derecede korelasyon”, “ $0,6-0,8$ arasında ise yüksek derecede korelasyon”, “ $0,8>$ ise çok yüksek derecede korelasyon” kriterleri kullanılmıştır (Choi ve ark., 2010).

Değişkenler arası etkinin test edilmesinde “Çoklu Regresyon Analizi” kullanılmıştır. Aracılık analizi, iki değişken arasındaki ilişki bilinirken başka değişken ya da değişkenlerin bir rolünün var olup olmadığını sınamak için kullanılan eşsiz bir istatistiksel yaklaşımdır. Çalışmada aracılık analizi için yapısal eşitlik modellemesi kullanılmıştır.

Çalışmada tüm hesaplamalarda ve yorumlamalarda istatistik anlamlılık düzeyi “ $p<0,05$, $p<0,01$, $p<0,001$ ” olarak dikkate alınmış ve hipotezler çift yönlü olarak

kurulmuştur. Verilerin istatistiksel analizi “SPSS v27 (IBM Inc., Chicago, IL, USA)” paket programında yapılmıştır.

Bu bölümde katılımcılara, veri toplama araçlarına verilerin toplanma yöntemine ve toplanan verileri değerlendirme amacıyla yapılan istatistiksel analizlere ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

2.3. Araştırma Evreni ve Örneklem

Bu çalışmanın örneklemini İstanbul ilinde (Kadıköy, Maltepe, Fatih, Beykoz, Beylikdüzü ve Bahçelievler) çeşitli özel eğitim ve rehabilitasyon merkezine OSB teşhisi ile başvuran, 2-7 yaş aralığında çocuğu olan, minimum bir aydır eğitim gören, çocuğun bakımından sorumlu, ölçekleri doldurmayı kabul eden, herhangi bir anlama ve algılama sorunu olmayan bakım verenler oluşturmaktadır. Araştırmaya başlamadan önce, örneklem sayısının uygulanacak analize göre yeterliliğini ölçen G-Power analizi uygulanmış ve 164 katılımcıya ulaşılması önerilmiştir. Araştırma sürecinde 14 kurumdan 214 katılımcıya seçkisiz bir şekilde ulaşılmış ancak ölçekleri 160 katılımcı tamamlayabilmiştir.

2.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür bilgisine dayalı olarak hazırlanan bakım veren için demografik bilgi formu, Verilen Sosyal Destek Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Adil Dünya İnancı Ölçeği ve Bakıcı İyilik Ölçeği ile toplanmıştır. Ölçekler katılımcılara yüz yüze uygulanmıştır. Araştırmaya katılan tüm katılımcılara veri toplama araçları sunulmadan önce bilgilendirilmiş onam formuyla birlikte sözlü olarak da bilgi verilmiştir.

2.4.1. Bilgilendirilmiş onam formu (EK A).

Araştırmacı tarafından hazırlanan onam formunda çalışmanın Acıbadem Üniversitesi Klinik psikoloji yüksek lisans programı kapsamında yürütülen bir yüksek lisans tezi olduğu ve araştırmanın amacı hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Ayrıca çalışmanın süresine, ölçek sayısına, katılımcının araştırmaya katılmama veya araştırmaya başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğuna ve çalışma sonuçlarının anonim bir şekilde kullanılacağına dair bilgiler yer almaktadır.

2.4.2. Sosyodemografik bilgi formu (EK B).

Araştırmacı tarafından amaca uygun betimsel bilgi elde etmek amacıyla hazırlanan sosyodemografik bilgi formunda bakım veren anne ve OSB tanısı almış çocuk ile ilgili çoktan seçmeli ve açık uçlu sorular olmak üzere toplamda 29 adet soru bulunmaktadır. Bu sorularda bakım veren annenin yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sayısı, mesleği, gelir düzeyi, tıbbi ve psikiyatrik öyküsü, günde ortalama kaç saatlerini bakım vermeye ayırdıkları, bakmakla yükümlü başka birilerinin olup olmadığı, çevresinden destek alıp almadığı, destek alıyorsa desteğin türü, çocuğun ne zaman tanı aldığı, özel eğitim saatleri, çocuğun tıbbi durumu gibi sorular bulunmaktadır.

2.4.3. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ASDÖ) (EK C).

Bu araştırmada, OSB tanısı alan çocuklara bakım veren annelerin algıladıkları sosyal destek düzeylerini belirleme amacıyla Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği katılımcılara sunulmuştur. Ölçek, Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe uyarlaması ilk olarak Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin tutarlılık ve güvenilirliği değerlendirildiğinde Cronbach alfa

katsayıları .77-.92 olarak bulunmuştur. Eker, Arkar ve Yıldız (2001) yılında yaptığı tekrar gözden geçirme çalışmasında geçerlilik ve güvenilirliği, faktör yapısı incelenmiştir. Cronbach alfa değerleri tüm ölçek için .89, aile alt boyutu için .85, arkadaş alt boyutu için .88 olarak belirtilmiştir (Eker ve Arkar, 1995; Eker ve Arkar, 2001). Ölçek aile alt boyutu, arkadaş alt boyutu, diğer önemli kişi alt boyutu olmak üzere üç alt boyut barındırmaktadır. Her alt boyut için 4 madde bulunmaktadır. Aile alt boyutu 3, 4, 8 ve 11. maddelerde, arkadaş alt boyutu 6, 7, 9, ve 12. maddelerde, diğer önemli kişi alt boyutu 1, 2, 5 ve 10. maddelerde ölçülmüştür. Bu çalışmada ise ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiş olup, toplam ölçek için 0,839; aile alt boyutu için 0,606; arkadaş alt boyutu için 0,721; diğer önemli kişi alt boyutu için 0,739 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, ölçeğin ve alt boyutlarının yeterli düzeyde güvenilirlik sağladığını göstermektedir.

2.4.4. Bakıcı iyilik ölçeği (BİO) (EK D).

Bakıcı iyilik ölçeği, Tebb (1995) tarafından kronik hastalığı bulunan çocuk veya yetişkinlere bakım veren bireylerin temel ihtiyaçlarını anlama ve bu ihtiyaçları ne derecede karşıladığını belirleme amacıyla geliştirilmiştir. Ardından Berg-Weger, Rubio ve Tebb (2000) tarafından farklı bakıcı gruplarıyla da çalışmalar yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Demitepe ve Bozo (2009) tarafından yapılmıştır. Ölçek, temel ihtiyaçlar ve yaşamsal faaliyetler olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Temel ihtiyaçlar boyutu, 22 maddeden oluşmakta olup fiziksel ihtiyaçlar, duyguları ifade etme, kişisel gelişim gibi ihtiyaçları temsil etmektedir. Ölçeğin orijinal çalışmasında temel ihtiyaçlar alt boyutu iç tutarlılık .91 olarak bulunmuştur. Bu çalışma için Cronbach alfa değerleri; toplam için 0,920, özsaygı ve itibar için 0,885, duyguları ifade etme ve fiziksel ihtiyaçların karşılanması için 0,826, güvenlik için ise

0,707 olarak bulunmuştur. Yaşamsal faaliyetler alt boyutu ise 23 maddeden oluşmakta olup, yiyecek satın alma, egzersiz yapma, ev işleri yapma, kariyerine devam etme, yeni hobiler edinmek gibi ihtiyaçları temsil etmektedir. Ölçeğin orijinal çalışmasında alt boyutun iç tutarlılık katsayısı .81 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışma için Cronbach alfa değerleri toplamda 0,857; kendine ayrılan zaman ve boş zamanları değerlendirme için 0,803; ev işleri için 0,777; destek için 0,925 ve özbakım için 0,599 olarak belirlenmiştir. Bu güvenilirlik değerleri, ölçeğin Türkçe versiyonunun bakım verenlerin temel ihtiyaçlar ve yaşamsal faaliyetler alanlarındaki iyilik halini ölçmede yeterli düzeyde tutarlı ve geçerli olduğunu göstermektedir.

2.4.5. Verilen sosyal destek ölçeği (VSDÖ) (EK E).

Bu araştırmada, OSB tanısı alan çocuklara bakım veren annelerin çocuklarına verdikleri sosyal destek düzeyini inceleme amacıyla Verilen Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır. Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri (SDVDE), Barrera, Sandler ve Ramsay tarafından 1981 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, Erol (2008) tarafından da Türkçeye uyarlanmıştır. Verilen sosyal destek ölçeği 40 maddelik SDVDE'ye dayanarak Aktaş ve Sertel-Berk (2012) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, duygusal (VSDÖ-D), bilgisel (VSDÖ-B) ve araçsal (VSDÖ-A) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Verilen Sosyal Destek Ölçeğinde, 1, 3, 4, 6, 11, 14, 21 ve 25. maddeler 76 VSDÖ-A alt boyutu; 8, 10, 12, 16, 17, 22 ve 23. maddeler ise VSDÖ-B alt boyutunu; 2, 5, 7, 9, 13, 15, 18, 19, 20 ve 24. maddeler VSDÖ-D alt boyutunu olmak üzere toplam 25 sorudan oluşmaktadır. Alt boyutların Cronbach Alfa değerleri incelendiğinde, VSDÖ-A için .80, VSDÖ-D için .86 ve VSDÖ-B için (7 madde) .82, toplam ölçek içinse .91'dir (Aktaş ve Sertel-Berk, 2012). Alt boyutların ve toplam ölçeğin güvenilirlik analizinde elde edilen Cronbach Alfa değerleri ise sırasıyla;

Verilen Sosyal Destek Ölçeği toplamı için 0,950, araçsal destek alt boyutu için 0,835, bilgisel destek alt boyutu için 0,880 ve duygusal destek alt boyutu için 0,875 olarak bulunmuştur. Bu değerler ölçeğin yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir.

2.4.6. Adil dünya inancı ölçeği (ADİO) (EK F).

Adil Dünya İnancı Ölçeği, Dalbert (1999) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması ise Göregenli (2003) tarafından yapılmıştır. Ölçek genel ve bireysel adil dünya inancı olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Adil Dünya İnancı Ölçeği, genel adil dünya inancı ölçeği altı madde, bireysel adil dünya inancı ölçeği yedi madde olmak üzere toplam 13 maddeden oluşmaktadır (Göregenli, 2003).

Dalbert (1999) tarafından bireysel adil dünya inancı ölçeğinin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .86 olarak hesaplanmıştır. Göregenli (2003) ise yaptığı çalışmada Cronbach Alfa güvenirlik katsayısını .85 olarak bildirmiştir. Genel adil dünya inancı ölçeğinin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı Dalbert (1999) tarafından .78 olarak, Göregenli (2003) ise .69 olarak hesaplamıştır. Bu çalışmada, Adil Dünya İnancı Ölçeği'nin alt boyutları olan Kişisel Adil Dünya İnancı ve Genel Adil Dünya İnancı için elde edilen Cronbach Alfa değerleri sırasıyla 0,815 ve 0,802 olup, bu sonuçlar ölçeğin tutarlı ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

2.5. İşlem

Araştırma Acıbadem Üniversitesi ve Acıbadem Sağlık Kuruluşları Tıbbi Araştırma Etik Kurulu'ndan (ATADEK) onay aldıktan sonra araştırmanın ilk aşaması olarak İstanbul ilinde bulunan 2-7 yaş aralığındaki OSB tanısı almış çocuklara hizmet

veren özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerini tespit etmek olmuştur. Ardından, tespit edilen kurumlarla iletişime geçilmiş ve araştırmanın detaylarından bahsedilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden kurumlara belirli gün ve saatte gidilerek veya kurum psikoloğu işbirliğinde 2-7 yaş aralığında OSB tanısı alan çocuklara bakım veren gönüllü katılımcılarla görüşmeler yapılmış ve veriler yüzyüze toplanmıştır. Veri toplama aşaması Eylül 2023- Şubat 2024 tarihleri arasında yapılmış olup, toplamda 11 tane Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi'nden veriler toplanmıştır. Araştırmada gizliliği sağlayabilmek amacıyla katılımcıların ve bakım verdikleri çocukların isim-soyisim bilgilerine yer verilmemiş, bunun yerine her katılımcıya protokol numarası verilerek veriler değerlendirilmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun 160 katılımcı ile yürütülen araştırmanın hipotezlerine ilişkin elde edilen bulgular sunulmaktadır.

3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Dair Betimsel Bilgiler

Bu araştırmada yer alan katılımcıların sosyo-demografik bulgularının tanımlayıcı istatistikleri Tablo1’de verilmiştir. Buna göre katılımcıların yaş ortalamalarının 35 olduğu, %48’inin üniversite eğitim düzeyine sahip olduğu, %97’sinin evli olduğu, %53’ünün çalışmadığı, %51’inin ev hanımı olduğu, %55’inin orta gelir durumuna sahip olduğu, %59’unun özel mülkte ikamet ettiği ve %47’sinin eş ve iki çocuğu ile yaşadığı görülmüştür.

Tablo 1.*Katılımcıların sosyo-demografik bulgularının tanımlayıcı istatistikleri*

	Ort.	SS
Yaş	35,32	4,76
	N	%
Eğitim Durumu		
Okur-yazar	8	5,0
İlkokul	25	15,6
Lise	50	31,3
Üniversite	77	48,1
Medeni Durum		
Evli	155	96,9
Bekar	1	0,6
Dul	1	0,6
Boşanmış	3	1,9
Çalışma Durumu		
Bakım verme sebebiyle çalışmıyor	33	20,6
Çalışmıyor	85	53,1
Tam zamanlı çalışıyor	36	22,5
Yarı zamanlı çalışıyor	6	3,8
Meslek		
Memur	33	20,6
Özel sektör	34	21,3
Serbest meslek	8	5,0
Ev hanımı	82	51,2
Emekli	3	1,9
Gelir Durumu		
Düşük	55	34,4
Orta	88	55,0
Yüksek	17	10,6
İkamet Edilen Ev Durumu		
Kira	65	40,6
Özel mülk	95	59,4
İkamet Edilen Birey Durumu		
Aile bireyleri ile	3	1,9
Çocuğu ile	4	2,5
Eş ve 1 çocuğu ile	54	33,8
Eş ve 2 çocuğu ile	73	45,6
Eş ve 3 çocuğu ile	21	13,1
Eş ve 4 çocuğu ile	5	3,1

Araştırmaya katılan bireylerin çocuk ve çocuk sağlık bulgularının tanımlayıcı istatistikleri Tablo 2’de verilmiştir. Bu tabloya göre katılımcıların %76,9’unun erkek OSB çocuğu olduğu; OSB çocuk tanı zaman ortalamalarının 3,29 yıl olduğu, özel eğitim süresi ortalamalarının 26,47 ay olduğu, haftalık özel eğitim süresi ortalamalarının 6,73 saat olduğu, %75’inin gelişme gözlemlediği, %35,6’sının sağlık gideri sorunu yaşadığı, %49,1’inin eğitim giderleri sorunu yaşadığı, %60,6’sının OSB raporu olduğu, %14,4’ünün tıbbi hastalığının olduğu bulunmuştur.

Tablo 2.*Katılımcıların çocuk ve çocuk sağlık bulgularının tanımlayıcı istatistikleri*

Çocuk Sayısı	N	%
1 çocuk	58	36,2
2 çocuk	75	46,9
3 çocuk	24	15,0
4 çocuk	3	1,9
OSB Çocuk Yaşı (yıl) ($\bar{X} \pm SS$)	4,86$\pm$1,59	
OSB Çocuk Cinsiyeti		
Erkek	123	76,9
Kız	37	23,1
OSB Çocuk Tanı Zamanı (yıl) ($\bar{X} \pm SS$)	3,29$\pm$1,54	
Özel Eğitim Süresi (ay) ($\bar{X} \pm SS$)	26,47$\pm$18,03	
Haftalık Özel Eğitim Süresi (saat) ($\bar{X} \pm SS$)	6,73$\pm$6,44	
Gelişme Gözlem Durumu		
Evet, gözlemliyorum	120	75,0
Bazen gözlemliyorum	35	21,9
Hayır, yeterince gözlemleyemiyorum	5	3,1
Sağlık Gideri Sorunu Yaşama Durumu		
Evet	57	35,6
Hayır	103	64,4
Yaşanan Sağlık Sorunu Durumu*		
Sağlık ve ilaç giderleri	13	22,8
Eğitim giderleri	28	49,1
Psikiyatri giderleri	4	7,0
Ek besin giderleri	3	5,3
Ekonomik	17	29,8
OSB Rapor Durumu		
Evet	97	60,6
Hayır	63	39,4
Çocuğun Tıbbi Hastalığının Varlığı Durumu		
Var	23	14,4
Yok	137	85,6

Araştırmada yer alan katılımcıların psikiyatrik bulgularının tanımlayıcı istatistikleri Tablo 3'te verilmiştir. Araştırmadaki annelerin %16,9'unun psikiyatrik geçmişi olduğu, %11,9'unun psikiyatrik ilaç kullandığı, psikiyatrik ilaç kullanma süresi ortalamalarının 16,42 ay olduğu ve %11,2'sinin psikolojik destek aldığı bulunmuştur.

Tablo 3.

Katılımcıların psikiyatrik tanı durumlarına ait tanımlayıcı istatistikleri

Psikiyatrik Tanı Geçmişi Olma Durumu	N	%
Evet	27	16,9
Hayır	133	83,1
Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu		
Evet	19	11,9
Hayır	141	88,1
Psikiyatrik İlaç Kullanma Süresi (ay) ($\bar{X} \pm SS$)	16,42 $\pm$ 11,63	
Psikolojik Destek Alma Durumu		
Evet	18	11,2
Hayır	142	88,8

Araştırmaya katılan bireylerin bakım verme bulgularının tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4'te verilmiştir. Bu istatistikler incelendiğinde, %28,7'sinin başka kişilere de bakım verdiği, %91,3'ünün diğer çocuğuna bakım verdiği, %38,1'inin 19-24 saat arası bakım verdiği, %66,3'ünün bakım süresinin olumsuz etki yaşattığını belirttiği, %44,4'ünün ailesinde başka bakım veren kişi olduğu, %70,4'ünün ailesinde başka bir bakım veren kişi olduğu ve %63,4'ünün ebeveynlerinin bakıma destek olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.*Bireylerin bakım verme bulgularının tanımlayıcı istatistikleri*

Bakım Verilen Başka Kişi Olma Durumu	N	%
Var	46	28,7
Yok	114	71,3
Bakım Verilen Diğer Kişi durumu*		
Diğer çocuk	42	91,3
Ebeveynler (Abla, Anneanne, Babaanne)	6	13,1
Bakım Verme Süresi		
1-6 saat arası	28	17,5
7-12 saat arası	38	23,8
13-18 saat arası	33	20,6
19-24 saat arası	61	38,1
Bakım Süresinin Olumsuz Etki Yaşatma Durumu		
Evet	106	66,3
Hayır	54	33,8
Ailede Başka Bakım Veren Kişi Olma Durumu		
Evet	71	44,4
Hayır	89	55,6
Ailede Başka Bakım Veren Kişi Sayısı		
1 kişi	50	70,4
2 kişi	12	16,9
3 kişi	7	9,9
4 kişi	2	2,8
Ailede Bakım Vermeye Yardımcı Olan Kişi Durumu		
Eş	44	62,0
Ebeveynler (Abla, Anne, Baba, Anneanne, Dede, Babaanne)	45	63,4
Diğer (Teyze, Amca, Bakıcı, Hala, Yeğen)	9	11,2

3.2. Çalışmadaki Ölçek Puanlarına Ait Betimsel Bilgiler

Katılımcıların bu çalışmada kullanılan ölçeklerden aldıkları ortalama puanlar, standart sapma değerleri, medyan ve minimum-maksimum değerler Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5.

