



**T.C.**  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTUSÜ**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**ENGELLİ ÇOCUĞU OLAN ANNE-BABALARIN KAYGI**  
**DÜZEYİ VE BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİNİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ZEYNEP ÖZ**

**Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ünübol**

**İstanbul, 2018**

**T.C.**  
**ÜSKÜDAR UNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTUSÜ**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**ENGELLİ ÇOCUĞU OLAN ANNE-BABALARIN KAYGI**  
**DÜZEYİ VE BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİNİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ZEYNEP ÖZ**

**Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ünübol**

**İstanbul, 2018**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	:	
Öğrenci Adı Soyadı	:	Zeynep Öz
Anabilim Dalı	:	Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	:	Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ünübol
Tezin Başlığı	:	Engelli çocuğu olan anne-babaların kaygı düzeyi ve başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	:	17.01.2018	Saati	:	11:00
Öğrenci Savunmaya	:	<input checked="" type="checkbox"/> GELDI			
<p>Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,</p> <p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> OY BIRLIGI      <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez <b>KABUL</b> edilmiştir.</p> <p><input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin <b>DÜZELTİLMESİ</b> için ..... ay <b>EK SÜRE</b> verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. <i>(en fazla 3 ay)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin <b>REDDEDİLMESİ</b> kararı alınmıştır.</p>					
Savunmada Tezin Başlığı	:	<input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi.	<input type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:				
Öğrenci Savunmaya	:	<input type="checkbox"/> GELMEDI			
<p>Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> OY BIRLIGI ile <b>REDDEDİLMİŞTİR.</b></p>					

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ünübol	
Üye	Doç. Dr. Gökben Hızlı Sayar	
Üye	Doç. Dr. Korkut Ulucan	

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “ Engelli Çocuğa Olan Anne-babaların Kaygı Düzeyi Ve Başa Çıkma Stratejilerinin Değerlendirmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla doğrularım.

Tarih: 13.01.2018

Ad-Soyad: Zeynep Öz

## ÖNSÖZ

Bu araştırma engelli çocuğu olan anne-babaların kaygı düzeyi ve başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Bu araştırmada bana zaman ayırarak yardımlarını ve desteğini esirgemeyen danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Hüseyin ÜNÜBOL'a ve diğer hocalarıma teşekkürlerimi sunarım. Bütün eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi her zaman arkamda duran değerli eşim Yasin ÖZ'e çok teşekkür ederim. Son olarak bana bu araştırmada kurumlarının kapılarını açan Nurcan YAMAN COŐAR'a ve arkadaşım Gül DEMİRŐE'ye teşekkürlerimi sunarım.

Zeynep ÖZ

## ÖZET

Engelli çocuğa sahip anne-babaların kaygı düzeylerinin ve başa çıkma stratejilerinin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın evrenini İstanbul ili Anadolu yakasında faaliyet gösteren özel rehabilitasyon merkezlerinde tedavi gören engelli çocuğa sahip anne-babalar oluşturmaktadır. Çalışma süresince toplam 101 anne-babayla görüşülerek veriler toplanmıştır. Verilerin toplanmasında tanıtıcı bilgi formu, sürekli-durumluk kaygı envanteri ve başa çıkma stratejisi ölçeği kullanılmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler SPSS programı ile analiz edilmiştir. Yapılan analizler neticesinde anne-babaların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin orta seviyede olduğu, sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu, başa çıkma stratejilerinden ise en fazla problem çözmeye dayalı başa çıkma stratejisini kullandıkları görülmüştür. Yapılan istatistiksel analizler neticesinde eğitim durumu, ekonomik durum, engelli çocuğun yaşı, çocuğun engelli olduğuna inanılan çeşitli faktörler, yaşanan sıkıntıların biriyle paylaşılması, engelli çocuktan utanç duyma, çocuğun çevre tarafından kabullenilmesi gibi değişkenler açısından kaygı düzeylerinin ve başa çıkma stratejilerinin farklılaştığı görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Engellilik, Kaygı, Başa Çıkma Stratejisi

## **ABSTRACT**

The universe of this research conducted to examine the anxiety levels and coping strategies of parents with children with disabilities and the parents of the disabled children who are treated in special rehabilitation centers operating in Anatolian region of Istanbul. A total of 101 parents were interviewed during the study. Data were collected using descriptive information form, Constant State-Trait Anxiety Inventory, and Coping Strategies Scale. Data obtained from the study were analyzed by SPSS program. As a result of the analysis, it was seen that parents' state and trait anxiety levels were in the middle level, trait anxiety levels were higher and most of the coping strategies used the problem solving strategy. As a result of the statistical analyzes, it was seen that the levels of anxiety and coping strategies differed in terms of variables such as educational status, economic situation, age of handicapped child, various factors believed that the child was disabled, sharing of the troubles experienced, embarrassment of the disabled child and acceptance of the child by the environment.

**Keywords:** Disability, Anxiety, Coping Strategy

# İÇİNDEKİLER DİZİNİ

YEMİN METNİ .....	i
ÖNSÖZ .....	ii
ÖZET .....	iii
ABSTRACT .....	iv
İÇİNDEKİLER DİZİNİ .....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	vii
TABLolar DİZİNİ .....	viii
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. ENGELLİLİK KAVRAMI .....	4
2.1.1. Tanım .....	4
2.1.2. Dünyada ve Türkiye'de Yaygınlığı .....	5
2.1.3. Engelliliğin Sınıflandırılması .....	8
2.1.3.1. ICIDH (Uluslararası Bozukluk, Engellilik ve Handikap Sınıflandırması) .....	8
2.1.3.2. ICF (Uluslararası Fonksiyon, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması) ....	9
2.1.4. Engellilik Türleri .....	12
2.1.4.1. Zihinsel Engelliler .....	13
2.1.4.2. Görme Engelliler .....	13
2.1.4.3. İşitme ve Konuşma Engelliler .....	14
2.1.4.4. Ortopedik Engelliler .....	14
2.1.4.5. Süreğen Engelliler (Diğer Engelliler) .....	14
2.1.5. Engelliliğe Neden Olan Etmenler .....	15
2.1.5.1. Doğum Öncesi Oluşan Nedenler .....	15
2.1.5.2. Doğum Sırasında Oluşan Nedenler .....	15
2.1.5.3. Doğum Sonrasında Oluşan Nedenler .....	15
2.1.6. Engelli Çocuk ve Aile .....	16
2.1.6.1. Ailelerde Duygusal Tepkileri Açıklayan Modeller .....	17
2.1.6.1.1. Aşama Modeli .....	17
2.1.6.1.2. Sürekli Üzüntü Modeli .....	19
2.1.6.1.3. Kişisel Yapılanma Modeli .....	19
2.1.6.1.4. Çaresizlik - Güçsüzlük ve Anlamsızlık Modeli .....	20
2.1.6.2. Ailelerin Sorunları ve Yaşadığı Zorluklar .....	20
2.1.6.2.1. Ekonomik Sorunlar .....	20
2.1.6.2.2. Eğitime İlişkin Sorunlar .....	20
2.1.6.2.3. Psikolojik Sorunlar .....	21
2.1.6.2.4. Sosyal Sorunlar .....	21
2.1.6.2.5. Kardeş Sorunları .....	22
2.2. KAYGI KAVRAMI .....	22
2.2.1. Kaygının Belirtileri .....	24
2.2.2. Kaygıyı Açıklayan Kuramlar .....	25
2.2.2.1. Psikanalitik Kuram .....	25
2.2.2.2. Bilişsel Kuram .....	26
2.2.2.3. Öğrenme Kuramı .....	26
2.2.2.4. Varoluşçu Kuram .....	26
2.2.2.5. Biyolojik Kuram .....	26
2.2.3. Epidemiyoloji .....	27
2.2.4. Kaygı Türleri .....	28



2.2.4.1. Sürekli (Genel) Kaygı .....	30
2.2.4.2. Durumluk (Seçici) Kaygı .....	30
2.3. STRES .....	36
2.3.1. Stres Çeşitleri .....	37
2.3.2. Stres Faktörleri .....	40
2.3.3. Stresle Başa Çıkma .....	41
2.3.3.1. Problem Odaklı Başa Çıkma .....	42
2.3.3.2. Duygu Odaklı Başa Çıkma .....	42
3. MATERYAL VE METOD .....	44
3.1. Araştırmanın Amacı .....	44
3.2. Evren ve Örneklem .....	44
3.3. Veri Toplama Araçları .....	44
3.4. Verilerin Analizi .....	45
4. BULGULAR .....	46
4.1. Ebeveynlerin Demografik Özelliklerine İlişkin bulgular .....	46
4.2. Engelli Çocuğa İlişkin Demografik Bulgular .....	50
4.3. Ebeveynlerin Düşüncelerine Göre Çocuğun Engelli Olma Nedenlerine İlişkin Bulgular .....	51
4.4. Ebeveynlerin Çocuğun Engelliliği Nedeniyle Sosyal Yaşantılarında Yasadıkları Sıkıntılarının Durumuna İlişkin Bulgular .....	53
4.5. Durumluk ve Sürekli Kaygı Durumlarına İlişkin Bulgular .....	56
4.5.1. Ebeveynlerin Demografik Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular .....	56
4.5.2. Engelli Çocuğun Demografik Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular .....	59
4.5.3. Ebeveynlerin Çocuğun Engelli Olma Nedenlerine İlişkin Düşüncelerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular .....	61
4.5.4. Ebeveynlerin Çocuğun Engelliliği Nedeniyle Sosyal Yaşantılarında Yasadıkları Sıkıntılarının Durumuna Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular .....	64
4.6. Başa Çıkma Stillerine İlişkin Bulgular .....	68
4.6.1. Ebeveynlerin Demografik Özelliklerine Göre Başa Çıkma Stillerinin Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular .....	69
4.6.2. Engelli Çocuğun Demografik Özelliklerine Göre Başa Çıkma Stillerinin Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular .....	72
4.6.3. Ebeveynlerin Çocuğun Engelli Olma Nedenlerine İlişkin Düşüncelerine Göre Başa Çıkma Stillerinin Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular .....	75
4.6.4. Ebeveynlerin Çocuğun Engelliliği Nedeniyle Sosyal Yaşantılarında Yasadıkları Sıkıntılarının Durumuna Göre Başa Çıkma Stillerinin Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular .....	79
4.6.5. Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyi İle Başa Çıkma Stratejileri Arasındaki İlişki .....	84
5. TARTIŞMA .....	85
SONUÇ VE ÖNERİLER .....	97
KAYNAKÇA .....	99
EKLER .....	109
ÖZGEÇMİŞ .....	116

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2. 1. Stresi Ortaya Çıkaran Faktörler ve İş Hayatındaki Yansımaları 40

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 2. 1. Engellilerin Türlerine Göre Dağılımı.....	7
Tablo 2. 2. Engellilerin Cinsiyete Göre Dağılımı .....	7
Tablo 2. 3. Engellilerin Engel Oranlarına Göre Dağılımı .....	7
Tablo 2. 4 ICF'e Genel Bakış .....	10
Tablo 2. 5. Aktiviteler ve Katılım: Bilgi Matriksi .....	11
Tablo 2. 6. Kaygı bozukluklarının alt tipleri.....	31
Tablo 4. 1. Katılımcıların yaş ortalaması .....	46
Tablo 4. 2. Katılımcıların engelli çocuğa yakınlık durumuna göre dağılımı .....	46
Tablo 4. 3. Katılımcıların eğitim durumuna göre dağılımı .....	46
Tablo 4. 4. Anne mesleğine göre dağılım .....	47
Tablo 4. 5. Baba mesleğine göre dağılım.....	48
Tablo 4. 6. Ebeveynlerin sosyal güvenceye sahip olup olmama durumuna göre dağılım .....	49
Tablo 4. 7. Katılımcıların ekonomik durumlarına göre dağılımı .....	49
Tablo 4. 8. Eşle akrabalık olup olmama durumuna göre katılımcıların dağılımı .....	49
Tablo 4. 9. Sahip olunan çocuk sayısına göre katılımcıların dağılımı .....	49
Tablo 4. 10. Engelli çocuğun yaşına göre dağılım.....	50
Tablo 4. 11. Engelli çocuğun cinsiyetine göre dağılım.....	50
Tablo 4. 12. Çocuğun engellilik türüne göre dağılım .....	50
Tablo 4. 13. Engellilik oranına göre dağılım .....	51
Tablo 4. 14. Çocuğun engelli olduğunu öğrendikten sonra ne kadar süre sonra sağlık kuruluşuna başvuruda bulunmaya göre dağılım .....	51
Tablo 4. 15. Hamilelik süresince yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına neden olduğunu inanma durumuna göre katılımcıların dağılımı.....	51
Tablo 4. 16. Hamilelik anında yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına neden olduğunu inanma durumuna göre katılımcıların dağılımı.....	52
Tablo 4. 17. Doğumu gerçekleştiren doktorun hatasının çocuğun engelli olmasına neden olduğunu inanma durumuna göre katılımcıların dağılımı .....	52
Tablo 4. 18. Akraba evliliğinin çocuğun engelli olmasına neden olduğunu inanma durumuna göre katılımcıların dağılımı.....	52
Tablo 4. 19. Kalıtımsal etkenlerin çocuğun engelli olmasına neden olduğunu inanma durumuna göre katılımcıların dağılımı.....	53
Tablo 4. 20. Çocuğun engelinden dolayı birini suçlayıp suçlamama durumuna göre katılımcıların dağılımı .....	53
Tablo 4. 21. Çocuğun engelinden dolayı çevreden suçlanıp suçlamama durumuna göre katılımcıların dağılımı.....	53
Tablo 4. 22. Çocuğu yetiştirirken duygu, düşünce ve sıkıntıları biriyle paylaşma durumuna göre katılımcıların dağılımı.....	54
Tablo 4. 23. Engelli çocuktan utanç duyup duymama durumuna göre katılımcıların dağılımı .....	54
Tablo 4. 24. Çocuğun çevre tarafından kabul görme durumuna göre katılımcıların dağılımı .....	54
Tablo 4. 25. Çocuğun geleceğine yönelik kaygı taşıma durumuna göre katılımcıların dağılımı .....	55
Tablo 4. 26. Çocuğun geleceğine yönelik yaşanan kaygıyla baş etmek için psikiyatrik destek alma durumuna göre katılımcıların dağılımı.....	55

Tablo 4. 27. Diğer çocuklarda herhangi bir engel olup olmama durumuna göre katılımcıların dağılımı.....	55
Tablo 4. 28. Katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri.....	56
Tablo 4. 29. Ebevcynlerin yaşı ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişki.....	56
Tablo 4. 30. Eğitim durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması.....	57
Tablo 4. 31. Sosyal güvence olup olmama durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması.....	57
Tablo 4. 32. Ekonomik duruma göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması.....	58
Tablo 4. 33. Eşle akrabalık olup olmama durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması.....	58
Tablo 4. 34. Çocuk sayısına göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması.....	59
Tablo 4. 35. Engelli çocuğun yaşına göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması.....	59
Tablo 4. 36. Engelli çocuğun cinsiyetine göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması.....	60
Tablo 4. 37. Engellilik türüne göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması.....	60
Tablo 4. 38. Engellilik türüne göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması.....	61
Tablo 4. 39. Hamilelik süresince yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması.....	61
Tablo 4. 40. Doğum anında yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması.....	62
Tablo 4. 41. Doğum sonrası yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması.....	62
Tablo 4. 42. Doğumu gerçekleştiren doktorun hatasının çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması.....	63
Tablo 4. 43. Akraba evliliğinin çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması.....	63
Tablo 4. 44. Kalıtımsal çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması.....	64
Tablo 4. 45. Çocuğun engelli olmasından dolayı birini suçlama durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması.....	64
Tablo 4. 46. Çocuğun engelli olmasından dolayı çevreden suçlanma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması.....	65
Tablo 4. 47. Çocuğu yetiştirirken duygu, düşünce ve sıkıntıları biriyle paylaşma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması.....	65
Tablo 4. 48. Engelli çocuktan utanç duyma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması.....	66
Tablo 4. 49. Engelli çocuğun çevre tarafından kabul görme durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması.....	66

Tablo 4. 50. Engelli çocuğun geleceğine yönelik kaygı duymaya göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması .....	67
Tablo 4. 51. Çocuğun geleceğiyle ilgili yaşanan kaygı için psikiyatrik destek alma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması.....	67
Tablo 4. 52. Diğer çocuklarda engel olup olmama durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması .....	68
Tablo 4. 53. Katılımcıların başa çıkma stilleri .....	68
Tablo 4. 54. Katılımcıların yaşı ile başa çıkma stilleri arasındaki ilişki.....	69
Tablo 4. 55. Eğitim durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması .....	70
Tablo 4. 56. Sosyal güvence olup olmama durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması .....	70
Tablo 4. 57. Ekonomik duruma göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması.....	71
Tablo 4. 58. Eşle akrabalık durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması..	71
Tablo 4. 59. Çocuk sayısına göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması .....	72
Tablo 4. 60. Engelli çocuğun yaşına göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması ....	72
Tablo 4. 61. Engelli çocuğun cinsiyetine göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması .....	73
Tablo 4. 62. Engellilik türüne göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması.....	74
Tablo 4. 63. Engellilik oranına göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması.....	74
Tablo 4. 64. Hamilelik süresince yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması .....	75
Tablo 4. 65. Doğum anında yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması .....	76
Tablo 4. 66. Doğum sonrası yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması .....	76
Tablo 4. 67. Doğumu gerçekleştiren doktorun hatasının çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması .....	77
Tablo 4. 68. Akraba evliliğinin çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması.....	77
Tablo 4. 69. Kalıtımsal çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması.....	78
Tablo 4. 70. Çocuğun engelli olmasından dolayı birini suçlama durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması .....	79
Tablo 4. 71. Çocuğun engelli olmasından dolayı çevreden suçlanma durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması.....	79
Tablo 4. 72. Çocuğu yetiştirirken duygu, düşünce ve sıkıntıları biriyle paylaşma durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması.....	80
Tablo 4. 73. Engelli çocuktan utanç duyma durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması .....	81
Tablo 4. 74. Engelli çocuğun çevre tarafından kabul görme durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması .....	81
Tablo 4. 75. Engelli çocuğun geleceğine yönelik kaygı duymaya göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması .....	82
Tablo 4. 76. Çocuğun geleceğiyle ilgili yaşanan kaygı için psikiyatrik destek alma durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması.....	82
Tablo 4. 77. Diğer çocuklarda engel olup olmama durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması.....	83
Tablo 4. 78. Durumluk ve sürekli kaygı düzeyi ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki.....	84

## 1. GİRİŞ

Kişinin herhangi bir yetersizliğinden ötürü cins, yal, sosyo-kültürel farklılıklara bağlı olarak üstlenmesi gereken rolleri gerektiği şekilde yerine getirememesi durumu olarak tanımlanmakta olan engel aile içinde uyum sorunlarına yol açabilmektedir. Uluslararası raporlar ve istatistikler incelendiğinde her 10 çocuktan birinin bir engel ile dünyaya geldiği görülmektedir. 200 milyon dolayındaki engelli çocuktan yaklaşık %80'i Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde bulunmaktadır. UNICEF'in tahminlerine göre Asya'da 88 milyon, Afrika'da 18 milyon, Güney Amerika'da 13 milyon, Avrupa'da 11 milyon, Kuzey Amerika'da da 6 milyon olmak üzere 136 milyon engelli çocuk bulunmaktadır (Özşenol vd., 2003; Ergin vd., 2007).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı yapılan ve TÜİK tarafından 2010 yılında yayımlanan "Özürlülerin Sorun Ve Beklentileri Araştırması"na göre Ulusal Engelli Veri Tabanına kayıtlı engellilerin %29.2'si zihinsel engelli, %25.6'sı süregelen hastalığı olan engelli, %8.8'i ortopedik engelliler, %8.4'u görme engelliler, %5.9'u işitme engelliler, %3.9'u ruhsal ve duygusal engelliler, %0.2'si dil ve konuşma engelliler ve %18'i birden fazla engele sahip olanlardır. Kayıtlı engellilerin, %58.6'sı erkek, % 41.4'u kadındır (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2010).

Toplum temelini teşkil eden aileye bir çocuğun dahil olmasıyla beraber doğal olarak aile düzeninde ve ilişkilerde değişimler yaşanır, ailedeki fertlere de yeni ve farklı roller yüklenir. Aileye katılan çocuk her zaman tüm anne-babaların beklentilerinde olduğu gibi sağlıklı bir şekilde dünyaya gelmez. Aileye sağlıksız çocuğun dahil olması strese neden olabilir. Sağlıklı çocuk beklentisiyle gerçek arasındaki farkın artması durumunda ailenin yaşamış olduğu acı ve duygusal tepkiler de doğal olarak artış kaydedebilir ki bu durum ailenin işleyişinde, aile bireylerinin üstlendikleri rol ve sorumluluklarında ciddi değişimleri de beraberinde getirebilmektedir (Yıldırım, 2007). Ailede yaşanan bu değişikliklerin nedenleri; engelli çocuğun ailede meydana getirmiş olduğu stres, karşı karşıya kalınan fiziksel, psikolojik ve maddi sorunlar, ailede engelli bir kardeşin olması, ailelerin kendilerini tam olarak anlamayan uzmanlarla karşılaşmaları, aile bireylerinin, yakın çevrelerin

ve arkadaşların göstermiş olduğu tepkiler şeklinde sıralanabilir. Anne-babanın karşı karşıya kaldığı bu ve benzeri tepkiler strese yol açmaktadır (Byrne ve Cunningham, 1985; Evcimen, 1996; Damiani, 1999).

Engelli çocuğa sahip olmak bazı özel zorlukları da doğal olarak beraberinde getirir ki bu zorluklar maddi durum, psikolojik durum, yaşam tarzı, eğitim, aile çevresi ve sosyal çevreyle olan ilişkiler, çocuğun engel durumu şeklinde gruplandırılabilir. Belirtilen bu zorlukları çözme noktasına anne babaya nazaran daha aktif rol üstlenmektedir (Dönmez vd., 2000).

Yukarıda belirtilen olumsuz durumlarla ailelerin baş edebilmeleri duygusal evrelerden sağlıklı bir şekilde geçip, çocuklarını kabullenmek suretiyle yaşama yeniden adapte olmaları, eşler arasındaki sorumluluk paylaşımı gibi hususlar yerine getirildiğinde mümkün olur. Bu bağlamda ailelere verilen sosyal destek ve eşler arasındaki paylaşımcı tutum ve davranışlar yaşanan negatif durumlar ile baş etme kabiliyetinin artmasında son derece önemli hususların başında gelmektedir (Dönmez vd., 2000). Herhangi bir yetersizliği bulunan çocuğa sahip anne-babaların karşı karşıya kaldığı baskı ve gerilimlere ilaveten çocuklarının özel gereksinim ve sorunlarından ötürü yaşamış oldukları çok sayıda stres ve kaygı kaynağı da bulunmaktadır ki bu da aile bireylerinin duygu ve davranışlarını, yaşamlarını negatif yönde etkilemektedir (Doğru ve Arslan, 2008).

Engelli çocuğu bulunan aileler üzerine gerçekleştirilen araştırmalarda anne-babaları çeşitli düzeylerde depresyon, suçluluk, düşük öz saygı ve kaygı yaşadıkları, engellenmişlik hissine sahip oldukları, evlilik ve kişisel doyumlarının düşük olduğu, sağlıklı bir çocuğa sahip olmanın vermiş olduğu yetersizlik duygularına sahip oldukları bildirilmektedir (Crnic vd., 1983). Engelli çocuk belirli gelişim aşamaları bakımında yetersizlikten etkilendiğinden anne-babasına karşı farklı düzeylerde bağımlı olup bu durum da aileler açısından sürekli başa çıkmayı gerektiren önemli stres kaynaklarından birisidir (Bilal, 2005).

Strese yol açan olay veya faktörlerin negatif etkilerini minimize etmek veya tamamen ortadan kaldırmak adına çeşitli başa çıkma tarzlarını kullanmak evrensel

tutulardan birisidir. Başı çıkma kişinin kendisi açısından stres yaratan olay ve unsurlara karşı direnç göstermesi ve bunlara karşı dayanmak amacıyla göstermiş olduğu duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkilerin tamamı şeklinde tanımlanabilir (Ağargün vd., 2005).

Anne-babaların yaşamış oldukları depresyon ve kaygının düzeyi kullandıkları baş etme stratejilerine bağlı olarak farklılık arz etmektedir (Kermanshahi vd., 2008). Folkman ve Lazarus'un (1985) kuramına göre akut ve kronik hastalık gibi travmatik durumlarda kişinin benliği ile ilgili algısında stres yönetiminde değişkenlik söz konusu olmaktadır ki bu da kişinin duruma adapte olmasını ve bu durumla baş etmesini güçleştirmektedir. Bu baş etme düzenekleri tipik olarak bilişsel yanılama halini almaktadır.

Tüm aileler içerisinde yaşadıkları toplum yapısı, kendi özneliği, farklı kişilik özellikler ve destek kaynaklarından ötürü engelli çocuğa sahip olmaktan farklı şekillerde etkilenebilmekte olup bu sebepten ötürü de tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de engelli çocuğu olan ailelere yönelik araştırmalara ihtiyaç vardır. Engelli çocuğa bakım vermek ailelere ciddi bir yük getirmekte, bilhassa da anne-babalar bu durumdan oldukça fazla etkilenmektedirler (Bahar vd., 2009).

Bu çalışmada engelli çocuğa sahip anne ve babaların kaygı düzeyi ve başa çıkma stratejilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. ENGELLİLİK KAVRAMI

#### 2.1.1. Tanım

Engellilik kavramı çeşitli açılardan ele alınmış ve birçok yetkili kurum tarafından tanımlanmış bir kavramdır. Örneğin; Dünya Sağlık Örgütü (WHO) engellilik kavramını üç farklı şekilde ele alarak aşağıdaki tanımlamaları yapmıştır (Sallis vd., 1996).

**Özürlülük:** Fiziksel ve zihinsel yeti kaybı anlamı taşımakta olup sağlığın bozulması neticesinde ortaya çıkan yetersizlikten kaynaklı bir yeteneğin normale göre azalması ya da yitilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Karademir, 2008).

**Yetersizlik:** Fizyolojik, psikolojik ya da anatomik yapının kaybı veya normal durumdan sapması durumudur (Karademir, 2008).

**Engellilik:** Yukarıda açıklanan özürlülük ya da yetersizlik durumlarından ötürü kişinin yaş, cinsiyet, sosyo-kültürel düzeyine göre normal kabul edilen yaşam gereksinimlerini tam manasıyla yerine getirememesi durumudur (Karademir, 2008).

Dünya çapında etki ve çalışma alanına sahip bir diğer kuruluş ise Birleşmiş Milletlerdir. Birleşmiş Milletler Sakat Hakları Bildirgesinde 'Kişisel ya da sosyal yaşantısında kendi kendisine yapması gereken işleri (bedensel ya da sonradan olma) herhangi bir noksanlık sonucu yapamayanlar' sakat olarak tanımlanmaktadır (Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, 2002).

Türk Standartları Enstitüsü ise, engelli bireyi; vücut fonksiyonlarını kullanmada fiziki ve zihinsel kısıtlılık veya kayıp halinde olan kişi olarak tanımlamaktadır (Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1992).

Engellilikle ilgili olarak yukarıda yapılmış olan tüm tanımlar ve kavramsal alanlar incelendiğinde engellilikle ilgili olarak iki ana kurumsal yaklaşımın olduğu görülmektedir. Bunlar sosyal kurumsal ve medikal kurumsal yaklaşımlardır.

Sosyal Kuramsal Yaklaşım: Engelliğin toplumsal olarak yapılandırıldığını ve çeşitli bozuklukları bulunan insanlara dayatılan bir olgu olduğunu savunmakta, ayrıca engelli bireyler üzerinde bu tarz baskılar yaratıldığını ileri sürer (Ayaydın, 2015).

Medikal Kuramsal Yaklaşım: Engelliliği biyolojik yapıya bağlı olarak açıklamaktadır. Modelin temelinde ise tüm engellilerin kısıtlı olduğu varsayımı bulunmaktadır. Medikal modelin odak noktası özürölülüktür. Bir başka deyişle, insanların fiziksel durumudur (Ayaydın, 2015).

### **2.1.2. Dünyada ve Türkiye'de Yaygınlığı**

Engellilik geliştirmekte olan ve gelişmiş ölkelerde toplumsal bir sorundur ve bu ölkelerde engellilik sayısı azımsanmayacak düzeydedir. DSÖ 2011 yılında açıkladığı Dünya Engellilik Raporu'na göre dünya nüfusun %15'inin diğeri bir deyişle yaklaşık olarak 1 milyardan fazla bir tur engellilikle yaşadığı tahmin edilmektedir. Rapora göre 15 yaş ve üstünde 785 milyon (%15.6) engelli kişi olduğunu, 0-14 yaş arasında ise 95 milyon çocuk engelli yaşadığını bildirmiştir ([http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/en/index.html](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/index.html)).

Ölkelere bakıldığında ABD'de yaklaşık olarak 54 milyon nüfusun %19'unun fiziksel ya da bilişsel bir engelliğe sahip olduğunu bildirmiştir. Bu sayının %12.4'ünün kadın, %11.7'sinin erkektir. Engellilerin yaş dağılımına göre incelendiğinde; %5'inin 5-17 yaş arası olduğu, %10'unun 18-64 yaş arası ve %38'ininde 65 yaş ve üstü engelli kişiler olduğunu tespit etmiştir (<http://www.disabled-world.com/disability/statistics/american-disability.php>).

Kanada'da 2006 yılında yapılan istatistik sonuçlarına göre yaklaşık olarak ölkü nüfusunun %14.3'ünün engelli olduğu tespit edilmiştir. Engellilerin %3.7'sinin 0-14, %4.7'sinin 15-24, %6.1'inin 25-34, %9.6'sının 35-44, %15.1'inin 45-54, %22.8'ininde 55-64 yaş arası, %43'ünün 65 yaş ve üzeri olduğu görölmüştür (Participation and Activity Limitation Survey Analytical Report, 2006). Japonya'daki engelli sayısına bakıldığında DSÖ verilerine göre; 127 milyon nüfusu olan Japonya'nın yaklaşık olarak 3.5 milyonu fiziksel engelli, 2.5 milyon mental

hastalığa sahip ve 500 bin kişi ise zihinsel engellidir (<http://www.disabled-world.com/disability/statistics/american-disability.php>).

