



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

ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP AİLELERİN STRESLE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI

**Hazırlayan
Hafize ALBAYRAK
(124102137)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Nadire Gülçin YILDIZ**

İstanbul-2015



www.uskudar.edu.tr

REKTÖRLÜK - FAKÜLTELER - MESLEK YÜKSEKOKULU
Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14 PK:34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Fax: +90 216 474 12 56 E-posta: info@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK
(KLİNİK VE İNSAN ÜZERİNDE YAPILAN)ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2014 / 95

09 Aralık 2014

Sayın Yrd. Doç. Dr. Nadire Gülçin Yıldız
(Hafize Albayrak)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 03 Aralık 2014 tarihinde, 14 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "*Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Stresle Başa Çıkma Tutumları*" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cumhuri TAŞ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 124102137
Öğrenci Adı Soyadı	: Hafize ALBAYRAK
Anabilim Dalı	: Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Nurdine Gülsin YILMAZ
Tezin Başlığı	: Zihinsel Engelli Çocukların Ailelerinin Stresine Göre

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 26.12.2014	Saati	:
-----------------	--------------	-------	---

Öğrenci Savunmaya : GELDI

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,

OY BİRLİĞİ OY ÇOKLUĞU

- Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez **KABUL** edilmiştir.
- Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ** için ay **EK SÜRE** verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)
- Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin **REDEDEDİLMESİ** kararı alınmıştır.

Savunmada Tezin Başlığı : Değişmedi. Değişti.

Tezin Yeni Başlığı :

Öğrenci Savunmaya : GELMEDİ

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,

OY BİRLİĞİ ile **REDEDEDİLMİŞTİR.**

ile alınmıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Yrd. Doç. Dr. Cemal TAŞ	
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Nurdine Gülsin YILDIZ	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Barış METİN	
Üye		
Üye		

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Stresle Başa Çıkma Tutumları” 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 bunu onurumla doğrularım.

Tarih 26/12/2014

Hafize ALBAYRAK



ÖNSÖZ

Çalışmanın planlanma aşamasında ve tamamlanmasında çalışma boyunca yardımını, desteğini benden esirgemeyen, her aşamasında sabırla yol gösteren danışman hocam **Yrd.Doç.Dr. Nadire Gülçin YILDIZ**'a teşekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim.

Araştırmanın sağlığı açısından ailevi bilgilerini benimle paylaşan her biri çok kıymetli anne ve babalara, çalışmalarımın her aşamasında benden desteğini esirgemeyen **Feyza ŞENBABAĞLU**'na, veri toplama aşamasında **Hilal KULHAN**'a ve **Nezhat CİHANDİDE**'ye, verilerinin istatistiksel analizinde bana yol gösteren **Deniz KAÇMAZ**'a teşekkürlerimi bir kez daha ifade etmek isterim.

Hayatımın her döneminde benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, karşılıksız sevgi gösteren, hayatımı kolaylaştıran babam **Nuri ALBAYRAK**'a ve annem **Sevinç ALBAYRAK**'a en derin şükranlarımı bir borç bilirim. Manevi destek ve dualarıyla yanımda olan sevgili kardeşlerim ve tüm değerli arkadaşlarıma tez sürecindeki desteklerini her daim hissettiğim için teşekkürlerimi sunarım.

Hafize ALBAYRAK

İstanbul-2014

GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Hafize ALBAYRAK
Anabilim Dalı : Psikoloji
Program : Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Nadire Gülçin YILDIZ
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans – Kasım 2014

Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Stresle Başa Çıkma Tutumları

ÖZET

Giriş ve Amaç:Zihinsel engelli çocukların ihtiyaçları ebeveynlerinin yaşam tarzlarını etkileyerek, anne babaların tutumlarına şekil vermekte ve stresle başa çıkma yöntemleri geliştirmelerine neden olmaktadır. Bu çalışmada zihinsel engelli ebeveynlerinin stres ile başa çıkma düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Stresle başa çıkma stratejileri olarak da ebeveynlerin, çocuğa ait yaş, cinsiyet, engellilik düzeyi ile anne babalara ait yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi değişkenler karşılaştırmalı olarak incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Üsküdar ilçesindeki 4 rehabilitasyon merkezindeki zihinsel engelli çocukların annelerine, bizzat araştırmacı tarafından uygulanan ölçeklerle gerçekleştirilmiştir. Araştırmada zihinsel engelli çocuğa sahip ebeveynlerin stresle başa çıkma düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ebeveynlerin stresle başa çıkma stratejileri; çocuğa ait yaş, cinsiyet, engellilik düzeyi ile anne babalara ait yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi değişkenler karşılaştırmalı olarak incelenecektir.

Bulgular: Araştırma dâhilinde kişisel bilgi formunu ve anket sorularını yanıtlayan %68,9 kadınlar ve %31,1 erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 40.29 ± 7.75 (En az= 25, En fazla= 74)'tür. Katılımcıların%87,9 evli, %9,1 boşanmış ve %3,0 eşi vefat etmiştir. Katılımcıların %53,0 ev hanımı, %15,2 serbest meslekte çalışmakta, %12,1 işçi, %9,8 memurdur. Ortalama değerlere baktığımızda katılımcıların stresle başa çıkma tarzlarından en çok kendine güvenli yaklaşımına sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların cinsiyetleri arasında çaresiz yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. ($p<0.05$). Çaresizlik yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından kadınların lehine anlamlı bir fark vardır [$t=2.18$, $p=.031$]. Kadınların erkeklere oranla çaresiz yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Boyun eğici yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından kadınların lehine anlamlı bir fark vardır

[$t=2.49, p=.014$]. Kadınların erkeklere oranla boyun eğici yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Araştırmanın sonucuna göre elde edilen sonuçlara göre de zihinsel engelli çocuğa sahip ebeveynlerin tutum ve davranışları ile strese karşı başa çıkma yöntemleri arasında ilişki saptanmıştır. Katılımcıların yaşları, cinsiyetleri, aile durumu, eğitim düzeyi, engellilik düzeyi ve çocuklara ait yaş, cinsiyet ve engellilik düzeyleri arasındaki ilişkilere bakıldığında anlamlı sonuçlar ortaya çıktığı görülmektedir. . Zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin ruhsal durumlarının rehabilitasyon merkezlerinde yakından izlenmesi ve ihtiyaç duyduklarında hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve psikologlar tarafından psikososyal desteğin sağlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Zihinsel engelli çocuklar, engelli ebeveynleri, stresle başa çıkma tutumları, zihinsel engelli anne ve babaları.

GENERAL KNOWLEDGE

Name and Surname : Hafize ALBAYRAK
Field : Psychology
Program : Clinical Psychology
Supervisor : Assistant Professor Doctor Nadire Gülçin YILDIZ
Degree Awarded and Date : Master – November 2014

ABSTRACT

With this research, the main purpose of the study is to examine the relation between the level of coping stress and having a mentally disabled child. For this purpose, the current study aims to find a correlation between parents' who have a mentally distorted child and their level of strengths against struggling to stressors problems. As the coping stressful events strategies, parents' age, gender, education of level variables and mentally disabled children's age, gender, level of handicap and education level are under the search in the current study just for reveal their connection.

This recent study is applied in 4 different rehabilitated centers in Istanbul; the mentally handicapped children's families constitute the participants of the study. In the current study, the researcher is applied a scale to the parents to measure their level of coping stress, and the researcher has applied the scale on her own to the participants.

At the result of the research, it was seen that there was a correlation in mentally disabled children's families' level of stress.

Key words: Disabled children and parents, stress, coping with stress, mentally distorted children.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET.....	II
ABSTRACT	IV
KISALTMALAR.....	VII
TABLolar LİSTESİ.....	VIII
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	X
BÖLÜM I GİRİŞ.....	1
1.1 ARAŞTIRMANIN AMACI.....	2
1.2 ARAŞTIRMA SORULARI	3
1.3 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	4
1.4 ARAŞTIRMANIN SAYILTIARI.....	4
1.5 ARAŞTIRMANIN TANIMI.....	4
BÖLÜM II LİTERATÜR TARAMASI	6
2.1 ZİHİNSEL ENGELLİ KAVRAMI	6
2.2 ZİHİNSEL ENGELLİ TANIMI	6
2.3 ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUKLARIN ÖZELLİKLERİ	7
2.3.1 Zihinsel Özellikler	7
2.3.2 Bedensel ve Psikomotor Özellikler	10
2.3.3 Dil ve Konuşma Özellikleri	12
2.3.4 Kişilik Özellikleri	14
2.3.5 Sosyal Özellikleri	14
2.4 ZİHİNSEL ENGELLİLERİN SINIFLANDIRILMASI	16
2.5 ZEKÂ GERİLİĞİ (MENTAL RETARDASYON)	18
2.5.1 Zekâ Geriliğinde Sınıflandırma	19
2.6 OTİZM	19
2.6.1 Otizmlı Çocukların Özellikleri	25
2.6.2 Otizmlı Çocuklarda Görülen Davranış Problemleri	27
2.7 DOWN SENDROMU	29
2.7.1 Down Sendromu Tipleri	30
2.7.2 Down Sendromlu Çocukların Genel Özellikleri	31
2.7.3 Down Sendromlu Çocuklarda Gelişimsel Özellikler	31
2.7.4 Motor Gelişim İle İlgili Özellikleri	32
2.7.5 Zihinsel Özellikleri	33
2.7.6 Dil Gelişimi İle İlgili Özellikleri	34
2.7.7 Sosyal Gelişim ve Davranış İle İlgili Özellikleri.....	34
2.7.8 Down Sendromlu Çocukların Özbakım Becerileri	34
2.8 ZİHİNSEL ENGELLİLİĞİN NEDENLERİ VE YAYGINLIĞI	35
2.9 ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP AİLELERDE ANNE BABA TUTUMU	37
2.10 STRES KAVRAMI	45
2.10.1 Stresin Tanımı	46
2.10.2 Stres Kavramının Tarihsel Gelişimi.....	49

2.10.3 Stresle Karıştırılan Kavramlar.....	50
2.10.4 Stresin Belirtileri	50
2.10.4.1 Fiziksel Tepkiler	50
2.10.4.2 Davranışsal Belirtiler.....	52
2.10.4.3 Psikolojik Stres Belirtileri	53
2.10.5 Stres Türleri.....	53
2.10.5.1 Olumlu Stresler.....	53
2.10.5.2 Olumsuz Stresler	54
2.10.6 Stresin Değerlendirilmesi.....	54
2.10.7 Stresle Başa Çıkma Tutumları	55
2.11 ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP OLMANIN AİLELER ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ	62
2.11.1 Engelli Bireylerin Ailelerinde Suçluluk-Utanç.....	62
2.11.2 Engelli Çocuğa Sahip Anne Babalarda Evlilik Uyumu	63
2.11.3 Engelli Çocuğa Sahip Anne Babalarda Tükenmişlik Durumları	64
2.11.4 Engelli Çocuğa Sahip Anne Babalarda Depresyon	65
2.12 ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP AİLELERİN STRES VE STRESLE BAŞA ÇIKMA DURUMLARI.....	66
BÖLÜM III GEREÇ VE YÖNTEM.....	68
3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI.....	68
3.2 ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	68
3.3 ARAŞTIRMA SORULARI	68
3.4 VERİLERİN TOPLANMA ARAÇLARI.....	70
3.4.1 Aile Bilgi Formu	70
3.4.2 Stres ile Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ).....	70
3.5 VERİLERİN ANALİZİ.....	71
3.6 ETİK.....	72
BÖLÜM IV BULGULAR.....	73
BÖLÜM V TARTIŞMA VE YORUM	116
BÖLÜM VI SONUÇ VE ÖNERİLER.....	125
3.7 SONUÇ.....	125
3.8 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	127
3.9 ÖNERİLER	127
KAYNAKLAR.....	130
EKLER.....	149
ÖZGEÇMİŞ.....	153

KISALTMALAR

DS	Down Sendromu
DSM	American Psychiatric Association
EEG	Elektro Ensefalografi
HSV	Herpes simplex Virüsü
ICD	World Health Organization
IQ	İntelligence Quotient
SBTÖ	Stres ile Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
SQ	Social Quotient
WISC-R	Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği
YGB	Yaygın Gelişimsel Bozukluk

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Down Sendromlu Çocuklar ile Normal Çocukların “Duyusal-Motor Gelişim” Yaşları.....	11
Tablo 2: Zihinsel Engelin Sınıflandırılması	16
Tablo 3: Normal Gelişen Çocuklarla Down Sendromlu Çocukların Gelişim Farklılıkları	33
Tablo 4: Araştırmaya Katılan Katılımcıların Demografik Değişkenlere İlişkin Dağılımı	73
Tablo 5: Katılımcıların Stresle Başaçıkma Ölçeğinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gruba Göre Dağılımı	78
Tablo 6: Katılımcıların Cinsiyeti İle Stresle Başaçıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Bağımsız Örneklem T-Testi” ve “Mann Whitney U” İle Karşılaştırılması.....	79
Tablo 7: Katılımcıların Yaşları İle Stresle Başaçıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis” İle Karşılaştırılması	81
Tablo 8: Katılımcıların Medeni Durumları İle Stresle Başaçıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” İle Karşılaştırılması	83
Tablo 9: Katılımcıların Eğitim Durumları İle Stresle Başaçıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis” İle Karşılaştırılması	85
Tablo 10: Katılımcıların Meslekleri İle Stresle Başaçıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis” İle Karşılaştırılması	87
Tablo 11: Katılımcıların Aylık Gelir Düzeyleri İle Stresle Başaçıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis” İle Karşılaştırılması.....	89
Tablo 12: Katılımcıların Sosyal Güvenceleri İle Stresle Başaçıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis” İle Karşılaştırılması	91
Tablo 13: Katılımcıların Aile Yapısı İle Stresle Başaçıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” İle Karşılaştırılması	93
Tablo 14: Katılımcıların Eşleriyle Akraba Olup Olmaması İle Stresle Başaçıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” İle Karşılaştırılması	95
Tablo 15: Katılımcıların Engelli Olan Çocuğunun Cinsiyeti İle Stresle Başaçıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” İle Karşılaştırılması	97
Tablo 16: Çocukların Kaç Kardeş Olduğu İle Stresle Başaçıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis” İle Karşılaştırılması	99
Tablo 17: Çocukların Doğum Sırası İle Stresle Başaçıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Anova” ve “Kruskal Wallis” İle Karşılaştırılması	101
Tablo 18: Katılımcıların Engelli Olan Çocuğunun Aldığı Tam İle Stresle Başaçıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis” İle Karşılaştırılması	103
Tablo 19: Katılımcıların Engelli Olan Çocuğunun Özel Durumu Nedeniyle Günlük İşlerini Yapmada Sorun Yaşama Durumu İle Stresle Başaçıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Bağımsız Örneklem T” Testi ve “Mann Whitney U” İle Karşılaştırılması.....	105

Tablo 20: Katılımcıların Engelli Olan Çocuğunun Özel Durumu Nedeniyle Aile İçinde Sorun Yaşama Durumu İle Stresle Başaıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Bağımsız Örneklem T” Testi ve “Mann Whitney U” İle Karşılaştırılması.....	107
Tablo 21: Katılımcıların Engelli Olan Çocuğunun Özel Durumu Nedeniyle Diğer Çocuklarıyla İlgilenmede Sorun Yaşama Durumu İle Stresle Başaıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Bağımsız Örneklem T” Testi ve “Mann Whitney U” İle Karşılaştırılması.....	109
Tablo 22: Katılımcıların Engelli Olan Çocuğunun Özel Durumu Nedeniyle Psikolojik Destek Alma Durumu İle Stresle Başaıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” İle Karşılaştırılması.....	111
Tablo 23: Katılımcıların Engelli Olan Çocuğunun Ne Kadar Süredir Özel Eğitim Aldığı İle Stresle Başaıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis” İle Karşılaştırılması.....	113



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Zihinsel Engelli Sorunlarının Oranları..... 36



BÖLÜM I GİRİŞ

Ailede beklenen sağlıklı bir çocuğun dünyaya gelmesidir. Çocuğun engelli olması tüm beklentileri değiştirmektedir. Yetersizliğe sahip çocukları olan ana babaların hemen hepsinin karşılaştığı baskılara ve gerilimlere ilave olarak çocuklarının özel sorunları ve gereksinimleri nedeniyle yaşadıkları pek çok stres ve kaygı kaynağı vardır (Gallagher vd., 1983:10-19). Engelli çocuğa sahip olma ailelerin yaşamlarını olumsuz etkilemektedir. Engelli ya da hasta çocuğun aile içindeki sağlıklı ilişkilerin ve çatışmaların bir nedeni olduğu belirlenmektedir (Baltaş, 1986: 111-112).

Ailede engelli bir çocuğun dünyaya gelmesiyle beraber ailenin beklentilerinde, sosyal manadaki ilişkilerinde, iş hayatında, aile bütçesinde ve gelecek planlarında mecburi değişiklikler olmaktadır. Bu yeni oluşan durum aile fertlerinde stresi artırmaktadır. Yapılan araştırma sonuçları; anne babanın engelli çocuğun doğumuyla oluşan tepkilerinin “şok, inkâr, üzüntü, kızgınlık, suçluluk, kaygı, beklenmedik krizler, dış dünyanın tutumuyla yüz yüze gelmekten kaçınma, hayal kırıklığı, kendine güven ve saygı duymada azalma” gibi farklı tutum ve davranışlar olduğunu göstermektedir (Akandere, 2009:24).

Aile, çocuğun yetiştirilmesinde ve eğitilmesinde çok büyük roller üstlenmektedir. Bu sorumluluğu zaten üzerinde hisseden ailelerin, çocukları engelli olduğunda güçlük ve problemlerle başa çıkmaları daha da güçleşmektedir. Engelli bir çocuğun doğumu ile ebeveyn, çocuklarının durumu hakkında yeterli bilgi alamama, diğerlerine çocuğun durumu hakkında açıklama yapmada güçlük çekme, çocukta engelli durumuna bağlı gerçekleşen davranış ve sağlık problemleri, tedavi ve eğitim hususunda birçok uzmanla iletişim kurma mecburiyeti, uygun eğitim bulma gayretleri, daha fazla para, enerji, zaman gayretleri ve çocuğun geleceğine dair kaygılar gibi birçok problemle karşılaşmaktadır. Bu durumdan ailedeki bütün kişiler etkilenmekte, aile içindeki denge değişmekte ve aile üyeleri tekrar bu dengeyi kurmakta güçlük çekmektedir (Orhan, 2004).

Engelli bir çocuğa sahip olmanın ailede yarattığı etkilerden biri de ailenin yaşam biçimi ve günlük hayatını engelli çocuklarına göre düzenlemesidir. Bu durum

sonucunda artan stres nedeniyle günlük hayatın gereği olan işleri yapmada ve kişilerarası ilişkilerde zorluklar yaşayabilmektedir. Günlük yaşamında aile bireylerinin zaman, ilgi ve enerjisinin büyük bölümünü engelli çocuğuna kanalize etmesi, anneyi zamanla eşinden ve diğer çocuklarında, bu durum da zamanla evlilik ilişkisinde ve aile hayatının uzaklaşmasına sebep olabilmektedir. Anne ve baba arasında evlilik uyumu ile ilgili problemler yaşanabilmektedir.

Engelli bir çocuğun varoluğu yalnızca aile arasındaki ilişkiyi etkilememekte, kardeşlerinde bu durumdan etkilenmesi söz konusu olmaktadır. Kardeşlerden birinin engelli olması, kardeşlerin birbiriyle olan ilişkisini de doğrudan etkilemektedir. Ailenin hayatı, çoğunlukla engelli çocuğun ihtiyaçları doğrultusunda sürmektedir. Bu dönemde ailenin sık sık engelli çocuğu ile vakit geçirmesi ve normal gelişim seyri gösteren çocuklarını ihmal etmesi ile birlikte sağlıklı gelişim gösteren çocukların psiko-sosyal gelişimlerini ve engelli kardeşiyle olan ilişkilerini negatif yönde etkilemektedir

1.1 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada zihinsel engelli çocuğa sahip ebeveynlerin stresle başa çıkma düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ebeveynlerin stresle başa çıkma stratejileri; çocuğa ait yaş, cinsiyet, engellilik düzeyi, çocuğun kardeşinin olup olmadığı varsa ailede kaçınıcı kardeş olduğu ile anne babalara ait yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, aylık gelir düzeyi, aile yapısı, sosyal güvence, eğitim düzeyi ve ebeveynler arasında akrabalık bağı olup olmaması gibi değişkenler karşılaştırmalı olarak incelenecektir.

- A.** Birinci bölümünde zihinsel engellilik kavramı ve zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin tutumu açıklanmıştır.
- B.** İkinci bölümde stres kavramı ve zihinsel engelli çocuğa sahip olmanın aile üzerindeki stres ve diğer psikolojik etkileri üzerinde durulmuştur.
- C.** Üçüncü bölümde araştırmanın yöntemi açıklanmıştır.
- D.** Dördüncü bölümde yapılan ölçeğin değerlendirmesine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

1.2 Araştırma Soruları

Bu genel amaç doğrultusunda şu sorulara cevap aranacaktır:

1. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan aileler stresle başa çıkmada anlamlı düzeyde bir farklılık göstermekte midir?
2. Zihinsel engelli çocuğa sahip aileler stresle başa çıkabilme tutumlarından hangi yaklaşımı sergiliyorlar?
3. Zihinsel engelli çocuğa sahip bireylerin cinsiyetleriyle, yaşlarıyla, medeni durumlarıyla, eğitim durumlarıyla, meslekleriyle, aylık gelir düzeyleriyle, sosyal güvenceleriyle, aile yapısıyla, eşleriyle akrabalık bağı olup olmaması durumuyla stresle başa çıkma tutumları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık var mıdır?
4. Zihinsel engelli çocuğa sahip bireylerin çocuğunun cinsiyetiyle stresle başa çıkma tutumları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık var mıdır?
5. Zihinsel engelli çocuğa sahip bireylerin çocuklarının kaç kardeş olma durumlarıyla, doğum sırasıyla stresle başa çıkma tutumları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık var mıdır?
6. Zihinsel engelli çocuğa sahip bireylerin çocuğunun aldığı tanıyla stresle başa çıkma tutumları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık var mıdır?
7. Zihinsel engelli çocuğa sahip bireylerin çocuğunun engel durumu nedeniyle günlük işlerini yapmada sorun yaşama durumlarıyla stresle başa çıkma tutumları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık var mıdır?
8. Zihinsel engelli çocuğa sahip bireylerin çocuğunun engel durumu nedeniyle aile içinde sorun yaşama durumlarıyla stresle başa çıkma tutumları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık var mıdır?
9. Zihinsel engelli çocuğa sahip bireylerin çocuğunun özel durumu nedeniyle diğer sağlıklı olan çocukla/çocuklarıyla ilgilenmede sorun yaşama durumlarıyla stresle başa çıkma tutumları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık var mıdır?
10. Zihinsel engelli çocuğa sahip bireylerin çocuğunun engel durumu nedeniyle psikolojik destek alma durumlarıyla stresle başa çıkma tutumları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık var mıdır?

1.3 Araştırmanın Önemi

Çocuğun gelişiminde aile, oldukça önemli bir yere sahiptir. Toplumun göz ardı edilemeyecek bir parçası olan engelli bireylerin yanı sıra, bu bireylerin aileleri de bu parçanın içine dâhil edildiğinde, nüfusun azımsanamayacak kadar büyük bir kısmı ile karşı karşıya kalınmaktadır(Yıldız, 2009).

Engelli çocuk ailelerinin aile ilişkileri, anne ve babanın psikolojik durumu öncelikle çocukları olmak üzere yakın çevresini, sonrasında da içinde yaşadığı toplumu etkileyecektir. Ailenin engelli çocuğunu kabullenmemesi durumunda ise, çocuğun gelişim alanlarında gerileme söz konusu olacaktır. Çocuğu kabullenmeyen, onun bu durumunu reddeden bir annenin çocuğuna yardımcı olması ve karşılaştığı güçlüklerle baş edebilmesi imkânsızdır. Bu durumda olan bir annenin umutsuzluğa kapılması çok kolay olacaktır. Ayrıca yaşadığı psikolojik-sosyal ve duygusal problemler, çocuğunun tüm hayatını doğrudan etkileyecektir (Yıldız, 2009).Bu sebeple ailenin çocuğunu kabul edişi ve o çocuğa iyi bir bakım verebilmeleri, gerekli olan psikolojik yardımın sağlanması ile mümkün olacaktır. Anne babanın alacağı aile eğitimi ve danışmanlık hizmeti, aile içi ilişkilerinin de refaha kavuşmasına sebep olacaktır.

Özel gereksinimli çocukların eğitim görmeleri amacıyla açılan özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerine, çocuk kadar ailenin katılımının sağlanması da gereklidir. Bu katılım ancak, aileye verilecek olan eğitimle mümkün olacaktır. Bu nedenle, araştırma ile hedeflenen, engelli çocuğa sahip olan anne ya da babaların yaşam kalitesini düşüren stres ile ilişkili değişkenlerin belirlenmesi ve bu doğrultuda araştırma sonucunda elde edilen bulguların anne babalara rehberlik niteliğinde katkı sağlaması hedeflenmektedir. Bu araştırmanın, bu konuda yapılacak olan diğer araştırmalara da kaynak olması düşünülmektedir.

1.4 Araştırmanın Sayıltıları

Araştırmaya katılan anne ya da babalar, ölçme araçlarını yansız olarak, içtenlikle, gerçek duygu ve düşüncelerini yansıtacak şekilde cevaplandırmışlardır.

1.5 Araştırmanın Tanımı

Stres: Organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durum olarak tanımlanmaktadır (Baltaş, 2012).

Engelli: Doğuştan veya sonradan; bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük ihtiyaçlarını karşılamada güçlükleri olan ve korunma, bakım veya rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişiyi ifade eder (Engelli Hakları Başucu Kitapçığı, 2013).

Zihinsel Engellilik: Zihinsel işlevler bakımından ortalamanın iki standart sapma altında farklılık gösteren, buna bağı olarak kavramsal, sosyal ve pratik uyum becerilerinde eksiklikleri ya da sınırlılıkları olan, bu özellikleri 18 yaşından önceki gelişim dönemlerinde ortaya çıkan ve özel eğitim ile destek eğitim hizmetlerine gereksinim duyan kişiyi ifade eder (Engelli Hakları Başucu Kitapçığı, 2013).

Otizm: Sosyal etkileşim, sözel ve sözel olmayan iletişim, ilgi ve etkinliklerdeki sınırlılığı, erken çocukluk döneminde ortaya çıkan ve bu özellikleri nedeniyle özel eğitim ile destek eğitim hizmetine ihtiyacı olan bireyi ifade eder (Engelli Hakları Başucu Kitapçığı, 2013).

Down Sendromu: Çoklu zekâ kuramına göre değerlendirildiğinde sosyal zekâları diğerk zekâ türlerinden daha yüksektir. Bazı çocuklar okula veya eğitim merkezine isteyerek gider ve yapılan etkinliklere katılmayı sever ve bu özellikleri nedeniyle özel eğitim ile destek eğitim hizmetine ihtiyacı olan bireyi ifade eder(Özbey, 2007).

BÖLÜM II LİTERATÜR TARAMASI

GENEL BİLGİLER

2.1 Zihinsel Engelli Kavramı

2.2 Zihinsel Engelli Tanımı

Zihinsel engel, genel evrensel eylemin ortalamanın önemli seviye altında (IQ testinde yaklaşık 70 ya da altında IQ) olmasıyla birlikte, kendi kendini yönetim/yönlendirme, iletişim, ev hayatı, kendine bakım, toplumsal/bireylerarası beceriler, toplumsal fırsatlardan yararlanma, boş zamanları değerlendirme, okulla ilgili işlevsel beceriler, iş, sağlık ve güvenlik disiplinlerinin en az ikisinde yetersizlik ve bozukluk olması, ayrıca başlangıcının 18 yaşın altında olması ve değişik birçok etiolojisiyle beraber merkezi sinir sistemi işlevselliğini etkileyen oldukça çeşitli patolojik aşamaların ortak sonucudur (DSM-IV, 1998).

Doğum öncesi, doğum süreci ve doğum sonrasında birtakım sebeplere bağlı, genel zihinsel faaliyetlerde normal insanlardan önemli düzeyde gerilik ve bunun dışında uyum içinde gerçekleştirilen davranışlarda da yetersizlik gösterme durumu zihinsel engellilik olarak ifade edilmektedir (Sosyal Hizmet Uzmanı, 2014).

Zihinsel engeli olanlarla ilgili günümüzde yapılan açıklamalarda mevcut uyum davranışlarının üzerinde önemle durulmaktadır. Uyum davranışlarında yetersizlik, kişinin yaşından ve kültüründen beklenen bireysel bağımsızlık ve sosyal sorumluluk rollerini gerçekleştirmesidir. Zihinsel faaliyetlerde gerilik yaşayan fakat uyum davranışları yeterli düzeyde olan çocuklara zihinsel engelli tanısı konamaz. Zihinsel faaliyetlerde geriliğe sahip en az iki uyum davranışı alanında yetersizliği olan çocuk zihinsel engelli olarak ifade edilmektedir (Megep, 2007).

Zihinsel engellilik, gelişim dönemlerinde uyumlu davranışlardaki bozukluğa ek olarak genel zekâ fonksiyonlarının normalin altında olma halidir. Bu ifadenin en açık şekli de gelişim dönemlerinde ortaya çıkan ve yaklaşık 18 yaşına kadar olan aşamadır. Zekâ fonksiyonları yönünden normalin altında olma ise zekâ testlerinden elde edilen zekâ kısmı puanının yaklaşık 70'den aşağı olması durumudur (Kulaksızoğlu, 2003).

2.3 Zihinsel Engelli Çocukların Özellikleri

Zihinsel engeli olan çocukların genel özelliklerinin anlaşılması, bu çocukların tanınmasına ve bu çocuklara yönelik uygun eğitim programlarının hazırlanmasına yardımcı olması açısından oldukça önem taşımaktadır. Zihinsel engelli çocuklar dağınık gruplar şeklindedir. Bu sebeple zihinsel engelli çocuklar benzer nitelikler göstermesine karşılık, her zihinsel engeli olan çocuğun sahip olduğu nitelikler değişiklik göstermektedir. Çocuğun sahip olduğu zihin engelinin sebebi, çocuğun yaşı, zihin engelinin seviyesi ve aldığı eğitim zihinsel engelli çocukların niteliklerine etki etmektedir(Cavkaytar ve Diken, 2006).

Zihinsel engelli çocuklar kendilerini başarısız görme eğilimi içindedirler. Bu sebeple derslere karşı ilgisiz, öğrenmeye isteksizdir. Gayretlerinin kendilerine bir şey kazandırmadığı ve ne kadar gayret gösterirse göstereceğini öğrenemeyeceklerini düşünürler; bunun anlamı öğrenilmiş zorluk yaşamalarıdır (Özyürek, 1996). Bu bağlamda bu çocuklarda ki negatif düşünceleri engellemek ailenin ve öğretmenin uyumlu işbirliğine bağlıdır.

Akademik anlamda başarısızlık çocukta zayıf benlik kavramı geliştirebilmektedir. Çocuğun yetersiz benlik algısı doğrudan okul başarısızlığı ve engellenmeye bağlıdır. Çocuğun benlik algısı ancak öğrenme sorunu düzeldiği zaman gelişme gösterecektir. Eğer çocuğun öğrenme sorunu yardım edilmeden çözümlenmezse benlik algısındaki tahribatın sürdürülmesi sonlandırılmamaktadır (Arı, 1992).

2.3.1 Zihinsel Özellikler

Eripek'in (2005) araştırmasında zekâ geriliği olan kişileri normal yaşlılarından ayıran en belirgin niteliğin öğrenme eksikliği olduğunu saptamıştır. Öğrenme sürecinde bir diğerinin yardımına, engeli olmayan yaşlılarından daha fazla gereksinim duyduklarını ve bunun yanında engeli olmayan yaşlılarının kendiliğinden öğrendiği çeşitli şeyleri öğrenmede zorluk çektiklerini ifade etmiştir.

Uzun süreli belleklerinde önemli sorunları olmayan zihinsel engelli çocuklar, engeli olmayan çocuklara göre daha geç ve zor öğrenmektedirler. Ancak bir kez öğrendiklerinde (öğrendikleri bilgi ya da beceri uzun süreli bellekte yer aldığı anda) akla getirmeleri sağlıklı yaşlılarından farklı gelişmektedir. Sadece bunları kullanmada, aynı

zamanda herhangi bir öğrenme alanında öğrenilen bilgi ya da davranışları aynı ortamlarda uygulamada zorluk yaşadıkları görülmektedir (Shift, 1969).

Öğrenme süreci her ne kadar gerçek anlamda zihinsel becerilere bağlı gelişim gösterse de, bu becerilere paralel veya zaman içinde kazanılan dikkat ve hatırlama kabiliyetleri de öğrenmede faydalı olmaktadır. Zihinsel engeli olan çocukların dikkat toplama ile ilgili problemleri bulunmaktadır. Dikkatleri dağınık ve kısa sürelidir. Bu çocuklar dikkatlerini yeni alanlara odaklamaktan çok, daha önce öğrenmiş oldukları alanlara odaklanmaktadır. Bu durum zihinsel yetersizliklerin yanında eksik güdülenmeyle de tarif edilmektedir. Zekâ geriliğine sahip çocukların birçoğu negatif çevre şartları altında yaşamaktadır. Ebeveynler fakir ve çok çocuklu olduğu gibi eğitim seviyeleri de düşüktür. Bu şartlarda çocuğun öğrenmeye yönelik güdülenmesi düşük olmaktadır. Geçmişte öğrenmeyle ilgili olarak birçok başarısız tecrübelerinin olması öğrenmeye ilişkin algılarını negatif yönde etkilemektedir. Hafızaya ilişkin de problemler yaşamaktadırlar. Zihin engelli çocukların kısa süreli hafızaları zayıftır. Bu yüzden hatırlamada zorluk yaşarlar. Uzun süreli hafızaya alabildikleri bilgileri unutmazlar ve tekrarlamaya varsayımları yüksektir. Kısa süreli belleklerdeki sorunların sebebi uygun öğrenme ve transfer metotlarını kullanamamalarıdır (Eripek, 2001; Cavkaytar ve Diken, 2006).

Yapılan çalışmalarda öğrenme ile motivasyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Zihinsel engeli bulunan çocukların öğrenmeye ilişkin motivasyonlarının engelli olmayan yaşlılarına göre çok daha düşük olduğu görülmektedir. Zihinsel engeli olan çocukların öğrenmeye ilişkin güçlük yaşadıkları bazıları ise öğrendikleri bilgileri değişik durum ve mekân genelleymemelerine ilişkindir. Zihinsel engelli çocuklar öğrendikleri bilgi ya da beceriyi başka bir yerde veya katılımcı üzerinde uygulamada güçlük çekerler. Akademik performans çerçevesinde de okumaya ve okuduğunu anlamaya ilişkin ciddi problemler yaşamaktadırlar. Matematik becerileri açısından bir diğer sorunda yaşanan akademik beceri alanıdır (Cavkaytar ve Diken, 2006). Soyut terim kavram ve tanımları çok geç ve zor anlamakta ve kavramaktadırlar. Zaman kavramları çok geç ve zor gelişmektedir (Özgür, 2004).

Mekan ortamında güçlük çekerler. Kendi duruşunun farkında olamama, kendi konumuna göre başka objelerin konumunu kavrayamama, başka objelerin konumundaki değişikliklere adapte olamama gibi yetersizlikler görülebilir (Güven, 2003).

Down Sendromlu çocuklarda zihinsel özellikler aşağıdaki gibi özetlenebilir:

DS'lu bireylerde çeşitli derecelerde mental gerilik görülür. Yüz yirmi bir DS'lu çocuğun bilişsel becerilerinin değerlendirildiği bir çalışmada; olguların % 19'unda hafif, % 30'unda orta, % 33'ünde ağır ve % 18'inde ileri ağır derecelerde mental retardasyon görüldüğü ve yetişkinlerde görülen mental retardasyonun, gençlerde görülen mental retardasyona kıyasla daha ağır olduğu bildirilmiştir (Määttä ve Kaski, 2006). Başka bir çalışmada ise kadınlarda görülen zihinsel geriliğin, erkeklere kıyasla daha hafif, öğrenme becerisinin ise daha hızlı olduğu bildirilmiştir (Määttä vd., 2006).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde, DS'lu bireylerin IQ değerinin 20-80 arasında olup ortalama IQ değerinin 50-60 arası olduğu görülmektedir (Paterson, 2001).

Yapılan araştırmalarda, erken eğitim alan çocukların okul çağına geldiklerinde yapılan IQ testlerinde, % 20 daha yüksek değer kazandıkları görülmüştür. İlk dönemlerde motor gerilik, algısal geriliğe göre daha baskındır ancak okul dönemine gelindiğinde bu durum tersine döner. Erken çocukluk döneminde DS'lu bireyler, hafif mental geriliğe sahip gibi gözükürler ancak ilerleyen dönemlerde mental gerilik daha belirgin hale gelir (IQ 40 - 54) (Hayes ve Batshaw, 1993).

Otizmlilerdeki zihinsel özellikler aşağıdaki gibi özetlenebilir:

Otizmlilerdeki çocukların zekâ düzeyleri incelendiğinde yaklaşık olarak %80'nin, Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği'nden (WISC-R) 70'in altında puanlar aldığını görmekteyiz. Büyük bir kısmı zekâ testinden düşük puan almaktadır ancak bununla birlikte bazı otizmliler matematik, müzik ve mekanik gibi alanlarda yaşitları ile kıyaslandığında üstün yetenekler göstermektedirler (Bodur ve Soysal, 2004).

Otistik çocukların zihinsel becerilerine baktığımız zaman; olayları anlamama, empati kuramama, genelleme yapamama, dikkatini uzun süre sürdürememe gibi güçlükleri olduğunu görmekteyiz (Özbey, 2005).

Otistik çocuklarda belli alanlarda çok üstün yetenekler olabilir ancak bu diğer alanlarla uyum halinde değildir. Örneğin; kitabı bir kez okuyarak tamamını ezberleyebilen bir çocuk iletişim kurmak için cümle kurmayabilir (Özbey, 2005). Otistik çocuklarda olduğu ifade edilen üstün yetenekler genellikle soyutlama yetisi gerektirmeyen ve sadece belleğe dayalı uçuş ve tren tarifeleri, araba plakaları, tarihi olayların gün ve yerleri, kimyasal formüller, telefon defterindeki numaraların akılda tutulması gibi becerilerdir (Gillberg ve Coleman, 1992).

2.3.2 Bedensel ve Psikomotor Özellikler

Zekâ geriliği söz konusu olan çocuklar en çok bedensel ve devinimsel özellikleri yönünden sağlıklı çocuklara benzemektedir. Genellikle zihinsel engelli çocukların kaba ve ince motor becerilerinde zayıflık olabilmektedir. Biyolojik sebeplerle oluşan zekâ geriliklerinde bedensel ve duyuşsal engellere, buna bağılı olarak çeşitli devimsel sorunlara sık sık rastlanmaktadır (Cavkaytar ve Diken, 2006; Eripek, 2001).

Kaba motor (büyük kas) ve ince motor(küçük kas) beceriler motor gelişimlerinde (Özer, 1998). Zihinsel engelli çocuklarda büyük ve küçük motor becerilerinin gelişimi sağlıklı gelişim gösteren çocuklarla aynı gelişimi göstermektedir. Ancak çeşitli sebeplerden ötürü zihinsel engelli çocuklar uygun motor beceriler geliştirememektedir. Merkezi sinir sisteminin zarar görmemesi neticesinde; ritimlere uyma becerilerini gerçekleştirme, büyük ve küçük kasları kullanma sürecinde zorluklar yaşanmakta; el-göz koordinasyonunu geç ve zor sağlamaktadırlar. Bu rahatsızlıklar psikomotor gelişimlerinde yetersizlik göstermelerine sebep olabilmektedir. Zihinsel engelli çocukların çoğunda (özellikle kromozom bozukluğuna bağılı olanlarda) kaslarda güçsüzlük olduğundan genel olarak motor becerileri etkilenmektedir. Bu çocuklar yürürken sıklıkla düşmekte, sendelemekte, eşyalara çarpmakta ya da eşyaları düşürmektedir (Uther ve Brar, 1996). Zihinsel yetersizliği bulunan kişilerin yürüyüşü, ayakların yerde sürünmesiyle atılan bir adım ve kambur duruş biçiminde olmaktadır (Sucuoğlu ve Çiftçi, 2001). Bazı çocuklarda ince hareket kabiliyetleri gelişmediğinden dudakların ve dilin uyumlu bir şekilde hareket etmediği görülmektedir. Açık konuşmak için gerekli bir ince hareket becerisi olan dudakların ve dilin hızlı hareket ettirilme yeteneği anlaşılmaktadır. Bu sebeple anlaşılır bir şekilde konuşmamakta ve konuşmada yavaşlık görülebilmektedir (Snell, 1983).

Günlük yaşam aktivitelerini yapabilmek için kişilerin farklı ortamlara fiziksel uygunluk göstermeleri gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda zihinsel engelli kişilerin fiziksel uygunluk seviyelerinin zihinsel engeli olmayan kişilerden daha düşük olduğu bulunmuştur. Zihinsel engelli çocukların düşük fiziksel uygunluk seviyeleri ve uzun reaksiyon süreleri, günlük yaşam faaliyetlerinde bağımsız olmalarını engelleyen önemli sorunlar arasındadır (Yıldırım ve Yılmaz, 2004).