Çalışmada kullanılan ölçek puanlarının medyan, ortalama, standart sapma değerleri ve minimum, maksimum değerleri

	Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$
ASDÖ – AIL ¹	16 (4-28)	16,31±7,3 9
ASDÖ – ARK ²	16 (4-28)	17,47±6,7 4
ASDÖ – DOK ³	20 (4-28)	19,23±6,1 3
ASDÖ Toplam	51 (12-84)	53,01±17, 81
BIÖ-Tİ – ÖSİ	31 (9-45)	30,53±8,1 8
BIÖ-Tİ – DIFIK	30 (9-45)	29,92±6,9 8
BIÖ-Tİ – GUV	13 (4-20)	12,96±4,1 8
BIÖ-Tİ Toplam	72,5 (22-110)	73,40±17, 53
BIÖ-YF – KABZ	34 (13-65)	35,89±12, 01
BIÖ-YF – Eİ	21 (5-25)	20,15±4,5 0
BIÖ-YF – DSK	6 (2-10)	6,25±2,57
BIÖ-YF – ÖB	8 (2-10)	7,80±1,93
BIÖ-YF Toplam	69 (24-110)	70,09±17, 07
VSDÖ-A	25 (8-40)	25,09±7,6 3
VSDÖ-B	26 (7-35)	24,73±7,3 4
VSDÖ-D	36 (10-50)	35,23±9,5 6
VSDÖToplam	87 (25-125)	85,04±23, 33
K-ADİÖ Toplam	19 (7-35)	18,84±4,9 7
G-ADİÖ Toplam	18 (6-30)	18,26±4,7 3

(ASDÖ-AIL¹: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Aile; ASDÖ-ARK²: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Arkadaş; ASDÖ – DOK: Diğer Önemli Kişi; ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; BIÖ-Tİ – ÖSİ: Özsaygı ve İtibar; BIÖ-Tİ – DIFIK: Duyguları İfade Etme ve Fiziksel İhtiyaçların Karşıllanması; BIÖ-Tİ – GUV: Güvenlik; BIÖ-Tİ: Bakıcı İyilik Ölçeği – Temel İhtiyaçlar; BIÖ-YF – KABZ: Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme; BIÖ-YF – Eİ: Ev İşleri; BIÖ-YF – DSK: Destek; BIÖ-YF – ÖB: Özbakım; BIÖ-YF: Bakıcı İyilik Ölçeği – Yaşamsal Faaliyetler; VSDÖ-A: Araçsal; VSDÖ-B: Bilgisel; VSDÖ-D: Duygusal; VSDÖ: Verilen Sosyal Destek Ölçeği; K-ADİÖ: Kişisel – Adil Dünya İnancı Ölçeği; G-ADİÖ: Genel – Adil Dünya İnancı Ölçeği)

3.3. Araştırmaya Ait İstatistiksel Bulgular

Bu bölümde, OSB tanısı alan bireylere bakım veren annelerin adil dünya inançları, algıladıkları sosyal destek, verdikleri sosyal destek ve iyilik halleri arasındaki ilişkileri test etmeye yönelik gerçekleştirilen analizlerin bulgularına yer verilmiştir

3.3.1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması.

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına göre ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo6'da verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına göre ASDÖ'nün "Arkadaş" alt faktör, ASDÖ toplam, BİÖ-Tİ'nin "Duyguları İfade Etme ve Fiziksel İhtiyaçların Karşıllanması" alt faktör ve ADİÖ'nün "Genel Adil Dünya İnancı Ölçeği" toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (sırasıyla $H=10.343$, $p<.05$; $H=9.577$, $p<0.05$; $F=3.584$, $p<.05$; $F=3.667$, $p<.05$). Sonuçlar incelendiğinde, ASDÖ'nün "Arkadaş" alt faktör ve "ASDÖ Toplam" puanlarında üniversite ve lise eğitim düzeyine sahip bireyler, ilkokul eğitim düzeyine sahip bireylere göre, BİÖ-Tİ'nin "Duyguları İfade Etme ve Fiziksel İhtiyaçların Karşıllanması" alt faktör puanlarında üniversite eğitim düzeyine sahip bireylerin, okur-yazar ve ilkokul eğitim düzeyine sahip bireylere göre, ADİÖ'nün "Genel Adil Dünya İnancı Ölçeği" toplam puanlarında ilkokul eğitim düzeyine sahip bireyler, lise eğitim düzeyine sahip bireylere göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 6.

Bireylerin eğitim durumlarına göre ASDÖ alt faktör ve toplam, BIÖ-Tİ ve BIÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	Test İstatistiği
ASDÖ-AİL ¹	Okur-yazar	13,5 (4-28)	H=5,154
	İlkokul	13 (4-28)	
	Lise	18,5 (4-28)	
	Üniversite	18 (4-28)	
Arkadaş	Okur-yazar	14 ^{ab} (10-25)	H=10,343*
	İlkokul	13 ^a (4-28)	
	Lise	17,5 ^b (7-28)	
	Üniversite	18 ^b (6-28)	
Diğer Önemli Kişi	Okur-yazar	16,5 (6-28)	H=5,345
	İlkokul	18 (4-28)	
	Lise	22 (4-28)	
	Üniversite	20 (6-28)	
ASDÖ Toplam	Okur-yazar	43 ^{ab} (20-81)	H=9,577*
	İlkokul	41 ^a (12-84)	
	Lise	54 ^b (22-84)	
	Üniversite	54,5 ^b (22-84)	
Özsaygı ve İtibar	Okur-yazar	28,38 $\pm$ 8,85	F=0,840
	İlkokul	28,56 $\pm$ 11,01	
	Lise	31,16 $\pm$ 7,31	
	Üniversite	30,97 $\pm$ 7,61	
Duyguları İfade Etme ve Fiziksel İhtiyaçların Karşılanması	Okur-yazar	26,63 $\pm$ 4,66 ^a	F=3,584*
	İlkokul	26,48 $\pm$ 8,79 ^a	
	Lise	30,34 $\pm$ 7,05 ^{ab}	
	Üniversite	31,10 $\pm$ 6,08 ^b	
Güvenlik	Okur-yazar	10,63 $\pm$ 3,74	F=2,245
	İlkokul	11,56 $\pm$ 5,16	
	Lise	13,34 $\pm$ 4,22	
	Üniversite	13,40 $\pm$ 3,72	
Temel İhtiyaçlar Toplam	Okur-yazar	65,63 $\pm$ 13,72	F=2,309
	İlkokul	66,60 $\pm$ 23,88	
	Lise	74,84 $\pm$ 16,55	
	Üniversite	75,48 $\pm$ 15,53	
Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme	Okur-yazar	27 (23-57)	H=6,931
	İlkokul	29 (13-61)	
	Lise	33 (16-62)	
	Üniversite	38 (13-65)	
Ev İşleri	Okur-yazar	21 (5-25)	H=2,862
	İlkokul	20 (7-25)	
	Lise	21,5 (9-25)	
	Üniversite	22 (5-25)	
Destek	Okur-yazar	5 (4-10)	H=3,458
	İlkokul	6 (2-10)	
	Lise	5,5 (2-10)	
	Üniversite	7 (2-10)	
Özbakım	Okur-yazar	8 (4-10)	H=2,175
	İlkokul	8 (2-10)	
	Lise	8 (3-10)	
	Üniversite	8 (4-10)	

Tablo 6.

Bireylerin eğitim durumlarına göre ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanlarının karşılaştırılması (Devam)

	Eğitim Durumu	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	Test İstatistiği
Yaşamsal Faaliyetler	Okur-yazar	61 (41-102)	H=7,340
	İlkokul	63 (24-102)	
	Lise	66,5 (38-107)	
	Üniversite	73 (34-110)	
Araçsal	Okur-yazar	25,13 $\pm$ 5,19	F=0,395
	İlkokul	23,92 $\pm$ 7,78	
	Lise	24,72 $\pm$ 7,84	
	Üniversite	25,70 $\pm$ 7,73	
Bilgisel	Okur-yazar	25 (18-32)	H=0,563
	İlkokul	24 (7-35)	
	Lise	24,5 (8-35)	
	Üniversite	26 (7-35)	
Duygusal	Okur-yazar	36,5 (22-41)	H=0,953
	İlkokul	35 (12-50)	
	Lise	36,5 (13-50)	
	Üniversite	36 (10-50)	
VSDÖ Toplam	Okur-yazar	90 (58-101)	H=0,959
	İlkokul	85 (28-125)	
	Lise	86 (29-122)	
	Üniversite	89 (25-125)	
Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği	Okur-yazar	18,38 $\pm$ 6,02	F=0,679
	İlkokul	19,56 $\pm$ 4,75	
	Lise	18,08 $\pm$ 5,01	
	Üniversite	19,14 $\pm$ 4,94	
Genel Adil Dünya İnancı Ölçeği	Okur-yazar	18,00 $\pm$ 4,00 ^{ab}	F=3,667*
	İlkokul	20,84 $\pm$ 5,06 ^b	
	Lise	17,10 $\pm$ 5,08 ^a	
	Üniversite	18,19 $\pm$ 4,19 ^{ab}	

F: Tek Yönlü ANOVA Testi; H: Kruskal-Wallis H Testi

* $p < .05$

a, b: Ortak harfe sahip olmayan ortalamalar ve medyanlar arasındaki fark anlamlıdır ($p < .05$)

Araştırmaya katılan bireylerin gelir durumlarına göre ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 7’de verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin gelir durumlarına göre ASDÖ’nün “Aile”, “Arkadaş”, “Diğer Önemli Kişi” alt faktör ve “ASDÖ Toplam” puanları, BİÖ-Tİ’nin “Güvenlik”

alt faktör puanları, BİÖ-YF'nin "Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme", "Destek" alt faktör ve "BİÖ-YF Toplam" puanları, VSDÖ'nün "Araçsal" alt faktör puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (sırasıyla $H=12.064$, $p<.01$; $H=17.880$, $p<.001$; $H=12.986$, $p<.01$; $H=19.596$, $p<.001$; $H=10.811$, $p<.01$; $H=13.025$, $p<.01$; $H=7.060$, $p<.05$; $H=11.649$, $p<.01$; $F=3.440$, $p<.05$). Sonuçlar incelendiğinde, ASDÖ'nün "Aile", "Arkadaş", "Diğer Önemli Kişi" alt faktör ve "ASDÖ Toplam" puanlarında, BİÖ-YF'nin "Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme", "Destek" alt faktör ve "BİÖ-YF Toplam" puanlarında, VSDÖ'nün "Araçsal" alt faktör puanlarında yüksek ve orta gelir düzeyine sahip bireyler, düşük gelir düzeyine sahip bireylere göre, BİÖ-Tİ'nin "Güvenlik" alt faktör puanlarında ise orta ve düşük gelir düzeyine sahip bireyler, yüksek gelir düzeyine sahip bireylere göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 7.

Bireylerin gelir durumlarına göre ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

	Gelir Durumu	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	Test İstatistiği
Aile	Düşük	13 ^a (4-28)	H=12,064**
	Orta	19 ^b (4-28)	
	Yüksek	19 ^b (4-28)	
Arkadaş	Düşük	13 ^a (4-28)	H=17,880***
	Orta	18 ^b (6-28)	
	Yüksek	20 ^b (8-28)	
Diğer Önemli Kişi	Düşük	17 ^a (4-28)	H=12,986**
	Orta	21,5 ^b (6-28)	
	Yüksek	22 ^b (10-28)	
ASDÖ Toplam	Düşük	42 ^a (12-84)	H=19,596***
	Orta	55,5 ^b (20-84)	
	Yüksek	63 ^b (28-84)	
Özsaygı ve İtibar	Düşük	29,69 $\pm$ 8,81	F=1,222
	Orta	30,52 $\pm$ 8,07	
	Yüksek	33,24 $\pm$ 6,23	
Duyguları İfade Etme ve Fiziksel İhtiyaçların Karşılanması	Düşük	27 (15-45)	H=4,936
	Orta	30 (9-45)	
	Yüksek	32 (17-41)	
Güvenlik	Düşük	12 ^a (4-20)	H=10,811**
	Orta	13 ^a (4-20)	
	Yüksek	15 ^b (10-20)	
Temel İhtiyaçlar Toplam	Düşük	70,35 $\pm$ 19,34	F=2,366
	Orta	73,91 $\pm$ 16,67	
	Yüksek	80,65 $\pm$ 13,79	
Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme	Düşük	29 ^a (13-63)	H=13,025**
	Orta	36 ^b (13-65)	
	Yüksek	41 ^b (25-65)	
Ev İşleri	Düşük	21 (9-25)	H=3,220
	Orta	21 (5-25)	
	Yüksek	23 (13-25)	
Destek	Düşük	5 ^a (2-10)	H=7,060*
	Orta	6 ^b (2-10)	
	Yüksek	8 ^b (3-10)	
Özbakım	Düşük	8 (3-10)	H=0,802
	Orta	8 (2-10)	
	Yüksek	8 (4-10)	
Yaşamsal Faaliyetler	Düşük	64 ^a (37-108)	H=11,649**
	Orta	69 ^b (24-108)	
	Yüksek	76 ^b (52-110)	
Araçsal	Düşük	22,98 $\pm$ 7,36 ^a	F=3,440*
	Orta	26,01 $\pm$ 7,66 ^b	
	Yüksek	27,12 $\pm$ 7,24 ^b	
Bilgisel	Düşük	23 (7-35)	H=3,042
	Orta	27 (7-35)	
	Yüksek	25 (10-35)	

Tablo 7.

Bireylerin gelir durumlarına göre ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanlarının karşılaştırılması (Devam)

	Gelir Durumu	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	Test İstatistiği
Duygusal	Düşük	35 (12-50)	H=1,299
	Orta	37,5 (10-50)	
	Yüksek	36 (14-50)	
VSDÖ Toplam	Düşük	80 (28-125)	H=3,652
	Orta	90,5 (25-125)	
	Yüksek	93 (34-125)	
Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği	Düşük	17,65 $\pm$ 4,55	F=2,888
	Orta	19,66 $\pm$ 5,08	
	Yüksek	18,41 $\pm$ 5,18	
Genel Adil Dünya İnancı Ölçeği	Düşük	18,05 $\pm$ 4,16	F=0,589
	Orta	18,57 $\pm$ 5,21	
	Yüksek	17,29 $\pm$ 3,85	

F: Tek Yönlü ANOVA Testi; H: Kruskal-Wallis H Testi

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

a, b: Ortak harfe sahip olmayan ortalamalar ve medyanlar arasındaki fark anlamlıdır ($p < .05$)

Araştırmaya katılan bireylerin sağlık gideri sorunu yaşama durumlarına göre ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 8’de verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin sağlık gideri sorunu yaşama durumlarına göre ASDÖ’nün “Diğer Önemli Kişi” alt faktör ve “ASDÖ Toplam” puanları ve BİÖ-Tİ’nin “Güvenlik” alt faktör puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur(sırasıyla $U=2095$, $p < .01$; $U=2348$, $p < .05$; $U=1957.5$, $p < .001$). Sonuçlar incelendiğinde, ASDÖ’nün “Diğer Önemli Kişi” alt faktör ve “ASDÖ Toplam” puanlarında ve BİÖ-Tİ’nin “Güvenlik” alt faktör puanlarında sağlık gideri sorunu yaşamayan bireyler, sağlık gideri sorunu yaşayan bireylere göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 8.

Bireylerin sağlık gideri sorunu yaşama durumlarına göre ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

	Sağlık Gideri Sorunu Yaşama Durumu	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	Test İstatistiği
Aile	Evet	14 (4-28)	U=2592
	Hayır	18 (4-28)	
Arkadaş	Evet	15 (4-28)	U=2494
	Hayır	17 (4-28)	
Diğer Önemli Kişi	Evet	17 (7-28)	U=2095**
	Hayır	22 (4-28)	
ASDÖ Toplam	Evet	46 (24-84)	U=2348*
	Hayır	55 (12-84)	
Özsaygı ve İtibar	Evet	29,86 $\pm$ 8,31	t=-0,764
	Hayır	30,89 $\pm$ 8,13	
Duyguları İfade Etme ve Fiziksel İhtiyaçların Karşılansması	Evet	28,56 $\pm$ 7,21	t=-1,844
	Hayır	30,67 $\pm$ 6,77	
Güvenlik	Evet	12 (4-20)	U=1957,5***
	Hayır	14 (4-20)	
Temel İhtiyaçlar Toplam	Evet	69,84 $\pm$ 18,52	t=-1,926
	Hayır	75,37 $\pm$ 16,72	
Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme	Evet	33 (13-62)	U=2433,5
	Hayır	35 (13-65)	
Ev İşleri	Evet	20 (9-25)	U=2548,5
	Hayır	22 (5-25)	
Destek	Evet	6 (2-10)	U=2885
	Hayır	6 (2-10)	
Özbakım	Evet	8 (3-10)	U=2881,5
	Hayır	8 (2-10)	
Yaşamsal Faaliyetler	Evet	67,40 $\pm$ 15,50	t=-1,489
	Hayır	71,58 $\pm$ 17,77	
Araçsal	Evet	23,70 $\pm$ 7,47	t=-1,718
	Hayır	25,85 $\pm$ 7,65	
Bilgisel	Evet	24 (7-35)	U=2580
	Hayır	26 (7-35)	
Duygusal	Evet	36 (12-50)	U=2772,5
	Hayır	37 (10-50)	
VSDÖ Toplam	Evet	82 (28-125)	U=2577,5
	Hayır	90 (25-125)	
Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği	Evet	17,96 $\pm$ 4,91	t=-1,661
	Hayır	19,32 $\pm$ 4,97	
Genel Adil Dünya İnancı Ölçeği	Evet	18,05 $\pm$ 4,26	t=-0,404
	Hayır	18,37 $\pm$ 4,99	

t: Bağımsız Örneklem T Testi; U: Mann-Whitney U Testi

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

Araştırmaya katılan bireylerin OSB rapor durumlarına göre ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 9’da verilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin OSB rapor durumlarına göre ASDÖ'nün "Aile", "Arkadaş", "Diğer Önemli Kişi" alt faktör ve "ASDÖ Toplam" puanları, BİÖ-Tİ'nin "Güvenlik" alt faktör ve BİÖ-YF'nin "Destek" alt faktör puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (sırasıyla $U=2310$, $p<.01$; $U=2371$, $p<.05$; $U=2341.5$, $p<.05$; $U=2248$, $p<.01$; $U=2298.5$, $p<.01$; $U=2303.5$, $p<.05$). Sonuçlar incelendiğinde, ASDÖ'nün "Aile", "Arkadaş", "Diğer Önemli Kişi" alt faktör ve "ASDÖ Toplam" puanlarında, BİÖ-Tİ'nin "Güvenlik" alt faktör ve BİÖ-YF'nin "Destek" alt faktör puanlarında çocuğu OSB raporu olmayan bireyler, çocuğu OSB raporu olan bireylere göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 9.