Dünya Engelliler Birliği Ulusal Engelliler platformunun 2011 verilerine göre; Afganistan'ın 31 milyon olan ülke nüfusunun 3.7 milyonu, Azerbaycan'ın 9 milyon olan ülke nüfusunun 1 milyonu, Nijerya'nın 16.8 milyon olan ülke nüfusunun 7.8 milyonu, Endonezya'nın 7.8 milyon olan ülke nüfusunun 937 bini, Etiyopya'nın 81 milyon olan ülke nüfusunun 9.7 milyonu, Somali'nin 8.6 olan ülke nüfusunun 1 milyonu, Tanzanya'nın 37.8 milyon olan ülke nüfusunun 4.5 milyonu, Hindistan'ın 1.1 milyar olan ülke nüfusunun 139 milyonu, Çin'in 1.3 milyar olan ülke nüfusunun 137 milyonu, Irak'ın 31 milyon olan ülke nüfusunun 3.7 milyonu ve Pakistan'ın 137 milyon olan ülke nüfusunun 21 milyonunun engelli olduğunu bildirmiştir. Türkiye'deki duruma bakıldığında 72.5 milyon olan ülke nüfusunun 8.5 milyonunun engelli olduğu görülmektedir (<http://www.wdugeneralassembly.org/tr/default.asp?page=world/032>).

Türkiye'de Özürlüler İdaresi Başkanlığı ile yapılan protokol kapsamında; Ulusal Özürlüler Veri Tabanında kayıtlı olan özürlü bireylere yönelik olarak, "Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması, 2010 yılında" ülke genelinde ilk kez gerçekleştirilmiştir. Bu araştırma ile engelli bireylerin günlük yaşam içindeki sorun ve beklentileri tespit edilerek, bu alandaki politikaların etkin bir biçimde oluşturulabilmesi hedeflenmektedir. Araştırmada, Özürlüler İdaresi Başkanlığı tarafından oluşturulan Ulusal Özürlüler Veri Tabanı çerçeve olarak kullanılmış, çalışmanın alan uygulaması ise Haziran 2010 tarihinde gerçekleştirilmiştir (5,6). Yapılan alan uygulamasından elde edilen sonuçlar Tablo 2.1-2.3'te görülmektedir.

**Tablo 2. 1.** Engellilerin Türlerine Göre Dağılımı

<b>Engel Türü</b>	<b>Görülme Oranı</b>
Zihinsel Engelli	%29.2
Çoklu Engellilik	%18
Ortopedik Engelli	%8.8
Görme Engelli	%8.4
İşitme Engelli	%5.9
Ruhsal ve Duygusal Engelli	%3.9
Dil ve Konuşma Engelli	%0.2
Süreğen Hastalık	%25.6

Kaynak: www.tuik.gov.tr

**Tablo 2. 2.** Engellilerin Cinsiyete Göre Dağılımı

<b>Engel Türü</b>	<b>Cinsiyet</b>	
	<b>Erkek (%58.6)</b>	<b>Kadın (%41.4)</b>
<b>Toplam</b>		
Zihinsel Engelli	%61.1	%38.9
Çoklu Engellilik	%53.5	%46.5
Ortopedik Engelli	%56.2	%43.8
Görme Engelli	%67	%33
İşitme Engelli	%57.5	%42.5
Ruhsal ve Duygusal Engelli	%67.9	%32.1
Dil ve Konuşma Engelli	%67	%33
Süreğen Hastalık	%56.2	%43.8

Kaynak: www.tuik.gov.tr

**Tablo 2. 3.** Engellilerin Engel Oranlarına Göre Dağılımı

<b>Engel Türü</b>	<b>Engellilik Oranı</b>		
	<b>%20-39 (%15.2)</b>	<b>%40-69 (%42.4)</b>	<b>%70 ve üzeri (%42.4)</b>
<b>Toplam</b>			
Zihinsel Engelli	%6.7	%43.3	%50
Çoklu Engellilik	%10.8	%39.5	%49.7
Ortopedik Engelli	%33.8	%49.4	%16.9
Görme Engelli	%28.3	%28.1	%43.6
İşitme Engelli	%16.6	%78.8	%4.6
Ruhsal ve Duygusal Engelli	%12.3	%25.8	%61.9
Dil ve Konuşma Engelli	%52.3	%37.1	%10.5
Süreğen Hastalık	%17.1	%40	%43

Kaynak: www.tuik.gov.tr

Tablolara göre Ulusal Engelli Veri Tabanına kayıtlı engelli %29.2'si zihinsel engelli, %0.6'sı süregen hastalığı olan engelli, %8.8'i ortopedik engelliler, %8.4'u görme engelliler, %5.9'u işitme engelliler, %3.9'u ruhsal ve duygusal engelliler, %0.2'si dil ve konuşma engelliler ve %18'i birden fazla engele sahip olanlardır. Kayıtlı engellilerin, %58.6'sı erkek, % 41.4'u kadındır.

### **2.1.3. Engelliliğin Sınıflandırılması**

Farklı yer ve zamanlarda egemen dünya görüşü engelliliğin toplumsal bağlamdaki pozisyonunu etkilemiştir (Buhalis ve Darcy, 2011: 21). Sadece Türkçede değil diğer pek çok dilde de engelli/engellilik anlamında kullanılan çok sayıda sözcük söz konusudur. Örneğin Türkçede genel düzeyde engelli, özür, sakat sözcükleri esas itibarıyla anlam farklı bulunmasına karşın aynı manaya gelmek için kullanılırlar (Arıcı, 2010: 13). Bu farklılığı anlayabilmemiz için engelli sınıflandırmalarını incelememiz gerekmektedir.

Engelli sınıflandırmalarına ilişkin literatür incelendiğinde iki sınıflandırma genel olarak kabul görmektedir. Bunlardan ilki 1980 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından açıklanan ICIDH, ikincisi ise 2001 yılında Dünya Sağlık Örgütüne ait raporda yer alan ICF sınıflandırmasıdır. Engelliliğe ilişkin sınıflandırmalar engelli modellerini anlamamız konusunda da önemli bir noktadadır. Engelli modelleri incelendiğinde medikal modelin ICIDH sınıflandırmasına daha uygun olduğu, sosyal modelin ise ICF sınıflandırması ile ortak paydalara sahip olduğu görülmektedir. Bu bölümde dünya genelinde kabul görmüş ICIDH ve ICF sınıflandırmalarına yer verilmiştir.

#### **2.1.3.1 ICIDH (Uluslararası Bozukluk, Engellilik ve Handikap Sınıflandırması)**

1980 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan raporda ICIDH olarak literatürde yer alan uluslararası bozukluk, engellilik ve handikap sınıflandırması kuramsal çerçevede üç ana başlıkta açıklanmıştır.

Bozukluk: Psikolojik, fizyolojik veya anatomik yapının eksik ya da anormal olmasıdır. Bozukluğun organlar düzeyinde veya sistem fonksiyonlarında meydana geldiği nitelendirilmiştir. Bozukluğun kabul edilebilmesi için mental durumun ve

vücudun fiziksel fonksiyonlarının ve onun parçalarının kabul edilebilir standartların dışında olması gerekmektedir (WHO, 1980: 14).

Engellilik: Yeteneklerin etkin şekilde yerine getirilmesinde sınırlama ya da eksiklik (bozulma sonucu oluşan) olmasıdır. Engellilik fonksiyonel performansın veya aktivitenin ve limitlerin bireysel bütünlüğü etkilemesi olarak nitelendirilmiştir (WHO, 1980: 14).

Handikap: Bozukluk veya engel sonucunda normal insan davranışlarını yerine getirmede bireysel olarak dezavantajların olmasıdır. Handikap bireyin sosyal varlık oluşuna ve adapte olduğu çevre ile etkileşimine odaklanmıştır (WHO, 1980: 15).

Bu tanımlamalar incelendiğinde bozukluk kavramı bireyin fiziksel veya kavramsal kısıtlamalarıyla ilgili olarak kayıplarına odaklanmıştır. Benzeri bir şekilde engellilik tanımının yetenek mahrumiyetine ve bu yüzden ortaya çıkan bireysel kayıplara veya onların trajedilerine odaklandığı görülmektedir (Buhalis ve Darcy, 2011: 22).

### **2.1.3.2. ICF (Uluslararası Fonksiyon, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması)**

ICIDH sonrası dönemlerde Dünya Sağlık Örgütü tarafından engelliliğe ilişkin sınıflandırmalar çeşitli tarihlerde revize edilmiş, 2001 yılında Cenova'da gerçekleştirilen toplantı sonrası yayınlanan rapor ile günümüzde kullanılan halini almıştır. Raporda sınıflandırma fonksiyonellik, engellilik ve sağlık adı altında yapılmış ve ICF olarak literatürdeki yerini almıştır. ICF insan yapısını bireysellik ve sosyallik olarak temelde iki şekilde açıklamıştır: Bunlar; “insan vücuduna ait fonksiyonlar” ve “yapı ile aktiviteler ve katılımçılık”tır (WHO, 2001: 3). Bunlara ek olarak raporda ikinci bir bölüme yer verilerek çevresel ve kişisel faktörlerin bağlamsal etkilerine de yer verilmiştir. Bütün bölümler incelenirken bölümlerin pozitif ve negatif görüşleri de ele alınmıştır (WHO, 2001: 10).

**Tablo 2. 4 ICF'e Genel Bakış**

Bileşenler	I. Bölüm Fonksiyonellik ve Engellilik		II. Bölüm Bağlamsal Faktörler	
	Vücut Fonksiyonları ve Yapıları	Aktiviteler ve Katılım	Çevresel Faktörler	Bireysel Faktörler
<b>Alanlar</b>	-Vücut fonksiyonları - Vücut yapıları	Yaşam alanları	Fonksiyonelliğin ve engelliliğin dış etkileri	Fonksiyonelliğin ve engelliliğin iç etkileri
<b>Yapıları</b>	- Vücut fonksiyonlarının değişmesi Vücut yapısının değişmesi	- Kapasite - Standart çevrede görevleri yürütebilme - Kendi çevresinde görevlerini yürütebilme	Fiziksel, sosyal ve dünya tutumunun kolaylaştırması veya engellenmesi	Kişisel özelliklerin etkileri
<b>Pozitif Görüş</b>	Fonksiyonel ve yapısal bütünlük Fonksiyonlar	Aktivitelere katılım Fonksiyonlar	Kolaylaştırıcılar	Uygulamanın olmaması
<b>Negatif Görüş</b>	Bozukluklar Engellilik	Aktivitelerin ve katılımın kısıtlı olması	Bariyerler ve engellemeler	Uygulamanın olmaması

Raporda ICF'ye genel bakış Tablo 2.4'de gösterilmiştir (WHO, 2001: 11). Tablo'nun 1. bölümü fonksiyonellik ve engellilik ile ilgili olup 2. bölümde bağlamsal faktörler ana başlıklarıyla açıklanmıştır. ICF'i daha iyi anlayabilmek için bu bölümler detaylı şekilde ele alınmalıdır. 1. bölümün ilk sınıflandırması vücut fonksiyonları ve yapılarına aittir. Raporda bahsi geçen vücut insan organizmasının bütünüdür. Bundan dolayı beyin ve fonksiyonlarını da içermektedir. Mental (veya psikolojik) fonksiyonlar bu nedenle vücut fonksiyonlarına dahil edilmiştir. Bu açıklamadan da anlaşıldığı gibi vücut fonksiyonları ve yapısı sadece organları içermemektedir (WHO, 2001: 12). Bozukluklar toplum tarafından kabul edilen standartlarda meydana gelen sapmaları temsil etmektedir. Bozukluklar geçici olabileceği gibi kalıcı olarak ilerleyen, gerileyen veya sabit aynı zamanda kesik kesik yaşanan ve sürekli olabilir. Bozukluk bir hastalık bireysel bir sağlık sorununu işaret etmemektedir. ICF bozulmalar ile ilgili bir kriter belirlemiştir. Bu kriter gereğince bozulma; kayıp veya eksiklik, azalma, ilave veya aşırı durum ve sapma olarak sınıflandırılmıştır. Yapısal bozulmalar anormallik, hasar oluşmasına veya önemli sapmaların yaşanmasına yol açmaktadır. Çevresel faktörlerin ışık, ses, dikkat dağıtıcı uyarıcılar gibi etkileşimlerle vücut fonksiyonlarını etkilediği belirlenmiştir. 1. bölümün ikinci sınıflandırması ise aktiviteler ve katılım ile ilgilidir. Aktiviteler ve katılım ile ilgili bileşenler raporda hayatın bütün alanlarını kapsayan bir liste halinde

verilmiştir (WHO, 2001: 12-13). Aktiviteler ve katılım ile ilgili bileşenler Tablo 2.5’de sunulmuştur.

**Tablo 2. 5.** Aktiviteler ve Katılım: Bilgi Matrisi

BAŞLIKLAR		NİTELENDİRİCİLER	
		Performans	Kapasite
D1	Bilgiyi öğrenmek ve uygulamak		
D2	Genel görevler ve talepler		
D3	İletişim		
D4	Hareketlilik		
D5	Kişisel bakım		
D6	Yerel yaşam		
D7	İnsanlar arası etkileşim ve ilişkiler		
D8	Başlıca yaşam alanları		
D9	Topluluk, sosyal ve sivil hayat		

Tablo 2.5’de nitelendiriciler başlığı altında yer alan performans bireyin şimdiki çevresinde yaptıklarını değerlendirmektedir. Çünkü şimdiki çevre toplumsal yapının şartlarını ayrıca bireyin yaşadığı gerçek şartları ifade etmektedir. Kapasite ise bireysel yeteneğin bir görev veya yeteneği yerine getirilmesini açıklamaktadır. Kapasite’de bireyin en yüksek fonksiyon seviyelerinde iken başlığı verilen zamanda yapabilirliği kastedilmektedir. Kapasite bireyin bütün yeteneğinin değişen çevre koşullarının yaratmış olduğu etkileri standart hale getirerek etkisizleştirebilmesine değer biçmektedir. Performans ve kapasite nitelendirmeleri yapılırken birey ilaveten yardımcı araç veya kişisel yardım kullanabilir veya kullanmayabilir. Ne yardımcı araç ne de kişisel yardım, bozuklukları yok etmez, belki özel konulardaki fonksiyonlar ile ilgili limitleri ortadan kaldırabilir (WHO, 2001: 14-15).

Tablo 2.4’de yer alan 1. bölüme ait sınıflandırmaların açıklanması ICF’i anlamamız konusunda yeterli değildir. Fonksiyonellik ve engellilik faktörlerine ek olarak bu konuyu etkileyen bağlamsal faktörlerde ele alınmalıdır. Bu bağlamsal faktörler bireyin hayatının ve yaşamın perde arkası ile alakalıdır. Bağlamsal faktörler; çevresel faktörler ve bireysel faktörler olmak üzere iki ana başlık altında toplanmıştır (WHO, 2001: 16).

Çevresel faktörler insanların yaşadığı ve yaşamlarını sürdürdükleri çevrenin fiziksel ve sosyal yapısı ile toplumun tutumsal durumundan oluşmaktadır. Bu faktörler bireyin dışı dönüklüğü ile ilgilidir. Aynı zamanda bu faktörler bireyin



sosyal hayattaki performansı, bir görevi ya da hareketi yerine getirmedeki kapasitesi veya bireyin vücut fonksiyonlarının veya yapısının kapasitesine bağlı olarak olumlu ya da olumsuz etkiler bırakabilir. Çevresel faktörler bireysel ve toplum yapısı olmak üzere iki konuya odaklanmıştır. Bireysel çevre faktörleri bireyin okul, iş yaşamı ve özel hayatını içermektedir. Bu bölüm bireyin gerek yalnızken gerekse ailesi, tanıdıkları, grup üyeleri ve yabancılarlayken karşılaşmış olduğu fiziksel ve maddesel çevresel özellikler ile ilgilenmektedir. Toplumsal çevre faktörleri ise bireyin iletişim ve sosyallikteki resmi ya da resmi olmayan sosyal yapısının, verilen hizmetin ve yaklaşımların bireye etkisi ile ilgilidir. Bu bölüm bireyin iş hayatındaki ilişkileri, iletişim aktiviteleri, devlet güvenceleri, iletişim ve ulaşım hizmetleri, resmi olmayan sosyal sistem ile ilgilendiği kadar yasalar, yönetmelikler, resmi ya da resmi olmayan kurallar, tutumlar ve ideolojilerle ilgilenmektedir (WHO, 2001: 16-17).

Bireysel faktörler ise bireyin iç dünyası ile ilgili olup bireyin hayatının, yaşamının ve sağlık durumu ile ilgili olmayan özelliklerinden oluşmaktadır. Bu faktörler cinsiyet, ırk, yaş, diğer sağlık problemleri, kondisyon, yaşam şekli, alışkanlıklar, yetişme tarzı, özendiği yaşam, sosyal altyapı, eğitim, meslek, şimdiki ve geçmişteki deneyimler, davranış ve karakter gibi konuları içermektedir (WHO, 2001: 17).

2001 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınlamış olduğu raporda ICF'in açıklanmasına önem verilmiştir. Raporda ICF'in bir model olmadığı bir sınıflandırma aracı olarak farklı durum ve konularda açıklayıcı bir harita özelliği taşıdığı belirtilmiştir (WHO, 2001: 18). Bu sınıflandırmaların yapılması ile sağlıkta ve sağlığa ilişkin sınıflandırmalarda ortak bir dil ve çerçevenin kullanılmasını sağlamak amaçlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün ICF'i belirlemesinin amacı yukarıda belirtildiği gibi sadece sağlıkta ve sağlığa ilişkin sınıflandırmalarda ortak bir dil ve çerçevenin kullanılmasını sağlamak değildir. Raporda ek olarak farklı ülkelerde sağlık disiplini ve sağlık bilgi sistemlerini sağlamak için sistematik bir şemanın oluşturulmasının amaçlandığı belirtilmiştir (WHO, 2001: 5).

#### **2.1.4. Engellilik Türleri**

Engellilik genel olarak bireyin herhangi fiziksel veya zihinsel bir fonksiyonunu kalıcı olarak kullanamaması olarak tanımlanmaktadır. Engellilik ile

ilgili tanımlar, modeller ve sınıflandırmalarda engellilerin kullanamadıkları işlevleri hakkında bilgi verilmemektedir. Bu açıdan engellilerin kullanamadıkları fonksiyonlarına değinilmesinde fayda vardır. Engelliği kesin ölçütlerle ayırmak her zaman mümkün olmamasına karşın engellilik farklı nedenlere bağlı olarak beş temel başlık altında toplanmıştır. Bu beş temel başlığın herhangi birinin kullanılamaması engelli bireyin farklı fonksiyonlarını kullanamamasına da neden olabilir. Engelli bireyler bu engellilik çeşitlerinden bir tanesini veya birden fazlasını aynı anda yaşayabilirler. Bu bölümde aşağıda yer alan beş temel başlık irdelenecektir. Bu başlıklar aşağıdaki gibidir (Dünya Engelliler Vakfı, 2013; Şahin, 2012:18-19):

- Zihinsel Engelliler
- Görme Engelliler
- İşitme ve Konuşma Engelliler
- Ortopedik Engelliler
- Süreğen Engelliler (Diğer Engelliler)

#### **2.1.4.1. Zihinsel Engelliler**

Çeşitli derecelerde zihinsel yeterliliği olmayan bireylere zihinsel engelli denilmektedir. Zihinsel engelli kişilerde bazı ortak sistem bozuklukları söz konusu olup bunlar insanın temel mekanizmalarından birisi olarak kabul edilen duyu mekanizmasında olayları/olguları algılamama veya yavaş algılama durumu şeklinde kendini gösterebilir (Yenişehirlioğlu, 2013:13).

#### **2.1.4.2. Görme Engelliler**

Tek veya iki gözünde tam veya kısmi görme kaybı veya bozukluğu olan bireylere görme engelli denilmektedir. Görme kaybı ile birlikte göz protezi kullananlar, renk veya gece körlüğü olanlar da bu gruba girmektedir. Görme engelliliği seviyeler ile ifade edilmektedir. Hafif ve orta düzeyde görme kaybı olan bir kişiye az gören engelli, doğuştan veya kaza, hastalık sonucunda görme yetisini sonradan tamamıyla kaybetmiş olan kişiye de görme engelli denilmektedir (Yenişehirlioğlu, 2013:13).

### **2.1.4.3. İşitme ve Konuşma Engelliler**

Tek veya iki kulağında tam veya kısmi işitme kaybı olan bireylere işitme engelli denilmektedir. İşitme engelliliği konusunda da görme engellilerde olduğu gibi engellilik seviyelere göre ifade edilmektedir. Bir bireyin kısmi olarak duymaması ağır işiten engelli olarak adlandırılırken, bireyin işitme fonksiyonunu tamamen yitirmesine işitme engellilik denilmektedir (Yenişehirlioğlu, 2013:14).

İşitme duyusunda kayıplar doğuştan veya erken yaşlarda gerçekleşmiş ise ve belirli bir derecenin üzerindeyse bu durum kişinin konuşma yetisinde de kayıplara yol açabilmektedir (Yenişehirlioğlu, 2013:14). Herhangi bir sebepten ötürü konuşamayan ya da konuşma akıcılığında, hızında, ifadesinde bozukluk bulunan, ses bozukluğu olan kişilere konuşma engelli denilir. Kişilerin duymadıkları sesleri taklit edemedikleri ya da taklit etmede zorlandıkları bilinmekte olup bu sebepten ötürü de işitme engelli kişilerin konuşma fonksiyonunu kullanmadıkları görülmektedir. Duyma eksikliğinin getirisi dışında duyma sorunu bulunmayan ancak konuşma engelli olarak kabul edilen kişiler de bulunmaktadır. Konuşmak için proteze ihtiyaç duyanlar, kelimeleri yuvarlayarak hızlı konuşanlar, kekemeler, çene, damak ve ağız yapısında bozukluk bulunanlar da konuşma engelli olarak kabul edilir (Yenişehirlioğlu, 2013:14).

### **2.1.4.4. Ortopedik Engelliler**

İskelet ve kas sisteminde fonksiyon kaybı, eksiklik bulunan kişiler ortopedik engelli kişilerdir (Şahin, 2012: 19). El, kol, ayak, bacak, parmak ve omurgalarında eksiklik, fazlalık, yokluk, kısalık, şekil bozukluğu, hareket kısıtlılığı, kas güçsüzlüğü, kemik hastalığı olanlar, serebral palsi, felçliler, spastikler ve spina bifida olanlar bu gruba dahildirler.

### **2.1.4.5. Süreğen Engelliler (Diğer Engelliler)**

Kişinin çalışma kapasitesi ve fonksiyonlarının engellenmesine neden olan, sürekli tedavi ve bakım gerektiren hastalıklara sahip bireylere süreğen engelli denilmektedir. Kas zayıflamaları, kireçlenmeler, kalça mafsalı çıkığı, kalp

hastalıkları, astım, organ yetmezlikleri, madde bağımlılıkları, şeker hastalığı, alerji gibi rahatsızlıklara sahip bireyler süregelen engelli olarak adlandırılmaktadır (Yenişehirlioğlu, 2013: 16).

### **2.1.5. Engelliliğe Neden Olan Etmenler**

Engellik "doğum öncesi", "doğum sırası" ve "doğum sonrası" olmak üzere üç grup altında ele alınarak değerlendirilmektedir.

#### **2.1.5.1. Doğum Öncesi Oluşan Nedenler**

Annenin bilhassa hamileliğin ilk 3 ayında geçirmiş olduğu enfeksiyonlar ve hastalıklar, sakinleştirici amacıyla kullanmış olduğu ilaçlar, kafein ve nikotin içerikli ilaç ve endüstriyel kimyasal maddeler, radyasyon, dengesiz beslenme, genetik bozukluklar, kromozom sapmaları, metabolik rahatsızlıklar, anensefali, hidrosefali, mikrosefali gibi baş-kafa oluşum bozuklukları çocuklarda zihinsel geriliğe yol açabilmektedir. Konuyla ilgili yapılan çeşitli çalışmalar neticesinde kan uyuşmazlığı, hamilelik döneminde kullanılan sigara, eroin ve alkolün de bebek gelişimini negatif yönde etkilediği bildirilmiştir (Bouras ve Jacobson, 2002; Çiftçi, 2007).

#### **2.1.5.2. Doğum Sırasında Oluşan Nedenler**

Düşük doğum ağırlığı, erken ya da geç doğum ve zihinsel gerilik arasında doğrudan bir ilişki olmasa da bu tarz bebeklerin hastalık ve enfeksiyonlara karşı daha duyarlı olduğu, dolayısıyla da zihinsel gerilik görülme olasılıklarının daha yüksek olduğu aşikardır. Aynı zamanda doğum esnasında beynin zedelenmesi, hipoksi veya anoksi olarak ifade edilen oksijen yetersizliği, göbek kordonunun düğümlenmesi, bebeğin doğumda ters gelmesi gibi sorunlar da engel nedenlerindedir (Lisenka vd., 2005; Akdemir, 2006).

#### **2.1.5.3. Doğum Sonrasında Oluşan Nedenler**

Doğum öncesi ve doğum sırasında herhangi bir sorun ile karşılaşılmasına karşın doğum sonrası dönemde çocuğun geçirmiş olduğu kafa yaralanması, zedelenmesi, beyin iltihabı, beyin tümörü, zehirlenmeler, enfeksiyonlar, bakteri, virüs ve mantara bağlı merkezi sinir sistemi hastalıkları doğum sonrasında görülen

bronşit, zatürre, astım gibi hastalıklar, yabancı cisim yutma, beslenme bozuklukları, kültürel geri kalmışlık, yetersiz sağlık koşulları gibi durumlar çocuklarda engelliliğe neden olabilmektedir (Leff, 1998; Orhan, 2004).

Engelliğe yol açan faktörlerin çok sayıda ve çeşitli olması engelliliği önlemede zorluğa neden olsa da bazı önlemlerin alınması suretiyle gerek engelli doğumları, gerekse de sonradan engelli gelişimi önemli oranda engellenebilecektir. Hamilelik döneminin kontrol altında sağlıklı bir şekilde geçirilmesi, doğumun uzmanlarca gerçekleştirilmesinin engelli doğum sayısını %50 oranında ve önceden alınacak olan tedbirlerin ise engelli sayısını %75 oranında azalttığı ifade edilmektedir (Tatar, 1995).

#### **2.1.6. Engelli Çocuk ve Aile**

Toplumun en küçük birimi konumundaki aile yaygın tanımıyla çocuklardan meydana gelen, aynı anda pek çok farklı işlevi olan bir kurumdur. Aile kişinin yaşamında son derece önemli bir yere sahip olan beslenme, bakım, sevgi gereksinimi, duygusal gelişim, eğitim, kültürel değerleri kazanma, sağlıklı zeka gelişimini devam ettirme vb., temel gereksinimlerin karşılandığı birincil yer ve çevredir. Bilhassa yaşamla alakalı çeşitli davranış kalıpları, sosyal etkileşimlerle ilgili kural ve roller, temel alışkanlıklar günlük ilişkiler arasında öğrenildiğine göre aile çocuk için belirtilen tüm bu becerilerin temelini atıldığı ilk ortam olması açısından da önem arz eder (Darıca vd., 1994; Yavuzer, 2001).

Aileye sağlıklı bir bebeğin dahil olması bile pek çok yenilik ve alışılması güç olan koşullar yaratmakta iken engelli bir bebeğin dahil olması ya da engelin doğumdan önce fark edilmesi bütün olumlu beklentilerin yıkılmasıyla beraber yoğun duygu ve kaygılara yol açmaktadır (Gökçearslan, 2002). Beklenen sağlıklı çocuğa sahip olamama durumu karşısında yaşanan şok, reddetme, acı çekme, suçluluk, depresyon, kararsızlık, utanma ve kabullenememe gibi duyguların yanı sıra bu değişikliklere adapte olunmaya çalışılmakta, duruma çözümler aranmakta, ne olacağını ve ne yapılacağını bilmemenin kaygısı yaşanmaktadır (Aydoğan ve Darıca, 2000).

Çevremizdeki pek çok engelli çocuk anne-babası yukarıda belirtilen benzer duyguları yaşamakta, benzer süreçlerden geçmektedir. Bazı anne-babalar çocuklarının engellerini zamanla kabullenmekte, onların gelişimi ve eğitimi için gerekenleri yapmakta, çocuklarının ihtiyaç duyduğu ilgi ve sevgiyi onlara vererek yeni yaşamlarına uyum sağlamaktadırlar. Ailelerin bu zorlu süreci mümkün olan en kısa sürede ve çok fazla zorluk yaşamadan atlattıklarının onların çocukları ve çevreleriyle daha sağlıklı ilişkiler kurmalarını sağlayacaktır (Darıca ve Pişkin, 1994; Aydoğan ve Darıca, 2000).

### **2.1.6.1. Ailelerde Duygusal Tepkileri Açıklayan Modeller**

Engelli çocuğa sahip olduğunu öğrenen ailelerde pek çok farklı duygusal tepkiler ortaya çıkmakta olup bu tepkilerin açıklanmasına dair bazı modeller ileri sürülmüştür. Bu modeller; “aşama modeli”, “sürekli üzüntü modeli”, “kişisel yapılanma model”, “çaresizlik-güçsüzlük ve anlamsızlık modeli” şeklinde gruplandırılmaktadır (Aslan, 2010).

#### **2.1.6.1.1. Aşama Modeli**

En çok bilinenidir. Bu modele göre ailelerin engelliliğe verdiği tepki ile olum karşısında verdikleri tepkiler oldukça benzerdir. Çocuğun engeli kesin olarak tanımlandıktan sonra aile bireylerinin çocuğu ve engelini kabullenebilmesi çok önemlidir. Ancak aileler bu surece ulaşınca kadar bazı aşamalardan geçmektedirler. Genellikle bu aşamalar aşağıdaki gibidir (Darıca vd., 2000);

**Şok:** Çocuğunun engelli olduğunu öğrenen ailelerde sıklıkla gözlenen tepkilerden ilkidir. Genellikle bu durum; ağlama, tepkisiz kalma ve kendini çaresiz hissetme şeklinde ortaya konmaktadır. Bu sok dönemi birkaç saatle, birkaç gün arasında değişebilir (Campell ve Glasper, 1999).

**Reddetme:** Bu aşamada aileler çocuklarını engelli olduğunu kabul etmek istememektedir. Yanlış tanı konulmuş olabileceği düşüncesindeki aileler bu durumu inkar ederler. Böyle bir durumun olamayacağını varsayarak bu konuyla ilgili doğru düşündüklerini kanıtlayacak şekilde tutum ve davranışlar sergilerler. Bu konuda araştırmalar yapıp delil toplamaya çalışırlar. Çocuklarını pek çok doktora götürüp

içlerinden birinin çocuğunun engelli olmadığını söylemesini umarlar (Baltaş ve Baltaş, 2002).

**Öfke ve depresyon:** Bazı aileler engelli tanısını koyan ve çocuğu tedavi edemeyen uzmanlara öfkelenmektedirler, fakat öfkenin esas hedefi çocuğun kendisidir. Anne-babanın çocuğuna karşı “engelli olmak zorunda mıydın?”, “neden sen de diğer çocuklar gibi normal bir çocuk olarak doğmadın?” gibi açığa vuramadıkları düşünceleri söz konusudur. Bazı aileler ise engelli bir çocuğa sahip olmaktan ötürü kendilerine ya da birbirlerine karşı öfkelenmektedirler ki bu öfkenin en temel sebebi ailenin kendini ya da eşini normal çocuk doğuracak yeterlilikte görmemesidir. Öfke son derece yoğun bir enerji kaynağı olup çoğunlukla ebeveynin farkına varıp kabullenmemelerine mani olabilir. Bu öfke zaman içerisinde depresyona dönüşebilir. Depresyon öfkenin içse döndürülmüş halidir. Ailenin engelli çocuğa sahip olmaktan ötürü yaşamış olduğu depresyon kaçınılmaz olup bazı ailelerde yaşam boyu devam edebilmektedir (Lerner, 1997).