Down sendromlu çocuklardaki bedensel ve psikomotor özellikler ve normal çocuklardaki gelişim aşağıdaki gibi özetlenebilir:

Tablo 1: Down Sendromlu Çocuklar ile Normal Çocukların “Duyusal-Motor Gelişim” Yaşları

DUYUSAL-MOTOR AKTİVİTELER	Down Sendromlu Çocuklar		Normal Çocuklar	
	Ortalama yaş	Gelişim aralığı	Ortalama yaş	Gelişim aralığı
180 göz takibi	3 ay	1 ½ - 6 ay	1 ½ ay	1 ay - 3 ay
Çıngırak kavrama	6 ay	4 ay - 11 ay	4 ay	2 ay - 6 ay
Bir elinden diğerine obje geçirme	8 ay	6 ay - 12 ay	5 ½ ay	4 ay - 8 ay
Oyuncağa ulaşmak için sopa kullanmak	11 ½	7 ay - 17 ay	7 ay	5 ay -10 ay
Örtü altına saklanmış objeleri bulmak	13 ay	9 ay - 21 ay	8 ay	6 ay - 12 ay
Kutunun içine 3 küp koyabilmek	19 ay	12 ay - 34 ay	12 ay	9 ay - 18 ay
İki küpü üst üste koymak	20 ay	14 ay - 32 ay	14 ay	10 ay - 19 ay
3 parçalı basit yap-boz yapmak	33 ay	20 ay - 48 ay	22 ay	16 ay - 30 ay
Bakararak daire çizebilmek	48 ay	36 ay - 60 ay +	30 ay	24 ay - 40 ay
Şekil ve renkleri eşleştirebilmek	4 - 5 yaş			
Basit kurallı oyunlar oynamak	4 - 5 yaş			

*Tablo Cunningham, 1997’den alınmıştır.

DS’nun tipik bulgularından olan gecikmiş motor gelişmeye, azalmış postüral tonus, yetersiz postüral reaksiyon, hipermobilité ve propriosepsiyon duyu kaybı eşlik eder. DS’lubireylerin motor gelişimleri üzerinde hipotoniye ilave eklem laksitesi, kısa ekstremite ve azalmış güç, mental gelişim, sosyal gelişim ve genel sağlık sorunlarının yavaşlatıcı etkisi görülür. Konjenital kalp hastalıkları ya da görme bozuklukları gibi

sağlık problemlerinin de motor becerilerin gelişimini, bilişsel ve sosyal gelişimi etkilediği belirtilmiştir (Lautenslager, 2000).

Çeşitli araştırmacılar DS'lu çocukların, karakteristik motor beceri engellerini araştırmışlardır. Yapılan bir çalışmada azalmış postüral kas tonusunun etkileri, yetersiz postüral reaksiyonlar, propriosepsiyon sorunları belirtilmiştir. Bebeklik döneminde motor gelişim, mental gelişime kıyasla daha baskındır. Yaşları 0-2 arası değişen 47 DS'lu çocukla yapılan bir çalışmada mental yaşın kronolojik yaşa yakın olduğu ancak motor yaşın kronolojik yaşa göre istatistiksel olarak geri olduğunu bildirilmiştir. Bayley motor ve mental gelişim skalası uygulanarak, 6-10 aylık DS'lu çocuklar ile yapılan bir araştırma sonucunda, bu dönemdeki motor geriliğin mental gerilikten daha baskın olduğu belirtilmiştir (Lautenslager, 2000).

2.3.3 Dil ve Konuşma Özellikleri

Zihinsel engelli çocuklar dili ve konuşmayı engeli olmayan çocukların gelişim süreçlerinden geçerek öğrenirler. Fakat bu süreçlerden geçerken geçiş hızları yavaştır. Bu da dil ve konuşma gelişimlerinin ilk evrelerinde kalmalarına yol açmaktadır. Diğer taraftan ortamdan yoksun olmaları ve konuşma gelişimine işlevsellik kazandıracak yeterli uyarının olmaması da kelime dağarcıklarının yetersizliğini ortaya koymaktadır (Özgür, 2004).

Zihinsel engeli olan çocuklarda konuşma ve dillerinde meydana gelen farklılıklar hafiften ağır seviyesine kadar sıralanmaktadır. Bu durum zekâ geriliğinin derecesine, ev ve çevresinde aldığı uyarılar ile önceden gördüğü tedavi gibi birçok faktöre bağlıdır. Zekâ geriliği yaşayan çocuğun anlama ve konuşma sorunları bulunmaktadır. Bu çocukların; emirleri izlemeleri, kavramları anlama yetenekleri zayıftır. Dil ile anlatma (cümle uzunlukları, cümle yapıları ve kelime hazineleri) becerileri kendilerinden daha küçük çocukların anlatmasına benzemektedir. Anlatmak istedikleri durumları ya da duygularını anlatma için yüz, el-kol, işaretleri kullanarak ve arzularını gürültülü seslerle ifade etmektedirler. Artikülasyon becerileri son derece geri kalmıştır (Karatepe, 1992).

Zihinsel engele sahip çocuklarda sıklıkla görülen ve bilişsel aşamalarda doğrudan bağlantısı olan sorunlar dil ve konuşma sorunlarıdır. Okuma gibi akademik

becerilerin birçoğunun konuşma ve dil becerisine bağılı olarak gelişiyor olması, bu çocukların akademik performanslarının az olmasını göstermektedir. Konuşma sorunları son derece yaygın olarak zihinsel engelli çocuklarda gözlemlenebilmektedir. Konuşmaya ilişkin olarak sesin perdesi, yüksekliği, ses bilgisi ile ilgili problemler, konuşma seslerinin üretilmesi ile ilgili olan ses bozuklukları, bireyin konuşma hızı ve akıcılığı ile ilgili akıcılık sorunları en yaygın görülen sorunlardır (Cavkaytar ve Diken, 2006).

Zihinsel engeli hafif olan çocuklar, kelimelerdeki bazı sesleri atlama, ses ekleme veya sesleri yanlış telaffuz etme gibi konuşma bozuklukları göstermekte, sözlü ifadelerin ve görevlerin nasıl yürütüleceğine ilişkin açıklamaları anlamakta zorluk yaşamaktadır. Yaşlarına uygun cümleler kuramamakta, sözcük dağarcıkları yetersiz olmakta ve sözcükleri yanlış kullanmaktadırlar. Ancak sınırlı cümleler ve sözcüklerle bile etrafındaki kişilerle konuşarak iletişim kurabilmektedirler. Orta ve ağır zihinsel engelli çocuklar ise bu problemlere ek olarak, çok daha sınırlı cümle ve sözcük kullanarak düşünce ve isteklerini dile getirmektedirler. Bu çocuklar konuşmanın çok sınırlı veya hiç olmadığı hallerde isteklerini açıklamak için işaretler kullanırlar ve seslerle anlaşırırlar (Kulaksızıoğlu 2003).

Down sendromlu çocuklardaki dil ve konuşma özellikleri aşağıdaki gibidir:

- A.** DS'lu bireylerde mental gerilikle ilişkili olarak sözcüklerle ifade etme sorunları, sözdizim bozuklukları, sözcüklerin anlaşılır olmaması ve hız sorunları görülür (Roberts, 2007).
- B.** Chappman ve Hesketh çocukluk çağında söylenen ve işitilen sözcüklerin hafızada kısa süreli tutulması ile ilgili sorunlar yaşandığını ve ifade edici dil gecikmesinin bilişsel süreçle paralel bir gelişim gösterdiğini bildirmiştir (Chappman ve Hesketh, 2001). Bilginer, Down sendromlu çocukların doğuştan sahip oldukları hipotoninin motor gelişim üzerinde olduğu gibi dil gelişimi üzerinde de önemli engelleyici rol oynadığını bildirmektedir (70). DS'lu bir çocuğun ilk anlamlı sözcük söyleme yaşı ortalama 23 ay iken iki kelimedenden oluşan basit cümle kurma yaşı 2-7 yaş arasındadır (Selikowitz, 2008.).
- C.** Down Sendromlu çocuklar kendilerine özgü bir dil gelişimi göstermektedirler. Alıcı dil ile ifade edici dil gelişimi arasında önemli farklılıklar görülmektedir.

Çoğu pek çok sözcük ve komutu anlayabilmesine rağmen pek azı isteklerini uygun cümlelerle anlatabilmekte ya da resimde gördüklerini sözel olarak ifade edebilmektedir.

Otizimli çocuklardaki dil ve konuşma özellikleri aşağıdaki gibidir:

Otizimli çocukların dil ve konuşma becerisinde görülebilen eksiklikleri şu şekilde sıralayabiliriz(Korkmaz, 2005). Konuşma dilinin gecikmesi ya da hiç gelişmemesi, kişi zamirlerinin doğru kullanamama, karşılıklı konuşma başlatamama ya da bir konuşmayı sürdürememe, konuşmanın vurgusu, ritmi ve entegrasyonunda yaşanan sorunlar (Bodur ve Soysal, 2004). Otistik çocuklar kendilerine bir şey söylenildiğinde veya seslenildiğinde kişilerde duymuyormuş hissi uyandırabilir (Bodur ve Soysal, 2004).

2.3.4 Kişilik Özellikleri

Zekâ geriliği yaşayan çocuklara karşı toplumun uygun olmayan tutum ve davranışları, buna bağlı veya bundan bağımsız olarak eskiden yaşamış olduğu aşırı başarısızlıklardan ötürü kaygı, başarısızlık ve engelleme duygusu gibi tehditleri daha fazla yaşarlar. Neticede bu duygularla başa çıkmada en önemli çözüm olan zihinsel faaliyetler ile ilgili başarısızlık göstermeleri, bu çocuklarda kişilik ve sosyal sorunların sıklıkla görülmesine yol açmaktadır (Eripek, 2001).

Zihinsel engele sahip çocuklar, kendilerine güven duymadıkları için başkalarının yardımına ihtiyaç duymaktadırlar. Duygu ve düşüncelerini ifade etmede birçok duygusal geri dönüşüm göstermektedirler. Kendi başlarına bir işi başlatıp devam ettirme hususlarında güçlük çekmekte ve cesaretleri hemen kırılmaktadır (Özgür, 2004).

2.3.5 Sosyal Özellikleri

Sosyal beceriler günlük yaşamda başkalarına bağımlı olmadan yaşamının en önemli kriterlerinden biri olarak düşünülmektedir. Aynı zamanda birtakım hallerde akademik becerilerden daha da önemli bir husus olarak oluşmaktadır. Zihinsel engele sahip kişiler sosyal, duygusal ve davranışsal problemleri, sağlıklı gelişim gösteren bireylere göre sıklıkla yaşarlar. Zihinsel engelli olan kişilerin akademik alanlardaki başarısız tecrübeleri, davranışsal, sosyal ve duygusal sorunlar yaşamalarının ana sebebi olarak gösterilmektedir. Ayrıca, sosyal gelişim ile zekâ yaşı arasında doğrudan bir

ilişkinin olması, dolayısıyla zekâ yaşının kişinin bulunduğu takvim yaşından daha düşük olması, davranışsal sosyal ve duygusal sorunlar yaşamasına sebep olabilmektedir. Zihinsel engelli çocuklar, genellikle zayıf bireylerarası becerilere sahiptirler ve sosyal olarak uygun olmayan davranışlar sergilemektedirler. Bu nedenle genellikle yaşlıları ve sınıf arkadaşları tarafından reddedilme durumlarıyla karşılaşmaktadırlar (Cavkaytar ve Diken, 2006).

Zihinsel engele sahip çocuklar, genellikle diğerlerinin duygu ve düşünceleri ile ilgilenmemekte, sık sık ilgi çekmeye çalışmaktadır. Kızgın oldukları, kafaları karışık veya emin olmadıklarında veya kendilerine zevk verdiği anlarda zaman zaman zarar verici davranışlar göstermektedirler. Zihinsel engelli çocukların benlik kavramları zayıf, kendilerine güvenleri hiç yoktur. Hatta bencildirler, sosyal hususlara uymada zorluk yaşamaktadırlar. Aynı zamanda, tembellik, yeme, dikkat dağınıklığı sorunları, aşırı inatçılık ve saldırganlık gibi vasıflarda oldukça sık yaşanmaktadır (Çiftçi 2007).

Zekâ geriliği yaşayan çocuklar başkalarıyla zor ilişki kurmaktadır. Kurulan ilişkiyi devam ettirmekte güçlük yaşamaktadırlar. Kendi yaşlılarından daha küçük kişilerle arkadaşlık etmeyi istemektedirler. Grup içinde daima başkalarının yardımına ihtiyaç duymaktadırlar. Toplum ve oyun kurallarına uymada zorluk yaşamaktadırlar (Özgür, 2004).

Down sendromlu çocukların sosyal özellikleri ile ilgili olarak yapılan araştırmalar göstermektedir ki Down Sendromlu kişilerin sosyal gelişimleri zihinsel becerilerinden daha ilerdedir. Sosyal Zekâ düzeyi (SQ Social Quotient) genellikle IQ'dan daha yüksektir; erken ve orta çocukluk döneminde aralarında üç yıl kadar fark vardır. Bu öz bakım becerilerinin, zihinsel yetenek ve dil bölümlerine oranla daha kolay öğrenilmesine bağlanabilir (Cunningham 1997, Sağol 1998).

Otistik çocukların sosyal becerilerin gelişim sürecine bakıldığında bunların normal gelişen çocuklarda sonradan kendiliğinden gelişen ve çevresiyle girdiği etkileşim neticesinde kazanılan beceriler olduğunu görmekteyiz. Normal gelişim gösteren çocuklar içinde yaşadığı ortamda çevreninde katkısıyla bu yetilerini kullanarak toplumsallaşır. Ancak otistik bozukluk gösteren çocuklarda bu yetiler için gerekli nörobiyolojik mekanizmalarda hasar meydana geldiği için bu toplumsal becerileri

kendiliklerinden edinemezler (Frith, 2001). Nesnelere ve gündelik yaşamın rutinine bağımlılık otizmlili çocuğu olan aileleri en çok zorlayan alanlardan bir tanesidir, çünkü bu düzendeki en küçük bir sapma dahi ve öfke nöbetlerine neden olabilir (Korkmaz, 2003). Grup oyunlarından kaçınma, aynı oyuncakla uzun süre ve sıkılmadan oynama, oyuncak elinden alındığında aşırı tepki gösterme, yaratıcı, kurallı ve işbirliğine dayanan oyunlara katılmama gibi oyun becerileriyle ilgili güçlükleri sosyal gelişimlerini ve arkadaşlık kurma becerilerini olumsuz etkilemektedir (Özbey, 2005).

Otistik çocukların genellikle günlük hayatlarında oyunlarında tek başlarına kalmayı tercih ettikleri, aile bireyleriyle, çevresindeki insanlarla iletişim kurmaya çalışmadıkları görülmektedir. Otizmlili çocuklar, çevrelerinde ve evlerinde fiziksel değişiklikler olduğu zaman bu duruma büyük tepki gösterebilirken, insanlarla iletişim kurmak ve sürdürmek bu çocuklar için önem arz etmemektedir (Darıca, Abidoğlu ve Gümüşçü, 2005).

2.4 Zihinsel Engellilerin Sınıflandırılması

Zihinsel engele sahip çocuklar, birbirlerinden farklı niteliklere sahip olmaları sebebiyle sınıflandırılma yapılmaktadır. Sınıflandırma, engelli çocuklara has özelliklerin tespit edilmesi ve uygun eğitim kurumlarına yerleştirilmeleri yönünden önemlidir. Sınıflandırma genellikle ağırlık oranlarına göre hafif, orta, ağır ve çok ağır şeklinde olmaktadır (Eripek, 2003).

Zihinsel engellilik tarihsel gelişim süreci içinde farklı uzmanlık alanları tarafından farklı biçimlerde sınıflandırılmıştır. (Kulaksızoğlu, 2003).

Tablo 2: Zihinsel Engelin Sınıflandırılması

IQ (Zekâ Bölümü)	Tıbbi Tanı	Psikolojik Tanı	Eğitimsel Tanı
70-55	Debil	Hafif Geri	Eğitilebilir
55-35	Embesil	Orta Geri	Öğretilebilir
35-25	İdiot	Ağır Geri	Bağımlı
25 ve altı	İdiot	Çok Ağır	Tam Bağımlı

A. Hafif derecede zihinsel geriliği olanlar (55-70 IQ):

- 1. 6 yaşa kadar:** Yürüme, koşma, özbakım gibi kabiliyetlerde engeli olmayan yaşlılarına oranla biraz geri olsalar da hemen ayırt edilmeyebilmektedir. Bu yaşlarda henüz tanı konulmama olasılığı olmaktadır.
- 2. 6-18 yaş arası:** Genellikle okula geç veya özel eğitim sınıflarında başlarlar. Basit akademik bilgileri öğrenirler. Öğretilbilir gruptan daha iyi seviyededir.
- 3. Yetişkinlikte:** Çalışma yaşamında ve özel hayatlarında son derece başarılı durumdadırlar. Sorumluluk alabilirler, evlenebilirler, yetişkin yardımına çok fazla gereksinim duymadan hayatlarını devam ettirebilirler.

B. Orta derecede zihinsel geriliği olanlar (35-55IQ):

- 1. 6 yaşa kadar:** Yürüyebilir, kendilerini besleyebilirler. Bu dönemde özbakım kabiliyetleri yönünden bağımlı olarak yaşayan engelli gruba göre daha iyi durumda sayılırlar. Basit anlamda tuvalet eğitimini almaları da mümkündür. Basit cümlelerle konuşabilirler.
- 2. 6-18 yaş arası:** Basit akademik bilgileri (sayılar, renkler, şekiller gibi) ve özbakım ile ilgili becerileri öğrenebilirler. Tanıdığı ortamda kendi kendilerine başkalarına bağımlı olmadan bağımsız hareket edebilirler.
- 3. Yetişkinlikte:** Basit işleri bir büyüğünün olması durumunda yapabilirler. Fakat yetişkine bağılı olarak hayatlarını devam ettirebilirler. Evlenmeleri ise uygun olmamaktadır.

C. Bağımlılar (25-35 IQ):

- 1. 5-6 yaşına kadar:** 5-6 yaşına kadar yürümeleri son derece güç ya da çok yetersizdir. Kendilerini 6 yaşlarına doğru basit anlamda besleyebilir, tuvalet eğitimi almaları güçtür. Konuşmaları yetersizdir.
- 2. 6-18 yaş arası:** En fazla 2-3 kelimelik basit cümlelerle konuşmaktadırlar. Motor gelişimleri yetersiz düzeydedir. Özbakım kabiliyetleri 6 yaşına göre biraz daha iyi seviyededir, öğrenebilirler,

ancak halen yetişkin denetimine gereksinim duyarlar. Basit günlük becerileri öğrenebilmektedirler.

3. Yetişkinlikte: Başlarında bir yetişkin olması dâhilinde basit ve rutin işleri gerçekleştirebilirler.

18 Aralık 2004 tarih 25674 sayılı Resmi Gazete 'de yayınlanan, Milli Eğitim Bakanlığı, Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikle zihinsel gerilik adı altında, zihinsel engelli kişiler aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır (MEB, 2004):

Hafif Düzeyde Zihinsel Yetersizlik: Kişinin eğitim yaşamı içinde, sınırlı düzeyde özel düzenlemelere ve destek eğitim hizmetleri gereksinimi olması halini göstermektedir.

Orta Düzeyde Zihinsel Yetersizlik: Kişinin ana akademik, günlük hayat ve iş becerilerinin kazanılmasında yoğun özel eğitim gereksinimi olması halini ifade etmektedir.

Ağır Düzeyde Zihinsel Yetersizlik: Kişinin öz bakım becerilerinin öğretimi de dâhil olmak üzere hayatı boyunca süren, hayatın her alanında tutarlı ve daha yoğun destek hizmet ve gereksinimi özel eğitim olması halini ifade etmektedir.

Çok Ağır Düzeyde Zihinsel Yetersizlik: Kişinin zihinsel geriliği yanında diğer yetersizliklerin bulunması sebebiyle öz bakım, günlük hayat ve ana akademik becerilere sahip olmamasından ötürü ömür boyu gözetim ve bakım gereksinimi olması halidir.

Eğitsel sınıflandırma bir diğer sınıflandırma çeşididir. Dolayısıyla zihinsel engelli kişiler, öğretilbilir zihinsel engelli, eğitilebilir zihinsel engelli ve klinik bakıma gereksinimi olan çocuklar olarak ayrılmaktadır. Klinik bakıma gereksinimi olan çocuklar çok ağır derecede zihinsel gerilik yaşayan çocuklardır. (Özmen, 1998).

2.5 Zekâ Geriliği (Mental Retardasyon)

Tıbbi anlamda zekâ geriliği, Türk Dil Kurumu'nun yapmış olduğu tanımlamaya göre türlü sebeplerle zihnin görevini yapmakta gösterdiği sürekli yavaşlama, duraklama ve gerileme durumudur. Bununla beraber zekâ geriliği alanında bugün dünya çapında kabul gören en önemli kuruluşlardan biri olan American Association on Mental Retardation (Amerikan Zihinsel Engelliler Derneği), zekâ geriliğini “onsekiz yaşından

önce meydana gelen, günlük sosyal ve uygulama becerilerinde kendini gösteren, zihinsel işlevlerde ve uyumsal davranışlarda sınırlılık durumu” olarak tanımlamıştır (Eripek, 2002).

2.5.1 Zekâ Geriliğinde Sınıflandırma

Zekâ geriliği olduğu tespit edilen kişiler için “psikolojik” ve “eğitsel” olmak üzere iki tür sınıflandırma söz konusudur. Psikolojik sınıflandırma hafif, orta, ağır, çok ağır zekâ geriliği şeklinde yapılır. Zekâ geriliği, eğitsel açıdan “eğitilebilir” ve “öğretilebilir” zihinsel engelli şeklinde sınıflandırılır. Eğitilebilir zihinsel engelliler psikolojik sınıflandırmada hafif ve orta zekâ geriliği grubundadır (Eripek, 2002).

Yukarıda yapılan sınıflandırmalar zihinsel engelliliği zekâ geriliği ve eğitilebilir olması açısından sınıflandırmıştır. Buna ek olarak down sendromlular ve otistikler de zihinsel engelliler arasında görülmektedir. Bunları da tanımlamakta fayda görülmektedir.

2.6 Otizm

Otizm uzun yıllardır kullanılan bir terimdir. Otistik olarak tanımlanan çocukların genellikle başkalarıyla iletişim kurmakta zorlandıkları, konuşmadıkları, kendi içlerine dönük oldukları, çevre ile alakadar olmadıkları ve günlük yaşamı sürdürme de zorlandıkları bilinmektedir.

İlk olarak İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuler tarafından 1911 yılında kullanılan otizm sözcüğü, iletişimin reddedilmesi ve gerçeklikle olan ilişkide bozukluk çerçevesinde nitelendirilmiştir. Ancak 1943 yılında çocuk psikiyatristi olan Leo Kanner otizmi bir sendrom olarak tanımlamış ve otizmin, otistik yalnız, rutinlerdeki değişikliklere direnme ve farklı yetenekler olmak üzere üç karakteristik özelliği olduğunu vurgulamıştır (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005).

Kanner, tekrarlayan basit oyunlar, gecikmiş konuşma, sosyal iletişimsizlik ve kişilerden uzak durma gibi davranışlarda bulunan 2 – 8 yaşlarındaki 11 çocuk hastası için erken bebeklik otizmi kavramını kullanmıştır (Matson ve Neal, 2009). Kanner bu çocukların anneleriyle alakalı gözlemlerinden otizmin soğuk, ilgisiz ve entellektüel

annelerden kaynaklanıyor olabileceğini savunarak ‘‘buzdolabı anneler’’ tanımlamasını kullanmıştır.

1944 yılında Avusturya’da Hans Asperger de otizmle ilgili çalışmalarda bulunmuştur ve bugün Asperger's Sendromu olarak bilinen bir grubun özelliklerinden bahsetmiştir. Otistik Psikopati olarak isimlendirdiği bu çocukları normal zekâyaya sahip olmalarına karşın sosyal beceriler açısından yetersiz ve sözel olmayan iletişim becerilerinde sıra dışı olarak tanımlamıştır. Asperger's Sendromunun tanılama kriterleri ilk defa DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) ve ICD-10 (World Health Organization, 1996)’da yayınlanmıştır (Akt: Kırcaali, 2007).

Otizm, iletişim, sosyal etkileşim ve iletişim becerilerinde gerilik, oyun aktivitelerinde sınırlılıkla karakterize santral sinir sisteminin disfonksiyonuna bağlı olarak oluşan bir nöro davranışsal sendrom olarak tanımlanmaktadır (Nickel ve Widerstrom, 1997). Bir başka tanıma göre ise otizm, çocukluğun ilk üç yılı içinde iletişim ve sosyal beceri yetersizliği ile sınırlı ilgi, takıntılı ve tekrarlayıcı davranışlarla kendini gösteren, ileri derecede ve karmaşık bir gelişimsel bozukluk olarak ifade edilmektedir (Özbey, 2009).

Otizmin, birçok araştırmacı tarafından incelenerek tanımının geliştirildiği gözlenmektedir. Yapılan bu tanımlar, Rutter ve arkadaşları tarafından dört ana başlık altında toplanmaktadır (Yaşar, 2010):

1. Otizmin ortaya çıkma sıklığı 30 aylıktan önce görülmektedir.
2. Konuşma ve dil gelişiminde belirgin bir gecikme söz konusudur.
3. Otizm’de, sosyal gelişimle ilgili bir yetersizlik söz konusudur. Zihinsel gelişimle ilişkisi yoktur.
4. Kalıplaşmış oyun, aynılığı koruma ve değişikliğe karşı tepki gösterme bu çocukların belirgin davranışlarını oluşturmaktadır.

Son yıllarda otizm teriminin yanı sıra Otistik Spektrum Bozukluğu veya Yaygın Gelişimsel Bozukluk (YGB) terimleri de kullanılmaya başlanmıştır. Otizm YGB şemsiyesi altındaki bozukluklardan biri olarak tanımlanmaktadır (Kırcaali, 2007). DSM-I tanılama kriterlerinde otizm çocukluk şizofrenisinin bir çeşidi olarak

sınıflandırılmıştır. DSM-III' de ise dil ve sosyal becerilerde bozukluk, dikkat, algı, hareket ve gerçeklik testi gibi birçok psikolojik alandaki bozukluklarla karakterize olan durumu belirtmek için ilk kez Yaygın Gelişimsel Bozukluklar (YGB) tanımlaması kullanılmıştır (Engelend ve Buitelaar, 2008).

Yapılan araştırmalarla, otizmin küçümsenmeyecek bir oranda yaygın olduğu (10.000'de 4-5 ile 10.000'de 17 arasında) ve bu bozukluğun görülme oranının, erkeklerde kızlardan 3-5 kat daha fazla olduğu ortaya konmuştur. Otizm genellikle otuzuncu ayda tespit edilmektedir. Ancak kriterlerin zorluğu da otizimli birçok kişinin beş-altı yaşlarına kadar teşhis konulamamasına sebep olmaktadır (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005).

Otizmin nedenleri konusunda hala belirsizlik söz konusu olmasına karşın muhtemel nedenler olarak genetik, toplumsal çevre ve fiziksel çevrenin üzerinde durulmaktadır. Kanner otizmi doğuştan gelen bir bozukluk olarak tanımlamış ve anne-babanın soğuk kişilik özellikleri gösterdiğini iddia etmiştir. 1960'lı yılların sonunda otizmin nedeninin biyolojik temelli olduğu kabul edilmiştir. 1980'li yıllarda ise genetik etmenlerin rolü araştırılmaya başlanmıştır.

Otizmin temelinde yatan patoloji halen tam olarak bilinmemektedir. Yapılan son çalışmalarda genetik ve beyin işlevlerinin yanı sıra nörokimyasal ve bağışıklık etkenler de araştırılmaktadır (Akçakın, 2007).

Fombonne (2003)'e göre, Otizm olgularında infantil spazm, tuberoskleroz, serebral libidozis ve frajil X kromozom anomalisi en yaygın rastlanılan tıbbi bozukluklardır (Akt: Akçakın, 2007).

Yetersiz olan beyin fonksiyonları ve otizimli vakalardaki anormal elektro ensefalografi (EEG) bulguları merkezi sinir sisteminde sorunların olabileceğini ve nörokimya çalışmalarında anormalliklerin bulunması ile de otizmin biyolojik bir bozukluk olduğu da düşünülmektedir (Akt: Akçakın, 2007).

DSM-IV'e göre (APB, 2005) Otistik Bozukluk için tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. En az ikisi (1)'inci maddeden ve birer tanesi (2) ve (3)'üncü maddelerden olmak üzere (1), (2) ve (3)'üncü maddelerden toplam altı (ya da daha fazla) maddenin bulunması:

1. Aşağıdakilerden en az ikisinin varlığı ile kendini gösteren toplumsal etkileşimde nitel bozulma:

- a.** Toplumsal etkileşim sağlamak için yapılan el-kol hareketleri, alınan vücut konumu, takınılan yüz ifadesi, göz göze gelme gibi sözel olmayan birçok davranışta belirgin bir bozulmanın olması
- b.** Yaşlılarıyla gelişimsel düzeyine uygun ilişkiler geliştirememe
- c.** Diğer insanlarla eğlenme, ilgilerini ya da başarılarını kendiliğinden paylaşma arayışı içinde olmama (örn. ilgilendiği nesnelere göstermeme, getirmeme ya da belirtmeme)
- d.** Toplumsal ya da duygusal karşılıklar vermeme

2. Aşağıdakilerden en az birinin varlığı ile kendini gösteren iletişimde nitel bozulma:

- a.** Konuşulan dilin gelişiminde gecikme olması ya da hiç gelişmemiş olması (el, kol ya da yüz hareketleri gibi diğer iletişim yollarıyla bunun yerini tutma girişimi eşlik etmemektedir)
- b.** Konuşması yeterli olan kişilerde, başkalarıyla söyleyişi başlatma ya da sürdürmede belirgin bir bozukluğun olması
- c.** Basmakalıp ya da yineleyici ya da özel bir dil kullanma
- d.** Gelişim düzeyine uygun çeşitli, imgesel ya da toplumsal taklitlere dayalı oyunları kendiliğinden oynamama

3. Aşağıdakilerden en az birinin varlığı ile kendini gösteren davranış, ilgi ve etkinliklerde sınırlı, basmakalıp ve yineleyici örüntülerin olması:

- a.** İlgilenme düzeyi ya da üzerinde odaklanma açısından olağandışı, bir ya da birden fazla basmakalıp ve sınırlı ilgi örüntüsü çerçevesinde kapanıp kalma
- b.** Özgül, işlevsel olmayan, alışlageldiği üzere yapılan gündelik işlere ya da törensel davranış biçimlerine hiç esneklik göstermeksizin sıkı sıkıya uyma

- c. Basmakalıp ve yineleyici motor mannerizmler (örn. parmak şıklatma, el çırpma ya da burma ya da karmaşık vücut hareketleri)
 - d. Eşyaların parçalarıyla sürekli uğraşıp durma
- B.** Aşağıdaki alanlardan en az birinde, 3 yaşından önce gecikmelerin ya da olağandışı bir işlevselliğin olması: (1) Toplumsal etkileşim, (2) toplumsal iletişimde kullanılan dil ya da (3) sembolik ya da imgesel oyun.
- C.** Bu bozukluk Rett Bozukluğu ya da Çocukluk Tümleşik Olmayan (Dezintegratif) Bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz.

DSM IV’de yaygın gelişimsel bozukluklardan biri olarak gösterilen otistik bozukluğun, DSM 5 tanı ölçütleri kitabında, “Otizm Açılımı Kapsamında Bozukluk” olarak isimlendirildiği ve beş boyut içerdiği gözlenmektedir. Bu boyutlar:

1. Alt maddelerle kendini gösteren, değişik biçimleriyle toplumsal iletişim ve toplumsal etkileşimde süregiden eksiklikler
2. Alt maddelerinden en az ikisinin varlığı ile kendini gösteren sınırlı, yineleyici davranış örüntüleri, ilgiler ya da etkinlikler
3. Belirtiler erken gelişim evresinde başlamış olmalıdır.
4. Belirtiler, toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında klinik açıdan belirgin bir bozulmaya neden olur
5. Bu bozukluklar, anlıksal yetiyitimi (anlıksal gelişimsel bozukluk) ya da genel gelişimsel gecikme ile daha iyi açıklanamaz.

DSM-5’e göre; DSM-IV otistik bozukluk, Asperger bozukluğu ya da başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk kesin tanısı almış olan kişilere otizm açılımı kapsamında bozukluk tanısı konmalıdır. Toplumsal iletişimde belirgin eksiklikleri olan, ancak belirtileri, otizm açılımı kapsamında bozukluk için başka türlü tanı ölçütlerini karşılamayan kişiler, toplumsal iletişim bozukluğu açısından değerlendirilmelidirler.

DSM-IV’den farklı olarak DSM- 5’de otizm açılımı kapsamında bozukluk için, toplumsal iletişim ve kısıtlı, yineleyici davranışlar adı altında ağırlık düzeylerinin

belirtildiği gözlenmektedir. Bu ağırlık düzeyleri aşağıdaki gibi açıklanmaktadır (APB, 2013, s: 25- 29):

Birinci Düzey Ağırlık Düzeyi: Desteği gerektirir. Destek görmediğinde toplumsal etkileşimindeki eksiklikler görünür bozukluklara neden olur. Toplumsal etkileşimleri başlatmakta güçlük çeker ve başkalarından gelen toplumsal ilişki kurma yaklaşımlarına karşı sıra dışı ya da başarısız tepkiler verdiğiine ilişkin açık örnekler vardır. Toplumsal etkileşimlere karşı ilgisi azmış gibi görünebilir. Sözelimi, tam cümlelerle konuşan ve iletişim kuran, ancak karşılıklı konuşmayı pek beceremeyen, arkadaş edinme girişimleri yadırgatıcı ve başarısız olan bir kişi.

Davranışlarda esneklik göstermeme, bir ya da birden çok bağlamda işlevselliğin belirgin olarak bozulmasına neden olur. Etkinlikler arasında geçiş yapmakta güçlük çeker. Düzenleme ve tasarlama sorunları, bağımsız olmasına engel olur.

İkinci Düzey Ağırlık Düzeyi: Önemli ölçüde desteği gerektirir. Sözel ve sözel olmayan toplumsal iletişim becerilerinde ağır eksiklikler; destek gördüğü bir sırada bile toplumsal bozukluklar görülür ve başkalarından gelen toplumsal ilişki kurma yaklaşımlarına çok az tepki ya da olağandışı tepkiler gösterir. Sözelimi, yalın cümlelerle konuşan, kısıtlı özel ilgileriyle sınırlı etkileşim içinde olan ve sözel olmayan iletişimde yadırganacak yönler bulunan kişi.

Davranışlarında esneklik göstermeme, değişiklik karşısında güçlük çekme ya da diğer kısıtlı/yineleyici davranışlar, sıradan bir gözlemcinin görebileceği denli sık ortaya çıkar ve değişik bağlamlarda işlevselliği bozar. Odağını ve yaptığı eylemi değiştirmekte büyük sıkıntı/güçlük yaşar.

Üçüncü Düzey Ağırlık Düzeyi: Çok önemli ölçüde desteği gerektirir. Sözel ve sözel olmayan toplumsal iletişim becerilerindeki ağır eksiklikler, işlevsellikte ağır bozukluklara neden olur, çok sınırlı bir biçimde toplumsal etkileşim başlatır ve başkalarından gelen toplumsal ilişki kurma yaklaşımlarına çok az tepki gösterir. Sözelimi, anlaşılabilir ancak birkaç sözcük kullanabilen ve çok seyrek olarak etkileşim başlatan ve başlattığında da toplumsal gerekleri karşılamak üzere olağandışı yaklaşımlarda bulunan ve ancak, doğrudan toplumsal yaklaşımlara tepki veren bir kişi.

Davranışlarında esneklik göstermeme, değişiklik karşısında aşırı güçlük çekme ya da diğer kısıtlı/yineleyici davranışlar, bütün alanlarda işlevselliği belirgin olarak bozar. Odağını ve yaptığı eylemi değiştirmekte büyük sıkıntı/güçlük yaşar.

2.6.1 Otizmlı Çocukların Özellikleri

Otizmlı çocuklar birbirlerinden farklı özellik göstermektedirler. Bu nedenle onları tanımlayan pek çok davranış özellikleri bulunmaktadır (Yaşar, 2010).

Zihinsel Gelişim Özellikleri: Birçok alanda sınırlı becerileri olmasına karşın bu çocukların müziğe karşı ilgileri olduğu ve bu becerinin yanı sıra kuvvetli bir hafıza yeteneklerinin de bulunduğu belirtilmektedir. Genellikle zekâları yüksek otizmlı çocukların çok erken yaşta kendi kendilerine okumayı öğrendikleri gözlenmiştir. Fakat okuduklarından bir anlam çıkaramazlar. Bu durum, hiperleksi olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca otizmlı çocuklarda sayılar ve sayısal ilişkiler ile görsel algılama becerilerinin de bulunduğu belirtilmektedir (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005). Ancak Zekâ düzeylerini belirleyen testleri kullanmada otizmlı çocukların güçlükler yaşaması ve testlerde düşük performans göstermeleri zekâ bölümlerinin tespitini zorlaştırmaktadır (Yaşar, 2010). Yapılan araştırmalarla, otizmlı çocukların %40'ının 40-50 IQ, %30'unun 50-70 IQ ve %30'unun da 70 ve daha fazla IQ skoruna sahip oldukları belirtilmektedir (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005).

Dil Gelişimi Özellikleri: Otizmlı çocukların konuşma özellikleri, dil gelişimleri, yaşlıları olan normal çocuklara kıyasla farklılık göstermektedir. Konuşmaya başlama çok farklı yaşlarda gerçekleşse de genellikle ilk sözcükleri beş yaş civarında söyledikleri belirtilmektedir. Beş yaş sonrasında ise bu çocukların yeni sözcükler öğrendikleri ve isteklerini bu sözcüklerle dile getirmeye başladıkları gözlenmiştir. Bununla birlikte, bazı otizmlı çocukların konuşmaya normal yaşlılarıyla aynı zamanda başladıkları, ancak sonraki zamanlarda bildikleri bu sözcükleri kullanmadıkları vurgulanmaktadır. Bazı otizmlı çocuklarda, ekolalik (yankılı) tarzda konuşma söz konusudur. Yani çocuk sözcükleri veya cümleleri duyduğu anda ya da daha sonra tekrar etmektedir. Bu çocukların %25 ile %65'inde mutizm (konuşamama) olduğu, ayrıca okul öncesi dönemde bu çocukların %80'inde, fonksiyonel iletişimin gelişmeyebileceği belirtilmektedir. Bazı otizmlı çocuklarda ise var olan dilin, tümünü veya bir kısmını kaybetme durumu söz konusudur. Çoğunlukla on iki-yirmi dördüncü aylar arasında

yaşanmakta olan bu durum, otistik regresyon olarak adlandırılmaktadır. 70'in üzerinde bir IQ olması, 5 yaşından önce konuşmanın gelişmiş olması, etiyojide organik bir neden saptanmamış olması, anne ile çocuk arasında kurulan duygusal bağın güçlü olması ve özel eğitim alınması otizmin seyrini iyi etkileyen etmenler arasında yer alırken, zeka bölümünün %50'nin altında olması, sözel iletişim geliştirmemiş olması, tabloya epilepsinin eşlik etmesi ve klinik belirtilerin şiddetli olması ise durumu kötü etkileyen belirleyiciler arasında yer almaktadır (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005).

Sosyal-Duygusal Gelişim Özellikleri: Otizmlı çocukların hem basit hem de kompleks sosyal iletişim becerilerinde, akranlarına kıyasla oldukça yavaş ilerleme söz konusudur. Bu çocukların, normal gelişen çocukların aksine sosyal becerileri, başkalarını taklit ederek ve gözleyerek öğrenmekte oldukça zorlandıkları belirtilmektedir. Otizmlı çocuklarda hayal gücü ve taklit etme becerilerinde görülen yetersizlikler, onların sosyal oyun oynama becerilerinin gelişmemesine sebep olmaktadır. Normal akranları ile sosyal ilişki kurmakta da güçlük çekmelerinin yanı sıra, iletişim kurdukları kişilerin duygularını anlamakla ve kendi duygularını ifade etmekle ilgili de problem yaşadıkları bilinmektedir (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005).

Motor Gelişim Özellikleri: Motor becerilerin gelişiminde yaşlarına göre farklılıklar gözlenen otizmlı çocukların, hareketin seri ve yönergeye uygun olarak gerçekleştirilmesinde zorluklar yaşayabildikleri gözlenmiştir. Bununla birlikte bu çocukların bir hareketi gerçekleştirme ile ilgili motor hazır oluştuklarının da normal yaşlarına kıyasla iyi olmadığı belirtilmektedir. Bu nedenle, temel hareket becerilerini destekleyici çalışmalar ile bu becerilerin kazandırılması, onların kendi bedenlerini algılamaları ve çevrelerindeki dünyayı tanımaları açısından oldukça gereklidir. Ayrıca diğer vücut hareketlerine bir zemin hazırlaması ve daha karmaşık hareketlerin öğrenilmesi açısından da temel hareket becerilerinin gelişimi oldukça önem teşkil etmektedir. Otizmlı çocuklara çeşitli hareket deneyimleri kazandırmada ki önem, ilgili çalışmalarla da desteklenmektedir. Araştırma sonuçlarına göre engelli çocukların kendi başlarına bırakıldıklarında çevrelerini hareket ve oyunla keşfetmeleri oldukça zordur (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005).