Bireylerin OSB rapor durumlarına göre ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

	OSB Rapor Durumu	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	Test İstatistiği
Aile	Evet	15 (4-28)	U=2310**
	Hayır	18 (4-28)	
Arkadaş	Evet	16 (4-28)	U=2371*
	Hayır	18 (7-28)	
Diğer Önemli Kişi	Evet	18 (4-28)	U=2341,5*
	Hayır	22 (6-28)	
ASDÖ Toplam	Evet	48 (12-84)	U=2248**
	Hayır	54 (22-84)	
Özsaygı ve İtibar	Evet	29,96 $\pm$ 8,59	t=-1,087
	Hayır	31,40 $\pm$ 7,49	
Duyguları İfade Etme ve Fiziksel İhtiyaçların Karşılansması	Evet	29,30 $\pm$ 7,22	t=-1,398
	Hayır	30,87 $\pm$ 6,54	
Güvenlik	Evet	12 (4-20)	U=2298,5**
	Hayır	14 (6-20)	
Temel İhtiyaçlar Toplam	Evet	71,53 $\pm$ 18,32	t=-1,688
	Hayır	76,29 $\pm$ 15,93	
Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme	Evet	34 (13-65)	U=2794,5
	Hayır	34 (13-65)	
Ev İşleri	Evet	21 (5-25)	U=3020
	Hayır	22 (9-25)	
Destek	Evet	6 (2-10)	U=2303,5*
	Hayır	8 (2-10)	
Özbakım	Evet	8 (2-10)	U=2858
	Hayır	8 (3-10)	
Yaşamsal Faaliyetler	Evet	69,00 $\pm$ 16,79	t=-1,006
	Hayır	71,78 $\pm$ 17,48	
Araçsal	Evet	24,97 $\pm$ 7,52	t=-0,243
	Hayır	25,27 $\pm$ 7,87	
Bilgisel	Evet	27 (7-35)	U=2535
	Hayır	23 (8-35)	
Duygusal	Evet	39 (10-50)	U=2628
	Hayır	33 (13-50)	
VSDÖ Toplam	Evet	90 (25-125)	U=2737
	Hayır	80 (29-125)	
Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği	Evet	18,64 $\pm$ 5,01	t=-0,625
	Hayır	19,14 $\pm$ 4,94	
Genel Adil Dünya İnancı Ölçeği	Evet	17,94 $\pm$ 4,85	t=-1,055
	Hayır	18,75 $\pm$ 4,53	

t: Bağımsız Örneklem T Testi; U: Mann-Whitney U Testi

*p<.05; **p<.01

Araştırmaya katılan bireylerin psikiyatrik geçmişi olma durumlarına göre ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör

ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 10'da verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin psikiyatrik geçmişi olma durumlarına göre VSDÖ'nün "Araçsal", "Bilgisel", "Duygusal" alt faktör ve "VSDÖ Toplam" puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (sırasıyla $t=-3.105$, $p<.01$; $U=1065$, $p<.001$; $U=1093$, $p<.01$; $U=1087$, $p<.01$). Sonuçlar incelendiğinde, VSDÖ'nün "Araçsal", "Bilgisel", "Duygusal" alt faktör ve "VSDÖ Toplam" puanlarında psikiyatrik geçmişi olmayan bireyler, psikiyatrik geçmişi olan bireylere göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 10.

Bireylerin psikiyatrik geçmişi olma durumlarına göre ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

	Bakım Veren Annenin Psikiyatrik Geçmişi Olma Durumu	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	Test İstatistiği
Aile	Evet Hayır	15 (4-28) 16 (4-28)	U=1547
Arkadaş	Evet Hayır	15 (4-28) 16 (4-28)	U=1541,5
Diğer Önemli Kişi	Evet Hayır	19 (4-28) 21 (4-28)	U=1586,5
ASDÖ Toplam	Evet Hayır	48 (12-84) 51 (20-84)	U=1566
Özsaygı ve İtibar	Evet Hayır	29 (11-45) 32 (9-45)	U=1496,5
Duyguları İfade Etme ve Fiziksel İhtiyaçların Karşılanması	Evet Hayır	28,44 $\pm$ 7,10 30,22 $\pm$ 6,94	t=-1,206
Güvenlik	Evet Hayır	13 (5-20) 13 (4-20)	U=1568
Temel İhtiyaçlar Toplam	Evet Hayır	69,30 $\pm$ 16,48 74,23 $\pm$ 17,67	t=-1,338
Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanların Değerlendirme	Evet Hayır	33 (16-56) 34 (13-65)	U=1512,5
Ev İşleri	Evet Hayır	22 (9-25) 21 (5-25)	U=1784,5
Destek	Evet Hayır	6 (2-10) 6 (2-10)	U=1528
Özbakım	Evet Hayır	8 (2-10) 8 (2-10)	U=1760
Yaşamsal Faaliyetler	Evet Hayır	66,44 $\pm$ 16,47 70,83 $\pm$ 17,15	t=-1,221
Araçsal	Evet Hayır	21,04 $\pm$ 8,00 25,91 $\pm$ 7,32	t=-3,105**
Bilgisel	Evet Hayır	22 (8-32) 26 (7-35)	U=1065***
Duygusal	Evet Hayır	30 (14-46) 38 (10-50)	U=1093**
VSDÖ Toplam	Evet Hayır	68 (34-110) 90 (25-125)	U=1087**
Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği	Evet Hayır	20,30 $\pm$ 5,40 18,54 $\pm$ 4,85	t=1,682
Genel Adil Dünya İnancı Ölçeği	Evet Hayır	18,11 $\pm$ 4,59 18,29 $\pm$ 4,78	t=-0,174

t: Bağımsız Örneklem T Testi; U: Mann-Whitney U Testi

p<.01; *p<.001

Araştırmaya katılan bireylerin bakım süresinin olumsuz etki yaşatma durumlarına göre ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

Tablo 11’de verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin bakım süresinin olumsuz etki yaşatma durumlarına göre ASDÖ’nün “Arkadaş”, “Diğer Önemli Kişi” alt faktör ve “ASDÖ Toplam” puanları, BİÖ-Tİ’nin “Özsaygı ve İtibar”, “Duyguları İfade Etme ve Fiziksel İhtiyaçların Karşılanması”, “Güvenlik” alt faktör ve “BİÖ-Tİ Toplam” puanları, BİÖ-YF’nin “Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme” alt faktör ve “BİÖ-YF Toplam” puanları ve ADİÖ’nün “Genel Adil Dünya İnancı Ölçeği” toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur(sırasıyla $U=1987, p<.01$; $U=1704.5, p<.001$; $U=2007, p<.01$; $U=1903, p<.001$; $U=2081, p<.01$; $U=1988.5, p<.01$; $U=1841, p<.001$; $U=2189.5, p<.05$; $U=2230, p<.05$; $t=-2.446, p<.05$). Sonuçlar incelendiğinde, ASDÖ’nün “Arkadaş”, “Diğer Önemli Kişi” alt faktör ve “ASDÖ Toplam” puanlarında, BİÖ-Tİ’nin “Özsaygı ve İtibar”, “Duyguları İfade Etme ve Fiziksel İhtiyaçların Karşılanması”, “Güvenlik” alt faktör ve “BİÖ-Tİ Toplam” puanlarında, BİÖ-YF’nin “Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme” alt faktör ve “BİÖ-YF Toplam” puanlarında ve ADİÖ’nün “Genel Adil Dünya İnancı Ölçeği” toplam puanlarında bakım süresinin olumsuz etki yaşatmadığını belirten bireyler, bakım süresinin olumsuz etki yaşattığını belirten bireylere göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 11.

Bireylerin bakım süresinin olumsuz etki yaşatma durumlarına göre ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

	Bakım Süresinin Olumsuz Etki Yaşatma Durumu	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	Test İstatistiği
Aile	Evet Hayır	15,5 (4-28) 19,5 (4-28)	U=2329
Arkadaş	Evet Hayır	16 (4-28) 20,5 (6-28)	U=1987**
Diğer Önemli Kişi	Evet Hayır	18 (4-28) 23 (4-28)	U=1704,5***
ASDÖ Toplam	Evet Hayır	48,5 (12-84) 60,5 (20-84)	U=2007**
Özsaygı ve İtibar	Evet Hayır	29 (11-45) 35 (9-45)	U=1903***
Duyguları İfade Etme ve Fiziksel İhtiyaçların Karşılansması	Evet Hayır	29 (15-45) 31,5 (9-45)	U=2081**
Güvenlik	Evet Hayır	12 (4-20) 15,5 (4-20)	U=1988,5**
Temel İhtiyaçlar Toplam	Evet Hayır	69,5 (34-110) 86 (22-110)	U=1841***
Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme	Evet Hayır	33 (13-63) 40 (13-65)	U=2189,5*
Ev İşleri	Evet Hayır	21 (9-25) 21,5 (5-25)	U=2659,5
Destek	Evet Hayır	6 (2-10) 7,5 (2-10)	U=2396
Özbakım	Evet Hayır	8 (3-10) 9 (2-10)	U=2460,5
Yaşamsal Faaliyetler	Evet Hayır	67 (37-108) 76,5 (24-110)	U=2230*
Araçsal	Evet Hayır	24,78 $\pm$ 7,35 25,69 $\pm$ 8,20	t=-0,706
Bilgisel	Evet Hayır	25 (7-35) 26 (7-35)	U=2697,5
Duygusal	Evet Hayır	35 (12-50) 38 (10-50)	U=2629,5
VSDÖ Toplam	Evet Hayır	86,5 (28-125) 90,5 (25-125)	U=2667,5
Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği	Evet Hayır	18,37 $\pm$ 4,91 19,76 $\pm$ 5,02	t=-1,684
Genel Adil Dünya İnancı Ölçeği	Evet Hayır	17,61 $\pm$ 4,40 19,52 $\pm$ 5,13	t=-2,446*

t: Bağımsız Örneklem T Testi; U: Mann-Whitney U Testi

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

Araştırmaya katılan bireylerin ailede başka bakım veren kişi olma durumlarına göre ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 12’te verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin ailede başka bakım veren kişi olma

durumlarına göre ASDÖ'nün "Diğer Önemli Kişi" alt faktör ve "ASDÖ Toplam" puanları ve BİÖ-YF'nin "Destek" alt faktör puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (sırasıyla $U=2351, p<.01$; $U=2398, p<.01$; $U=2419, p<.05$). Sonuçlar incelendiğinde, ASDÖ'nün "Diğer Önemli Kişi" alt faktör ve "ASDÖ Toplam" puanlarında ve BİÖ-YF'nin "Destek" alt faktör puanlarında ailesinde başka bakım veren kişi olan bireyler, ailede başka bakım veren kişi olmayan bireylere göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.



Tablo 12.

Bireylerin ailede başka bakım veren kişi olma durumlarına göre ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

	Ailede Başka Bakım Veren Kişi Olma Durumu	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	Test İstatistiği
Aile	Evet	18 (4-28)	U=2627
	Hayır	15 (4-28)	
Arkadaş	Evet	18 (6-28)	U=2649
	Hayır	15 (4-28)	
Diğer Önemli Kişi	Evet	22 (11-28)	U=2351**
	Hayır	18 (4-28)	
ASDÖ Toplam	Evet	57 (24-84)	U=2398**
	Hayır	46 (12-84)	
Özsaygı ve İtibar	Evet	30,73 $\pm$ 7,57	t=0,286
	Hayır	30,36 $\pm$ 8,67	
Duyguları İfade Etme ve Fiziksel İhtiyaçların Karşılanması	Evet	30,77 $\pm$ 6,41	t=1,389
	Hayır	29,24 $\pm$ 7,37	
Güvenlik	Evet	13 (5-20)	U=3146
	Hayır	13 (4-20)	
Temel İhtiyaçlar Toplam	Evet	74,49 $\pm$ 15,83	t=0,703
	Hayır	72,53 $\pm$ 18,81	
Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme	Evet	34 (18-65)	U=2943,5
	Hayır	34 (13-65)	
Ev İşleri	Evet	21 (5-25)	U=3085
	Hayır	21 (5-25)	
Destek	Evet	7 (2-10)	U=2419*
	Hayır	5 (2-10)	
Özbakım	Evet	8 (3-10)	U=3159
	Hayır	8 (2-10)	
Yaşamsal Faaliyetler	Evet	72 (34-108)	U=2778
	Hayır	67 (24-110)	
Araçsal	Evet	25,35 $\pm$ 7,60	t=0,391
	Hayır	24,88 $\pm$ 7,70	
Bilgisel	Evet	25 (7-35)	U=2929
	Hayır	26 (7-35)	
Duygusal	Evet	36 (10-50)	U=3069,5
	Hayır	37 (12-50)	
VSDÖ Toplam	Evet	87 (25-125)	U=3114
	Hayır	87 (28-125)	
Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği	Evet	19,41 $\pm$ 4,66	t=1,300
	Hayır	18,38 $\pm$ 5,18	
Genel Adil Dünya İnancı Ölçeği	Evet	17,79 $\pm$ 4,08	t=-1,117
	Hayır	18,63 $\pm$ 5,19	

t: Bağımsız Örneklem T Testi; U: Mann-Whitney U Testi

*p<.05; **p<.01

3.4. Çalışmanın Ana Değişkenleri ile Sosyo-Demografik Özellikler Arasındaki İlişkiler

Bu başlık altında öncelikle katılımcıların ölçek puanları ile sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişkilere yer verilmiş ardından ölçek puanlarının kendi aralarındaki ilişkiler sunulmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, OSB çocuk yaşı, OSB çocuk tanı zamanı, özel eğitim süresi ve haftalık özel eğitim süresi) ile ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmiş ve sonuçlar Tablo 13'te verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin yaşları ile BİÖ-Tİ'nin "Duyguları İfade Etme ve Fiziksel İhtiyaçların Karşılanması" alt faktör puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı çok zayıf bir korelasyon olduğu bulunmuştur ($s=0.188, p<.05$). (Tablo 13).

Araştırmaya katılan bireylerin OSB çocuk yaşları ile BİÖ-Tİ'nin "Duyguları İfade Etme ve Fiziksel İhtiyaçların Karşılanması" alt faktör, BİÖ-YF'nin "Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme", "Özbakım" alt faktör ve "BİÖ-YF Toplam" puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı çok zayıf bir korelasyon olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $s=0.160, p<.05$; $s=0.197, p<.05$; $s=0.156, p<.05$; $s=0.192, p<.05$) (Tablo 13).

Araştırmaya katılan bireylerin OSB çocuk tanı zamanları BİÖ-YF'nin "Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme" alt faktör ve "BİÖ-YF Toplam" puanları arasında sırasıyla istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde anlamlı çok zayıf korelasyon olduğu bulunmuştur ($r=0.160, p<.05$; $r=0.163, p<.05$). (Tablo 13).

Araştırmaya katılan bireylerin özel eğitim süreleri ile BİÖ-Tİ'nin "Duyguları İfade Etme ve Fiziksel İhtiyaçların Karşılanması" alt faktör ve "BİÖ-Tİ Toplam" puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde anlamlı çok zayıf korelasyon olduğu bulunmuştur ($r=0.160, p<.05$; $r=0.163, p<.05$). (Tablo 13).

puanları, BİÖ-YF'nin "Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme", "Özbakım" alt faktör ve "BİÖ-YF Toplam" puanları arasında sırasıyla istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde anlamlı çok zayıf korelasyon olduğu bulunmuştur ($r=0.176, p<.05$; $r=0.160, p<.05$; $r=0.188, p<.05$; $r=0.195, p<.05$; $r=0.176, p<.05$) (Tablo 13).

Araştırmaya katılan bireylerin haftalık özel eğitim süreleri ile ASDÖ'nün "Arkadaş" alt faktör puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde anlamlı çok zayıf olduğu bulunmuştur ($s=0.162, p<.05$).

Tablo 13.

Bireylerin yaş, OSB çocuk yaşı, OSB çocuk tanı zamanı, özel eğitim süresi ve haftalık özel eğitim süresi değerleri ile ASDÖ alt faktör ve toplam, BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam ve K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları

		Yaş	OSBÇocuk Yaş	OSBÇocukT anıZamanı	ÖzelEğitimS üresi	HaftalıkÖzel EğitimSüresi
ASDÖ – AİL ¹	r-s	s=0,045	s=0,058	r=0,103	r=0,093	r=-0,006
ASDÖ – ARK ²	s	s=0,092	s=0,042	s=0,047	s=0,069	s=0,162*
ASDÖ – DİK ³	r-s	s=0,120	s=-0,024	r=-0,020	r=0,003	r=0,074
ASDÖ ⁴	r-s	s=0,092	s=0,026	r=0,059	r=0,066	r=0,054
BİÖ-Tİ – ÖSİ ⁵	r-s	s=0,037	s=0,124	r=0,095	r=0,143	r=-0,036
BİÖ-Tİ – DİFİK ⁶	r-s	s=0,188*	s=0,160*	r=0,122	r=0,176*	r=0,081
BİÖ-Tİ – GUV ⁷	r-s	s=0,130	s=0,063	r=0,032	r=0,098	r=0,002
BİÖ-Tİ ⁸	r-s	s=0,116	s=0,144	r=0,101	r=0,160*	r=0,016
BİÖ-YF – KABZ ⁹	r-s	s=0,004	s=0,197*	r=0,160*	r=0,188*	r=0,029
BİÖ-YF – Eİ ¹⁰	s	s=0,115	s=0,067	s=0,088	s=0,080	s=0,126
BİÖ-YF – DSK ¹¹	s	s=0,023	s=0,087	s=0,041	s=0,075	s=0,079
BİÖ-YF – ÖB ¹²	s	s=-0,074	s=0,156*	s=0,144	s=0,195*	s=0,064
BİÖ-YF ¹³	r-s	s=0,041	s=0,192*	r=0,163*	r=0,176*	r=0,051
VSDÖ – A ¹⁴	r-s	s=0,084	s=0,094	r=0,116	r=0,075	r=0,048
VSDÖ – B ¹⁵	r-s	s=0,074	s=0,131	r=0,086	r=0,040	r=0,031
VSDÖ – D ¹⁶	r-s	s=0,020	s=0,108	r=0,096	r=0,052	r=0,008
VSDÖ ¹⁷	r-s	s=0,055	s=0,106	r=0,104	r=0,059	r=0,029
K-ADİÖ ¹⁸	r-s	s=0,133	s=0,004	r=-0,113	r=-0,060	r=0,136
G-ADİÖ ¹⁹	r-s	s=-0,047	s=-0,024	r=0,008	r=0,013	r=-0,032

¹: Aile; ²: Arkadaş; ³: Diğer Önemli Kişi; ⁴: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; ⁵: Özsaygı ve İtibar; ⁶: Duyguları İfade Etme ve Fiziksel İhtiyaçların Karşıllanması; ⁷: Güvenlik; ⁸: Bakıcı İyilik Ölçeği – Temel İhtiyaçlar; ⁹: Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme; ¹⁰: Ev İşleri; ¹¹: Destek; ¹²: Özbakım; ¹³: Bakıcı İyilik Ölçeği – Yaşamsal Faaliyetler; ¹⁴: Araçsal; ¹⁵: Bilgisel; ¹⁶: Duygusal; ¹⁷: Verilen Sosyal Destek Ölçeği; ¹⁸: Kişisel – Adil Dünya İnancı Ölçeği; ¹⁹: Genel – Adil Dünya İnancı Ölçeği

r: Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı; s: Spearman Sıra Farkları Korelasyon Katsayısı

*p<.05

Araştırmaya katılan bireylerin ASDÖ'nün "Aile" alt faktör puanları ile BİÖ-YF'nin "Özsaygı ve İtibar" alt faktör ve "BİÖ-Tİ Toplam" puanları, BİÖ-YF'nin "Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme", "Destek" alt faktör ve "BİÖ-YF Toplam" puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı orta düzeyde korelasyon olduğu ($s=0.433, p<.001$; $s=0.403, p<.001$; $s=0.434, p<.001$; $s=0.545, p<.001$; $s=0.462, p<.001$), BİÖ-Tİ'nin "Duyguları İfade Etme ve Fiziksel İhtiyaçların Karşılanması", "Güvenlik" alt faktör ve BİÖ-YF'nin "Özbakım" alt faktör puanları arasında pozitif yönde anlamlı zayıf korelasyon olduğu ($s=0.340, p<.001$; $s=0.242, p<.01$; $s=0.239, p<.01$), BİÖ-YF'nin "Ev İşleri" alt faktör ve VSDÖ'nün "Araçsal" alt faktör puanları arasında pozitif yönde anlamlı çok zayıf düzeyde korelasyon olduğu ($s=0.171, p<.05$; $s=0.175, p<.05$) bulunmuştur. (Tablo 14).