**Suçluluk Duyma:** Suçluluk duyma en yoğun şekilde anneler tarafından yaşanmakta olup genel itibariyle kişinin “keşke” ile başlayan düşüncelerinden ileri gelmektedir. Aileler çocuklarının engelli olmasında geçmiş dönemde yaptıkları hataların yol açtığını düşünmektedirler (Kurt, 2001).

**Kararsızlık:** Bazı anne-babalar çocuklarının engelli olmasına kısa surede uyum sağlarken, bazıları bu süreci daha uzun yaşamaktadır. Bazı ailelerin içinde buldukları durumu kabullenip kabullenmemelerinde görülen kararsızlık davranışı, aile bireylerinin birbirlerini suçlamaları ya da ihmal etmelerinden kaynaklanmaktadır (50).

**Utanma:** Aileler çocuklarını kendilerinin bir uzantısı olarak gördükleri için çocuklarının engelli olmasını kendi hataları olarak algılamakta ve onunla birlikte görünmekten çekinmektedirler. Genellikle aileler, çocuklarının çevre tarafından alay konusu olacağı endişesi karşısında utanma duygusu geliştirebilmektedirler (Akkök, 2003).

**Pazarlık etme:** Aile için önemli olan engelli çocuğunun normal bir çocuk gibi olmasıdır. Aile bunu gerçekleştirebileceğini umduğu herkesle anlaşmaya

girebilir. Pazarlık edilen kişiler doktor, uzman, sihirli güçleri olduğu sanılan medyumlar ya da benzeri kimseler hatta tanrı olabilir. Çoğu zaman anne-babalar uzman kişilerden bilgi ve yardım alsalar bile çocuklarının engelli olmasını kabullenmeleri kolay olmaz (Darıca vd., 2000).

**Uyum sağlama ya da kabul etme:** Modelin son aşaması olup daha önceki aşamaları başarılı bir şekilde atlatan ebeveynler yoğun kaygı durumuna rağmen yaşam tarzlarını ve değer sistemlerini tekrar gözden geçirmeye başlarlar. Anne-babalarda çocuğun engelini açık bir şekilde tartışma, soruna dair bilgi toplama, müdahale sürecine dahil olma, çocuğuyla beraber toplumda daha fazla zaman geçirme davranışları görülebilir. Bu evreye gelen anne-babaların büyük bölümü olumlu bir sonuca ulaşıp kendileri için daha mantıklı bir yaşam oluşturmaya çalıştıkları görülür (Doğan, 2001). Ailelerin geçirdiği bu aşamalar bir noktaya kadar benzerlik göstermekle birlikte aileler zaman zaman bu aşamalar arasında gidip gelebilirler ya da bir aşamaya takılıp kalabilirler. Bu durum anne babanın kişilik özellikleri, eğitimi, sosyo-ekonomik düzeyi, diğer insanların tutumu, desteği, ailenin toplumda var olan kaynaklardan yararlanma düzeyi ve daha birçok değişken tarafından etkilenebilmekte ve aileden aileye değişiklik gösterebilmektedir (Darıca vd., 2000).

#### **2.1.6.1.2. Sürekli Üzüntü Modeli**

Bu modele göre aileler aile içi yaşantıları ve toplumsal tepkilerden ötürü devamlı üzüntü ve kaygı içindedirler. Bu durum doğal bir süreç olarak nitelendirilmekte olup patolojik bir durum olarak görülmemektedir. Çocuğun diğerlerinden farklı olmasını kabulü ve üzüntü bir arada yaşanabilir ve ailenin uyum süreci böylece gelişir. Çocuğun bu durumuna üzülen anne veya baba ayrıca çok çabalayan ve çocuğunun gelişimi için çaba sarf eden bir anne-baba da olabilir (Akkök, 2003).

#### **2.1.6.1.3. Kişisel Yapılanma Modeli**

Bu modelde duygulardan ziyade bilişler temel alınmakta olup ailelerin engelliği çocuğa sahip olmaktan ötürü göstermiş oldukları tepkiler, durum karşısında geliştirmiş oldukları yorumlar ve algılar ile açıklanmaya çalışılır. Engelli çocuğun



aileye dahil olmasıyla bazı duygular yaşayan aileler bu süreçte kendilerine ve çocuklarına dair yeniden yapılanma sürecine girmektedirler (Akkök, 2003).

#### **2.1.6.1.4. Çaresizlik - Güçsüzlük ve Anlamsızlık Modeli**

Bu model, diğer modellere kıyasla, anne-babalar için daha kötümser bir tablo ortaya koymaktadır. Bu yaklaşıma göre, engelli bir çocuğun aileye katılımının ebeveynde yarattığı duygular, genel olarak çevresinin tepkilerinden kaynaklanmaktadır. Çaresizlik ve güçsüzlük, yeni bir bebeğin doğumunda tüm anne ve babalarca yaşanabilecek bir duygu olmakla birlikte, yakın çevrenin farklı özelliği olan bebeğe karşı tepkileri anne babanın tepkilerinin, şekillenmesinde temel teşkil eder (Doğan, 2001).

#### **2.1.6.2. Ailelerin Sorunları ve Yaşadığı Zorluklar**

Ailelerin sorunları ve yaşadıkları zorluklar genel olarak "ekonomik sorunlar", "eğitime ilişkin sorunlar", "psikolojik sorunlar", "sosyal sorunlar" ve "kardeş sorunları" şeklinde gruplandırılabilir.

##### **2.1.6.2.1. Ekonomik Sorunlar**

Engelli çocuğun dünyaya gelmesi anne-babaların çalışmalarına engel teşkil edebilmekte, eşlerden biri zamansızlık nedeni ile işinden ayrılmak zorunda kalabilmektedir. Aileler, çocuğun engeliyle ilgili olarak tıbbi müdahaleler, hastane, bakım, ilaç ve çeşitli malzemeler gibi ek harcamalarla karşı karşıya kalmaktadır (Wallender vd., 1989). Bir süre sonra eğitim imkanlarından faydalanabilenler için eğitime yönelik harcamalar, çocuğun eğitimi haricinde bakımı için ek harcamalar, çocuk için özel diyetler maddi açıdan sorunlara yol açmaktadır. Bunların yanı sıra çocuğun günlük hayatta kullanması gereken yardımcı araç gereçlerin temini de ailenin ekonomik açıdan sorun yaşamasına neden olmaktadır (Aydoğan, 1999).

##### **2.1.6.2.2. Eğitime İlişkin Sorunlar**

Eğitim engelli bireyler de dahil tüm vatandaşlar açısından sosyal entegrasyonun ve bağımsızlığın sağlanmasının temelidir. Aile ve arkadaşlar gibi sosyal etki sahibi olan unsurlar da bu amaca katkıda bulunmaktadır. Eğitime; okul

öncesi eğitim, ilk, orta ve yükseköğretim, mesleki eğitim ve hayat boyu öğrenme dahil edilmeli ve eğitim yaşamının tüm aşamalarını kapsamalıdır. Engelli bireyler için genel eğitim programlarına katılım fırsatlarının yaratılması, sadece engelli kişiler için değil, engelli olmayan bireylerin insan çeşitliliğini anlaması açısından da faydalıdır. Pek çok eğitim sisteminde engelli bireyler için genel eğitime ve özel eğitim yapılarına erişim uygun bir biçimde sağlanmaktadır. Aile, taraftan engelli olarak dünyaya gelen çocuğa alışmaya çalışırken bir taraftan da engelli çocuğa nasıl yardımcı olacaklarını öğrenmek, bu konuda bilgi sahibi olmak isterler. Engelli çocuğun tanısı, hastalığı hakkında yeterli bilgisi olmayan aileler, sürekli bir arayış içine girdiklerinden çocuk için önemli olan diğer aktiviteleri ihmal edebilmektedir. Ailelerin öğrenim seviyesi, çocuğun gelişimi ile ailenin bu duruma kolay uyum sağlaması için önemli bir faktördür. Yüksek seviyeli öğrenim, ailelerin daha fazla bilgilenebilmesi ve daha kapsamlı sorun çözme yetenekleri sağlaması açısından önemlidir (Aydoğan, 1999).

#### **2.1.6.2.3. Psikolojik Sorunlar**

Engelli çocuğa sahip olan ailelerde fazla duygusal güçlüklerle sahip oldukları için benlik saygısında azalma, kaygı, anksiyete bozukluğu, bir işe konsantre olamama, dalgınlık, unutkanlık, aşırı hayal görme gibi zihinsel süreçler, öfkeli, nedensiz ağlama, korkular, geri çekilme, davranışlar arası tutarsızlık, saldırganlık, depresyon gibi duygusal ve psikolojik bozukluklar yaşanabilmektedir. Ayrıca ailelerin yaşadığı bu ve benzeri sıkıntıların aile içi ilişkilerde bozulma ve evlilikler üzerine olumsuz etki sahip olduğu saptanmıştır (Lusting, 1999; Aslan, 2010).

#### **2.1.6.2.4. Sosyal Sorunlar**

Ailedeki engelli çocuğun varlığı aile içi gerilim ve çatışmayı arttırabilir böylece aile içi ilişkilerin düzenlenmesinde zorluklar yaşanır ve bu güçlük bazen evlilik uyumsuzluğu ve çiftlerin ayrılması ile sonuçlanabilir (Sarısoy, 2000). Engelli çocuğu olan aileler seyahat, eğlence, arkadaş ve akrabalarla vakit geçirme gibi aktivitelerle daha az zaman ayırmakta ya da hiç zaman ayıramamaktadırlar. Bazı aileler ise toplumun engelli bireye bakışı nedeniyle diğer insanlarla görüşmek istememektedir. Bu da ailelerin sosyal yaşamlarında güçlükler yaşamalarına neden olabilmektedir (Giarelli vd., 2005).

### 2.1.6.2.5. Kardeş Sorunları

Aile yaşamında kardeşler arası ilişkiler, üzerinde durulması gereken önemli konulardan biridir. Kardeşler karşılıklı etkileşim içindedirler. Eğer kardeşlerden biri, bir yetersizliğe sahipse, bu durumun diğer kardeş üzerinde değişik etkileri olacaktır. Anne-babanın engelli çocuğa daha fazla zaman ayırması, ona daha fazla ilgi göstermesi diğer çocuklarda öfke, kırgınlık, kıskançlık, ihmal edilme ve terk edilme duygusu ve engelli kardeş nedeniyle utanç duygusu yaşayabilmektedirler (Kayhan, 1995).

## 2.2. KAYGI KAVRAMI

Psikoloji tarihi incelendiğinde kaygı kavramı üzerine yapılan çalışmaların önemli bir yeri olduğu görülmektedir. Kaygı üzerine yapılan çalışmalarda kaygının bireylerce hoş karşılanmayan duygu ve his olduğu ifade edilmiştir. Kaygı sezilen, hissedilen tehlikeli bir duruma karşı hazırlık sürecinde bireyin kendini güçsüz algılamasına bağlı olarak yaşanan duygusal bir durumu ifade eder (Kurtuldu, 2009).

Kişilik yapısı ve davranışıyla ilgilenmekte olan bütün ruhbilim öğretileri ve kuramlarda kaygıya büyük önem verilmiştir. Bazılarına göre kaygı kişiliği meydana getiren temel güç iken bazılarına göre ise kişiliğin yapılanmasında ve davranışların oluşmasında oldukça önemli rol oynayan bir unsurdur (Köknel, 1985).

Herkesin yaşayabileceği en temel ve doğal duygular arasında yer alan kaygı fiziksel ve duygusal baskı altında iken üretilen negatif düşüncelerin neticesinde yaşanan olumsuz tepkilerdir. Üniversite sınavlarına girmeden önce, bir konferansta, sempozyumda topluluk önünde konuşmaya başlamadan önce, ameliyata girmeden önce vb. durumlarda herkesin her an yaşayabileceği, kişiyi ciddi düzeyde etkileyen, endişe uyandıran duygu ve düşüncelerdir (Bağış, 2007).

Kaygı kelimesi ilk kez Sigmund Freud (1856-1939) tarafından kullanılmış, kavramlaştırılmış ve nedenleri araştırılmıştır. Freud kaygının kaynağının bastırılmış libido gücü olduğunu ifade etmiştir (Köknel, 1998).

Kaygı sıkıntı, üzüntü, korku, çaresizlik, başarısızlık hissi, sonucu bilememe ve yargılanma duygularından birini ya da büyük bölümünü içerebilir (Cüceloğlu,

2000). Börü'ye (2000) göre kaygı, beklenti veya isteklerin iç veya dış faktörlere bağlı olarak engellenmesi sonucunda ortaya çıkan yaşantıdır. Baltaş ve Baltaş (2002) kaygının kaynağı belli olmayan bir korku olduğunu ifade etmişlerdir. Bildik (2007) kaygının duygu ve isteklerdeki abartı neticesinde ortaya çıkan durumlar karşısında gösterilen tepkiler olduğunu ifade etmiştir. Kurt'a (2006) göre yaklaşmakta olduğu düşünülen tehlikeli durum veya durumlardan duyulan tedirginlik olarak açıklanmakta olan kaygı korkuya kıyasla daha az şiddetli, kaynağı belirsiz olan, uzun dönemli huzursuzluk halidir.

Yukarıda da ifade edildiği gibi kaygı arzu edilmeyen, istenmeyen bir durumun gerçekleşmek üzere olduğu hissine eşlik eden belli belirsiz bir duygudur. Kaygıya yol açan şeyin ne olduğunun anlaşılması için dört duruma bakılması gerekir. Bunlardan ilki çatışan güdülerin neden olduğu kaygıdır. Bir taraftan televizyon izlemek bir taraftan da kendini ders çalışmaya verip başarılı olma isteğinde olan öğrencinin yaşadığı durum buna örnek olarak verilebilir. İkinci olarak kaygı davranışlar ile içsel normlar, değerler ve kurallar arasında yaşanan çatışma durumunda ortaya çıkar. Yanlış olduğu düşünülen bir şey yapılırken hissedilen kaygı buna örnek olarak verilebilir. Üçüncü olarak da önceden tahmin edilemeyen olaylarla yüzleşildiğinde yaşanan kaygıdır. Önemli bir sınavdan önce kaç puan alacağını tahmin edemeyen öğrencilerin yaşadığı kaygı buna örnek olarak verilebilir (Özyürek ve Topçu 1986).

Hayattan keyif alınabilmesi için belirli ölçüde kaygı ve endişeye ihtiyaç vardır. Normal kabul edilen seviyeden daha fazla yaşanan kaygı öğrenmede motivasyon kaybına yol açar. İnsan vücudunda fazla miktardaki adrenalin kaygı sırasında beyinde öğrenmeyi zorlaştıran etkenlerin ortaya çıkmasına neden olur. Kaygı ve endişe damarlarda daralmaya neden olduğundan hücreler kapasitelerini tam manasıyla kullanamaz. Bu sebepten ötürü de öğrenme negatif yönde etkilenir (Bağış, 2007).

Kaygı, stres ve endişe duyguları gelişmekte olan dünyanın oluşturduğu çevresel koşulların bir ürünüdür. İnsanoğlu varlığını devam ettirebilmek için değişmekte olan koşullara adapte olabilmek için bedeninde ve ruhunda hasarlara maruz kalır. Bu sebepten ötürü de ruh sağlığı açısından değerlendirildiğinde kaygı

yalnızca ruh sağlığı bozulmuş olanlar için değil toplumun ortak sorunudur (Özyürek ve Topçu 1986).

Olumsuz duygusal bir reaksiyon olarak da nitelendirilmekte olan kayđı düzeyinin minimize edilmesi insan yaşantısına pozitif yönde etki edip yaşam kalitesinin artmasını sağlayacaktır. Dolayısıyla kayđıya yol açan faktörlerin tespit edilip bunların ortadan kaldırılması ya da asgari düzeye çekilmesi ilk ve en önemli adımlardan birisi olacaktır (Cabi ve Yalçınalp, 2013).

### **2.2.1. Kayđının Belirtileri**

Kayđı, bireylerde fizyolojik, psikolojik ve bilişsel değişikliklere yol açmaktadır. Bireyin kayđısını ve düzeyini belirleme açısından ipuçları oluşturan bu değişiklikler şunlardır:

#### **Fizyolojik Değişiklikler**

Fizyolojik değişiklikler sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile alakalı olan değişiklikler olup kalp atış hızının, kan basıncının, solunum sayısının artması, ağız kuruluğu, yutma güçlüğu, bulantı-kusma, terleme, sık idrara çıkma, ishal, baş ağrısı, baş dönmesi, yorgunluk, uykusuzluk, yorgunluk, bayılma ve kas gerginliği gibi durumlar gözlenir (Saban, 2010).

#### **Psikolojik Değişiklikler**

Huzursuzluk, tedirginlik, korku, çekingenlik, güvensizlik, çaresizlik, öfke, sinirlik, depresyon, konsantrasyon zorluğu, kendini ve başkalarını suçlama eğilimi, libidoda azalma, iştahsızlık, yorgunluk, kontrolünü kaybetme vb., değişiklikleri kapsar (Saban, 2010).

#### **Bilişsel Değişiklikler**

Dikkat ve yaratıcılıkta azalma, hatırlama ve karar vermede güçlük, çevreye karşı ilgide azalma şeklindeki değişiklikleri kapsamaktadır (Saban, 2010).

Kayđıyı hafif, orta ve ağır derecelerde inceleyecek olursak; hafif derecede kayđı durumunda vücut sıcaklığında değişiklik, ciltte soğukluk, ağızda kuruma,

kaslarda gerginlik, titreme, uykusuzluk, sık idrara çıkma, halsizlik, solunum sayısında artış, kan basıncında artış veya azalış, endişe, sıkıntı, korku duygusu, baş ağrısı gibi durumlar gözlenir. Orta düzeyde kaygı durumunda ise dikkati toplayamama, çalışamama, şiddetli baş ağrıları, davranış bozuklukları gibi durumlar gözlenmekte iken şiddetli/ağır kaygı durumundaki belirtiler ise daha şiddetli ve belirgin olup aşırı kilo verme ya da alma gözlenebilir. Bazı kişilerde yerinde duramama, anlamlı/anlamsız çeşitli hareketler yapma durumlar gözlenmekte iken bazıları ise hareketsiz veya donukturlar (Güngör, 2008).

## **2.2.2. Kaygıyı Açıklayan Kuramlar**

Kişilik yapısını ve davranışı inceleyen bütün kuramlar kaygıya yer vermişlerdir.

### **2.2.2.1. Psikanalitik Kuram**

Kaygı kavramını ön plana çıkaran psikolojik kuram psikanalitik kuramdır. Kaygı kavramı ilk olarak psikanalitik kuramın kurucusu Freud tarafından ele alınmıştır ve kaygıyı nevrotik bir durum olarak tanımlamıştır. Kaygı temelinde id'in iç tepkilerini bastırmayı barındırır ve engellenme kaygıyı oluşturur. Normal insanların yaşadıkları kaygı ile nevrotik kaygı farklıdır. Herkesin arada bir yaşadığı bu kaygıyı 'gerçekçi kaygı' olarak niteler ve gerçekçi kaygıyı mantıklı ve anlaşılır olarak tanımlar. Bu kaygı yaşamı devam ettirme ve korunma içgüdülerinin belirtisidir. Nevrotik kaygı ise sebepsizdir ve mantık dışıdır.

Psikanalitik kuramın bir diğer temsilcisi Otto Rank, ilk kaygının insanın doğumunda ortaya çıktığını belirtir ve insanın rahat koşullardan çaba gerektiren bir ortama geçtiğini söyler. Bastırmaya çalışılan bu kaygı, insanın yaşamındaki etkisini çeşitli olaylarda ortaya çıkararak ve davranışları etkileyerek varlığını sürdürür. Yani insanın hayatı boyunca yaşayacağı tüm kaygı durumları ilk kaygının yansımaları olarak ortaya çıkar.

Karen Horney ise kaygıyı farklı açıdan ele alır. O, kaygının korku ile yakınlığını ifade eder. Buna rağmen kaygının farklı bir duygu olduğunu belirtir. Korku, herhangi bir tehlike ile orantılı olarak ortaya çıkarken, kaygıda gerçek bir tehlike yerine zihinsel bir tehlikeye karşı bir tepki vardır (Manav, 2011).

### **2.2.2.2. Bilişsel Kuram**

Bilişsel kurama göre, yüksek ve düşük kaygı düzeyine sahip bireyler uzun süreli hafızalarında farklı bilgiler tutarlar ve kaygısı yüksek seviyede olan bireyler, uzun süreli belleklerinde üzüntüyü ve stresi organize ederler. Buna ek olarak, bu bireylerin olumsuz ruh halleri, yaşadıkları olayı veya durumu negatif olarak algılamalarını desteklemektedir. Bu durum, bilişsel hataların yapılmasına yol açmaktadır ve sonuçta bu bireylerin stresli durumlarda diğer insanlara göre aşırı kaygılı olmasına neden olmaktadır (Strongman, 1995).

### **2.2.2.3. Öğrenme Kuramı**

Öğrenme Kuramına göre, sosyal öğrenme faktörleri stresin ve kaygının oluşmasında rol oynamaktadır. Bu kurama göre, bir kaygı bozukluğu, gelişim sırasında kaygı meydana getiren olaylarla çevresel ve kalıtsal faktörlerin birlikte olması durumunda gelişir. Endişe, korku, olumsuz pekiştirmeler ve kaçınma kaygı bozukluğunun meydana gelmesinde önemli risk faktörleridir (Mineka ve Zinbarg, 2006).

### **2.2.2.4. Varoluşçu Kuram**

Kaygı varoluşçu felsefenin de önemli terimlerinden biridir. Bu kurama göre, kaygının temelinde "hiçlik" vardır. Varoluşçu teoriler daha çok kaygının etiyolojisini açıklamaktadır. Buna göre, yaşamın anlamsızlığı kişiyi gerçek ölüm korkusundan bile daha çok rahatsız eder. Bu durum sonucunda varoluşun anlamsızlığına tepki olarak kaygı ortaya çıkmaktadır (Koçak ve Gökler, 2008).

### **2.2.2.5. Biyolojik Kuram**

Kaygının biyolojik etiyolojisine yönelik görüşler 5 ana grupta toplanmaktadır.

#### **1. Otonom Sinir Sistemi**

Yapılan bazı deneylerde, norepinefrinin korku durumlarında arttığı gözlenmiştir. Otonom sinir sisteminin duyarlılığında artış, tekrarlayan uyarılara alışma

zorluğu ve küçük uyarılara aşırı tepki gibi özellikler kaygı bozukluklarında dikkat çekmektedir.

## **2. Nörotransmitterler**

Norepinefrin, serotonin ve  $\gamma$ -aminobutyric asit (GABA) kaygının oluşumunda rol oynamaktadır.

## **3. Beyin Görüntüleme Çalışmaları**

Kaygı bozukluğu hastalarında yapılan CT, MRI, PET, SPECT ve EEG çalışmalarında serebral ventriküllerde genişleme, frontal, oksipital ve temporal bölgelerde özellikle sağ hemisferi ilgilendiren normal olmayan bulgular tespit edilmiştir.

## **4. Genetik**

Özellikle panik bozukluğu olanların yaklaşık % 50'sinin akrabalarında da tanı ölçütlerini karşılama da benzer belirtilerin bulunması ve birinci derecede akrabalarında panik bozukluğu olanlarda riskin 3-17 kat arttığı tespit edilmesi genetik etkenlerin anksiyetede rol oynadığını göstermektedir fakat diğer anksiyete bozukluklarında oran bu derece yüksek olmamaktadır.

## **5. Nöroanatomik Bulgular**

Noradrenalin, serotonin ve GABA reseptörleri bakımından zengin olan limbik sistemin kaygı ile ilişkili olduğunu deneysel çalışmalar göstermektedir (Öztürk, 2014).

### **2.2.3. Epidemiyoloji**

Kaygı bozuklukları toplumda oldukça sık görülen bir sağlık sorunudur. 10-25 yaş arası en riskli dönemdir. Kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir (Ay, 2011).

Kaygının genel nüfus içindeki yaşam boyu yaygınlığı %3-6 arasında değişmektedir (Öztürk, 2008). Amerika'da ulusal temsili örnekleme teşkil eden 8098 erişkin üzerinde gerçekleştirilen çalışma neticesinde her 4 erişkinden birinde kaygı



durumu olduğu bildirilmiştir. Kılıç vd. (1997) tarafından yayımlanan Türkiye Ruh Sağlığı Raporu'na (1997) göre Türkiye'de kaygı bozukluklarının yaygınlığı sırasıyla şu şekildedir; özgül fobi %2.7, sosyal fobi %1.8, yaygın kaygı bozukluğu %0.7, agorafobi %0.6, obsesif kompulsif bozukluk %0.5, panik bozukluk %0.4. Kaygı bozuklukları ciddi düzeyde yeti kaybına yol açmaktadır. Bunun yanı sıra bilişsel fonksiyonları etkilediğini ifade eden çalışmalar bulunmakla beraber bu çalışmalar genellikle obsesif kompulsif bozukluğa sahip olan hastalardan elde edilen verilere dayanmaktadır (Cömert, 2004).

#### **2.2.4. Kaygı Türleri**

Bazı insanlar her durum veya ortamda kaygılanma eğiliminde olmaktadır. Bu tarz kaygı genelleşmiş kaygı olarak adlandırılmaktadır. Bazıları ise yalnızca belirli ortam veya durumlarda kaygılanma eğiliminde olurlar ki bu da spesifik kaygı olarak adlandırılır (Sınav kaygısı gibi) (Özyürek ve Topçu, 1986).

Tehlikeli şartlarda yaşanan tedirginlik ve korku duyguları karşısında yaşanmakta olan kaygı geçici ve normal bir kaygı türü olup o anda içerisinde bulunulan durumla doğrudan ilişkili olmayan kaygı da sürekli kaygı olarak adlandırılır. Sürekli kaygı ayrıca bir kişilik özelliğini belirlemekte olup kişilerin birbirinden ayırt edilmesinde önemlidir. Bu iki türü farklı özelliklere sahip olup ilk defa Cattell ve Scheier'in faktör analizi çalışmalarıyla ileri sürülmüştür (Kılınçkaya, 2013). Zamanla Spielberger ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmalar neticesinde "İki Faktörlü Kaygı Kuramı"nın da temelini teşkil etmişlerdir (Öner ve Le Compte, 1985).

Spielberger (1966, 1972) kaygının insanoğlunun yaşadığı temel duygulardan birisi olduğunu ve herkesin tehlikeli gördüğü durumlarda küçük de olsa kaygı duyduğunu ifade etmiştir. İnsanların zaman zaman yaşadıkları geçici ve duruma göre değişmekte olan kaygı "durumluk kaygı" olarak tanımlanmıştır. Buna karşın bazıları ise sürekli olarak kaygı içerisindeyler. İçinde buldukları durumu strese neden olan bir durum olarak yorumlamakta veya özdeğerliklerinin tehdit edildiğine dair düşünceye sahip olmakta ve bu şekilde de sürekli kaygı duymaktadırlar ki bu da "sürekli kaygı" olarak tanımlanmaktadır. Spielberger tarafından ifade edilen bu iki kaygı türü birbirinden tamamen bağımsız olmayıp aralarında orta düzeyde bir ilişki

söz konusudur. Spielberger'e göre durumluk kaygı belirli bir anda ve belirli bir şiddet seviyesinde gözlenen bir süreç iken sürekli kaygı ise fizikteki potansiyel enerjiye benzemekte, bu bağlamda da gizli bir rotanın belirli bir türde reaksiyonun şiddetini açığa çıkarmadaki durumunu kapsamaktadır (Akt. Kısa, 1996).

Sarason (1980) Spielberger tarafından ileri sürülen "Durumluk-Sürekli Kaygı Modeli"nde sağlıklı bireyler tarafından yaşanan uyum süreçlerin sınavlarda uyumsuz süreçler olarak kendini gösterdiğini ifade etmiştir. Sınav ortamlarını kendileri açısından son derece ciddi bir risk olarak algılayıp yorumlayanlar sınav kaygısı yaşamakta olup bu tarz yorumlamalara yol açan uyarıcılara karşı duya duyarlıdırlar. Şiddetli sınav kaygısına sahip olanlarda durumluk kaygı tepkileri diğerlerine göre daha şiddetli ve yıkıcı olup bunların sınav kaygısıyla başa çıkma konusunda yapıcı olmayan bilişsel yeniden değerlendirme yöntemleri bulunmaktadır ve sınav kaygısıyla başa çıkma davranışları da bu bağlamda kaçınıcı ve savunucu kaygıları yenme konusunda etkili değildir (Akt. Bacanlı ve Sürücü, 2006).

Scovel (1978) tarafından kaygı olumlu ve olumsuz kaygı olmak üzere iki farklı şekilde tanımlanmıştır. Öğrencileri olumsuz yönde etkileyip öğrenme sürecini zorlaştıran kaygı olumsuz kaygı olarak tanımlanmakta iken kişilerin doğal edinimlerinin üzerinde başarılı olmalarını sağlayan kaygı da olumlu kaygı olarak tanımlanmaktadır. Tanımından da anlaşılacağı üzere olumlu kaygı öğrencileri öğrenme konusunda daha istekli yapmakta ve bu bağlamda da öğrenme sürecine daha aktif bir şekilde müdahil olmalarını sağlamaktadır. Buna karşın olumsuz kaygı öğrencilerinin oldukça şiddetli seviyede üzüntü hissetmelerine, kendilerinden kuşkulanmalarına yol açmaktadır (Akt. Baştürk, 2007).

Yukarıdaki ifade edilenlerin yanı sıra kaygı 3 türde de ele alınmakta olup bunlardan birincisi "kişilik kaynaklı kaygı"dır. Kişilik kaynaklı kaygı sürekli bir durum olarak karşılaşılan kaygı türlerinden birisidir ve bu bağlamda da kişiliğin bir parçasıdır. Diğer bir kaygı türü de "durum kaynaklı kaygı"dır. Bu kaygı türü belirli bir duruma dair belirli bir zaman içerisinde karşılaşılan tepkiler şeklinde tanımlanmaktadır. Üçüncü kaygı türü de "olay kaynaklı kaygı" olup belirli bazı olaylar ile karşı karşıya kalındığında yaşanan kaygıyı ifade eder (Kılınçkaya, 2013).

Aydın ve Zengin (2008) de “kişilik”, “durum” ve “olay” kaynaklı olmak üzere 3 kaygı türü olduğunu ifade etmişlerdir. Kişilik kaynaklı kaygının insan kişiliğinin bir parçası olduğunu ve bazı insanlarda sürekli bir durum olarak karşılaşıldığını, belirli bir durum veya olaya karşı belirli bir zaman sürecinde karşılaşılan tepkinin ise durumluk kaygı olduğunu, olay kaynaklı kaygının ise belirli olaylar karşısında yaşanan kaygı olduğunu ifade etmişlerdir.