2.6.2 Otizmlilerde Görülen Davranış Problemleri

Fazlıoğlu ve Yurdakul (2005) otizmlilerde gözlemlenen bazı davranış problemlerini; öfke nöbetleri ve saldırganlık, korku ve fobiler, mastürbasyon, kendini uyarıcı davranışlara yönelme, motivasyon ve dikkat problemleri, hiperaktivite, saplantı ve dış gıcırdatma olmak üzere 8 alt başlıkta toplamışlardır (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005).

Öfke Nöbetleri ve Saldırganlık: Genellikle iki-beş yaş arasında belirginleşen öfke nöbetleri, çığlık atma şeklinde küçük boyutlarda olabileceği gibi başını vurma, ellerini ısırma, kendine vurma, diğer kişilere zarar verme şeklinde büyük boyutlarda da görülebilmektedir. Nöbet, otizmlilerde çocuğun bir isteğinin yapılmaması veya ortamda istemediği bir durumun oluşmasıyla ya da kendini anlatamamanın verdiği zorlukla açığa çıkabilmektedir. Bunun yanı sıra nedensiz veya çok önemsiz görünen bir olay da çocuğun öfke nöbeti geçirmesine sebep olabilmektedir. Bu çocuklarda, bazen periyodik olarak her gün aynı saatte nöbet geçirme durumu söz konusudur ve böyle durumlarda çocuk yatıştırılmayabilir. Öfke nöbeti geçiren çocuklar için bir süreliğine ilaç kullanımı gerekli olabilmektedir. Ayrıca bu nöbetlerin yaş ilerledikçe azaldığı belirtilmektedir(Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005).

Otizmlilerde çocuklarda saldırgan davranışların açığa çıkma sebepleri çeşitlilik göstermektedir. Bu sebepler arasında; ebeveynlerin hatalı tutumları, çocuğun davranışlarına gereksiz yere müdahale edilmesi, çocuğun sık sık cezalandırılması, çocuğun ihmal edilmesi veya şımartılması yer almaktadır. Bu çocuklarda saldırganlık genellikle aile yakınlarına ve kardeşlere vurma, saç çekme ve ısırma şeklinde kendini göstermektedir. Bazen saldırganlığın boyutları tehlikeli bir hal alabilmektedir. Bu nedenle saldırganlığın mala ve cana yönelik olduğu durumlarda terapi ile birlikte ilaç kullanımı da önerilmektedir (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005).

Korku ve Fobiler: Özel bir kişiye, nesneye ya da duruma heyecansal tepki olarak ifade edilen korku, normal gelişim gösteren çocuklarda oldukça sık görülmektedir. Bununla birlikte çevresinde olup bitenlerin farkında olamayan ve kendini ifade edemeyen otizmlilerde çocuklarda da bazı özel korkuların görülebileceği ve bu korkulardan kurtulmalarının zaman olabileceği vurgulanmaktadır. Otizmlilerde çocukların kalabalık ortamlarda bulunmayı reddetmeleri, gözlemlenen özel korkulardan sadece

birini temsil etmektedir. Ayrıca bu çocukların bazen, korkularını olan biten her şeye genellemeleri onların sınırlı ve kaygılı olmalarına sebep olabilmektedir (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005).

Mastürbasyon: Ergenlik çağında görülen mastürbasyonda, yersiz bir endişe ve korkuya gerek olmamakla birlikte, bu durum otizmlı çocuğun keşfettiği ve zevk aldığı ender çıkış yollarından biri olarak ifade edilmektedir. Ancak ergenlik çağına gelen bu çocuklarda aşırı mastürbasyon ise önemli sorunlara sebep olabilmektedir. Günde defalarca mastürbasyon yapan otizmlı çocuğun ailelerinde yoğun bir endişelilik hali göze çarpmaktadır. Ayrıca nadiren çok küçük çocuklarda da mastürbasyon benzeri davranışlardan söz etmek mümkündür. Böyle anlarda, öncelikle bu davranışların gerçekten mastürbasyon olup olmadığını saptamak gereklidir. Sonrasında ise çocuğun dikkatini başka yöne çekmenin veya zevk alabileceği başka uğraşlara yönlendirmenin yararlı olabileceği belirtilmektedir (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005).

Kendini Uyarıcı Davranışlara Yönelme: Otizmlı çocukların çoğunda görülen stereotipik davranışlar (vücudu döndürme ve sallama, el çırpma gibi) çocuğun kendi kendini uyarması, davranışın tekrarlayıcı ve monoton olması sebebiyle, kendini uyarıcı davranışlar olarak da isimlendirilmektedir. Uyarıcı ihtiyacını karşılayamayan çocukların, kendini uyarıcı davranışlara yöneldikleri ve bu davranışların, çocukların hem sosyal ilişkilerini hem de öğrenme becerilerini olumsuz yönde etkiledikleri belirtilmektedir. Dolayısıyla otizmlı bir çocuğa uygun davranışların sunulması ve farklı becerilerin öğretilmesi bu davranışların azaltılmasında önemli etkenlerdir. Çünkü uygun davranışların sunulmadığı anlarda çocuğun, kendini uyarıcı davranışları yapmayı sürdürdüğü gözlenmiştir. Ayrıca kendini uyarıcı davranışlar ile kabul edilebilir davranışların sayısı ve sıklığı arasında ters ilişki olduğu vurgulanmaktadır. Yani kabul edilebilir davranışların görülme oranı arttıkça kendini uyarıcı davranışların görülme oranının azaldığı belirtilmektedir (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005).

Motivasyon ve Dikkat Problemleri: Otizmlı çocukların sıklıkla motivasyon ile ilgili problem yaşamalarının yanı sıra dikkat ile ilgili problemler de yaşadıkları bilinmektedir. Özellikle kendini uyarıcı davranışların dikkat üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır. Otizmlı çocuklar bu tür davranışlara yöneldiklerinde, dikkatlerini bir noktada toplamaları oldukça zor olmaktadır. Dikkat sürelerinin yetersizliği ile dikkat

dağınıklığının, yetersiz motivasyon ile yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir. Ayrıca otizmliler çocukların dikkati aşırı seçicidir (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005).

Hiperaktivite: Otizmliler çocukların bazılarında aşırı hareketlilik durumu söz konusu olabileceği gibi bazılarında ise hiperpasif denilecek ölçüde hareketsizlik ve durgunluk göze çarpmaktadır. Ayrıca hiperaktivitesi olan otizmliler çocukların çoğunda dikkat dağınıklığı da görülebilmektedir (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005).

Saplanma: Otizmliler çocukların da normal gelişim gösteren çocuklar gibi, nesnelere bir düzene dizme, farklı renk ve şekildeki cisimleri gruplama, çeşitli anlamsız düşünceleri zihinden atamama gibi çeşitli saplantılar gösterdikleri belirtilmektedir. Bunun yanı sıra bu çocuklarda, bazı nesnelere aşırı bağlanma da söz konusu olabilmektedir. Normal gelişim gösteren çocuklarda sevdikleri nesnelere karşı aşırı bağlılık durumunun belli bir yaşa kadar devam ettiği gözlemlenirken, otizmliler çocuklarda bu durumun ileriki yaşlarda da devam ettiği bildirilmektedir. Bu çocukların gazoz kapağı, kola kutusu, poşet gibi şeyleri biriktirdikleri ve bu nesnelere kaybolmasına ise katlanamadıkları gözlenmiştir (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005).

Diş Gıcırdatma (Bruksizm): Otizmliler çocukların büyük bit bölümünde gözlemlenen diş gıcırdatma uzun süreli olduğunda, çene ve dişlerle ilgili yapısal bozukluklara neden olabileceği belirtilmektedir. Çocuklarda görülen diş gıcırdatmanın, oral motor uyaran gereksinimlerinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra epilepsi ile diş gıcırdatma arasında bir ilişki olduğu yapılan araştırmalarla desteklenmiştir (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005).

2.7 Down Sendromu

Down Sendromu; vücuttaki hücrelerin 46 yerine fazladan bir kromozoma, yani 47 kromozoma sahip olmasıdır. Down Sendromu bir hastalık değil genetik kökenli doğumsal bir kromozom bozukluğu olarak bilinir. Dünyanın her yerinde ve tüm insan ırklarında Down Sendromu mevcuttur ve zamanla ortaya çıkan bir durum değildir. Down Sendromlu insanların, insanoğlunun oluşumundan beri var olduğu düşünülmektedir (Dost Yaşam, 2002). Down sendromu insanlarda en sık görülen kromozom anomalisi türü olup her ırktan, yaştan ve ekonomik seviyeden insanı etkilemektedir (Yiğiter ve Kavak, 2006:178).

19.yüzyılda İngiliz Doktor John Langdon Down, DS' lu insanlar için ayrıntılı bir tanımlama yayınlamıştır. Bu akademik çalışma 1866 yılında basılmıştır. Down bu çalışma ile bu sendromun babası olarak tanınmış ve onun adı ile anılmıştır. Down' dan önce de bazı bilim adamları bu sendromun karakteristikleri hakkında çalışmalar yaptılarsa da ilk kez Down bu sendromun kesin tanılarını ve farklılıklarını ortaya koyan kişi olmuştur (Gen Bilim, 2010).

2.7.1 Down Sendromu Tipleri

Down sendromunda 3 tip görülmektedir. Fakat bu üç tipin görünüşlerinin birbirlerine benzerken aralarındaki bireysel farklılıklar fazladır. Bu durum onlar için yapılacak araştırmaları da güçleştirmektedir. Halen DS' da alt gruplar olarak kabul edilen, trizomi 21, mozaik tip ve translokasyon olan çocukların fiziksel özelliklerinin farklı olduğunu gösteren herhangi bir araştırma yoktur (Turan,2002: 38).

Trisomy 21: Down sendromluların %95'i bu grupta yer almaktadır. 21 numaralı kromozom çift olması gerekirken üç tanedir. Bundan dolayı 46 kromozom olması gerekirken 47 kromozom olmaktadır. Bölünme sırasında meydana gelen ayrılmama durumuyla ortaya çıkan fazla 21. kromozomun sebep olduğu Down sendromu tipidir (Akt: Adan, 2009: 11).

Mosaicim (Mozaik Tip): Hücrelerdeki kromozom sayılarında farklılıklar görülmektedir. Bazı hücrelerde 46, bazılarında 47, bazılarında ise 48 kromozom bulunmaktadır. Hastalık, mozaizmin yoğunluğuna göre farklı seyredebilir. Trizomi 21 oranı ne kadar çok ise, çocuk mozaik down sendromu özelliklerini o kadar çok gösterir. Down sendromluların %1-2'si bu gruptadır (Ndss, 2010).

Translocation; Translokasyona bağlı (yer değiştirmeye bağlı) Down sendromunun %60'ı döllenme sırasında oluşur, kalan kısmı aileden kalıtım yoluyla gelmektedir. 21. kromozom hücrede 14. kromozoma eklenmiş şekilde bulunur. Bebek, kromozom sayısı 46 olmasına rağmen,21. kromozomun 3. kopyasını taşımaktadır. Translocation türü kalıtımsal yolla oluşabilen tek Down Sendromu türüdür ve sonraki hamileliklerde tekrar etme olasılığı yüksektir. Down sendromluların %3,5'i bu gruptadır (Verimli, 2010:1).

2.7.2 Down Sendromlu Çocukların Genel Özellikleri

Bazı çocukların sarı saçlı, bazılarının mavi gözlü olması gibi Down Sendromu da genetik farklılıktır. Down Sendromu yüzde tipik benzerliğe, zekâ geriliğine ve erken yaşta ölüme neden olur (Silivri RAM, 2010: 4).

Bu çocukların beden ve görünüşleri birbirine benzemektedir. Bu nedenle genellikle doğumdan sonraki birkaç gün içinde fark edilirler. Down Sendromlu çocukların taklit etme yeteneği dikkat çeker. Mutlu, eğlenceli, sevgi dolu, dışa dönük ve oldukça sosyaldirler. Çoklu zekâ kuramına göre değerlendirildiğinde sosyal zekâları diğer zekâ türlerinden daha yüksektir. Arkadaşlık ilişkilerini çok çabuk geliştirirler. Yeni tanıştığı insanlarla çabuk kaynaşır ve girdiği yeni ortama kolayca ısınırlar. Kimisi kolay öfkelenip saldırgan davranışlarda bulunabilir. Müzikten, eğlenceden ve oyun oynamaktan büyük keyif alırlar. Bazı çocuklar okula veya eğitim merkezine isteyerek gider ve yapılan etkinliklere katılmayı sever. Akademik beceri gerektiren durumlarda güçlük yaşarlar. Birçoğu düztabanlıdır. Vücutları esnek ve kasları zayıftır (Özbey, 2007).

Down Sendromun da en sık karşılaşılan fiziksel özellikler şunlardır:

1. Düz ve basık bir yüz yapısı, küçük burun,
2. Burun kökünün basık olması,
3. Gözün iç kenarlarında tipik görünüşlü deri kıvrımları,
4. Anormal yapılı ve düşük yerleşimli kulak kepçeleri,
5. El ayasını ortadan ikiye bölen tek bir çizgi (Simian çizgisi),
6. Kaslarda gerginliğin az olması,
7. Eklemlerin normalden fazla miktarda açılabilmesi,
8. El küçük parmağında ortadaki kemiğin olmaması,
9. Ayak başparmağı ve ikinci parmak arasında ayrıklık,
10. Dilin ağza oranla çok büyük olması (Aktaran: Kulaksızoğlu, 2003:118).

2.7.3 Down Sendromlu Çocuklarda Gelişimsel Özellikler

İnsan gelişimi büyüme ve yetenekler edinme şeklinde kendini gösteren bir süreçtir. Kişinin sahip olduğu genlerden sosyal çevresine kadar birçok etken büyüme sürecinde etkin rol oynar. Bu etkenlerden en önemlileri biyolojik, psikolojik, kültürel ve çevresel etkenlerdir. Bu kadar çok değişken söz konusu olduğundan gelişim tek tip

değildir, kişiye özgüdür. Gelişim, öngörülebilir bir zaman dilimi içerisinde sona erecek bir süreç değil, olumlu ve olumsuz faktörlerden etkilenerek değişen bir süreçtir (Akt: Sağol 1998).

DS'lu çocuklar, sağlıklı bir büyüme ve gelişme gösteren yaşlıları kadar olmasa da, belli bir gelişme potansiyeline sahiptirler. Bu nedenle her çocuğun gelişim özelliklerine uygun, olabildiğince erken dönemde eğitim programları hazırlanmalıdır. Çabuk öğrenmeleri, sosyal olmaları, alıcı dillerinin oldukça gelişmiş olması, özellikle ilk üç ayda büyüme alanlarında sağlıklı çocuklara göre çok az bir gerilik göstermeleri, görsel ayırtılamayı başarabilmeleri, yönlendirmeye açık olmaları gibi özellikler bu çocukların eğitiminde faydalanılacak noktalardan birkaçıdır (Yukay,2003).

Down Sendromlu çocukların eğitiminde yer alacak uzmanlar; Özel Eğitimci (Zihin Engelliler Öğretmeni), büyük ve küçük kas gelişimi için Fizyoterapist, konuşma eğitimi için ise Konuşma Terapistidir. Bunların yanı sıra herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaşıldığında çocuğun özelliklerini çok iyi bilen ve gerektiğinde diğer meslektaşlarıyla bağlantıya geçebilecek hekime ihtiyaç vardır. Tüm bu uzmanlar çocuğun zihinsel ve fiziksel gelişimi için çok önemli konumdadır ve aileler sürekli bu kişilerle bağlantı halinde olmalıdır (Günayer Şenel,1995).

Down Sendromlu çocuklar çeşitli alanlarda gerilik göstermektedir. Bu gerilik yaşamın erken döneminde çok belirgin olmamaktadır. Ancak çocuğun büyümesiyle belirgin hale gelmekte ve zamanla yaşlıları ile arasındaki fark daha da açılmaktadır (Sanal, 2010).

2.7.4 Motor Gelişim İle İlgili Özellikleri

Down Sendromlu çocuk; oturma, yürüme, konuşma gibi gelişim aşamalarına daha geç ulaşır. Bu da çocuğun gelişimini yavaşlatır. Motor gelişim diğer bütün gelişim alanlarını etkiler. Bu yüzden üzerinde önemle durulması gerekir (Şen, 2008:17).

Down sendromlu çocuklarda motor gelişimi etkileyen iki önemli belirti vardır;

- Düşük kas tonusu (kasların istirahat gerilimleri düşüktür, yumuşak hissedilir)
- Eklem bağlarındaki gevşeklik (hipermobilite, eklem hareketi normal sınırının ötesine geçer).

Bu iki özellik genetik olarak belirlenmiştir ve Down Sendromlu çocuklarda farklı derecelerde bulunur. Bu durum eklemlerin çevresindeki kaslarda yetersiz kasılmaya neden olur ve bir güçsüzlük tablosu ortaya çıkar. Yerçekimine karşı hareketleri başlatma ve sürdürme zorluğu vardır. Daha az deney yaparlar ve oturma, emekleme, yürüme gibi gelişim basamaklarına daha geç ulaşırlar (Deringöl,2010).

Tablo 3:Normal Gelişen Çocuklarla Down Sendromlu Çocukların GelişimFarklılıkları

Kaba Motor	NormalGelişim	Down Sendromu
Baş Kontrolü	1-4 ay	3-9 ay
Dönme	2-10 ay	4-12 ay
Oturma	5-9 ay	6-16 ay
Ayağa Kalkma	7-12 ay	8-26 ay
Ayakta Durma	9-16 ay	12-38 ay
Yürüme	9-17 ay	13-48 ay

Kaynak: Cunningham vd., 1982:312.

2.7.5 Zihinsel Özellikleri

Down sendromlu çocukların nörolojik sistemlerindeki yetersizliğin zihinsel süreci etkilemesi sonucu, çocuğun hareketleri, çevresini algılaması, çevresinde bulunan insanlarla iletişimi, öğrenmesi, ses çıkarması, koordinasyonu, konuşması gibi pek çok gelişimsel süreç olumsuz olarak etkilenebilmektedir. Down Sendromlu çocukların zihinsel gelişimi, genelde 2- 7 yaşındakilerin gelişim düzeyindedir. Ancak, erken başlanan sürekli eğitim, bu yaş sınırını daha üst basamaklara taşıyabilmektedir. Bu çocukların dikkat süreleri kısa, bellekleri zayıftır. Soyut kavranılan öğrenmede çok zorluk çekebilirler. Yürüdükten bir-iki yıl kadar sonra konuşurlar. İlk sözcükleri 3 yaş civarında kullanmaya, cümle kurmaya 6 yaş civarında başlarlar. Alıcı dil gelişimleri (kendisine söylenenleri anlama), ifade edici dil gelişim düzeyinden (bağımsız konuşabilme) daha yüksektir. Sosyal gelişimleri, zihinsel gelişimlerinden genellikle iki-üç yıl öndedir. Bu nedenle çoğu kez olduklarından zeki görünebilirler. Çevreleri ile

uyumlu ilişkiler kurabilirler. Problemlerine özgü karakteristik özellikler gösterirler (Sanal, 2007).

DS'lu çocukların çoğunda az veya orta dereceli zekâ geriliği mevcuttur. Cunningham erken eğitim almış DS çocuklar üzerinde yaptığı araştırmada DS çocukların %15'inin IQ' sunun 75 üstü olduğunu tespit etmiştir (Sağol, 1998).

2.7.6 Dil Gelişimi İle İlgili Özellikleri

Down sendromu tanısının doğumla birlikte konması, dil gelişiminin erken dönemden itibaren izlenebilmesini sağlamaktadır. Bakma, gülme, dokunma, gösterme, verme ve iletişimsel rutinleri içeren dil öncesi iletişim becerileri incelediğinde, DS'lu çocuklarda erken iletişim amaçlarının ortaya çıkışının, normal gelişime benzer bir sırayı izlediği bulunmuştur (Franco ve Wishart,1995:172).

DS' lu çocuklar kendilerine özgü bir dil gelişimi göstermektedirler. Alıcı dil ile ifade edici dil gelişimi arasında önemli farklılıklar görülmektedir. Çoğu, pek çok sözcük ve komutu anlayabilmesine rağmen pek azı isteklerini uygun cümlelerle anlatabilmekte ya da resimde gördüklerini sözel olarak ifade edebilmektedir.(Şen,2008: 19).

2.7.7 Sosyal Gelişim ve Davranış İle İlgili Özellikleri

Down Sendromlu kişilerin sosyal gelişimleri zihinsel becerilerinden daha ilerdedir. Sosyal Zekâ düzeyi (SQ Social Quotient) genellikle zekâ düzeyinden (IQ Intelligence Quotient) daha yüksektir. Erken ve orta çocukluk döneminde sosyal zekâ düzeyi ve zekâ düzeyi arasında üç yıl kadar fark vardır. Bu özellikleri, öz bakım becerilerinin, zihinsel yetenek ve dil bölümlerine oranla daha kolay öğrenilmesini sağlamaktadır (Sağol 1998: 24).

2.7.8 Down Sendromlu Çocukların Özbakım Becerileri

Özbakım; Bireyin yaşamını, sağlığını ve iyilik halini sürdürebilmek için kendi adına başlattığı, gayret gösterdiği, yerine getirdiği bir dizi aktivitedir. (Haughey, Dittmar, 1989).

Engelli bireylerin toplumsal yaşamla ve çevreyle bütünleşmelerinin bir yolu olarak kabul edilen öz bakım becerileri, kişisel sağlık ve temel bakım gereklerini sürdürmek için gereklidir. Bu becerilerin kazanılması çocukların ailelerinden

bağımsızlıklarının artmasına ve diğer bakımlarını sağlayanların zaman ve psikolojik boyutta yüklerinin hafiflemesine katkıda bulunur (Ryndak, 1996).

Normal çocuğun yaşamında erken yaşta başlayan öz bakım becerileri, yetersizliği olan çocuklarda daha geç başlayıp, yavaş gelişim gösterse de, çocukların bağımsızlığı açısından aynı öneme sahiptir. Tuvalet eğitimi, yemek yeme ve giyinme becerilerini kapsayan en temel özbakım becerilerini, el-yüz yıkama, diş fırçalama, saç bakımı, banyo yapma becerileri izler. Birbirine uyan giysileri seçme, havaya uygun giyinme, giysi bakımı, sağlıklı yemek yeme alışkanlıkları, cinsel farklılıkların farkına varma ileri düzeydeki öz bakım becerileridir (Varol, 2004).

Özbakım becerileri çocuğun öğrenmesi gereken en önemli davranışlar arasındadır. Yemek yeme, tuvalet, banyo yapma, giyinme gibi her gün uygulanan ve otomatik olarak yapılan bu beceriler, nasıl yapıldığı hatırlanmaksızın öğrenilen becerilerdir. Bir çocuğun çatalla yemek yemenin zorluğunu başarması veya bluzunu düğmelemesi kendine güveninde ve bağımsızlığa doğru dev adımlarına büyük bir destektir (Baker,1995).

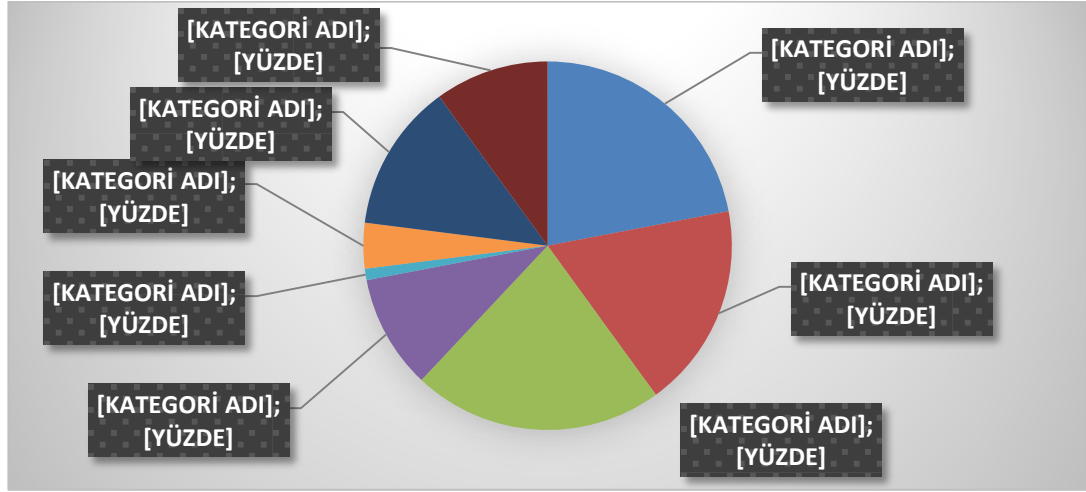
Özbakım becerilerinin kazandırılabilmesi için çocuğun önceden gerçekleştirmesi gereken bir takım becerileri söz konusudur. Bunlar arasında küçük kas hareketleri, taklit etme, uzanma, yakalama, tutma, göz ve el eşgüdümü gibi beceriler sayılabilir. Ayrıca, konuşma öncesi becerilerden bazıları, görsel dikkat, hareketleri taklit etme, basit emirleri anlama gibi bilişsel becerilerde çocuk uzmanlaşmamışsa, öğreticinin kullanacağı öğretim teknikleri ve dikkati, bu becerileri kazanmış çocuklara uyguladığından farklı olacaktır (Özyürek, 1986).

2.8 Zihinsel Engelliliğin Nedenleri ve Yaygınlığı

Zihinsel engele sahip bireylerin toplumlarda görülme sıklığının % 1 olduğu, bir toplumda görülme yaygınlığını etkileyen çeşitli unsurlar olduğu ifade edilmektedir. Bu duruma istinaden sosyoekonomik yaş ve cinsiyet düzeyi gibi demografik değişkenlere göre zihinsel engelinin sıklığı değişmekte; ayrıca değişen tanı kriterleri de o ülkedeki ve toplumdaki sıklığın farklılaşmasına sebep olabilmektedir (Sucuoğlu, 2009).

2007-2008 öğretim yılı içinde özel eğitim imkanına kavuşan özel ihtiyaçlı çocukların sayısal olarak dağılımı bir eğitim-öğretim programına yazılan zihinsel engelli kişilerin sayısı incelendiğinde; ilköğretim okulları bünyesinde kaynaştırma eğitimi alan 56716, eğitilebilir zihinsel engelliler ilköğretim okullarında 2889, eğitilebilir zihinsel engelliler iş okullarında 2736, öğretilebilir zihinsel engelliler eğitim uygulama okullarında 5328, ortaöğretim okullarımızda kaynaştırma 1788, ilköğretim bünyesinde bulunan özel eğitim sınıflarında 9252, öğretilebilir zihinsel engelliler iş eğitim merkezlerinde 2578, Milli Eğitim Bakanlığı Özel Öğretim Kurumları Genel Müdürlüğüne bağlı özel eğitim kurumlarında 4138 ve rehabilitasyon merkezlerinde 181665 kişi özel eğitim hizmetlerinden faydalandığı görülmektedir (MEB, 2008).

Zihinsel engele sahip kişilerin genel nüfusa göre sıklığının tam olarak bilinmemesi sebeplerinden biri de ebeveynlerin çocuklarının engelli oluşundan utanç hissederek toplumdan dışlama eğiliminde bulunmasıdır. Engelli grupların özel eğitim gerektiren öğrenciler arasındaki oranı şekil 1'e bakıldığında özel eğitim gerektiren kişiler içerisinde sıklıkla karşılaşılan grup öğrenme güçlüğü ve davranış problemi olanlardır. Bu faktörleri beden, konuşma, zihin, işitme ve görme problemi olanlar takip etmektedir (Cavkaytar, Diken 2005).



Şekil 1: Zihinsel Engelli Sorunlarının Oranları

Günümüzde zihinsel engelliliğin 250'den fazla sebebi bulunmaktadır. Fakat birçoğu zihinsel engellilik halinde kesin sebep ya da sebepler bilinmemektedir. Bunların ana sebepleri kazalar, kalıtım, hastalıklar, uygun olmayan ortam ve eğitim

yetersizlikleridir. Zihinsel engellilik sebeplerini oluş sürelerine göre doğum öncesi, doğum süreci, doğum sonrası sebepler olarak sınıflandırmak mümkündür. Zihinsel engelli olma sebepleri arasında birebir bir ilişki tespit edilmemiştir. Bu sebepleri önemli risk faktörleri olarak açıklamak yanlış olmayacaktır (Zihinsel Engelliler, 2011).

Kalıtım, hidrosefallik kan uyuşmazlığı, akraba evliliği, mikrosefallik, fenilketonuri, kretenizm, mongoliz doğum öncesi nedenler olarak kabul edilmektedir. Doğum öncesi görülen bulaşıcı hastalıkların doğrudan veya dolaylı olarak beyini etkilemesi neticesinde beyinde oluşan hasar etkinlik oranına ve etkili olduğu bölgeye bağlı olarak zihinsel gerilik göstermektedir.

Doğum öncesinde görülen hastalıklar ise; rubella, şiddetli nezle ve tüberküloz yüksek ateşli gripal hastalıklar, herpes simplex virüsü (HSV), kızamık, menenjit, çiçek ve suçiçeği, ansefalit, çocuk felci (polio), frengi. Annenin gebelik hayatına bağlı nedenler: çocuk düşürmek için alınan ilaçlar, oksijen azlığı, gebelik kansızlığı, toxoplazma plazma zehirlenmesi, gebelikte annenin anne hayatının düzensizliği, aldığı ilaçlar, annenin uygun biçimde beslenmemesi, anne ve babanın fazla alkol alması, anne yaşı, röntgen ve x ışınları, anormal rahim kanamaları, doğum sırasında alınan ilaçlar ve yapılan müdahalelerdir.

Çoğul doğumlar, düşük ağırlıklı doğum, geç doğum, güç doğum (doğum travmaları),erken doğum, çocuğun anne sütü ile beslenememesi, plesenta ve göbek bağı ile ilgili anormallikler, sarılık, doğum sırasındaki ciddi bulaşıcı hastalıklar doğum sırasında görülen nedenler arasında sayılmaktadır. Doğumdan sonra yaşanan travmalar, beyin urları, kazalar, havale geçirme, çocuğun doğumdan sonra geçirdiği ateşli ve bulaşıcı hastalıklar, psiko-sosyal ve çevresel eksiklikler doğum sonrası nedenlerdir.

2.9 Engelli Çocuğa Sahip Ailelerde Anne Baba Tutumu

Çocuğun yetiştirilmesinde ve eğitilmesinde, aile çok büyük roller üstlenmektedir. Bu sorumluluğu üzerinde hisseden aileler, çocukları engelli olduğunda güçlük ve problemlerle başa çıkmaları daha da güçleşmektedir. Engelli bir çocuğun doğumu ile ebeveyn, çocuklarının durumu hakkında yeterli bilgi alamama, diğerlerine çocuğun durumu hakkında açıklama yapmada güçlük çekmekte, çocukta engelli durumuna bağlı gerçekleşen davranış ve sağlık problemleri, tedavi, ve eğitim hususunda

birçok uzmanla iletişim kurma mecburiyeti, uygun eğitim bulma gayretleri, daha fazla para, enerji ve zaman harcama ve çocuğun geleceğine dair kaygılar gibi birçok problemle karşılaşmaktadır. Bu durumdan, ailedeki bütün kişiler etkilenmekte, aile içindeki denge değişmekte ve aile üyeleri tekrar bu dengeyi kurmakta güçlük çekmektedir (Orhan, 2004).

Çocuklarının zihinsel engelli olduğunu öğrenen ailelerin verdiği ilk tepkiler aşağıda açıklanmaktadır (Zorlu Uysal, 2010).

1. Aileler reddetmenin bir yararı olmadığını anladıklarında, kızgınlık duymaktadır. Aileler bu durumun neden kendi çocuklarının başına geldiğini sorgulamaktadır. Çocuklarının bu durumundan ötürü suçlu aramaktadır. Kısa bir süre enerjilerini, çocuklarının zihinsel engelli olmasına sebep olan suçluyu aramaya ayırmaktadırlar.
2. Ailelerin çocukları doğduğunda verdiği ilk tepkileri inkâr etmektedir. Yani aileler engelli çocuklarının durumunu düzeltmek için çaba harcamaktadır.
3. Ebeveynler artık çocuklarının durumunun kesinleştiğini anladıklarında sessiz kalabilir; hiç kimseyi görmeyi arzu etmeyebilir ve uzunca bir zaman ağlama eylemi gösterebilir. Bu çerçevede özellikle loğusa dönemindeki annelerin yanında onlara destek olunmalıdır. Bunun nedeni, yeni anne, halk dilinde “annelik hüznü” veya “loğusalık hüznü” olarak tabir edilen doğum sonrası depresyonu yaşayabilir. Bu dönemde, annenin aile üyelerinin destek görmesi önemlidir. Aile büyükleri, çocukla ilgilenmeli ve bebeği doğal olarak gereksinim duyduğu sıcaklık ve şefkatten yoksun bırakmamalıdır.
4. Aileler artık çocuklarının bu durumunu kavrayıp huzur bulurlar. Her şeyin iyi olacağına ve gerekenlerin çocuklarına yapılacağına inanmaktadır. Bu aşamada aileler çocuklarının durumuyla ilgili yavaş yavaş bilinçlenirler.
5. Aileler son olarak, çocuklarının durumunu düzeltme ve bütün parasını bu durumu düzeltmek için harcayacağı konusunda pazarlık girişiminde bulunabilmektedir.

Aileler doğacak çocuklarının sağlıklı çocuklardan farklı özelliklere sahip olduğunu anladıklarında farklı tepkiler göstermektedirler. Çocuğun sorunlarının ilk defa aileye açıklanma biçimi ve yetkili kurumlar tarafından aileye verilen bilgiler ailenin yaşadığı duygusal anlarda önemli rol oynar. Çocuğun engelinin var olduğunun bilinmesi ve ailenin bilgilendirilmesinden sonraki en önemli süreç ise ailenin çocuğu ve engelini kabullenebilmesidir. Ancak bu aile için zor olmakla birlikte, genel olarak dört aşamadan oluşmaktadır(Akalın, 2005).

Aşama modeli: Normal çocuklardan farklı özelliğe sahip çocuğu olduğunu öğrenen aileler, ilk süreç olarak, duygusal karmaşık bir yapı içerisine girmektedir. Bu süreç şok geçirme ile başlar, aradan belli bir zaman geçtikten sonra duruma alışma ve kabullenmeyle devam eder.

Şok: Beklemedikleri bir durum ile karşı karşıya kalmış olan aile aşırı üzüntü ve çaresizlik duygusu yaşamaktadır(Okur ve Kökaslan, 2004).

Reddetme: Bazı aileler çocuklarının engelli olduğunu kabullenmek istemez. Bir savunma mekanizması olarak reddetme, bilinmeyene karşı duyulan korkudan kaynaklanmaktadır. Çocuğun ve kendilerinin ileride yaşayabileceği hadiselerle ilişkin endişeler ailede reddetme savunma mekanizmasının oluşmasına sebep olabilmektedir (Akalın, 2005).

Kızgınlık: Aileler kızgınlık duygularını birbirlerine, uzmanlara, sağlıklı çocuğu olan ailelere ve kendilerine gösterebilmekte ve engelli çocuğa sahip olmalarını kendilerine verilen bir ceza olarak nitelendirmektedir. Bu aşamada aile birbirleriyle ya da ailedeki başka çocuklar ile tartışmaktadır. Kardeşler, engelli kardeşlerine karşı büyük bir öfke beslemektedir(Aral ve Gürsoy, 2007).

Utancı: Her aile çocuğunun başarılı bir birey olmasını istemekte ve bundan son derece de gurur duymaktadır. Oysaki engelli çocuğun ailesi çocuklarının etrafındaki kişiler tarafından alay edilebileceği endişesi ile utanma duygusu geliştirebilmektedir(Akalın, 2005).

Depresyon: Anne-babaların çocuklarının, durumlarını kabul etmesi gerektiği ve yapabileceklerini, çocuklarına nasıl yardım edebileceklerini daha gerçekçi bir biçimde

düşünmektedir. Düşünme ve akla uygun olanı uygulama aşamasında, bazen aileler duygusal olarak kendilerini çaresiz hissedebilmektedir. Aileler duygusal olarak kendilerini zayıf hissettikleri bu durum karşısında duygusal paylaşmaya ve yardıma gereksinim duyarlar (Orhan, 2004).

Pazarlık etme: Pazarlık etme aşamasında aile, çocuğundaki sorunu ortadan kaldırmanın yönetimini aramaktadır. Anne baba için önemli olan çocuğun sağlıklı olarak büyüüp gelişmesidir. Aile bu durumu gerçekleştirebileceğini umduğu herkesle anlaşmaya çalışabilmektedir (Akalin, 2005).

Kabul: Bu evre engellilik durumu ile baş etme evresidir. Bu evreden önceki evreleri başarıyla tamamlayan aileler, çocuklarını olduğu gibi ve ailenin bir üyesi olarak kabul ederler. Eğer, anne ev dışında sosyal ilişkilerini devam ettiriyor ve normal çocuklarının gereksinimlerini de, engelli çocuğunun gereksinimi ölçüsünde karşılıyor ise çocuğun bu süreçte kabul edildiği anlaşılmaktadır (Baran ve İçöz, 2001). Ailelerin çoğunluğu, kabul evresine gelememişlerdir. Bazı aileler ümitsizlik duygusu yaşamakta ve sürekli bir şekilde çocuklarının bu durumdan kurtulamayacağını düşünmektedir. Bütün bu evrelerde ailenin kendine özgü bir gelişim hızı bulunmaktadır. Aile bir süreci tam anlamıyla geçirmeden ve hazır olmadan diğer evreye geçmede zorluk çekmektedir (Tekin, 2000).

Sürekli üzüntü modeli: Bu modele göre aileler aile içi hayatları ile toplumsal tepkilere bağlı olarak sürekli bir kaygı ve üzüntü içerisinde olmaktadır. Bu tabii bir süreç olarak algılanmaktadır. Çocuğun normal insanlardan farklı oluşunun kabulü ve üzüntü birlikte yaşanabilir; ailenin adapte olma safhası böylelikle gelişir (Akalin, 2005).

Kişisel yapılanma modeli: Bu model ailelerin kendilerine ve çocuklarına ilişkin geçmiş tecrübeleri, beklentileri ailelerin tepkilerini de belirlemiştir. Aileler hamilelik dönemi içerisinde yaşadıkları ortamın değer yargılarına bağlı olarak, gelecekte yaşayacaklarına, çocuklarının geleceğine ilişkin bilişsel planlar ortaya çıkarırlar. Farklı özelliği olan bir çocuğun doğumu, oluşturulan planlara uymadığı için aile fazla kaygı ve şok yaşamaktadır. Bu şok safhasının ardından aile tekrar bir yapılanma sürecine girmekte çocuklarına ve kendilerine ilişkin değişik planlar yapmaya başlamaktadır (Okur ve Kökaslan, 2004).

Çaresizlik-güçsüzlük ve anlaşmazlık modeli: Bu modelde değişik nitelikleri olan bir çocuğun ailede yaratmış olduğu duygular etrafındakilerin tepkileriyle yakından ilgilidir. Yakınlarının çocuğa karşı gösterdiği tepkileri ailenin çocuğa karşı duygularının şekil kazanmasında temel teşkil etmektedir. Ortamın durumu çaresizlik içinde ve olumsuz algılaması ailenin de benzer duygular hissetmesine sebep olmaktadır. Aile çocuğunun engelli oluşunu kabul etse bile, yaşamış olduğu güçsüzlük anlaşmazlık ve çaresizliğin sürdüğü gözlemlenmektedir(Orhan, 2004).

Aile, hayat şeklini ve günlük faaliyetlerini engelli çocuklarına uygun şekilde yeniden düzenlemek durumundadır. Bu olaya bağlı olarak artan stres neticesinde günlük yaşamın gerekli olan şeylerini yerine getirmede ve bireylerarası ilişkilerde güçlük çekilebilir. Mesela, zaman, ilgi ve enerjisinin büyük bir kısmını engelli çocuğuna vermek mecburiyetinde kalması, anneyi giderek eşinden ve başka çocuklarından uzak tutabilmekte, bu durum da zamanla evlilik ilişkisinde ve aile hayatında sıkıntılara sebebiyet vermektedir. Aynı zamanda engelli bir çocuğun varlığı ile ortaya çıkan tepkiler ışığında, ailelerin birbirlerini ve kendi ailelerini suçlamaları da gözlemlenmektedir (Aral ve Gürsoy, 2007).

Engelli bir çocuğun varoluşu yalnızca aile arasındaki ilişkiyi etkilememekte, kardeşlerinde bu durumdan etkilenmesi söz konusu olmaktadır. Kardeşlerden birinin engelli olması, kardeşlerin birbiriyle olan ilişkisini de doğrudan etkilemektedir. Ailenin hayatı çoğunlukla engelli çocuğun ihtiyaçları doğrultusunda sürmektedir. Bu dönemde aile sık sık engelli çocuğu ile vakit geçirmekte ve normal gelişim seyri gösteren çocuklarını ihmal etmesi ile sağlıklı gelişim gösteren çocukların psiko-sosyal gelişimlerini ve engelli kardeşiyle olan ilişkilerini negatif yönde etkilemektedir (Apaliçi, 1996; Yıldırım, 2005).