Araştırmaya katılan bireylerin ASDÖ'nün "Arkadaş" alt faktör puanları ile BİÖ-YF'nin "Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme", "Destek" alt faktör ve "BİÖ-YF Toplam" puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı orta düzeyde korelasyon olduğu ($s=0.426, p<.001$; $s=0.538, p<.001$, $s=0.466, p<.001$), BİÖ-Tİ'nin "Özsaygı ve İtibar", "Duyguları İfade Etme ve Fiziksel İhtiyaçların Karşılanması", "Güvenlik" alt faktör ve "BİÖ-Tİ Toplam" puanları, BİÖ-YF'nin "Özbakım" ve VSDÖ'nün "Araçsal" alt faktör puanları arasında pozitif yönde anlamlı zayıf düzeyde korelasyon olduğu ($s=0.391, p<.001$; $s=0.367, p<.001$; $s=0.244, p<.01$; $s=0.388, p<.001$; $s=0.248, p<.01$; $s=0.215, p<.01$), BİÖ-YF'nin "Ev İşleri" alt faktör ve VSDÖ'nün "VSDÖ Toplam" puanları arasında pozitif yönde anlamlı çok zayıf düzeyde korelasyon olduğu ($s=0.197, p<.05$; $s=0.163, p<.05$) bulunmuştur (Tablo 14).

Araştırmaya katılan bireylerin ASDÖ'nün "Diğer Önemli Kişi" alt faktör puanları ile BİÖ-Tİ'nin "Özsaygı ve İtibar", "Duyguları İfade Etme ve Fiziksel İhtiyaçların Karşıllanması" alt faktör ve "BİÖ-Tİ Toplam" puanları, BİÖ-YF'nin "Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme", "Destek" alt faktör ve "BİÖ-YF Toplam" puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı orta düzeyde korelasyon olduğu ($s=0.489, p<.001$; $s=0.503, p<.001$; $s=0.521, p<.001$; $s=0.450, p<.001$; $s=0.555, p<.001$; $s=0.512, p<.001$), BİÖ-Tİ'nin "Güvenlik" alt faktör, BİÖ-YF'nin "Ev İşleri", "Özbakım" alt faktör ve VSDÖ'nün "Araçsal" alt faktör puanları arasında pozitif yönde anlamlı zayıf düzeyde korelasyon olduğu ($s=0.393, p<.001$; $s=0.248, p<.01$; $s=0.289, p<.001$; $s=0.224, p<.01$), VSDÖ'nün "Duygusal" alt faktör ve "VSDÖ Toplam" puanları arasında pozitif yönde anlamlı çok zayıf düzeyde korelasyon olduğu ($s=0.159, p<.05$; $s=0.172, p<.05$) bulunmuştur. (Tablo 14).

Araştırmaya katılan bireylerin ASDÖ'nün "ASDÖ Toplam" puanları ile BİÖ-YF'nin "Destek" alt faktör puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde yüksek düzeydekorelasyon olduğu ($s=0.614, p<.001$), BİÖ-Tİ'nin "Özsaygı ve İtibar", "Duyguları İfade Etme ve Fiziksel İhtiyaçların Karşıllanması" alt faktör ve "BİÖ-Tİ Toplam" puanları, BİÖ-YF'nin "Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme" alt faktör ve "BİÖ-YF Toplam" puanları arasında pozitif yönde anlamlı orta düzeyde korelasyon olduğu ($s=0.471, p<.001$; $s=0.434, p<.001$; $s=0.467, p<.001$; $s=0.479, p<.001$; $s=0.521, p<.001$), BİÖ-Tİ'nin "Güvenlik" alt faktör, BİÖ-YF'nin "Özbakım" alt faktör ve VSDÖ'nün "Araçsal" alt faktör puanları arasında pozitif yönde anlamlı zayıf düzeydekorelasyon olduğu ($s=0.298, p<.001$; $s=0.283, p<.001$; $s=0.221, p<.01$), BİÖ-YF'nin "Ev İşleri" alt faktör puanları arasında pozitif

yönde anlamlı çok zayıf düzeyde korelasyon olduğu ($s=0.199$, $p<.05$) bulunmuştur (Tablo 14).

Araştırmaya katılan bireylerin ADİÖ'nün "Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği" toplam puanları ile BİÖ-Tİ'nin "Özsaygı ve İtibar" alt faktör puanları, BİÖ-YF'nin "Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme" alt faktör ve "BİÖ-YF Toplam" puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı zayıf düzeyde korelasyon olduğu ($s=0.202$, $p<.05$; $s=0.238$, $p<.01$; $r=0.209$, $p<.01$), BİÖ-Tİ'nin "BİÖ-Tİ Toplam" puanları arasında pozitif yönde anlamlı çok zayıf düzeyde korelasyon olduğu ($r=0.164$, $p<.05$) bulunmuştur (Tablo 14).

Araştırmaya katılan bireylerin ADİÖ'nün "Genel Adil Dünya İnancı Ölçeği" toplam puanları ile BİÖ-Tİ'nin "Özsaygı ve İtibar" alt faktör ve BİÖ-YF'nin "Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme" alt faktör puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı çok zayıf düzeyde korelasyon olduğu bulunmuştur ($s=0.165$, $p<.05$; $s=0.193$, $p<.05$) (Tablo 14).

Tablo 14.

Bireylerin ASDÖ alt faktör ve toplam puanları, K-ADİÖ, G-ADİÖ toplam puanları ile BİÖ-Tİ ve BİÖ-YF alt faktör ve toplam, VSDÖ alt faktör ve toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları

		ASDÖ – AIL ¹	ASDÖ – ARK ²	ASDÖ – DİK ³	ASDÖ ⁴	K- ADİÖ ¹⁸	G- ADİÖ ¹⁹
BİÖ-Tİ – ÖSİ ⁵	s	s=0,433***	s=0,391***	s=0,489***	s=0,471***	s=0,202*	s=0,165*
BİÖ-Tİ – DİFİK ⁶	r- s	s=0,340***	s=0,367***	s=0,503***	s=0,434***	r=0,155	r=0,067
BİÖ-Tİ – GUV ⁷	s	s=0,242**	s=0,244**	s=0,393***	s=0,298***	s=0,098	s=0,125
BİÖ-Tİ ⁸	r- s	s=0,403***	s=0,388***	s=0,521***	s=0,467***	r=0,164*	r=0,093
BİÖ-YF – KABZ ⁹	s	s=0,434***	s=0,426***	s=0,450***	s=0,479***	s=0,238**	s=0,193*
BİÖ-YF – Eİ ¹⁰	s	s=0,171*	s=0,197*	s=0,248**	s=0,199*	s=0,039	s=-0,041
BİÖ-YF – DSK ¹¹	s	s=0,545***	s=0,538***	s=0,555***	s=0,614***	s=0,133	s=0,107
BİÖ-YF – ÖB ¹²	s	s=0,239**	s=0,248**	s=0,289***	s=0,283***	s=0,104	s=-0,072
BİÖ-YF ¹³	r- s	s=0,462***	s=0,466***	s=0,512***	s=0,521***	r=0,209**	r=0,087
VSDÖ – A ¹⁴	r- s	s=0,175*	s=0,215**	s=0,224**	s=0,221**	r=0,030	r=0,089
VSDÖ – B ¹⁵	s	s=0,016	s=0,104	s=0,102	s=0,072	s=-0,030	s=0,022
VSDÖ – D ¹⁶	s	s=0,082	s=0,139	s=0,159*	s=0,131	s=-0,013	s=0,035
VSDÖ ¹⁷	s	s=0,104	s=0,163*	s=0,172*	s=0,154	s=0,003	s=0,047

¹: Aile; ²: Arkadaş; ³: Diğer Önemli Kişi; ⁴: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; ⁵: Özsaygı ve İtibar; ⁶: Duyguları İfade Etme ve Fiziksel İhtiyaçların Karşıllanması; ⁷: Güvenlik; ⁸: Bakıcı İyilik Ölçeği – Temel İhtiyaçlar; ⁹: Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme; ¹⁰: Ev İşleri; ¹¹: Destek; ¹²: Özbakım; ¹³: Bakıcı İyilik Ölçeği – Yaşamsal Faaliyetler; ¹⁴: Araçsal; ¹⁵: Bilgisel; ¹⁶: Duygusal; ¹⁷: Verilen Sosyal Destek Ölçeği; ¹⁸: Kişisel – Adil Dünya İnancı Ölçeği; ¹⁹: Genel – Adil Dünya İnancı Ölçeği

r: Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı; s: Spearman Sıra Farkları Korelasyon Katsayısı

*p<.05; **p<.01; ***p<.

3.5. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Dair Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin ASDÖ, K-ADİÖ ve G-ADİÖ toplam puanlarının BİÖ-Tİ, BİÖ-YF ve VSDÖ toplam puanları üzerine etkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 15’te verilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ASDÖ toplam puanlarının BİÖ-Tİ toplam puanları üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu ($t=6.180$, $p<.001$) bulunmuştur. Sonuç incelendiğinde, bireylerin ASDÖ toplam puanlarında bir birimlik artma olduğunda BİÖ-Tİ toplam puanlarında 0,438 kat artma olduğu bulunmuştur (Tablo 15).

Araştırmaya katılan bireylerin ASDÖ toplam puanlarının BİÖ-YF toplam puanları üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu ($t=7.285$, $p<.001$) bulunmuştur. Sonuç incelendiğinde, bireylerin ASDÖ toplam puanlarında bir birimlik artma olduğunda BİÖ-YF toplam puanlarında 0,481 kat artma olduğu bulunmuştur (Tablo 15).

Araştırmaya katılan bireylerin ASDÖ, K-ADİÖ ve G-ADİÖ toplam puanlarının VSDÖ toplam puanları üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur (Tablo 15).

Tablo 15.

Bireylerin ASDÖ, K-ADİÖ ve G-ADİÖ toplam puanlarının BİÖ-Tİ toplam puanları üzerine etkisi

Model		Standardize Edilmemiş Katsayılar		t	p	%95 β için Güven Aralığı	
		β	SH			Alt Sınır	Üst Sınır
BİÖ-Tİ Toplam	(Sabit)	43,273	6,470	6,688	0,000***	30,493	56,053
	ASDÖ Toplam	0,438	0,071	6,180	0,000***	0,298	0,578
	K-ADİÖ Toplam	0,229	0,278	0,823	0,412	-0,321	0,779
	G-ADİÖ Toplam	0,142	0,288	0,492	0,623	-0,427	0,710
BİÖ-YF Toplam	(Sabit)	36,792	6,022	6,110	0,000***	24,897	48,687
	ASDÖ Toplam	0,481	0,066	7,285	0,000***	0,350	0,611
	K-ADİÖ Toplam	0,378	0,259	1,460	0,146	-0,134	0,890
	G-ADİÖ Toplam	0,038	0,268	0,142	0,888	-0,491	0,567
VSDÖ Toplam	(Sabit)	73,385	9,597	7,647	0,000***	54,429	92,342
	ASDÖ Toplam	0,198	0,105	1,886	0,061	-0,009	0,406
	K-ADİÖ Toplam	-0,422	0,413	-1,022	0,309	-1,237	0,394
	G-ADİÖ Toplam	0,498	0,427	0,166	0,245	-0,345	1,340

BİÖ-Tİ: Bakıcı İyilik Ölçeği – Temel İhtiyaçlar; BİÖ-YF: Bakıcı İyilik Ölçeği – Yaşamsal Faaliyetler; VSDÖ: Verilen Sosyal Destek Ölçeği; ASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; K-ADİÖ: Kişisel – Adil Dünya İnancı Ölçeği; G-ADİÖ: Genel – Adil Dünya İnancı Ölçeği

β : Beta Katsayısı, SH: Standart Hata

*** $p < .001$

3.6. Araştırmaya Katılan Bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ) Puanlarının Bakıcı İyilik Ölçeği (BİÖ) – Yaşamsal Faaliyetler Puanları Üzerine Etkisinde Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği (K-ADIÖ) Puanlarının Aracılık Rolü Bulguları

Araştırmaya katılan bireylerin ASDÖ puanlarının BİÖ-YF üzerine etkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 16 ve Şekil 1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin ASDÖ puanlarının BİÖ-YF puanları üzerine doğrudan etkisi olduğu bulunmuştur ($t=7.715$, $p < .001$). Sonuç incelendiğinde, bireylerin ASDÖ puanlarının BİÖ-YF puanları üzerinde %50,1’lik etkisinin olduğu bulunmuştur.

Tablo 16.

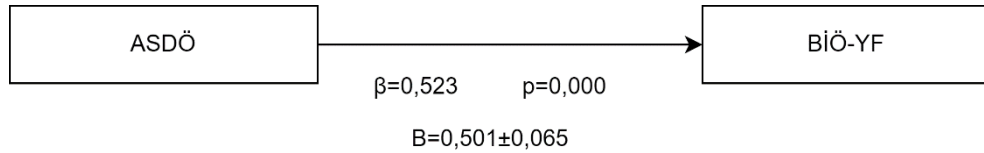
ASDÖ puanlarının BİÖ-YF puanları üzerine etkisi

	β	t	p
ASDÖ → BİÖ-YF	0,501	7,715	0,000***

ASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; BİÖ-YF: Bakıcı İyilik Ölçeği – Yaşamsal Faaliyetler

β : Beta Katsayısı

*** $p < .001$



Şekil 1. *ASDÖ puanlarının BİÖ-YF puanları üzerine etki modeli*

Araştırmaya katılan bireylerin ASDÖ puanlarının BİÖ-YF üzerine etkisinde K-ADIÖ puanlarının aracılık rolü incelenmiş ve sonuçlar Tablo 17 ve Şekil 2’de verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin ASDÖ toplam puanlarının K-ADIÖ toplam

puanları üzerine doğrudan etkisinin olduğu ($t=2.406$, $p<.05$) ve BİÖ-YF puanları üzerine doğrudan etkisi olduğu ($t=7.306$, $p<.001$) bulunmuştur. Sonuçlar incelendiğinde, ASDÖ toplam puanlarının K-ADİÖ üzerinde %5,2'lik ve BİÖ-YF toplam puanları üzerinde %48,1'lik etkisinin olduğu bulunmuştur. Ayrıca ASDÖ puanlarının BİÖ-YF üzerine etkisinde K-ADİÖ puanlarının aracılık rolünün olmadığı ($p>.05$) bulunmuştur.

Tablo 17.

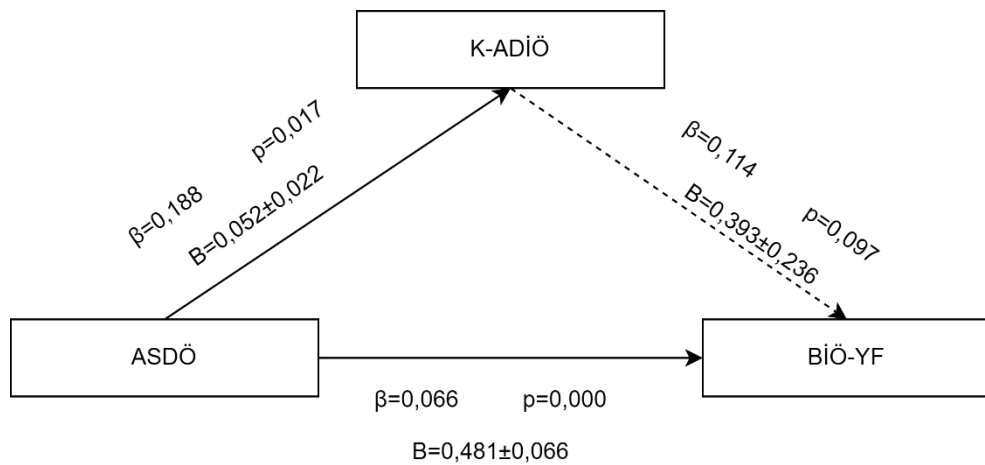
ASDÖ puanlarının BİÖ-YF puanları üzerine etkisinde K-ADİÖ puanlarının aracı etkisi

	β	t	p
ASDÖ → K-ADİÖ	0,052	2,406	0,017*
ASDÖ → BİÖ-YF	0,481	7,306	0,000***
ASDÖ → K-ADİÖ → BİÖ-YF	0,393	1,668	0,097

β : Beta Katsayısı

ASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; BİÖ-YF: Bakıcı İyilik Ölçeği – Yaşamsal Faaliyetler; K-ADİÖ: Kişisel – Adil Dünya İnancı Ölçeği

* $p<.05$; *** $p<.001$



Şekil 2. *ASDÖ puanlarının BIÖ-YF puanları üzerine etkisinde K-ADİÖ puanlarının aracı etki modeli*

Sonuç olarak araştırma bulgularına özetlemek gerekirse;

- Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, OSB çocuk yaşı, OSB çocuk tanı zamanı, özel eğitim süresi ve haftalık özel eğitim süresi) ile ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, sosyo-demografik özellikler ile ölçek puanları arasında zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur.
- Katılımcıların ölçek puanlarının birbirleriyle olan ilişkileri de incelenmiş ve aralarında zayıf ila orta derecede korelasyon gözlemlenmiştir.
- Bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği ve Genel Adil Dünya İnancı ölçeği toplam puanlarının Bakıcı iyilik ölçeği-Temel ihtiyaçlar alt boyutu, Bakıcı iyilik ölçeği-Yaşamsal faaliyetler alt boyut ve Verilen Sosyal Destek Ölçeği toplam puanları üzerindeki etkileri incelendiğinde, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanlarının Bakıcı iyilik ölçeği- Temel ihtiyaçlar alt boyutu ve Bakıcı iyilik ölçeği-Yaşamsal faaliyetler alt boyut toplam puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir.
- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği ve Genel Adil Dünya İnancı ölçeği toplam puanlarının Verilen Sosyal Destek Ölçeği toplam puanları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.
- Araştırmada ayrıca, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının Bakıcı iyilik ölçeği-Yaşamsal faaliyetler alt boyut üzerindeki etkisi incelenmiş ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının Bakıcı iyilik

ölçeği-Yaşamsal faaliyetler alt boyut puanları üzerinde doğrudan anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir.