Kaygı alışılmamış bir çevre, durum, nesne, birey veya engel ile karşı karşıya kalındığında duyulan kaygı, belirli bir nesnenin neden olduğu korkuya bağlı olarak duyulan kaygı, belirli bir nesne olmadan, herhangi bir şeyi veya durumu tasarlamamanın yaratmış olduğu kaygı, zorlu-takinaklı düşünce ve tutsaklıkların neden olduğu kaygı, psikolojik hastalıklarda gözlenen kaygı şeklinde de sınıflandırılabilir (Köknel, 1985).

#### **2.2.4.1. Sürekli (Genel) Kaygı**

Daha önce de ifade edildiği gibi sürekli kaygı bireyin içerisinde bulunduğu durumlu stresli olarak algılama eğilimi olup ayrıca bireyin kaygıya yol açan durumlara karşı yatkınlığıdır. Bireyin objektif kriterlere göre olumsuz olarak kabul edilen durumları tehlikeli ve kendi için bir risk/tehdit olarak algılaması neticesinde yaşadığı mutsuzluk, memnuniyetsizlik hissidir (Öner ve Le Compte, 1985).

Kişinin kaygıya yatkın olması sürekli kaygıyı ifade etmektedir. Birey içerisinde bulunduğu durumu sürekli kaygı verici şeklinde algılama ve yorumlama hali içerisindeydir. Esasen bakıldığı zaman kaygıya yol açan olayların kendi değil bunların bireylerce değerlendirme şeklidir. Bazı durum ve olaylara önceden öğrenilen belirli otomatik düşünce ve yorum kalıbının gözüyle bakılarak kaygıya neden olan olaylara dair belirli düşünceleri eşleştirme öğrenilir (Kılınçkaya, 2013).

#### **2.2.4.2. Durumluk (Seçici) Kaygı**

Bireyin yaşamış olduğu baskılı ve stresli durumdan ötürü hissetmiş olduğu subjektif korku durumluk kaygı olarak tanımlanmakta olup kızarma, terleme, sararma, titreme, vb., otonom sinir sisteminin uyarılması neticesinde ortaya çıkan fiziki değişiklikler bu kaygının göstergeleri arasında yer almaktadır. Stres düzeyindeki artışa bağlı olarak durumluk kaygı düzeyi de artmakta olup stres

durumunun ortadan kalkması halinde kaygı düzeyi azalır (Öner ve Le Compte, 1985).

Yukarıda da ifade edildiği üzere durumlu kaygı bireylerin yaşadıkları özel durumlarını kendileri açısından tehdit edici olarak algılamalarına bağlı olarak ortaya çıkan duygusal tepkidir (Kılınçkaya, 2013). Bireyin özgül bir durum/olayın olumsuz sonuçlanacağına ilişkin beklentisi neticesinde hissetmiş olduğu duygudur. Bilhassa öğrencilerin sınav sonuçlarına yönelik olarak sahip oldukları olumsuz beklenti ve düşünceleri duyumluk kaygı için en güzel örneklerden birisidir (Kapıkıran, 2002).

Durumlu kaygının kişide sıkıntıya yol açan, hoş olmayan duygulanıma neden olan bir tarafı söz konusudur. Bu duygulanım durumu birey tarafından algılanmakta, anlaşılmakta ve duyumsanmaktadır. Bu kaygıya sahip olan kişilerde bilinç açık ve uyanık olup sinir sistemi fonksiyonlarında değişimler yaşanır ve bu yönde belirtiler ortaya çıkar (Köknel, 1982).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayımlanan Ruhsal Bozukluklar İçin Tanı ve İstatistik kitabının Türkçe çevirisinde (DSM-IV TR) Kategorik Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları olarak yer alan sınıflamada “Panik Bozukluk (PB)”, “Agorofobi”, “Özgül Fobi”, “Sosyal Fobi”, “Yaygın Kaygı”, “Aşırı Anksiyete Duyma Bozukluğu”, “Ayrılma Kaygısı”, “Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB)”, “Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)” ve “Antisosyal Bozukluk” yer almaktadır. DSM-IV-TR’de tanımlanan şekli ile kaygı bozukluklarının ana özellikleri Tablo 2.6’da yer almaktadır (Sadock ve Sadock, 2007).

**Tablo 2. 6.** Kaygı bozukluklarının alt tipleri (Sadock ve Sadock, 2007)

1	Yaygın Kaygı Bozukluğu
2	Panik Bozukluk
	Agorofobi ile birlikte
	Agorofobi ile birlikte olmayan
3	Özgül Fobi
4	Sosyal Fobi
5	Obsesif-Kompulsif Bozukluk
6	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
7	Akut Stres Bozukluğu
8	Genel Tıbbi Duruma Bağlı Kaygı Bozukluğu
9	Madde Kullanımına Bağlı Kaygı Bozukluğu
10	Başka Türü Adlandırılmayan Kaygı Bozukluğu

## **Yaygın Kaygı Bozukluğu**

Süreğen bir bozukluk olan yaygın kaygı bozukluğunun temel özelliği, bazı olaylar ve faaliyetlerle ilişkili olarak hemen her gün görülen aşırı kaygı, korku ve gergin bir bekleyiş olmasıdır. Bireyin denetleyemediği bu duruma aynı zamanda huzursuzluk, heyecan, kolay yorulmak, dikkatini toparlayamamak, kasların gerginliği, uyku bozukluğu gibi bazı belirtiler de eklenmiştir (Arkonaç, 1999).

Yaygın kaygı bozukluğu çoğunlukla gözden kaçan ve dolayısıyla da yeteri kadar tanınmayan bir ruhsal bozukluktur. Yalnızca endişeli olmaktan ibaret olmayıp kaygının her zaman hissedilmesi durumudur (Dilbaz, 2005). Çok sayıda olay yahut etkinlik hakkında aşırı sıkıntı, kaygı ve endişenin yaşandığı, kişinin kaygısını kontrol etmekte zorluk çektiği ve yaşanan kaygı ve endişeden dolayı kişinin işlevselliğinin büyük ölçüde bozulduğu bir kaygı bozukluğu türüdür (Işık ve Işık, 2006).

DSM-IV TR'deki haliyle bozukluğun temel özelliği, denetlenemez bir endişe ve kuruntulu beklenti halidir ki bu durum diğer kaygı bozukluklarındaki beklenti kaygısından nitelik açısından farklıdır (Sürmeli, 1997). Yaygın kaygı bozukluğu olan hastalar genellikle küçük şeylere üzülen, sürekli bir korku içinde olan ve olabileceğın en kötüsünün başlarına gelebileceğini bekleyen, sürekli kaygı içerisinde olan kişilerdir (Köroğlu, 2004). Bu bozukluk kısıtlayıcı ve kronik bir bozukluktur (Ormel vd., 1994).

## **Panik Bozukluk**

Panik bozukluk, yineleyici ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan panik ataklar ve bu panik atakları takip eden çeşitli belirtiler ile karakterize bir kaygı bozukluğu türüdür. Panik atakları tipik bir şekilde aniden başlar ve 10 dakika içerisinde pik yapacak şekilde giderek şiddetlenir. Ataklar yaklaşık olarak 15-20 dakika sürer. Panik bozukluk, adını Yunan mitolojisinde bir tanrı olan, mağarada yaşayan ve aniden ortaya çıkıp insanları korkutan "Pan"dan almaktadır. Aniden gelen ölüm korkusu, öleceği, aklını kaybedeceği, felç olacağı ya da kalp krizi geçireceği gibi düşüncelerle birlikte fiziksel belirtiler vardır (Roy-Byrne ve Geraci, 1986).

İnsanların yaklaşık %10'nu hayatlarında en az bir kez panik atak yaşamaktadırlar. Panik bozukluğu (agorafobili yahut agorafobisiz) hayat boyu sıklığı toplum örneklemelerinde %3.5 gibi yüksek oranlarda bildirilmişse de çok sayıda çalışmada bu oran %1-2 arasında değişen oranlarda bulunmuştur. ABD'de yapılan ECA çalışmasında DSM-III tanı kriterine göre panik bozukluğun yaşam boyu prevalansı %1.7, NCS (National Comorbidity Survey) çalışmasında DSM-III R tanı kriterlerine göre ise %3.5 olarak tespit edilmiştir (Kessler vd., 1994). Ülkemizde ise İstanbul Avcılar'da 413 kişi üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada panik bozukluk prevalansı %1.2 olarak bulunmuştur (Altınöz, 1992). Konuyla ilgili olarak 1995'te Sivas ilinde gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise %4.3 gibi oldukça yüksek bir oran saptanmıştır (Doğan vd., 1995). Hastalık genel olarak geç ergenlikte ve erken erişkinlik döneminde başlamaktadır. Hastaların yarısına yakını 24 yaşından önce rahatsızlığa yakalanmakta olup yaş ilerledikçe sıklığı azalmakta ve 65 yaş üzerinde ender olarak görülmektedir. Kadınlarda erkeklere oranla 2.5 kat daha fazladır. Panik bozukluğu olanların birinci derece yakın akrabalarında panik bozukluğun yaşam boyu sıklığı %10-20 olarak bildirilmektedir. Başlangıç yaşı bilhassa kadınlarda erken başlangıçlı (15-34) ve geç başlangıçlı (45-54) olarak bimodal dağılım göstermektedir. Dul, bekar ve ayrı yaşayanlarda, kırsal kesimlerde yaşayanlara oranla 1.5 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Weissman ve Bland, 1998).

### **Obsesif Kompulsif Bozukluk**

Obsesif kompulsif bozukluk, temel özelliği obsesyonel düşünceler ya da kompulsif eylemler olan bir ruhsal bozukluktur. Obsesyon ve/veya kompulsiyonların bir bozukluk kabul edilebilmesi için bireyde belirgin sıkıntıya yol açması, ciddi zaman kaybına neden olması veya kişinin olağan günlük işlerini, toplumsal etkinliğini, mesleki işlevselliğini ciddi oranda bozması gerekmektedir (APA, 1994).

Obsesyonlar, istenmeden gelen, uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin sıkıntıya yol açan, yineleyici düşünce, dürtü veya düşmeler olup kişinin benliğine yabancısıdır ve dolayısıyla da kişinin denetiminde değildir. Kompulsiyonlar, yineleyici davranışlar yahut zihinsel eylemlerdir. Amacı sıkıntıdan korunmak veya bunları azaltmak olup, haz almak yahut doyum sağlamak değildir. Kompulsiyonlar

etkisizleştirilmesi veya korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi biçimde bağlantılı değildir veya bariz şekilde çok aşırı düzeydedir (APA, 1994).

En fazla karşılaşılan obsesyonlar bulaşma (%37-60), kuşku (%33-42), simetri (%31-43), bedensel (%5-49), saldırganlık (%11-41), cinsel (%3-48), dinsel (%10-60); en sık görülen kompulsiyonlar ise kontrol etme (%50-63), yıkama/temizleme (%45-63), sorma anlatma veya dua etme (%31-55), simetri-düzen (%13-47), soyma (%8-47), biriktirme (%1-18)'dir (Rasmussen ve Eisen, 1992; Okasha vd., 1994; Yuang ve Liu, 2001; Fontanelle vd., 2003). Olguların büyük bölümünde birden fazla obsesyon (%33-60) ya da birden fazla kompulsiyon (%33-48) bulunmaktadır (Rasmussen ve Eisen, 1992; Yuang ve Liu, 2001). Klinik görünümde vakaların yaklaşık %75'inde obsesyon ve kompulsiyonlar bir aradadır. Fakat yalnızca obsesyonlar (%9-29) yahut sadece kompulsiyonlar (%11-31) ile seyreden klinik tablolar da bulunmaktadır (Yuang ve Liu, 2001).

### **Özgül Fobi**

Bir tehdit yahut tehlike karşısında yaşanan endişe duygusu korku olarak tanımlanmaktadır. Korku normal bir duygu olup organizmanın tehlikeli durumdan korunmasını sağlayacak tedbirleri almasını sağlar. Tehdide yol açan durumlar karşısında duyulan korkunun aşırı olması "fobi" olarak adlandırılır. Özgül fobi ise sosyal fobi ve agorafobi için tanımlananlar dışında kalan nesne yahut durumlardan, mantıksız olmasına karşın aşırı ve sürekli korku duyma halidir (Cansever, 2007).

Hayat boyu görülme sıklığı yaklaşık %11'dir. Hayvan ve yükseklik korkusu en fazla görülen özgül fobi alt tipleridir. Kadınlarda erkeklere nazaran iki kat daha fazla görülmekle beraber cinsiyet farklılığı özgül fobinin her alt tipi için geçerli değildir. En fazla 25-44 yaş aralığında görülmekte olup bu grubun %7.9-8.8'ini etkilemektedir. 18-24 yaş arasında %6.5, 55 yaş üzerinde ise %5.2 oranında görülmektedir (Cansever, 2007).

### **Sosyal Kaygı Bozukluğu**

Sosyal kaygı bozukluğu ve sosyal fobi genel itibariyle eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Sosyal fobi kaygı bozuklukları arasında yer almakta olup 1994'te yayımlanan DSM-IV ile sosyal kaygı bozukluğu adını almıştır. Belirli toplumsal

durumlarda küçük düşme korkusunun yol açtığı psikolojik, somatik ve davranışsal belirtilerin eşlik ettiği, işlevsellikte ciddi kayıplara yol açan bir kaygı bozukluğudur (Dilbaz, 1997).

Sosyal fobinin epidemiyolojisiyle ilgili en kapsamlı veriler Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından yapılan ECA çalışması sonucunda elde edilmiş olup buna göre Tanısal Görüşme Çizelgesi ile yapılan taramada 6 ayrı bölgede; Baltimore, St. Luis, Durham, Los Angeles, Edmonton Kanada ve Christchurch Yeni Zelanda'da sırasıyla yaşam boyu prevalans %3.1, %1.9, %3.2, %1.8, %1.7 ve %3.0 olarak tespit edilmiştir (Regier vd., 1984). ABD'de 1994'de sonuçları yayınlanan ulusal komorbidite araştırmasına göre ise sosyal kaygı bozukluğunun yaşam boyu prevalans hızı %13.3 olarak tespit edilmiştir (Kessler vd., 1994). Konuyla ilgili olarak gerçekleştirilen çok sayıda çalışmanın sonuçlarının da bu sonuçlara yakın olması sonucunda majör depresif hastalık ve alkol ile ilintili hastalıklardan sonra sosyal kaygı bozukluğunun en fazla karşılaşılan ruhsal hastalık olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Wacker vd., 1992; Stein vd., 1994). Sosyal kaygı bozukluğunun ortalama başlangıç yaşı 13-24 arasında değişmektedir. 25 yaştan sonra başlaması çok nadirdir. Başvurma yaşı ise genellikle hastalığın başlangıcından 15-25 yıl sonra 30 yaşları civarında olmaktadır (Schneier vd., 1992; Davidson vd., 1993).

### **Travma Sonrası Stres Bozukluğu**

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), bireyin aşırı bir travmatik stres unsuru ile karşılaşmasından, yaşamasından yahut duymasından sonra ortaya çıkan bir bozukluktur. Kişi bu yaşantı karşısında korku ve çaresizlikle tepki verir. Tanı koyabilmek için belirtilerin 1 aydan uzun süre devam etmesi gerekir ve aile, iş gibi bireyin hayatında önemli olan alanlar belirgin bir şekilde etkilenmelidir. Travmatik olayı tekrar tekrar yaşama, geçirilen travmayı çağrıştıran olay, yer ve etkinliklerden uzak durma, duygusal tepkilerin kısıtlı kalması ve aşırı otonomik uyarılma belirtileri ile kendini gösterir (Özkürkçügil Çorapçioğlu, 2000). Yaşanan travmatik olaylar arasında; askeri çatışma, kişisel saldırıya uğrama (cinsel saldırı, fiziksel saldırı), kaçırılma, doğal ya da insanların nede olduğu felaketler, ağır trafik kazaları, yaşamı tehdit eden hastalık tanısı alma sayılabilir.



TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığı toplumun %8'i olarak tahmin edilmektedir. Bununla birlikte % 5-15 subklinik formların yaşanabildiği ifade edilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Komorbidite Çalışması'na katılanların % 56'sı yaşamları boyunca en az bir travmatik olayla karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Yine aynı çalışmada TSSB'nin yaşamın herhangi bir dönemindeki yaygınlığı % 7.8 ve son bir aydaki yaygınlığı %2.3 olarak saptanmıştır (Kessler vd., 1995).

### 2.3. STRES

Literatürde stres oldukça karmaşık bir kavram olarak kabul edilmektedir. Bu bakımdan stres, kimi zaman tamamıyla genelleştirilmiş olguları tanımlamakta kullanılırken kimi zaman detayları ele alarak çevresel uyaranlara bir tepki olarak açıklanmaktadır. Genel bir araştırma yapıldığında, stresin daha çok rahatsız edici uyanlara karşı verilen tepki şeklinde dile getirildiği görülmektedir (Gökdeniz, 2006).

Yapılan bir çalışmaya göre (Eryılmaz, 2009); stres kavramı sağlık başta olmak üzere eğitim, işletme, siyasal bilimler, ekonomi gibi birçok alanda ele alınmaktadır. Aynı çalışma (Eryılmaz, 2009); stres kavramının gündelik dil içerisinde sıklıkla kullanıldığını ve özellikle gazetelerde ya da dergilerde stresin tanımını ve yönetimi ile ilgili haberler görülebileceğini belirtmektedir.

Ethel'e (1994) göre stres, ilk olarak 17. yüzyılda fizikçi Robert Hook'un elastik nesne ve ona uygulanan dış güç arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için kullandığı bir kavram olarak kullanılmaktadır. Ethel aynı belirlemelerinde; bu gelişmeden sonra stres kavramının fizikçi Thomas Young tarafından maddenin kendi içindeki gücü olarak ifade edildiğini söylemektedir (Akt. Okutan ve Tengilimoğlu, 2002).

Graham (1999) ilk olarak fizik alanında kullanılmaya başlanan stres kavramının, ilerleyen dönemlerde farklı alanların araştırma kapsamına da girdiğini ve farklı anlamlara geldiğini ifade etmektedir. Graham'ın aynı çalışması; psikolojide stres kavramının, eski Fransızca ve Orta Çağ İngilizcesi tarafından kullanılan ve sıkıntı ya da zorluk anlamına gelen sözcüklerden türediğini belirtmektedir (Akt. Okutan ve Tengilimoğlu, 2002).

Stres kelimesi iki farklı anlam içermektedir. Bu anlamlardan ilki, organizmanın durumunu ifade etmektedir. Bireyin denge mekanizmaları, birey kendini tehlikede hissettiği anda bozulmaktadır. Bu durumda biyokimyasal, fizyolojik ya da psikolojik stres tepkileri ortaya çıkmaktadır. Stres kelimesinin ikinci anlamı ise, organizmanın dengesi bozan her türlü etmeni anlatmak için kullanılmaktadır. Stres vericiler olarak adlandırılan bu etkenler fiziksel, psikolojik ya da sosyal çevre ile bağlantılı olabilmektedir (Parker ve Decotiis, 1983).

### **2.3.1. Stres Çeşitleri**

Okutan ve Tengilimoğlu (2002) yaptıkları çalışmada stres çeşitlerinin çok farklı şekilde sıralanabildiğini belirtmektedir. Aynı çalışmaya göre stres çeşitlerine genel olarak bakıldığında; iş hayatının, bireyin kişilik yapısının, çevresel ve sosyal faktörlerin stresi ortaya çıkardığı görülebilir.<sup>61</sup>

#### **İş Hayatında Yaşanan Stres**

İş hayatında yaşanan stres hem çalışma ortamını hem de toplumsal yaşamı etkileyen önemli bir sorundur. Çünkü iş hayatında süreğen bir stres yaşayan bireyin toplumsal rolleri üstlenebilmesi ve sürdürebilmesi imkanı olamamaktadır. Bu bakımdan, iş hayatında yaşanan stres çok yönlü ele alınmalıdır (Küçükparlak ve Yıldırım, 2009).

Ulusal İş Güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü (1970) yaptığı bir çalışmada, iş koşulları ile sağlık durumu arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Ulusal İş Güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü'nün (1970) iş stresi modeli olarak adlandırdığı çalışma, Caplan, et al.(1975), Cooper ve Marshall (1976), House (1974) ve Lawrence (1995) tarafından geliştirilmiştir. İş stresi modelinde, stres yaratan koşullar nedeniyle psikolojik ya da davranışsal denge işleyişinde ciddi bir bozulma meydana gelmesi anlatılmaktadır (Akt. Murphy ve Schoenborn, 1987).

İş hayatında yaşanan stres; zaman baskısı, aşırı veya yetersiz iş yükü, tek düze ya da kötü çalışma koşulları ve iş yeri düzeni olarak ele alınmaktadır. Bu bakımdan aşırı iş yükü yorgunluk, dikkat dağınılığı ve performans azalmasına sebep olurken, yetersiz iş dağılımı da çalışanın yetenekleri ve becerileri dahilinde çalışmadığını göstermektedir. Tek düze çalışma şartları ise çalışanların yabancılaşmış

yalnızlaşmasına sebep olabilmektedir. Beraberinde kötü çalışma koşulları; iş ortamından kaynaklanan ergonominin ve aydınlatmanın yetersizliği, gürültü gibi faktörler olarak ortaya çıkmaktadır. İş ortamının, çalışılan binanın personel için uygun olmaması da stres yaratan bir diğer faktör olmaktadır. Çalışılan binanın merdivenlerinin, geçiş yollarının, kapılarının çalışan personele uygun olmaması, binanın temizliğinin yapılmaması stres yaratabilmektedir (Sosyal, 2009).

Alanda yapılan benzer bir çalışmada (Oktay, 2005); personel seçiminin iyi yapılmaması, çalışanların rollerinin ve görevlerinin iyi dağıtılmaması, üstlerin kötü yönetimi ya da amirlerin personeli sürekli denetimin altında tutması ve elde edilen kazancın devamlılığının olmaması da stres yaratan faktörlerdendir. Aynı çalışmaya göre; tüm bu faktörlerle birlikte çalışan işle ilgili olumsuzluklar nedeniyle işe yabancılaşır ve tükenmişlik yaşayabilir. Oktay'ın aynı çalışması tükenmişliğin nedenlerini aşağıdaki gibi aktarmaktadır:

- Bireyin yeteneklerine ve becerilerine uygun bir işte çalışmaması
- İş yükünün fazla olması
- Bireyin ulaşamayacağı hedeflerin belirlenmesi
- Düşük motivasyonlu bireylerle birlikte çalışma
- Yeterli düzeyde sosyal destek alamamak (Oktay, 2005).

### **Bireyin Kişilik Yapısının Ortaya Çıkardığı Stres**

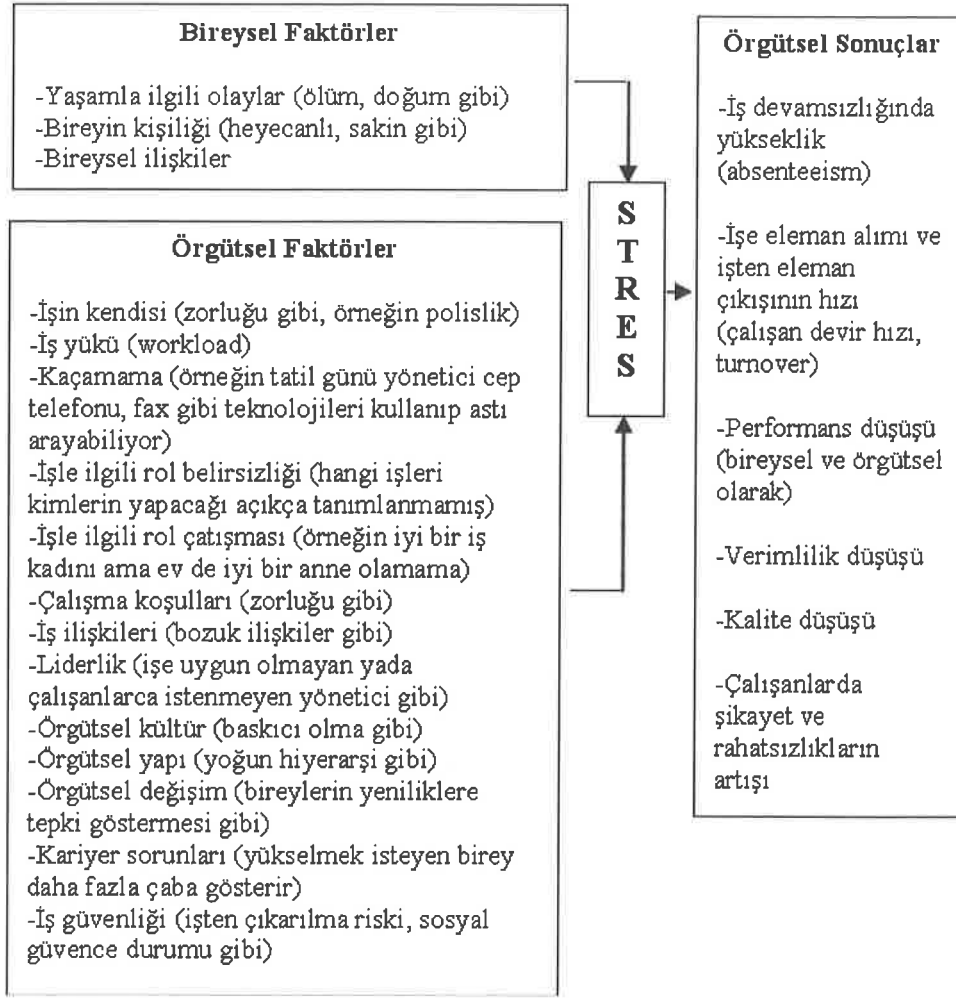
Stresin kaynağı bireyin kendisi de olabilmektedir. Bu bakımdan; bireyin kişiliği, huyu ve mizacı stresin kaynağını ortaya çıkarmaktadır. Beraberinde, kişinin çevresini nasıl algıladığı, değişimlere nasıl tepki gösterdiği önemli olmaktadır. Çünkü kişileri etkileyen olaylara yüklediği anlamlar olmaktadır (Okutan ve Tengilimoğlu, 2002).

### **Sosyal Faktörlerden Kaynaklanan Stres**

Sosyal faktörlerden kaynaklanan stres üç biçimde ele alınabilir. İlk olarak günlük stresler; kişinin ihtiyaçlarının birbiriyle çelişmesi durumunu anlatmaktadır.

Trafikte sıkışmak, bir terslikle karşılaşmak ya da yemeğin yanması bu gibi durumlara örnek olarak verilebilmektedir. Gelişimsel stresler ise; bireyin fizyolojik, sosyal ve psikolojik gelişmeleri kapsamaktadır. Gelişim basamaklarındaki olumsuzluklar stres düzeyini etkilemektedir. Hayat krizleri niteliğindeki stresler ise; ciddi hastalıklar, aile bireylerinden birinin ölümü, doğum, işten çıkarılma gibi bireyin hayatını ciddi şekilde etkileyebilen durumları kapsamaktadır (Garipoğlu, 2007).

Özmutaf stres ile ilgili makalesinde (2006), stres oluşturan durumların birbiriyle bağlantılı olduğunu söylemektedir. Özmutaf'ın aynı makalesinde belirttiği gibi, bir işyerindeki stres durumu tükenmişlik sendromu gibi bireysel olan durumları da ortaya çıkarmaktadır. Özmutaf'ın (2006) aktarımıyla, Nahavandi ve Malekzadeh (1999) stresi ortaya çıkaran faktörleri ve bunların iş hayatındaki yansımalarını Şekil 2.1'de göstermektedir.



**Şekil 2. 1.** Stresi Ortaya Çıkaran Faktörler ve İş Hayatındaki Yansımaları

Kaynak: Özmutaf, M. N. (2006). Örgütlerde İnsan Kaynakları ve Stres: Ampirik Bir Yaklaşım. Ege Üniversitesi Su Ürünleri Dergisi, 1(2),s.76.

### 2.3.2. Stres Faktörleri

Sosyal ve psikolojik değişkenlerin, stres vericilerin ortaya çıkmasında ve düzeylerinin belirlenmesinde oldukça önemli bir rolü vardır. Bu bakımdan, stresin bireyi etkileyişindeki en önemli rolü kültür oynamaktadır. İnsanların yaşama biçimlerini oluşturan kültürler açısından özellikle kayba ve tehlikeye verilen anlam ön plana çıkmaktadır. Böylelikle neyin kabul edilebilir ya da neyin kabul edilemez olduğu, utanma, kırgınlık gibi faktörler şekillenmektedir. Çünkü bu faktörlerin tamamı kültürden kültüre oldukça değişiklik göstermekte ve farklılaşmaktadır (Luzz ve White, 1986).

### 2.3.3. Stresle Başa Çıkma

Organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan duruma stres denir. Bireylerin strese karşı vermiş oldukları bedensel tepkileri aynı basamaklardan geçmesine karşın, ruhsal düzeyde olaylar, kişilik ve çevre gibi bireysel koşullara bağlı birçok değişiklik göstermektedir (Batlaş ve Baltaş, 2002). Atkinson vd., (1996) çevreye sürekli olarak uyum yapma çabalarında, içsel ya da dışsal koşullar bireyin uyumunu zorlaştırırsa birey bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde çaba harcamaya başlar ve hem bedensel hcm de psikolojik olarak yorulmasına neden olan bu durumu stres olarak tanımlamışlardır. Cüceloğlu (1996) stresin temelinde insan algılamasının ve deneyimlerinin değerlendirmesinin yattığını, insanın deneyimlerine anlam verışı, değerlendirışı ve yönlendirişinin stresi azaltma ya da çoğaltmada temel etken olduğunu dile getirmektedir. Stresin üç süreçten oluştuğundan söz edilmektedir. Kişi ilk olarak kendine yönelik bir tehdidi algılar; ikinci aşamada tehdide ilişkin gösterebileceği olası tepkileri aklına getirir. Üçüncü aşama ise, zihinsel olarak tasarlanan bu tepkinin uygulanmasıdır ki bu başa çıkma olarak isimlendirilmektedir (Türküm, 1999).

Strese yol açan durumların yarattığı duygular ve psikolojik uyarılma son derece rahatsız edicidir ve bu rahatsızlık kişiyi bunu azaltmak için bir şeyler yapmaya güdüler. Bir kişinin stres yaratan durumlarla uğraşma sürecine başa çıkma denir (Atkinson vd., 1996). Başka bir deyişle başa çıkma, bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanabilir (Folkman vd., 1986). Bu bağlamda bireyin koruyucu sağlık davranışı kazanmasının stresle başa çıkma becerilerini geliştirmesiyle ilişkili olduğunu öngörebiliriz. (Beasley vd., 2003). Stresle başa çıkma tarzları da, ruh sağlığı açısından koruyucu rol oynamaktadır. Bazı tarzlar, bireyi stresli yaşam olaylarından uzak tutmakta, bazıları ise ruhsal bozukluklara karşı bireyin duyarlılığını arttırmaktadır (Muris vd., 2001).