Zihinsel engeli olan çocuk ve bu çocukların aileleri, birbirlerinden farklı özelliklere sahiptir. Zihinsel geriliği olan çocukların ve onların ailelerinin kendine mutlu, yeterli ve toplumla sağlıklı ilişkiler kurabilen bireyler olmaları olağandır. Birisi için faydalı olan bir yol başkası için zararlı olabilmektedir. Aynı çocuğun bir dönemi için faydalı olan tutum, bir başka dönemi için zararlı olabilmektedir. Bu sebeple çocuk ve aileyi belli bir süre tedavi edenin veya eğitim verenin izlemesi mecburidir. Sıklıkla doktor ve eğitmen değiştiren çocuk ve ebeveynler her birinin birbirinden değişik tutum

ve metotlarıyla, değişik yaklaşımlarıyla tereddüt edilebilmektedir. Birtakım araştırmalar bilinçli eğitilen çocuk ve ebeveynlerde zihinsel engellinin yaşam kalitesinin yükseltilebildiğini, pozitif değişmeler görüldüğünü kanıtlamıştır. Ebeveynlere gerçek dışı oldukça fazla umutlar verilmemelidir. Çocuklarının zihinsel engeli olduğunu kabul eden ailelerde farklı davranışlar ve duygular gözlemlenmektedir. Sıklıkla görülen davranışlar arasında aşırı koruma ve kollama davranışı bulunmaktadır. Engellilik durumunu aşırı abartma, çocuğa bir iş ya da görev vermeme ya da aşırı beklenti içerisinde olma, çocuğu reddetme ve toplumdaki soyutlama sayılabilir. Tüm bu davranışlar çocuğun gelişimini engellemektedir. Toplumsal ilişkilere açık, hoşgörölü, çocuğa güven duygusunu vermek ve sevecen olmak gelişimleri ve mutlu olmaları yönünden çok önemlidir (Akın, 2014).

Çocuğun engelli oluşunun öğrenilmesinin yaratmış olduğu ilk psikolojik etkiler geçtikten sonra aile engelli çocuğa karşı birtakım genel kabul görmüş tutumlar sergiler. Bu tutumlar farklı şekillerde görülmektedir. Bunlar;

Aşırı koruyucu tutum: Bu tutum engelli çocukları olan ebeveynlerin sıkça kullanmış olduğu bir tutum şeklidir. Bu tür ebeveynler çocuklarını aşırı oranda koruma eğilimi göstermektedir. Engelli çocuğun anne-baba ortamı içinde kalması sağlanmaktadır. Ebeveynlere göre aile dışında alay edilme, ayıplanma tehlikesi bulunabilmektedir. Bu sebeple çocuğun dış ortam ile sosyal ilişkiler kurmasına izin verilmez. Hatta bazen engelli çocuk eve gelen konuğun yanına bile çıkartılmaz. Ebeveyn çocuğun her türlü gereksinimini kendi çabalarıyla karşılamaya çalışır. Fakat bu davranış biçimi, çocuğun aileye aşırı oranda bağımlı olmasına sebep olmaktadır. Bu şekilde, engelli çocuğun kısıtlı olan sosyal ortamdaki yaşamını daha da kısıtlı bir hale getirerek sosyal gelişimini negatif bir şekilde etkilemektedir (Şenel, 1995).

Bu tutum engelli çocukları olan ebeveynlerin sıkça kullanmış olduğu bir tutum şeklidir. Bu tür ebeveynler çocuklarını aşırı oranda koruma eğilimi göstermektedir. Engelli çocuğun anne-baba ortamı içinde kalması sağlanmaktadır. Ebeveynlere göre aile dışında alay edilme, ayıplanma tehlikesi bulunabilmektedir. Bu sebeple çocuğun dış ortam ile sosyal ilişkiler kurmasına izin verilmez. Hatta bazen engelli çocuk eve gelen konuğun yanına bile çıkartılmaz. Ebeveyn çocuğun her türlü gereksinimini kendi çabalarıyla karşılamaya çalışır. Fakat bu davranış biçimi, çocuğun aileye aşırı oranda

bağımlı olmasına sebep olmaktadır. Bu şekilde, engelli çocuğun kısıtlı olan sosyal ortamdaki yaşamını daha da kısıtlı bir hale getirerek sosyal gelişimini negatif bir şekilde etkilemektedir (Şenel, 1995).

Anne babanın aşırı koruması, çocuğa gereğinden fazla kontrol ve özen göstermesi anlamına gelir. Bunun sonucu olarak çocuk, diğer kimselere aşırı bağımlı, kendine güveni olmayan ve duygusal kırıklıkları olan bir kişi olabilir. Bu bağımlılık, çocuğun yaşamı boyunca sürebilir ve aynı koruma duygusunu eşinden de bekleyebilir (Özyürek, 2004).

Anne babanın aşırı koruyucu yaklaşımı engelli çocuğun kendi kendine güven duymasını engelleyerek psiko-sosyal gelişiminde etkilemektedir. Çocuğun sosyal gelişiminde büyük rolü olan anne ve babanın yanlış ve aşırı koruyucu tutumuyla engelli çocuk kendine güvenini sağlayamamakta katılımcı olarak girişimci ve sosyal bir kişi olmasına fırsat verilmemektedir.

Ayrıcalıklı tutum: Bu tutum çocuğa ebeveyn içinde engelli olduğu için bazı özel haklar tanınarak, başka çocukların ihmali olabileceği gibi aksine bir durum da var olabilir. Mesela; engelli çocuk bir köşeye itilip, ilgi sağlıklı gelişim gösteren çocuklar üzerinde de yoğunlaşabilir (*Rehabilitasyon, 2014*).

Her şey engelli çocuk için tutumu: Her şey engelli çocuk için tutumu aşamasında bütün aile fertleri kendilerini engelli çocuğa adamaktadır. Aileler her türlü maddi ve manevi özveride bulunmakta bütün yaşamlarını engelli çocuğa göre yeniden düzenlemektedir. Engelli çocuk, ailede en fazla ilgiye gereksinim duyan bireydir. Ancak bu ilginin sayısı dengeli şekilde dağılmamaktadır (Köse, 2003).

Böyle bir ortamda çocuk aile ortamında tek söz sahibi kişi durumuna gelmiştir. Ebeveyn ile çocuk arasında sağlıklı bir iletişimin olmaması, çocuğun abartılan bir sevgi ortamında büyümesi ve şımartılması, onun doyumsuz bir kişi haline gelmesine neden olmaktadır. Böyle çocuklar hayatları boyunca her isteklerinin karşılanacağını zannederken, yetişkin olduklarında toplumun kendilerine vermediği hakları tanımaya kalkışmaktadırlar. Aile bireylerin rollerine uygun davranmaları gerekirken çocuğun tüm egemenliği eline alması anne babasına hükmetmesine ve çok az saygı göstermesine

sebeptir. Yavuzer'e göre gevşek ailede büyüyen, her istediği karşılanan çocuklar okula gittiklerinde aynı şeyi göremeyip çeşitli kurallarla karşılaştıklarında hayal kırıklığına uğrayarak uyum sağlamak istememektedirler. Böyle bir ortamdan gelerek okula başlayan yedi yaşındaki çocukların okula gitmeme isteği sıkça görülebilmektedir (Yavuzer, 1997: 29-30).

Engelli çocuğu reddeden tutumu: Engelli çocuk aile için bir dert olarak düşünölmektedir. Hatta ihmal edilmekte ve bir odaya kapatılabilmektedir, Temel ihtiyaçları karşılanmayabilir. Bu tutumlar engelli çocukların engeli yüzünden oluşan yetersizliklerin artmasına ve ikincil problemlere neden olabilir (*Rehabilitasyon, Engellilerde Aile Eğitimi, 2014*).

Özrü reddeden tutum: Bazı ebeveynler çocuklarının engelli olduğunu kabul etmezler. Ebeveynlere göre çocukları sağlıklıdır ve ciddi bir engeli bulunmamaktadır. Çevresindekilere ve kendilerini buna inandırmaya çaba harcamaktadır(*Rehabilitasyon, Engellilerde Aile Eğitimi, 2011*).

İlgisiz ve kayıtsız tutum, anne-babanın çocuğu yalnız bırakması, görmezlikten gelerek dışlaması anlamına gelir. Böyle bir ortamda anne-baba-çocuk arasında iletişim kopukluğu gözlenmektedir. İlgisiz ve kayıtsız anne-baba tutumu çocuğun saldırganlık eğilimini güçlendirmektedir (Yavuzer, 1993).

Çocuğunu ihmal, hatta psikolojik bakımdan reddeden, çocuğunun ilgi ve ihtiyaçlarından habersiz olan, çocuğunun nerede ve ne yaptığı ile pek ilgilenmeyen, çocuğunu mümkün olduğu kadar çevresinden uzak tutmaya çalışan, çocuğuna en az sevgi gösteren ve davranışlarına en az kontrol uygulayan ana baba tutum ve davranışlarını içerir. Bu tutuma maruz kalan çocukların okula karşı ilgisiz, zamanını iyi değerlendiremeyen ya da boşa harcayan, yanlış arkadaşlar edinen, içki, sigara içen ya da eğilimi olan çocuklar oldukları saptanmıştır.

Özründen yararlanma tutumu: Bu tutumda ebeveyn çocuğun engelini kullanarak çevrenin dikkatini çekme yoluna da gidebilmektedir. Bunun amacı kendisini acındırmak ve yardım alabilmektir (*Rehabilitasyon, Engellilerde Aile Eğitimi, 2014*).

Normal tutum: Normal tutumda ebeveyn engelli çocuğu olduğunu kabullenerek davranır. Çocuğun her yönden gelişimi için uygun aile ortamını oluşturur. Normal tutum engelli çocuğun kişilik gelişiminde en etkili olan tutum olarak düşünölmektedir (Leff, 1998, Zoylan 2005).

2.10 Stres kavramı

Stres, farkına varılmasa da gündelik hayatımızın içinde olan ve modern çağın bir rahatsızlığıdır. Stres kavramı, dışarıdaki insandan üniversitedeki bilim adamına kadar tüm insanların sık sık kullandığı ve çoğu kişinin de yaşadığı psikolojik bir durumdur. Stresle ilgili yapılan araştırmalarda farklı tanımlar verilmiştir. Ayrıca kişilerde karşılaşılan stres sebepleri, stresin etkileri farklıdır. Günümüzde, bilhassa değişim hızının şaşılacak oranda artması sebebiyle, kişilerin kendilerini devamlı bir şeyler kaçıyormuş korku ve endişesiyle hızlı hareket etme mecburiyetinde hissetmeleri, stresin günlük hayatın içinde yer almasına yol açmıştır(Tutar, 2000: 218). Özellikle büyük şehirlerde stres, günlük koşuşturmaca içinde yaşamın bir parçası haline gelmiştir.

Literatürde stres kavramını açıklayan çok sayıda tanım vardır. Bununla beraber en anlaşılır ve basit şekliyle stres; kişinin bir gereksiniminden uzaklaşmasına ya da bir reaksiyonda bulunması konusunda zorlayan, bireyin içinden ya da dışından gelen ve genellikle bireyde gerilime ve çöküntüye sebep olan kuvvettir (Başaran, 2000: 18). Stres, bu tanımında gerilim ve çöküntü yaratan bir tepki olarak tanımlanmıştır. Sanayileşmiş ölkelerde stres, bireyleri ve toplum sağlığını etkileyen önemli seviyelere ulaşmıştır. Kişi ve çevresi arasındaki uyumun bir göstergesi olan stres, insanın baskıya karşı tepkisini ve mücadele etme duygusunu ortaya koyduğu için bir rahatsızlık olarak görölmemelidir.

Selye'ye göre stres "bedenin bir tepkisidir". Yani stresin fiziksel bir durum olması ve fizyolojik bir tepki oluşturmasıdır. Bu duruma göre stres, fizyolojiktir ve depresyon, kaygı, endişe ve engelleme olmamaktadır. Bu zihinsel durumlar, fizyolojik tepki için başlatıcı olabilir, ama kendileri stres olmamaktadır. Bazen psikoloji yazılarında kaygıyla stres eş anlamlı kullanılmaktadır. Kaygı stresi hızlandırabilir, ancak stresin kendisi olmamaktadır. Geç kalındığında kırmızı ışıkta durmak mecburiyetinde kalınması stres olmamaktadır. Stres bedenin olaya cevabıdır. Stresin başlamasına neden olan çevresel uyarıcı faktörlere "stres yapıcı", "stres kaynağı"

anlamına gelen “stresör” denilmektedir(Allen, 1983:3). Stresörler çoğu zaman kaygıyı tetikleyebilmektedir. Kaygı da stres kaynağıdır. Stresli olduğumuz zaman yaşadıklarımızdan kaygı duyarız ya da kaygı duyduğumuz durumlarda da daha çok stresli olduğumuzu anlarız. Kaygı ile stresin doğru orantılı iki durum olduğunu söylemek yanlış olmaz.

Stres yapılan tanımlarda genelde, insan vücudu için negatif, sağlığı bozan bir hal olarak ifade edilmektedir (Özkalp ve Kırel, 2004: 187).

Stresin genel nitelikleri şöyle sıralanabilir(Aktaş, 2001: 27-28);

- “Stres negatif etkileri haricinde pozitif etkileri de olan çok yönlü bir olgudur.
- İnsanı içinde bulunduğu sosyal ortamda strese düşüren veya pozitif şartlar doğuran kaçınılmaz bir durumdur.
- Stres, insanın varmak istedikleri ve bu yolda karşılaştığı kısıtlamalar ile ilgili bir olgudur.
- Örgütsel başarı ve performansa katkıda bulunan önemli bir faktördür.
- Stres, insanları zihinsel fizyolojik ve psikolojik, yönden etkileyen, sosyal hayatını belirleyen bir olgudur.”

2.10.1 Stresin Tanımı

Çeşitli mal ve hizmetleri üretmek gayesiyle kurulan örgütler bu hedeflerine ulaşabilmek için çalışanlara gereksinim duymaktadırlar. İnsanlar ise emeklerini belli bir örgütün kullanımına sunarak ana ihtiyaçlarını giderecek kazançlar sağlamaktadırlar. Böylece örgüt ile kişiler arasında bir alışveriş süreci başlamaktadır. Bu alışverişte bireylerin üyesi oldukları örgüte uyum göstermeleri önem kazanmaktadır. İş yerinde karşılaşılan stres, çalışanların örgütlerine uyum sağlamalarını güçleştiren, ruhsal ve bedensel sağlıklarını etkileyen bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır (Aydın, 2002:17-21).

İnsanlar tarihsel süreçte hedeflerine ulaşabilmek ve kişisel amaçlarını gerçekleştirmek gayesiyle, gayretlerini eş güdümlenmek mecburiyetinde kalmışlardır. Bir işbirliği sürecinde kişiler, tek başlarına yapabileceklerinden daha çoğunu

yapabileceklerini fark etmişlerdir. Bu toplumsal özellikli bilinçlenme süreci ise kişileri örgütlenmeye ve bir örgüt meydana getirmeye yöneltmiştir(Güler vd., 2001: 16).

Genel olarak stres, kişinin bir tepkide bulunmasına ya da bir ihtiyacından vazgeçmesine zorlayıcı, kişinin içinden ve dışından gelen ve genellikle kişide üzüntüye, gerilime, çöküntüye ve huzursuzluğa sebep olan bir kuvvettir. Bugün belli bir işletmede personel, vaktinin önemli bir kısmını iş alanında geçirmekte ve belli hedefleri gerçekleştirmek üzere kendisinden istenen görevleri ve rolleri gerçekleştirmektedir. Bu hal örgüt ortamından doğan “örgütsel stres” terimini doğurmuştur. Örgütsel stres, örgütle veya işle alakalı olarak herhangi bir beklentiye karşı kişisel enerjinin harekete geçmesi olarak açıklanmaktadır. Örgütsel stresin boyutunu tam olarak algılamak için, stresin iki faktörün etkileşiminden kaynaklandığını bilmek gerekir. Bu iki etken, stres uyaranları, örgütsel nitelikler ya da işle alakalı niteliklerdir. Bunlar bir durumda stres tepkisini başlatır. Kişide negatif bir tepki doğuracak stres uyaranlarının bulunduğu noktada, kişinin bu tepkisi strese direnmeyi belirler. Stres uyaranlarının büyüklüğü kişilerin direnme gücünü aştığı noktada stres kendini gösterir. Strese direnme, bir kişisel nitelik, bir kişilik özelliğidir. Hâlbuki stres uyaranı, örgütün ve çalışma sürecinin özellikleridir. Stres, bireysel ve örgütsel niteliklerin karşılıklı olarak birbirini etkilemelerinin bir işlevidir(Pehlivan, 2009).

İş stresinin diğer adı örgütsel strestir. Çalışma yaşamına giren kişi iş üretiminin yanında örgüt içinde başka kişilerle ilişki kurmakta, örgütün değer ve normlarına uyum sağlamaya çabalamakta ve örgüt içindeki değişik gruplara içine girmektedir. Bu süreçler de çalışanın yoğun ve güçlü bir uyum gösterme gayreti içine girmesine sebep olmaktadır. Özetle iş ortamında belirli rol ve görevleri üstlenen kişiler örgüt ortamından doğan “örgütsel stres” ile karşı karşıya kalmaktadır (Aydın, 2008).

Sonuçlarının ve bu sonuçların giderilmesiyle ilgili çabaların bütünüdür. Başaran (1982) da stresi, kişinin bir ihtiyacından vazgeçmesine veya bir tepkide bulunmasına zorlayıcı, kişinin içinden ve dışından gelen ve çoğunlukla kişide çöküntüye ve gerilime sebep olan bir kuvvet olarak ifade etmektedir. Schermerhorn 1989’da kişinin olağanüstü talepler, fırsatlar ya da sınırlamalarla karşı karşıya kalması halinde kişi tarafından yaşanan gerilim halini stres olarak tanımlamaktadır(Pehlivan ve Aydın, 2002).

Dünyada, bilim adamları iş stresinin ölçülmesi için değişik faaliyetlerde bulunmuşlardır. Bu yaklaşımlardan biri; “stresin bir göstergesi olan kanda bulunan “katekolamin”in ölçülerek personelin stres seviyesinin belirlenmesidir. Fakat bu şekilde bir ölçümün zahmetli ve pahalı olduğu görülmüştür.” (Telman ve Ünsal, 2004: 238) Başka bir ikinci yaklaşıma göre ise; iş görenlere açık uçlu sorular yöneltilerek, bilim adamları birtakım mesleklere uygun stres ölçeği geliştirme imkânı bulmuşlardır. İlk yaklaşımla karşılaştırıldığında hem daha az zahmetli hem de daha ekonomik olduğundan uygulamalarda tercih nedeni olmuştur.

Her örgüt içinde, kullanılan çevresel koşullara, örgüt içi gruplaşmalara, çatışmalara, örgütün yarattığı iklime teknolojiye, üyelerin eğilim ve tecrübelerine, bağlı olarak stres kaynaklarının meydana geldiği görülmektedir. Bu stres kaynaklarından bir kısmı örgütler arasında ortak olan sebeplerden oluşurken, bir kısmı örgüte has sebeplerden ötürü ortaya çıkmaktadır (Ertekin, 1993).

Erkoç’a göre iş stresi, “İşletmelerde işle alakalı olarak yaşanan gerilimler, kuşku, kaygı ve endişelerdir” (Erkoç, 2006: 234). Seyyar ve Öz’e göre iş stresi, “İş gerekleri ile işçinin yetenekleri, olanakları veya gereksinimleri arasında uyumsuzluk olduğunda ya da işyeri atmosferinin negatif olması durumunda meydana gelebilecek zararlı bedeni, hissi ve ruhi reaksiyonların tümüdür” (Seyyar ve Öz, 2007: 193).

İş hayatında bir miktar stres, asla sağlıklı bir hal olarak görülmemelidir. Bu düşüncenin tersine, stres olmadan hiçbir şeyin başarılamayacağı düşünülmelidir. Belli ölçüde stres, kişinin ilgisini canlı tutar, sarf ettiği gayreti güçlendirir, gelişmesini ve performansını destekler. Olumlu stres, kişiyi güdüler, iş doyumunu yükseltir ve başarı duygusunu güçlendirir. Fakat kişinin başarısı için gerekli olan bu stresin şiddetini ve yoğunluğunu kontrol altında tutmak önemlidir. Şiddet ve yoğunluk aşırı olduğu durumda, kişide tükenme oluşacağından verimlilikte hızlı bir gerileme görülebilir. Bundan başka kişi psikolojik ve fiziksel yönden sorunlar yaşayabilmektedir ve bu takdirde de hem kişi hem de örgüt yönünden maliyeti son derece fazla olmaktadır (Kırel,199).

Bir iş; karmaşıklık, iş yükü ve zorluk öğelerini içinde taşır. Bu sebeple işin kendisi streslidir. Ertekin’e göre iş ile stres arasında dört tür işlevsel ilişkiden

bahsedilebilir. Bu dörtlü ayırım stres yoğunluğu ile işteki başarı seviyesi arsında bir alakanın bulunduğunu gösterir(Ertekin, 1993).

Kutluca ve Aksoy araştırmalarında stresin iş görenler, çoğunlukla da orta düzey yöneticiler üzerinde psikolojik ve fizyolojik açıdan olumsuz neticeler doğurduğunu, onların is başarısını ve sağlığını olumsuz olarak etkilediğini ifade etmektedir. Orta düzey yöneticilerin üst düzey yöneticilere nazaran daha çok strese ve negatif neticelere maruz kalmasını ise, orta düzey yöneticilerin çoğu zaman alt kademenin direnci ile üst yönetimin baskısı arsında sıkışıp kaldıklarına bağlamaktadırlar (Aksoy ve Kutluca: 459).

2.10.2 Stres Kavramının Tarihsel Gelişimi

İnsanlık tarihi kadar eski olan stres kavramının kökeni, Latince "Esthetica" fiilinden türetilmiştir(Pehlivan, 1995: 92)17. yy 'da elem keder, dert, musibet bela, felaket, gibi anlamlarda kullanılmış; 18, ve 19. yy 'da anlamı değişerek organlara kişilere, ruhsal yapılara ve objelere, uygulanan, güç zorlama ve baskı olgularının izah edilmesinde kullanılmıştır (Baltaş ve Baltaş, 1992).

Cannon'a göre insan vücudunun kendisini saran dış ortamının etkisi altında dengesini belirli çizgiler içinde sabit tutması için gösterilecek dalgalanmalar, homeostatis hududunu aşmadıkça fizyolojik sınırdaki kaldıkça, normal savunma reaksiyonlarıdır. Söz konusu homeostatis sınırdaki dalgalanmalar bireyin niteliklerine ve dışarıdan gelen etkinin sekline ve şiddetine bağlıdır ve bu sınır aşıldığı vakit hastalık durumu kendini gösterir Cannon stres yapıcılar karşısında, vücudun gösterdiği dengeleyici tepkileri de incelemiş, bu tepkileri savaş veya kaç (to Flight or Flight) deyimiyle ifade etmiştir. Örneğin, tehlike ye maruz kalındığında vücutta iç organların kan damarları büzülürken, iskelet kaslarının damarları genişler, kalp atışı hızlanır kan sekeri yükselir (daha fazla enerji sağlamak için) ve kıllar dikilir (Songar, 1981: 145).

Stres kavramın yaygın bir biçimde kullanılması ve bilim dünyasında sıkça tartışılması Avusturya asıllı biyolog Hans Selye'nin araştırmalarına dayanır. Birçok yazar, kişinin yaşadığı stresi açıklayan ve kavramı literatüre kazandıran kişinin Selye olduğu konusunda hemfikirdir. Selye'ye (1974) göre stres organizmaya yüklenen herhangi bir özel olmayan isteme karşı, vücudun tepkisidir. Selye bu tanımlamadan yola

çıkarak, stres ve stresör kavramlarını ön plana çıkarmış, kişide bir dizi tepki oluşturan çevresel uyarıcıya stresör, kişinin bu çeşit uyarıcılara karşı gösterdiği tepkiye de stres demiştir (Erdoğan, 1990: 90)

Psikoloji konusunda stresle ilgili araştırmalar ise 1950'li senelerde Amerikan Psikoloji Derneği'nin senelik raporlarında yer almaya başlamıştır. Stres halinde, rol oynayan psikolojik nitelikler nelerdir ve bireysel değişiklikler ne derece neticeyi etkilemektedirler? Bu soruların yanıtları 1950'li senelerden sonra aranmaya başlanmıştır (Baltaş, 1992: 294)

2.10.3 Stresle Karıştırılan Kavramlar

Stres'in belirtileri arasında aşırı kaygı, gerginlik, sürekli yeme hali, yetersizlik duygusu, güven problemi, benlik saygısının yitilmesi, uykusuzluk ve yüksek tansiyon yer almaktadır (Davis, 1984: 439 akt. Pehlivan, 1995: 45).

2.10.4 Stresin Belirtileri

Stresli hayatın bireyler üzerinde kalıcı veya geçici olarak bazı etkileri bulunmaktadır. Fakat sağlık problemleri kendini göstermeden birçok belirtiler hastalıkların habercisi olabilmektedir. Bunlar; uykusuzluk, duygusal dengesizlik, endişe, gerginlik, yüksek tansiyon ve sindirim sorunları gibi belirtilerdir. Bu belirtilerin de içinde bulunduğu esas stres belirtileri örgüt bilimciler tarafından fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal olmak üzere dört bölümde toplanmaktadır (Güçlü, 2001: 95).

2.10.4.1 Fiziksel Tepkiler

Zararlı etkenler vücudun belirli işlevlerinde ve sistemlerinde değişikliklere neden olmaktadır. Bu değişikliklerin farklı evreleri de çeşitli yakınmaların belirtilerin, ortaya çıkmasına sebep olur (Koknel, 1998: 344).

İnsan vücudu zararlı bir etkene maruz kaldığında bir dizi fizyolojik gelişmeler oluşur. Selye'nin görüşleri yönünde gerilimin ve stresin meydana getirdiği fizyolojik belirtilerin başlıcaları şöyle sıralanabilir (Eroğlu, 2006: 435).

- Yüksek tansiyona bağlı olarak çarpıntı
- Ağız ve boğazın kuruması
- Baş dönmeleri

- Aşırı yorgunluk
- Titreme ve sinirsel tepkiler
- En küçük sesle bile irkilme hali
- Çok tiz sesli sinirsel kahkahalar
- Kekemelik ve diğer konuşma güçlükleri
- Diş gıcırdatma ve tırnakları yeme
- Sık idrar yapma ihtiyacı
- Diyare ve kabızlık
- Mide ekşimeleri ve bulantılar
- Migren tipi baş ağrıları
- Boyun ve sırt ağrıları
- Hanımlarda sancılı ve vakitsiz adet görmeler
- İştahsızlık veya aşırı iştah
- Kaza yapma eğiliminin artması

Aşırı yemek yeme ya da iştahsızlık, halsizlik ve sürekli yorgunluk durumu, migren ağrılarında artış, fiziksel ağrıların artması ilaç ve içki kullanımı aşırı derecede sigara, cinsel yönden korku ve iktidarsızlık, kalp rahatsızlıkları, yüksek tansiyon, aşırı hassasiyet, uyku düzensizliği, ve genel olarak kişinin kendisini sağlıksız hissetmesi gibi belirtilerin aşırı stres halinde kendini göstermesi mümkündür (Gençsoy,2004: 43-44).

Stresi meydana getiren bir vaka ya da faaliyet organizmada fizyolojik farklılıklara sebep olur. Stresle başa çıkabilen kişilerin performansı yüksektir. Tersine bir durum söz konusu olduğunda organizma önemli derecede zarar görebilir. Merkezi sinir sisteminde strese tepki gösteren iki ana dal vardır. Bunlara sempatik ve parasempatik sinir sistemleri denir. Organizma bir güçlük veya tehditle karşılaştığında sempatik sinir sistemi uyarılır. Beyin ise durum hakkında hipofiz bezini harekete geçiren bir mesaj alır. Bu uyarı neticesinde adrenalin salgılanır ve zincirleme bir tepki meydana gelir. Organizmanın dengede olabilmesi için her iki sinir sisteminin tepkileri arasında gidip gelir. Organizma ilk defa bir durumla karşılaştığında dengesi bozulabilir. Stres safhasının uzun sürmesi, olağanüstü hallerde organizmanın verdiği tepkiler ve

talepler bunun haricinde yaşam şeklindeki değişiklikler stresle mücadeleyi güçleştirebilir. Gündelik dilde stres şekilleri damla damla ve kronik olarak isimlendirilir. Böyle bir stresle karşılaştığımızda monoton bir iş ve ev hayatı yanında insanı tatmin etmeyen işlerde de sıkışıp kalırız. Uzun vadede veya aniden kendini gösteren stres kişi için önemli ölçüde zararlıdır. Sağlığımızın bozulmaması için etkin bir yönetilmeye gereksinim hissederler Stresin belirtileri, gerginlik, ağlama, unutkanlık, bağırsak sancıları, bulantı, mide rahatsızlığı, nefessiz kalma hissi, kalp çarpıntısı uzun süreli baş ağrıları, soğuk ve terli eller, kas ağrısıdır. Bu belirtilerden herhangi birini yaşamamız stres rahatsızlığımız olduğu anlamına gelir (Hurriyet., 1999).

Strese karşı gösterilen fizyolojik tepkileri zaman boyutunda iki ayrı grupta incelemek yerinde olacaktır. Birincisi; kısa süreli (birkaç gün ya da saat) stres kaynaklarına karşı gösterilen fiziksel tepkilerdir. Genel olarak bu tepkiler standart bir özelliktedir ve vücudumuzun olumsuz etkenler karşısında baskı altında olduğunu ve zorlandığını gösterir. İkinci grup fizyolojik belirtiler ise; uzun süreli (haftalarca ya da yıllarca) stres karşısında vücudumuzun kısa dönemdeki fiziksel değişikliklerinin devamlı olması neticesinde meydana gelen rahatsızlıkları kapsamaktadır (Yılmaz ve Ekici, 2003).

2.10.4.2 Davranışsal Belirtiler

Davranışsal grupta ele alınan stres belirtileri, genellikle davranışa yansıyan ve dışarıdan gözlenebilen belirtilerdir. Stresli durumlar çoğunlukla bireylere fazla düşünme zamanı bırakmaz. Günlük hayatımızda oluşan çeşitli değişimler stres habercisi olabilir. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz (Ceylan, 1997: 145):

- Yüksek sesle veya çok hızlı şekilde konuşmak,
- Esnemek,
- Tırnak yemek, diş gıcırdatmak, hızlı şekilde yürümek,
- Azalan şahsi etkinlik (unutkanlık, sık sık hata yapma, negatif olma vb.),
- Sık sık işe gelmeme,
- Kişisel görüntüsünü ihmal etme.

Alkol alma eğilimi stresin en çok rastlanan davranışsal neticesidir. Geçici bir rahatlık sağlayan ve günlük problemlerden kurtulmak için başvurulan alkol, zaman içinde alışkanlık durumuna gelerek dozajı arttırılmaktadır. Aynı şey sigara, aşırı yemek ve uyuşturucu için de geçerlidir. Stresin çok görülen ikinci davranışsal neticesi ise katılımcıların dikkat ve uyanıklığını etkileyerek kazaya sebep olması veya saldırganlık duygusu yaratmasıdır (Işıkhan, 2004: 54):

2.10.4.3 Psikolojik Stres Belirtileri

Psikolojik stres belirtileri Arthur Rowshan tarafından şu şekilde sıralanmıştır(Rowshan, 1998: 18):

- Depresyon
- Ümitsizlik duygusu
- Kızgınlık
- Sinirsel gülme krizleri
- Üzüntü
- Hastalık kuruntusu Soğukluk
- Duyguların sık sık değişmesi
- Sakinleşememe
- Huzursuzluk duyulması
- Sık sık kâbus görme
- Aşırı ağlama
- Heyecan duymama vb.

2.10.5 Stres Türleri

Yaşanan stres türleri pozitif yani olumlu ve de negatif yani olumsuz stres olarak ikiye ayrılmaktadır (Selye, 1974). Olumlu ya da olumsuz olaylar stres yaratabilir. Her iki stres tipi de kişinin kaynaklarını ve başa çıkma becerilerini zorlayabilir. Bununla birlikte olumsuz stresin daha fazla hasara neden olduğu belirtilmektedir.

2.10.5.1 Olumlu Stresler

Olumlu stres aynı zamanda iyi stres olarak da tanımlanmaktadır. Katılımcıların olumlu stres ile kaygı seviyelerinde olduğu gözlenmektedir. Kaygı yerine umut ve

yaşama devam etme istekleri var olmaktadır. İyi stresin katılımcıların performansı için motive edici bir faktör olduğu belirtilmektedir (Morse, Furst, 1979).

Selye'nin çalışmaları günümüzdeki stres araştırmalarının temelini atmıştır. Selye stresin yalnızca sınav gibi olumsuz koşullarda değil, düğün gibi olumlu koşullarda da ortaya çıkabileceğini belirtmektedir. Her ne kadar bazen her iki stres türü de kişinin kaynaklarını ve başa çıkma becerilerini zorlayabilse de kötücül stres ve sıkıntı genellikle daha fazla hasar vermektedir (Selye, 1974).

2.10.5.2 Olumsuz Stresler

Olumsuz stres (kötü stres) katılımcıların kendilerine olan öz güvenlerini kaybetmelerine sebep olmaları açısından eke alınmaktadır. Kişiler daha çok olumsuz ruh halleri içine girip, kendilerini karamsarlığa sevk etmektedir. Olumsuz stres ile bireyler hayal kırıklığı, yalnızlık ve ya çaresizlik gibi olumsuz duygularla eşleştirildiği bilinmektedir.

2.10.6 Stresin Değerlendirilmesi

Stres onu zihninde taşıyan kişiye yöneliktir. Bu sebepten dolayı stres incelenirken, stres verici durumlar kadar onlarla karşılaşan bireyin psikolojik özelliklerinin de ele alınması değerlendirilmesi önem taşır. Bir olayı algılayışımız ve onunla başa çıkabilecek becerilerimizi değerlendirişimiz, o olayı stres veren veya vermeyen olarak tanımlamamıza sebep olur. Lazarous algısal psikoloji ile ilgili çalışmalarında durumu tanılamamıza yardımcı olan faktörleri birincil ve ikincil değerlendirme sistemleri olarak ele almıştır.

Birincil Değerlendirme: Yaşanılan durumun algılanması ve kişi için ne anlama geldiğinin değerlendirilmesidir. Bu dönem, yaşantının anlamını keşfetme dönemidir. Bize uymayan bir şeyin olup olmadığına bakarız, durum bizi herhangi bir şekilde etkilemiyor ise etkisiz bir yaşantıdır ya da bizim iyiliğimize destek oluyor bizi koruyor ise olumlu bir yaşantıdır. Stres verici olarak değerlendirmemiz için bu yaşantının bizi zedeleyeceğini, mücadeleye zorlayacağını yani tehdit edeceğini düşünmemiz gerekir.

İkincil Değerlendirme: Birinci aşamada kişi yaşantıyı stres verici (tehdit edici) olarak değerlendirmiş ise ikinci aşamada olayı yönlendirme ve olay ile başa çıkabilme

yolları ile ilgilidir. Artık imkânları ile bu konuda ne kadar etkin olabileceğine bakmaktadır. Bu aşamada da başa çıkabilme davranışı yeterli bulunmaz, eksik görülür ise artık tam bir stres tepkisi verir. Yani düşünce, duygu ve davranış düzeyindeki yıkıcı ve olumsuz tepkiler ile birlikte, bedendeki alarm reaksiyonları devreye girmektedir (Şahin, 1994; Baltaş, 2000; Erkuş, 1994).

2.10.7 Stresle Başa Çıkma Tutumları

Stres günlük yaşamımızın olağan ve kaçınılmaz bir parçasıdır. İyi yönetildiğinde, yaşamımız daha hoş daha kaliteli, çalışmalarımız daha verimli olacaktır. Önemli olan stressiz bir yaşam değil, kaynağından çözümleyerek stres ile başa çıkabilmektir. Başa çıkma, insanın gücünü aşan, belirgin iç ve dış kaynaklı stresi düzenlemede, bilişsel ve davranışsal bir çabadır. Davranış bozukluğunun altında sıklıkla hatalı problem çözme yönteminin yattığı ileri sürülmektedir ve başa çıkmada hedef problemin çözülmesidir. Uzmanların stresle başa çıkmadaki en önemli yargısı şu cümle ile özetlenebilir: Amacımız stresten uzak bir yaşam sürdürmek olmamalıdır. Gerçekte amacımız; stres ile etkin bir şekilde mücadele etmeyi öğrenmek olmalıdır (Copper, 1998; Işıkhân, 1998). Stres ile baş etmede öncelikle bireysel yöntemlerin kullanılması düşünülmektedir (Işıkhân, 1998).

Bireysel olarak kişilerin oluşturduğu stratejiler stresle başa çıkma tutumları arasında oldukça dikkati çekmektedir. Stres ile başa çıkma tutumları genel olarak fiziksel veya psikolojik tutumların kontrol altında tutulmasını içermiş olup katılımcıların kendi alışkanlıklarıyla da şekillenmektedir. Bu yolla stresle başa çıkma hedeflenmektedir. Kişilerin stresle başa çıkmaları için araştırmalar çeşitli yollar ileri sürmektedir. Buna göre, egzersiz, vücudun hareket halinde olması, yoga, gevşeme, meditasyon, yeme alışkanlıklarına dikkat edilmesi, perhiz, spor yapma, sosyal aktivitelerde bulunma, ibadet ve dua gibi tutumların bireylerin stres ile başa çıkmasında oldukça yararlı olduğu gözlenmektedir (Pehlivan, 1995).

Stresle başa çıkma tutumları arasında bireylerin zamanı etkili ve verimli kullanma yetenekleri ve bireylerin kendilerini kontrol altında tutması ile kendilerine özgü hobilerinde etmeleri de onların stresle başa çıkmalarını sağlamasına yardım etmektedir (Erdoğan, 1999).

Çalışma hayatında stresle başa çıkmak için başvurulan çeşitli yollar dikkate alındığında, tipik bazı davranış türleri görülür. Birçoğu ya sigaraya, yemeğe, alkole, ilaca ya da bir kaçına birden yönelir. Bazıları da strese tepki olarak geri çekilir, içine kapanır, pasifleşir, sorunlarıyla yüz yüze gelmekten kaçınır. Bazen de sorunlarını tümüyle yok sayarak, olayların dışına çıkarlar. Yaygın olarak kullanılan bir başka stresle başa çıkma biçimi aşırı tepki göstermektir. Aşırı tepki gösterme çeşitli biçimlerde ortaya çıkabilir. Başkalarına yönelik öfke nöbetleri, kırıncı olma, kaygılanma vb. davranışlar bunlardan bazılarıdır. Bir başka zararlı başa çıkma biçimi de stres karşısında hiç tepki göstermeyip yaşanan sıkıntıyı içinde biriktirmektir. Bu birikimler sonucunda birey artık daha fazla dayanamayacağı için herhangi bir olayın hiç beklenmedik bir anda strese dönüşme olasılığı vardır. Yaşamın her aşamasında olduğu gibi çalışma hayatında da stresten kaçınmak mümkün değildir. Çalışma ortamında yaşanan stresin etkilerini tamamen ortadan kaldırmak ise oldukça güçtür. O halde yapılması gereken şey bu atmosfer altında iş görenlerin dengesini bozan, sağlığını olumsuz yönde etkileyen stresi en aza indirmeye çalışmaktır. Stres faktörlerinin birey üzerindeki bütün olumsuz sonuçlarını en aza indirmek ve bu gerilim kaynakları ile rasyonel bir şekilde başa çıkmak için gösterilen çabaların tümüne "stres yönetimi" denilmektedir. Stresle yani zorlamayla baş etmek, zorlamayı azaltmak veya ortadan kaldırmak için insanların yeni davranış kalıplarını kazanması, öğrenmesi ve benimsenmesi gerekmektedir. Bireyler zorlamadan kaçacak ya da zorlamayla savaşıacak davranış kalıplarını, öğrenmeli, benimseyip kullanabilmelidir (Işıkhan, 1998; Öztop, 2000).

Stresle başa çıkmada amaç; kişiye stres oluşturan öğeleri ve bunlara verdiği tepkileri tanıtmak, problemlerin doğru teşhisine yardımcı olmak, stres vericileri yönlendirmek, kendini fizyolojik ve psikolojik zararlardan korumak için yöntemleri öğretmek ve geliştirmektir (Batlaş, 2000). Stresle baş edebilmek için öncelikle kişinin stres yaratan faktörlerin neler olduğunu saptaması ve durumunun farkında olması gerekmektedir. Daha sonra kişi kendine uygun stresle mücadele yöntemlerini belirleyip stresle etkin baş edebilir (Wein, 2006).

Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilmiş ve Şahin ve Durak tarafından uyarlanmış hali (1995) olan "Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği" (SBTÖ) bireylerin stres altında, bu stresle mücadele edebilmek için yöneldiği, stresle başa çıkma tarzları;

kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama gibi kategorilerden oluşur (Şahin ve Durak, 1995).