- Sonuç olarak, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanlarının Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği toplam puanları üzerinde doğrudan etkisi olduğu ve Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği puanlarının Bakıcı iyilik ölçeği-Yaşamsal faaliyetler alt boyut puanları üzerinde doğrudan etkisi olduğu bulunmuştur.
- Ancak, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının Bakıcı iyilik ölçeği-Yaşamsal faaliyetler alt boyut üzerindeki etkisinde Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği puanlarının aracılık rolü olmadığı tespit edilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı, otizm spektrum bozukluğu tanısı almış çocuklara bakım veren annelerin adil dünya inançları ile algıladıkları sosyal destekle, verdikleri sosyal destek ve iyilik halleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırma, bu annelerin yaşadıkları zorluklar sonucu oluşan algılarını anlamayı ve bu alandaki literatüre katkı sağlamayı hedeflemektedir. Ayrıca, elde edilen bulguların, OSB tanısı almış çocukların anneleriyle çalışan ruh sağlığı uzmanlarına rehberlik etmesi beklenmektedir.

4.1. Çalışmadaki Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

Katılımcıların eğitim durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarda, algılanan sosyal destek ölçeğinin “arkadaş” alt boyutu ve ölçeğin toplam puanında üniversite ve lise eğitim düzeyine sahip bireylerin ilköğretim düzeyine sahip bireylere göre daha yüksek puan aldığı gözlenmiştir. Literatürde bakım veren annelerin eğitim düzeyinin artmasına paralel olarak algıladıkları sosyal desteğin de arttığı ifade edilmektedir (Çürük, 2009 ;Erhan, 2005; Görgü,2005). Eğitim düzeyinin artması, bireylerin sosyal çevrelerini çeşitlendirmelerine, sosyal ilişkilerini güçlendirmelerine ve bu ilişkilerden daha fazla destek almalarına olanak tanımaktadır (Coşkun ve Akkaş, 2009). Eğitim seviyesi düşük bireylerin, bakım sürecini yönetirken hemşireler ve diğer sağlık personelinin bilgi veya destek alma konusunda zorluk yaşayabilecekleri ve sosyalleşme konusunda daha fazla problemle karşılaşabilecekleri öngörülebilir (Orak ve Sezgin, 2015).

Bakıcı İyilik Ölçeği-Temel İhtiyaçlar bölümünde “duyguları ifade etme ve fiziksel ihtiyaçların karşılanması” alt boyutunda üniversite eğitim düzeyine sahip bireyler, okur-yazar ve ilkokul eğitim düzeyine sahip bireylere göre daha yüksek puan almıştır. Araştırmalar, eğitim düzeyinin hem bakım veren bireylerin duygu durumları hem de başa çıkma becerileri üzerinde belirleyici bir rol oynadığını; yüksek eğitim seviyesine sahip olanların daha az duygusal stres yaşadığını, fiziksel sağlıklarının daha iyi olduğunu ve duygusal ifadelerinde daha yetkin olduklarını göstermektedir (Iconomou ve diğ., 2001; Kol ve Karabulutlu, 2021).Fiziksel ihtiyaçların karşılanması açısından ise eğitim düzeyi yüksek bireylerin, bakım sürecinde daha organize ve planlı hareket etme eğiliminde olduğu gözlemlenebilir. Eğitim, bireylerin sağlık bilgilerini artırabilir ve bu bilgiyi bakım süreçlerinde daha etkili bir şekilde uygulamalarını sağlayabilir.

Genel Adil Dünya İnancı Ölçeği toplam puanlarında ise ilkokul eğitim düzeyine sahip bireyler, lise eğitim düzeyine sahip bireylere göre daha yüksek puan elde etmiştir. Eğitim seviyesi arttıkça bireylerin eleştirel düşünme, farklı bakış açıları geliştirme ve adaletsizlikleri daha net değerlendirme becerileri güçlenirken, düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin olumsuzlukları daha kolay kabullenme ve bu durumları kader gibi dışsal inançlarla açıklama eğiliminde oldukları görülmektedir (Dalbert, 2009; Furnham, 2003; Şahin ve Güldenoğlu, 2013). Bu bulgular, eğitimin yalnızca bilgi edinmeyi değil, aynı zamanda eleştirel düşünmeyi, farklı bakış açılarını anlamayı ve adil dünya inancını şekillendirmeyi sağlayarak bireylerin olumsuzluklara karşı tutumlarını ve toplumsal adalete duyarlılıklarını önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir.

Gelir düzeyine göre yapılan karşılaştırmalarda, yüksek ve orta gelirli bireylerin düşük gelirli bireylere kıyasla birçok boyutta (Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt faktörleri ve toplam puanı; Bakıcı İyilik Ölçeği- Yaşamsal Faaliyetler “Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme”, “Destek” alt faktörleri ve toplam puanı; ayrıca Verilen Sosyal Destek Ölçeği’nin “Araçsal” alt faktör puanları) daha yüksek puanlar aldığı gözlemlenmiştir. Bununla birlikte, sağlık gideri sorunu yaşamayan bireyler, sağlık gideri sorunu yaşayan bireylere göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ’nin “Diğer Önemli Kişi” alt faktör ve “Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam” puanlarında, ayrıca Bakıcı İyilik Ölçeği- Temel İhtiyaçlar “Güvenlik” alt faktör puanlarında istatistiksel olarak daha yüksek puan almıştır. Bu bulgu, gelir seviyesinin bireylerin sosyal destek algıları ve iyilik halleri üzerinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Yüksek ve orta gelir düzeyine sahip bakım veren annelerin ekonomik açıdan daha özgür hareket edebilmeleri ve buna bağlı olarak sosyal ağlarının daha geniş olması, bu ağlardan daha fazla destek alabilmeleri ve kendilerine zaman ayırma konusunda daha avantajlı olduklarını düşündürmektedir (Görgü, 2005). Ekonomik zorluklar, bireylerin sosyal destek ağlarını kurmayı zorlaştırabilir ve yalnızlık hissetmelerine neden olabilir (Provencher ve Mueser, 1997; Wolthaus ve diğ., 2002). Gelir düzeyi yüksek olan bakım verenler, hastalıkla ilgili sorunların belirlenmesi, tedavi süreçlerinin uygulanması ve izlenmesi noktasında daha iyi destek alabilir ve tedavilerini aksatmadan sürdürebilirler. Bu durum, onların yaşam standartlarını yükselterek iyilik hallerini artırmalarına katkı sağlar (Atagün ve diğ., 2011)

Bakım süresinin olumsuz etki yaratmadığını belirten bireyler, bakım süresinin olumsuz etki yarattığını belirtenlere göre birçok boyutta (Algılanan Sosyal Destek

Ölçeği 'nin "Arkadaş" ve "Diğer Önemli Kişi" alt faktörleri ile genel toplam puanında, Bakıcı İyilik Ölçeği-Temel İhtiyaçlar "Özsaygı ve İtibar", "Duyguları İfade Etme ve Fiziksel İhtiyaçların Karşlanması", "Güvenlik" alt faktörleri ve toplam puanında, Bakıcı İyilik Ölçeği- Yaşamsal Faaliyetler "Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme" alt faktörü ve toplam puanında ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 'nin "Genel Adil Dünya İnancı Ölçeği" toplam puanında) daha yüksek puan almıştır. Bu veriler, bakım süresi arttıkça bireylerde yaşanan psikolojik ve fiziksel yüklerin de arttığını, bu durumun bakıcıların iyilik hallerinin ve psikolojik sağlıklarını olumsuz etkilediğini göstermektedir. Literatürde, bakım süresinin artmasıyla bakım yükünün de arttığı; bu durumun depresyon, anksiyete, fiziksel sağlık sorunları, sosyal izolasyon ve tükenmişlik gibi olumsuz sonuçlara yol açabileceği; ayrıca hastaya ayrılan zamanın artmasının da bakım verenin yükünü artırdığı buna bağlı olarak iyilik halinde azalma görülmektedir (Yüksel ve diğerleri, 2007; Sarı, 2007; Dökmen, 2012; McCullagh ve diğerleri, 2005; Morimoto ve diğerleri, 2003). Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 'nin "Arkadaş" ve "Diğer Önemli Kişi", Bakıcı İyilik Ölçeği-Temel İhtiyaçlar "Özsaygı ve İtibar", "Duyguları İfade Etme ve Fiziksel İhtiyaçların Karşlanması", Bakıcı İyilik Ölçeği- Yaşamsal Faaliyetler "Kendine Ayrılan Zaman ve Boş Zamanları Değerlendirme" alt faktörlerinde elde edilen yüksek puanlar, bu bireylerin sosyal çevrelerinden daha fazla destek aldığını ve bu desteğin bakım sürecine olumlu katkı sağladığını göstermektedir. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 'nin "Genel Adil Dünya İnancı Ölçeği"nden alınan yüksek skorlar, bireylerin yaşamın adil olduğuna inandıklarını ve bakım sürecinde karşılaştıkları zorlukları daha kolay kabul ettiklerini göstermektedir. Bu da onların psikolojik dayanıklılıklarını artırarak, bakım sürecini

daha az stresli bir şekilde deneyimlemelerini sağlamaktadır (Dalbert, 2001; Uchino, 2009).

Ailesinde başka bakım veren kişi bulunan bireyler, ailesinde başka bakım veren kişi olmayan bireylere göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 'nin "Diğer Önemli Kişi" alt faktörü ve "Algılanan Sosyal Destek Toplam" puanlarında, ayrıca Bakıcı İyilik Ölçeği- Yaşamsal Faaliyetler "Destek" alt faktör puanında istatistiksel olarak daha yüksek puan almıştır. Aynı zamanda katılımcıların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 'nin toplam puanlarının, Bakıcı İyilik Ölçeği-Temel İhtiyaçlar toplam puanları ve Bakıcı İyilik Ölçeği- Yaşamsal Faaliyetler toplam puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Ailede birden fazla bakım verenin bulunması, bireyler için hem duygusal hem de pratik açıdan daha geniş bir destek ağı sağlayarak sosyal destek algısını güçlendirebilir (Tuncay, Mollaoğlu ve Fertelli, 2015). Bu durumun, özellikle Bakıcı İyilik Ölçeği- Yaşamsal Faaliyetler "Destek" alt boyutunda yüksek puanlarla, bakım verenlerin yaşam kalitesi ve genel iyilik halleri üzerinde olumlu etkiler yarattığı söylenebilir, çünkü aile üyelerinin sağladığı duygusal destek sosyal bağları güçlendirip stresle başa çıkmayı kolaylaştırmaktadır (Pehlivan, Özgür, Yıldız, Dalkılıç ve Pehlivan, 2018).

4.2. Çalışmanın Temel Hipotezlerine Dair Bulguların Tartışılması

Çalışmanın ilk hipotezi otizm spektrum bozukluğu tanısı alan bireylere bakım veren annelerin adil dünya inançları ve algıladıkları sosyal desteğin verdikleri sosyal destek ve iyilik halleri üzerinde yordayıcı etkisi olduğu yönündedir. Bu hipotez bağlamında ilk olarak *otizm spektrum bozukluğu tanısı alan bireylere bakım veren annelerin adil dünya inançlarının verdikleri sosyal desteğe yordayıcı etkisi*

incelenmiştir. Elde edilen bulgular Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği ve Genel Adil Dünya İnancı Ölçeği toplam puanlarının, Verilen Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin bulunmadığını göstermiştir. Bu sonuç, adil dünya inancının otizm spektrum bozukluğu tanısı alan bireylere bakım veren annelerin sosyal destek davranışlarını doğrudan yordamadığını ortaya koymuştur.

Alan yazın incelendiğinde, algılanan sosyal destek ile adil dünya inancı arasındaki ilişkiyi doğrudan ele alan çalışmaların oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Ancak mevcut literatürde, sosyal destekle ilişkili çeşitli psikososyal değişkenlerin adil dünya inancı ile pozitif yönde ilişkili olduğu rapor edilmiştir. Örneğin, Sapancı ve Bahtiyar'ın (2018) çalışmasında, adil dünya inancının sosyal destek ile yaşamda anlam arasındaki ilişkide belirleyici bir rol oynadığı ancak bu etkinin düşük düzeyde olduğu bildirilmiştir. Bu bağlamda, bu çalışmanın bulguları, söz konusu ilişkilerin zayıf ya da dolaylı olabileceğine işaret eden literatürle tutarlılık göstermektedir.

Teorik çerçeveden bakıldığında, bireylerin sosyal destek sistemleri aracılığıyla yaşadıkları olumsuz yaşam olaylarıyla daha sağlıklı bir şekilde baş edebildikleri ve bu süreçte adil dünya inançlarını sürdürebildikleri ileri sürülebilir (Cohen & Wills, 1985; Dalbert, 2001). Aile, arkadaş ve toplum temelli destek sistemleri, bireyin karşılaştığı zorlukları anlamlandırmasını kolaylaştırabilir (Furnham, 2003). Buna karşılık, sosyal destek düzeyi düşük olan bireylerin adil dünya inançlarının zayıflayabileceği, yaşanan olumsuzlukları daha adaletsiz ve kişisel bir bakış açısıyla değerlendirme eğilimi gösterebilecekleri belirtilmektedir (Hafer ve Bègue, 2005).

Yapılan bu çalışmanın bulguları, adil dünya inancının sosyal destek davranışlarını doğrudan yordayıcı bir değişken olarak ele alınamayabileceğini ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda, sosyal destek davranışlarının bireylerin bilişsel inanç sistemlerinden ziyade, empati düzeyi, psikolojik sağlamlık, aile içi roller, kültürel normlar ve sosyal sorumluluk algısı gibi daha karmaşık ve çok boyutlu değişkenlerle ilişki içerisinde olabileceği düşünülmektedir (Uchino, 2009; Taylor & Brown, 1988; Triandis, 1995; Deci & Ryan, 2000).

Çalışmanın ilk hipotezi bağlamında bakılan bir başka nokta, *otizm spektrum bozukluğu tanısı alan bireylere bakım veren annelerin adil dünya inançlarının iyilik halleri üzerinde yordayıcı etkisi olduğudur*. Otizm spektrum bozukluğu tanısı alan bireylere bakım veren annelerin adil dünya inançlarının iyilik halleri üzerinde yordayıcı etkisi incelenmiş, ancak elde edilen bulgular bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını ortaya koymuştur. Bu sonuç, adil dünya inancının genellikle psikolojik ve fizyolojik iyi oluşla ilişkili olduğunu ortaya koyan önceki araştırmalarla (Dalbert, 2001; Furnham, 2003) çelişiyor gibi görünse de, bağlamsal ve bireysel etkenler göz önüne alındığında anlamlı yönlerinin olduğu kabul edilebilir. Otizm spektrum bozukluğu tanısı alan bireylere bakım vermek, yüksek düzeyde stres, duygusal yük ve sosyal kısıtlamalar içeren bir süreçtir (Hayes ve Watson, 2013). Bu gibi zorlu yaşam koşullarında, bireyin psikolojik iyilik halini belirleyen faktörler arasında sosyal destek, başa çıkma stratejileri, ekonomik koşullar ve sağlık hizmetlerine erişim gibi daha somut ve çevresel unsurların etkisi, bilişsel şemalardan daha belirgin olabilir (Schwartz ve diğ., 2010). Bu bağlamda, Şener (2021) tarafından yürütülen çalışmada da algılanan sosyal desteğin, bireylerin adil dünya inançlarını ve tükenmişlik düzeylerini anlamlı şekilde yordadığı bulunmuş bu da sosyal destek gibi

çevresel değişkenlerin daha belirleyici bir rol oynayabileceğini göstermiştir. Diğer yandan, adil dünya inancı gibi bilişsel yapıların etkisi dolaylı olabilir; örneğin; umut düzeyi, yaşam anlamı ya da başa çıkma stilleri aracılığıyla psikolojik iyilik halini etkileyebilir (Lucas ve diğ., 2010). Bu nedenle, mevcut bulgu, adil dünya inancının iyilik hali üzerindeki etkisinin tek başına ve doğrudan bir yordayıcı olarak yetersiz kaldığını göstermekte ve bu ilişkinin daha bütüncül modeller çerçevesinde ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmanın ilk hipotezi bağlamında *otizm spektrum bozukluğu tanısı alan bireylere bakım veren annelerin algıladıkları sosyal desteğin verdikleri sosyal destek üzerindeki yordayıcı etkisi de incelenmiştir*. Buna göre araştırmaya katılan bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının, Verilen Sosyal Destek Ölçeği toplam puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermiştir. Literatürde sosyal desteğin bakım veren bireylerin psikososyal işlevselliği üzerindeki olumlu etkileri sıklıkla vurgulanmaktadır. Örneğin, Şentürk ve Varol Saraçoğlu (2013), engelli çocuğu olan annelerle yaptıkları çalışmada, bu annelerin normal gelişim gösteren çocuklara sahip annelere kıyasla maddi ve manevi açıdan daha fazla zorluk yaşadıklarını ve dolayısıyla daha yoğun sosyal desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, sosyal destek alan annelerin çocuklarıyla daha kaliteli zaman geçirdiği, benlik saygılarının yüksek olduğu ve stres ile depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu da ortaya konmuştur. Benzer şekilde, Dunst, Trivette ve Cross (1986) tarafından yapılan araştırmalar da, engelli ya da gelişimsel yetersizlikleri olan çocuklara bakım veren ebeveynlerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin artmasının, çocuklarına karşı daha olumlu tutumlar geliştirmelerine katkı sağladığını göstermektedir. Bu ebeveynlerin çocuklarıyla oyun oynarken daha pozitif bir yaklaşım

sergiledikleri, bunun sonucunda da çocukların olumlu davranışlar geliştirdiği belirtilmektedir. Bu bulgular, sosyal desteğin dolaylı yollarla hem ebeveyn hem de çocuk açısından işlevsel çıktılar doğurabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, mevcut araştırmada beklenen ilişkinin bulunamamış olması, sosyal destek kavramının doğrudan ve tek boyutlu etkilerle açıklanamayacağını ortaya koymaktadır. Her ne kadar algılanan sosyal destek, bireyin psikolojik iyi oluşunu destekleyen önemli bir unsur olsa da, bu durumun sosyal destek verme davranışına direkt olarak yansımadağı anlaşılmaktadır. Dolayısıyla, algılanan sosyal destek ile verilen sosyal destek arasında doğrudan ve güçlü bir nedensel ilişki kurmak her zaman geçerli olmayabilir. Bu sonuç, sosyal destek yapılarının daha karmaşık ve çok boyutlu süreçlerle şekillendiğini göstermekte; bireysel, çevresel ve durumsal değişkenlerin bu ilişkide belirleyici olabileceğine işaret etmektedir.

Çalışmanın ilk hipotezi bağlamında *otizm spektrum bozukluğu tanısı alan bireylere bakım veren annelerin algıladıkları sosyal desteğin iyilik halleri üzerinde yordayıcı etkisine de bakılmıştır*. Buna göre araştırmaya katılan bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 'nin toplam puanlarının Bakıcı İyilik Ölçeği-Temel İhtiyaçlar toplam ve Bakıcı İyilik Ölçeği- Yaşamsal Faaliyetler puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur. Literatürde de benzer şekilde algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu belirtilmektedir; ayrıca yaşam kalitesinin, bakım veren bireyin psikososyal iyilik hâliyle yakından ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Arkar, Sarı ve Fidaner, 2004). Engelli çocuğa sahip annelerin sosyal yaşamlarının sınırlanması, sosyal destek gereksinimlerini artırmakta; artan sosyal destek düzeyi ise bakım veren bireylerde stres

düzeyini azaltmakta ve bakım yükünü hafifletici bir etki oluşturmaktadır (Cavkaytar, Batu ve Çetin, 2008; Ersoy ve Çürük, 2009; Zeydan ve Yılmaz, 2023).