Kökene bilişsel kuramda olan "başa çıkma modeli", bireylerin stres verici durumları nasıl değerlendirdiklerinin ve başa çıkma sürecini nasıl etkinleştirdiklerinin önemine vurgu yapar (Bilal ve Dağ, 2005). Başa çıkma genel

olarak iki kategoride toplanmaktadır. Bunlar; probleme odaklanan başa çıkma stratejileri ve duyguya odaklanan başa çıkma stratejileridir; (Atkinson vd., 1996). Probleme odaklanan başa çıkma daha aktif bir strateji olup stres kaynakları karşısında bilgiye ve planlı eyleme dayanan akılcı tepkileri içermektedir. Duyguya odaklanan başa çıkma ise pasif bir strateji olup stres kaynakları karşısında oluşan duyguları ortadan kaldırmayı içermektedir. Bireylerin başa çıkma örüntülerinde her iki başa çıkma stratejisi birlikte bulunmakta ve kullanılan stratejiler bireysel özelliklere göre değişiklik gösterebilmektedir (Atkinson vd., 1996).

### **2.3.3.1. Problem Odaklı Başa Çıkma**

Problem odaklı başa çıkma stratejisi problemi tanımlamayı, alternatif çözümler oluşturmayı, bu alternatifleri maliyet ve yarar bakımından değerlendirmeyi, aralarında seçim yapmayı ve seçilmiş alternatifi uygulamayı gerektirir (Tutkun ve Koç, 2000). Probleme yönelik başa çıkma stratejiler, bireyin çevresiyle olan ilişkilerini düzenlemeye ve değiştirmeye yöneliktir. Ayrıca durumu değiştirmeye yönelik, aktif, mantıklı, serinkanlı ve bilinçli çabaları içermektedir (Folkman, 1984).

Probleme yönelim, kişinin kendi problemlerini çözme becerisi kadar, yaşanan problemlere ilişkin genellikle neler düşündüğü ve neler hissettiğini tanımlayan görece sürekli bir seri bilişsel-duygusal şemaların işlenmesini içeren güdüsel bir süreç olarak açıklanmaktadır (Türküm, 1999). Problem odaklı stratejiler içe de yönelebilir; kişi çevreyi değiştirecek yerde kendisi ile ilgili bir şeyi değiştirebilir. Alternatif haz kaynakları bularak ve yeni beceriler geliştirerek arzu düzeylerini değiştirmek buna örnektir. Kişinin bu stratejiyi beceriyle nasıl uygulayacağı, deneyimlerine ve kendisini denetleme kapasitesine bağlıdır (Atkinson vd., 1996).

### **2.3.3.2. Duygu Odaklı Başa Çıkma**

Duygu odaklı başa çıkma içinde bulunulan durumun anlamını değiştirerek, bireyin olumsuz stres üzerindeki kontrolünü arttırmak amacıyla kullanılır. Bu tür başa çıkma stratejileri genellikle; uzaklaşma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama ve kabullenme gibi yaklaşımları içermektedir (Folkman, 1984).

Bu stratejiler, sorunlara, kişilere ve durumlara göre değiştirmekte ve başa çıkma mekanizmalarını ölçmek için geliştirilen ölçeklerin hemen hepsinde yer

almaktadır (Şahin ve Durak, 1995). İnsanlar olumsuz duyguların egemenliği altına girmeyi ve bu duyguları problem çözme eylemlerini etkilemesini önlemek için duygu odaklı başa çıkmayı uygulamaya çalışırlar. Bunlar, bir problem denetlenemez hale geldiğinde duygu odaklı başa çıkmayı kullanırlar. Olumsuz duygularımızla başa çıkmanın birçok yolu vardır. Bazı araştırmacılar duygusal odaklı başa çıkmayı, davranışsal ve bilişsel yöntemler olmak üzere iki kısma ayırır. Davranışsal yöntemler, bir sorunu zihinden atmak için fiziksel eksersiz yapmayı, alkol ya da başka maddeler kullanmayı, dostlarından duygusal destek aramayı kapsar. Bilişsel yöntemler ise bir sorunu zihinden atmak için fiziksel eksersiz yapmayı ve durumun anlamını değiştirerek tehdidi azaltmayı kapsar (Atkinson vd., 1999).



### 3. MATERYAL VE METOD

#### 3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada engelli çocuğa sahip anne ve babaların kaygı düzeyleri ve başa çıkma stratejilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

#### 3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini İstanbul ili Anadolu yakasında faaliyet göstermekte olan özel rehabilitasyon merkezlerine tedavi amacıyla gelen engelli çocuğa sahip anne-babalar oluşturmakta olup bu bağlamda 2 adet özel rehabilitasyon merkezi seçilerek 101 anne-baba ile görüşülmüştür.

#### 3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anket 3 bölümden oluşmaktadır;

**1. Tanıtıcı Bilgi Formu:** Araştırmacı tarafından literatüre dayanarak hazırlanan 25 soru içeren bilgi formu kullanılacaktır. Formda 1-8 sorular ailelerin sosyo-demografik verilerini saptamaya yöneliktir, 9-25 ise engelli çocuğun varlığı ve ailenin bu konuyla ilgili görüşlerine yönelik sorulardan oluşmaktadır.

**2. Spielberger'in Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri:** Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilen bu ölçek, her biri 20 sorudan oluşan sürekli ve durumluk olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından 1977 yılında yapılmıştır. Durumluk kaygı ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini, sürekli kaygı ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Durumluluk Kaygı Ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) çok ve (4) tamamıyla gibi şartlardan birini işaretlemek suretiyle cevaplandırılır. Sürekli kaygı ölçeğinde (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman ve (4) hemen her zaman şeklinde işaretlenir.

Seçeneklerin ağırlık değerleri 1'den 4'e kadar değişir. Ölçeklerde doğrudan (düz) ve tersine donmuş ifadeler bulunur. Olumsuz duygular, doğrudan ifadelerle; olumlu duygular da tersine donmuş ifadelerle dile getirilir. Tersine donmuş ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olan maddeler 4'e, 4 ağırlık değerinde olan maddeler 1'e dönüştürülür. 4 değerindeki cevap doğrudan ifadelerde kaygının yüksek olduğunu gösterir. 1 değerindeki cevaplar tersine donmuş ifadelerde yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. 1, 2, 5, 8, 10, 11,15, 16, 19 ve 20'nci maddeler Durumluk Kaygı Ölçeği'nde tersine dönmüş ifadelerdir. 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39'uncu maddeler Sürekli Kaygı Ölçeği'nde tersine dönmüş ifadelerdir. İki alt ölçekten de elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişir. Yüksek puan yüksek kaygı düzeyini, düşük puan ise düşük kaygı düzeyini gösterir. Kuder – Richardson 20 formülünün genelleştirilmiş formu olan alpha korelasyonlarının uygulanmasıyla saptanan güvenilirlik katsayılarının, Sürekli Kaygı Ölçeği için .83 ile .87 arasında; Durumluk Kaygı Ölçeği için .94 ile .96 arasında olduğu bildirilmiştir.

**3. Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği:** Amirkhan tarafından 1990 yılında geliştirilmiş, Aysan tarafından 1994 yılında Türkçeye uyarlama ve geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılmış bir kendini değerlendirme envanteridir. Problem Çözme, Sosyal Destek Arama ve Kaçınma olmak üzere 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçeklerde toplam 11'er madde bulunmakta ve alt ölçek toplam puanları 11 ile 33 arasında değişebilmektedir. Ölçekte 1-Hiç, 2-Biraz, 3-Çok olmak üzere 3'lü Likert tipi bir değerlendirme vardır. Alt ölçek toplam puanlarının yüksek olması, tanımlanan niteliğin arttığına işaret etmektedir. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı .92'dir.

#### **3.4. Verilerin Analizi**

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 21.0 programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama, standart sapma ( $\pm$ ) ve yüzde dağılımlar verilmiştir. Parametrik olan ikili değişkenlere yönelik karşılaştırmalarda t testi, çoklu değişkenlere yönelik karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi; parametrik olmayan ikili değişkenlere yönelik karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi, çoklu değişkenlere yönelik karşılaştırmalarda Kruskal Wallis H testi; sayısal değişkenler arasındaki ilişkiyi tespit etmek için ise Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar %95 ( $p < 0.05$ ) anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Ebeveynlerin Demografik Özelliklerine İlişkin bulgular

**Tablo 4. 1.** Katılımcıların yaş ortalaması

	n	Minimum	Maksimum	Ort.±ss
<b>Yaş</b>	101	24.00	62.00	36.22±6.93

Çalışmaya katılan ebeveynlerin yaşı 24-62 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 36.22±6.93 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.1).

**Tablo 4. 2.** Katılımcıların engelli çocuğa yakınlık durumuna göre dağılımı

		n	Yüzde (%)
<b>Engelli Çocuğa Yakınlık</b>	Annesi	98	97.1
	Babası	3	2.9
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılan ebeveynlerden 98'i (%97.1) engelli çocuğun annesi iken geri kalan 3'ü (%2.9) ise babasıydı (Tablo 4.2).

**Tablo 4. 3.** Katılımcıların eğitim durumuna göre dağılımı

		n	Yüzde (%)
<b>Eğitim Durumu</b>	Okur-Yazar Değil	6	5.9
	Okur-Yazar	2	1.9
	İlköğretim	64	63.4
	Lise	24	23.8
	Üniversite ve Lisansüstü	5	4.9
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılan ebeveynlerden 64'ü (%63.4) ilköğretim, 24'ü (%23.8) lise mezunu iken 6'sı (%5.9) okur-yazar değil, 5'i (%4.9) üniversite ve lisansüstü mezunu, 2'si de (%1.9) okur-yazardı (Tablo 4.3).

**Tablo 4. 4.** Anne mesleğine göre dağılım

		n	Yüzde (%)
<b>Anne mesleği</b>	Estetisyen	1	0.9
	Ev hanımı	93	92.1
	Halkla ilişkiler sorumlusu	1	0.9
	Memur	1	0.9
	Öğretmen	2	1.9
	Peyzaj Mimarı	1	0.9
	Serbest	1	0.9
	Yönetici Asistanı	1	0.9
	Toplam	101	100.0

Engelli çocuklardan 93'ünün (%92.1) annesi ev hanımı iken 2'si (%1.9) öğretmen, 1'i (%0.9) estetiysen, 1'i (%0.9) halkla ilişkiler sorumlusu, 1'i (%0.9) memur, 1'i (%0.9) peyzaj mimarı, 1'i (%0.9) serbest meslek, 1'i (%0.9) de yönetici asistanıdır (Tablo 4.4).

**Tablo 4. 5.** Baba mesleğine göre dağılım

	n	Yüzde (%)
Aşçı	2	1.9
Avizeci	1	0.9
Berber	2	1.9
Çiçekçi	1	0.9
Emekli	3	2.9
Fırıncı	1	0.9
Garson	1	0.9
Güvenlik görevlisi	1	0.9
İnşaat	3	2.9
İnternet teknisyeni	1	0.9
İşçi	30	29.7
İşsiz	1	0.9
Kasap	1	0.9
Kayıt ve Montaj	1	0.9
Kuaför	1	0.9
Laminant Parke Ustası	1	0.9
Makine Teknisyeni	1	0.9
Manav	1	0.9
Mobilyacı	2	1.9
Muhasebeci	2	1.9
Müdür	1	0.9
Nakliyeci	1	0.9
Oto tamircisi	1	0.9
Öğretmen	1	0.9
Özel güvenlik	1	0.9
Özel sektör	2	1.9
Satış danışmanı	1	0.9
Satış temsilcisi	1	0.9
Serbest	20	19.8
Şoför	7	6.9
Tabelacı	1	0.9
Teknik servis	1	0.9
Tekstil	1	0.9
Temizlikçi	1	0.9
Terzi	1	0.9
Ticaret	1	0.9
Tornacı	2	1.9
Toplam	101	100.0

Engelli çocuğa sahip olan ebeveynlerin babalarının büyük bölümü (n = 30; %29.7) işçi iken 20'si (%19.8) serbest meslek sahibiydi (Tablo 4.5).

**Tablo 4. 6.** Ebeveynlerin sosyal güvenceye sahip olup olmama durumuna göre dağılım

		n	Yüzde (%)
<b>Sosyal Güvence</b>	Var	86	85.1
	Yok	15	14.9
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılan ebeveynlerden 86'sı (%85.1) sosyal güvenceye sahip iken geri kalan 15'inin (14.9) ise herhangi bir sosyal güvencesi yoktu (Tablo 4.6).

**Tablo 4. 7.** Katılımcıların ekonomik durumlarına göre dağılımı

		n	Yüzde (%)
<b>Ekonomik Durum</b>	Kötü	18	17.8
	Orta	66	65.3
	İyi	17	16.8
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılan ebeveynlerden 66'sı (%65.3) ekonomik durumlarının orta, 18'i (%17.8) kötü, 17'si de (%16.8) iyi olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.7).

**Tablo 4. 8.** Eşle akrabalık olup olmama durumuna göre katılımcıların dağılımı

		n	Yüzde (%)
<b>Eşle Akrabalık Durumu</b>	Var	25	24.8
	Yok	76	75.2
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılan ebeveynlerden 25'i (%24.8) eşiyile akraba olduğunu, 76'sı (%75.2) ise akraba olmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.8).

**Tablo 4. 9.** Sahip olunan çocuk sayısına göre katılımcıların dağılımı

		n	Yüzde (%)
<b>Çocuk Sayısı</b>	1-2	62	61.4
	3 ve üzeri	39	38.6
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılan ebeveynlerden 62'si (%61.4) 1-2 arasında çocuğa, 39'u (%38.6) ise 3 ve üzeri çocuğa sahip olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.9).

## 4.2. Engelli Çocuğa İlişkin Demografik Bulgular

**Tablo 4. 10.** Engelli çocuğun yaşına göre dağılım

		n	Yüzde (%)
<b>Engelli Çocuğun Yaşı</b>	0-6 yaş	45	44.6
	7 ve üzeri	56	55.4
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılan ebeveynlerden 56'sı (%55.4) engelli çocuklarının 7 yaş ve üzerinde olduğunu, 45'i (%44.6) 0-6 yaş arasında olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.10).

**Tablo 4. 11.** Engelli çocuğun cinsiyetine göre dağılım

		n	Yüzde (%)
<b>Engelli Çocuğun Cinsiyeti</b>	Kız	38	37.6
	Erkek	63	62.4
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılan ebeveynlerden 63'ünün (%62.4) engelli çocuğu erkek iken 38'inin (%37.6) ise kızdı (Tablo 4.11).

**Tablo 4. 12.** Çocuğun engellilik türüne göre dağılım

		n	Yüzde (%)
<b>Engellilik türü</b>	Zihinsel engelli	35	34.7
	Bedensel engelli	7	6.9
	Her ikisi birden	1	1.0
	Diğer	58	57.4
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılan ebeveynlerden 35'i (%34.7) çocuklarının zihinsel engelli olduğunu, 7'si (%6.9) bedensel engelli olduğunu, 1'i (%1) hem zihinsel hem de bedensel engelli olduğunu, geri kalan 58'i de (%57.4) diğer engellilik türüne sahip olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.12).

**Tablo 4. 13.** Engellilik oranına göre dağılım

		n	Yüzde (%)
<b>Engellilik oranı</b>	%0-40	57	56.4
	%40 üzeri	44	43.6
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılan ebeveynlerden 57'si (%56.4) çocuklarının engellilik oranının %0-40 arasında olduğunu, 44'ü de (%43.6) %40 üzerinde olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.13).

**Tablo 4. 14.** Çocuğun engelli olduğunu öğrendikten sonra ne kadar süre sonra sağlık kuruluşuna başvuruda bulunmaya göre dağılım

		n	Yüzde (%)
<b>Ne kadar sonra başvurdu</b>	0-1 yıl içinde	67	66.3
	2 yıl ve daha sonra	34	33.7
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılan ebeveynlerden 67'si (%66.3) çocuklarının engelli olduğunu öğrendikten sonra 0-1 yıl içerisinde rehabilitasyon merkezine başvurduklarını, 34'ü (%33.7) ise 2 yıl ve daha sonra başvurduklarını ifade etmiştir (Tablo 4.14).

#### **4.3. Ebeveynlerin Düşüncelerine Göre Çocuğun Engelli Olma Nedenlerine İlişkin Bulgular**

**Tablo 4. 15.** Hamilelik süresince yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına neden olduğunu inanma durumuna göre katılımcıların dağılımı

		n	Yüzde (%)
<b>Hamilelik süresince yaşanan sorunlar</b>	Evet	26	25.7
	Hayır	75	74.3
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılan ebeveynlerden 26'sı (%25.7) çocuklarının engelli olmasında hamilelik süresince yaşanan sorunların etkili olduğuna inandıklarını, 75'i ise (%74.3) böyle bir durumun söz konusu olmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.15).



**Tablo 4. 16.** Hamilelik anında yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına neden olduğunu inanma durumuna göre katılımcıların dağılımı

		n	Yüzde (%)
<b>Doğum anında yaşanan sorunlar</b>	Evet	13	12.9
	Hayır	88	87.1
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılan ebeveynlerden 13'ü (%12.9) doğum anında yaşanan sorunların çocukların engelli olmasına neden olduğunu inandıklarını ifade etmiştir (Tablo 4.16).

**Tablo 4. 17.** Doğumu gerçekleştiren doktorun hatasının çocuğun engelli olmasına neden olduğunu inanma durumuna göre katılımcıların dağılımı

		n	Yüzde (%)
<b>Doğumu gerçekleştiren doktorun hatası</b>	Evet	3	2.9
	Hayır	98	97.1
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılan ebeveynlerden yalnızca 3'ü (%2.9) çocuklarının engelli olmasına doğumu gerçekleştiren doktorun hatasının neden olduğunu ifade etmiş iken geri kalan 98'i (%97.1) ise bu durumun çocuğun engelli olmasına neden olmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.17).

**Tablo 4. 18.** Akraba evliliğinin çocuğun engelli olmasına neden olduğunu inanma durumuna göre katılımcıların dağılımı

		n	Yüzde (%)
<b>Akraba evliliği</b>	Evet	10	9.9
	Hayır	91	90.1
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılan ebeveynlerden sadece 10'u (%9.9) akraba evliliğinin çocuklarının engelli olmasına neden olduğunu, 91'i ise (%90.1) bu durumun çocuklarının engelli olmasında rol oynamadığını ifade etmiştir (Tablo 4.18).

**Tablo 4. 19.** Kalıtımsal etkenlerin çocuğun engelli olmasına neden olduğunu inanma durumuna göre katılımcıların dağılımı

		n	Yüzde (%)
<b>Kalıtımsal Etkenler</b>	Evet	6	5.9
	Hayır	95	94.1
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılan ebeveynlerden yalnızca 6'sı (%5.9) çocuklarının engelli olmasına kalıtımsal etkenlerin neden olduğuna inandıklarını ifade etmiştir (Tablo 4.19).

#### **4.4. Ebeveynlerin Çocuğun Engelliliği Nedeniyle Sosyal Yaşantılarında Yasadıkları Sıkıntıların Durumuna İlişkin Bulgular**

**Tablo 4. 20.** Çocuğun engelinden dolayı birini suçlayıp suçlamama durumuna göre katılımcıların dağılımı

		n	Yüzde (%)
<b>Çocuğunuzun Engelli Olmasından Dolayı Birini Suçluyor musunuz?</b>	Evet	17	16.8
	Hayır	84	83.2
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılanlardan 17'si (16.8) çocuğunun engelli olmasından dolayı birini suçladığını, 84'ü ise (%83.2) herhangi birini suçlamadığını ifade etmiştir (Tablo 4.20).

**Tablo 4. 21.** Çocuğun engelinden dolayı çevreden suçlanıp suçlamama durumuna göre katılımcıların dağılımı

		N	Yüzde (%)
<b>Çocuğunuz Engelinden Dolayı Çevrenizden Suçlandınız mı?</b>	Evet	16	15.8
	Hayır	85	84.2
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılanlardan 16'sı (%15.8) çocuğunun engelinden dolayı çevresinden suçlandığını, 85'i (%84.2) ise suçlanmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.21).

**Tablo 4. 22.** Çocuğu yetiştirirken duygu, düşünce ve sıkıntıları biriyle paylaşma durumuna göre katılımcıların dağılımı

		n	Yüzde (%)
<b>Çocuğunuzu yetiştirirken yaşadığınız duygu, düşünce ve sıkıntılarınızı biriyle paylaşıyor musunuz?</b>	Evet	84	83.2
	Hayır	17	16.8
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılanlardan 84'ü (%83.2) çocuklarını yetiştirirken yaşadıkları duygu, düşünce ve sıkıntıları biriyle paylaştığını, 17'si (%16.8) ise paylaşmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.22).

**Tablo 4. 23.** Engelli çocuktan utanç duyup duymama durumuna göre katılımcıların dağılımı

		N	Yüzde (%)
<b>Çocuğunuzdan dolayı utanç duydunuz mu?</b>	Evet	6	5.9
	Hayır	95	94.1
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılanlardan yalnızca 6'sı (%5.9) engelli çocuklarından utanç duyduğunu, 95'i (%94.1) ise böyle bir şeyin olmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.23).

**Tablo 4. 24.** Çocuğun çevre tarafından kabul görme durumuna göre katılımcıların dağılımı

		N	Yüzde (%)
<b>Çocuğunuz çevre tarafından kabul görüyor mu?</b>	Evet	88	87.1
	Hayır	13	12.9
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılanlardan 88'i (%87.1) çocuklarının çevre tarafından kabul gördüğünü, 13'ü (%12.9) ise kabul görmediğini ifade etmiştir (Tablo 4.24).

**Tablo 4. 25.** Çocuğun geleceğine yönelik kaygı taşıma durumuna göre katılımcıların dağılımı

		N	Yüzde (%)
<b>Çocuğunuzun geleceğine yönelik kaygı taşıyor musunuz?</b>	Evet	69	68.3
	Hayır	32	31.7
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılanlardan 69'u (%68.3) çocuklarının geleceğine yönelik kaygı taşıdığını, 32'si (%31.7) böyle bir kaygılarının olmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.25).

**Tablo 4. 26.** Çocuğun geleceğine yönelik yaşanan kaygıyla baş etmek için psikiyatrik destek alma durumuna göre katılımcıların dağılımı

		n	Yüzde (%)
<b>Bu durumla baş etmek için psikiyatrik destek aldınız mı?</b>	Evet	34	33.7
	Hayır	67	66.3
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılanlardan 34'ü (%33.7) çocuklarıyla ilgili yaşadıkları kaygıyla baş etmek için psikiyatrik destek aldığını, 67'si (%66.3) ise almadığını ifade etmiştir (Tablo 4.26).

**Tablo 4. 27.** Diğer çocuklarda herhangi bir engel olup olmama durumuna göre katılımcıların dağılımı

		n	Yüzde (%)
<b>Diğer çocuklarınızda herhangi bir engel var mı?</b>	Evet	11	10.9
	Hayır	90	89.1
	Toplam	101	100.0

Çalışmaya katılanlardan 11'i (%10.9) diğer çocuklarında da engel olduğunu, 90'ı (%89.1) diğer çocuklarında herhangi bir engel olmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.27).

#### 4.5. Durumluk ve Sürekli Kaygı Durumlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 4. 28.** Katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri

	n	Ort.±ss
<b>Durumluk Kaygı</b>	101	40.49±9.22
<b>Sürekli Kaygı</b>	101	46.98±7.03

Çalışmaya katılanların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin tespit edilmesi amacıyla kullanılan ölçekten elde edilen puanlar 20-80 arasında değişmektedir. Yapılan analiz neticesinde katılımcıların sürekli kaygı düzeylerinin durumluk kaygı düzeyinden daha yüksek olduğu, bununla birlikte her iki kaygı düzeyinin orta seviyede olduğu görülmüştür (Tablo 4.28).

##### 4.5.1. Ebeveynlerin Demografik Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular

**Tablo 4. 29.** Ebeveynlerin yaşı ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişki

		Yaşınız	Durumluk Kaygı	Sürekli Kaygı
Yaş	r	1		
	p			
	n	101		
Durumluk Kaygı	r	.174	1	
	p	.081		
	n	101	101	
Sürekli Kaygı	r	.082	.544**	1
	p	.416	.000	
	n	101	101	101

Çalışmaya katılanların yaşı ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi tespit etmek için yapılan Pearson korelasyon analizi neticesinde belirtilen değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p>0.05$ ) görülmüştür (Tablo 4.29).

**Tablo 4. 30.** Eğitim durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	n	Ort.±ss	$\chi^2$	p
Durumluk Kaygı	Okur-Yazar Değil	6	45.50±5.01	5.648	.227
	Okur-Yazar	2	36.50±14.84		
	İlköğretim	64	40.71±8.99		
	Lise	24	40.70±9.79		
	Üniversite	5	32.20±9.20		
Sürekli Kaygı	Okur-Yazar Değil	6	53.83±6.82	9.938	.041*
	Okur-Yazar	2	41.50±6.36		
	İlköğretim	64	47.48±7.06		
	Lise	24	44.95±6.59		
	Üniversite	5	44.20±3.27		

Katılımcıların eğitim durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan Kruskal Wallis H testi neticesinde Tablo 4.30'da görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere eğitim düzeyi arttıkça durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri düşmekte olup sürekli kaygı düzeyi açısından gruplar arasındaki fark anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Mann Whitney U test neticesinde okur-yazar olmayanlar ile okuryazarlar arasında, okuryazar olmayanlar ile lise mezunları arasında, okur-yazar olmayanlar ile üniversite mezunları arasında olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.30).

**Tablo 4. 31.** Sosyal güvence olup olmama durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

	Sosyal Güvence	n	Ort.±ss	T	p
Durumluk Kaygı	Var	86	40.20±9.41	-.743	.459
	Yok	15	42.13±8.19		
Sürekli Kaygı	Var	86	46.66±6.72	-1.086	.280
	Yok	15	48.80±8.63		

Katılımcıların sosyal güvenceye sahip olup olmama durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde Tablo 4.31'de görülen sonuçlar

elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere herhangi bir sosyal güvencesi olmayan katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek olup gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 32.** Ekonomik duruma göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

	Ekonomik Durum	n	Ort.±ss	F	p
Durumluk Kaygı	Kötü	18	46.27±9.89	4.636	.012*
	Orta	66	39.13±8.89		
	İyi	17	39.64±7.79		
Sürekli Kaygı	Kötü	18	51.55±5.80	5.195	.007*
	Orta	66	46.21±6.85		
	İyi	17	45.11±7.29		

Katılımcıların ekonomik durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) neticesinde Tablo 4.32’de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere ekonomik durumu kötü olanların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri diğerlerinden daha yüksek olup her iki kaygı düzeyi açısından gruplar arasındaki fark anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Post-Hoc (Tukey LSD) analizi neticesinde durumluk ve sürekli kaygı düzeylerindeki farklılığın ekonomik durumu kötü olanlarla orta ve iyi olanlar arasında olduğu, ekonomik durumu kötü olanların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4. 33.** Eşle akrabalık olup olmama durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

	Eşle Akrabalık	n	Ort.±ss	t	p
Durumluk Kaygı	Var	25	41.52±8.61	.638	.525
	Yok	76	40.15±9.45		
Sürekli Kaygı	Var	25	47.12±6.39	.114	.910
	Yok	76	46.93±7.27		

Eşle akrabalık olup olmama durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde eşle akrabalığı olmayan katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu, ancak farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ( $p>0.05$ ) görülmüştür (Tablo 4.33).

**Tablo 4. 34.** Çocuk sayısına göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

	Çocuk Sayısı	n	Ort.±ss	t	p
Durumluk Kaygı	1-2	62	40.83±8.96	.470	.639
	3 ve üzeri	39	39.94±9.72		
Sürekli Kaygı	1-2	62	46.27±6.96	-1.275	.205
	3 ve üzeri	39	48.10±7.08		

Çalışmaya katılanların sahip olduğu çocuk sayısına göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde 1-2 çocuğa sahip olanların durumluk, 3 ve üzeri çocuğa sahip olanların ise sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın ise anlamsız olduğu ( $p>0.05$ ) görülmüştür (Tablo 4.34).

#### 4.5.2. Engelli Çocuğun Demografik Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular

**Tablo 4. 35.** Engelli çocuğun yaşına göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

	Engelli Çocuğun Yaşı	n	Ort.±ss	T	p
Durumluk Kaygı	0-6 yaş	45	38.20±8.41	-2.288	.024*
	7 ve üzeri	56	42.33±9.50		
Sürekli Kaygı	0-6 yaş	45	44.80±5.62	-2.892	.005*
	7 ve üzeri	56	48.73±7.59		

Çalışmaya katılanların engelli çocuklarının yaşına göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi sonucunda Tablo 4.35'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki



ortalama değerlerden de görüleceği üzere engelli çocuğu 0-6 yaş arasında olanların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri anlamlı şekilde daha yüksektir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4. 36.** Engelli çocuğun cinsiyetine göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

	Engelli Çocuğun Cinsiyeti	n	Ort.±ss	t	p
Durumluk Kaygı	Kız	38	41.65±10.00	.983	.328
	Erkek	63	39.79±8.73		
Sürekli Kaygı	Kız	38	45.97±8.27	-1.118	.266
	Erkek	63	47.58±6.16		

Çalışmaya katılanların engelli çocuklarının cinsiyetine göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi sonucunda Tablo 4.36'daki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere engelli çocuğu kız olanların durumluk, erkek olanların ise sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek olup gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 37.** Engellilik türüne göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

	Engellilik Türü	n	Ort.±ss	$\chi^2$	p
Durumluk Kaygı	Zihinsel engelli	35	42.94±9.39	7.085	.069
	Bedensel engelli	7	37.28±8.11		
	Her ikisi birden	1	53.00±-		
	Diğer	58	39.18±8.96		
Sürekli Kaygı	Zihinsel engelli	35	48.48±6.95	6.228	.101
	Bedensel engelli	7	41.85±5.61		
	Her ikisi birden	1	51.00±-		
	Diğer	58	46.62±7.045		

Katılımcıların çocuklarının engellilik türüne göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında fark olup olmadığını belirlemek için yapılan Kruskal Wallis H testi sonucunda Tablo 4.37'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere zihinsel engelli çocuğa sahip olanların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri bedensel engelli çocuğa sahip olanlardan daha yüksek, bununla birlikte her iki engellilik türüne sahip çocuğu olanların ise durumluk ve

sürekli kaygı düzeyleri en yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsızdır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 38.** Engellilik türüne göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

	Engellilik Oranı	n	Ort.±ss	t	p
Durumluk Kaygı	%0-40	57	39.64±9.05	-1.049	.297
	%40 üzeri	44	41.59±9.43		
Sürekli Kaygı	%0-40	57	46.78±7.00	-.309	.758
	%40 üzeri	44	47.22±7.14		

Çalışmaya katılanların çocuklarının engellilik oranına göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin farklılaşp farklılaşmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde engellilik oranı %40 üzerinde olanların durumluk ve sürekli kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın ise istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ( $p>0.05$ ) görülmüştür (Tablo 4.38).