- a. **Kendine Güvenli Yaklaşım:** Stresle başa çıkma tarzında problem odaklı bir başa çıkma yaklaşımıdır. Kendine güvenli yaklaşımda birey stres karşısında yaşadığı zor durumu aşabileceği güce sahip olduğu inancındadır.
- b. **İyimser Yaklaşım:** Stresle başa çıkma tarzında problem odaklı bir başa çıkma yaklaşımıdır. İyimser yaklaşımda birey stres karşısında olayları olumlu yönleriyle görme çabasındadır.
- c. **Sosyal Destek Arama:** Stresle başa çıkma tarzından, problem odaklı bir başa çıkma yaklaşımıdır. Sosyal destek aramada, birey strese maruz kaldığında yakın çevresinde bulunan kişilerden yardım alarak stresini azaltma eğilimindedir.
- d. **Çaresiz Yaklaşım:** Stresle başa çıkma tarzlarından, duygu odaklı başa çıkma yaklaşımıdır. Çaresiz yaklaşımda, strese maruz kalan birey büyük bir umutsuzluk içerisinde yaşadığı stresin karşısında kabullenici bir hale gelir. Yaşadığı stresi çaresizce kabullenme eğilimindedir.
- e. **Boyun Eğici Yaklaşım:** Stresle başa çıkma tarzlarından duygu odaklı başa çıkma yaklaşımıdır. Stres karşısında kalan birey, mücadele etmeden var olan bu stresi kabullenir. Teslimiyet eğilimindedir (akt. Şahin ve Durak, 1995).

Bireysel olarak kişilerin oluşturduğu stratejiler stresle başa çıkma tutumları arasında oldukça dikkati çekmektedir. Stres ile başa çıkma tutumları genel olarak fiziksel veya psikolojik tutumların kontrol altında tutulmasını içermiş olup bireylerin kendi alışkanlıklarıyla da şekillenmektedir. Bu yolla stresle başa çıkma hedeflenmektedir. Kişilerin stresle başa çıkmaları için araştırmalar çeşitli yollar ileri sürmektedir. Buna göre, egzersiz, vücudun hareket halinde olması, yoga, gevşeme, meditasyon, yeme alışkanlıklarına dikkat edilmesi, perhiz, spor yapma, sosyal aktivitelerde bulunma, ibadet ve dua gibi tutumların bireylerin stres ile başa çıkmasında oldukça yararlı olduğu gözlenmektedir (Pehlivan, 1995).

Özbay ve Şahin (1997) ise; stresle başa çıkma tutumlarını altı faktör altında toplamıştır. Bunlar; aktif planlama, dış yardım arama, dine sığınma, kabul-bilişsel

yeniden yapılanma, kaçma-soyutlama (duygusal-eylemsel) ve kaçma-soyutlanmadır (biyokimyasal).

A. Aktif planlama

Stres yaratan zaman faktörünün aktif planlama içerisinde iyi planlanması gerekmektedir. Vaktin kontrol edilememesi durumu hayal kırıklığı ve panik oluşmasına ve ciddi kaygılara sebep olmaktadır. Bu sebeple örgütlenmede vaktin iyi kullanılması için zaman yönetimi yaklaşımı geliştirilmiştir. Zaman yönetimi, yönetim prensiplerine başvurmayı gerektirmektedir. Başka bir ifadeyle zamanın planlanması, etkinliği ve de kontrolü söz konusudur (Örnek ve Aydın, 2006).

Stresi, genellikle bazı hadiselerle verdiğimiz tepki olarak tanımlarız. Fakat stres, ayrıca vakti değerlendirme biçimine bağlı olarak oluşmaktadır. Bürokratik işlerin fazlalığı, özensizce hazırlanan bir plan, denetim altında tutulamayan herhangi bir kötü olay, sürekli misafirlerin ziyaretleri ve hiç susmayan telefonlar zamanı kontrol etmemizi engellemektedir. Yapılması planlanan işlerin vaktinde bitirilememesi ise insanda gerginlik ve stres yaratabilir. Zaman yönetiminin gayesi, vakti gereksinim ve istekleri karşılayabilecek şekilde kontrol altına alabilmektir. Zaman yönetiminde hedef tespit etmek, hedeflere varmak için program oluşturmak, programı uygulamaya hızlıca koymak, sona erme vaktini tespit etmek ve hedefe ulaşana kadar çalışmayı sürdürmek gerekmektedir. Zamanla yarışmanın oluşturduğu stresle baş etmede zamanı iyi planlamak en uygunudur (Pehlivan, 1995).

Zamanı iyi yönetebilmek için yapılması gereken adımlar (Rowshan,1998);

- “Randevu, toplantı ve iş planı yazmak için ajanda ve defter alınmalıdır. Bu deftere veya ajandaya hedefler ve istekler de yazılabilir. Yapılacak şeyleri en önemlisinden en önemsizine doğru sıralamak da mümkündür. Ayrıca bir duvar takvimi alınıp ve yapacaklar oraya da yazılmalıdır yapılanlar silgi ile silinmelidir. Bu takvim sürekli görüldüğü için acil yetişmesi gereken şeyler unutulmaz ve vaktinde yetişebilir.
- Yapılacak şeylerin bir listesi yapılmalıdır. Gece ertesi gün yapılacak işlerin öncelik sırasına göre listesi alınmalıdır. Ertesi sabah listenin başına yazılmış olan şeyler yapılmalıdır. Bu liste kesinlikle yapılıp bitirilmelidir ve yarım

kalınmasına izin verilmemelidir. Ondan sonra listedeki ikinci maddeye geçilmelidir.

- İnsanın kendini ödüllendirmesi gerekmektedir. İşlere gerçekçi bitiş tarihleri koyulmalı ve her işi bitirdikçe insan kendini ödüllendirmelidir. İnsanın kendisine vereceği ödülde çok pahalı olmamalı ve çok vakit harcanmasına neden olmamalıdır. İnsan kendi kendisiyle olumlu bir konuşma yapmak, iyi bir ödül olabilir. İnsan kendine "Büyük bir iş başardım ve onu vaktinde bitirdim" demelidir.
- İşbirliği yapılmalıdır. Yapması planlanan işlerin bir bölümü arkadaşlara verilebilir mi? Bu sorunun cevabını düşünün. Eğer işler sadece bir insanın yaptıklarıyla yetismeyecek gibi ise bir bölümünü zaten insan arkadaşlara vermek zorunda kalabilmektedir. Bunlar iyice düşünülmeli ve karar verilmelidir.
- İşler gözden geçirilmelidir. Her ayın sonunda ajanda incelenmelidir. İşlerin ne kadarı yapılabiliyorsa, daha iyi olması için ne yapılması gerektiği düşünülmelidir. Bu aylık inceleme, plan yapanlar için eksiklikleri ve başarılı olunan yönleri ortaya çıkaracaktır.
- İş savsaklama gibi zaman hırsızlarına karşı dikkatli olunmalıdır. Zamanın kullanımının kontrolü tamamen bireyin elindedir bu hiç unutulmamalıdır. İşleri vaktinde yapmak için insan kendini güdülemelidir.
- İyi bir organizasyon yapılmalıdır. Küçük bir zaman hırsızı da çevrenizde bulunan kâğıt yığınlarıdır. Yapılacak işle ilgili bir evrakı aramak için gazete, dergi, çekler, faturalarla dolu kâğıt yığının arasına dalınca hem zaman kaybedilir hem de can sıkılabilir. Eğer çalışılan yerde her şey düzensiz bir şekilde oraya buraya yığılmışsa, onlar düzene sokulmalıdır. Aranılan zaman kolayca bulabilecek şekilde hepsi düzenli bir şekilde yeniden düzenlenmelidir. Her cumartesi veya pazar sabahı derin bir temizlik yapılmalıdır. Düzenli bir yerde çalışmak insanlara çok zaman kazandırır ve çalışma isteğini arttırır. “

A. Dış Yardım Arama

Sosyal destek stres karşısında tedbir almanın en etkin yollarından biridir.

“İşyerinde veya herhangi bir ortamda özverili arkadaşlıklar, geliştirilen insani ilişkiler ve bu gayeyle yöneticilerce gösterilecek hizmetler insana önemli

derecede sosyal destek verecektir. Sosyal destek, insanların gereksinim hiyerarşisinde mevcut olan ait olma, sevgi, takdir ve kendini gerçekleştirme gibi ana gereksinimlerin diğer insanlarla (arkadaşları, ailesi, üstleri veya profesyonel danışmanlar vb.) kurduğu etkileşim neticesinde tatmin edilmesi anlamına gelmektedir. Yüksek derecede yardıma sahip olan personelin güvensizlik hissine kapılmamaları sebebiyle aynı ortamda olmalarına karşın yardıma sahip olmayan insanlara oranla daha az stres yaşadıkları çalışmalarla belirtilmiştir. (Ekinci ve Ekici,2003).

B. Dine Sığınma (Dine Yönelme)

Stres durumunda dine yönelme, dua ederek rahatlamayı getirir. Başarısızlık, hastalık ve felaket olaylarında, insanı tehdit eden durum veya tehlikelerde bireyin morali bozulur. Dolayısıyla dine yönelen insan, Allah'a inanıp, ona sığınarak ondan yardım isteme yoluna gider (Kula, 2002).

Çalışmalar sonucunda elde edilen bulgulara göre dine inanma ve yönelmenin ağıladığı faydalar şu şekilde belirtilmektedir (Bahadır, 2002):

- *“Kriz, stres veya sosyal çatışmaları daha kolay aşabilmeyi sağlar. Bu noktada inanç, başa çıkma sürecini destekler.*
- *Bunalım ve diğer psiko-somatik hastalıklara yakalanma riskinin daha az olmasını sağlar. Bu noktada inanç, önleyici ve koruyucu bir fonksiyon icra eder.*
- *İyileştirmeye yönelik daha güçlü bir umut ve güven geliştirebilme imkânı tanır. Bu noktada inanç iyileşme sürecini hızlandırır.*
- *Alkol, uyuşturucu, sigara gibi bağımlılık yaratan alışkanlıklar geliştirme tehlikesini düşürür. Bu noktada inanç, sükûneti ve olgunluğu besleyen sağlıklı bir fizyolojik gelişimi destekler.*
- *Acı tecrübeleri ve ölümü daha bir sükûnetle karşılama, hayatın son aşaması ve ölüm sonrası hayat için korku ve endişelerden uzaklaşmayı sağlar. Bu noktada inanç, önemli bir düzenleyicidir”*

C. Kabul-Bilişsel Yeniden Yapılanma

Bilişsel yaklaşıma göre stres, katılımcı yaşamında dış ve iç kaynaklardan yansır. İçten kaynaklanan stres, bireylerin geliştirmiş oldukları mantıklı olmayan ve yanlış inançlardan doğmaktadır. İnsanların yaşama bakış açısını değerlendirmesi, mantık çerçevesinde olmayan inançları bırakması, stresle savaşta büyük mesafe almasını sağlar. Aşağıda pek çok insan tarafından paylaşılan mantık çerçevesinde olmayan inançlar Baltaş'a göre, şu şekilde sıralanmaktadır (Baltaş, 1997):

- *“Bir yetişkinin ailesi, arkadaşları, çevresi ve tüm tanıyanlar tarafından sevilmesi ve kabul görmesi gerekir.*
- *Kendini düşünmek kötü ve yanlıştır.*
- *Üzerine alınan tüm işlerde mutlaka o işi en iyi bilen, kusursuz yapan ve her zaman en mükemmel kişi olmak gerekir.*
- *İnsanların mutsuzluğuna ve üzülmeye neden olan dış ortamında oluşan hadiselerdir.*
- *İnsanların ve “başka şeylerin” olmasını istediğiniz gibi olmaması dehşet vericidir.*
- *Eğer insanlar sizi onaylamıyorsa bu mutlaka sizin hatalı veya kötü olduğunuzu gösterir.*
- *Geçmişte geleceği belirleyen pek çok şey vardır.*
- *İyi ilişkiler karşılıklı fedakârlığa ve “verme” temeli üzerine kurulur.*
- *İnsanlar çabuk kırılır ve onları hiçbir zaman incitmek gerekir. İnsan kendini yalnız hissediyorsa, yaşanılanlar ve duygular kontrol edilemiyor demektir.*
- *Mutluluk, zevk ve tatmin ancak başka insanların varlığı ile mümkündür ve tek başına olmak berbat bir şeydir.*
- *Mutluluk, koşuşturma içinde olmamak ve bol bol boş vakte sahip olmakla kazanılır.*
- *Kızgınlık mutlaka kötü ve yıkıcıdır.*
- *Acı çekmemeniz gerekir. Bunun nedeni; sizin hakkınız iyi bir yaşamdır*
- *Yaşamın küçük güçlükleri ve mesuliyetlerden kaçmak, onlarla karşı karşıya kalmaktan daha kolaydır.*
- *Şahane bir aşk, şahane bir ilişki vardır.*

- *Yaşamda bireyin kendisinden daha başka, daha güçlü, daha büyük destekler gereklidir.”*

D. Kaçma-Soyutlama (Duygusal- Eylemsel)

Kaçma-Soyutlama iki boyutlu olarak faktöriyel yapıda yer almıştır. Bu maddeler kişinin stresle başa çıkma tutumlarını pasif anlamda durumdan kendisini soyutlama biçiminde ele almaktadır.

E. Kaçma-Soyutlanma (Biyokimyasal)

Bu boyut duygusal-eylemsel kaçma ve soyutlamadan farklı ve pasif bir başa çıkma stratejisi olarak metabolizmada fizyolojik değişiklik yapma eğilimi şeklinde değerlendirilebilir. Sigara içme, alkol alma, ilaç kullanma ve uyuşturucuya yönelme gibi biyokimyasal bu boyut kapsamındaki başa çıkma yollarıdır (Özbay ve Şahin,1997).

2.11 Engelli Çocuğa Sahip Olmanın Aileler Üzerindeki Etkileri

2.11.1 Engelli Bireylerin Ailelerinde Suçluluk-Utanç

Engelli bireylere anne babalık yapmayan ebeveynler çocuklarından okulda ve hayatta başarı beklemektedir. Çocuklarının başarısıyla sevinç duyup gururlanmaktadır. Her anne ve baba çocuğundan bunu beklemektedir. Engelli bireylere anne ve babalık yapan ebeveynlerde ise bu durumun aksine zihinsel engelli çocuğunun diğer çocuklar ve ya yetişkinler tarafından alay konusu olabileceğini düşünmek o anne ve babalarda daha çok utanma ya da suçluluk duygusunun gelişmesine sebep olmaktadır (Ünal, 2009; 31).

Zihinsel engelli çocuklara sahip ebeveynler öfke, suçluluk ve engelli çocuklarına karşı aşırımı bir korumacı tutum içerisine girmektedir (Whirter, Acar, 2000). Zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin tutumları iki farklı şekilde ele alınabilir; kabul eden ve ya reddeden aile tutumu ya da kontrol eden ve ya özerk aile tutumlarını bu iki şekilde olduğu belirtilmektedir (Turan vd., 1991).

Suçluluk evresinde anne ve babalar genellikle kendilerini suçlar ve geçmişteki davranışlarını sorgular. Genel olarak “keşke” ile başlayan cümleler kurmaktadır ve böylece kendilerini engelli bir bireyin anne ve babası oldukları için suçlamaktadır. Anne ve babalar utanç duygusu yüzünden önce kendilerini sonra birbirlerini suçlar hale

gelmişlerdir. Ebeveynlerin bu karşılıklı birbirlerini suçlamaları daha sonra öfke problemini ortaya çıkarmaktadır. Bu öfkenin ana sebebinin ise aslında ebeveynlerin engelli çocuklarına karşı içten duyulan bir kızgınlık olduğu belirtilmiştir. Suçluluk ve öfke duyguları engelli bir çocuğa sahip olan ailelerde atlatılması zor ve aile içi problemlere sebep olacak kavramlardır. Aileler bu durumu atlatmakta zorluk çekmektedir. Engelli çocuk sahibi ebeveynler bu hislerinden kurtulmakta çok zorluk çekmekle birlikte bu hissin sebebinin aslında onların geçmişteki hatalarına karşılık bir ceza olduğu şeklinde varsayımlardan yola çıkıp bu suçluluk duygusunu daha da kalıcı hale getirebilirler (Balat, 2003; Greenspan, Wieder 2004; Gökeşmeoğlu 2004).

Suçluluk duygusu içerisinde olan aileler engelli çocuklarına eğitim aldırarak ve terapiye yönlendirmeye gayret sarf eder. Aileler çocuklarında var olan sorunun böylece ya kısmen ya da tamamen ortadan kalkacağına inanarak kendilerindeki suçluluk duygusundan biraz olsun arınırlar. Bu aileler çocuklarının iyileşeceklerine ve böylece kendilerinin suçluluk hissetmelerine gerek olmadığını düşünerek telkin olurlar. Bu aile yapısının tam aksi de daha çok çocuklarının engelli doğduğunu ve bu durumun hiçbir şekilde ortadan kalkmayacağına inanır ve bu sebeple de herhangi bir eğitim ya da terapi ile iyileşme yöntemine başvurmaz. Bu aile yapısı kendisini her daim çocuklarının engelli olmasından ötürü suçluluk duyar ve bu duygularından arınmak için çaba göstermez (Greenspan, Wieder 2004).

2.11.2 Engelli Çocuğa Sahip Anne Babalarda Evlilik Uyumu

Evlilik üzerine yapılan çalışmalara göre, zihinsel engelli çocuğa sahip anne ve babaların daha fazla aile içi şiddet, çatışma ve ya boşanmayı tecrübe ettiklerini vurgulamaktadır. Gelişim geriliğine sahip olmayan evlatlara sahip ailelerde ise boşanma oranı ve ya aile içi huzursuzluk oranı daha düşüktür. Zihinsel engelli ailelerde yaşanan boşanmanın genel popülasyona oranla iki katı daha fazla olduğu varsayılmaktadır (Tew, Payne, ve Laurence, 1974).

“Uyum” yapısı özellikle aile üyelerinin aile içinde engelli bireyin bulunmasını nasıl algıladıkları ile ilgili olduğu bilinmektedir. Doğuştan bir engelle dünyaya gelen bir çocuğun ya da sonradan engele sahip olan bir çocuğun aile içinde strese yol açtığı gözlenmektedir (Cuskelly, Hayes, 2004).

Zihinsel engelli çocukların ebeveynleri eğer çocuklarını eğitim ve terapi yoluyla iyileştirmek isterlerse bir tedavi süreci içerisine girmiş olur. Tedavi en başta ailenin suçluluk duygusundan arınmasına ve çocuğun iyileşmesi ihtimali ile yaşanan mutluluğun yanı sıra oldukça zorlu bir süreçtir. Bu süre içerisinde anne ve babalar birbirlerini yanlış algılayabilir ya da tedavi süreci içerisindeki ihtiyaçlar ebeveynler tarafından yanlış anlaşılabilir. Bu durum da ile içerisinde bir uyum sorununu ortaya çıkarmaktadır. Zihinsel engelli çocuğa sahip anneler babalara kıyasla daha çok depresif belirtileri gösterirken babalar da annenin sergilediği bu tutumdan etkilenmektedir. Evlilikteki uyum, çocuğun tedavi süreci içerisindeyken annenin aldığı tutum ve dışı vurum şekliyle şekillenir. Çünkü zihinsel engelli çocuğa sahip baba bu durumdan etkilenir ve tedavi süreci ebeveynlerin ilişkisini etkiler (Blotcky vd., 1985).

2.11.3 Engelli Çocuğa Sahip Anne Babalarda Tükenmişlik Durumları

Zihinsel engelli çocuğa sahip ebeveynler depresyon belirtilerinden en fazla yorgunluk, geleceğe dair kaygı, ümitsizlik ve tükenmişlik yaşamaktadır. Anne ve babalar ne yaparsa yapsın ve ya ne tepki verirse versinler çocuklardaki engellilik durumunun değişmeyeceğini fark etmektedir. Kendilerinin hayal ettiği ideal ve normal çocuk sahibi olma fikrinden uzaklaşmaları zaman zamanın yanı sıra katılımcıların duygu durumunu da oldukça etkilemektedir. Hem engelli anneleri hem de babaları bozuk duygu durumu problemi yaşamaktadır. Aile çocuğunun engelinin ortadan kalkması için bir tedavi sürecine başladığı zamanda da bu durumun ortaya kalkmayacağını anlayana değin oldukça yıpranır ve çökük duygu durumu yaşarlar. Depresyon yaşayan ebeveynler çoğunlukla kendi sosyal çevrelerinden uzaklaşmakta ve kendilerini geri çekme davranışı sergilemektedir. Ancak, ailelerin depresyonunun azalması çocuğun terapi ve eğitime verdiği geri dönüş ile doğru orantılıdır (Balat 2003; Greenspan, Wieder 2004; Gökeşmeoğlu 2004).

Zihinsel gecikmeleri olan çocuklara sahip ailelerde en çok stres anneler üzerinde gözlenmektedir. Babalara kıyasla annelerde daha çok depresyon açısından risk ve depresif belirtilerin gözlemlendiği belirtilmektedir (Fisman ve Wolf., 1991).

Zihinsel engelli çocukların ebeveynleri hastalık süreci içerisinde anne ve babaların üstlendikleri yükler açısından farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklardan kaynaklanan sorumlulukların paylaşımındaki dengesizlikler ebeveynlerin içinde

buldukları stresli durumu daha da içinde çıkılmaz bir hale getirecektir. Zihinsel engelli çocuğa sahip annelerin hastalığın çoğunun yükünü taşıırken babanın ise aileye ve çocuğa uzak bir tutum sergilemesi durumu olabileceği gibi tersi de söz konusu olmaktadır. Bu gibi durumlarda tüm yük annenin üzerine binmekte ve bu büyük sorumluluğun altında kalan anne daha çok stres yaşamakta ve tükenmişlikle birlikte depresif tutumlar sergileyecektir. Anneler babalara kıyasla zihinsel engelli çocuğa sahip olmanın getirdiği yük ve sorumluluğu tek başına kaldırarak bu durumdan en çok etkilenen kişi olacaktır (Knafl ve Zoeller, 2000).

Zihinsel engelli çocuklara sahip ebeveynlere yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, engelli çocuk sahibi annelerin sürekli kaygı düzeylerinin oldukça fazla olduğu ve normalin üstünde olduğu gözlenmektedir. Araştırmaya göre, bu durum zaten beklenen bir durum olmakla birlikte engelli çocuklara sahip annelerin diğer annelere oranla çok daha fazla sorumluluğu ve iş yükü bulunmaktadır. Zihinsel engelli çocukların anneleri çok fazla belirsizlik ve gelecek kaygısı içinde sürekli olarak çocuklarının ve kendi geleceklerini düşündükleri için yoğun bir şekilde stres altında olurlar. Annelerin içinde buldukları sosyokültürel çevre de zihinsel engelli çocukların annelerinin yaşadığı stresin farkında olmakla birlikte o annelerin yaşadığı strese kayıtsız kalmamaktadır. Araştırma da elde edilen bulgulara göre, annelere dışarıdan ne kadar yardım olursa annelerinde kaygı ve stres düzeylerinde o denli bir azalma görüleceği saptanmıştır (Çoşkun ve Akkaş, 2009; 220-225).

2.11.4 Engelli Çocuğa Sahip Anne Babalarda Depresyon

Zihinsel engelli çocuklara anne ve babalık yapan bireyler kendilerini çocuklarına nasıl daha çok yardımcı olabilecekleri konusunda sürekli bir düşünmeye sevk eder. Aileler kendilerini duygusal olarak zayıf ve yardıma ihtiyacı olarak hissederler (Orhan, 2004).

Zihinsel engelli çocuklara sahip ebeveynler diğerlerine göre oldukça sorumluluk altındadır. Yapılan araştırmalara göre, bu sorumluluğun büyük bir kısmını da annelerin yüklendiği ve bu sorumluluk duygusunun onları çok etkilediği ifade edilmektedir. Aynı zamanda çalışmalara göre, zihinsel engelli çocuğa sahip annelerin kendi rollerinden vazgeçtikleri ve sosyal hayata katılımlarının düştüğü gözlenmektedir (Duygun, 2001, Tekinalp, 2001).

Zihinsel engelli çocuğa sahip annelerin babalara kıyasla daha çok stres yaşadıkları ve depresif belirtileri gösterdikleri belirtilmiştir. Anneler yüklendikleri tüm sorumlulukları bir arada taşıdıkları için böyle bir çatışma meydana gelmektedir. Anneler hem iş hayatında hem de evde çocuklarına karşı yüklendikleri anne olma sorumluluklarının verdiği yük altında daha çok stres yaşayıp tükenmişlik hissettikleri belirtilmiştir. Anne olmanın bir getirisi olarak anne rolüne bürününce anneler daha çok çocuklarını kendilerinin bir uzantısı gibi düşünüp aralarında sıkı bir bağ oluşturur. Çocuğun yaşadığı her fiziksel ya da duygusal acıyı bir anne de kendi içinde çocuğuyla özdeşleştiği için yaşamaktadır. Zihinsel engelli çocuğun deneyimleri de yine bu şekilde anne tarafından kendi duygusuymuş gibi hissedilmekte olup anneyi stres altına sokmaktadır. Anneler bu yüzden babalara oranla çok daha fazla depresif belirtiler gösterir ve tükenmişlik durumları sergilemektedir (Riddle vd., 1989).

2.12 Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Stres Ve Stresle Başa Çıkma Durumları

Geçmişte yapılan birçok araştırma gösteriyor ki zihinsel engelli çocuğa sahip olmak hem anneleri hem de babaları psikolojik açıdan etkilemektedir. Anksiyete ya da depresyon gibi psikolojik rahatsızlıkları sıklıkla yaşadıkları gözlenmektedir (Cummings, 1976; Cummings, Bayley&Rie, 1966; McAlister, Butler&Lei, 1973).

Zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde hem anne hem de babaların psikolojik sorunlar yaşamasına rağmen her ikisinin de aile içerisinde farklı rolleri üstlendiği belirtilmektedir. Baba daha çok aile ve zihinsel engelli çocuğun hastalık süreci için eve para getiren ve finansal desteği sağlayan kişi olarak bilinirken, annenin temel rolü ise ilgi gösteren kişi olmaktır (Howard, 1980).

Stresle başa çıkma becerileri zihinsel gelişimi olan ailelerin uyum sürecinde ailenin adaptasyonuna etki ettiği bulunmuştur. Başa çıkma durumları bir bireyin stres içeren olaylara karşı aktif ve ya pasif olarak yaptığı hareketleri ve ya stratejilerine değinmektedir (Carver, Scheier, ve Weintraub, 1989).

Zihinsel engelli çocuğa sahip aileler, daha fazla aile içerisinde çatışma ve düşük evlilik mutluluğundan çekmektedir. Buna ek olarak, zihinsel engelli çocuğa sahip ebeveynlerin ailelerine adapte olabilmeleri normal ailelerden daha zor olmaktadır (Higgins,Bailey, ve Pearce, 2005). Bu adaptasyon sorununa ek olarak, zihinsel engelli

çocukların ebeveynlerinin düşük stresle başa çıkma mekanizmalarının olduğu fakat fazla stres ve gergin durumlara maruz kaldıkları belirtilmektedir. Başa çıkma durumları aile içi stresi manipüle etmekte olup, depresyon, sosyal izolasyon gibi psikolojik problemlerin seviyelerini düşürmektedir (Dunn vd., 2001). Bu yüzden de zihinsel engelli aileleri içinde buldukları bu zorlu ve uzun süreçte ayakta kalabilmeleri için sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadır (Lin, Tsai ve Chang., 2008). Bu ebeveynler sağlıklı başa çıkma durumlarını kullanıp kullanmadıklarının farkında değildir ve bu anne babalar genellikle duygu odaklı olan hisleri ve dini inançlarını sorgulama ile başa çıkmaktadır (Gray, 2006).

Stresle başa çıkmadaki asıl gaye zihinsel engelli çocuklara sahip ebeveynlerin stres faktörlerini tanımlarını sağlamak, stres yaratan durumları kontrol etmelerini sağlamak ve bireylerin psikoloji sağlıklarını korumalarını sağlamalarına yarayan durumları onlara öğretmektir (Baltaş, Baltaş, 1991).

BÖLÜM III GEREÇ ve YÖNTEM

Bu bölümde bu araştırmanın hedefledikleri hakkında analizler ve bulunan sonuçlar işlenecektir. Bu çalışmada kullanılan ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışmaları ve istatistiksel teknikler açıklanmaktadır. Son olarak araştırma sürecinde göz önünde bulundurulmuş etik kurallardan bahsedilmektedir.

3.1 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada zihinsel engelli çocuğa sahip ebeveynlerin stresle başa çıkma düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ebeveynlerin stresle başa çıkma stratejileri; çocuğa ait yaş, cinsiyet, engellilik düzeyi, çocuğun kardeşinin olup olmadığı varsa ailede kaçınıcı kardeş olduğu ile anne babalara ait yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, aylık gelir düzeyi, aile yapısı, sosyal güvence, eğitim düzeyi ve ebeveynler arasında akrabalık bağı olup olmaması gibi değişkenler karşılaştırmalı olarak incelenecektir..

3.2 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini 2014 yılları arasında zihinsel yetersizlik, zihinsel ve bedensel yetersizlik tanısı almış 25-50 yaş arasında rassal(değişken kavramının geliştirilmesi)olarak seçilen 132 engelli çocukların anneleri (n=91) ve babaları (n=41) oluşturmaktadır. İstanbul ilinin Üsküdar ilçesinde bulunan, Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı Otistik Çocuklar Eğitim Merkezi (OÇEM) ile özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerine devam etmekte olan otistik çocukların, zeka geriliği(mental retardasyon), down sendromlu tanısı almış çocukların anne ya da babalarına ulaşılmıştır. Bu kişilere, çalışmanın amacı ve konusu hakkında sözel olarak bilgi verilmiş ve katılmaya gönüllü olan ebeveynler çalışmaya alınmıştır. Tanılama için ailelerin tam teşekküllü hastaneden almış oldukları ve çocuklarının engel durumunu bildirir sağlık raporları dikkate alınmıştır.

3.3 Araştırma Soruları

Bu genel amaç doğrultusunda şu sorulara cevap aranacaktır:

1. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan aileler stresle başa çıkmada anlamlı düzeyde bir farklılık göstermekte midir?

2. Zihinsel engelli çocuğa sahip aileler stresle başa çıkabilme tutumlarından hangi yaklaşımı sergiliyorlar?
3. Zihinsel engelli çocuğa sahip bireylerin cinsiyetleriyle, yaşlarıyla, medeni durumlarıyla, eğitim durumlarıyla, meslekleriyle, aylık gelir düzeyleriyle, sosyal güvenceleriyle, aile yapısıyla, eşleriyle akrabalık bağı olup olmaması durumuyla stresle başa çıkma tutumları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık var mıdır?
4. Zihinsel engelli çocuğa sahip bireylerin çocuğunun cinsiyetiyle stresle başa çıkma tutumları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık var mıdır?
5. Zihinsel engelli çocuğa sahip bireylerin çocuklarının kaç kardeş olma durumlarıyla, doğum sırasıyla stresle başa çıkma tutumları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık var mıdır?
6. Zihinsel engelli çocuğa sahip bireylerin çocuğunun aldığı tanıyla stresle başa çıkma tutumları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık var mıdır?
7. Zihinsel engelli çocuğa sahip bireylerin çocuğunun engel durumu nedeniyle günlük işlerini yapmada sorun yaşama durumlarıyla stresle başa çıkma tutumları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık var mıdır?
8. Zihinsel engelli çocuğa sahip bireylerin çocuğunun engel durumu nedeniyle aile içinde sorun yaşama durumlarıyla stresle başa çıkma tutumları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık var mıdır?
9. Zihinsel engelli çocuğa sahip bireylerin çocuğunun özel durumu nedeniyle diğer sağlıklı olan çocukla/çocuklarıyla ilgilenmede sorun yaşama durumlarıyla stresle başa çıkma tutumları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık var mıdır?
10. Zihinsel engelli çocuğa sahip bireylerin çocuğunun engel durumu nedeniyle psikolojik destek alma durumlarıyla stresle başa çıkma tutumları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık var mıdır?

3.3.1 Hipotezler

H1: Zihinsel engelli çocuğa sahip olan aileler stresle başa çıkabiliyor.

H2: Zihinsel engelli çocuğa sahip aileler stresle başa çıkabilme tutumlarından çaresiz yaklaşımı sergiliyorlar.

3.4 Verilerin Toplanma Araçları

3.4.1 Aile Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi formunda anne, baba, çocuk ve aile yapısı ile ilgili demografik bilgileri içeren sorular (ebeveynlerin; yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, aylık gelir düzeyi, akrabalık bağı olup olmama durumu, aldığı sosyal ve psikolojik destek, günlük işlerini organize etmede sorun yaşama, çocuğun; engel durumu, yaşı, cinsiyeti, kardeş sayısı, ailede kaçınıcı çocuk olduğu ve rehabilitasyon programlarına katılım durumu vb. gibi) yer almaktadır (EK-I)

3.4.2 Stres ile Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Stresle Başa çıkma Tarzları ölçeği: Araştırmada Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilmiş ve stresle başa çıkma konusunun incelendiği araştırmalarda sıklıkla kullanılan “Stresle Başa çıkma Yolları Envanteri”nin (Ways of Coping Inventory), Şahin ve Durak tarafından uyarlanmış hali (1995) olan “Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği” (SBTÖ) kullanılmıştır. Folkman ve Lazarus, ilk önce evet/hayır formatında 68 madde olarak hazırladığı listeyi, daha sonra “Likert tipi” 66 maddelik bir ölçeğe dönüştürmüştür (Şahin ve Durak, 1995). Esas ölçeğin sınırlılıklarının ortadan kaldırılacak şekilde Şahin ve Durak tarafından 1992 yılında, faktör analizi sonucu 7 alt ölçek oluşturularak Türk gençlerine uyarlanmıştır.

Şahin ve Durak (1995) önce hazırladıkları ölçeği 30 maddelik ve 5 alt ölçek (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı) olarak yeniden düzenlemişlerdir. Envanter, 5’li likert tipi derecelendirmeye düzenlenmiş ve araştırmaya katılan bireylerden her maddeyi okuyup; “hiçbir zaman”, “ara sıra”, “bazen”, “sık sık”, “her zaman” seçeneklerinden birinin işaretlenmesi istenmiştir. Yine envanter cevaplandırılırken her maddede kendine en uygun ifadeyi tercih edip işaretlenmesi istenmiştir. Her yaklaşım için toplam puanın

artışı bireyin o başa çıkma tarzını daha çok kullandığı şeklinde değerlendirilir. SBTÖ'nün güvenilirliği, Cronbach Alpha güvenirlilik katsayısının 68 olarak saptandığı bu kısa formdaki beş alt ölçeğin güvenirlilik katsayılarının da 45 ile 80 arasında değiştiği görülmektedir. SBTÖ'nün geçerliliği, SBTÖ'nün psikolojik sorun belirtileriyle ilişkilerine, daha sonra çeşitli kişilik boyutları ve durumsal değişkenlerle ilişkilerine bakılmıştır. “Sosyal Desteğe Başvurma” dışındaki tüm alt ölçekler, Şahin ve arkadaşlarının yaptığı üç çalışmada kullanılan psikolojik sorun belirtileri ölçümleriyle beklenen yönlerde ve anlamlı ilişkiler içindedir. Örneğin, “Kendine Güvenli Yaklaşım” alt ölçeği depresyon ($r = -.26, p < .001$), anksiyete ($r = -.12, p < .001$) ve hostilite ($r = -.14, p < .001$) ile anlamlı negatif korelasyonlar verirken, “Çaresiz Yaklaşım” alt ölçeği, söz konusu belirtilerle, ($r = .23, p < .001$) ve ($r = .53, p < .001$) arasında değişen anlamlı ilişkiler göstermiştir (EK-II)

3.5 Verilerin analizi

Araştırmadan elde edilen veriler spss 21 istatistik programında değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılanların demografik özelliklerinin frekans tablosu öncelikle oluşturulmuştur. Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesinde, bazı ölçeklerin p değerleri 0.05 den büyük olduğu ve normal dağılıma uygun olduğu için parametrik testler uygulanmış ayrıca örneklem sayısı 30'dan küçük olan gruplarda nonparametrik testler kullanılarak demografik sorular ile ölçekler arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Bazı ölçeklerinde p değerleri 0.05'den küçük olduğu için normal dağılıma uygun olmadığından nonparametrik testler kullanılarak demografik sorular ile ölçekler arasındaki ilişkiye bakılmıştır. İki gruplu değişkenlerde Bağımsız Örneklem T testi, Mann Whitney U testi ikiden fazla gruplu değişkenlerde Kruskal Wallis testi ve Anova uygulanmıştır. Ölçekler arasında da anlamlı ilişkiler olup olmadığını test etmek için de normal dağılım gösterenlerde pearson korelasyon, normal dağılım göstermeyenlerde spearman korelasyon testleri uygulanarak analiz edilmiştir.

Araştırmaya katılanların demografik özelliklerinin frekans tablosu verilmiştir. Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesinde, Stresle Başa Çıkma Envanterinin bazı alt ölçekleri normal dağılıma uygun olduğu için parametrik testler ve Başa Çıkma Envanterinin bazı alt ölçekleri normal dağılıma uygun olmadığı için ayrıca örneklem sayısı 30'dan küçük olan gruplarda nonparametrik testler kullanılarak

demografik sorular ile ölçekler arasındaki ilişkiye bakılmıştır. İki gruplu değişkenlerde Bağımsız Örneklem T testi, Mann Whitney U testi ikiden fazla gruplu değişkenlerde Anova, Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

3.6 Etik

Zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin katıldığı örneklem grubu oluşturulduğunda, gizlilik haklarının korunulacağına garanti verildi. Bununla beraber kullanılan ölçek olası psikolojik stres yaratabilecek maddeler içermemektedir. Ölçek, ailelere dağıtılmadan önce danışman hocam tarafından titizlikle incelenmiştir. Araştırmaya gönüllü olarak katılan bireylere ölçeklerde verdikleri cevapların hiçbir kişisel bilgi paylaşımı olmadan istatistiksel analizlerde kullanılacağı ve bu şekilde tez çalışmasında yer alacağı konusunda teyit edilmiştir. Tüm katılımcıların isimlerinin gizli tutulacağı ve kişisel hiç bir bilginin herhangi bir üçüncü kişiyle paylaşılmayacağı ailelere bildirilmiştir. Bir diğer ifadeyle, ölçeklerden alınan sonuçların bilimsel kurallara göre yorumlanması dışında başka hiç bir amaç için kullanılmayacağı belirtilmiştir.

BÖLÜM IV BULGULAR

Bu bölümde, araştırma doğrultusunda örneklem grubundan toplanan verilerin çözümlenmesiyle elde edilen sonuçların tabloları, yorumları ile birlikte sunulmuştur. Örneklem grubuna uygulanan “Kişisel Bilgi Formu” ile elde edilen veriler grubun genel özellikleri frekans ve yüzde dağılımları şeklinde tablolaştırılmıştır.

Tablo 4: Araştırmaya Katılan Katılımcıların Demografik Değişkenlere İlişkin Dağılımı

		<i>N</i>	<i>%</i>
Cinsiyet	Kadın	91	68.9
	Erkek	41	31.1
Yaş	25 ile 33 yaş arası	26	19.7
	34 ile 40 yaş arası	47	35.6
	41 ile 49 yaş arası	44	33.3
	50 yaş ve üzeri	15	11.4
Medeni durum	Evli	116	87.9
	Boşanmış	12	9.1
	Eşi vefat etmiş	4	3.0
Eğitim durumu	İlkokul mezunu	47	35.6
	Ortaokul mezunu	12	9.1
	Lise mezunu	36	27.3
	Üniversite mezunu	37	28.0
Meslek	Memur	13	9.8
	İşçi	16	12.1
	Emekli	13	9.8
	Serbest meslek	20	15.2
	Ev hanımı	70	53.0
Aylık gelir	850-1000 TL arası	40	30.3
	1001-1500 TL arası	40	30.3
	1501-2000 TL arası	22	16.7
	2001 TL üstü	30	22.7

		N	%
Sosyal güvence	Bağkur	21	15.9
	SSK	88	66.7
	Yeşil kart	9	6.8
	Emekli sandığı	14	10.6
Aile yapısı	Çekirdek aile	116	87.9
	Geniş aile	16	12.1
Eşler arasında akrabalık durumu	Var	23	17.4
	Yok	109	82.6
Çocuğun cinsiyeti	Kız	48	36.4
	Erkek	84	63.6
Kardeş durumu	Kardeşi yok	34	25.8
	1 kardeşi var	23	17.4
	2 kardeşi var	53	40.2
	3 kardeşi var	22	16.7
Doğum sırası	İlk çocuk	56	42.4
	Ortanca çocuk	40	30.3
	Son çocuk	36	27.3
Çocuğun tanısı	Sebebi bilinmeyen Mental Retarde (Zekâ Geriliği)	55	41.7
	Mental Retarde (Zekâ Geriliği) + Otizm	48	36.4
	Mental Retarde (Zekâ Geriliği) + Down Sendromu	29	22.0
Çocuğun durumundan dolayı günlük işlerin aksama durumu	Evet	62	47.0
	Hayır	70	53.0
Aksayan işler	Aksamıyor	70	53.0
	İşleri yetiştirmekte sıkıntı yaşamakta	29	22.0
	Çocuğu sürekli takip etme	7	5.3
	Çalışmıyor	4	3.0
	Hayatı çocuğa göre yönlendirme	22	16.7
Aile içi sorun yaşanması durumu	Evet	48	36.4
	Hayır	84	63.6

		N	%
Yaşanan sorun	Yaşanmıyor	84	63.6
	Sürekli evde gergin ortam	5	3.8
	Çocuğun durumunu kabullenme	17	12.9
	Baba ilgilenmiyor	8	6.1
	Geçimsizlik	7	5.3
	Sosyal yaşam olumsuz etkileniyor	13	9.8
Diğer çocuk(lar) sorun yaşanması durumu	Evet	47	35.6
	Hayır	85	64.4
Psikolojik destek alma durumu	Evet	26	19.7
	Hayır	106	80.3
Psikolojik destek alma süresi	Destek almıyor	106	80.3
	1 yıldan az bir süredir	11	8.3
	2 yıl	5	3.8
	3 yıl	4	3.0
	4 yıl	6	4.5
Özel eğitim alma süresi	1 yıldan az	19	14.4
	1-2 yıl arası	29	22.0
	3-4 yıl arası	18	13.6
	5 yıl ve üzeri	66	50.0

Araştırma dahilinde aile bilgi formunu ve ölçek sorularını yanıtlayan 132 katılımcının 91'i (%68.9) kadınlar ve 41'i (%31.1) erkekler oluşturmaktadır.