Araştırmalarda sosyal desteğin bireylerin psikolojik iyilik hâli üzerindeki belirleyici rolü sıklıkla vurgulanmaktadır. Özellikle otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların anneleri üzerinde yapılan çalışmalar, algılanan sosyal destek düzeyinin anksiyete, kaygı ve tükenmişlik gibi olumsuz psikolojik durumlarla ters yönde ilişkili olduğunu göstermektedir (Yurdakul ve Girli, 1998; Coşkun ve Akkaş, 2009; Tunç ve Özkardaş, 2020). Güçlü sosyal destek ağlarının, annelerin stresle baş etme becerilerini artırarak tükenmişlik düzeylerini azalttığı ve genel iyilik hâllerini olumlu yönde etkilediği ifade edilmektedir (Cin ve diğ., 2017; Ersoy ve Buluş, 2019). Bu bulgular, sosyal desteğin bakım veren bireylerin psikolojik yükünü hafifletmedeki önemini ortaya koymakta ve mevcut çalışmanın bulgularını desteklemektedir.

Bakım süreci, bireylerin yalnızca fiziksel değil, ruhsal sağlıklarını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bakım veren bireyler, kendilerine ayıracak zaman kısıtlamaları, sosyalleşme zorlukları ve uyku problemleri gibi çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadırlar (Pinquart ve Sorensen, 2007; Känel ve diğ., 2019). Sosyal destek, bakım verenlerin zaman yönetimini kolaylaştırarak, sosyalleşme fırsatları yaratmalarına ve bakım yüklerini daha etkin bir şekilde yönetmelerine yardımcı olabilir (Kasuya, Polgar-Bailey, & Takeuchi, 2000; Chan, Livingston, Jones, & Sampson, 2013; Schulz & Sherwood, 2008). Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin çevreden alacakları maddi ve manevi desteklerin, bakım yüklerini hafiflettiği belirtilmiştir (Akyar ve Akdemir, 2009; Kim ve Given, 2008). Sosyal destek, hem

psikolojik yüklerin hafifletilmesinde hem de bakım sürecinin kalitesinin artırılmasında önemli bir rol oynamaktadır.

Çalışmanın temel hipotezi ise katılımcıların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının Bakıcı İyilik Ölçeği- Yaşamsal Faaliyetler puanları üzerindeki etkisinde Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği puanlarının aracı etkisinin olduğu yönünde çerçevelenmiştir. Bu hipotez incelendiğinde katılımcıların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının Bakıcı İyilik Ölçeği- Yaşamsal Faaliyet puanları üzerinde doğrudan etkisi olduğu ancak adil dünya inancının aracı etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Kişisel adil dünya inancı, bireyin yaşamında hak ettiğini aldığına ve başına gelenlerin adil olduğuna dair öznel inançlarını yansıtır (Dalbert, 2001). Bu inanç, daha çok bilişsel değerlendirme süreçlerinde ve özellikle mağduriyet algısı, travmatik deneyimlerin anlamlandırılması ya da başkalarının yaşadığı adaletsizliklerin açıklanmasında rol oynamaktadır (Hafer ve Bègue, 2005; Furnham, 2003). Ancak, bu çalışmada olduğu gibi, bireyin algıladığı sosyal destek gibi kişilerarası ilişkilere dayalı değişkenlerle ilişkili süreçlerde aracılık rolü üstlenmemesi dikkat çekicidir.

Araştırma bulgularının aksine, literatüre bakıldığında kişisel adil dünya inancının sosyal destek ile iyilik hali arasındaki ilişkide aracılık rolü üstlendiğine dair bulgular mevcuttur. Otizm Spektrum Bozukluğu tanılı çocuklara bakım veren bireylerin tükenmişlik düzeyleri ile adil dünya inançları arasındaki ilişki ele alınmış ve kişisel adil dünya inancı ile genel adil dünya inancının bu ilişkiye kısmen aracılık ettiği belirlenmiştir. Bununla birlikte, algılanan sosyal desteğin hem bireysel hem de

genel adil dünya inancını anlamlı şekilde yordadığı ve bu değişkenlerin tükenmişlik düzeyleri üzerinde etkili olduğu ortaya konmuştur (Şener, 2021).

Kişisel adil dünya inancı bilişsel ve soyut düzeyde işleyen, genellemeye dayalı bir inanç sistemidir. Kişisel adil dünya inancı'nın Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının Bakıcı İyilik Ölçeği- Yaşamsal Faaliyetler arasındaki ilişkide devreye girmemesi, bilişsel yapı ile davranışsal/duygusal deneyimlerin her zaman doğrudan örtüşmeyebileceğini göstermektedir. Diğer bir deyişle, birey dünyayı adil algılasa bile, aldığı sosyal desteğin yaşamsal faaliyetlerine katkısını bu inanç sistemi üzerinden değil, doğrudan deneyimsel süreçler üzerinden değerlendirmektedir (Dalbert, 2001; Furnham, 2003; Uchino, 2009). Otizm Spektrum Bozukluğu tanılı çocuklara bakım veren bireyler, yoğun stres ve yüksek sorumluluk yüküyle karşı karşıya kalmaktadır. Bu koşullar altında, bilişsel inanç sistemlerinin günlük yaşam zorluklarıyla başa çıkmada her zaman yeterli bir araç olmadığı düşünülmektedir (Lazarus & Folkman, 1984). Bunun aksine, somut sosyal destek deneyimleri, bilişsel inançlardan daha belirgin ve yaşamı sürdürebilmede kritik bir rol üstlenmektedir. Sosyal destek, hem duygusal rahatlama sağlayarak hem de pratik yardım sunarak, bireylerin yaşamsal fonksiyonlarını sürdürebilmelerine doğrudan katkı sunar (Uchino, 2009).

Bu bulgu, aynı zamanda kişisel adil dünya inancı ile ilgili literatürde bir boşluğa da işaret etmektedir. Yapılan araştırmalar genellikle adil dünya inancını moderatör değişken olarak ele almakta adil dünya inancının aracılık etkisi ile ilgili çalışmaların oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, bu çalışmanın ortaya koyduğu aracılık etkinin bulunmaması durumu, hem ölçülen değişkenlerin doğasına hem de bu alandaki kuramsal gelişmelerin henüz erken aşamada olmasına bağlanabilir.

Nitekim literatürde adil dünya inancının aracılık rolüyle ilgili bulgulara rastlanmaması, bu değişkenin yapısal düzeyde etkiler yaratmaktan ziyade bireyin mevcut koşulları anlamlandırmasında bilişsel bir filtre işlevi gördüğünü düşündürmektedir (Dalbert, 2009).

Alan yazını incelendiğinde, yapılan bu çalışmaya benzer çalışmaların sayıca az olması, bu çalışmanın literatüre özgün ve önemli bir katkı sunabileceği yönünde değerlendirilmiştir. Ayrıca, çalışmanın yüz yüze ve kapsamlı veri toplama süreci, kullanılan geçerli ve güvenilir ölçme araçları, araştırma verilerinin farklı sosyoekonomik ve sosyokültürel gruplara ait kişilerden toplanması, çalışmanın bulgularının genellenebilirliğini, geçerliliğini ve güvenilirliği arttırmaktadır.

Bununla birlikte, çalışmanın yalnızca İstanbul ilindeki özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerindeki annelerden toplanması genellenebilirlik bağlamında bir sınırlılık olarak düşünülmektedir. Bu noktada güvenilirliğin ve genellenebilirliğin artırılması amacıyla ileride yapılacak çalışmalarda daha fazla katılımcıya ulaşılması, yaş aralığının genişletilmesi ve İstanbul dışındaki illerden de veri toplanması önerilmektedir.

Araştırma bulguları, bakım veren annelerin algıladıkları sosyal desteğin, onların hem temel ihtiyaçlarını karşılayabilme düzeyleri hem de yaşam faaliyetlerini sürdürebilme kapasiteleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda, ileride yapılacak çalışmalarda sosyal destek kaynaklarının türüne (aile, arkadaş, profesyonel destek vb.) göre ayrıntılı bir analiz yapılması önerilmektedir. Ayrıca, psikososyal müdahale programlarında sosyal destek ağlarının güçlendirilmesine odaklanılması, bakım verenlerin iyilik halleri üzerinde koruyucu bir

faktör olarak değerlendirilebilir. Farklı şehirlerde ve sosyoekonomik gruplarda yapılacak benzer çalışmalarla bu ilişkinin kültürel ve çevresel bağlamda da test edilmesi literatüre önemli katkılar sağlayacaktır.

Öte yandan, araştırmanın çeşitli bölümlerinde de bahsedildiği üzere, otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocukların bakım ve eğitim süreçlerinde sorumluluğun çoğunlukla anneler üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Bu durum, zamanla fiziksel ve duygusal tükenmişliğe yol açabilmektedir. Bu nedenle, babaların da sürece aktif katılımı teşvik edilmelidir. Babaların yalnızca maddi değil; duygusal, sosyal ve pratik destek sağlamaları; hem annenin yükünü hafifletmekte hem de çocuğun gelişimine olumlu katkı sunmaktadır. Sonuç olarak, OSB tanılı çocukların gelişiminde her iki ebeveynin de aktif, ilgili ve bilinçli şekilde yer alması büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle, aile temelli destek programlarının planlanmasında hem anneleri hem de babaları kapsayan bütüncül yaklaşımlar benimsenmelidir.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular, bireylerin adil dünya inancının, sosyal destek davranışlarını doğrudan etkileyen bir unsur olmayabileceğini göstermektedir. Bu durum, sosyal desteğin yalnızca bilişsel inanç sistemleriyle açıklanamayacak kadar çok boyutlu bir olgu olduğunu düşündürmektedir. Bu bağlamda, gelecekte gerçekleştirilecek araştırmaların sosyal destek davranışlarını şekillendiren etmenleri daha kapsamlı biçimde ele alması önerilmektedir. Özellikle aracı ve düzenleyici değişkenlerin (örneğin duygusal zekâ, kültürel değer yönelimleri, topluluk bağlılığı gibi) incelenmesi, sosyal destek dinamiklerinin daha derinlemesine anlaşılmasına katkı sağlayabilir. Ayrıca, nitel veri toplama yöntemleriyle bireylerin sosyal destek

algılarına dair öznel deneyimlerine ulaşılması, bu kavramın bağlamsal boyutlarını aydınlatma açısından önem arz etmektedir.

Otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocukların gelişiminde erken müdahale kadar, ailelerin bu sürece bilinçli ve aktif katılımı da kritik bir öneme sahiptir. Bu bağlamda, özellikle birincil bakım veren annelere yönelik psikoeğitim, aile eğitimleri ve bilgilendirme seminerlerinin yaygınlaştırılması önerilmektedir. Bu tür programlar, annelerin OSB hakkında doğru bilgiye ulaşmalarını, çocuklarının davranışlarını daha iyi anlamalarını ve onlarla etkili iletişim kurmalarını desteklemektedir. Ayrıca, bu eğitimler aracılığıyla anneler; problem davranışlarla baş etme yöntemleri, alternatif iletişim teknikleri ve günlük yaşamın yapılandırılması gibi konularda pratik beceriler kazanabilmektedir. Psikoeğitim programlarının, annelerin yaşadığı stres, kaygı ve yalnızlık hissini azaltarak duygusal dayanıklılık kazanmalarına da katkı sağlayabilir. Grup temelli eğitimlerin ise sosyal destek sunarak, annelerin yalnız olmadıklarını hissetmelerine yardımcı olduğu değerlendirilmektedir. Bunun yanı sıra, annelerin özel eğitim hizmetleri ve yasal haklar konusunda bilgilendirilmeleri, çocuklarının eğitim ve sosyal yaşama daha aktif şekilde katılımını kolaylaştırmakta; anneleri yalnızca bakım veren değil, aynı zamanda bilinçli bir savunucu konumuna taşımaktadır.

SONUÇ

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, OSB çocuk yaşı, OSB çocuk tanı zamanı, özel eğitim süresi ve haftalık özel eğitim süresi) ile ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, sosyo-demografik özellikler ile ölçek puanları arasında çok zayıf bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca, katılımcıların ölçek puanlarının birbirleriyle olan ilişkileri de incelenmiş ve aralarında çok zayıf ila orta derecede bir korelasyon gözlemlenmiştir.

Bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği ve Genel Adil Dünya İnancı ölçeği toplam puanlarının Bakıcı iyilik ölçeği-Temel ihtiyaçlar alt boyutu, Bakıcı iyilik ölçeği-Yaşamsal faaliyetler alt boyut ve Verilen Sosyal Destek Ölçeği toplam puanları üzerindeki etkileri incelendiğinde, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanlarının Bakıcı iyilik ölçeği-Temel ihtiyaçlar alt boyutu ve Bakıcı iyilik ölçeği-Yaşamsal faaliyetler alt boyut toplam puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Ancak, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği ve Genel Adil Dünya İnancı ölçeği toplam puanlarının Verilen Sosyal Destek Ölçeği toplam puanları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.

Araştırmada ayrıca, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının Bakıcı iyilik ölçeği-Yaşamsal faaliyetler alt boyut üzerindeki etkisi incelenmiş ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının Bakıcı iyilik ölçeği-Yaşamsal faaliyetler alt boyut puanları üzerinde doğrudan anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının Bakıcı iyilik ölçeği-Yaşamsal faaliyetler alt boyut üzerindeki etkisinde Kişisel Adil Dünya

İnancı Ölçeği puanlarının aracılık rolü de araştırılmıştır. Sonuç olarak, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanlarının Kişisel Adil Dünya İnanıcı Ölçeği toplam puanları üzerinde doğrudan etkisi olduğu ve Kişisel Adil Dünya İnanıcı Ölçeği puanlarının Bakıcı iyilik ölçeği-Yaşamsal faaliyetler alt boyut puanları üzerindeki doğrudan etkisi olduğu bulunmuştur. Ancak, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının Bakıcı iyilik ölçeği-Yaşamsal faaliyetler alt boyut üzerindeki etkisinde Kişisel Adil Dünya İnanıcı Ölçeği puanlarının aracılık rolü olmadığı tespit edilmiştir.



KAYNAKÇA

- American Psychiatric Association.(1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Allender, J.A. veSpradley, B.W. (2001) ClientsIn Home Health, Hospice, andLong-TermSettings. *Community Health Nursing Concepsts and Practice*, 5, 739–753.
- Akçakın, M., Polat, S. ve Kerimoğlu, E. (1993). Otistik ve zeka özürlü çocukların demografik ve doğumla ilgili özellikler yönünden karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1, 39-46.
- Akdem, F. ve Akel, B. S. (2014). Otizmli bireylerin bakım verenlerinin yaşam kalitesi ve zaman yönetimini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2(3), 121-129.
- Akman, S. (2006). *Epileptik Nöbet Geçiren- Sağlıklı Çocuğu Olan Annelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Farklı Değişkinler Açısında İncelenmesi*, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Aksay, E. (2023). Otizm'i anlamak: Otistik Bozuklarda Kullanılan Terapi ve Destek Yöntemleri. *Social Sciences Studies Journal (SSS Journal)*, 9(108), 5553-5563.
- Aksoy, V. ve Şahin, Ş. (2017). Otizm spektrum bozukluğu (OSB): Tarama, tanılama ve değerlendirme. *Pegem Atıf İndeksi*, 230-259.
- Aktaş, A. ve Sertel-Berk, H. (2012). Verilen sosyal destek ölçeği'nin psikometrik özellikleri. *Psikoloji Çalışmaları*, 32(2), 71-84.

- Akyar, İ. ve Akdemir, N. (2009). Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3), 32-49.
- Altieri M. J. ve Kluge, S. (2009). Searching for acceptance: Challenges encountered while raising a child with autism. *J Intellect Dev Disabil*, 34(2), 142–152.
- Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M. ve Özpolat, A. Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552.
- Arkar, H., Sari, Ö. ve Fidaner, H. (2004). Relationships Between Quality of Life, Perceived Social Support, Social Network, And Loneliness in a Turkish Sample. *Yeni Symposium: psikiyatri, nöroloji ve davranış bilimleri dergisi*, 42(1), 20–27.
- Benson, P. R., ve Karlof, K. L. (2009) Anger, stress proliferation, and depressed mood among parents of children with ASD. A longitudinal replication. *JAutism Dev Disord*. 39, 350–362.
- BarreraJr. M. ve Ainlay, S. L. (1983). The structure of social support: A conceptual and empirical analysis. *Journal of community psychology*, 11(2), 133-143.
- Bayramova N. (2008). *Amiyotrofik Lateral Skleroz’lu (Als) Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri Ve Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Belirlenmesi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. İzmir.
- Berg-Weger, M., Rubio, D. M. ve Tebb, S. S. (2000). The care giver well-being scale revisited. *Health & social work*, 25(4), 255-263.
- Besey, Ö. ve Aydın, R. (2020). Engelli çocuğa sahip ebeveynlerde bakım veren yükü ve depresyon durumlarının incelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 302-309.

- Bilal, E. ve Dağ, İ. (2005). Eğitilebilir zihinsel engelli olan ve olmayan çocukların annelerinde stres, stresle başa çıkma ve kontrol odağının karşılaştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 12(2), 56-68.
- Bilgin, N. (2003). Sosyal psikoloji sözlüğü kavramlar, yaklaşımlar (1. Baskı). İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- Bodur, Ş. ve Soysal, A. Ş. (2004). Otizmin erken tanısı ve önemi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(10), 394-398.
- Boyd, B. A. (2002). Examining the Relationship Between Stress and Lack of Social Support in Mothers of Children With Autism. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 17(4), 208–215.
- Broach, S., Heather, C., Potter, D., ve Prior, A. (2003). Autism: Rights in reality-how people with autism spectrum disorders and their families are still missing out on their rights. National Autistic Society.
- Bumin, G., Günel, A. ve Tükel, Ş. (2008). Anxiety, depression and quality of life in mothers of disabled children. *SDÜ Tıp Fak Dergisi*, 15(1), 6-11.
- Burd, L., Fisher, W. ve Kerbeshian, J. (1987). A prevalence study of pervasive developmental disorders in North Dakota. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 26, 700-703.
- Calhoun, LG., Cann, A., Tedeschi, RG. ve McMillan J. (1998). Traumatic events and generational differences in assumptions about a just world. *J Soc Psychol*, 138(6), 789- 791.
- Cameron, S. J., Dobson, L. A. ve Day, D. M. (1991). Stress in parents of developmentally delayed and non delayed preschool children. *Canada's Mental Health*, 39(1), 13–17.

- Canarslan, H. ve Ahmetoğlu, E. (2015). Engelli çocuğa sahip ailelerin yaşam kalitesinin incelenmesi. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(1), 13-31.
- Cavkaytar, A., Batu, S. ve Cetin, O. B. (2008). Perspectives of Turkish Mothers on Having a Child with Developmental Disabilities. *International Journal of Special Education*, 23(2), 101-109.
- Ceco, U., ve Memik, N. Ç. (2017). Bakım Verenin Yükü Penceresinden Otizme Bakış. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 19-21.
- Chan, S., Livingston, G., Jones, L., & Sampson, E. L. (2013). Factors associated with burden in caregivers of people with dementia: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 25(4), 517–530.
- Christensen, D. L. (2016). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2012. *MMWR. Surveillance summaries*, 65(1), 1-23.
- Cohen, S. ve Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310.
- Cohen, S. E. ve Syme, S. I. (1985). Social support and health. Academic press.
- Correia, I. ve Dalbert, C. (2008). School bullying: Belief in a personal just world of bullies, victims, and defenders. *European Psychologist*, 13(4), 248-254.
- Correia, I., &Vala, J. (2003). Whenwill a victim be secondarily victimized? *Social Justice Research*, 16(4), 379–400.