#### 4.5.3. Ebeveynlerin Çocuğun Engelli Olma Nedenlerine İlişkin Düşüncelerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular

**Tablo 4. 39.** Hamilelik süresince yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

	Hamilelik süresince yaşanan sorunlar	n	Ort.±ss	t	p
Durumluk Kaygı	Evet	26	44.07±8.77	2.348	.021*
	Hayır	75	39.25±9.11		
Sürekli Kaygı	Evet	26	49.50±7.30	2.157	.033*
	Hayır	75	46.10±6.77		

Hamilelik süresince yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına neden olduğunu düşünüp düşünmeme durumuna göre katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde Tablo 4.39'da görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere hamilelik süresince yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasında etkili olduğunu düşünen katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri anlamlı şekilde daha yüksektir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4. 40.** Doğum anında yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

	Doğum anında yaşanan sorunlar	n	Ort.±ss	t	p
Durumluk Kaygı	Evet	13	39.38±8.89	-.463	.644
	Hayır	88	40.65±9.31		
Sürekli Kaygı	Evet	13	47.38±5.40	.221	.826
	Hayır	88	46.92±7.27		

Doğum anında yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına neden olduğunu düşünüp düşünmeme durumuna göre katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde Tablo 4.40'da görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere doğum anında yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasında etkili olmadığını düşünen katılımcıların durumluk, etkili olduğunu düşünenlerin ise sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek olup gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 41.** Doğum sonrası yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

	Doğum sonrası yaşanan sorunlar	n	Ort.±ss	t	p
Durumluk Kaygı	Evet	13	43.30±9.78	1.180	.241
	Hayır	88	40.07±9.12		
Sürekli Kaygı	Evet	13	47.23±6.08	.137	.891
	Hayır	88	46.94±7.19		

Doğum sonrası yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına neden olduğunu düşünüp düşünmeme durumuna göre katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde Tablo 4.41'de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere doğum sonrası yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasında etkili olduğunu düşünen katılımcıların

durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek olup gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 42.** Doğumu gerçekleştiren doktorun hatasının çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

	Doğumu gerçekleştiren doktorun hatası	n	Ort.±ss	t	p
Durumluk Kaygı	Evet	3	47.00±5.56	1.243	.217
	Hayır	98	40.29±9.26		
Sürekli Kaygı	Evet	3	46.00±4.58	-.244	.808
	Hayır	98	47.01±7.11		

Doğumu gerçekleştiren doktorun hatasının çocuğun engelli olmasına neden olduğunu düşünüp düşünmeme durumuna göre katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde Tablo 4.42’de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere doğumu gerçekleştiren doktorun hatasının çocuğun engelli olmasında etkili olduğunu düşünen katılımcıların durumluk, etkili olmadığını düşünenlerin ise sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek olup gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 43.** Akraba evliliğinin çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

	Akraba Evliliği	n	Ort.±ss	t	p
Durumluk Kaygı	Evet	10	41.40±6.00	.325	.746
	Hayır	91	40.39±9.53		
Sürekli Kaygı	Evet	10	46.60±6.80	-.179	.858
	Hayır	91	47.02±7.09		

Akraba evliliğinin çocuğun engelli olmasına neden olduğunu düşünüp düşünmeme durumuna göre katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde Tablo 4.43’de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere akraba evliliğinin çocuğun engelli olmasında etkili olduğunu düşünen katılımcıların durumluk, etkili olmadığını düşünenlerin ise sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek olup gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 44.** Kalıtımsal çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

	Kalıtımsal Etkenler	n	Ort.±ss	t	p
Durumluk Kaygı	Evet	6	39.00±7.97	-.407	.685
	Hayır	95	40.58±9.33		
Sürekli Kaygı	Evet	6	44.83±10.10	-.769	.444
	Hayır	95	47.11±6.85		

Kalıtımsal etkenlerin çocuğun engelli olmasına neden olduğunu düşünüp düşünmeme durumuna göre katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde Tablo 4.44’de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere kalıtımsal etkenlerin çocuğun engelli olmasında etkili olmadığını düşünen katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek olup gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

#### 4.5.4. Ebeveynlerin Çocuğun Engelliliği Nedeniyle Sosyal Yaşantılarında Yaşadıkları Sıkıntıların Durumuna Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular

**Tablo 4. 45.** Çocuğun engelli olmasından dolayı birini suçlama durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

	Çocuğun Engelli Olmasından Dolayı Birini Suçlama	n	Ort.±ss	t	p
Durumluk Kaygı	Evet	17	45.58±9.46	2.564	.012*
	Hayır	84	39.46±8.88		
Sürekli Kaygı	Evet	17	48.76±4.99	1.148	.254
	Hayır	84	46.61±7.35		

Çocuğun engelli olmasından dolayı birini suçlayıp suçlamama durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde birini suçladığını ifade eden katılımcıların durumluk kaygı düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.45).

**Tablo 4. 46.** Çocuğun engelli olmasından dolayı çevreden suçlanma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

	Çocuğun Engelli Olmasından Dolayı Çevreden Suçlanma	n	Ort.±ss	t	p
Durumluk Kaygı	Evet	16	44.43±9.36	1.887	.062
	Hayır	85	39.75±9.06		
Sürekli Kaygı	Evet	16	49.31±7.07	1.453	.149
	Hayır	85	46.54±6.98		

Çocuğun engelli olmasından dolayı çevreden suçlanma olup olmama durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde Tablo 4.46'daki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere çocuğun engelli olmasından dolayı çevreden suçlanma olduğunu ifade eden katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek olup gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 47.** Çocuğu yetiştirirken duygu, düşünce ve sıkıntıları biriyle paylaşma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

	Çocuğu Yetiştirirken Duygu, Düşünce ve Sıkıntıları Biriyle Paylaşma	N	Ort.±ss	t	p
Durumluk Kaygı	Evet	84	40.03±9.33	-1.113	.268
	Hayır	17	42.76±8.59		
Sürekli Kaygı	Evet	84	46.34±6.42	-2.048	.043*
	Hayır	17	50.11±9.08		

Çocuğu yetiştirirken duygu, düşünce ve sıkıntıları biriyle paylaşma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde Tablo 4.47'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere duygu, düşünce ve sıkıntılarını biriyle paylaştığını ifade edenlerin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri diğerlerinden daha düşük olup sürekli kaygı düzeyi açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4. 48.** Engelli çocuktan utanç duyma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

	Engelli Çocuktan Utanç Duyma Durumu	n	Ort.±ss	t	p
Durumluk Kaygı	Evet	6	50.50±5.31	2.833	.006*
	Hayır	95	39.86±9.07		
Sürekli Kaygı	Evet	6	55.16±7.41	3.058	.003*
	Hayır	95	46.46±6.72		

Engelli çocuktan utanç duyma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan t testi neticesinde engelli çocuklarından utanç duyduğunu ifade eden katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu ( $p<0.05$ ) görülmüştür (Tablo 4.48).

**Tablo 4. 49.** Engelli çocuğun çevre tarafından kabul görme durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

	Engelli Çocuğun Çevre Tarafından Kabul Görme Durumu	n	Ort.±ss	t	p
Durumluk Kaygı	Evet	88	39.43±8.93	-3.144	.002*
	Hayır	13	47.69±8.17		
Sürekli Kaygı	Evet	88	46.69±7.08	-1.067	.288
	Hayır	13	48.92±6.61		

Engelli çocuğun çevre tarafından kabul görme durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan t testi neticesinde Tablo 4.49'daki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere engelli çocuğun çevre tarafından kabul görmediğini ifade eden katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek olup durumluk kaygı düzeyi açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4. 50.** Engelli çocuğun geleceğine yönelik kaygı duymaya göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

	Engelli Çocuğun Geleceğine Yönelik Kaygı	n	Ort.±ss	t	p
Durumluk Kaygı	Evet	69	41.66±9.14	1.898	.061
	Hayır	32	37.96±9.03		
Sürekli Kaygı	Evet	69	48.04±6.49	2.276	.025*
	Hayır	32	44.68±7.70		

Engelli çocuğun geleceğine yönelik kaygı duyup duymamaya göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan t testi neticesinde Tablo 4.50'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere engelli çocuğun geleceğine yönelik kaygılı olan katılımcıların durumluk ve anlık kaygı düzeyleri daha yüksek olup sürekli kaygı düzeyleri açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4. 51.** Çocuğun geleceğiyle ilgili yaşanan kaygı için psikiyatrik destek alma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

	Psikiyatrik Destek Alma Durumu	n	Ort.±ss	t	p
Durumluk Kaygı	Evet	34	38.85±8.84	-1.278	.204
	Hayır	67	41.32±9.37		
Sürekli Kaygı	Evet	34	47.91±7.27	.947	.346
	Hayır	67	46.50±6.92		

Çocuğun geleceğiyle ilgili yaşanan kaygı için psikiyatrik destek alma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla yapılan t testi neticesinde Tablo 4.51'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere herhangi bir psikiyatrik destek almayanların durumluk, psikiyatrik destek alanların ise sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek olup gruplar arasındaki fark ise anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).



**Tablo 4. 52.** Diğer çocuklarda engel olup olmama durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

	Diğer Çocuklarda Engel Olup Olmama Durumu	n	Ort.±ss	t	p
Durumluk Kaygı	Evet	11	46.45±8.61	2.318	.022*
	Hayır	90	39.76±9.07		
Sürekli Kaygı	Evet	11	49.09±4.39	1.054	.294
	Hayır	90	46.72±7.27		

Diğer çocuklarda engel olup olmama durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla yapılan t testi neticesinde diğer çocuklarında da engel olduğunu ifade eden katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu, durumluk kaygı düzeyi açısından ise gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) görülmüştür (Tablo 4.52).

#### 4.6. Başa Çıkma Stillerine İlişkin Bulgular

**Tablo 4. 53.** Katılımcıların başa çıkma stilleri

	N	Ort.±ss
<b>Problem Çözme</b>	101	25.90±4.25
<b>Sosyal Destek Arama</b>	101	23.58±4.35
<b>Kaçınma</b>	101	22.25±3.55

Çalışmaya katılanların yaşadıkları kaygıyla başa çıkma stillerini tespit etmek için kullanılan ölçek "Problem Çözme", "Sosyal Destek Arama" ve "Kaçınma" olmak üzere 3 altboyuttan oluşmaktadır. Her bir altboyuttan elde edilen puanlar 1-33 arasında değişmektedir. Katılımcıların başa çıkma tarzları ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar Tablo 4.53'te görülmektedir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere en yüksek ortalama "problem çözme" altboyutundan, en düşük ortalama ise "kaçınma" altboyutundan elde edilmiştir. Diğer bir ifadeyle çalışmaya katılanların "problem çözme"ye dayalı baş etme stratejisini tercih ettikleri söylenebilir.

#### 4.6.1. Ebeveynlerin Demografik Özelliklerine Göre Başa Çıkma Stillerinin Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular

**Tablo 4. 54.** Katılımcıların yaşı ile başa çıkma stilleri arasındaki ilişki

	Yaş	Problem Çözme	Sosyal Destek Arama	Kaçınma
	r 1			
Yaş	p			
	n 101			
	r .043	1		
Problem Çözme	p .668			
	n 101	101		
	r .043	.362**	1	
Sosyal Destek Arama	p .670	.000		
	n 101	101	101	
	r -.039	.240*	.076	1
Kaçınma	p .702	.016	.452	
	n 101	101	101	101

Çalışmaya katılanların yaşı ile başa çıkma stilleri arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapmış olduğumuz Pearson korelasyon analizi neticesinde Tablo 4.54'de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere yaş ile başa çıkma stilleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 55.** Eğitim durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	n	Ort.±ss	$\chi^2$	p
Problem Çözme	Okur-Yazar Değil	6	26.66±4.45	1.445	.836
	Okur-Yazar	2	24.00±8.48		
	İlköğretim	64	25.71±4.01		
	Lise	24	26.00±5.04		
	Üniversite	5	27.60±1.51		
Sosyal Destek Arama	Okur-Yazar Değil	6	25.50±3.67	3.031	.553
	Okur-Yazar	2	23.50±6.36		
	İlköğretim	64	23.12±4.34		
	Lise	24	24.25±4.77		
	Üniversite	5	24.00±2.44		
Kaçınma	Okur-Yazar Değil	6	25.00±4.81	5.295	.258
	Okur-Yazar	2	19.00±4.24		
	İlköğretim	64	22.01±2.99		
	Lise	24	22.25±4.26		
	Üniversite	5	23.40±4.03		

Katılımcıların eğitim durumuna göre başa çıkma stilleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan Kruskal Wallis H testi neticesinde Tablo 4.55'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere üniversite mezunlarının problem çözme stilleri diğerlerinden daha yüksek, okur-yazar olmayanların sosyal destek arama stilleri ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stilleri diğerlerinden daha yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 56.** Sosyal güvence olup olmama durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması

	Sosyal Güvence	n	Ort.±ss	T	p
Problem Çözme	Var	86	25.98±4.34	.493	.623
	Yok	15	25.40±3.75		
Sosyal Destek Arama	Var	86	23.80±4.26	1.210	.229
	Yok	15	22.33±4.77		
Kaçınma	Var	86	22.30±3.63	.303	.763
	Yok	15	22.00±3.11		

Katılımcıların sosyal güvenceye sahip olup olmama durumlarına göre başa çıkma stilleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız

değişkenler t testi neticesinde Tablo 4.56'daki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere sosyal güvencesi olanların problem çözme, sosyal destek arama ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stilleri diğerlerinden daha yüksek olup gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 57.** Ekonomik duruma göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması

	Ekonomik Durum	n	Ort.±ss	F	p
Problem Çözme	Kötü	18	24.77±4.45	1.034	.359
	Orta	66	26.31±4.23		
	İyi	17	25.47±4.09		
Sosyal Destek Arama	Kötü	18	22.38±4.82	.903	.408
	Orta	66	23.93±3.91		
	İyi	17	23.47±5.40		
Kaçınma	Kötü	18	23.27±3.32	.960	.387
	Orta	66	21.96±3.60		
	İyi	17	22.29±3.58		

Katılımcıların ekonomik durumuna göre başa çıkma stilleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) neticesinde Tablo 4.57'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere ekonomik durumu orta ve iyi olanların problem çözme ve sosyal destek aramaya dayalı başa çıkma stilleri ekonomik durumu kötü olanlardan daha yüksek, kaçınmaya dayalı başa çıkma stilleri ise daha düşük olup gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 58.** Eşle akrabalık durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması

	Eşle Akrabalık	N	Ort.±ss	t	p
Problem Çözme	Var	25	25.28±4.86	-.841	.402
	Yok	76	26.10±4.04		
Sosyal Destek Arama	Var	25	23.76±4.66	.232	.817
	Yok	76	23.52±4.27		
Kaçınma	Var	25	21.20±3.09	-1.733	.086
	Yok	76	22.60±3.64		

Eşle akrabalık olup olmama durumuna göre başa çıkma stilleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde eşlele akraba olanların problem çözme ve kaçınmaya dayalı başa çıkma

stillerinin daha düşük, eşiyile akraba olmayanların ise sosyal destek aramaya yönelik başa çıkma stillerinin ise daha yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $p>0.05$ ) görülmüştür (Tablo 4.58).

**Tablo 4. 59.** Çocuk sayısına göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması

	Çocuk sayısı	n	Ort.±ss	t	p
Problem Çözme	1-2	62	25.62±4.25	-.809	.420
	3 ve üzeri	39	26.33±4.26		
Sosyal Destek Arama	1-2	62	23.09±4.31	-1.427	.157
	3 ve üzeri	39	24.35±4.34		
Kaçınma	1-2	62	22.40±3.43	.518	.605
	3 ve üzeri	39	22.02±3.75		

Çalışmaya katılanların sahip olduğu çocuk sayısına göre başa çıkma stilleri arasında farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde 3 ve üzeri çocuğa sahip olanların problem çözme ve sosyal destek aramaya dayalı başa çıkma stillerinin daha yüksek, kaçınmaya dayalı başa çıkma stillerinin ise daha düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın ise anlamsız olduğu ( $p>0.05$ ) görülmüştür (Tablo 4.59).

#### 4.6.2. Engelli Çocuğun Demografik Özelliklerine Göre Başa Çıkma Stillerinin Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular

**Tablo 4. 60.** Engelli çocuğun yaşına göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması

	Engelli Çocuğun Yaşı	n	Ort.±ss	t	p
Problem Çözme	0-6 yaş	45	25.26±3.90	-1.350	.180
	7 ve üzeri	56	26.41±4.47		
Sosyal Destek Arama	0-6 yaş	45	23.93±4.10	.721	.472
	7 ve üzeri	56	23.30±4.55		
Kaçınma	0-6 yaş	45	21.24±3.43	-2.646	.009*
	7 ve üzeri	56	23.07±3.45		

Çalışmaya katılanların engelli çocuklarının yaşına göre başa çıkma stilleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi sonucunda Tablo 4.60'daki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere 7 ve daha büyük yaşta engelli çocuğa sahip olan ebeveynlerin problem çözme ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stilleri daha yüksek,

sosyal destek arama stilleri ise daha düşük olup kaçınmaya dayalı başa çıkma strateji açısından gruplar arasındaki fark anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4. 61.** Engelli çocuğun cinsiyetine göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması

	Engelli Çocuğun Cinsiyeti	n	Ort.±ss	t	p
Problem Çözme	Kız	38	25.57±4.20	-.589	.557
	Erkek	63	26.09±4.30		
Sosyal Destek Arama	Kız	38	24.00±3.76	.744	.458
	Erkek	63	23.33±4.68		
Kaçınma	Kız	38	22.10±4.00	-.333	.740
	Erkek	63	22.34±3.27		

Çalışmaya katılanların engelli çocuklarının cinsiyetine göre başa çıkma stilleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi sonucunda Tablo 4.61'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere engelli çocuğu erkek olanların problem çözme ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stilleri daha yüksek, sosyal destek arama stilleri ise daha düşük olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsızdır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 62.** Engellilik türüne göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması

	Engellilik Türü	n	Ort.±ss	$\chi^2$	p
Problem Çözme	Zihinsel engelli	35	24.94±4.41	3.093	.377
	Bedensel engelli	7	25.85±3.33		
	Her ikisi birden	1	29.00±-		
	Diğer	58	26.43±4.22		
Sosyal Destek Arama	Zihinsel engelli	35	23.40±4.45	.871	.832
	Bedensel engelli	7	24.14±3.62		
	Her ikisi birden	1	27.00±-		
	Diğer	58	23.56±4.44		
Kaçınma	Zihinsel engelli	35	22.20±3.26	.698	.874
	Bedensel engelli	7	22.71±4.42		
	Her ikisi birden	1	24.00±-		
	Diğer	58	22.20±3.69		

Katılımcıların çocuklarının engellilik türüne göre başa çıkma stilleri arasında fark olup olmadığını belirlemek için yapılan Kruskal Wallis H testi sonucunda Tablo 4.62'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere hem zihinsel hem de bedensel engeli olan çocuğa sahip ebeveynlerin problem çözme, sosyal destek arama ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stilleri diğerlerinden daha yüksek olup gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 63.** Engellilik oranına göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması

	Engellilik Oranı	n	Ort.±ss	t	p
Problem Çözme	%0-40	57	26.26±4.32	.974	.332
	%40 üzeri	44	25.43±4.15		
Sosyal Destek Arama	%0-40	57	23.54±4.61	-.105	.916
	%40 üzeri	44	23.63±4.03		
Kaçınma	%0-40	57	22.08±3.85	-.545	.587
	%40 üzeri	44	22.47±3.14		

Çalışmaya katılanların çocuklarının engellilik oranına göre başa çıkma stillerinin farklılaşp farklılaşmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde Tablo 4.63'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere %40 üzeri engellilik oranına sahip çocuğu olan ebeveynlerin sosyal destek arama ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stilleri daha

yüksek, problem çözmeye dayalı başa çıkma stilleri ise daha düşük olup gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

#### 4.6.3. Ebeveynlerin Çocuğun Engelli Olma Nedenlerine İlişkin Düşüncelerine Göre Başa Çıkma Stillерinin Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular

**Tablo 4. 64.** Hamilelik süresince yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması

	Hamilelik Süresince Yaşanan Sorunlar	n	Ort.±ss	t	p
Problem Çözme	Evet	26	26.38±4.92	.671	.504
	Hayır	75	25.73±4.01		
Sosyal Destek Arama	Evet	26	24.19±5.21	.826	.411
	Hayır	75	23.37±4.02		
Kaçınma	Evet	26	22.61±3.51	.594	.554
	Hayır	75	22.13±3.58		

Hamilelik süresince yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına neden olduğunu düşünüp düşünmeme durumuna göre katılımcıların başa çıkma stilleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde Tablo 4.64'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere hamilelik süresince yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına yol açtığını ifade eden katılımcıların sosyal destek arama ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stilleri daha yüksek, problem çözmeye dayalı başa çıkma stilleri ise daha düşük olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsızdır ( $p>0.05$ ).



**Tablo 4. 65.** Doğum anında yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması

	Doğum Anında Yaşanan Sorunlar	n	Ort.±ss	t	p
Problem Çözme	Evet	13	26.38±4.97	.438	.663
	Hayır	88	25.82±4.16		
Sosyal Destek Arama	Evet	13	24.38±3.92	.709	.480
	Hayır	88	23.46±4.41		
Kaçınma	Evet	13	23.15±3.55	.975	.332
	Hayır	88	22.12±3.55		

Doğum anında yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına neden olduğunu düşünüp düşünmeme durumuna göre katılımcıların başa çıkma stilleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde Tablo 4.65'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere doğum anında yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına yol açtığını ifade eden katılımcılar bütün başa çıkma stratejilerinden daha yüksek puan elde etmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 66.** Doğum sonrası yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması

	Doğum Sonrası Yaşanan Sorunlar	n	Ort.±ss	t	p
Problem Çözme	Evet	13	24.15±4.21	-1.600	.113
	Hayır	88	26.15±4.21		
Sosyal Destek Arama	Evet	13	22.84±5.09	-.653	.515
	Hayır	88	23.69±4.25		
Kaçınma	Evet	13	22.46±3.04	.221	.826
	Hayır	88	22.22±3.63		

Doğum sonrası yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına neden olduğunu düşünüp düşünmeme durumuna göre katılımcıların başa çıkma stilleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde Tablo 4.66'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere doğum sonrası yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına yol açtığı düşüncesine sahip olan katılımcıların kaçınmaya dayalı başa çıkma stilleri daha yüksek, problem çözme ve sosyal destek aramaya dayalı başa çıkma stilleri ise daha düşük olup gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 67.** Doğumu gerçekleştiren doktorun hatasının çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması

	Doğumu Gerçekleştiren Doktorun Hatası	n	Ort.±ss	T	p
Problem Çözme	Evet	3	24.66±5.85	-.509	.612
	Hayır	98	25.93±4.22		
Sosyal Destek Arama	Evet	3	22.00±5.00	-.638	.525
	Hayır	98	23.63±4.34		
Kaçınma	Evet	3	23.33±6.02	.531	.597
	Hayır	98	22.22±3.49		

Doğumu gerçekleştiren doktorun hatasının çocuğun engelli olmasına neden olduğunu düşünüp düşünmeme durumuna göre katılımcıların başa çıkma stilleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde Tablo 4.67'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere doğumu gerçekleştiren doktorun hatasının çocuğun engelli olmasına neden olduğu düşüncesine sahip olan katılımcıların kaçınmaya dayalı başa çıkma stilleri daha yüksek, problem çözme ve sosyal destek aramaya dayalı başa çıkma stilleri ise daha düşük olup gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 68.** Akraba evliliğinin çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması

	Akraba Evliliği	n	Ort.±ss	t	p
Problem Çözme	Evet	10	24.80±5.22	-.862	.391
	Hayır	91	26.02±4.14		
Sosyal Destek Arama	Evet	10	23.30±2.75	-.217	.829
	Hayır	91	23.61±4.50		
Kaçınma	Evet	10	20.20±4.31	-1.957	.053
	Hayır	91	22.48±3.41		

Akraba evliliğinin çocuğun engelli olmasına neden olduğunu düşünüp düşünmeme durumuna göre katılımcıların başa çıkma stilleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde Tablo 4.68'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere çocuğun engelli olmasına akraba evliliğinin neden olduğu düşüncesindeki katılımcıların problem bütün başa çıkma stratejilerinden elde ettikleri ortalama

puanlar daha düşük olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsızdır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 69.** Kalıtımsal çocuğun engelli olmasına neden olduğuna inanma durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması

	Kalıtımsal etkenler	n	Ort.±ss	t	P
Problem Çözme	Evet	6	27.50±4.37	.950	.345
	Hayır	95	25.80±4.24		
Sosyal Destek Arama	Evet	6	23.33±2.33	-.145	.885
	Hayır	95	23.60±4.45		
Kaçınma	Evet	6	20.16±6.46	-1.496	.138
	Hayır	95	22.38±3.30		

Kalıtımsal etkenlerin çocuğun engelli olmasına neden olduğunu düşünüp düşünmemeye durumuna göre katılımcıların başa çıkma stilleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde Tablo 4.69'daki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere kalıtımsal etkenlerin çocuğun engelli olmasına neden olduğu düşüncesine sahip olanların problem çözmeye dayalı başa çıkma stilleri daha yüksek iken sosyal destek arama ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stilleri ise daha düşük olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

#### 4.6.4. Ebeveynlerin Çocuğun Engelliliği Nedeniyle Sosyal Yaşantılarında Yasadıkları Sıkıntıların Durumuna Göre Başa Çıkma Stillerinin Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular

**Tablo 4. 70.** Çocuğun engelli olmasından dolayı birini suçlama durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması

	Çocuğun Engelli Olmasından Dolayı Birini Suçlama	n	Ort.±ss	t	p
Problem Çözme	Evet	17	24.41±4.55	-1.596	.114
	Hayır	84	26.20±4.15		
Sosyal Destek Arama	Evet	17	24.82±3.64	1.292	.199
	Hayır	84	23.33±4.45		
Kaçınma	Evet	17	22.47±3.10	.270	.788
	Hayır	84	22.21±3.65		

Çocuğun engelli olmasından dolayı birini suçlayıp suçlamama durumuna göre başa çıkma stillerinin farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde birini suçladığını ifade eden katılımcıların sosyal destek arama ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stillerinin daha yüksek, problem çözmeye dayalı başa çıkma stillerinin ise daha düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı ( $p>0.05$ ) görülmüştür (Tablo 4.70).

**Tablo 4. 71.** Çocuğun engelli olmasından dolayı çevreden suçlanma durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması

	Çocuğun Engelli Olmasından Dolayı Çevreden Suçlanma	n	Ort.±ss	t	p
Problem Çözme	Evet	16	25.43±5.30	-.474	.637
	Hayır	85	25.98±4.05		
Sosyal Destek Arama	Evet	16	23.87±3.53	.290	.772
	Hayır	85	23.52±4.50		
Kaçınma	Evet	16	22.43±3.03	.220	.826
	Hayır	85	22.22±3.65		

Çocuğun engelli olmasından dolayı çevreden suçlanma olup olmama durumuna göre başa çıkma stillerinin farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde Tablo 4.71'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere çocuğun engelli

olmasından dolayı çevreden suçlanma olduğunu ifade eden katılımcıların sosyal destek arama ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stilleri daha yüksek, problem çözmeye dayalı başa çıkma stilleri ise daha düşük olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 72.** Çocuğu yetiştirirken duygu, düşünce ve sıkıntıları biriyle paylaşma durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması

	Çocuğu Yetiştirirken Duygu, Düşünce ve Sıkıntıları Biriyle Paylaşma	n	Ort.±ss	t	p
Problem Çözme	Evet	84	25.80±4.34	-.479	.633
	Hayır	17	26.35±3.82		
Sosyal Destek Arama	Evet	84	24.08±3.95	2.639	.010*
	Hayır	17	21.11±5.40		
Kaçınma	Evet	84	21.85±3.43	-2.589	.011*
	Hayır	17	24.23±3.56		

Çocuğu yetiştirirken duygu, düşünce ve sıkıntıları biriyle paylaşma durumuna göre başa çıkma stilleri arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız değişkenler t testi neticesinde Tablo 4.72'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere duygu, düşünce ve sıkıntıları biriyle paylaştığını ifade edenlerin problem çözme, sosyal destek arama ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stilleri diğerlerinden daha düşük olup sosyal destek arama ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stratejileri açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4. 73.** Engelli çocuktan utanç duyma durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması

	Engelli Çocuktan Utanç Duyma Durumu	n	Ort.±ss	t	p
Problem Çözme	Evet	6	22.83±6.11	-1.844	.068
	Hayır	95	26.09±4.07		
Sosyal Destek Arama	Evet	6	25.00±5.01	.821	.414
	Hayır	95	23.49±4.31		
Kaçınma	Evet	6	22.50±5.50	.172	.864
	Hayır	95	22.24±3.43		

Engelli çocuktan utanç duyma durumuna göre başa çıkma stilleri arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan t testi neticesinde engelli çocuklarından utanç duyduğunu ifade eden katılımcıların sosyal destek arama ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stillerinin daha yüksek, problem çözmeye dayalı başa çıkma stillerinin ise daha düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı ( $p>0.05$ ) görülmüştür (Tablo 4.73).

**Tablo 4. 74.** Engelli çocuğun çevre tarafından kabul görme durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması

	Engelli Çocuğun Çevre Tarafından Kabul Görme Durumu	n	Ort.±ss	t	p
Problem Çözme	Evet	88	26.39±4.04	3.193	.002*
	Hayır	13	22.53±4.23		
Sosyal Destek Arama	Evet	88	23.87±4.28	1.767	.080
	Hayır	13	21.61±4.42		
Kaçınma	Evet	88	22.51±3.62	1.894	.061
	Hayır	13	20.53±2.43		

Engelli çocuğun çevre tarafından kabul görme durumuna göre başa çıkma stilleri arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan t testi neticesinde Tablo 4.74'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere engelli çocuğun çevre tarafından kabul gördüğünü ifade eden katılımcıların problem çözme, sosyal destek arama ve kaçınmaya dayalı başa çıkma

stilleri daha yüksek olup problem çözmeye dayalı başa çıkma stratejisi arasından gruplar arasındaki fark anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4. 75.** Engelli çocuğun geleceğine yönelik kaygı duymaya göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması

	Engelli Çocuğun Geleceğine Yönelik Kaygı	n	Ort.±ss	t	p
Problem Çözme	Evet	69	25.94±4.19	.142	.888
	Hayır	32	25.81±4.43		
Sosyal Destek Arama	Evet	69	23.50±4.52	-.260	.796
	Hayır	32	23.75±4.01		
Kaçınma	Evet	69	23.04±3.28	3.438	.001*
	Hayır	32	20.56±3.56		

Engelli çocuğun geleceğine yönelik kaygı duyup duymamaya göre başa çıkma stilleri arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan t testi neticesinde Tablo 4.75'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalama değerlerden de görüleceği üzere engelli çocuğun geleceğine yönelik kaygılı olan katılımcıların problem çözme ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stilleri daha yüksek, sosyal destek aramaya dayalı başa çıkma stilleri ise daha düşük olup kaçınmaya dayalı başa çıkma stratejisi açısından gruplar arasındaki fark anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4. 76.** Çocuğun geleceğiyle ilgili yaşanan kaygı için psikiyatrik destek alma durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması

	Psikiyatrik Destek Alma Durumu	n	Ort.±ss	t	p
Problem Çözme	Evet	34	26.58±4.00	1.159	.249
	Hayır	67	25.55±4.35		
Sosyal Destek Arama	Evet	34	23.23±5.05	-.572	.568
	Hayır	67	23.76±3.97		
Kaçınma	Evet	34	23.11±3.53	1.752	.083
	Hayır	67	21.82±3.50		

Çocuğun geleceğiyle ilgili yaşanan kaygı için psikiyatrik destek alma durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması amacıyla yapılan t testi neticesinde Tablo 4.76'daki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki ortalamalardan da görüleceği üzere psikiyatrik destek aldığı ifade edenlerin problem çözme ve

kaçınmaya dayalı başa çıkma stilleri daha yüksek, sosyal destek arama stilleri ise daha düşük olup gruplar arasındaki fark ise anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 77.** Diğer çocuklarda engel olup olmama durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması

	Diğer Çocuklarda Engel Olup Olmama Durumu	n	Ort.±ss	t	p
Problem Çözme	Evet	11	24.45±3.93	-1.198	.234
	Hayır	90	26.07±4.27		
Sosyal Destek Arama	Evet	11	22.90±3.41	-.543	.588
	Hayır	90	23.66±4.45		
Kaçınma	Evet	11	23.63±3.69	1.370	.174
	Hayır	90	22.08±3.51		

Diğer çocuklarda engel olup olmama durumuna göre başa çıkma stillerinin karşılaştırılması amacıyla yapılan t testi neticesinde diğer çocuklarında da engel olduğunu ifade eden katılımcıların kaçınmaya dayalı başa çıkma stillerinin daha yüksek, problem çözme ve sosyal destek arama stillerinin ise daha düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.77).