Katılımcıların yaş ortalaması 40.29 ± 7.75 (En az= 25, En fazla= 74)'tür.

Katılımcıların 116'sı (%87.9) evli, 12'si (%9.1) boşanmış ve 4'ünün (%3.0) eşi vefat etmiştir.

Katılımcıların 47'si (%35.6) ilkokul mezunu, 37'si (%28.0) üniversite mezunu, 36'sı (%27.3) lise mezunu ve 12'si (%9.1) ortaokul mezunudur.

Katılımcıların 70'i (%53.0) ev hanımı, 20'si (%15.2) serbest meslekte çalışmakta, 16'sı (%12.1) işçi, 13'ü (%9.8) memur ve 13'ü (%9.8) memurdur.

Katılımcıların 40'nin (%30.3) aylık geliri 850-1000 TL arasında, 40'nin (%30.3) 1001-1500 TL arasında, 30'unun (%22.7) aylık geliri 2001 TL üzeri ve 22'sinin (%16.7) aylık geliri 1501-2000 TL arasındadır.

Katılımcıların 88'inin (%66.7) SSK'sı bulunmakta, 21'inin (%15.9) bağkuru bulunmakta, 14'ünün (%10.6) emekli sandığı bulunmakta ve 9'unun (%6.8) yeşil karttı bulunmaktadır.

Katılımcıların 116'sı (%87.9) çekirdek aile ve 16'sı (%12.1) geniş ailedir.

Katılımcıların 109'unun (%82.6) eşiyile arasında akrabalık durumu bulunmamakta ve 23'ünün (%17.4) eşiyile arasında akrabalık durumu bulunmaktadır.

Katılımcıların 84'ünün (%63.6) engelli çocuğu erkek ve 48'inin (%36.4) engelli çocuğu kızdır.

Engelli çocukların 53'ünün (%40.2) 2 kardeşi bulunmakta, 34'ünün (%25.8) kardeşi yok, 23'ünün (%17.4) 1 kardeşi bulunmakta ve 22'sinin (%16.7) 3 kardeşi bulunmaktadır.

Engelli çocukların 56'sı (%42.4) ilk çocuk, 40'ı (%30.3) ortanca çocuk ve 36'sı (%27.3) son çocuktur.

Engelli çocukların 55'inin (%41.7) tanısı sebebi bilinmeyen zeka geriliği, 48'inin (%36.4) tanısı zeka geriliğine sahip otizm ve 29'unun (%22.0) tanısı ise; zeka geliğine sahip down sendromudur.

Katılımcıların 70'inin (%53.0) çocuğun durumundan dolayı günlük işleri aksamamakta ve 62'sinin (%47.0) çocuğu durumundan dolayı günlük işleri aksıyor.

Katılımcıların 70'inin (%53.0) çocuğun durumundan dolayı günlük işleri aksamamakta, 29'u (%53.0) işlerini yetiştirmede sıkıntı yaşamakta, 22'si (%16.7) hayatını çocuğuna göre yönlendirmekte, 7'si (%5.3) çocuğunu sürekli takip etmekte ve 4'ü (%3.0) çocuğunun durumundan dolayı çalışmamaktadır.

Katılımcıların 84'ü (%63.6) çocuğunun durumundan kaynaklı aile içinde sorun yaşamamakta ve 48'i (%36.4) çocuğunun durumundan dolayı aile içinde sorun yaşamaktadır.

Katılımcıların 84'ü (%63.6) çocuğunun durumundan kaynaklı aile içinde sorun yaşamamakta, 17'sinin (%12.9) ailesinde çocuğun durumunun kabullenilmesinde sorun yaşanmakta, 13'ünün (%9.8) ailesinde sosyal yaşamı olumsuz etkilenmekte, 8'inin (%6.1) ailesinde baba yeterince ilgilenmemekte, 7'sinin (%5.3) ailesinde aile içi geçimsizlik yaşanmakta ve 5'inin (%3.8) ailesinde sürekli olarak evde gergin ortam yaşanmaktadır.

Katılımcıların 85'i (%64.4) diğer çocuklarıyla ilgilenmekte sorun yaşamamakta ve 47'si (%35.6) diğer çocuklarıyla ilgilenmekte sorun yaşamaktadır.

Katılımcıların 106'sı (%80.3) psikolojik destek almamış ve 26'sı (%19.7) psikolojik destek almıştır.

Katılımcıların 106'sı (%80.3) psikolojik destek almıyor, 11'i (%8.3) 1 yıldan az bir süredir psikolojik destek almakta, 6'sı (%4.5) 4 yıldan fazla bir süredir psikolojik destek almakta, 5'i (%3.8) 2 yıldır psikolojik destek almakta ve 4'ü (%3.0) 3 yıldır psikolojik destek almaktadır.

Engelli olan çocukların 66'sı (%50.0) 5 yıldan fazla bir süredir özel eğitim almakta, 29'u (%22.0) 1-2 yıl arası bir süredir özel eğitim almakta, 19'u (%14.4) 1 yıldan az bir süredir özel eğitim almakta ve 18'i (%13.6) 3-4 yıl arası bir süredir özel eğitim almaktadır.

Tablo 5: Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Ölçeğinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gruba Göre Dağılımı

Ölçek	Ort. ve SD
Kendine Güvenli Yaklaşımı	19.18 ± 4.41
Çaresiz Yaklaşımı	12.26 ± 3.66
Boyun Eğici Yaklaşımı	8.62 ± 3.88
İyimser Yaklaşımı	9.03 ± 4.04
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	8.70 ± 2.29

Katılımcıların Kendine Güvenli Yaklaşımı alt ölçeğinin ortalaması (19.18 ± 4.41) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların Çaresiz Yaklaşımı alt ölçeğinin ortalaması (12.26 ± 3.66) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların İyimser Yaklaşımı alt ölçeğinin ortalaması (9.03 ± 4.04) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların Sosyal Destek Arama Yaklaşımı alt ölçeğinin ortalaması (8.70 ± 2.29) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların Boyun Eğici Yaklaşımı alt ölçeğinin ortalaması (8.62 ± 3.88) olduğu saptanmıştır. **Ortalama değerlere baktığımızda katılımcıların stresle başa çıkma tarzlarından en çok Kendine Güvenli Yaklaşımına sahip olduğu görülmüştür.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde “Katılımcıların cinsiyeti ile katılımcıların stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 6: Katılımcıların Cinsiyeti İle Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Bağımsız Örneklem T-Testi” ve “Mann Whitney U” İle Karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	X	SS	T	P
Çaresiz Yaklaşım	Kadın	91	9.10	3.73	2.18	.031*
	Erkek	41	7.53	4.03		
Boyun Eğici Yaklaşım	Kadın	91	9.61	3.85	2.49	.014*
	Erkek	41	7.75	4.18		
	Cinsiyet	N	$\bar{X} \pm SS$	S. Ort.	U	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Kadın	91	19.20±4.52	66.83	1835.00	.882
	Erkek	41	9.12±4.23	65.77		
İyimser Yaklaşım	Kadın	91	12.30±3.77	67.27	1795.00	.727
	Erkek	41	12.17±3.45	64.78		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Kadın	91	8.86±2.32	69.04	1634.50	.250
	Erkek	41	8.34±2.22	60.87		

Tablo 6’da görüldüğü gibi katılımcıların cinsiyetleri arasında çaresiz yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. ($p < 0.05$). **Buna göre Çaresiz Yaklaşım ölçeği cinsiyet değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Çaresizlik Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından kadınların lehine anlamlı bir fark vardır [$t=2.18$, $p=.031$]. Kadınların erkeklere oranla Çaresiz Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Katılımcıların cinsiyetleri arasında boyun eğici yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. ($p < 0.05$). **Buna göre Boyun Eğici Yaklaşım ölçeği cinsiyet değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Boyun**

Eğici Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından kadınların lehine anlamlı bir fark vardır [t=2.49, p=.014]. Kadınların erkeklere oranla Boyun Eğici Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların cinsiyetleri arasında Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. (p>0.05). Buna göre Kendine Güvenli Yaklaşım ölçeği cinsiyet değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark yoktur [U=1835.50, p=.882].

Katılımcıların cinsiyetleri arasında İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. (p>0.05). Buna göre İyimser Yaklaşım ölçeği cinsiyet değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark yoktur [U=1795.00, p=.727].

Katılımcıların cinsiyetleri arasında Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. (p>0.05). Buna göre Sosyal Destek Arama Yaklaşım ölçeği cinsiyet değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark yoktur [U=1634.50, p=.250].

Bu araştırmanın genel amacı “Katılımcıların yaşları ile katılımcıların stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 7: Katılımcıların Yaşları İle Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis” İle Karşılaştırılması

	Yaş	N	$\bar{X} \pm SS$	S. Ort.	k-w	P
Çaresiz Yaklaşım	25 ile 33 yaş arası	26	9.07±4.42	67.37	1.54	.672
	34 ile 40 yaş arası	47	9.06±3.72	71.27		
	41 ile 49 yaş arası	44	8.04±3.46	63.17		
	50 yaş ve üzeri	15	8.13±4.61	59.83		
Boyun Eğici Yaklaşım	25 ile 33 yaş arası	26	9.30±4.70	67.81	1.36	.715
	34 ile 40 yaş arası	47	9.53±3.87	70.95		
	41 ile 49 yaş arası	44	8.40±3.65	62.33		
	50 yaş ve üzeri	15	8.86±4.53	62.53		
Kendine Güvenli Yaklaşım	25 ile 33 yaş arası	26	19.30±3.96	65.21	.050	.997
	34 ile 40 yaş arası	47	19.21±4.56	67.12		
	41 ile 49 yaş arası	44	19.47±3.28	66.33		
	50 yaş ve üzeri	15	18.00±7.15	67.30		
İyimser Yaklaşım	25 ile 33 yaş arası	26	12.15±3.74	65.98	4.73	.192
	34 ile 40 yaş arası	47	12.04±2.92	60.31		
	41 ile 49 yaş arası	44	12.20±3.87	67.18		
	50 yaş ve üzeri	15	13.33±4.96	84.80		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	25 ile 33 yaş arası	26	8.96±2.27	73.27	2.27	.518
	34 ile 40 yaş arası	47	8.51±2.86	63.43		
	41 ile 49 yaş arası	44	8.86±1.88	68.99		
	50 yaş ve üzeri	15	8.40±1.35	57.10		

Tablo 7’de görüldüğü gibi katılımcıların yaşları arasında Çaresiz Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. ($p>0.05$). Buna göre Çaresiz Yaklaşım ölçeği yaş değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Çaresizlik Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından katılımcıların yaşları arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=1.54$, $p=.672$].

Katılımcıların yaşları arasında Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. ($p>0.05$). Buna göre Boyun Eğici Yaklaşım ölçeği yaş değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Boyun Eğici Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından katılımcıların yaşları arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=1.36$, $p=.715$].

Katılımcıların yaşları arasında Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. ($p>0.05$). Buna göre Kendine Güvenli Yaklaşım ölçeği yaş değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların yaşları arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=.050$, $p=.997$].

Katılımcıların yaşları arasında İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. ($p>0.05$). Buna göre İyimser Yaklaşım ölçeği yaş değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların yaşları arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=4.73$, $p=.192$].

Katılımcıların yaşları arasında Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. ($p>0.05$). Buna göre Sosyal Destek Arama Yaklaşım ölçeği yaş değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların yaşları arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=2.27$, $p=.518$].

Bu araştırmanın genel amacı “Katılımcıların medeni durumları ile katılımcıların stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 8: Katılımcıların Medeni Durumları İle Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” İle Karşılaştırılması

	Medeni durum	N	$\bar{X} \pm SS$	S. Ort.	U	P
Çaresiz Yaklaşım	Evli	116	8.54±3.75	65.81	847.50	.573
	Boşanmış	16	9.18±4.79	71.53		
Boyun Eğici Yaklaşım	Evli	116	9.00±3.98	66.29	904.00	.867
	Boşanmış	16	9.31±4.57	68.00		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Evli	116	19,56±3.86	68.49	697.00	.106
	Boşanmış	16	16.43±6.84	52.06		
İyimser Yaklaşım	Evli	116	12.48±3.32	67.72	786,50	.321
	Boşanmış	16	10.68±5.40	57.66		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Evli	116	8.67±2.33	65.93	861,50	.638
	Boşanmış	16	8.93±2.04	70.66		

Tablo 8’de görüldüğü gibi katılımcıların medeni durumları arasında Çaresiz Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Çaresiz Yaklaşım Ölçeği medeni durum değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Çaresizlik Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından katılımcıların medeni durumları arasında anlamlı bir fark yoktur [$U=847.50$, $p=.573$].

Katılımcıların medeni durumları arasında Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Boyun Eğici Yaklaşım ölçeği medeni durum değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Boyun Eğici Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından katılımcıların medeni durumları arasında anlamlı bir fark yoktur [$U=904.00$, $p=.867$].

Katılımcıların medeni durumları arasında Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Kendine Güvenli Yaklaşım ölçeği medeni durum değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların medeni durumları arasında anlamlı bir fark yoktur [$U= 697,00$, $p=.106$].

Katılımcıların medeni durumları arasında İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre İyimser Yaklaşım ölçeği medeni durum değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların medeni durumları arasında anlamlı bir fark yoktur [$U=786.50$, $p=.321$].

Katılımcıların medeni durumları arasında Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Sosyal Destek Arama Yaklaşım ölçeği medeni durum değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların medeni durumları arasında anlamlı bir fark yoktur [$U=861.50$, $p=.638$].

Bu araştırmanın genel amacı “Katılımcıların eğitim durumları ile katılımcıların stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 9: Katılımcıların Eğitim Durumları İle Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis” İle Karşılaştırılması

	Eğitim durumu	N	$\bar{X} \pm SS$	S. Ort.	k-w	P
Çaresiz Yaklaşım	İlkokul mezunu	47	9.91±4.15	80.09	9.44	.024*
	Ortaokul mezunu	12	8.00±3.66	61.42		
	Lise mezunu	36	8.11±3.55	60.03		
	Üniversite mezunu	37	7.67±3.59	57.19		
Boyun Eğici Yaklaşım	İlkokul mezunu	47	10.31±4.30	80.95	10.86	.012*
	Ortaokul mezunu	12	7.83±2.97	54.42		
	Lise mezunu	36	8.58±4.06	61.22		
	Üniversite mezunu	37	8.24±3.66	57.20		
Kendine Güvenli Yaklaşım	İlkokul mezunu	47	18.55±5.14	62.06	4.84	.184
	Ortaokul mezunu	12	21.58±2.96	88.58		
	Lise mezunu	36	19.00±4.21	64.06		
	Üniversite mezunu	37	19.37±3.83	67.35		
İyimser Yaklaşım	İlkokul mezunu	47	11.74±3.66	60.20	5.85	.119
	Ortaokul mezunu	12	13.00±4.57	80.63		
	Lise mezunu	36	11.69±3.74	60.74		
	Üniversite mezunu	37	13.24±3.13	75.53		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	İlkokul mezunu	47	8.04±2.83	58.81	3.28	.350
	Ortaokul mezunu	12	8.91± 1.78	70.63		
	Lise mezunu	36	9.00±1.95	68.51		
	Üniversite mezunu	37	9.18±1.82	72.97		

Tablo 9’da görüldüğü gibi katılımcıların eğitim durumları arasında Çaresiz Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). Buna göre Çaresiz Yaklaşım ölçeği eğitim durumu değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Çaresizlik Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından ilkokul mezunu olan

katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [k-w=9.44, p=.024]. **İlkokul mezunu olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Çaresiz Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Katılımcıların eğitim durumları arasında Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p<0.05). Buna göre Boyun Eğici Yaklaşım ölçeği eğitim durumu değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından ilkokul mezunu olan katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [k-w=10.86, p=.012]. **İlkokul mezunu olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Boyun eğici Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Katılımcıların eğitim durumları arasında Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0.05). Buna göre Kendine Güvenli Yaklaşım ölçeği eğitim durumu değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların eğitim durumları arasında anlamlı bir fark yoktur [k-w= 4.84, p=.184].

Katılımcıların eğitim durumları arasında İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0.05). Buna göre İyimser Yaklaşım ölçeği eğitim durumu değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların eğitim durumları arasında anlamlı bir fark yoktur [k-w=5.85, p=.119].

Katılımcıların eğitim durumları arasında Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0.05). Buna göre Sosyal Destek Arama Yaklaşım ölçeği eğitim durumu değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların eğitim durumları arasında anlamlı bir fark yoktur [k-w=3.28, p=.350].

Bu araştırmanın genel amacı “katılımcıların meslekleri ile katılımcıların stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 10: Katılımcıların Meslekleri İle Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis” İle Karşılaştırılması

	Meslek	N	$\bar{X} \pm SS$	S. Ort.	k-w	P
Çaresiz Yaklaşım	Memur	13	7.00±2.82	50.35	7.99	.092
	İşçi	16	7.62±4.25	59.31		
	Emekli	13	7.69±5.07	55.38		
	Serbest meslek	20	7.95±3.03	60.35		
	Ev hanımı	70	9.51±3.80	74.96		
Boyun Eğici Yaklaşım	Memur	13	7.15±3.13	47.96	11.21	.024*
	İşçi	16	8.12±4.42	62.25		
	Emekli	13	8.38±5.07	57.42		
	Serbest meslek	20	7.75±3.00	53.15		
	Ev hanımı	70	10.08±3.94	76.41		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Memur	13	20.76±2.80	79.73	2.43	.656
	İşçi	16	19.68±4.19	70.59		
	Emekli	13	18.92±5.51	68.65		
	Serbest meslek	20	19.15±2.94	61.18		
	Ev hanımı	70	18.82±4.84	64.23		
İyimser Yaklaşım	Memur	13	14.00±2.64	83.15	4.84	.304
	İşçi	16	11.68±3.21	57.44		
	Emekli	13	12.69±4.64	76.15		
	Serbest meslek	20	11.95±3.03	60.15		
	Ev hanımı	70	12.08±3.87	65.50		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Memur	13	8.46±1.50	60.04	5.14	.972
	İşçi	16	8.37±2.47	64.72		
	Emekli	13	8.84±1.72	67.12		
	Serbest meslek	20	8.60±2.68	66.98		
	Ev hanımı	70	8.82±2.39	67.86		

*p<0.05

Tablo 10’da görüldüğü gibi katılımcıların meslekleri arasında Çaresiz Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Çaresiz Yaklaşım ölçeği meslek değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Çaresizlik Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından katılımcıların meslekleri arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=7.99$, $p=.092$].

Katılımcıların meslekleri arasında Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p<0.05$). Buna göre Boyun Eğici Yaklaşım ölçeği meslek değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Boyun Eğici Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından **ev hanımı olan katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [$k-w=11.21$, $p=.024$]. Ev hanımı olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Boyun Eğici Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Katılımcıların meslekleri arasında Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Kendine Güvenli Yaklaşım ölçeği meslek değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların meslekleri arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w= 2.43$, $p=.656$].

Katılımcıların meslekleri arasında İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre İyimser Yaklaşım ölçeği meslek değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların meslekleri arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=4.84$, $p=.304$].

Katılımcıların meslekleri arasında Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Sosyal Destek Arama Yaklaşım ölçeği meslek değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların meslekleri arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=.514$, $p=.972$].

Bu araştırmanın genel amacı “katılımcıların aylık gelir düzeyleri ile katılımcıların stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 11: Katılımcıların Aylık Gelir Düzeyleri İle Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis” İle Karşılaştırılması

	Gelir	N	$\bar{X} \pm SS$	S. Ort.	k-w	P
Çaresiz Yaklaşım	850-1000 TL arası	40	8.87±4.24	71.71	2.03	.565
	1001-1500 TL arası	40	8.27±3.57	62.96		
	1501-2000 TL arası	22	9.68±4.26	71.00		
	2001 TL üstü	30	7.96±3.45	60.97		
Boyun Eğici Yaklaşım	850-1000 TL arası	40	9.12±4.26	69.66	1.17	.760
	1001-1500 TL arası	40	8.87±3.85	66.15		
	1501-2000 TL arası	22	9.95±4.50	69.59		
	2001 TL üstü	30	8.46±3.68	60.48		
Kendine Güvenli Yaklaşım	850-1000 TL arası	40	18.50±4.71	60.25	6.36	.095
	1001-1500 TL arası	40	18.35±4.88	59.71		
	1501-2000 TL arası	22	20.63±4.04	80.48		
	2001 TL üstü	30	20.13±3.20	73.63		
İyimser Yaklaşım	850-1000 TL arası	40	11.52±3.99	58.70	3.91	.271
	1001-1500 TL arası	40	11.97±3.93	64.98		
	1501-2000 TL arası	22	13.36±2.38	77.14		
	2001 TL üstü	30	12.83±3.46	71.13		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	850-1000 TL arası	40	8.62±2.14	66.34	3.41	.333
	1001-1500 TL arası	40	8.42±2.75	62.95		
	1501-2000 TL arası	22	8.40±1.96	59.20		
	2001 TL üstü	30	9.40±1.99	76.80		

Tablo 11’de görüldüğü gibi katılımcıların gelir düzeyleri arasında Çaresiz Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Çaresiz Yaklaşım ölçeği gelir değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Çaresizlik Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından katılımcıların gelir düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=7.99$, $p=.092$].

Katılımcıların gelir düzeyleri arasında Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Boyun Eğici Yaklaşım ölçeği gelir değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Boyun Eğici Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından katılımcıların gelirleri arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=1.17$, $p=.760$].

Katılımcıların gelir düzeyleri arasında Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Kendine Güvenli Yaklaşım ölçeği gelir değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların gelir düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w= 6.36$, $p=.095$].

Katılımcıların gelir düzeyleri arasında İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre İyimser Yaklaşım ölçeği gelir değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların gelir düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=3.91$, $p=.271$].

Katılımcıların gelir düzeyleri arasında Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Sosyal Destek Arama Yaklaşım ölçeği gelir değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların gelir düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=3.41$, $p=.333$].

Bu araştırmanın genel amacı “katılımcıların sosyal güvenceleri ile katılımcıların stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 12: Katılımcıların Sosyal Güvenceleri İle Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis” İle Karşılaştırılması

	Sosyal güvence	N	$\bar{X} \pm SS$	S. Ort.	k-w	P
Çaresiz Yaklaşım	BAĞ-KUR	21	8.90±4.18	70.02	2.40	.493
	SSK	88	8.68±3.68	66.89		
	Yeşil kart	9	9.00±4.24	75.33		
	Emekli sandığı	14	7.57±4.65	53.11		
Boyun Eğici Yaklaşım	BAĞ-KUR	21	8.71±4.80	63.24	3.54	.314
	SSK	88	9.10±3.66	66.89		
	Yeşil kart	9	10.33±4.63	86.11		
	Emekli sandığı	14	8.28±4.90	56.32		
Kendine Güvenli Yaklaşım	BAĞ-KUR	21	19.57±3.61	68.19	2.12	.547
	SSK	88	18.81±4.82	63.68		
	Yeşil kart	9	20.66±3.57	80.67		
	Emekli sandığı	14	19.92±3.12	72.57		
İyimser Yaklaşım	BAĞ-KUR	21	12.52±3.50	67.17	1.76	.622
	SSK	88	11.93±3.98	64.15		
	Yeşil kart	9	12.77±2.53	69.44		
	Emekli sandığı	14	13.64±1.78	78.39		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	BAĞ-KUR	21	8.47±2.40	65.52	3.90	.272
	SSK	88	8.86±2.38	69.19		
	Yeşil kart	9	9.00±1.50	71.00		
	Emekli sandığı	14	7.85±1.91	48.14		

Tablo 12’de görüldüğü gibi katılımcıların sosyal güvenceleri arasında Çaresiz Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Çaresiz Yaklaşım ölçeği sosyal güvence değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Çaresizlik Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından katılımcıların sosyal güvenceleri arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=2.40$, $p=.493$].

Katılımcıların sosyal güvenceleri arasında Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Boyun Eğici Yaklaşım ölçeği sosyal güvence değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Boyun Eğici Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından katılımcıların sosyal güvenceleri arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=3.54$, $p=.314$].

Katılımcıların sosyal güvenceleri arasında kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Kendine Güvenli Yaklaşım ölçeği sosyal güvence değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların sosyal güvenceleri arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w= 2.12$, $p=.547$].

Katılımcıların sosyal güvenceleri arasında İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre İyimser Yaklaşım ölçeği sosyal güvence değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların sosyal güvenceleri arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=1.76$, $p=.622$].

Katılımcıların sosyal güvenceleri arasında Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Sosyal Destek Arama Yaklaşım ölçeği sosyal güvence değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların sosyal güvenceleri arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=3.90$, $p=.272$].

Bu araştırmanın genel amacı “katılımcıların aile yapısı ile katılımcıların stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 13: Katılımcıların Aile Yapısı İle Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” İle Karşılaştırılması

	Aile yapısı	N	$\bar{X} \pm SS$	S. Ort.	U	P
Çaresiz Yaklaşım	Çekirdek	116	8.75±3.99	67.73		
	Geniş	16	7.68±2.82	57.59	785.50	.318
Boyun Eğici Yaklaşım	Çekirdek	116	9.25±4.04	68.25		
	Geniş	16	7.50±3.75	53.84	725.50	.156
Kendine Güvenli Yaklaşım	Çekirdek	116	18.99±4.55	64.93		
	Geniş	16	20.56±2.94	77.88	746.00	.202
İyimser Yaklaşım	Çekirdek	116	12.16±3.81	65.85		
	Geniş	16	13.00±2.25	71.19	853.00	.599
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Çekirdek	116	8.86±2.29	69.34		
	Geniş	16	7.56±2.03	45.91	595.50	.020*

*p<0.05

Tablo 13’de görüldüğü gibi katılımcıların aile yapısı arasında Çaresiz Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0.05). Buna göre Çaresiz Yaklaşım ölçeği aile yapısı değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Çaresizlik Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından katılımcıların aile yapısı arasında anlamlı bir fark yoktur [U=785.50, p=.318].

Katılımcıların aile yapısı arasında boyun eğici yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0.05). Buna göre Boyun Eğici Yaklaşım ölçeği aile yapısı değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Boyun Eğici Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından katılımcıların aile yapısı arasında anlamlı bir fark yoktur [U=725.50, p=.156].

Katılımcıların aile yapısı arasında kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Kendine Güvenli Yaklaşım ölçeği aile yapısı değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların aile yapısı arasında anlamlı bir fark yoktur [$U= 746.00, p=.202$].

Katılımcıların aile yapısı arasında iyimser yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre İyimser Yaklaşım ölçeği aile yapısı değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların aile yapısı arasında anlamlı bir fark yoktur [$U=853.00, p=.599$].

Katılımcıların aile yapısı arasında Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre Sosyal Destek Arama Yaklaşım ölçeği aile yapısı değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Sosyal destek arama yaklaşım alt ölçeği puanları açısından **aile yapısı çekirdek olan katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [$U=598,50, p=.020$]. Aile yapısı çekirdek olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Sosyal Destek Arama Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Bu araştırmanın genel amacı “katılımcıların eşleriyle akraba olup olmaması ile katılımcıların stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 14: Katılımcıların Eşleriyle Akraba Olup Olmaması İle Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” İle Karşılaştırılması

	Akrabalık	N	$\bar{X} \pm SS$	S. Ort.	U	P																																									
Çaresiz Yaklaşım	Var	23	9.21±3.94	70.72	1156.50	.559																																									
	Yok	109	8.49±3.87	65.61			Boyun Eğici Yaklaşım	Var	23	9.47±3.52	68.50	1207.50	.782	Yok	109	8.94±4.14	66.08	Kendine Güvenli Yaklaşım	Var	23	20.95±2.85	81.89	899.50	.033*	Yok	109	18.80±4.60	63.25	İyimser Yaklaşım	Var	23	12.95±3.37	73.65	1089.00	.321	Yok	109	12.11±3.71	64.99	Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Var	23	8.86±2.56	68.00	1219.00	.834	Yok
Boyun Eğici Yaklaşım	Var	23	9.47±3.52	68.50	1207.50	.782																																									
	Yok	109	8.94±4.14	66.08			Kendine Güvenli Yaklaşım	Var	23	20.95±2.85	81.89	899.50	.033*	Yok	109	18.80±4.60	63.25	İyimser Yaklaşım	Var	23	12.95±3.37	73.65	1089.00	.321	Yok	109	12.11±3.71	64.99	Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Var	23	8.86±2.56	68.00	1219.00	.834	Yok	109	8.66±2.24	66.18								
Kendine Güvenli Yaklaşım	Var	23	20.95±2.85	81.89	899.50	.033*																																									
	Yok	109	18.80±4.60	63.25			İyimser Yaklaşım	Var	23	12.95±3.37	73.65	1089.00	.321	Yok	109	12.11±3.71	64.99	Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Var	23	8.86±2.56	68.00	1219.00	.834	Yok	109	8.66±2.24	66.18																			
İyimser Yaklaşım	Var	23	12.95±3.37	73.65	1089.00	.321																																									
	Yok	109	12.11±3.71	64.99			Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Var	23	8.86±2.56	68.00	1219.00	.834	Yok	109	8.66±2.24	66.18																														
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Var	23	8.86±2.56	68.00	1219.00	.834																																									
	Yok	109	8.66±2.24	66.18																																											

*p<0.05

Tablo 14’de görüldüğü gibi katılımcıların eşleriyle akraba olup olmaması arasında Çaresiz Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0.05). Buna göre Çaresiz Yaklaşım ölçeği akraba değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Çaresizlik Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından katılımcıların eşleriyle akraba olup olmaması arasında anlamlı bir fark yoktur [U=1156.50, p=.559].

Katılımcıların eşleriyle akraba olup olmaması arasında Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0.05). Buna göre Boyun Eğici Yaklaşım ölçeği akraba değişkenine göre farklılık

yaratmamaktadır. Boyun Eğici Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından katılımcıların eşleriyle akraba olup olmaması arasında anlamlı bir fark yoktur [$U=1207.50$, $p=.782$].

Katılımcıların eşleriyle akraba olup olmaması arasında Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre Kendine Güvenli Yaklaşım ölçeği akraba değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından eşiyile akrabalığı olan katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [$U=899,50$, $p=.033$]. Eşiyile akrabalığı olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Kendine Güvenli Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların eşleriyle akraba olup olmaması arasında İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre İyimser Yaklaşım ölçeği akraba değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların eşleriyle akraba olup olmaması arasında anlamlı bir fark yoktur [$U=1089.00$, $p=.321$].

Katılımcıların eşleriyle akraba olup olmaması arasında Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p<0.05$). Buna göre Sosyal Destek Arama Yaklaşım ölçeği akraba değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Sosyal Destek Arama yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların eşleriyle akraba olup olmaması arasında anlamlı bir fark yoktur [$U=1219.00$, $p=.834$].

Bu araştırmanın genel amacı “katılımcıların engelli olan çocuğunun cinsiyeti ile katılımcıların stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 15: Katılımcıların Engelli Olan Çocuğunun Cinsiyeti İle Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” İle Karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	$\bar{X} \pm SS$	S. Ort.	U	P
Çaresiz Yaklaşım	Kız	48	8.16±3.82	63.19		
	Erkek	84	8.88±3.91	68.39	1857.00	.450
Boyun Eğici Yaklaşım	Kız	48	8.45±3.99	61.35		
	Erkek	84	9.36±4.05	69.44	1769.00	.241
Kendine Güvenli Yaklaşım	Kız	48	19.79±3.60	70.52		
	Erkek	84	18.83±4.80	64.20	1823.00	.359
İyimser Yaklaşım	Kız	48	12.29±3.12	64.14		
	Erkek	84	12.25±3.95	67.85	1902.50	.589
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Kız	48	9.00±2.30	71.70		
	Erkek	84	8.53±2.28	63.53	1766.50	.232

Tablo 15’de görüldüğü gibi katılımcıların engelli olan çocuğunun cinsiyetleri arasında Çaresiz Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Çaresiz Yaklaşım ölçeği cinsiyet değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Çaresizlik Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından katılımcıların engelli olan çocuğunun cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark yoktur [$U=1857.00$, $p=.450$].

Katılımcıların engelli olan çocuğunun cinsiyetleri arasında Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Boyun Eğici Yaklaşım ölçeği cinsiyet değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Boyun Eğici Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından katılımcıların

engelli olan çocuğunun cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark yoktur [U=1769.00, p=.241].

Katılımcıların engelli olan çocuğunun cinsiyetleri arasında Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Kendine Güvenli Yaklaşım ölçeği cinsiyet değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların engelli olan çocuğunun cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark yoktur [U=1823.00, p=.359].

Katılımcıların engelli olan çocuğunun cinsiyetleri arasında İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre İyimser Yaklaşım ölçeği cinsiyet değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların engelli olan çocuğunun cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark yoktur [U=1902.50, p=.589].

Katılımcıların engelli olan çocuğunun cinsiyetleri arasında Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p<0.05$). Buna göre Sosyal Destek Arama Yaklaşım ölçeği cinsiyet değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların engelli olan çocuğunun cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark yoktur [U=1766.50, p=.232].

Bu araştırmanın genel amacı “çocukların kardeş sayısı ile katılımcıların stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 16:Çocukların Kaç Kardeş Olduğu İle Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis” İle Karşılaştırılması

	Kardeş	N	$\bar{X} \pm SS$	S. Ort.	k-w	P
Çaresiz Yaklaşım	Kardeşi yok	34	7.50±3.26	55.22	5.30	.151
	1 kardeş	23	9.91±4.87	73.91		
	2 kardeş	53	8.45±4.03	66.46		
	3 kardeş	22	9.40±2.75	76.27		
Boyun Eğici Yaklaşım	Kardeşi yok	34	7.85±3.13	54.56	6.14	.105
	1 kardeş	23	10.08±5.60	71.89		
	2 kardeş	53	8.92±4.12	66.66		
	3 kardeş	22	10.04±2.60	78.93		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Kardeşi yok	34	18.50±5.32	62.97	.454	.929
	1 kardeş	23	19.39±3.42	66.39		
	2 kardeş	53	19.60±3.49	68.57		
	3 kardeş	22	19.00±5.77	67.09		
İyimser Yaklaşım	Kardeşi yok	34	11.64±4.06	60.66	1.15	.764
	1 kardeş	23	12.69±3.11	69.65		
	2 kardeş	53	12.49±3.36	67.57		
	3 kardeş	22	12.22±4.31	69.66		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Kardeşi yok	34	8.35±2.71	61.46	1.75	.626
	1 kardeş	23	8.73±2.50	69.28		
	2 kardeş	53	8.96±1.96	70.61		
	3 kardeş	22	8.59±2.19	61.48		

Tablo 16’da görüldüğü gibi çocukların kardeş sayısı arasında Çaresiz Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Çaresiz Yaklaşım ölçeği kardeş değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Çaresizlik Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından çocukların kardeş sayısı arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=5.30$, $p=.151$].

Çocukların kardeş sayısı arasında Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Boyun Eğici Yaklaşım ölçeği kardeş değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Boyun Eğici Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından çocukların kardeş sayısı arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=6.14$, $p=.105$].

Çocukların kardeş sayısı arasında Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Kendine Güvenli Yaklaşım ölçeği kardeş değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından çocukların kardeş sayısı arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=.454$, $p=.929$].

Katılımcıların çocukların kardeş sayısı arasında İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre İyimser Yaklaşım ölçeği kardeş değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından çocukların kardeş sayısı arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=1.15$, $p=.764$].

Katılımcıların çocukların kardeş sayısı arasında Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Sosyal Destek Arama Yaklaşım ölçeği kardeş değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından çocukların kardeş sayısı arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=1.75$, $p=.626$].

Bu araştırmanın genel amacı “çocukların doğum sırası ile katılımcıların stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 17: Çocukların Doğum Sırası İle Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Anova” ve “Kruskal Wallis” İle Karşılaştırılması

	Doğum sırası	N	X	SS	F	P
Boyun Eğici Yaklaşım	İlk çocuk	56	7.73	3.78	4.71	.011*
	Ortanca çocuk	40	8.45	2.92		
	Son çocuk	36	10.19	4.52		
Çaresiz Yaklaşım	İlk çocuk	56	8.08	3.76	3.80	.025*
	Ortanca çocuk	40	9.12	3.27		
	Son çocuk	36	10.41	4.84		
	Doğum sırası	N	$\bar{X} \pm SS$	S. Ort.	k-w	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	İlk çocuk	56	19.26±4.68	68.13	.254	.881
	Ortanca çocuk	40	18.77±4.84	64.16		
	Son çocuk	36	19.50±3.47	66.56		
İyimser Yaklaşım	İlk çocuk	56	11.92±3.61	62.45	2.64	.266
	Ortanca çocuk	40	12.07±3.94	64.35		
	Son çocuk	36	13.00±3.40	75.19		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	İlk çocuk	56	8.67±2.50	65.81	665	.717
	Ortanca çocuk	40	8.87±2.11	70.28		
	Son çocuk	36	8.55±2.20	63.38		

*p<0.05

Tablo 17’de görüldüğü gibi çocukların kaçınıcı çocuk olduğu arasında Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p<0.05). Buna göre Boyun Eğici Yaklaşım ölçeği doğum sırası değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Boyun Eğici Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından **engelli**

olan çocuğu son çocuk olan katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [f=4.71, p=.011]. Engelli olan çocuğu son çocuk olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Boyun Eğici Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çocukların kaçınıcı çocuk olduğu arasında Çaresiz Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre Çaresiz Yaklaşım ölçeği doğum sırası değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Çaresiz Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından **engelli olan çocuğu son çocuk olan katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [f=3.80, p=.025]. Engelli olan çocuğu son çocuk olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Çaresiz Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Çocukların kaçınıcı çocuk olduğu arasında Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Kendine Güvenli Yaklaşım ölçeği doğum sırası değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından çocukların kaçınıcı çocuk olduğu arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=.254, p=.881$].

Katılımcıların çocukların kaçınıcı çocuk olduğu arasında İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre iyimser yaklaşım ölçeği doğum sırası değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından çocukların kaçınıcı çocuk olduğu arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=2.64, p=.266$].

Katılımcıların çocukların kaçınıcı çocuk olduğu arasında Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Sosyal Destek Arama Yaklaşım ölçeği doğum sırası değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından çocukların kaçınıcı çocuk olduğu arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=.665, p=.717$].

Bu araştırmanın genel amacı “katılımcıların engelli olan çocuğunun aldığı tanı ile katılımcıların stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 18: Katılımcıların Engelli Olan Çocuğunun Aldığı Tanı İle Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis” İle Karşılaştırılması

	Tanı	N	$\bar{X} \pm SS$	S. Ort.	k-w	P
Çaresiz Yaklaşım	Zekâ geriliği (sebebi bilinmeyen)	55	8.81±3.32	69.88	.899	.638
	Mental Retarde (Zekâ Geriliği) + Otizm	48	8.45±4.33	65.42		
	Mental Retarde (Zekâ Geriliği) + Down Sendromu	29	8.51± 4.18	61.88		
Boyun Eğici Yaklaşım	Zekâ Geriliği (sebebi bilinmeyen)	55	9.34±3.30	71.25	1.48	.475
	Mental Retarde (Zekâ Geriliği) + Otizm	48	8.54±4.66	62.58		
	Mental Retarde (Zekâ Geriliği) + Down Sendromu	29	9.27±4.25	63.98		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Zekâ Geriliği (sebebi bilinmeyen)	55	19.36±4.62	68.49	.428	.807
	Mental Retarde (Zekâ Geriliği) + Otizm	48	19.33±3.93	66.47		
	Mental Retarde (Zekâ Geriliği) + Down Sendromu	29	18.58±4.84	62.78		
İyimser Yaklaşım	Zekâ Geriliği (sebebi bilinmeyen)	55	12.10±3.93	65.56	1.19	.55 0
	Mental Retarde (Zekâ Geriliği) + Otizm	48	11.85±3.94	63.57		
	Mental Retarde (Zekâ Geriliği) + Down Sendromu	29	13.24±2.33	73.12		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Zekâ Geriliği (sebebi bilinmeyen)	55	8.40±2.42	61.31	13.31	.001*
	Mental Retarde (Zekâ Geriliği) + Otizm	48	9.56±1.90	81.56		
	Mental Retarde (Zekâ Geriliği) + Down Sendromu	29	7.86±2.26	51.41		

*p<0.05

Tablo 18’de görüldüğü gibi katılımcıların engelli olan çocuğunun aldığı tanı arasında Çaresiz Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0.05). Buna göre Çaresiz Yaklaşım ölçeği tanı değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Çaresizlik Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından

katılımcıların engelli olan çocuğunun aldığı tanı arasında anlamlı bir fark yoktur [k-w=.899, p=.638].