- Coşkun, Y. ve Akkaş, G. (2009). Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(1), 213-227.
- Çetin, O. B. (2008). Perspectives of Turkish Mothers on Having a Child with Developmental Disabilities. *International Journal of Special Education*, 23(2), 101-109.
- Choi, J., Peters, M. ve Mueller, R. O. (2010). Correlational analysis of ordinal data: from Pearson'sr to Bayesian polychoric correlation. *Asia Pacific education review*, 11(4), 459-466.
- Çokyaman, T. ve Battal, F. (2020). Otizm Spektrum Bozukluğu ve Down Sendromlu Çocukların Bakım Verme Yüklerinin Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı ile Değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(2), 210-215.
- Çürük, N. (2009). Özel gereksinimli çocuğa sahip annelerde sosyal desteğin önemi. *Aile ve Toplum Dergisi*, 5(17), 104-110.
- Daharlı, E., Yılmaz, S., ve Koşan, Z. (2021). Otizm ve Çevresel İlişkiler: Derleme. *JENAS Journal of Environmental and Natural Studies*, 4(1), 73-80.
- Dalbert, C. (2009). Belief in a just world. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of Individual Differences in Social Behavior* (pp. 288-297). GuilfordPress.
- Dalbert, C. (2001). *The Justice Motive as a Personal Resource*. Springer.
- Dalbert, C. (2001). *The Justice Motive as a Personal Resource: Dealing with Challenges and Critical Life Events*. Springer.
- Dalbert, C. (1999). The World is more Just for me than generally: About the Personal Belief in a Just World Scale's Validity. *Social Justice Research*, 12, 79-98.

- Dalbert, C., Lipkus, I. M., Sallay, H. ve Goch, I. (2001). A just and an unjust world: Structure and validity of different world beliefs. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 561-577.
- Dalbert C. ve Siegler I. (1993) The belief in a just world and perceptions of discrimination. *J Psychology*, 127(4), 465-474.
- Demirkiliç, A. (2024). Kanser hastasına bakım veren bireyin boş zaman algısına etki eden faktörlerin incelenmesi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 7(3), 62-74.
- Demirtepe-Saygılı, D. ve Bozo, Ö. (2011). Perceived social support as a moderator of the relationship between caregiver well-being indicators and psychological symptoms. *Journal of Health Psychology*, 16(7), 1091-1100.
- Demirtepe, D. ve Bozo, Ö. (2009) Bakıcı İyi Hissizlik Ölçeği'nin Uyarlama, Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikoloji Yazıları*, 12(23): 28-37.
- Dietert RR, Dietert JM ve Dewitt JC. (2011). Environmental risk factors for autism. *Emerge Health Threats*. 20(4), 7111.
- Diken, İ. H. ve Bakkaloğlu, H. (2023), Zihin yetersizliği ve otizm spektrum bozukluğu. Pegem Akademi.
- Doenyas, C. (2019). Çevresel Etkiler ve Beslenmenin Otizme Etkisini Olası Kılan Mekanizma: Bağırsak Mikrobiyotası. *Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi*, 49(3), 113-117
- Dökmen, Z. Y. (2012). Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 3-38.

- Dunst, C. J., Trivette, C. M. ve Cross, A. H. (1986). Mediating influences of social support: Personal, family, and child outcomes. *American journal of mental deficiency, 90*(4), 403-417.
- Eğilli, C. S. ve Sunal, N. (2017). Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi, 3*(2), 83-91.
- Eicher, P. S., ve Batshaw, M. L. (1993). Cerebral palsy. *Pediatric Clinics of North America, 40*(3), 537–551.
- Eker, D. ve Arkar, H. (1995). Factorial structure, validity, and reliability of the multidimensional scale of perceived social support. *Türk Psikoloji Dergisi, 10*(34), 45-55.
- Eker, D., Arkar, H., & Yıldız, H. (2000). Generality of support sources and psychometric properties of a scale of perceived social support in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35*(5), 228–233. <https://doi.org/10.1007/s001270050240>
- Erdem, M. (2010). Yaşlıya bakım verme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 8*(3), 101-106.
- Erhan, G. (2005). Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Umutsuzluk, Karamsarlık, Sosyal Destek Algılarının ve Gelecek Planlarının İncelenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Ersoy, A. F. ve Buluş, S. (2019). Engelli çocuğu olan annelerde tükenmişlik: Nitel bir çalışma. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 23*(3), 764-781.

- Ersoy, Ö. ve Çürük, A. (2009). Özel gereksinimli çocuğa sahip annelerde sosyal desteğin önemi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 17(17), 104-110.
- Feldman, D. M. ve Snyder, C. R. (2005). Hope and the Meaningful Life: Theoretical and Empirical Associations Between Goal-Directed Thinking and Life Meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*: Vol. 24, No. 3, pp. 401-421. <https://doi.org/10.1521/jscp.24.3.401.65616>
- Filipek, P. A., Accardo, P. J., Ashwal, S., Baranek, G. T., & Cook, E. H. (2000). Practice parameter: Screening and diagnosis of autism. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology*, 55(4), 468-479.
- Folkman, S., Chesney, M.A. ve Richards, C. (1995). Stress And Coping In Caregiving Partners Of Men With Aids. *Psychiatric Clinics of North America*. 17 (1): 35-53.
- Frith, U. (2008). Autism: A very short introduction. Oxford University Press, 195.
- Furnham, A. (2003). Belief in a just world: Research progress over the past decade. *Personality and Individual Differences*, 34(5), 795-817.
- Gıray, F. S. (2009). Suç İşlemiş ve İşlememiş Ergenlerin Adil Dünya İnancı ve Bağışlayıcılık Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Goel, R., Hong, J. S., Findling, R. L. ve Ji, N. Y. (2018). An update on pharmacotherapy of autism spectrum disorder in children and adolescents. *International review of psychiatry*, 30(1), 78-95.
- Goffman, ES. (1963). Notes on the Management of Spoiled Identity. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall .

- Gök Dağdır, H., Bukan, N., & Bahçelioğlu, M. (2022). Otizmin Etiyolojisi. *Future Biochemistry and Bioscience*, 4(2), 49-57
- Göregenli, M. (2003). Şiddet, kötü muamele ve işkenceye ilişkin değerlendirmeler, tutumlar ve deneyimler. İzmir Barosu Yayınları.
- Görgü, E. (2005). 3-7 Yaş Arası Otistik Çocuğa Sahip Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Gray, D. E. ve Holden, W. J. (1992). Psychosocial well-being among the parents of children with autism. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 18, 83-93.
- Güdük, Ö. (2022). Uzun Dönemli Bakımda Tercihler ve Belirleyiciler: Formal Bakıma Karşı İnfomal Bakım. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(3), 681-694.
- Hafer, C. L. ve Bègue, L. (2005). Experimental research on just-world theory: Problems, developments, and future challenges. *Psychological Bulletin*, 131(1), 128-167.
- Hangül, Z. ve Tufan, A. E. (2022). Otizm spektrum bozukluğunda tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanımı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(2), 165-173.
- Holahan, C. J. ve Moos, R. H. (1986). Personality, coping, and family resources in stress resistance: a longitudinal analysis. *Journal of personality and social psychology*, 51(2), 389.
- Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children

- with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(3), 629–642.
- Iconomou, G., Vagenakis, A. G. ve Kalofonos, H. P. (2001). The informational needs, satisfaction with communication, and psychological status of primary caregivers of cancer patients receiving chemotherapy. *Support Care Cancer*, 9, 591-596.
- İnci FH. (2006). Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik Ve Güvenilirliği. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Denizli.
- Järbrink, K., Fombonne, E., ve Knapp, M. (2003). Measuring the parental, service and cost impacts of children with autistic spectrum disorder: A pilot study. *Journal of autism and developmental disorders*, 33, 395-402.
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health. *Perspectives on Psychological Science*, 4(3), 236–255.
- Uğur, D. ve Akgün, S. (2015). Bireysel ve Genel Adil Dünya İnancının Depresyonla İlişkisi. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(1), 103- 116.
- Ünlü, İ. ve Gökler, R. (2021). Otizmli çocuğa sahip ailelerde sosyal destek sisteminin önemi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (18), 194-215.
- Kaba, D. ve Aysev, A. S. (2020). Dsm-5 tanı ölçütlerine göre erken çocukluk döneminde otizm spektrum bozukluğunun değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 31(2), 106-12.
- Kahriman, İ. ve Bayat, M. (2008). Özürlü çocuğa sahip ebeveynlerin yaşadıkları güçlükler ve algıladıkları sosyal destek düzeyleri. *Öz-Veri Dergisi*, 5(1), 1175-1194.

- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*, 2(3), 217-250.
- Kaner, S. (2004). *Engelli çocuğu olan ana babaların algıladıkları stres, sosyal destek ve yaşam doyumlarının incelenmesi* (Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Kesin Raporu). Ankara Üniversitesi. <https://dspace.ankara.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12575/68118/2668.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kara, R., Gümüş, M. ve Başbakkal, Z. (2023). Kanserli Çocuğa Bakım Veren Ebeveynlerin Yaşadıkları Bakım Yüğü ve Zorluklar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 16(2), 234-246.
- Karadağ, G. (2009). Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Yaşadıkları Güçlükler ile Aileden Algıladıkları Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(4), 315-322.
- Karpat, D. ve Girli, A. (2012). Yaygın gelişimsel bozukluk tanılı çocukların anne-babalarının yas tepkilerinin, evlilik uyumlarının ve sosyal destek algılarının incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 13(02), 69-89.
- Kasuya, R. T., Polgar-Bailey, P., ve Takeuchi, R. (2000). Caregiver burden and burnout: A guide for primary care physicians. *Postgraduate medicine*, 108(7), 119-123.
- Kazak, A. E. ve Marvin, R. S. (1984). Differences, difficulties and adaptation: Stress and social networks in families with a handicapped child. *Family relations*, 33(1), 67-77.

- Kinney, J., ve Stephens, M. (1989). Hassles and uplifts of giving care to a family member with dementia. *Psychology and aging*, 4(4), 402.
- Kim, Y. ve Given, B. A. (2008). Quality of life of family caregivers of cancer survivors: Across the trajectory of the illness. *Cancer*, 112, 2556-2568.
- Kılınç, Ç., Bağlama, B., ve Akçamete, G. (2019). Otizm Spektrum Bozukluğunun Erken Çocukluk Dönemi'nde Tanılanma Ve Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçme Araçlarının İncelenmesi. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1(3), 200-205.
- Kılınç, S. ve Torun, F. (2011). Adil Dünya İnancı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 3(1), 1- 14.
- Kıral, K. (2011). *Demans hasta yakınlarında depresyon ve yaşam doyumu: Bilişsel duygu ayarlama, sosyal destek ve adil dünya inancı ilişkisi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Mersin.
- Koba, D., Soykan Aysev, A. ve Özsoy, G. (1997). DSM-5 tanı ölçütlerine göre erken çocukluk döneminde otizm spektrum bozukluğunun değerlendirilmesi. Yayıncı.
- Koç, Z., Sağlam, Z. ve Çınarlı, T. (2016). Kanseri tanısı almış olan bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükü ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *JSHS*, 1(1), 99-116.
- Kol, R. ve Karabulutlu, E. Y. (2021). Kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlerin bakım yükü ve iyilik halinin değerlendirilmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 10(1), 119-127.

- Korkmaz, B. (2010). Otizm: Klinik ve nörobiyolojik özellikleri, erken tanı, tedavi ve bazı güncel gelişmeler. *Türk Pediatri Arşivi*, 45.
- Korkmaz, B. (2017). *Ah şu otizm*. İstanbul: Aba Yayıncılık.
- Kurt, A. S., Tekin, A., Koçak, V., Kaya, Y., Özpulat, Ö., ve Önat, H. (2008). Zihinsel engelli çocuğa sahip anne babaların karşılaştıkları güçlükler. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*, 17(3), 158-163.
- Küçüker, S. (2001). Erken eğitimin gelişimsel geriliği olan çocukların anne-babalarının stres ve depresyon düzeyleri üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 3(01), 1-11.
- Krespi, M. (1993). An Investigation Of The Relationship Of Life Events and Social Support With Depression in Dialysis Patients. Unpublished Master's Thesis, Boğaziçi University, İstanbul.
- Lai, D. W., & Thomson, C. (2011). The impact of perceived adequacy of social support on caregiving burden of family caregivers. *Families in Society*, 92(1), 99-106.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lerner, M. (1980) The belief in a just world: A fundamental delusion. New York: Plenum Press.
- Lipkusa, I. M., Dalbert, C., & Siegler, I. C. (1996) The Importance of Distinguishing the Belief in a Just World for Self Versus for Others: Implications for Psychological Well-Being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(7), 666-677.

- Loomes, R., Hull, L., ve Mandy, W. P. L. (2017). What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466-474.
- Lucas, T., Alexander, S., Firestone, I., & Baltes, B. (2010). Self-efficacy and the Just World: Faith in a just world and coping with stress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(3), 254–274.
- Maenner, M. J., Warren, Z., Williams, A. R., Amoakohene, E., Bakian, A. V., Bilder, D. A., ... ve Shaw, K. A. (2023). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years. *MMWR Surveillance Summaries*, 72(2), 1-14.
- Matson, J. L., ve Goldin, R. L. (2014). What is the future of assessment for autism spectrum disorders: Short and longterm. *Research in autism spectrum disorders*, 8(3), 209-213.
- Meadan H., Halle J. ve Ebata, A(2010). ‘Families with Children Who Have Autism Spectrum Disorders: Stress and Support‘, *Exceptional Children*, S. 77(1), 7–36.
- Mignor, D. (2000). Effectiveness of Use of Home Health Nurses to Decrease Burden & Depression of Elderly Caregivers. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 38(7), 34–41
- Motavalli Mukaddes, N. (2017). Bebeklikten Erişkinliğe Otizm Aileler İçin Kılavuz. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Mugno, D., Ruta, L., D'Arrigo, V. G. ve Mazzone, L. (2007). Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health and quality of life outcomes*, 5(1), 1-9.

- Murphy, N. A., Christian, B., Caplin, D. A., ve Young, P. C. (2007). The health of caregivers for children with disabilities: caregiver perspectives. *Child: care, health and development*, 33(2), 180-187.
- Nagaraju, K. ve Wilson, J. (2013). Burden and stress perceived by mothers having autistic children. *International Journal of Multidisciplinary Research in Social& Management Sciences*. 1(4), 53-57.
- Nursoy, G. (2019) Otizmli Bireylerin Annelerinin Adil Dünya İnancı ve Algıladıkları Aile Yüğü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Otto, K., Glasser, D. ve Dalbert, C. (2009). Mental health, occupational trust and quality of working life: Does belief in a just world matter?. *Journal of Applied Social Psychology*, 39(6), 1288–1315.
- Öz, B., Yüksel, T., ve Nasiroğlu, S. (2020). Otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocukların annelerinde görülen depresyon-anksiyete belirtileri ve damgalanma algısı. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 57(1), 50-55.
- Millî Eğitim Bakanlığı. (2006, 31 Mayıs). *Özel Eğitim ve Hizmetleri Yönetmeliği*. https://orgm.meb.gov.tr/alt_sayfalar/mevzuat/Ozel_Egitim_Hizmetleri_Yonetmeliği_son.pdf
- Özkan, Ç., Taşçıoğlu, G., ve Söyler, H. (2024). Çocuklarına Kanser Teşhisi Konmuş Ailelerde Stres, Bakım Verme Yüğü ve Aile İşlevselliği: Bir İnceleme. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 6(2), 137-146.
- Özkubat, U., Özdemir, S., Selimoğlu, Ö. G., ve Töret, G. (2014). Otizme yolculuk: Otizmli çocuğa sahip ebeveynlerin sosyal destek algılarına ilişkin görüşleri. *Ondokuz Mayıs University Journal of Education Faculty*, 33(1), 323-348.

- Özlu A., Yıldız M., Aker, T. (2009) Zarit bakıcı yük ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46(1): 38-42.
- Pehlivan, S., Özgür, Y. F., Yıldız, H., Dalkılıç, H. E., & Pehlivan, Y. (2018). Romatolojik hastalıklarda sosyal destek ve bakım veren yükü. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 44(1), 19-25.
- Pehlivan Türk, B., Bakkaloğlu, B., ve Ünal, F. (2003). Otistik bozukluk etyolojisi: genetik etkenler. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*, 10, 88-96.
- Previc, F. H. (2007). Prenatal influences on brain dopamine and their relevance to the rising incidence of autism. *Medical hypotheses*, 68(1), 46-60.
- Pinquart, M. ve Sorensen, S. (2007). Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis. *J Gerontol B-Psychol*.
- Provencher, H. L. ve Mueser, K. T. (1997). Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophr Res*, 26, 71-80.
- Rankin, E., Haut, M., Keefover, R. ve Franzen, M. (1994). The establishment of clinical cutoffs in measuring caregiver burden in dementia. *Gerontologist*. 34(6), 828-832.
- Ritter, C., Benson, D. E. ve Synder, C. (1990). Belief in a just world and depression. *Sociological Perspectives*, 33(2), 235-252.
- Rosenblatt A, Greenberg J. Examining the world of the depressed: Do depressed people prefer others who are depressed? *J Pers Soc Psychol* 1991; 4:620-629.

- Sapancı, A. ve Bahtiyar, M. (2018). Adil Dünya İnancı, Sürekli Umut, Pozitif Ve Negatif Duygu Durumu Ve Sosyal Desteğin Yaşamda Anlami Yordama Gücü. *TurkishStudies*, 13, 19.
- Sarı, H. Y. (2007). Zihinsel engelli çocuğu olan ailelerde aile yüklenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2), 33-40.
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *American Journal of Nursing*, 108(9 Suppl), 23–27.
- Schulze, B. ve Rössler, W. (2005). Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004–2005. *Current opinion in Psychiatry*, 18(6), 684-691.
- Schwartz, C., Shapiro, A., & Astin, J. (2010). Social support and psychological well-being among caregivers of persons with chronic illness: A meta-analytic review. *HealthPsychology*, 29(2), 133–144.
- Selçuk, K.T. ve Avcı, D. (2006). Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 1-9.
- Sencar, B. (2007) Otistik Çocuğa Sahip Ailelerin Algıladıkları Sosyal Destek ve Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Sivrikaya, T. ve Tekinarslan, İ. Ç. (2013). Zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip annelerde stres, sosyal destek ve aile yükü. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 14(02), 17-31.

- Şahin, H. ve Yılmaz, E. A. (2023). Engelli çocuğu olan annelerin depresif semptomlar ve algıladıkları sosyal destek açısından incelenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 6(2), 97-105.
- Şener, E. F., ve Özkul, Y. (2013). Otizmin genetik temelleri. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 86-92.
- Şener, G. R. (2021). *Otizm spektrum bozukluğuna sahip çocuklara bakım veren kişilerin algıladıkları sosyal destek ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkide adil dünya inanç düzeyinin aracı etkisi*. Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Şentürk, M. ve Saraçoğlu, G. V. (2013). Eğitilebilir zihinsel, bedensel engelli çocuğa sahip olan ve olmayan annelerin aileden algıladıkları sosyal destek ile depresyon düzeylerinin karşılaştırılması. *International Journal of Basic and Clinical Medicine*, 1(1), 40-49.
- Taylor, S. E. ve Friedman, H. S. (2007). Social support. *Foundations of health psychology*, 145-171.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Tohum Otizm Vakfı. Otizm Tarama Projesi Sonuç Raporu (Online). Available from: <http://tohumotizm.org.tr/sites/default/files/kcfinder/files/Saglik%20Bakanligi%20Otizm%20Platformu%20Tarama%20Projesi%20Raporu.pdf>, 2008, (Accessed 2017 May 15).
- Tebb, S. (1995). An aid to empowerment: A caregiver well-being scale. *Health & Social Work*, 20(2), 87-92.
- Tekinalp, B. E. (2001). The Effects of a coping skills training program on the coping skills, hopelessness and stress levels of mothers of children with autism (Master's thesis, Middle East Technical University).