#### 4.6.5. Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyi İle Başa Çıkma Stratejileri Arasındaki İlişki

**Tablo 4. 78.** Durumluk ve sürekli kaygı düzeyi ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki

		Durumluk Kaygı	Sürekli Kaygı	Problem Çözme	Sosyal Destek Arama	Kaçınma
Durumluk Kaygı	r	1				
	p					
	n	101				
Sürekli Kaygı	r	.544**	1			
	p	.000				
	n	101	101			
Problem Çözme	r	-.363**	-.106	1		
	p	.000	.290			
	n	101	101	101		
Sosyal Destek Arama	r	-.202*	-.020	.362**	1	
	p	.042	.846	.000		
	n	101	101	101	101	
Kaçınma	r	.241*	.440**	.240*	.076	1
	p	.015	.000	.016	.452	
	n	101	101	101	101	101

Çalışmaya dahil edilen ebeveynlerin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi tespit etmek için yapılan Pearson korelasyon analizi neticesinde Tablo 4.78'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde sürekli kaygı ile durumluk kaygı arasında pozitif yönlü, orta kuvvette ve anlamlı bir ilişki ( $r = .544$ ;  $p = .000$ ), durumluk kaygı ile başa çıkma stratejilerinden problem çözme arasında negatif yönlü, düşük kuvvette ve anlamlı bir ilişki ( $r = -.363$ ;  $p = .000$ ), durumluk kaygı ile sosyal destek arama arasında negatif yönlü, düşük kuvvette ve anlamlı bir ilişki ( $r = -.202$ ;  $p = .042$ ), durumluk kaygı ile kaçınma şeklindeki başa çıkma stratejisi arasında pozitif yönlü, düşük kuvvette ve anlamlı bir ilişki ( $r = .241$ ;  $p = .015$ ) olduğu görülmektedir. Yine tablodan görüleceği üzere sürekli kaygı ile kaçınma şeklindeki başa çıkma stratejisi arasında pozitif yönlü, düşük kuvvette ve anlamlı bir ilişki ( $r = .240$ ;  $p = .016$ ) söz konusudur.

## 5. TARTIŞMA

Çocuk sahibi olmak dünyadaki bütün toplumlarda evli çiftler açısından alışık oldukları rollerine ilaveten anne-baba rollerini de yüklemektedir. Çocuğun dünyaya gelmesiyle beraber ailede de yapısal, gelişimsel ve işlevsel olarak değişim yaşanır. Eşlerin düzensiz olan ve çoğunlukla bireysel olan ilgileri dünyaya gelen çocuğa yönelmekte olup artık yaşantılarını da çocuklarının gereksinimlerini karşılamaya adanlar (Coşkun ve Akkaş, 2009).

Bütün evli çiftler doğacak bebeklerinin bedenlen ve zihinsel olarak sağlıklı olmalarını isterler. Fakat bu beklenti her zaman gerçekleşmemekte, çocuğun engelli olarak dünyaya gelmesi halinde değişmektedir. Ebeveynler çocuklarının engelli olduğunu öğrendikleri andan itibaren duygu, düşünce ve davranışlarda değişimler gerçekleşir (Özbey, 2009). Çocuğun dünyaya gelmesiyle birlikte yaşanan mutluluk ve sevinç yerini üzüntü duygusuna bırakır (Coşkun ve Akkaş, 2009).

Farklı özelliklere sahip çocuğa sahip olan ebeveyn olma rolü onların kendi seçimleri olmadığından hiçbir anne-baba kendini bu role hazırlamaz (Coşkun ve Akkaş, 2009). Bu durum anne-babalarda stres ve kaygıya yol açmaktadır. Bu stres ve kaygı ile başa çıkabilen ebeveynlerin ve engelli çocuklarının diğerlerinden kısmen daha mutlu oldukları söylenebilir.

Engel çeşitli yetersizliklerden ötürü kişinin cins, yaş ve kültürel farklılıklara göre yerine getirmesi gereken rolleri gerektiği şekilde yerine getirememesi durumunu ifade etmekte olup ailede uyum sorunlarına yol açabilmektedir (Özgüven, 2000). Bu çalışmada engelli çocuğu olan anne-babaların kaygı düzeyleri ve başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda özel rehabilitasyon merkezlerinde tedavi görmekte olan engelli çocuğa sahip 101 ebeveyn çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmadan elde edilen verilerin analizi neticesinde durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin orta düzeyde olduğu, ebeveynlerin sürekli kaygı düzeylerinin durumluk kaygı düzeylerinden daha yüksek olduğu görülmüştür. Aktürk (2012)

tarafından engelli çocuğa sahip 405 ebeveyn üzerinde gerçekleştirilen çalışma neticesinde durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin orta düzeyde olduğu, durumluk kaygı düzeylerinin sürekli kaygı düzeylerinden daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışmada anne-babaların yaşları ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar ile benzer şekilde Doğru ve Arslan (2008) tarafından yapılan çalışmada annenin yaşı ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyi arasında anlamlı ilişki olmadığı bildirilmiştir. Bununla birlikte çalışmamızdaki sonuçlardan farklı sonuçların elde edildiği çalışmalar da bulunmaktadır. Coşkun ve Akbaş (2009) tarafından engelli çocuğa sahip olan annelerin sürekli kaygı düzeylerinin ve sosyal destek algılarının tespit edilmesi amacıyla yapılan çalışma neticesinde annelerin yaşı ile sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde Aktürk (2012) de yapmış olduğu çalışmada ebeveynlerin yaşı ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğunu bildirmiştir.

Çalışmada babaların durumluk kaygı düzeyi, annelerin ise sürekli kaygı düzeyi daha yüksek bulunmuş olup gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Güngör (2008) tarafından özel eğitime ihtiyacı olan çocuğa sahip anne-babalar üzerinde gerçekleştirilen çalışma neticesinde annelerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin babalardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Küllü (2008) de yapmış olduğu çalışma neticesinde engelli çocuğa sahip annelerin babalara göre daha fazla psikolojik sıkıntılar yaşadıklarını bildirmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışma neticesinde okur-yazar olmayanların okur-yazar olanlara ve lise mezunlarına göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Doğru ve Arslan (2008) yapmış oldukları çalışma neticesinde anne eğitim düzeyi ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir. Coşkun ve Akbaş (2009) tarafından yapılan çalışmada annelerin eğitim düzeyi ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çengelli (2009) tarafından otizm ve Down sendromlu çocuğu olan anneler üzerinde gerçekleştirilen çalışmada eğitim düzeyi ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki, olduğu, annelerin eğitim düzeyindeki düşüşe bağlı olarak kaygı düzeylerinin arttığı bildirilmiştir. Aktürk (2012) tarafından yapılan çalışmada

anne eğitim düzeyine göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinde anlamlı bir değişiklik olmadığı, buna karşın anne eğitim düzeyindeki artışa bağlı olarak durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin azaldığı bildirilmiştir.

Çalışmada sosyal güvenceye sahip olmayan anne-babaların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür. Aktürk (2012) tarafından yapılan çalışmada sosyal güvencesi olanların durumluk kaygı düzeyleri daha düşük, sürekli kaygı düzeyleri ise daha yüksek bulunmuştur.

Yapmış olduğumuz çalışma neticesinde ekonomik durumu kötü olanların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin ekonomik durumu orta ve iyi olanlardan anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Coşkun ve Akbaş (2009) yapmış oldukları çalışma neticesinde annelerin gelirindeki artışa bağlı olarak sürekli kaygı düzeylerinin azaldığını bildirmişlerdir. Güngör (2008) tarafından yapılan çalışmada ailelerin gelir düzeyindeki artışa bağlı olarak kaygı düzeylerinin azaldığı bildirilmiştir. Benzer şekilde Aktürk (2012) de yapmış olduğu çalışmada gelir düzeyindeki artışa bağlı olarak kaygı düzeylerinin azaldığını bildirmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışmada eşyle akrabalığı bulunmayanların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın ise anlamlı olmadığı görülmüştür. Aktürk (2012) yapmış olduğu çalışma neticesinde eşyle akrabalığı olanların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu, durumluk kaygı düzeyi açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğunu bildirmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışma neticesinde 1-2 çocuğa sahip olanların durumluk, 3 ve üzeri çocuğa sahip olanların ise sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın ise anlamsız olduğu görülmüştür. Aktürk (2012) tarafından yapılan çalışmada çocuk sayısındaki artışa bağlı olarak durumluk ve sürekli kaygı düzeyinin arttığı bildirilmiş olup gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Yapmış olduğumuz çalışma neticesinde engelli çocuğu 0-6 yaş arasında olanların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin 7 yaş ve üzerinde olanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Küllü (2008) yapmış olduğu

çalışmada engelli çocukları okul öncesi ve okul dönemi şeklinde 2 gruba ayırmış olup okul dönemi çocukları olan ailelerin orta ve şiddetli depresyonlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışmada engelli çocuğu kız olanların durumluk, erkek olanların ise sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Coşkun ve Akbaş (2009) tarafından yapılan çalışmada engelli çocuğun cinsiyetinin annelerin kaygı düzeylerinde farklılığa neden olmadığı bildirilmiştir. Çengelli (2009) tarafından yapılan çalışmada Down sendromlu kız çocuğuna sahip olan annelerin erkek çocuğa sahip olan annelere göre daha yüksek kaygı düzeyine sahip oldukları bildirilmiştir. Aktürk (2012) de yapmış olduğu çalışmada engelli çocuğu kız olan ebeveynlerin kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışmada zihinsel engelli çocuğa sahip olanların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri bedensel engelli çocuğa sahip olanlardan daha yüksek, bununla birlikte her iki engellilik türüne sahip çocuğu olanların ise durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri en yüksek olduğu gruplar arasındaki farkın ise anlamlı olmadığı görülmüştür. Dereli ve Okur (2008) tarafından yapılan çalışmada çocuklarında zihinsel ve bedensel engel olan ebeveynlerin depresyon düzeylerinin sadece zihinsel veya bedensel engel olanlardan daha yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bildirilmiştir. Aktürk (2012) tarafından yapılan çalışmada hem zihinsel hem de bedensel engeli bulunan çocuğa sahip ebeveynlerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Yapmış olduğumuz neticesinde engellilik oranı %40 üzerinde olanların durumluk ve sürekli kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın ise istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür. Engel oranındaki artışa bağlı olarak çocukların bağımlılığı da artmakta olup bu durum doğal olarak anne-babaların daha fazla kaygı duymalarına neden olmaktadır. Aktürk (2012) yapmış olduğu çalışmada engel oranındaki artışa bağlı olarak ebeveynlerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin arttığını, ancak aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığını bildirmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışma neticesinde hamilelik süresince yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasında etkili olduğunu düşünen katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Hamilelik süresince yaşanan sorunlar çoğunlukla anne-babadan kaynaklı olduğundan çocukların engelli olmasından ebeveynler kendilerini sorumlu tutmaktadır ki bu da onların daha fazla üzüntü hissetmelerine ve dolayısıyla da kaygı düzeylerinin daha yüksek olmasına neden olduğu kanaatindeyiz.

Yapmış olduğumuz çalışma neticesinde doğum anında yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasında etkili olmadığını düşünen katılımcıların durumluk, etkili olduğunu düşünenlerin ise sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu, ancak farklılığın anlamlı olmadığı görülmüştür. Doğum anında yaşanan sorunlar genellikle sağlık personeline bağlanmakta olup bu da anne-babaların sorumluluğu sağlık personellerine atmalarına neden olmaktadır. Bu da onların sürekli kaygı düzeylerinin yüksek olmasına yol açabilmektedir kanaatindeyiz .

Yapmış olduğumuz çalışma neticesinde doğum sonrası yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasında etkili olduğunu düşünen katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Doğum sonrası yaşanan sorunlar anne-babayla ilişkili sorunlar olup bu durum da tıpkı hamilelik sürecinde yaşanan sorunlarda olduğu gibi anne-babaların kendilerini sorumlu hissetmelerine yol açacağı ve dolayısıyla da kaygı düzeylerinin daha yüksek olmasına neden olacağı kanaatindeyiz.

Yapmış olduğumuz çalışmada doğumu gerçekleştiren doktorun hatasının çocuğun engelli olmasında etkili olduğunu düşünen katılımcıların durumluk, etkili olmadığını düşünenlerin ise sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek olduğu görülmüştür. Engelli çocuğa sahip olan aileler genellikle kolay yol olarak hekimleri suçlamaktadırlar ki bu da onlarda durumluk kaygının yüksek olmasına yol açmaktadır. Ancak engellilik durumunun asıl nedenlerini çeşitli yollardan (uzman hekim, gazete, dergi, televizyon, internet gibi ortamlar) öğrenen ebeveynlerde ise sürekli kaygı düzeyinin yüksek olacağı kanaatindeyiz.

Yapmış olduğumuz çalışma neticesinde akraba evliliğinin çocuğun engelli olmasında etkili olduğunu düşünen katılımcıların durumluk, etkili olmadığını düşünenlerin ise sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek olduğu görülmüştür. Görsel ve yazılı medyadan ve hekimler tarafından yapılan açıklamaları göz önünde bulundurduğumuzda hemen hepimizin ortak görüşü çocuğun engelli olmasındaki en önemli unsurlardan birisinin akraba evliliği olduğudur. Akraba evliliğinden ötürü engelli çocuğu olanların da kaygı düzeylerinin yüksek olmasının normal bir sonuç olduğu düşüncesindeyiz.

Yapmış olduğumuz çalışma neticesinde kalıtımsal etkenlerin çocuğun engelli olmasında etkili olmadığını düşünen katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. İnsanlar hangi tür sorun olursa olsun kendilerinde kusur bulmama eğilimindedirler. Bu durum da suçu hep başka yerde aramaya neden olmaktadır. Dolayısıyla da kalıtımsal etkenlerin çocuğun engelli olmasında etkili olmadığını düşünen anne-babaların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin yüksek çıkmasının normal bir sonuç olarak değerlendirilebileceği söylenebilir.

Yapmış olduğumuz çalışma neticesinde çocuğun engelli olmasından ötürü birini suçladığını ifade eden anne-babaların durumluk kaygı düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Küllü (2008) yapmış olduğu çalışma neticesinde çocuğunun engelli olması nedeniyle birini suçlayan anne-babalarda orta veya şiddetli depresif belirtilerin olduğunu bildirmiştir. Aktürk (2012) tarafından yapılan çalışmada çocuğunun engelli olmasından ötürü kendini suçlayan ebeveynlerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışma neticesinde çocuğun engelli olmasından dolayı çevreden suçlanma olduğunu ifade eden katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Aktürk (2012) de yapmış olduğu çalışma neticesinde benzer sonuçlar elde etmiş olup çevreden suçlandığını ifade eden ebeveynlerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışma neticesinde çocuğu yetiştirirken yaşadığı duygu, düşünce ve sıkıntılarını biriyle paylaştığını ifade edenlerin durumluk ve sürekli kaygı

düzeylerinin daha düşük olduğu, sürekli kaygı düzeyi açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Küllü (2008) tarafından yapılan çalışmada yaşadığı sıkıntılarını birileriyle paylaşan ebeveynlerin sıkıntılarını paylaşmayanlara göre kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışmada engelli çocuklarından utanç duyduğunu ifade eden katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Engelli çocuğundan utanç duyanların diğerlerine göre daha fazla depresyon içinde oldukları, dolayısıyla da yaşadıkları sıkıntıları başkalarıyla paylaşmaktan kaçındıkları ve bu nedenle de kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Yapmış olduğumuz çalışma neticesinde engelli çocuğun çevre tarafından kabul görmediğini ifade eden katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek olduğu, durumluk kaygı düzeyi açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Keskin vd., (2010) tarafından yapılan çalışmada çevrelerinin zihinsel engelli çocuk ile birlikte kendilerini kabul etmeyeceği düşüncesinde olan annelerin kaygı düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışma neticesinde engelli çocuğun geleceğine yönelik kaygılı olan katılımcıların durumluk ve anlık kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu, sürekli kaygı düzeyleri açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Engelli çocuklar başkalarına bağımlı olup bu durum anne-babalarda onların geleceğine dair kaygı hissetmelerine yol açmaktadır ki doğal olarak bu durum da anne-babaların kaygı düzeylerinin yüksek olmasına yol açmaktadır.

Yapmış olduğumuz çalışma neticesinde herhangi bir psikiyatrik destek almayanların durumluk, psikiyatrik destek alanların ise sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Keskin (2010) yapmış olduğu çalışmada psikiyatrik destek alan annelerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin düşük olduğunu bildirmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışma neticesinde diğer çocuklarında da engel olduğunu ifade eden katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu, durumluk kaygı düzeyi açısından ise gruplar arasındaki farkın anlamlı



olduğu görülmüştür. Engelli çocuk sayısı ne kadar fazla ise ebeveynlerin yaşayacakları sıkıntı, stres ve kaygı düzeylerinin de artacağı aşikardır. Zira bu durum onlara daha fazla sorumluluk yüklemektedir.

Yapmış olduğumuz çalışma neticesinde yaş ile başa çıkma stilleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sarıkaya (2011) yapmış olduğu çalışma neticesinde problem çözme, sosyal destek arama ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stratejileri ile yaş arasında anlamlı bir farklılık olmadığını bildirmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışmada annelerin tüm başa çıkma stratejilerinden babalara göre anlamlı şekilde daha yüksek puan elde ettikleri görülmüştür. Sarıkaya (2011) yapmış olduğu çalışmada annelerin başa çıkma stratejilerinden sosyal destek arama alt boyutundan babalara göre daha yüksek puan elde ettiklerini bildirmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışma neticesinde üniversite mezunu anne-babaların problem çözme stilleri diğerlerinden daha yüksek, okur-yazar olmayanların sosyal destek arama stilleri ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stilleri diğerlerinden daha yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Quine ve Pahl (1991) yapmış oldukları çalışma neticesinde eğitim düzeyi yüksek olan anne-babaların problem çözmeye dayalı başa çıkma stratejisine daha fazla başvurdukları bildirilmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışma neticesinde ekonomik durumu orta ve iyi olanların problem çözme ve sosyal destek aramaya dayalı başa çıkma stillerinin ekonomik durumu kötü olanlardan daha yüksek, kaçınmaya dayalı başa çıkma stillerinin ise daha düşük olduğu görülmüştür. Aktürk (2012) de yapmış olduğu çalışmada ekonomik durumdaki artışla birlikte ebeveynlerin problem çözme ve sosyal destek aramaya dayalı başa çıkma stillerinin arttığını bildirmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışma neticesinde 7 ve daha büyük yaşta engelli çocuğa sahip olan ebeveynlerin problem çözme ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stillerinin daha yüksek, sosyal destek arama stillerinin ise daha düşük olduğu, kaçınmaya dayalı başa çıkma stratejisi açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Sarıkaya (2011) yapmış olduğu çalışmada engelli çocuğun yaşına göre başa çıkma stratejileri açısından anlamlı farklılık olmadığını bildirmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışma neticesinde engelli çocuğu erkek olanların problem çözme ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stillerinin daha yüksek, sosyal destek arama stillerinin ise daha düşük olduğu görülmüştür. Aktürk (2012) de yapmış olduğu çalışma neticesinde engelli çocuğun cinsiyetine göre başa çıkma stratejileri açısından anlamlı farklılık olmadığını bildirmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışma neticesinde hem zihinsel hem de bedensel engeli olan çocuğa sahip ebeveynlerin problem çözme, sosyal destek arama ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stillerinin diğerlerinden daha yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Aktürk (2012) yapmış olduğu çalışmada engelli çocuğun engel türüyle kaçınma altboyutu arasında anlamlı farklılık olduğunu, hem zihinsel hem de bedensel engeli olan çocuğa sahip ebeveynlerin kaçınmaya dayalı başa çıkma stratejisini daha fazla kullandıklarını bildirmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışmada hamilelik süresince yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına yol açtığını ifade eden katılımcıların sosyal destek arama ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stillerinin daha yüksek, problem çözmeye dayalı başa çıkma stillerinin ise daha düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür.

Yapmış olduğumuz çalışmada doğum anında yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına yol açtığını ifade eden katılımcıların bütün başa çıkma stratejilerinden daha yüksek puan elde ettiği, gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Doğum anında yaşanan sorunlar çoğunlukla hastane ya da doktor kaynaklı sorunlardır. Dolayısıyla da anne adayları ve eşleri tarafından önceden belirlenmiştir. Doğum yapılan hastane veya doktorun belirlenmesinde çoğunlukla da ekonomik durum etkili olmaktadır. Dolayısıyla da çocuklarının doğum anında yaşanan sorunlardan ötürü engelli olduğunu düşünen anne-babalar doğum yapılan hastane ve doktorun yanı sıra kendilerini de bu durumdan ötürü suçlayabilmektedir ki bu durumda onların yaşadıkları kaygıyla başa çıkmada her türlü stratejiyi deneyebilecekleri kanaatindeyiz.

Yapmış olduğumuz çalışmada doğum sonrası yaşanan sorunların çocuğun engelli olmasına yol açtığı düşüncesine sahip olan katılımcıların kaçınmaya dayalı başa çıkma stillerinin daha yüksek, problem çözme ve sosyal destek aramaya dayalı

başa çıkma stillerinin ise daha düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Doğum sonrası yaşanan sorunlar çoğunlukla anne-babadan kaynaklı sorunlardır. Çocuklarının kendilerinin yapmış olduğu yanlışlardan ötürü engelli olduğunu düşünen bu tarz ebeveynlerde kaygı düzeyinin yüksek olması ve bu durumla başa çıkmak için kendi hatalarını başkalarıyla paylaşmaktan kaçınmaları, bu durumu yokmuş gibi görmeleri normal bir insan davranışı olarak nitelendirilebilir.

Yapmış olduğumuz çalışmada doğumu gerçekleştiren doktorun hatasının çocuğun engelli olmasına neden olduğu düşüncesine sahip olan katılımcıların kaçınmaya dayalı başa çıkma stillerinin daha yüksek, problem çözme ve sosyal destek aramaya dayalı başa çıkma stillerinin ise daha düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Doktor hatası nedeniyle çocuklarının engelli olduğunu düşünen ebeveynler bu durumun vermiş olduğu kaygıyla başa çıkabilmek adına kaçınmacı bir tutum sergileyebilirler. Zira daha önce de ifade ettiğimiz gibi doğumu yapan doktor doğumdan önce anne-baba tarafından ekonomik durumlarına göre belirlenmektedir. Dolayısıyla da yaptıkları, ya da yapmak zorunda oldukları bu tercihin yanlış olduğu düşüncesiyle kaçınmacı bir başa çıkma stratejisi uygulamaları doğal bir durum olarak değerlendirilebilir.

Yapmış olduğumuz çalışmada çocuğun engelli olmasına akraba evliliğinin neden olduğu düşüncesindeki katılımcıların bütün başa çıkma stratejilerinden elde ettikleri ortalama puanların daha düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Akraba evliliği ülkemiz göz önünde bulundurulduğunda çoğunlukla aileler tarafından istenmektedir. Dolayısıyla da evlenecek olan bireylerin rızasına çoğunlukla bakılmamaktadır. Bu tarz evlilik yapanların eğitim düzeylerinin de çoğunlukla düşük olduğu söylenebilir. Bu nedenle de çocuklarının engelli olmasında akraba evliliğinin etkinliğinin çok fazla olmadığı kanaatindedirler. Zira ailelerinden bu yönde eleştiriler gelmemektedir. Dolayısıyla da akraba evliliği yapmış anne-babaların çocuklarındaki engel durumundan ötürü yaşadıkları kaygıyla başa çıkmak adına çok fazla çaba göstermemeleri normal bir durum olarak değerlendirilebilir.

Yapmış olduğumuz çalışmada kalıtsal etkenlerin çocuğun engelli olmasına neden olduğu düşüncesine sahip olanların problem çözmeye dayalı başa çıkma

stilllerinin daha yüksek, sosyal destek arama ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stillerinin ise daha düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Günümüz dünyasında özellikle tıp alanında akıl almaz gelişmelerin yaşandığına tanıklık etmekteyiz. Bu durum da kalıtsal etkenler nedeniyle çocuklarının engelli olduğu inancına sahip olan aileleri sürekli bir arayış içerisinde itmekte, çocuklarının engelliliğinden ötürü yaşadıkları kaygıyı ortadan kaldırmak adına sürekli arayış içerisinde olmaları, bu konuyla ilgili çözüm bulamamaları da “yapılabilecek her şeyi yaptık” düşüncesiyle kendilerini bir nebze de olsa rahatlatmak istemelerini normal insan davranışlarından birisi olarak değerlendirebiliriz.

Yapmış olduğumuz çalışmada çocuğunun engelli olmasından ötürü birini suçladığını ifade eden katılımcıların sosyal destek arama ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stillerinin daha yüksek, problem çözmeye dayalı başa çıkma stillerinin ise daha düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Aktürk (2012) yapmış olduğu çalışmada suçlama ile problem çözme, sosyal destek arama ve kaçınmaya dayalı problem çözme stratejisi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını, kendini suçlayan anne-babaların çoğunlukla problem çözmeye dayalı başa çıkma stratejisini kullandıklarını bildirmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışmada çocuğun engelli olmasından dolayı çevreden suçlanma olduğunu ifade eden katılımcıların sosyal destek arama ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stillerinin daha yüksek, problem çözmeye dayalı başa çıkma stillerinin ise daha düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Aktürk (2012) tarafından yapılan çalışmada engellilikten ötürü çevre tarafından suçlanan anne-babaların problem çözmeye dayalı başa çıkma stratejilerini suçlamayanlardan daha az kullandıkları, çevre tarafından suçlananların sosyal destek arama ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stratejilerine daha fazla başvurdukları tespit edilmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışmada duygu, düşünce ve sıkıntılarını biriyle paylaştığını ifade edenlerin problem çözme, sosyal destek arama ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stillerinin diğerlerinden daha düşük olduğu, sosyal destek arama

ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stratejileri açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür.

Engelli çocuklarından utanç duyduğunu ifade eden katılımcıların sosyal destek arama ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stillerinin daha yüksek, problem çözmeye dayalı başa çıkma stillerinin ise daha düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Engelli çocuğundan utanç duyan ebeveynlerin kaygıyı diğerlerinden daha fazla yaşadıkları söylenebilir. Zira bu tarz kişiler sürekli olarak “nasıl böyle bir şey olabilir”, “benim gibi birisinin nasıl böyle bir çocuğu olabilir”, “bunu hak edecek ne yaptım”, vb., düşünceler ile bir bakıma bu durumda kendilerinin hatası varsa da bunu görmediklerini söyleyebilir ki bu da onları yaşadıkları kaygıyla başa çıkmada çoğunlukla başkalarıyla dertleşmeye veya tam aksine bu durumu yokmuş gibi farzedip kaçınmacı bir strateji uygulamaya itebilmektedir.

Yapmış olduğumuz çalışmada engelli çocuğun çevre tarafından kabul gördüğünü ifade eden katılımcıların problem çözme, sosyal destek arama ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stillerinin daha yüksek olduğu problem çözmeye dayalı başa çıkma stratejisi açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Aktürk (2012) yapmış olduğu çalışmada çocukları çevre tarafından kabul gören ailelerin problem çözme ve sosyal destek arama puanlarının daha yüksek, kaçınma puanlarının daha düşük olduğunu bildirmiştir. Keskin vd. (2010) de yapmış oldukları çalışmada engelli çocuklarının çevre tarafından kabul görmediğini ifade eden ebeveynlerin sosyal destek arama puanlarının diğerlerinden daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Yapmış olduğumuz çalışmada engelli çocuğun geleceğine yönelik kaygılı olan katılımcıların problem çözme ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stillerinin daha yüksek, sosyal destek aramaya dayalı başa çıkma stillerinin ise daha düşük olduğu, kaçınmaya dayalı başa çıkma stratejisi açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür.

Yapmış olduğumuz çalışmada psikiyatrik destek aldığını ifade edenlerin problem çözme ve kaçınmaya dayalı başa çıkma stillerinin daha yüksek, sosyal destek arama stillerinin ise daha düşük olduğu gruplar arasındaki farkın anlamlı

olmadığı görülmüştür. Çalışmamızdan elde edilen sonuçla paralel şekilde Aktürk (2012) psikiyatrik destek alan anne-babaların problem çözme ve sosyal destek arama puanlarının daha yüksek, kaçınma puanlarının ise daha düşük olduğunu bildirmiştir. Keskin vd. (2010) da yapmış oldukları çalışmada psikiyatrik destek aldığını ifade eden anne-babaların problem çözme ve sosyal destek arama puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Yapmış olduğumuz çalışmada diğer çocuklarında da engel olduğunu ifade eden katılımcıların kaçınmaya dayalı başa çıkma stillerinin daha yüksek, problem çözme ve sosyal destek arama stillerinin ise daha düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür. Birden fazla çocuğunda engel olan anne-babaların yaşadıkları kaygı düzeyi de doğal olarak çok daha fazladır. Bu durumdaki ebeveynlerin artık belli bir zaman sonra yapabilecekleri bir şey kalmadığı düşüncesinden hareketle kaçınmacı bir tutum sergilemelerinin normal bir durum olduğu kanaatindeyiz.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Yapmış olduğumuz çalışma neticesinde engelli çocuğa sahip olan anne-babaların önemli düzeyde kaygı hissettikleri görülmüştür. Kaygı düzeyi yüksek olan anne-babaların çoğunlukla kaçınmaya dayalı başa çıkma stratejilerini tercih ettikleri, sosyal destek arama ve problem çözmeye dayalı başa çıkma stratejilerini kullanmadıkları tespit edilmiştir. Bu durum da onların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin artmasına yol açmaktadır.