Katılımcıların engelli olan çocuğunun aldığı tanı arasında Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Boyun Eğici Yaklaşım ölçeği tanı değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Boyun Eğici Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından katılımcıların engelli olan çocuğunun aldığı tanı arasında anlamlı bir fark yoktur [k-w=1.48, p=.475].

Katılımcıların engelli olan çocuğunun aldığı tanı arasında Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Kendine Güvenli Yaklaşım ölçeği tanı değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların engelli olan çocuğunun aldığı tanı arasında anlamlı bir fark yoktur [k-w=.428, p=.807].

Katılımcıların engelli olan çocuğunun aldığı tanı arasında İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre İyimser Yaklaşım ölçeği tanı değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların engelli olan çocuğunun aldığı tanı arasında anlamlı bir fark yoktur [k-w=1.19, p=.550].

Katılımcıların engelli olan çocuğunun aldığı tanı arasında Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre Sosyal Destek Arama Yaklaşım ölçeği tanı değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından **engelli olan çocuğu otizm olan katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [k-w=13.31 , p=.001]. Engelli olan çocuğu otizm olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Sosyal Destek Arama Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Bu araştırmanın genel amacı “katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle günlük işlerini yapmada sorun yaşama durumu ile katılımcıların stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 19: Katılımcıların Engelli Olan Çocuğunun Özel Durumu Nedeniyle Günlük İşlerini Yapmada Sorun Yaşama Durumu İle Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Bağımsız Örneklem T” Testi ve “Mann Whitney U” İle Karşılaştırılması

	Sorun	N	X	SS	T	P
Çaresiz Yaklaşım	Evet	62	9.25	4.00	1.78	.076
	Hayır	70	8.05	3.70		
Boyun Eğici Yaklaşım	Evet	62	9.83	4.16	2.17	.032
	Hayır	70	8.32	3.81		
	Sorun	N	$\bar{X} \pm SS$	S. Ort.	U	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Evet	62	18.91±3.51	60.51	1798.50	.089
	Hayır	70	19.41±5.10	71.81		
İyimser Yaklaşım	Evet	62	11.69±3.52	59.13	1713.00	.036*
	Hayır	70	12.77±3.73	73.03		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Evet	62	9.06±2.42	72.34	1808.00	.094
	Hayır	70	8.38±2.14	61.33		

***p<0.05**

Tablo 19’da görüldüğü gibi katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle günlük işlerini yapmada sorun yaşama durumları arasında Çaresiz Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Çaresiz Yaklaşım ölçeği sorun değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Çaresizlik yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle günlük işlerini yapmada sorun yaşama durumları arasında anlamlı bir fark yoktur [$t=1.78, p=.076$].

Katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle günlük işlerini yapmada sorun yaşama durumları arasında Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre Boyun Eğici Yaklaşım ölçeği sorun değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Boyun Eğici Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından **engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle günlük işlerini yapmada sorun yaşayan katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [$t=2.17$, $p=.032$]. Engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle günlük işlerini yapmada sorun yaşayan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Boyun Eğici Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle günlük işlerini yapmada sorun yaşama durumları arasında Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Kendine Güvenli Yaklaşım ölçeği sorun değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle günlük işlerini yapmada sorun yaşama durumları arasında anlamlı bir fark yoktur [$U=1798.50$, $p=.089$].

Katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle günlük işlerini yapmada sorun yaşama durumları arasında İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre İyimser Yaklaşım ölçeği sorun değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından **engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle günlük işlerini yapmada sorun yaşayan katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [$U=1713.00$, $p=.036$]. Engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle günlük işlerini yapmada sorun yaşamayan katılımcıların diğer katılımcılara oranla İyimser Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle günlük işlerini yapmada sorun yaşama durumları arasında Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Sosyal Destek Arama yaklaşım ölçeği sorun değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından

katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle günlük işlerini yapmada sorun yaşama durumları arasında anlamlı bir fark yoktur [$U=1808.00$, $p=.094$].

Bu araştırmanın genel amacı “katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle aile içinde sorun yaşama durumu ile katılımcıların stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 20: Katılımcıların Engelli Olan Çocuğunun Özel Durumu Nedeniyle Aile İçinde Sorun Yaşama Durumu İle Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Bağımsız Örneklem T” Testi ve “Mann Whitney U” İle Karşılaştırılması

	Sorun	N	X	SS	T	P
Çaresiz Yaklaşım	Evet	48	9.31	3.17	1.55	.122
	Hayır	84	8.22	4.20		
Boyun Eğici Yaklaşım	Evet	48	9.79	3.41	1.63	.105
	Hayır	84	8.60	4.31		
	Sorun	N	$\bar{X} \pm SS$	S. Ort.	U	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Evet	48	18.33±5.00	59.53	1681.50	.112
	Hayır	84	19.66±3.99	70.48		
İyimser Yaklaşım	Evet	48	11.22±3.86	55.64	1494.50	.013*
	Hayır	84	12.85±3.42	72.71		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Evet	48	8.95±2.17	69.40	1877.00	.505
	Hayır	84	8.55±2.36	64.85		

***p<0.05**

Tablo 20’de görüldüğü gibi katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle aile ilişkilerinde sorun yaşama durumları arasında Çaresiz Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Çaresiz Yaklaşım ölçeği sorun değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Çaresizlik Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle

aile ilişkilerinde sorun yaşama durumları arasında anlamlı bir fark yoktur [t=1.55, p=.122].

Katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle aile ilişkilerinde sorun yaşama durumları arasında Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0.05). Buna göre Boyun Eğici Yaklaşım ölçeği sorun değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Boyun Eğici Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle aile ilişkilerinde sorun yaşama durumları arasında anlamlı bir fark yoktur [t=1.63, p=.105].

Katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle aile ilişkilerinde sorun yaşama durumları arasında Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0.05). Buna göre Kendine Güvenli Yaklaşım ölçeği sorun değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle aile ilişkilerinde sorun yaşama durumları arasında anlamlı bir fark yoktur [U= 1681.50, p=.112].

Katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle aile ilişkilerinde sorun yaşama durumları arasında İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p<0.05). Buna göre İyimser Yaklaşım ölçeği sorun değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından **engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle aile ilişkilerinde sorun yaşayan katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [U=1494.50, p=.013]. Engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle aile ilişkilerinde sorun yaşamayan katılımcıların diğer katılımcılara oranla İyimser Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle aile ilişkilerinde sorun yaşama durumları arasında Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0.05). Buna göre Sosyal Destek Arama Yaklaşım ölçeği sorun değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların engelli olan

çocuğunun özel durumu nedeniyle aile ilişkilerinde sorun yaşama durumları arasında anlamlı bir fark yoktur [$U=1877.00$, $p=.505$].

Bu araştırmanın genel amacı “katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle diğer çocuklarıyla ilgilenmede sorun yaşama durumu ile katılımcıların stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 21: Katılımcıların Engelli Olan Çocuğunun Özel Durumu Nedeniyle Diğer Çocuklarıyla İlgilenmede Sorun Yaşama Durumu İle Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Bağımsız Örneklem T” Testi ve “Mann Whitney U” İle Karşılaştırılması

	Sorun	N	X	SS	T	P
Çaresiz Yaklaşım	Evet	47	10.14	3.45	3.50	.001*
	Hayır	85	7.77	3.86		
Boyun Eğici Yaklaşım	Evet	47	10.95	3.62	4.32	.000*
	Hayır	85	7.97	3.87		
	Sorun	N	$\bar{X} \pm SS$	S. Ort.	U	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Evet	47	19.00±4.59	65.33	1942.50	.793
	Hayır	85	19.28±4.33	67.15		
İyimser Yaklaşım	Evet	47	11.70±3.39	58.96	1643.00	.090
	Hayır	85	12.57±3.78	70.67		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Evet	47	9.08±1.99	73.14	1685.50	.133
	Hayır	85	8.49±2.43	62.83		

* $p<0.05$

Tablo 21’de görüldüğü gibi katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle diğer çocuklarıyla ilgilenmede sorun yaşama durumları arasında Çaresiz Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre Çaresiz Yaklaşım ölçeği sorun değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Çaresizlik Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından **engelli olan**

çocuğunun özel durumu nedeniyle diğer çocuklarıyla ilgilenmede sorun yaşayan katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [t=3.50, p=.001]. Engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle diğer çocuklarıyla ilgilenmede sorun yaşayan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Çaresiz Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle diğer çocuklarıyla ilgilenmede sorun yaşama durumları arasında Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre Boyun Eğici Yaklaşım ölçeği sorun değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından **engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle diğer çocuklarıyla ilgilenmede sorun yaşayan katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [t=4.32, p=.000]. Engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle diğer çocuklarıyla ilgilenmede sorun yaşayan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Boyun Eğici Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle diğer çocuklarıyla ilgilenmede sorun yaşama durumları arasında Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Kendine Güvenli Yaklaşım ölçeği sorun değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle diğer çocuklarıyla ilgilenmede sorun yaşama durumları arasında anlamlı bir fark yoktur [$U=1942.50, p=.793$].

Katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle diğer çocuklarıyla ilgilenmede sorun yaşama durumları arasında İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre İyimser Yaklaşım ölçeği sorun değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle diğer çocuklarıyla ilgilenmede sorun yaşama durumları arasında anlamlı bir fark yoktur [$U=1643.00, p=.090$].

Katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle aile ilişkilerinde sorun yaşama durumları arasında sosyal destek arama yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Sosyal Destek Arama Yaklaşım ölçeği sorun değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle diğer çocuklarıyla ilgilenmede sorun yaşama durumları arasında anlamlı bir fark yoktur [$U=1685.50$, $p=.133$].

Bu araştırmanın genel amacı “katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle psikolojik destek alma durumu ile katılımcıların stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 22: Katılımcıların Engelli Olan Çocuğunun Özel Durumu Nedeniyle Psikolojik Destek Alma Durumu İle Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” İle Karşılaştırılması

	Psikolojik destek	N	$\bar{X} \pm SS$	S. Ort.	U	P
Çaresiz Yaklaşım	Evet	26	9.15±4.58	74.60	1167.50	.227
	Hayır	106	8.49±3.70	64.51		
Boyun Eğici Yaklaşım	Evet	26	10.07±4.74	78.98	1053.50	.062
	Hayır	106	8.78±3.82	63.44		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Evet	26	17.53±5.73	55.56	1093.50	.102
	Hayır	106	19.58±3.95	69.18		
İyimser Yaklaşım	Evet	26	11.00±3.70	52.77	1021.00	.040*
	Hayır	106	12.57±3.60	69.87		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Evet	26	8.61±2.72	68.96	1314.00	.711
	Hayır	106	8.72±2.19	65.90		

* $p<0.05$

Tablo 22’de görüldüğü gibi katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle psikolojik destek alma durumları arasında Çaresiz Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Çaresiz Yaklaşım ölçeği psikolojik destek değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Çaresizlik Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle psikolojik destek alma durumları arasında anlamlı bir fark yoktur [$U=1167.50$, $p=.227$].

Katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle psikolojik destek alma durumları arasında Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Boyun Eğici Yaklaşım ölçeği psikolojik destek değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Boyun Eğici Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle psikolojik destek alma durumları arasında anlamlı bir fark yoktur [$U=1053.50$, $p=.102$].

Katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle psikolojik destek alma durumları arasında Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Kendine Güvenli Yaklaşım ölçeği psikolojik destek değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle psikolojik destek alma durumları arasında anlamlı bir fark yoktur [$U=1093.50$, $p=.102$].

Katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle psikolojik destek alma durumları arasında İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre İyimser yaklaşım ölçeği psikolojik destek değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından **engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle psikolojik destek almayan katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [$U=1021.00$, $p=.040$]. Engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle psikolojik destek almayan katılımcıların diğer katılımcılara oranla İyimser Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle psikolojik destek alma durumları arasında Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Sosyal Destek Arama Yaklaşım ölçeği psikolojik destek değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle psikolojik destek alma durumları arasında anlamlı bir fark yoktur [$U=1314.00$, $p=.711$].

Bu araştırmanın genel amacı “katılımcıların engelli olan çocuğunun ne kadar süredir özel eğitim aldığı ile katılımcıların stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 23: Katılımcıların Engelli Olan Çocuğunun Ne Kadar Süredir Özel Eğitim Aldığı İle Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis” İle Karşılaştırılması

	Özel eğitim	N	$\bar{X} \pm SS$	S. Ort.	k-w	P
Çaresiz Yaklaşım	1 yıldan az	19	9.78±4.39	74.61	3.23	.357
	1-2 yıl arası	29	7.96±3.64	59.00		
	3-4 yıl arası	18	9.66±4.13	76.03		
	5 yıl ve üzeri	66	8.28±3.72	64.86		
Boyun Eğici Yaklaşım	1 yıldan az	19	9.78±4.39	72.84	2.72	.435
	1-2 yıl arası	29	8.68±4.22	62.83		
	3-4 yıl arası	18	10.22±3.85	77.39		
	5 yıl ve üzeri	66	8.65±3.90	63.32		
Kendine Güvenli Yaklaşım	1 yıldan az	19	17.00±5.67	49.13	6.47	.091
	1-2 yıl arası	29	19.17±4.80	68.88		
	3-4 yıl arası	18	18.50±3.94	58.81		
	5 yıl ve üzeri	66	20.00±3.76	72.55		
	1 yıldan az	19	10.63±4.16	50.50	3.92	.269

İyimser Yaklaşım	1-2 yıl arası	29	12.41±3.68	69.07		
	3-4 yıl arası	18	12.50±3.31	69.19		
	5 yıl ve üzeri	66	12.60±3.54	69.24		
	1 yıldan az	19	9.00±2.76	75.55		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	1-2 yıl arası	29	8.65±2.72	66.10		
	3-4 yıl arası	18	9.11±2.16	76.14	3.45	.326
	5 yıl ve üzeri	66	8.53±1.99	61.44		

Tablo 23’de görüldüğü gibi katılımcıların engelli olan çocuğunun ne kadar süredir özel eğitim aldığı arasında Çaresiz Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Çaresiz Yaklaşım ölçeği eğitim süresi değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Çaresizlik Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle ne kadar süredir özel eğitim aldığı arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=3.23$, $p=.357$].

Katılımcıların engelli olan çocuğunun ne kadar süredir özel eğitim aldığı arasında Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Boyun Eğici Yaklaşım ölçeği eğitim süresi değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Boyun Eğici Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle ne kadar süredir özel eğitim aldığı arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=2.72$, $p=.435$].

Katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle ne kadar süredir özel eğitim aldığı arasında Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Kendine Güvenli Yaklaşım ölçeği eğitim süresi değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle ne kadar süredir özel eğitim aldığı arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=6.47$, $p=.091$].

Katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle ne kadar süredir özel eğitim aldığı arasında İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre İyimser Yaklaşım ölçeği eğitim süresi değişkenine göre farklılık yaratmamaktadır. İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle ne kadar süredir özel eğitim aldığı arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=3.92$, $p=.269$].

Katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle ne kadar süredir özel eğitim aldığı arasında Sosyal Destek Arama yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre Sosyal Destek Arama Yaklaşım ölçeği eğitim süresi değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle ne kadar süredir özel eğitim aldığı arasında anlamlı bir fark yoktur [$k-w=3.45$, $p=.326$].

BÖLÜM V TARTIŞMA ve YORUM

Araştırmada engelli çocuğu olan anne ya da babaların, “Stres ile Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” (SBTÖ) ile ilgili değişkenler incelendi. Araştırma ile ilgili kaynaklar incelendiğinde, özellikle engelli bir çocuğun aileye katılımı aile yapısında, işleyişinde ve aile bireylerinde kriz yaşamalarına neden olabilmektedir (Kubler-Ross, 1981). Engelli bir çocuğun aile üyelerinde, özellikle anne üzerinde stres, kaygı, depresyon (Duygun, 2001; Albaş, 1999; Ong, Chondon ve Peng, 1999; Fırat, 2000) gibi psikolojik sorunlara sebep olabildiği vurgulanmaktadır.

Araştırmaya katılan zihinsel engelli çocuklarının annelere 30 maddeden oluşan “Stres ile Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” (SBTÖ) uygulanmış olup, bu ölçeklerin uygulanması da bizzat araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu araştırma da beklenen zihinsel engelli çocuklara sahip ebeveynlerin stresle başa çıkma düzeylerinin belirlenmesi olmuştur. Anne ve babaların stresle başa çıkma stratejilerinin çocuğa ait yaş, cinsiyet, engellilik düzeyi ile anne babalara ait yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediği incelenecektir. Elde edilen sonuçlara göre de zihinsel engelli çocuğa sahip ebeveynlerin tutum ve davranışları ile strese karşı başa çıkma yöntemleri de farklılık göstermektedir.

Zekâ geriliğine neden olan diğer hastalıklar Hurler Sendromu, Maple Syrup Ürün Hastalığı, Tay Sachs Hastalığı, Fenilketonüri (PKU), Fragile X Sendromu, Lescy-Nyhan Sendromu, Rett Sendromu, Edwards Sendromu, Patau Sendromu, Klinefelter Sendromu, Turner Sendromu, Hidrosefali gibi hastalıklar da zihinsel engelliğe yol açmaktadır, zihinsel engel kategorisinde incelenebilir.

Ailede yetersiz bir çocuk olduğunda annenin stresinin, babaninkinden daha çok olduğu görüşü ortak bir kanıdır. Çünkü anneler cinsiyet rollerindeki değişikliklere rağmen geleneksel olarak evdedir ve çocuğun bakımından temelde sorumlu olan kişidir. Ayrıca, eşlerine göre çocuk yetiştirmeye kişisel olarak daha çok yatırımda bulunmakta ve sorunlu çocuklarına daha duyarlı olabilmektedirler (Kaner, 2004). Bu doğrultuda, annelerin babalardan daha fazla stres yaşadığı düşünülerek araştırma kapsamına zihinsel engelli çocuğa sahip annelerin babalardan daha fazla olduğu da görüldü. Dönmez, Bayhan ve Artan’ın (1998) yaptıkları çalışmada anneler çocuklarının engel durumunu

öğrendikten sonra en fazla yaşam tarzlarının değiştiğini ve sosyal ilişkilerinin bittiğini, babalar ise yaşamlarında bir değişiklik olmadığını, maddi yük ve sorumlulukların arttığını ifade etmişlerdir.

Araştırma dâhilinde kişisel bilgi formunu ve anket sorularını yanıtlayan 132 katılımcının 91'i (%68.9) kadınlar ve 41'i (%31.1) erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 40.29 ± 7.75 'tür. Katılımcıların 116'sı (%87.9) evli, 12'si (%9.1) boşanmış ve 4'ünün (%3.0) eşi vefat etmiştir.

Araştırmada katılımcıların engelli olan çocuğunun aldığı tanı arasında Sosyal Destek Arama Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). Buna göre Sosyal Destek arama Yaklaşım ölçeği tanı değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Sosyal Destek Arama yaklaşım alt ölçeği puanları açısından engelli olan çocuğu otizm olan katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [$k-w=13.31$, $p=.001$]. Engelli olan çocuğu otizm olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla sosyal destek arama yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yapılan literatür çalışmalarında, kronik hastalığı olan aile üyelerinin bakım verme süreci içerisinde fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden pek çok sorun yaşadıkları bildirilmektedir. Dolayısıyla aile bakımının güçlendirilmesini sağlayacak destek hizmetlerinin oluşturulması oldukça önem taşımaktadır. Bu tür hizmetler bakım vericinin ve ailenin motivasyonunu arttırdığı gibi aileyi de güçlendirir. Evde bakım hizmetleri, destek hizmetleri içinde oldukça önemli bir yere sahiptir (Akdemir, Yurtsever ve Özer, 2004). Ne kadar çok kaynaktan destek alınırsa gereksinimlerin karşılanması olasılığı da o kadar artmakta, problemin çözümüne yönelik başa çıkma çabaları da gelişmektedir. Stres yaratan duruma ilişkin olumsuz algıyı azaltan ve başa çıkma becerilerindeki yelpazeyi genişleten sosyal destekler, bireyin başa çıkma repertuarını genişleterek bir zorluk durumu karşısında hangi başa çıkma stratejisine başvurulacağına yönelik alınan kararları da etkilemekte (Kaner ve Bayraklı, 2009) ve başa çıkma becerileri ile bir araya gelerek ortaya çıkan sonuç üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadırlar (Schwarzer ve Knoll, 2007).

Evde bakım ile amaçlanan; kronik hastalıkların izlem ve tedavisi, terminal dönem sorunları, fizik tedavi, konuşma ve solunum terapileri, ilaç uygulamaları, parenteral beslenme ve daha pek çok gerçek ya da olası sağlık problemlerine yönelik hizmet gereksinimlerinin karşılanmasıdır (Aksayan ve Cimete, 1998). Fiziksel, sosyal ve duygusal yönden gereksinimi olan katılımcı ve ailelere koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sürekli ve etkili bir biçimde sunumu da evde bakım ile amaçlanmaktadır. Bu çok boyutlu amaçların gerçekleştirilmesi için de disiplinler arası hizmet işbirliğine ihtiyaç duyulmaktadır (Akdemir, Yurtsever ve Özer, 2004; Kayıhan, 2008).

Ebeveynlerin yaşayacakları fiziksel sorunların stresle etkili biçimde baş etmelerini etkilemesinin yanı sıra duygusal sorunlar da yaşamalarına sebep olabilmektedir. Aileler çocuğun yaşadığı bu sorunlarla (fiziksel, duygusal ve sosyal) başa çıkmada zorlanabilirler. Bu faktörlerin ve bakımının getirdiği iş yükü artışının zemin hazırladığı fiziksel sorunlar sonrası, profesyonel desteğin alınmaması durumunda tükenme duygusu yaşayabilecekleri vurgulanmaktadır. Araştırmada katılımcıların Kendine Güvenli Yaklaşımı alt ölçeğinin ortalaması (19.18 ± 4.41) olduğu, Çaresiz Yaklaşımı alt ölçeğinin ortalaması (12.26 ± 3.66) olduğu, İyimser Yaklaşımı alt ölçeğinin ortalaması (9.03 ± 4.04) olduğu, Sosyal Destek Arama Yaklaşımı alt ölçeğinin ortalaması (8.70 ± 2.29) olduğu, Boyun Eğici Yaklaşımı alt ölçeğinin ortalaması (8.62 ± 3.88) olduğu saptanmıştır. Ortalama değerlere baktığımızda katılımcıların stresle başa çıkma tarzlarından en çok kendine güvenli yaklaşımına sahip olduğu görülmüştür. Literatürde bulunan, engelli çocuk ailelerinin çocuğun geleceğine yönelik kaygı duydukları bilgisi, bu bulguyu destekler niteliktedir (Özşenol vd., 2003; Karadağ, Uçan ve Ovayolu, 2007).

Araştırmada katılımcıların cinsiyetleri arasında Çaresiz Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. ($p < 0.05$). Buna göre Çaresiz Yaklaşım ölçeği cinsiyet değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Çaresizlik Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından kadınların lehine anlamlı bir fark vardır [$t = 2.18$, $p = .031$]. Kadınların erkeklere oranla Çaresiz Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna göre Boyun Eğici Yaklaşım ölçeği cinsiyet değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Boyun Eğici Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından kadınların

lehine anlamlı bir fark vardır [$t=2.49$, $p=.014$]. Kadınların erkeklere oranla Boyun Eğici Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Engelli çocuk aileleri ile yapılan çalışmalarda anne babaların depresyon puanları yüksek bulunmuştur (Toros, 2002; Şükran ve İkbal, 2010; Bahar, Bahar, Savaş ve Parlar, 2009).

Araştırmada katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle günlük işlerini yapmada sorun yaşama durumları arasında Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre Boyun Eğici Yaklaşım ölçeği sorun değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Boyun Eğici Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle günlük işlerini yapmada sorun yaşayan katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [$t=2.17$, $p=.032$]. Engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle günlük işlerini yapmada sorun yaşayan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Boyun Eğici Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Engelli çocuklar dışında başka çocuklara da sahip olmanın yarattığı stresin azalmasında ya da artmasında evlilik uyumunun kritik olduğu söylenebilir oranla Boyun Eğici Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Literatür araştırmalarında Kahrıman ve Bayat (2008), zihinsel engelli çocukları olan ebeveynlerden eşleriyle sorunlar yaşadıklarını belirtenlerin diğer çocuklarının bakımında da zorluklar yaşadığını bulmuştur. Yani evlilik uyumunun bozulması diğer çocuğun bakımının ve ihtiyaçlarının karşılanmasını zorlaştıran bir faktör olmuştur. Sarıhan (2007), zihinsel engelli çocuklara sahip annelerin aile işlevlerini algılamalarını incelediği araştırmasında, araştırma örnekleminde çocuk sayısı en fazla olan annelerin aile işlevlerini en olumsuz algılayan kişiler olduklarını tespit etmiştir. Fırat (2000), yaptığı çalışma ile zihinsel engelli çocukların annelerinin çocuk sayısının ikiden fazla olması durumunda kaygılarının yükseldiğini ortaya koymuştur (Kahrıman ve Bayat, 2008; Sarıhan, 2007; Fırat, 2000) .

Aile düzenindeki değişiklikler, sosyal çevre ve aktivitelerin kısıtlılığı, yaşanan yoğun stres ve hayal kırıklığı, geleceğe yönelik umut kaybı, sağlıklı çocuğa sahip olamadıkları için ebeveyn olarak başarısızlık duygusu ve benlik saygısı düşüklüğü gibi duyguların yoğun olarak ve uzun süre yaşanmasının depresyona zemin hazırladığı belirtilmektedir (Er, 2006; Cavkaytar vd., 2010) Anksiyete, depresyon gibi sorunlar

tükenmenin göstergesidir. Bu ailelerin evde bakım hizmetleri ile desteklenmesi aile sağlığının sürmesi açısından oldukça faydalı olacaktır.

Bu araştırma da elde edilen sonuçlara göre, tahmin edildiği gibi katılımcıların eğitim durumları arasında Çaresiz Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre Çaresiz Yaklaşım ölçeği eğitim durumu değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Çaresizlik Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından ilkokul mezunu olan katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [$k-w=9.44$, $p=.024$]. İlkokul mezunu olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Çaresiz Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Katılımcıların eğitim durumları arasında Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre Boyun Eğici Yaklaşım ölçeği eğitim durumu değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Boyun Eğici Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından ilkokul mezunu olan katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [$k-w=10.86$, $p=.012$]. İlkokul mezunu olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Boyun eğici Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu araştırmayla benzer özellik gösteren, diğer araştırmalara bakıldığı zaman Coşkun ve Akkaş'ın (2009), 'Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki' adlı araştırmasında da bu çalışmayla tutarlı sonuçlar saptanmıştır. Coşkun ve Akkaş'ın (2009), araştırmasında göre ebeveynlerin eğitim düzeyi ve gelir düzeyleri arttıkça stresle başa çıkma tutumlarının da daha güçlü olduğu ve sürekli kaygı düzeylerinin azaldığı gözlenmiştir. Bu araştırmaya göre, eğitim düzeyi yüksek engelli ebeveynleri, çocuklarına dair karşılaştıkları zorluklara ve problemlere dair çözüm bulmada eğitim seviyesi daha düşük olan anne ve babalara kıyasla daha başarılı bir tutum sergilemekte olup, kaygı düzeylerinin de az olduğu belirtilmiştir.

Araştırmada katılımcıların meslekleri arasında Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre Boyun Eğici Yaklaşım ölçeği meslek değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Boyun Eğici Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından ev hanımı olan katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [$k-w=11.21$, $p=.024$]. Ev hanımı olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Boyun Eğici Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu veriler göz önüne alındığında, çalışan annelerin yaşamlarında birçok

rolü üstlenmek zorunda olmalarına ek olarak engelli bir çocuğa sahip olmanın hayatlarını daha da zorlaştırabileceği, hem çalışan bir birey, hem anne hem de bir eş olmaları nedeniyle kendilerine ayırdıkları zamanın azalabileceği söylenebilir. Bu açıdan bakıldığında, annenin iş yüküne ek olarak, engelli çocuğun anneye bağımlı olması ve günün (çalışma saatlerinin dışındaki zamanların) hemen hemen tamamında annenin yanında olması annenin psikolojik sağlığını olumsuz etkileyebilir (Bailey ve Simeonsson,1988). Benzer bir bulguyu ifade eden Aktaş (1994), çalışan annelerin çalışmayan annelere göre çocuklarının fiziksel bakımında daha az zaman harcamalarının, bu ailelerde anne-çocuk ilişkisinin daha fazla yıpranmasına neden olduğunu belirtmiştir. Çocuğun fiziksel açıdan ihtiyaçlarının karşılanmaması zaten ihmal olarak değerlendirilmekte ve söz konusu alt ölçekten ve ölçeğin genelinden yüksek puan alınması sonucunu yaratmaktadır (Aktaş, 1994). Yavuzer de (1997), kadının çalışmasının beraberinde bazı sıkıntılar getirdiğini ifade etmiştir. Özellikle kadının evli ve başka çocuk sahibi de olduğu hallerde bu durum daha da zorlaşmaktadır. Bu zorlukların başında; annenin olmadığı saatlerde çocuğun bakımı, işinden yorgun ve gergin gelen annenin çocuğuna yeterince zaman ayıramaması ve onunla sağlıklı bir iletişim kuramaması gelmektedir (Yavuzer, 1997). Kültürümüzde anneler daha çok evde kalmakta, ev dışında iş ortamı olamadığı gibi, arkadaş ilişkileri de daha sınırlı olmakta ve gün boyu çocukların bakımını üstlenmek zorunda kalmaktadırlar (Uğuz vd., 2004). Annelerin çocuklarının özel eğitime ihtiyaç duymaları, sürekli gelecek kaygısı yaşamaları ve stresin neden olduğu depresyon onların uyum düzeylerini olumsuz etkileyebilmekte, kendilerini çaresiz hissetmelerine neden olabilmektedir.

Araştırmada katılımcıların eşleriyle akraba olup olmaması arasında Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre Kendine Güvenli Yaklaşım ölçeği akrabalık değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından eşiyile akrabalığı olan katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [$k-w=899,50$, $p=.033$]. Eşiyile akrabalığı olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Kendine Güvenli Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmada katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle psikolojik destek alma durumları arasında İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre İyimser Yaklaşım ölçeği psikolojik

destek değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle psikolojik destek almayan katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [$U=1021.00$, $p=.040$]. Engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle psikolojik destek almayan katılımcıların diğer katılımcılara oranla İyimser Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yurdakul ve Girli'nin (1999) yaptıkları araştırmaya göre engelli çocuğa sahip anne ve babaların sosyal destek ağını, engelli çocuğu olmayan anne-babalara göre daha dar bulunmuştur. Analizler sonucunda, engelli çocuğu olan ebeveynlerin birinci derecede kendi ailelerinden destek aldıkları ve arkadaş desteğinin az olduğu saptanmıştır. Karadağ (2009), engelli çocuğa sahip olan annelerin %45,3'ünün çevrelerinden sosyal destek görmediklerini saptamıştır (Yurdakul, Girli, Özekes ve Sarısoy, 2000; Karadağ, 2009).

Araştırmada Boyun Eğici Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından engelli olan çocuğu son çocuk olan katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [$f=4.71$, $p=.011$]. Engelli olan çocuğu son çocuk olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Boyun Eğici Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çaresiz Yaklaşımı alt ölçeği puanları açısından engelli olan çocuğu son çocuk olan katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [$f=3.80$, $p=.025$]. Engelli olan çocuğu son çocuk olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Çaresiz Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Görgü (2005) ise çalışmasında, engelli çocuk annelerinin yaşının, medeni durumlarının, engelli çocuğun doğum sırasının, cinsiyetinin, yaşının, tanı konulma süresinin, annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyini yordamadığını bulmuştur. Annenin eğitim durumu, ev dışında bir işte çalışma, eşin eğitim durumu, aylık gelir, sahip olunan çocuk sayısı, engelli çocuğu ilk fark eden kişi, çocuklara doğumdan itibaren bakan kişi, şu an bakıcı yardımı alıp almama ve engelli derecesini algılama değişkenlerinin ise, annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyini yordadığı görülmüştür. Kahrıman ve Bayat (2008) ise, annelerin babalara göre daha az derecede sosyal destek algıladıklarını ve bunun özellikle aile alt başlığında belirginleştiiğini vurgulamışlardır (Görgü, 2005; Kahrıman ve Bayat, 2008).

Ailelerin zorluklarla baş etmelerini olumlu yönden etkileyen en önemli faktörlerden biri de eğitimidir. Eğitim bireylerin zorluklarla baş etmesi için gerekli olan en önemli destek sistemlerinden biridir. Eğitim ailelerin içinde buldukları duruma uyum sağlamaları, kendilerine ve çocuklarına ilişkin duygu ve düşüncelerini anlamalarını ve çocuklarını yetersiz yönleri ile kabul etmelerine yardımcı olabilir, anne babaların çocuklarının gereksinimlerine yanıt verebilme yeteneğini artırarak, endişelerinin ve suçluluk duygularının azalmasını sağlayabilir. Ayrıca, anneler eğitim düzeylerinin artışıyla birlikte problem çözme becerilerini de geliştirerek engelli çocuklarına dair karşılaşılabilecek sorunlara çözüm geliştirmede genellikle daha başarılı olabilirler (Conk ve Yıldırım 2005; Çoşkun ve Akkaş 2009).

Baş çıkma, zorlanmaya yol açan durumlara karşı bireyin yanıt verme işlevidir. Zihinsel ya da bedensel gelişim geriliklerinde çocuğun bakımı ile ilişkili güçlükler ortaya çıkabilmesine karşın, uygun baş çıkma yöntemlerinin anne babaları, zorlayıcı durumun etkilerinden korumaya yönelik bir rol oynayabileceği belirtilmektedir. Sorun odaklı baş çıkma yöntemlerine, genellikle olumlu beklentiler olduğunda başvurulmaktadır (Durukan vd., 2010). Araştırmada katılımcıların engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle psikolojik destek alma durumları arasında İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). Buna göre İyimser Yaklaşım ölçeği psikolojik destek değişkenine göre farklılık yaratmaktadır. İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanları açısından engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle psikolojik destek almayan katılımcıların lehine anlamlı bir fark vardır [$U=1021.00$, $p=.040$]. Engelli olan çocuğunun özel durumu nedeniyle psikolojik destek almayan katılımcıların diğer katılımcılara oranla İyimser Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda toplumun çocuğuna bakış açısından rahatsız olmayan annelerin etkili baş etme yöntemlerinden Kendine Güvenli Yaklaşım, rahatsız olan annelerin ise etkisiz baş etme yöntemlerinden Çaresiz Yaklaşım puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Keskin ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada, çevrelerinin zihinsel engelli çocuğu ile birlikte kendilerini kabul etmeyeceğini düşünen annelerin sıkıntı yaşadığı ve Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği'nin sosyal destek arama puanlarının diğerlerine göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Zihinsel engelli çocuğu olan ailelerin sosyal izolasyon yaşamalarının önemli bir nedeni sosyal etiketlenme (stigma) dir (Sarı, 2007).

Araştırmamızda zihinsel engelli çocuğuyla ilgili annelerin sosyal çevreden destek görme durumlarına göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin Boyun Eğici alt boyutu arasında anlamlı fark bulunmuştur. Sosyal çevrelerinden destek görmeyen annelerin destek gören annelere göre bu alt boyuttan aldıkları puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Jones ve Passey (2004) gelişimsel yetersizliği ve davranış problemleri olan çocukların ebeveynleriyle yaptıkları çalışmada ailelerin yaşadıkları streste sosyal desteğin öneli bir belirleyici olduğunu tespit etmişlerdir. Yurdakul ve Girli'nin (1999) yaptıkları çalışmada da çalışmamızı destekler şekilde engelli çocuğu olan ailelerde, sosyal destek veren kişilerin sayısı ve bu destekten duyulan memnuniyet derecesi arttıkça, anne-babaların depresif belirtilerinin azaldığı ve benlik saygılarının yükseldiği belirlenmiştir. Çoşkun ve Akkaş'ın (2009) yaptıkları çalışmada da annelerin sosyal destek algı düzeyi arttıkça daha az sürekli kaygı hissettikleri belirlenmiştir. Anne babaların tüm yaşadıkları ile nasıl ve ne ölçüde başa çıktıkları sosyal destek mekanizmaları ile paralellik göstermektedir. Ailelerin arkadaşlığa, dostluğa, yalnız olmadıklarını hissetmeye ve duygusal desteğe ihtiyaçları vardır. Engelli çocuğu olan ebeveynlerin yaşadıkları stresin başında çevrelerinden destek görmemeleri gelmektedir. Sosyal destek ağının genişliği arttıkça stresle başa çıkma daha başarılı olmaktadır. Sosyal desteğin olumlu etkileri hakkında değişik teoriler öne sürülmektedir. Araştırmacılar, sosyal desteğin hem iç, hem de dış stres faktörlerine karşı zayıflığı azalttığını belirtmektedirler (Çoşkun ve Akkaş, 2009; Yurdakul ve Girli, 1999).

BÖLÜM VI SONUÇ ve ÖNERİLER

3.7 Sonuç

Katılımcıların cinsiyetleri ile çaresiz yaklaşım alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Kadınların erkeklere oranla Çaresiz Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların cinsiyetleri ile boyun eğici yaklaşım alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Kadınların erkeklere oranla Boyun Eğici Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile Çaresiz Yaklaşım alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. İlkokul mezunu olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Çaresiz Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile boyun eğici yaklaşım alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. İlkokul mezunu olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Boyun Eğici Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların meslekleri ile boyun eğici yaklaşım alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Ev hanımı olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Boyun Eğici Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların aile yapısı ile sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Çekirdek aile sahibi olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Sosyal Destek Arama Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların eşleri ile akrabalık ilişkisi olma durumu ile kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Eşiyle akrabalığı olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Kendine Güvenli Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların engelli çocuklarının doğum sırası ile boyun eğici yaklaşım alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Engelli olan çocuğu son

çocuk olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Boyun Eğici Yaklaşım Düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların engelli çocuklarının doğum sırası ile çaresiz yaklaşım alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Engelli olan çocuğu son çocuk olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Çaresiz Yaklaşım Düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çocuğuna konulan tanı ile katılımcıların sosyal destek arama yaklaşım alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Çocuğuna otizm teşhisi konulmuş olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Sosyal Destek Arama Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların çocuğunun engel durumu nedeniyle günlük işlerini yapmada sorun yaşama durumları ile boyun eğici yaklaşım alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Çocuğunun özel durumu nedeniyle günlük işlerini yapmada sorun yaşayan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Boyun Eğici Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların çocuğunun engel durumu nedeniyle günlük işlerini yapmada sorun yaşama durumları ile iyimser yaklaşım alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Çocuğunun özel durumu nedeniyle günlük işlerini yapmada sorun yaşamayan katılımcıların diğer katılımcılara oranla İyimser Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların çocuğunun engel durumu nedeniyle aile ilişkilerinde sorun yaşama durumları ile iyimser yaklaşım alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Çocuğunun özel durumu nedeniyle aile ilişkilerinde sorun yaşamayan katılımcıların diğer katılımcılara oranla İyimser Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların çocuğunun engel durumu nedeniyle diğer çocuklarıyla ilgilenmede sorun yaşama durumları ile çaresiz yaklaşım alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Çocuğunun özel durumu nedeniyle diğer çocuklarıyla ilgilenmede sorun yaşayan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Çaresiz Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların çocuğunun engel durumu nedeniyle diğer çocuklarıyla ilgilenmede sorun yaşama durumları ile boyun eğici yaklaşım alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Çocuğunun özel durumu nedeniyle diğer çocuklarıyla ilgilenmede sorun yaşayan katılımcıların diğer katılımcılara oranla Boyun Eğici Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların çocuğunun engel durumu nedeniyle psikolojik destek alma durumları ile iyimser yaklaşım alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Çocuğunun özel durumu nedeniyle psikolojik destek almayan katılımcıların diğer katılımcılara oranla İyimser Yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırma bulguları 2014 eğitim- öğretim yılı ile sınırlıdır.
2. Araştırma verileri İstanbul İli Üsküdar ilçesinde bulunan Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı otistik çocuklar eğitim merkezleri (OÇEM) ile özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerine devam eden sebebi bilinmeyen mental retarde(zeka geriliği), mental retarde ve otizmlili, mental retarde ve down sendromlu zihinsel, bedensel, zihinsel ve bedensel engelli çocuğa sahip ebeveynlerin, ölçeklere verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.
3. Araştırma bulguları, stresle başa çıkma tutumları tarzı ölçeğinin ölçtüğü niteliklerle ile sınırlıdır
4. Bu çalışmada, Üsküdar'daki dört rehabilitasyon merkezinden eğitim alan zihinsel engelli çocukların ailelerinin stres ve stresle başa çıkma tutumları incelenmiştir, başka bir durum araştırılmamıştır.

3.9 Öneriler

Bu araştırmaya katılan zihinsel engelli çocuğun anneleri ve babalarının sayıları eşit değildir. Eşit bir şekilde olsaydı, sonuç bize gerçeğe daha yakın olan verileri gösterebilirdi. Benden sonra bu konuda çalışma yapacak olanlar, bunu sağlayabilir.

Bu araştırmada ek ölçekler kullanılabilir. Aile destek ölçeği veya benim çalışmamda kullandığım ölçek dışında bir başka stresle başa çıkma ölçeği de kullanılabilir.