- Terr, LC. (1991). Childhood Traumas: An outline and overview. *Am J Psychiatry*, 148, 10-21.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161.
- Tohum Otizm Vakfı. (t.y.). *Otizm spektrum bozukluğu*. <https://tohumotizm.org.tr/otizm/otizm-spektrum-bozuklugu/>
- Tomaka, J., & Blascovich, J. (1994). Effects of justice beliefs on cognitive appraisals of and subjective, physiological, and behavioral responses to potential stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(5), 732–740. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.5.732>
- Top, F. Ü. (2009). Otistik çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları sorunlar ile ruhsal durumlarının değerlendirilmesi: Niteliksel araştırma. *Çocuk dergisi*, 9(1), 34-42.
- Toptaş Kılıç, S. ve Öz, F. (2019). Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin sorunları, yaşam kalitesi ve müdahaleler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(3), 195-203.
- Toseland, RW., Smith, G., & Mccallion, P. (2001). Family caregivers of the frail elderly. *Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Population*, 18, 99–109.
- Triandis, H. C. (1995). *Individualism & collectivism*. Westview Press.
- Tuncay, F. Ö., Mollaoğlu, M., & Fertelli, T. K. (2015). Kronik hastalığı olan bireye bakım verenlerde bakım yükü ve sosyal destek düzeyi. *Literatür Sempozyum*, 8, 5-10.

- Tunç, S. ve Özkardaş, O. (2020). Otizmli çocuğu olan annelerde algılanan sosyal desteğin anksiyete ve ebeveyn tükenmişliği üzerindeki etkisi.
- Uğur, D. ve Akgün, S. (2015). Bireysel ve genel adil dünya inancının depresyon ile ilişkisi. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi*, 6(1), 103-116.
- Uğuz, Ş., Toros, F., İnanç, B. Y. ve Çolakkadıoğlu, O. (2004). Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 7, 42-47.
- Ünlüer, E. (2009). 2-6 Yaş Arası Otistik Çocuğa Sahip Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.) Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Üstün, K., Kıvrak, K., Körtelli, O., Bingölbalı, Ö., Taşkaya, C., & Zübeyir, S. (2022). Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Bakım Yüğü ve Fiziksel Aktivite Seviyesi Arasındaki İlişkinin Araştırılması. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(3), 488-498.
- Van Steijn, VDJ. (2013). The influence of parental and offspring ASD and ADHD symptoms on family functioning. Radboud University Nijmegen.
- Vitaliano, P. P., Young, H. M. & Zhang, J. (2004). Is caregiving a risk factor for illness? *Current Directions in Psychological Science*, 13(1), 13-16.
- Williams AM. (1993). Caregivers of persons with stroke: Their physical and emotional wellbeing. *Qualiyt of Life Research*, 2(3), 213–220.
- Wing, L. (1981). Sex ratios in early childhood autism and related conditions. *PsychiatryRes*, 5, 129-137.
- Wolthaus, J. E. D., Dingemans, P. M. A. J., Schene, A. H., Linszen, D. H., Wiersma, D. ve Van Den Bosch, R. J. et al. (2002). Caregiverburden in recent-onset

- schizophrenia and spectrum disorders: The influence of symptoms and personality traits. *J Nerv Ment Dis*, 190, 241-247.
- Yaylacı, F. (2015). Otizm spektrum bozukluğunun klinik tanısında DSM-IV-TR ve DSM-5 tanı sistemlerinin karşılaştırılması.
- Yeşil, T., Uslusoy, E. Ç., & Korkmaz, M. (2016). Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yüğü Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 54-66.
- Yılmaz, G. İşiten, N. Ertan, Ü. ve Öner A. (2003). Bir çocuk istismarı vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46, 295-298.
- Yorulmaz, E. ve Dirik, G. (2021). Demans Tanısı olan kişilere bakım verenler ve bilişsel davranışçı terapi: Sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(2), 170-191.
- Yosunkaya, E. (2013). Otizm etyolojisinde genetik ve güncel perspektif. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 76(4), 84-88.
- Yurdakul, A. ve Girli, A. (1998). Engelli çocuğı olan ailelerin sosyal destek örüntüleri ve bunun psikolojik sağlık ile ilişkisi.
- Yücesoy Özkan, Ş., Ergenekon, E., Çolak, A. ve Kaya, Ö. (2016). Otizm Spektrum Bozukluğu. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
- Zarit S. (2004). Family care and burden at the end of life. *Canadian Medical Association*, 170, 1811-1812.
- Zeydan, N. N. ve Yılmaz H. B. (2023). Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin sosyal desteklerinin bakım verme yüküyle olan ilişkisi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 10(3), 403-410.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. ve Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.



EKLER

EK'teki ölçekler araştırmada kullanıldığı haliyle (kontrol soruları dâhil edilerek) verilmiştir.

EK A. Bilgilendirilmiş Onam Formu

ONAM FORMU

Sayın katılımcı,

Bu araştırma Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı kapsamında Dr. Öğr. Üyesi Ayşenur AKTAş danışmanlığında Simay TOYGAR tarafından Otizm tanısı almış çocuklara bakım veren annelerin bu süreçte yaşadıkları zorlukları anlayabilmek amacıyla yapılmaktadır. Yaşadığınız sorunları, gereksinimlerinizi ve bunların bakım verdiğiniz çocuğunuz üzerindeki etkisini öğrenmek sizlere nasıl ve hangi konuda yardımcı olabileceğimizi belirlemek adına oldukça önemlidir.

Bu tez araştırması kapsamında kişisel bilgileriniz gizli tutularak alınan tüm bilgiler yalnızca akademik çalışmalarda kullanılacaktır.

Buradaki soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Sizin için en uygun yanıtı vermeniz bizim için çok değerli olacaktır. Çalışmaya katılmak tamamen gönüllölük esasına bağlıdır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir aşamada çalışmayı bırakma hakkına sahiptir. Çalışmayı kabul ettiğiniz takdirde tamamlanması yaklaşık 30 dakika sürebilecek 5 adet soru formu doldurmanız istenecektir

EK A. Bilgilendirilmiş Onam Formu (Devam)

Soru formlarını sadece Otizm tanısı almış çocuklara bakım veren annelerin cevaplaması gerekmektedir. Katkılarınızdan dolayı çok teşekkür ederiz.

Yukarıda, araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum.

Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, katılmama hakkım olduğunu ve ayrıca araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğumu biliyorum. Bu koşullarda, araştırma kapsamında istenilen bilgileri vermeyi kabul ediyorum.

Katılımcının imzası:

EK B. Demografik Bilgi Formu

1. Yaşınız:

2. Eğitim durumunuz:

☐Okur-yazar değil ☐Okur-yazar ☐İlköğretim ☐Lise ☐Üniversite

3. Medeni durumunuz:

☐Evli ☐Bekar ☐Boşanmış ☐Dul ☐Ayrı yaşıyor

4. Mesleğiniz:.....

5. Şu anda çalışmadığınız durumunuz:

☐Tam zamanlı çalışıyor ☐Yarı zamanlı çalışıyor ☐Çalışmıyor

☐Bakım verme sebebi ile çalışmıyor ☐Emekli

6. Eve giren aylık toplam gelir:.....

7. Gelir düzeyinizin aşağıdakilerden hangisine daha yakın olduğunu

düşünüyorsunuz?

☐Düşük ☐Düşük-Orta ☐Orta ☐Orta-Yüksek ☐Yüksek

8. Oturduğunuz evin durumu:

☐Kira ☐Özel mülk ☐Diğer.....

9. Evinizde kimlerle yaşıyorsunuz?:.....

10. Kaç çocuğunuz var?:.....

11. Çocuk/Çocuklarınızın yaşları nedir?

☐1. Çocuk yaşında

☐2. Çocuk yaşında

☐3. Çocuk..... yaşında

☐Diğer yaşında

EK B. Demografik Bilgi Formu (Devam)

12. Otizm tanısı almış çocuğunuzun yaşı....., cinsiyeti.....

13. Çocuğunuza ne zaman otizm spektrum

bozukluğu tanısı konuldu?:.....

14. Çocuğunuz ne zamandır özel eğitim alıyor?.....

15. Çocuğunuz haftada kaç saat özel eğitim alıyor?.....

16. Verilen özel eğitime bağlı olarak çocuğunuzda gelişmeler gözlemliyor musunuz?

☐ Evet, gözlemliyorum ☐ Biraz gözlemliyorum

☐ Hayır, yeterince gözlemleyemiyorum

17. Çocuğunuzun sağlık giderlerini karşılamada herhangi bir sorun yaşıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

Evet ise neler?:.....

18. Devletten eğitim desteği almak için Otizm Spektrum bozukluğu raporu aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

19. Çocuğunuzun herhangi bir tıbbi hastalığı var mı?

☐ Var ☐ Yok

Varsa neler?:.....

20. Çocuğunuza tanı konmadan önce kendiniz için psikiyatrik/psikolojik başvurunuz oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

EK B. Demografik Bilgi Formu (Devam)

21. Şu anda psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

Evetse psikiyatrik ilaç kullanım süresi.....

22.Şu anda psikolojik destek alıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

23.Otizm tanılı çocuğunuz dışında bakım vermekte sorumlu olduğunuz

başka biri/birileri var mı?

☐ Var ☐ Yok

Varsa kimler ve hangi sebeple bakım vermektediriniz?:.....

24.Günde ortalama kaç saat çocuğunuza bakım vermektediriniz?

☐ 1-6 saat ☐ 7-12 saat ☐ 13-18 saat ☐ 19-24 saat

25.Çocuğunuzun bakım süreci aile ve iş ortamındaki rolünüzü olumsuz bir

şekilde etkiledi mi?

☐ Evet ☐ Hayır

26.Ailede sizden başka çocuğunuza bakım veren başka kimseler var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Cevabınız‘Evet’ise: Kişisayısı:.....

Yakınlık dereceleri:

27.Bakım verme sürecinde yardımcı olan bu kişilerin hangi konularda size

yardımcı olduklarını belirtiniz (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz):

☐ Parasal Yardım ☐ Fiziksel Bakımda Yardım ☐ Ulaşım Hizmeti

☐ Ev temizliği ☐ Randevular ☐ Duygusal paylaşım

EK B. Demografik Bilgi Formu (Devam)

g)Diğer:.....

28.Aşağıdaki bakım verme sürecinde çocuğunuza verdiğiniz çeşitli destek türleri bulunmaktadır. Bu süreçte bu destek türlerinden hangisini kullandığınızı en çoktan en aza doğru sıralayınız (örneğin; en fazla psikolojik anlamda destek olduğunuzu düşünüyorsanız a şıkkının yanındaki paranteze 1, ardından b şıkkı geliyorsa yanındaki paranteze 2 yazınız ve diğer şıklar için de bu şekilde sıralamaya devam ediniz):

☐Psikolojik destek (...)☐Fiziksel bakımda yardım (...)☐Parasal yardım (...)

☐Diğer:

29. Yaşadığınız bu süreci hangi kelimelerle tanımlarsınız?.....

EK C. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

		Kesinlikle hayır				Kesinlikle evet		
		1	2	3	4	5	6	7
1	Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.							
2	İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.							
3	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
4	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvенеbilirim.							
5	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
6	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							

EK C. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Devam)

7	Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.						
8	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.						
9	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.						
10	Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.						
11	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.						
12	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.						

EK D. Bakıcı İyilik Ölçeği

Aşağıda bazı temel ihtiyaçlar sıralanmıştır. Her bir ihtiyaç için hayatınızın son 3 ayını düşünün. Bu süre içinde her bir ihtiyacın ne ölçüde karşılandığını belirtiniz. Aşağıda bulunan ölçeği kullanarak sizin için uygun sayıyı yuvarlak içine alınız.

1 Hiçbir Zaman

2 Nadiren

3 Ara Sıra

4 Sık Sık

5 Her Zaman

Yukarıda yer alan ölçeği kullanarak sizin için uygun sayıyı işaretleyiniz.	1	2	3	4	5
1. Yeterli paraya sahip olmak					
2. Dengeli beslenmek					
3. Yeterince uyumak					
4. Fiziksel sağlığınıza dikkat etmek (doktora, diş hekimine gitmek vs.)					
5. Kendinize vakit ayırmak					
6. Sevildiğini hissetmek					
7. Sevginizi ifade etmek					
8. Öfkenizi ifade etmek					
9. Neşenizi ve keyfinizi ifade etmek					
10. Üzüntünüzü ifade etmek					
11. Cinsellikten keyif almak					
12. Yeni beceriler öğrenmek					
13. Kendini değerli hissetmek					

EK D. Bakıcı İyilik Ölçeği (Devam)

14. Başkaları tarafından takdir edildiğini hissetmek					
15. Ailenizden hoşnut olmak					
16. Kendinizden hoşnut olmak					
17. Gelecekle ilgili kendinizi güvende hissetmek					
18. Yakın arkadaşlara sahip olmak					
19. Bir eve sahip olmak					
20. Gelecekle ilgili planlar yapmak					
21. Sizi düşünen birilerinin olması					
22. Hayatınızın bir anlamı olması					

Aşağıda her birimizin yaptığı ya da birilerinin bizim için yaptığı bazı yaşamsal faaliyetler sıralanmıştır. Her bir faaliyet için yaşamınızın son 3 ayını düşünün. Bu süre içinde, her bir faaliyetin ne derecede karşılandığını düşünüyorsunuz? Aşağıda bulunan ölçeği kullanarak sizin için uygun sayıyı yuvarlak içine alınız.

1 Hiçbir Zaman

2 Nadiren

3 Ara Sıra

4 Sık Sık

5 Her Zaman

Yukarıda yer alan ölçeği kullanarak sizin için uygun sayıyı işaretleyiniz.	1	2	3	4	5
1. Yiyecek satın almak					
2. Yemek hazırlamak					
3. Evi temizlemek					
4. Bahçe işleri ile ilgilenmek					

EK D. Bakıcı İyilik Ölçeği (Devam)

5. Evin çekip çevrilmesiyle ilgilenmek					
6. Ulaşım kolaylığına sahip olmak					
7. Kıyafet alışverişi yapmak					
8. Kıyafetleri yıkamak ve giydiklerine özen göstermek					
9. Gevşemek/ rahatlamak					
10. Egzersiz/spor yapmak					
11. Bir hobiden keyif almak					
12. Yeni bir ilgi alanı ya da hobi edinmek					
13. Sosyal etkinliklere katılmak					
14. Herhangi bir konu hakkında derinlemesine düşünmek için zaman ayırmak					
15. Manevi ve ilham verici faaliyetlere zaman ayırmak					
16. Çevrenizdeki güzelliklerinin farkına varmak					
17. Arkadaşlar ya da aileden destek istemek					
18. Arkadaşlar ya da aileden destek almak					
19. Gülmek/ kahkaha atmak					
20. Kendinize iyi davranmak veya kendinizi ödüllendirmek					
21. Kariyerinize/ işinize devam etmek					
22. Kişisel temizlik ve dış görünüşünüze zaman ayırmak					
23. Aile ya da arkadaşlarla hoşça vakit geçirmek için zaman ayırmak					

EK E. Verilen Sosyal Destek Ölçeği

Son dört haftada bu aktiviteleri bakım verdiğiniz yakınınız için,’ya ya da ile birlikte ne sıklıkla yapmışsınızdır (Noktalı kısma bakım verdiğiniz yakınınızın ismini koyunuz):	Hiç	1 ya da 2 kere	Yaklaşık haftada birkaç kere	Haftada birkaç kere	Hemen hemen her gün
1. Aklından bazı şeyleri uzaklaştırması içinile birlikte bir aktivitede yer aldım.					
2.ile ilgilediği bazı şeyler hakkında sohbet ettim.					
3. İşini halledebilecek birisineile beraber gittim.					
4.’na, böyle, olduğu şekilde, gayet iyi olduğunu söyledim.					
5.’na, konuştuğumuz özel şeylerin sadece ikimiz arasında kalacağını söyledim.					
6.’dan ne beklendiğini’ya açıkladım.					
7.’nın bir yeteneğine ya da özelliğine duyduğum güveni ya da saygıyı ifade ettim.					
8. Bir şeyin nasıl yapılacağı konusunda’ya bilgi verdim.					
9. Fiziksel yakınlık göstererek’yı rahatlattım.					
10. İçinde bulunduğu bir durumu anlamasına yardım etmek için’ya bazı bilgiler verdim.					
11.’ya verilen bir tavsiyeye uyup uymadığını kontrol ettim.					
12. Bir şeyi neden iyi yapmadığını anlamasına yardımcı oldum.					
13. Özel duyguları hakkında konuşurken’yı dinledim.					

EK E. Verilen Sosyal Destek Ölçeği (Devam)

14. İhtiyacı olan bir şeyi (para dışında fiziksel bir obje)’ya ödünç olarak ya da tamamen verdim.					
15. Yapmak istediği şeyin doğru olduğu konusunda’a katıldım.					
16. İçinde bulunduğu durumu daha net ve kolay anlamasını sağlayacak şeyler söyledim.					
17.’nın durumuna benzer bir durumda kendimi nasıl hissettiğimi anlattım.					
18. Yardıma ihtiyacı olduğunda her zaman yanında olacağımı söyledim.					
19. İyi olması için, için endişelendiğimi ifade ettim ve’a ilgi gösterdim.					
20. Kendimi’a çok yakın hissettiğimi söyledim.					
21. Yardım alması için ...’a kimi görmesi gerektiğini söyledim.					
22.’ya bir şeyin nasıl yapılacağını öğrettim.					
23. İyi veya kötü demeden, nasıl olduğuna dair’ya geri bildirim verdim.					
24.’yı neşelendirmek için şakalar yaptım.					
25. Yapması gereken bir iş için geldim ve’ya yardım ettim.					

EK F. Adil Dünya İnancı Ölçeği

		Tama-men Karşı-yım	Katıl-mıyor-um	Biraz katılı-yorum Biraz katıl-mıyor-um	Katılı-yorum	Tama-men katılıyorum
1	Eninde sonunda başıma gelen her şeyi hak ettiğime					
2	Bana karşı genellikle adil davranılmıştır.					
3	Çoğunlukla ne hak ettiysem onu bulmuşumdur.					
4	Genel olarak baktığımda, yaşadığım olaylar adildir.					
5	Hayatımdaki adaletsizlikler istisnai durumlardır.					
6	Hayatta başıma gelen olayların çok büyük bir					
7	Benimle ilgili verilen önemli kararların çoğunlukla					
8	Dünyanın aslında adil bir yer olduğunu düşünüyorum.					
9	İnsanların eninde sonunda ne hak ederlerse onu					
10	Adaletin her zaman adaletsizlikler karşısında galip					
11	Uzun vadede insanların adaletsizliklerin üstesinden					
12	Hayatın her alandaki adaletsizliklerin (örneğin iş hayatında, aile hayatında, politik hayatta vs.) bir kural					
13	İnsanların önemli kararlar verirken adil olmaya					

EK G. Etik Kurul Onay Belgesi