Engelli çocuğa sahip anne-babaların kaygı düzeylerinin azaltılması önem arz etmektedir. Bu duruma yönelik olarak başta iktidar sahipleri olmak üzere toplumdaki tüm bireylere önemli görevler düşmektedir. Bunun için öncelikli olarak insanların engelli vatandaşlara ve onların anne-babalarına karşı bakış açılarını olumlu yönde değiştirmeleri gerekir. Bunun için de gerek sivil toplum kuruluşları, gerekse de yazılı ve görsel medyanın konuyla ilgili daha hassas davranmaları, bu yönde aydınlatıcı ve bilinçlendirici yayınlar, bildiriler yayınlamalarının önemli olacağı kanaatindeyiz.

## KAYNAKÇA

- Ağargün Yücel M, Beşiroğlu L, Kıran ÜK ve Kara H. 2005. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği), Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(4), 221-226.
- Akdemir B. 2006. Altı-On İki Yaş Arası Zihinsel Engelli Çocukların Görsel Algı Becerilerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Akkök F. Farklı Özelliğe Sahip Çocuk Aileleri ve Ailelerle Yapılan Çalışmalar. Özel Gereksinimli Çocuklar ve Özel Eğitime Giriş. Ataman, A. (Ed). (121-140). Ankara: Gündüz Eğitim ve Yayıncılık, 2003.
- Aktürk Ü. 2012. Engelli Çocuğu Olan Anne-Babaların Kaygı Düzeyi ve Başa Çıkma Stratejilerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Altınöz F. 1992. İstanbul'da Bir Gecekondu Bölgesinde Mizaç Bozuklukları ve Anksiyete Bozuklukları Yaygınlığı Üzerine Bir Epidemiyolojik Çalışma, Uzmanlık Tezi, Bakırköy, İstanbul.
- Amerikan Psychiatric Association (APA) 1994 Diagnostic and statical manual of mental disorder. 4th ed. American Psychiatric Association. Washington (DC),154
- Arıcı S. 2010. Bedensel Engellilerin Turizm Sektöründen Beklentilerinin Tespitine Yönelik Bir Çalışma, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Arkonaç O. *Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1999
- Aslan CC. 2010. Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Anne ve Babaların Psikolojik Belirtileri, Sosyal Destek Algıları ve Stresle Basa Çıkma Tarzlarını Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ, and Hoeksema SN. Stres, Sağlık ve Başa Çıkma, Agolan, Y.,(Çev.), *Psikolojiye Giriş*, İstanbul: Arkadaş Yayınevi, 2002.
- Ay F. 2011. Hastanede Yatarak Tedavi Gören Yaşlı Hastalarda Depresif Bozukluk ve Anksiyete Bozukluğu Yaygınlığı, Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktiviteleri İle Demografik ve Klinik Özellikler Arasındaki İlişki, Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir
- Ayaydın FY. 2015. Farklı Engellilik Gruplarına Sahip 10-14 Yaş Grubu Öğrencilerin Fiziksel Uygunluk Değerlerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.



- Aydın S ve Zengin B. 2008. Anxiety in Foreign Language Learning: A Review of Literature. *Journal of Language and Linguistic Studies*, 4(1):81-94
- Aydoğan AA. 1999. Özürlü Çocuğu Sahip Olan Anne Babaların Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Aydoğan AA ve Darıca N. 2000. Özürlü Çocuğa Sahip Anne-Babaların Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. *Çocuk Forumu Dergisi*, 3(2):25-31
- Bacanlı F ve Sürücü M. 2006. İlköğretim 8. Sınıf Öğrencilerinin Sınav Kaygıları ve Karar Verme Stilleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 12(1):7-35
- Bahar A, Bahar G, Savaş HA ve Parlar S. 2009. Engelli Çocukların Annelerinin Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(11), 97-112
- Bağış O. *Sınav Kaygı Başarı*. Ankara: Birikim Matbaacılık, 2007.
- Baltaş A ve Baltas Z. Stres ve başa çıkma yolları. İstanbul: Remzi Kitabevi, 2002.
- Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. Başbakanlık Özürlülerle İlgili Mevzuat-45, Ankara, 2002
- Baştürk R. 2007. Kamu Personeli Seçme Sınavlarına Hazırlanan Öğretmen Adaylarının Sınav Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi”, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(2):163-176.
- Beasley M, Thompson, T and Davidson J. 2003. Resilience in response to life stress: The Effects of Coping Style and Cognitive Hardiness. *Pers Individ Dif*, (34): 77-95
- Bilal ED. 2005. Eğitilebilir Zihinsel Engelli Olan ve Olmayan Çocukların Annelerinde Stresi Stresle Başa Çıkma ve Kontrol Odağının Karşılaştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 12(2), 56-68
- Bilal E ve Dağ İ. 2005. “Eğitilebilir Zihinsel Engeli Olan ve Olmayan Çocukların Annelerinde Stres, Stresle Başa Çıkma ve Kontrol Odağının Karşılaştırılması”, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, (2), 12
- Bildik T. *Sınav Kaygısı*, İzmir: İlya Psikoloji Dizisi, 2007.
- Bouras N and Jacobson J. 2002. Mental Health Care for People with Mental Retardation: A Global Perspective. *World Psychiatric Association*, 1(3): 162-165
- Börü A. 2000. *Üniversite Giriş Sınavlarında Öğrencilerin Yaşadığı Kaygı ve Nedenleri*, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir

- Buhalis D and Darcy S. 2011. Introduction: From Disabled Tourists to Accessible Tourism, In Accessible Tourism Concepts and Issues, Eds: Buhalis, D. and Darcy S., 1-42, Channel View Publications, Bristol.
- Byrne, EA and Cunningham C.C. 1985. The Effects Of Mentally Handicapped Children of Families- A Conceptual Review. *J. Child Psychol Psychiatry*, 26,847-864.
- Cabi, E., ve Yalçınalp, S. 2013. Öğretmen Adaylarına Yönelik Mesleki Kaygı Ölçeği (MKÖ): Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 44(44):85-96
- Campell, S and Gласper, E.A. Whaley and Wong's Children's Nursing. London: Mosby, 1999.
- Coşkun Y, ve Akkaş G. 2009. Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*. 10 (1), 213-227
- Cansever A. "Özgül Fobi", Köroğlu E, Güleç C, Şenol S, Editors, *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, 2007.
- Cömert E. 2004. Depresif Bozukluklarda Anksiyete Şiddetine Göre Sürekli Öfkelenen ve Öfke Tarzlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Crnic, K.A., Friedrich, W.N and Greenberg M.T. 1983. Adaptation of Families with Mentally Retarded Children , *A Model of Stress, Coping and Family Ecology*, *American Journal of Mental Deficiency*, 88(2), 125-138
- Cüceloğlu, D. Psikolojinin Temel Kavramları, *İnsan ve Davranışı*, 6. Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi, 1996.
- Cüceloğlu, D. *İnsan ve Davranışı*. İstanbul: Remzi Kitabevi, 2000.
- Cengelli B. 2009. Otizm ve Down Sendrom'lu Çocuğa Sahip Annelerin Kaygı, Umutsuzluk ve Tükenmişlik Duygularının Karşılaştırılması. *Ege Eğitim Dergisi*, 2(10), 1-22.
- Çiftçi, H. 2007. Zihinsel Engelli Çocuklara Renk Kavramını Kazandırmada Eş Zamanlı İpucuyla Öğretimin Bireysel ve Grup Eğitimindeki Etkisinin Karşılaştırılması. Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Damiani, B.V. 1999. Responsibility and adjustment in siblings of children with disabilities: update and review. *Families in Society, The Journal of Contemporary Human Services*, 1, 34-40
- Darıca, N., Pişkin, İ ve Gümüş, S. Otizm ve Otistik Çocuklar. Ankara: Basım Grafik, 1994.

- Darıca, N., Abidinoğlu, U ve Gümüşcü, S. Otizm ve Otistik Çocuklar. İstanbul: Özgür Yayınları, 2000.
- Davidson JR, Hughes DL, George LK, and Blazer DG. 1993. The Epidemiology of Social Phobia: Findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological medicine*, 23(03):709-718
- Dereli F, Okur S. 2008. Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Depresyon Durumunun Belirlenmesi, *Yeni Tıp Dergisi*, 25, 164-168.
- Dilbaz N. *Anksiyete Bozukluklarındaki Son Gelişmeler*. Ankara: Pozitif Matbaacılık, 2005.
- Doğan, M. 2001. İşitme Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Çeşitli Psikolojik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara
- Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu O. *Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi*. Sivas: Dilek Matbaası, 1995.
- Doğru, YS ve Arslan, E. 2008. Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kayđı Düzeyi İle Durumluluk Kayđı Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19, 543- 553
- Dönmez, N., Bayhan, P ve Artan, İ. 2000. Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Beklentileri ve Endişe Duydukları Konuların İncelenmesi. *Sosyal Hizmetler Dergisi*, 11, 16-24.
- Dünya Engelliler Vakfı. Engelsiz Őehir Tasarım Raporu, 2013 <http://www.devturkiye.org/Projeler/Engelsiz-Sehir-Planlamasi/Engelsiz-Sehir-Tasarim-Raporu/?phpMyAdmin=rjldgPQ20IOflkB3PkJ1V2hi3ya>
- Ergin, D., Ően, N., Eryılmaz, N. E., Pekuslu, S., ve Kayacı, M. 2007. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 10(1).
- Eryılmaz, A. 2009. Ergenlik Döneminde Stres ve Başa Çıkma. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi*. 11(6),20-37.
- Evcimen, E. 1996. Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Folkman S. 1984. Personal Control, Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. 46 (4): 839-852
- Folkman, S., Lazarus, R.S. 1985. If it changes it must be a process, Study of emotions and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol*, 48:150-170.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J., and DeLongis, A. 1986. Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms, *J Pers Soc Psychol*; (50):9- 571

- Fontanelle LF, Mendlowicz MV, Marquez C and Versiani M. 2003. Early-and late-onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study. *J. Psychiatr Res*; 37:127-33.
- Garipoğlu, E. 2007. *Stres Yönetimi ve Banka Çalışanları Üzerine Yapılan Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi. Niğde Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Niğde.
- Giarelli, E., Souders, M., Pinto-Martin, J., Bloch, J and Levy, S.E. 2005. Intervention pilot for parents of children with autistic spectrum disorder. *Pediatric Nursing*, 31(5):389
- Gökcearslan, E. 2002. Özürlü Çocuğa Sahip Ailelerin Güçlendirilmesi. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 2(2): 97-106.
- Gökdeniz, İ. 2006. Üretim Sektöründeki İşletmelerin Örgüt İçi Stres Kaynakları Ve Mobilyacılık Sektöründe Bir Uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 13(4):173-191
- Güngör, E. 2008. Özel Eğitime Muhtaç Çocukların Anne ve Babalarının Psikolojik İlişki İhtiyaçları ile Durgunluk ve Kaygı Düzeyleri Arasında İlişkiler. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Işık E, Işık Y. *Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları*, İstanbul: Asimetrik Paralel, 2006.
- Kapıkıran, Ş. 2002. Üniversite Öğrencilerinin Sınav Kaygısının Bazı Psiko-Sosyal Değişkenlerle İlişkisi Üzerine Bir İnceleme. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(1): 34-43
- Karademir, S. 2008. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma. Doktora Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Kayhan, F. 1995. Kronik Hastalıklar ve Aile Dinamikleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2):99-107
- Kermanshahi, S.M., Vanaki, Z., Ahmadi, F., Kazemnejad, A., Mordoch, E., Azadfalsh, P. 2008. Iranian mothers' perceptions of their lives with children with mental retardation, A preliminary phenomenological investigation. *J Dev Physical Disabil*, 20, 317-326.
- Keskin G, Bilge A, Engin E, Dülgerler S, 2010. Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Anne-Babaların Kaygı, Anne-Baba Tutumları ve Başa Çıkma Stratejileri Açısından Değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, 30-37
- Kessler RC, Mc Gonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Higher M, Eshleman S, Wittchen HU and Kendler KS. 1994. Lifetime and 12 Months Prevalence of DSM-R Psychiatric Disorder in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*; 52:8-19

- Kılınçkaya, M.D. 2013. Atatürk İlkeleri ve İnkılâp Tarihi Derslerinde Öğrencilerin Sınav Kaygıları ile Başarıları Arasındaki İlişki. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28(28-1):235-243
- Kısa, S.S. 1996. İzmir İl Merkezinde Dershaneye Devam Eden Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Sınav Kaygılarıyla Ana – Baba Tutumları Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir
- Koçak, R. ve Gökler, R. 2008. Varoluşsal Yaklaşımda Psikolojik Danışma ve Gruba Uygulama. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*. 2: 91-107
- Köknel, Ö. *Kaygıdan Mutluluğa Kişilik*, İstanbul: Altın Kitaplar, 1985
- Köknel, Ö. *Yaşamın Zaferi*, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, 1998.
- Kurt, O. Zihin Özürlü Çocuk Annelerinin Aile Özelliklerine İlişkin Algılamaları İle Çeşitli Ailesel Değişkenler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir, 2001.
- Kurt, İ. *Sorularla Kaygı ve Sınav Kaygısı*, Ankara: Asil Yayın Dağıtım, 2006.
- Kurtuldu, K. 2009. Müzik Öğretmenliği Bölümü Piyano Öğrencilerinin Sınav Kaygısına Yönelik Tutumları. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(2):107-126.
- Küçükparlak İ ve Yıldırım E. 2009 Tükenmişlik Psikobiyojinin Sınırı: İşçi Sağlığının Görülmeyen Yüzü. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12(2):15-21
- Küllü Z. 2008. Özürlü Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Depresyon Durumunun Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri
- Leff, J. 1998. Mental Health Problems of Homeless Children and Families, Longitudinal Study. *British Medical Journal*, 21:97-113
- Lerner, J.L. Learning Disabilities: Teories, diagnosis and teaching strategies. Boston: Houghton Mifflin Company, 1997.
- Lisenka, E.L., Koolen, D and Feuth, T. 2005. Diagnosis Genome In Mental Retardation. *The American Society of Human Genetics*, 74(4):606-616.
- Lusting D. 1999. Family caregiving of adults with mental retardation: Key issues for rehabilitation. *The Journal of Rehabilitation*, 1: 26-40.
- Luzz C and White G. 1986 The Anthropology of Emotions. *Annual Review of Anthropology*. 15(4): 405-436
- Manav, U. 2011. Kaygı Kavramı. *Toplum Bilimleri*. 5(9): 201-211

- Mineka, S., and Zinbarg, R. 2006. A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: it's not what you thought it was. *American psychologist*, 61(1):10.
- Muris P, Schmidt H and Lambrichs R. 2001. Protective and Vulnerability Factors of Depression in Normal Adolescents, *Behav Res Ther*, (39):555- 565
- Murphy LR and Schoenborn TF. *Stres Management in Working Settings*. USA: National Institute for Occupational Safety and Health, 1987.
- Okasha A, Saad A, Khail AH, El Dawle AS and Yahie N. 1994. Phenomonology of obsesif-compulsive disorder. A transcultural study. *Compr. Psychiatry*; 35: 191-97.
- Oktay M. 2005. Çalışma Yaşamında İş Yerinde Stres. *Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi*, 47 (3): 111-116
- Okutan M ve Tengilimoğlu D. 2002. İş Ortamında Stres ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(3):15-42.
- Orhan, S. (2004). Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Demografik ve Psiko-sosyal Özelliklerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi, Elazığ.
- Ormel, J., VonKorff, M., Ustun, T. B., Pini, S., Korten, A and Oldehinkel, T. 1994. Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA*, 272(22):1741-1748
- Öner, N. ve Le Compte, A. *Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1985
- Özbey Ç. *Özel Çocuklar ve Terapi Yöntemleri*. İstanbul: İnkılap Kitabevi, 2009.
- Ozguven İ.E. *Evlilik ve Aile Terapisi*. Ankara: PDREM Yayınları, 2000.
- Özkürkçügil Çorapçıoğlu A. 2000. Posttravmatik stres bozukluğu. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*; 8(Ek.1):13-19.
- Özmutaf MN. 2006. Örgütlerde İnsan Kaynakları ve Stres:Amprik Bir Yaklaşım. *Ege Üniversitesi Su Ürünleri Dergisi*, 1(2):75-81
- Özşenol F, Işıkhani V, Ünay B, Aydın Hİ, Akın R, ve Gökçay E. 2003. Engelli çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 45(2): 156-164.
- Öztürk M.O. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* . 11. Baskı, 1. Cilt, Ankara, 2008.
- Öztürk, A. 2014. Sosyal Kaygıyı Açıklayan Yaklaşımlar. *Sosyal Bilimler Dergisi*. 13(48):15-26

- Özyürek, M. ve Topçu, S. *Davranış Bilimleri*, Ankara: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1986.
- Parker DF and Decotiis AT. 1983. Organizational Determinants of Job Stres. *Organizational Behavior and Human Performance*, 32(4):160-177
- Participation and Activity Limitation Survey Analytical Report 2006. The Minister responsible for Statistics Canada.
- Quine L, Pahl J. 1991. Stress ans Coping in Mother Caring for a Child with Severe Learning Difficulties: A Test of Lazarus Transational Model of Coping. *Journal of Community-Applied Social Psychology*, 1,57-70
- Rasmussen SA and Eisen JL. 1992. The epidemiology and differantial diagnosis of obsesif-compulsive disorder. *J.Clin. Psychiatry*, 53(suppl)41: 4-10.
- Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG., Hough RL and Locke, BZ. 1984. The NIMH Epidemiologic Catchment Area program: historical context, major objectives, and study population characteristics. *Archives of general psychiatry*, 41(10): 934-941
- Roy-Byrne P, Geraci M. 1986. Life events and the course of illness in patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*, 146:622-626
- Sallis, J.F., Zakarian, J.M., Hovell, M.F., Hofstetter, L.R. 1996. Ethnic, Socio-Economic and Sex Differences in Physical Activity Among Adolescent. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49:125- 134.
- Saban, F. 2010. Zihinsel Engelli Kardeşe Sahip Olan ve Olmayan Çocukların Benlik Saygısı ve Kaygı Durumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum
- Sadock B.J and Sadock V.A. *Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri* Editörleri: Aydın H., Bozkurt A. 8. Baskı Güneş Kitabevleri İstanbul, 2007.
- Sarıkaya S. 2011. Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Ebeveynlerin Stresle Başa Çıkma Düzeylerinin ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir
- Sarısoy, M. 2000. Otistik Ve Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Evlilik Uyumları. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, and Weissman MM. 1992. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of general Psychiatry*, 49(4): 282-288.
- Sosyal A. 2009. Farklı Sektörlerde Çalışan İşgörenlerde Örgütsel Stres Kaynakları: Kahramanmaraş ve Gaziantep'te Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(2):333-359

- Stein MB, Walker JR and Forde DR. 1994. Setting thresholds for social phobia: considerations from a community survey of social anxiety. *Am J Psychiatry*, 151:408-412
- Strongman, K.T. 1995. Theories of anxiety. *New Zealand Journal of Psychology*, 24(2):4-10
- Sürmeli A. Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış. In: Güleç C, Köroğlu E, editors. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara; Hekimler Yayın Birliği, 1997
- Şahin, H. 2012. Engelli Bireylerin Konaklama Tesislerinden Memnuniyet Durumlarının İncelenmesi. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Şahin NH ve Durak A. 1994. Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI), Türk Gençleri İçin Uyarlanması, *Türk Psikoloji Dergisi*, (31): 44-56.
- Tatar, Y. 1995. İşitme Özürlülerde Spor ve Ruhi Faydaları, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, İstanbul.
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2010. Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması, TÜİK, Ankara
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Ortopedik Özürlüler Alt Çalışma Grubu Raporu, 1992
- Tutkun ÖF, ve Koç M. 2000. Üniversite Öğrencilerinin Stres Kaynaklarına Yönelik Başa Çıkma Yolları, IX. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, 27-29 Eylül, Erzurum Atatürk Üniversitesi
- Türküm A.S. 1999. *Stresle Başa Çıkma ve İyimserlik*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir
- Wacker, H. R., Mullejans, R., Klein, K. H., and Battagay, R. 1992. Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD 10 and DSM-III-R by using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*, 2:91-100
- Wallender, J.L., Varni, J.W., Babani, L., Dehan, C.B and Banis KT. 1989. Social Environment And The Adaptation Of Mothers Of Physically Handicapped Children. *Journal of Pediatric Psychology*, 14:371-378
- Weissman MM and Bland RC. Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, Baltimore, 1998.
- WHO (World Health Organization), 1980. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Genova



WHO (World Health Organization), 2001. International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva.

Yavuzer, H. Çocuk Psikolojisi. (21. baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi, 2001.

Yenişehirlioğlu, E. 2013. Engelli Turistlerin Konaklama İşletmelerinde Kabul Görme Düzeyine Yönelik Algılama ve Sorunlar: Karşılaştırmalı Nitel Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Sakarya.

Yıldırım, S.H. 2007. Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Ailelerde Aile Yüklenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 11(2):1-7.

Yuang YY and Liu CY. 2001. Phenomenology of obsesif-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry Clin. Neurosci*; 55: 623-27

## EKLER

### EK-1 Anket Formu

#### TANITICI BİLGİ FORMU

#### Değerli Katılımcılar;

Bu araştırma engelli çocuğa sahip anne babaların kaygı düzeylerini belirlemek ve bununla başa çıkma stratejilerini değerlendirmek amacıyla yapılacaktır. Araştırmanın amacına ulaşması için ankete vereceğiniz yanıtlardaki içtenliğiniz büyük önem taşımaktadır. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

1) Yaşınız? .....

2) Çocuğa yakınlığınızı belirtiniz?

Annesi

Babası

Diğer

3) Medeni durumunuz?

Evli

Bekar/Boşanmış/Dul

4) Eğitim durumunuz?

Okur-yazar değil

Okur-yazar

İlköğretim

Lise

Üniversite

Yüksek lisans/doktora

5) Annenin mesleği? .....

6) Babanın mesleği?.....

7) Sosyal güvenceniz?

Var

Yok

8) Sizce ekonomik durumunuz nasıldır?

- Çok Kötü
- Kötü
- Orta
- İyi
- Çok iyi

9) Eşinizle akrabalığınız var mı?

- Var
- Yok

10)Var ise akrabalık derecenizi belirtiniz?.....

11) Sahip olduğunuz çocuk sayısı belirtiniz?.....

12) Engelli çocuğunuzun

a)Yaşı:..... b) Cinsiyeti:..... c) Ne kadar süre önce engelli tanısı aldı?.....

13) Çocuğunuzun engel turu nedir?

- Zihinsel engelli
- Bedensel engelli
- Her ikisi birden
- Diğer.....

14) Çocuğunuzun engellilik oranı nedir?..%.....(Resmi raporda belirtilen yüzdeyi yazınız)

15) Çocuğunuzun engelli olduğunu ilk hissettiğiniz ya da öğrendiğiniz andan ne kadar süre sonra tedavisi için bir sağlık kuruluşuna başvurduunuz?.....

16) Sizce engelli çocuğa sahip oluşunuzun nedenleri nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- Hamilelik süresince yaşanan sorunlar (Lütfen belirtiniz.....)
- Doğum anında yaşanan sorunlar (lütfen belirtiniz.....)
- Doğum sonrası yaşanan sorunlar (.....)
- Doğumu gerçekleştiren doktorun hatası
- Akraba evliliği
- Kalıtsal etkenler (.....)
- Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

17) Çocuğunuzun engelli olmasından dolayı birini suçluyor musunuz?

- Evet  
 Hayır

18) Çocuğunuzun engelli olmasından dolayı çevreniz tarafından suçlandınız mı?

- Evet  
 Hayır

19) Çocuğunuzu yetiştirirken yaşadığınız duygu, düşünce ve sıkıntılarınızı biriyle paylaşıyor musunuz?

- Evet  
 Hayır

20) Çocuğunuzdan dolayı utanç duydunuz mu?

- Evet  
 Hayır

21) Çocuğunuz çevre tarafından kabul görüyor mu?

- Evet  
 Hayır

22) Çocuğunuzun geleceğine yönelik kaygı taşıyor musunuz?

- Evet  
 Hayır

23) Bu durumla baş etmek için psikiyatrik destek aldınız mı?

- Evet  
 Hayır

24) Diğer çocuklarınızda herhangi bir engel var mı? (Birden fazla çocuğunuz varsa)

- Evet  
 Hayır

25) Var ise ne tür bir engeli var belirtiniz?.....

**DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ**  
**(STAI FORM TX – I)**

**YÖNERGE:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HIÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim				
2.	Kendimi emniyette hissediyorum				
3.	Su anda sinirlerim gergin				
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim				
5.	Şu anda huzur içindeyim				
6.	Şu anda hiç keyfim yok				
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum				
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
9.	Şu anda kaygılıyım				
10.	Kendimi rahat hissediyorum				
11.	Kendime güvenim var				
12.	Şu anda asabım bozuk				
13.	Çok sinirliyim				
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum				
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum				
16.	Şu anda halimden memnunum				
17.	Şu anda endişeliyim				
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum				
19.	Şu anda sevinçliyim				
20.	Şu anda keyfim yerinde.				

**SÜREKLİLİK KAYGI ENVANTERİ**  
**(STAI FORM TX – 2)**

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir				
22.	Genellikle çabuk yorulurum				
23.	Genellikle kolay ağlarım				
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim				
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım				
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım				
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim				
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim				
30.	Genellikle mutluyum				
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim				
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur				
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim				
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım				
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim				
36.	Genellikle hayatımdan memnunum				
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder				
38.	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam				
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım				
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor				

## BAŞA ÇIKMA STRATEJİSİ ÖLÇEĞİ (BÇSÖ)

Herhangi bir probleminizi aklınızda tutarak, nasıl başa çıktığınızı sizin için en uygun kutuyu işaretleyerek belirtiniz. Bazı sorular benzer olsa da lütfen her bir maddeyi işaretleyiniz.

		Çok	Biraz	Hiç
1	Duygularınızı bir arkadaşına açtınız			
2	Probleminizin en iyi şekilde çözümlenmesi için çevrenizdeki şeyleri yeniden düzenlediniz			
3	Ne yapacağınıza karar vermeden önce bütün olası çözümleri aklınızda tartıştınız			
4	Aklınızı problemden uzaklaştırmaya çalıştınız			
5	Herhangi bir kimsenin size sempati ve anlayış göstermesini kabul ettiniz			
6	Yaşadığımız şeylerin gerçekten ne kadar kötü olduğunu başkalarının görmemesi için elinizden geleni yaptınız			
7	Konu ile ilgili olarak başkalarıyla konuştunuz, çünkü bu konuda konuşmak kendinizi daha iyi hissetmenize yardımcı oldu.			
8	Durumla başedebilmek için kendinize bazı amaçlar belirlediniz			
9	Seçeneklerinizi çok dikkatli bir biçimde tarttınız			
10	Daha iyi zamanlarla ilgili hayaller kurdunuz			
11	Problemi çözmek için işe yarayan çözümü bulana dek değişik yolları denediniz			
12	Korku ve kaygılarınızı bir arkadaşınıza veya akrabanıza açtınız			
13	Zamanınızı her zamankinden çok yalnız olarak geçirdiniz			
14	Sadece konuşmak bile bazı çözümlere ulaşmanıza yardım ettiği için, (yaşadığımız) durumla ilgili olarak konuştunuz			
15	Durumu düzeltmek için ne yapılması gerektiğini düşündünüz			
16	Tüm dikkatinizi problemin çözümüne yönelttiniz			
17	Aklınızda bir eylem planı şekillendi			
18	Her zamankinden daha fazla televizyon seyrettiniz			
19	Kendinizi daha iyi hissetmeniz için birisine (Arkada/profesyonel bir kişi) gittiniz			
20	Olayda gerçekleşmesini istediğiniz şey için kesin kararlılık gösterdiniz ve savaştınız			
21	Genel olarak insanlarla birlikte olmaktan kaçındınız			
22	Kendinizi bir uğraş (hobi) veya bir spor etkinliğine gömerek problemden kaçındınız			
23	Problemlerle ilgili olarak daha iyi hissetmenize yardımcı olması için bir arkadaşınıza gittiniz			
24	Durumu nasıl değiştirebileceğinizle ilişkin olarak bir arkadaşınızın tavsiyesine başvurduunuz			
25	Aynı problemi yaşamış olan arkadaşlarınızın anlayış ve sempatisini kabul ettiniz			

26	Her zamankinden daha fazla uyudunuz			
27	Her şey daha farklı olabilirdi diye hayal kurdunuz			
28	Romanlardaki veya filmlerdeki karakterlerle özdeşim kurdunuz			
29	Problemi çözmeye çalıştınız			
30	İnsanların sizi kendi başınıza bırakmasını istediniz			
31	Arkadaşınız veya akrabanız size yardımcı oldu			
32	Sizi en iyi tanıyan kişilerden size güvence vermelerini istediniz			
33	Ani hareketlerde bulunmaktansa dikkatlice bir hareket tarzı planladınız			



## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Zeynep Öz

Doğum Yeri /Tarihi: Araklı / 17-05-1988

Adres: Bahçeşehir 1. Kısım mah. Ispartakule cad. Cemre sok. Vaditepe  
4.Bölge Sitesi K6 D33 Başakşehir/İstanbul

Telefon: 0555 499 25 06

E-mail: [psk.zeynepoz@gmail.com](mailto:psk.zeynepoz@gmail.com)

Medeni Hali: Evli

B sınıfı Sürücü Belgesi: 2009

### Eğitim Durumu

2014-2017 T.C. Üsküdar Üniversitesi- Sosyal Bilimler Enstitüsü- Klinik  
Psikoloji(tezli)

2005-2012 T.C. Doğu Üniversitesi- Fen-Edebiyat Fakültesi-  
Psikoloji(İngilizce)

2001-2005 Özel Sultan Fatih Lisesi- Türkçe Matematik

### İş Tecrübesi

2010, KİM Psikoloji, İstanbul, Psikolog, Stajyer (4 ay)

2013, Özel Yaşamlar Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, İstanbul,  
Psikolog (11 ay)

2014, Özel Sevimli Dünya Çocukları Özel Eğitim ve Rehabilitasyon  
Merkezi, İstanbul, Psikolog (17 ay)

2016, NPISTANBUL Nöropsikiyatri Hastanesi, İstanbul, Klinik  
Psikolog, Stajyer (15 gün)

### Yabancı Dil

İngilizce (Orta Düzey)

### Sertifikalar

04.2010, Frostig Görsel Algılama Testi, KİM psikoloji

04.2010, Bender-Gestalt Görsel Motor Algılama Testi, KİM psikoloji

05.2010, AGTE, KİM Psikoloji

05.2010, Burdon Dikkat Testi, KİM Psikoloji

06.2010, MMPI, KİM psikoloji

08.2013, Stanford Binet Zeka Testi, KİM psikoloji

11.2014, WISC-R, KİM psikoloji