Zihinsel engelli çocuğa sahip annelerin yaşadığı yüksek düzeyde ebeveynlik stresi nedeniyle aile destek programlarına yönelik çalışmalar yapılması,

Zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin özellikle ekonomik açıdan rahatlatılması sağlayan çözümlerin yerel ve merkezi yönetimlerce dikkate alınması,

Zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin, özellikle annelerin ve çocuğa bakım veren kişilerin çocuk eğitimi ve bakımı konusunda ve eğitilmesi, çocukların engeline yönelik eğitim programlarının geliştirilmesi ve uygulanması,

Zihinsel engelli çocuklara sağlanan devlet desteğinin artırılması ve eğitim, rehabilitasyon ile tıbbi hizmetlerin mümkün olduğunca erişilebilir ve sürekliliğinin sağlanması.

Zihinsel engelli bir çocuğa sahip ailelerin, çocuğunu kabul etme ve durumun uyum sürecinin uzaması yanında, çocuğun bakımı, eğitimi, tedavisi ve büyütülmesi gibi konularda yaşadıkları birtakım güçlükler, ailede önemli sorunlar yaratabilmektedir. Bazı aileler en az çocukları kadar yardıma gereksinim duyabilmektedir.

Zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin ruhsal durumlarının rehabilitasyon merkezlerinde yakından izlenmesi ve ihtiyaç duyduklarında hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve psikologlar tarafından psikososyal desteğin sağlanması,

Zihinsel engelli çocuklara eğitim veren merkezlerde ailelere hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve psikologlar tarafından danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,

Zihinsel engelli çocuğa sahip anne ve babaların aynı sorunu paylaşan anne ve babalarla bir araya getirildikleri, duygularını ifade edebilecekleri rahatlatıcı sosyal destek gruplarının oluşturulması,

Hemşirelerin zihinsel yetersizliği olan çocuklar için düzenlenecek eğitim programlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında rol alabilmeleri için Sağlık Bakanlığı, Sosyal Hizmetler Müdürlüğü, kapsamında şartların oluşturulması,

Avrupa Birliği ve yerel yönetimler düzeyinde projelerin içinde yer alarak, gerekli işbirliğinin yapılması,

Engelli çocuğa toplumun bakış açısını değiştirebilmek için toplumun bu konuda bilinçlendirilmesine yönelik eğitim programlarına yer verilmesi,

Araştırma sonuçlarının, kontrol grubu kullanılarak sağlıklı ocuk anneleri ile karşılaştırılması önerilmektedir.

Sancaktepe belediyesinde başlatılmış ve halen devam etmekte olan zihinsel engelli çocuklara sahip ailelerin günlük işlerini biraz daha rahat bir şekilde yapabilmeleri adına çocuklarını gün içerisinde belli saatlerde bırakabilecekleri, çocukların günlük yaşamlarını idame ettirmeye yönelik eğitimlerin verildiği bakımevi bulunmakta, bu uygulamanın diğer belediyeler tarafından örnek alınarak uygulanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akahn, A., (2005).** Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların abla ve ağabeylerinin sosyal beceri düzeyi ve kardeş ilişkileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adana: *Çukurova Üniversitesi*.
- Akandere, M. ve Acar, M.,(2009).** “Zihinsel ve Fiziksel Engelli Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi” *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* (22).
- Akdemir, N., Yurtsever, S. ve Özer, Z., (2004).** Evde Bakım Gereksinimi Olan Hastalara Bakım Verenlerin Karşılaştıkları Güçlükler. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 3, 272-281.
- Akçakm, M.,(2007).**Otistik Bozukluk. Aysev, A., Taner, Y. (Ed), *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* (s. 274 – 289). İstanbul: Golden Print.
- Akın, 2014.** <http://ozelcocugum.blogcu.com/zihin-engelli-cocuklar-ve-ailesi/3100819>
- Aktaş, A.M., (2001).** “Bir Kamu Kuruluşunun Üst Düzey Yöneticilerinin İş Stresi ve Kişilik Özellikleri”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Cilt: 56, Sayı: 4, s. 27-28.
- Aksayan, S. ve Cimete, G., (1998).** Evde Bakım Kavramı. *I. Ulusal Evde Bakım Kongre Kitabı*, İstanbul 1-6.
- Aktaş, Y., (1994).** Çalışan Anne ve Çocuğu, *Yaşadıkça Eğitim Dergisi*, Sayı: 36.
- Albaş, B., (1999).** Öğretilebilir-Eğitilebilir Düzeyde Zihinsel Özürlü Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Psikolojik Durumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, *İstanbul Üniversitesi*, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Allen, R., (1983).** Human Stress: Its Nature and Control, New York: *Mc Millan Pub. Com.*
- Apaliçi, V., (1996),** Psychological Adjustment and Sibling Relationships of Older Brothers and Sisters of Children with Pervasive Developmental Disorders.

Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul.

Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV-TR (2005). *Tanı ölçütleri başvuru el kitabı.* (Çev. E. Köroğlu). Ankara: *Hekimler Yayın Birliği*.

Amerikan Psikiyatri Birliği DSM- 5 (2013). *Tanı ölçütleri başvuru el kitabı.* (Çev. E. Köroğlu). Ankara: *Hekimler Yayın Birliği*. Sayfa: 25-29.

Aral, N. ve Gürsoy, F., (2007). Özel eğitim gerektiren çocuklar ve özel eğitime giriş. *Morpa Yayınları*, Ankara.

Arı, M., (1992). Öğrenme güçlüğü ve dikkat dağınıklığı. Ankara: *Kök Yayıncılık*.

Aydın, B., (2002). Gelişim Psikolojisi. İstanbul: *SFN Baskı*.

Aydın, İ.P., (2002). İş Yaşamında Stres (2. Baskı), Ankara, *Pegem A Yayıncılık*.

Aydın, İ.P., (2008). İş Yaşamında Stres. Ankara: *Pegem Akademi*.

Aysan, F. ve Özben Ş., (2007). Engelli Çocuğu Olan Anne Babaların Yaşam Kalitelerine İlişkin Değişkenlerin İncelenmesi. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*.22:1-6.

Bahadır, A., (2002). “Ergen Kişiliği Bağlamında Din-Kişilik İlişkisi”, *Selçuk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, Sayı: 14, s.119.

Bahar, A., Bahar, G., Savaş, H. A. ve Parlar, S. (2009).Engelli Çocukların Annelerinin Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzların Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4 (11), 97-112.

Bailey, D.B. ve Simeonsson, R. N.,(1988). Assessing Family Stres and Needs,Family Asssment in Early İntervation, *Merill Publishing Company*.

Balat, G., (2003). Zihinsel Engelli Çocukların Eğitimine Aile Katılımı.Farklı Gelişen Çocuklar. (Edt. A. Kulaksızoğlu). İstanbul: *Epsilon Yayınevi*.

- Baker, L. Bruce, Brightman A. (1995).** Steps To İndepence, A Skills Training Guide For Parents And Teacher Of Children With Special Needs. Baltimor, Maryland: *Paul H. Brokes Publishing Co. İnc.*
- Baltaş, A. (1997).** Stres Altında Ezilmeden Öğrenmede ve Sınavlarda Üstün Başarı, İstanbul: *Remzi Kitapevi.*
- Baltaş, A. ve Baltaş, Z., (1991).** Stres ve Başaçıkma Yolları, (11. Baskı), İstanbul: *Remzi Kitabevi,*
- Baltaş, A. ve Baltaş, Z., (1992).** Stres Ve Basaçıkma Yolları. 12. Basım, İstanbul:*Remzi Kitabevi.*
- Baltaş, A., (1986).** Stres ve Basa Çıkma Yolları. (22.Basım) İstanbul:*Remzi Kitabevi.*
- Baltaş, A., (2000).** Sağlık psikolojisi. Halk sağlığında davranış bilimleri. İstanbul: *Remzi Kitabevi.*
- Baran, G. ve İçöz, A., (2001).** Zihinsel engelli çocuğa sahip aile katılımcılarının kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi*, 1(6-7); 80-90.
- Başaran, İ.E., (2000).** Örgütsel Davranış, Ankara: *Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları.*
- Bilginer, H.,(2002).**Down Sendromlu Çocuklarda Dil Gelişimi. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 19: 165-79.
- Blotcky, A.D., Raczynski, J.M., Gurwitch, R., & Smith, K. (1985).** Family influences on hopelessness among children early in the cancer experience. *Journal of Pediatric Psychology*, 10(4), 479-493.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989).** Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Cavkaytar, A. ve Diken, İ.H., (2006).** Özel eğitime giriş. (2.baskı), Ankara: *Kök Yayıncılık.*

- Cavkaytar, A., Ardiç, A., Özbey, F., Sönmez, M., Özdemir, O. ve Aksoy, V. (2010).**Özel Eğitimde Aile Eğitimi ve Rehberliği. Ankara: *Maya Akademi*.
- Ceylan, A., (1997).**Örgütsel Davranışın Katılımcısel Boyutu, *G.Y.T.E.No: 2*
- Chapman RS, Hesketh LJ. (2001).** Language, cognition, and short-term memory in subjects with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice 7: 1-7.*
- Christopher, J.C., (1999).** Situating Psychological Well-Being: Exploring the Cultural Roots of its *Theory and Research. Journal of Counseling & Development, 77, (2).*
- Conk, Z. & Yıldırım, F. (2005).** Zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip anne/babaların stresle başa çıkma tarzlarına ve depresyon düzeylerine planlı eğitimin etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9(2), 1-10.*
- 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.*
- Cummings, S.T., (1976).** The impact of the child's deficiency on the father: The study of fathers of mentally retarded and chronically ill children. *American Journal of Orthopsychiatry.*
- Cummings, S.T., Bayley, H.C. and Rie, H.E., (1966).** Effects of the child's deficiency on the mother: A study of mothers of mentally retarded, chronically ill, and neurotic children. *American Journal of Orthopsychiatry.*
- Cuskelly, M. and Hayes, A., (2004).** Disability: Characteristics, contexts and consequences. In J. M. Bowes & A. Hayes (Eds.), *Children, families, and communities: Contexts and consequences (3rd ed. pp. 21–39).* South Melbourne: *Oxford University Press.*
- Cüceloğlu, D., (1992).** İnsan ve Davranışı, Psikolojinin Temel Kuramları, İstanbul: *Remzi Kitapevi.*

- Çiftçi, H., (2007).** Zihinsel engelli çocuklara renk kavramını kazandırmada eş zamanlı ipucuyla öğretimin bireysel ve grup eğitimindeki etkisinin karşılaştırılması. (Yayınlanmamış Doktora tezi), Ankara: *Gazi Üniversitesi*, 35.
- Çürük, M., (2008).** 1. ve 4. Sınıfa Devam Eden Zihinsel Engelli Çocukların Annelerinin Kaygı ve Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştıkları Problemlere Göre İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. *Gazi Üniversitesi*. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- Dabak, N., (2007).**İlköğretim birinci kademede Davranış Sorunları Olan Çocukların Anne – Baba Tutumları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*.
- Darıca, N., Abidoğlu, Ü., Gümüşçü, İ. (2002).** Otizm ve Otistik Çocuklar. İstanbul: *Özgür Yayınları*.
- Darıca, N., Pişkin, Ü. ve Gümüşçü, Ş., (1994).** Otizm ve Otistik Çocuklar. Ankara: *Basım Grafik*.
- Davis, K., (1984).**İşletmelerde İnsan Davranışı. (Çev. Kemal Tosun ve Diğerleri).İstanbul.
- Deringöl, B. (2010).** Down Sendromu ve Fizyoterapi.
<http://www.downturkiye.com/fizyoterapi1.html>, Erişim Tarihi: 11.11.2014.
- Diener, E., (1985).** Psychological Bulletin, *Subjective WellBeing*. 95 (3).
- Down JL. (1999).** The man and the message. *Downs Syndrome Research and Practice*, 6: 19-24.
- DSM-IV, (1998).** Mental bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı. Çeviren: Editörü Köroğlu, Ankara: Amerikan Psikiyatri Birliği Hekimler Yayın Birliği, *Medikomat Basımevi*.

- Dunn, M. E., Burbine, T., Bowers, C. A., & Tantleff Dunn, S. (2001).** Moderators of stress in parents of children with autism. *Community Mental Health Journal*, 37, 39 –52.
- Durmuş, R., (2006).**3 – 6 Yaş Arası Çocuğu Olan Ebeveynlerin Kişilik Özellikleri İle Anne–Baba Tutumlarının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*.
- Duygun T. (2001).**Zihinsel Engelli ve Sağlıklı Çocuk Annelerinde Stres Belirtileri Stresle Başaçıkma Tarzları ve Algılanan Sosyal Desteğin Tükenmişlik Düzeyine Olan Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, *Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara*.
- Dost Yaşam, (2001).** Down Sendromu Nedir?
<http://www.dostyasam.org/downnedir.html>, Erişim Tarihi: 15.11.2014.
- Dönmez, Nb., Bayhan, P. & Artan, İ. (1998).**Engelli çocuğu olan ailelerin yaşam döngüsü içinde karşılaştıkları sorunların incelenmesi, *I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı*, İstanbul.
- Ekinci, H. Ekici, S., (2003).** İşletmelerde Örgütsel Stres Yönetim Stratejisi Olarak Sosyal Desteğin Rolüne İlişkin Görgül Bir Araştırma”, *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, Mayıs, Cilt:27, Sayı: 1, s. 110.
- Engelend H, ve Buitelaar J., (2008).** Autism Spectrum Disorders. Rutter M, Bishop D, Pine DS, Scott S, Stevenson J, Taylor E, ve ark. (Eds), Rutter’s Child and Adolescent Psychiatry. 5th Edition s.759–781 Oxford: *Blackwell Publishing*.
- Er M. (2006).** Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 49:155-168.
- Erdoğan, İ., (1990).** “İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış”, İstanbul:*Dönence Basım Ve Yayın Hizmetleri*.

- Eripek, S., (1996).** Zihinsel Engelli Çocuklar. (2. Basım). Eskişehir: *Anadolu Üniversitesi Yayınları*.
- Eripek, S., (2001).** Geri zekalı çocuklar. Y. Özsoy, M. Özyürek ve S. Eripek (Der.), Özel eğitime muhtaç çocuklar. Özel eğitime giriş. (11. baskı), Ankara: *Karatepe Yayınları*.
- Eripek, S., (2002).** Geri Zekâlı Çocuklar. Ataman, A.(Editör). Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar: Özel Eğitime Giriş. (11. Basım). Ankara: *Karatepe Yayınları*.
- Eripek, S., (2003).** Özel gereksinimli çocuklar ve özel eğitime giriş. Ankara: *Gündüz Eğitim ve Yayıncılık*.
- Erkoç, Z., (2006).** İnsan Kaynakları Yönetimi & Kalite Yönetim Sistemi Terimler Sözlüğü, İstanbul: *Alfa Yayınları*.
- Erkuş, A. (1994).** Psikolojik terimler sözlüğü. *Doruk yayınları*. Ankara.
- Eroğlu, F., (2006).** Davranış Bilimleri. İstanbul: *Beta Basım Yayın Dağıtım*.
- Ertekin, Y., (1993).** Stres Ve Yönetim, *Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları*, Ankara.
- Fazlıoğlu, Y. ve Yurdakul, E.M. (2005).** Otizm- Otizmde Görsel İletişim Tekniklerinin Kullanımı. İstanbul: *Morpa Kültür Yayınları*.
- Fırat, S. (2000).** Otistik ve zihinsel özürlü çocukların annelerinde, kaygı, depresyon,aleksitimi ve genel psikolojik değerlendirme. Yayımlanmamış Yüksek lisans tezi. *Çukurova Üniversitesi*, Adana.
- Fisman, S. and Wolf, L., (1991).** “The Handicapped Child: Psychological Effects of Parental, Maritaland Sibling Relationchips”, *Psychiatric Clinics of North American*.
- Franco, F. & Wishart, J.,(1995).** Use Of Pointing And Othergestures By Young Children With Down Syndrome. *American Journal on Mental Retardation*,100,160–182.

Frith,U., Frith,C. (2001). The biological basis of social interaction. *Current Directions in Psychological Science*,10(5),151-155.

Gallagher, J.J., Beckman, P., Cross, A.H. (1983). Families of handicapped children: Sources of stress and its amelioration. *Exceptional Children*: 50.(1).

Gargiulo, R.M., (1985). “Working with parents of exceptional children: A guide for professionals”, Boston: *Houghton Mifflin Company*

Genbilim. (2010). Down Sendromu.

<http://www.genbilim.com/content/view/3900/32//>. Erişim Tarihi: 15.11.2014.

Gençsoy, H.,(2004).Kobi Yöneticilerinin Stres Düzeyi, Performans ve İş Tatmini Arasındaki İlişki: Adana’daki KOBİ’lerde Bir Araştırma. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, S. 43-44.**Gray, D.E.,(2006).** Coping over time: the parents of children with autism. *Journal Of Intellectual Disabilities Research*

Greenspan, S.I. and Wieder, S., (2004).Özel Gereksinimli Çocuk. (Çev. İ. Ersevimi). İstanbul: *Özgür Yayınları* (eserin aslının basım tarihi 1998).

Güçlü, N., (2001). Stres Yönetimi. G. Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 21 (1), S. 95.

Güler, Z., Başpınar, Ö. ve Gürbüz, H., (2001). İş Yaşamında Stres ve Kamu Kurumlarındaki Sekreterler Üzerinde Bir Uygulama, *T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları*, No:1322, Eskişehir.

Güven, Y., (2003). Özel eğitime giriş. A. Kulaksızoğlu (der.), Farklı gelişen çocuklar (57-81). İstanbul: *Epsilon Yayıncılık*.

Görgü, E., (2005). 3-7 Yaş Arası Otistik Çocuğa Sahip Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul.

Hayes A, Batshaw ML. (1993). Down syndrome. *Pediatric Clinics of North America*, 40: 523-35.

Higgins, D.J., Bailey, S.R. and Pearce, J.C., (2005). Factor sassociated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autismspectrum disorder. *Autism Journal*.

Hurriyet., (1999). <http://Webarsiv.Hurriyet.Com.Tr/1999/11/02/154093.Asp>

Howard, J., (1980), Theinfluence of children's develop mentaldys function on marital quality and family interaction. In R. Lerner & G. Spanier (Eds.), Child influences on maritalandfamily in- teraction. New York: *Academic Press*.

<http://www.ayyildizozelegitim.com/index.php/zihinsel-engelliler>

<http://www.sosyalhizmetuzmani.org/zihinselengelliler.htm>

Işıkhan, V. (1998). Sosyal hizmet ve sağlık alanında görev yapan yöneticileri etkileyen iş stres faktörleri. Yayınlanmamış doktora tezi. *HÜ S. B. E.* Ankara.

Işıkhan, V., (2004). Çalışma Hayatında Stres Ve Başa Çıkmanın Yolları, Ankara: *Sandal Yayınları*.

Kahrıman, İ., ve Bayat, M. (2008). Özürlü çocuğa sahip ebeveynlerin yaşadıkları güçlükler ve algıladıkları sosyal destek düzeyleri, *Öz-Veri Dergisi* 5(1).

Kaner S. (2004). Engelli çocukları olan anne babaların algıladıkları stres, sosyal destek ve yaşam doyumlarının incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri*. (<http://acikarsiv.ankara.edu.tr/eng/>).

Karaçengel, B., (2007). Zihinsel engelli çocuğa sahip anneler ile sağlıklı çocuğa sahip annelerin atılganlık ve suçluluk-utanç düzeyleri açısından karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul*.

Karadağ, G., Uçan, Ö., ve Ovayolu, N.,(2007).*Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Yaşadıkları Güçlükler*. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Denizli 514.

- Karadağ, G.,(2009).** Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Yaşadıkları Güçlükler İle Aileden Algıladıkları Sosyal Destek Ve Umutsuzluk Düzeyleri.*TAF Preventive Medicine Bulletin*8(4):315-322.
- Karatepe, H., (1992).** Okul öncesi dönemde konuşma bozukluğu olan çocuklar. Ankara: *Karatepe Yayınları*, 22.
- Kayihan H. (2008).** *Engelliler İçin Evde Bakım Hizmetleri*. Engelli Dostu Belediye Sempozyum Kitabı, Ankara 40-46.
- Kırcaali İ.G. (2007).**Otizm Spektrum Bozukluğu. İstanbul: *Daktylos Yayınları*.
- Kirel, Ç., (1993).** Örgütsel Stres Yönetimi, Eskişehir: *Anadolu Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt: XI. S: 1-2, S. 159.
- Kimpton, D.A., 1990.** Special Child in the Family. London: *Sheldon Press*.
- Knafl, K. and Zoeller, L., (2000).**Child hood chronicillness: a comparison of mothers' and fathers' experiences.*Journal of Family Nursing*
- Köknel, Ö., (1998).** “Depresyon” . 2.B. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Köse, F., (2003).** K.K.T.C. Lefkoşa ilköğretim okullarına devam eden dokuz yaş çocuklarının anne tutumları ile kardeş ilişkilerinin incelenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), *Gazi Üniversitesi*.Ankara:
- Kubler-Ross E. (1981).**On Death and Dying. New York: *MacMillan*.
- Kulaksızoglu, A., (2007).** Ergenlik psikolojisi, (7. Basım), *Remzi Kitabevi, İstanbul*.
- Kulaksızoğlu, A., (1998).** Ergenlik Psikolojisi, 1. Baskı İstanbul: *Remzi Kitabevi*.
- Kulaksızoğlu, A., (2003).** Farklı gelişen çocuklar. İstanbul: *Epsilon Yayınevi*.
- Lautslager, P.E.M.,(2000).** Children with Down’s syndrome motor development and intervention. Nijkerk: *Koninklijke Drukkerij C.C. Callenbach*.

- Leff, J., (1998).** Mental health problems of homeless children and families, longitudinal study. *British Medical Journal*.
- Lin, C.R., Tsai Y.F. and Chang H.L., (2008).** Coping mechanisms of parents of children recently diagnosed with autism in Taiwan: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*.
- Määttä, T., Kaski, M., Taanila, A., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Livanainen, M., (2006).** Sensory impairments and health concerns related to the degree of intellectual disability in people with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice* 11:78-83.
- Määttä vd., (2006).** Mental health, behaviour and intellectual abilities of people with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*; 11: 37-4
- Matson JL, ve Neal D. (2009).** History and Overview. Matson, L., Johnny (Ed), *Applied Behavior Analysis for Children with Autism Spectrum Disorders*. New York: *Springer* s.1-13.
- McAlister, R., Butler, E., and Lei, T., (1973).** Patterns of social interaction among families of behaviorally retarded children. *Journal of Marriage and the Family*.
- MEB, (2004).** Özel eğitim hizmetleri yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik, *Resmi Gazete*, 25674.
- Megep, (2007).** “Mesleki Eğitim Ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi”. Çocuk gelişimi ve eğitimi bilişsel gelişim. Ankara.
- Morgan, C., (2000).** Psikolojiye Giriş, 14. Baskı, Ankara: *Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Yayınları*.
- Morse, D.R. and Furst, M.L., (1979).** Stress for success: A holistic approach to stress and its management, New York: *Van Nostrand Reinhold*.

- Naci, Kula., (2002).** “Deprem ve Dini Başa Çıkma”, *Gazi Üniversitesi Çorum İlahiyat Fakültesi Dergisi*, Sayı:1, s. 246.
- Naidoo, R.M., (1984).** ”Counseling Parents with Handicapped Children”. *Projective Psychology* 29 (1): 13-17.
- Natan, K., (2007).** Zihinsel engelli çocuğu olan ve zihinsel engelli çocuğu olmayan annelerin depresyon ve kaygı düzeyleri.Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi, İstanbul: *Maltepe Üniversitesi*, 25.
- NDSS (National Down Syndrome Society) (2010).** <http://ndss.org>, Erişim Tarihi: 15.11.2014.
- Nickel Robert, A., ve Widerstrom Anne, H.,(1997).** *Developmental Disorders in Infancy*. Widerstrom. Anne H, Mowder Barbara A, Sandall Susan R. *Infant Development and Risk: An Introduction*. Second Edition. (114–117). Baltimore: *Paul H. Brookes Publishing Co.*
- Okur, O., ve Kökaslan, B., (2004).** Zihinsel engellilerde resim eğitimi. Yüksek lisans tezi (basılmamış). *Selçuk Üniversitesi*, 107s. Konya.
- Ong, L.C., Chondon, V., ve Peng, R.,(1999).** Stres experienced by mothers of malaysian children with mental retardation. *J. Paediatr. Child Health* 35: 358-362.
- Orhan, S., (2004).** Zihinsel engelli çocuğa sahip ebeveynlerin demografik ve psiko-sosyal özelliklerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), *Fırat Üniversitesi*. Elazığ.
- Örnek A.Ş., Aydın, İ.P., (2006).** Kriz ve Stres Yönetimi,Ankara: *Detay Yayıncılık*.
- Özbay, Y., Şahin, B., (1997).** Stresle Başaçıkma Tutumları Envanteri: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. IV. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, 1-3 Eylül 1997, *AÜ Eğitim Bilimleri Fakültesi*, ANKARA
- Özbey, Ç.,(2005).** Otizm ve Otistik Çocukların Eğitimi. İstanbul: *İnkılap Kitapevi*.

- Özbey, Ç.,(2007).** Özel Çocuklar ve Terapi Yöntemleri. İstanbul:*İnkılap Kitabevi.*
- Özbey, Ç.,(2009).** Özel Çocuklar ve Terapi Yöntemleri. İstanbul: *İnkılap Kitabevi.*
- Özer, D.S., Özer, K., (1998).**“Çocuklarda Motor Gelişim”, Antalya.
- Özgür, İ., (2004).** Engelli Çocuklar ve Eğitimi & Özel Eğitim. İstanbul: *Karahan Kitapevi.*
- Özkalp, E., ve Kirel, Ç., (2004).** Örgütsel Davranış, 2. Baskı, Eskişehir: *Anadolu Üniversitesi Web-Ofset Tesisleri.*
- Özmen, R.G., (1998).** Alt özel sınıflardaki öğrencilerin sesli okudukları öyküyü anlama becerilerini kazanmalarında doğrudan öğretim yöntemiyle sunulan bireyselleştirilmiş okuduğunu anlama materyalinin etkililiği. (Yayınlanmamış Doktora tezi), *Gazi Üniversitesi.* Ankara.
- Öztop, F. (2000).** Stresle başa çıkma yolları ve bir uygulama. Gebze İleri Teknoloji Enstitüsü *S. B. E.* yayınlanmamış yüksek lisans tezi.
- Özşenol, F., Işıkhani, V., Ünay, B., Aydın, H.İ., Akın, R., ve Gökçay. E.,(2003).** Engelli çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 5(2):156-164.
- Özyürek, A., (2004).** Kırsal Bölge ve Şehir Merkezinde Yaşayan 5 – 6 Yaş grubu Çocuğa Sahip Anne – Babaların Çocuk Yetiştirme Tutumlarının İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.* Ankara.
- Özyürek, M., (1986).** Zihinsel Yetersizlik Gösteren Çocuklarda Özbakım Becerilerinin Kazandırılması, *Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1 (2), 149- 155.
- Özyürek, M., (1996).** Özel eğitime giriş. Sayı No: 7, Ankara.

- Paterson, S.,(2001).** Language and number in Down syndrome: the complex developmental trajectory from infancy to adulthood. *Down's Syndrome Res Pract*7:79-86.
- Pehlivan, İ., (1991).** “Örgütsel Stres Kaynakları Ve Verimlilik”, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Cilt: 24, Sayı:2S. 792-793.
- Pehlivan, İ., (1995).** Yönetimde Stres Kaynakları, Ankara:*Pegema Yayıncılık*.
- Pehlivan, İ., (2002).**İş Yaşamında Stres, 2. Baskı, Ankara:*Pegema Yayıncılık*,
- Riddle, I.I., Hennessey, J.& Eberly, T.W., (1989).** Stressors in the pediatric intensive care unit as perceived by mothers and fathers. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*
- Rehabilitasyon, Engellilerde Aile Eğitimi, (2011).**
http://www.rehabilitasyon.com/action/makale/1/Engellilerde_Aile_Egitimi-7906
- Rehabilitasyon.(2014).**
http://www.rehabilitasyon.com/action/makale/1/Engellilerde_Aile_Egitimi-7906.
- Roberts, J.E., Price, J., Malkin, C.,(2007).** Language and communication development in Down Syndrome. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 13: 26-35.
- Ross, A.O., (1975).** Family Problems. The Exceptional Child: A Functional Approach R Smith and Neis worth. New York:*McGraw Hill*.
- Rowshan, A., 1998.** Stres Yönetimi, İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Ryndak, D. Lea, Alper, S.,(1996).** Curriculum Content For Students With Moderate And Severe Disabilities Inclusive Settings.Boston: *By Alynn & Bacon A. Simon & Schuster Company*.

- Sağol, U. (1998).** Down Sendromlu Çocukların Görsel Algı Gelişimine Frostig Görsel Algı Eğitim Programının Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, *Marmara Üniversitesi*. İstanbul.
- Sarıhan, C. (2007).** Engelli çocuğa sahip olan ve olmayan annelerin aile işlevleri ile yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *Ankara Üniversitesi*, Ankara.
- Selikowitz, M., (2008).** Down Syndrome: The Facts. 3rd ed. Sidney: *Oxford University Press*.
- Selye, H., (1974).** Stress without distress, Philadelphia, *Lippincott*.
- Sencar, B., (2007).** “Otistik Çocuğa Sahip Ailelerin (Anne-Babaların) Algıladıkları Sosyal Destek ve Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *Dokuz Eylül Üniversitesi*, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Seyyar, A. ve Öz, C.S., (2007).** İnsan Kaynakları Terimleri, Sakarya: *Değişim Yayınları*
- Shift, Z.I., (1996).** Development of children in school'sforthementallyretarded, A Handbook of ContemporarySovietPsychology. M.Cole ve I Mazman (Ed.). New York: *Basic Books*.
- Silivri Rehberlik Araştırma Merkezi. (2010).** Down Sendromu. İstanbul: *Silivri Rehberlik Araştırma Merkezi Yayınları* 1.
- Snell, M.E., (1983).** Sytematic instruction of the moderately and severely handicapped, 2. Baskı, Ohio: *Merrill Publishing Com. Colombus*.
- Songar, A., (1981).** Temel Psikiyatri, İstanbul:*Minnetoglu Yayınları*,
- Sucuoğlu, B. ve Çifçi, İ., (2001).** Yapamıyor mu? Yapmıyor mu? Zihinsel engelli çocuklar için sosyal beceri öğretimi. Ankara: *A.Ü. Basımevi*.
- Sucuoğlu, B., (2009).** Zihinsel engelliler ve eğitimleri. Ankara: *Kök Yayıncılık*.

- Şahin, N. (1994).** Stres Nedir; Ne değildir? Stresle başa çıkma. Ed: Nesrin Şahin, *Türk Psikologları Derneği Yayınları*. Ankara.
- Şahin, N. H., ve Durak, A.,(1994).** Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI): Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9 (31), 44-56.
- Şahin, N.H., ve Durak, A. (1995).** Üniversite öğrencileri için bir Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği: *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34),56-73.
- Şendil, G., (2003).** Çocuk, Ergen, ve Anne Baba. İstanbul: *Çantay Yayınları*.
- Şen, S.,(2008).** Erken Eğitim Alan Ve Almayan Down Sendromlu Çocukların Genel Gelişimlerinin ve Görsel Algı Becerilerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul.
- Şenel, G.H., (1995).** Yetersizliğe sahip kardeşi olanlarla, olmayanların yetersizliğe yönelik tutumları ve kaygı düzeyleri yönünden karşılaştırılması. *Özel Eğitim Dergisi*, 2(1); 33-39.
- Şükran, Ü.Ö., ve İkbâl K.K.,(2010).**Ebeveyn değerlendirmesine dayalı, serebral palsili çocuklarda yaşam kalitesi: *Bir ön çalışma. Nöropsikiyatri Arşivi* 47: 127-32.
- Tekin, E., (2000).**Zihinsel özürlü çocuklara kardeşleri aracılığıyla sunulan dört saniye sabit bekleme süreli öğretimin ve eş zamanlı öğretimin etkilerinin ve verimlerinin karşılaştırılması. Doktora tezi (basılmamış). *Anadolu Üniversitesi*, Eskişehir.
- Tekinalp, B., (2001).** “The Effects of a Coping Skills Hopeless And Stres Levels Of Mothers Of Children With Autism”, Yüksek Lisans Tezi, *ODTÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara.
- Telman, N. ve Ünsal P., (2004).** Çalışan Memnuniyet, İstanbul, *Epsilon Yayınları*.
- Tew, B., Payne, H. and Laurence, K., (1974).** Must a family with a handi- capped child be a handicapped family? *Developmental Medicine and Child Neurology*.

- Toros, F.,(2002).** Zihinsel ve/veya bedensel engeli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon, evlilik uyumunun ve çocuğu algılama eklinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi* 3:45-52.
- Toros, F., (2003).** “Zihinsel ve/veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon, Evlilik Uyumunun ve Çocuğu Algılama Şeklinin Değerlendirilmesi”. *Psikiyatri Dergisi*. No: 3: 45-52.
- Toros, F., Solak, B. ve Metin, Ö., (2005).**“Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerin Annelerinde Depresyon Ve Evlilikte Uyum Düzeyleri”. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 3: 205-214.
- Turan, N., Kayıhan, H., Yılmaz, C., Topçu. A. (1991).** Ortopedik Özürlü Çocuklar ve Eğitimleri Komisyonu Raporu. I. Özel Eğitim Konseyi. (sf. 87-119). Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları
- Tutar, H., (2000).** Kriz ve Stres Ortamında Yönetim,İstanbul: *Hayat Yayınları*.
- Uğuz, Ş., Toros, F., Yazgan, B.İ. ve Çolakkadıoğlu, O.,(2004).** Zihinsel ve/veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7 42- 47
- Uther, D., and Brar, E., (1996).***Küçük adımlar gelişimsel geriliği olan çocuklara yönelik erken eğitim programı*, 4. Kitap Büyük Kas Becerileri, Destek Eğitim Programı Zihinsel Özürlülere Destek Derneği, İstanbul.
- Ünal, N., (2009).**Zihinsel Engelli Çocukların Annelerinin Çocuk Yetiştirme Tutumları ile Normal Gelişim Gösteren Çocukların Zihinsel Engelli Kardeşlerine Yönelik Davranışlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Ankara Üniversitesi*, Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Wein, H. (2006).** Stress and Disease: New Perspectives, <http://www.nih.gov/news/Wordon Health/oct2000/story01. html>.
- Whirter, J.M. ve Acar, N.V., (2000).**Ergen ve Çocukla İletişim. Ankara: *US-A Yayıncılık*.

- Varol, N., (2003).** Beceri Öğretimi ve Öz Bakım Becerilerinin Kazandırılması, Ankara: *Kök Yayıncılık.*
- Verimli, (2010).** Down. <http://www.ozelverimli.com.tr/sendromlar/down.html>. Erişim tarihi: 10.11.2014
- Yaşar, V.,(2010).** Azim Varsa Engel Yoktur. İstanbul: *Türdav Yayın Grubu.*
- Yavuzer, H.,(1997).** Ana- Baba ve Çocuk, 12. Basım, İstanbul: *Remzi Kitabevi,*
- Yavuzer, H., (2005).** Anne-Baba ve Çocuk, İstanbul: *Remzi Kitapevi.*
- Yıldırım, G., (2005).** Farklı engel grubundan çocukların kardeş ilişkileri ile kardeşlerini kabullenmeleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi (basılmamış). *Gazi Üniversitesi, Ankara.*
- Yıldırım, N.Ü., ve Yılmaz, İ., (2004).** Mentalretardasyon ve fiziksel uygunluk. T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı *Öz – Veri Dergisi*, 1 (1).30
- Yılmaz, A., ve Ekici, S.,(2003).** Örgütsel Yaşamda Stresin Kamu Çalışanlarının Performansına Etkileri Üzerine Bir Araştırma. *Yönetim Ve Ekonomi Dergisi.* Cilt:10, Sayı: 2, S. 3.
- Yiğiter, A., Kavak, Z.,(2006).** Anne Karnında Down Sendromu Tanısına Güncel Yaklaşımlar ve Bir Olgu Sunumu. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 10(4),178-182.
- Young ID. (2005).** Medical Genetics, 1th ed. Oxford, *Oxford University Press*, 52-56.
- Yurdakul, A., Girli, A., Özekes, M., ve Sarısoy, M. (2000).** Otistik Ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Stresle Baş Etme Yolları: Anne-Baba Farklılıkları. *Saray Rehabilitasyon Dergisi*, 7, 6-17.
- Zihinsel Engelliler., (2011).** <http://mentalretardasyon.blogspot.com/2008/04/zihinsel-engelliliin-yayginlii.html>
- Zorluuysal, (2010).** <http://www.bilgiacikkapi.com/toplumsal/zihinsel-engelli-cocuklar-ve-aileleri/>, 2014

Zoylan, E., (2005) Engelli kardeşe sahip olan ve olmayan katılımcıların kardeş ilişkilerinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi (basılmamış). Abant Üniversitesi.



EKLER

EK-IAnket Formu

Veli

1. a) Anne b) Baba

Veli'nin;

2. Yaşı:

3..Medeni durumu

a) Bekâr b) Evli c)Boşanmış d) Eşi vefat etmiş

4.Eğitim durumu:

a)Okur-yazar değil b)Okur-yazar c)İlkokul d)Ortaokul e)Lise f)Üniversite

5.Mesleği:

a)Memur b)İşçi c)Emekli d)Serbest e)Ev Hanımı f) İşsiz g) Diğer.....

6.Aylık gelir düzeyi:

a) 850-1000 TL b)1001-1500 TL

c)1501-2000TL e)2001 TL üstü

7.Sosyal güvencesi

a) Bağkur b) SSK c) Yeşil kart d) Emekli Sandığı e) Diğer

8. Aile yapısı:

a)Çekirdek aile b)Geniş aile

9.Eşinizle akraba bağınız var mı?

a)Var b)Yok

10. Çocuğunuzun cinsiyeti

a) Kız b) Erkek

11. Kardeşi varsa kaç kardeşler?

12. Kaçınıcı çocuk?

13. Çocuğunuzun tanısı nedir?

a) Mental Retarde(Zeka Geriliği) b) Otizm c) Down Sendrom

14. Çocuğunuzun özel durumundan dolayı günlük işlerinizi organize etmede sorun yaşıyor musunuz?

a)Evet b) Hayır

Evet ise ne tür günlük işleri organize etmede sorun yaşıyorsunuz?

.....

15. Özel durumu olan bir çocuğa sahip olduktan sonra aile içi sorunlar oldu mu?

a)Evet b) Hayır

Olduysa ne tür sorunlar:

16.Özel durumu olan bir çocuğa sahip olduktan sonra varsa diğer çocuklarınızla ilgilenmekte sorun yaşadınız mı?

a)Evet b) Hayır

17. Özel durumu olan bir çocuğa sahip olmanız nedeniyle psikolojik destek aldınız mı?

a)Evet b) Hayır

Aldıysanız ne kadar süre aldınız?:

18. Çocuğunuz ne zamandan beri rehabilitasyon merkezine devam ediyor?

a) 1 yıldan az b) 1-2 yıl arası c) 3-4 yıl arası e) 5 yıl ve üzeri

EK-II-STRESLE BAŞAÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda ifadeler size ne kadar uygunsa onu işaretleyiniz

BİR SIKINTI OLDUĞUNDA	Hiçbir zaman	Arasına	Bazen	Genellikle	Sık sık
Kimse bilmesini istemem					
İyimser olmaya çalışırım					
Bir mucize olmasını beklerim					
Olayı/olayları büyütmemeyip, üzerinde durmamaya çalışırım					
Başa gelen çekilir diye düşünürüm					
Sakin kafa ile düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım					
Kendimi kapana kısılmış gibi hissedirim					
Olayların değerlendirilmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım					
İçimde bulunduğum kötü durumu kimse bilmesini istemem.					
Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücümü kendimde bulurum					
Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam					
Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım					
İş olacağına varır diye düşünürüm					
Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım					
Problemin çözümü için adak adarım					
Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum					
Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım					
Olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım					
Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım					
Problemleri adım adım çözmeye çalışırım					
Mücadeleden vazgeçerim					
Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm					
Hakkımı savunabileceğime inanırım					
Olaylar karşısında kaderim buymuş derim					
"Keşke daha güçlü bir insan olsaydım" diye düşünürüm					
Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi, olgunlaştığımı hissedirim					
'Ben suçluyum' diye düşünürüm					

'Hep benim yüzümden' diye düşünürüm					
Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım					
Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.					



ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı soyadı : Hafize ALBAYRAK
Doğum Tarihi : 08.11.1988
E-mail : hafize_albayrak@hotmail.com
Adres : Fatih-İstanbul

EĞİTİM

- 2013-2014. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Klinik Psikoloji Ana bilim Dalı (MA-yüksek Lisans)**.
- 2014-2016. Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, İlahiyat devam ediyor)
- 2007-2011. Uluslararası Saraybosna Üniversitesi, Sanat ve Sosyal Bilimler Fakültesi, **Psikoloji (BA-Lisans)**

YABANCI DİL(LER) ve DÜZEYİ

	<u>Okuma</u>	<u>Yazma</u>	<u>Konuşma</u>
İngilizce	: İleri	İleri	İleri
Arapça	: Orta	İleri	Orta
Boşnakça	: Orta	İleri	Orta

İŞ GEÇMİŞİ

- Üsküdar Belediyesi Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi; 01.11.2012 (halen çalışmaya devam etmekteyim)
- Özel Sultangazi Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi; 20.07.2012
- Bilim Çocuk Akademisi (Okul öncesi anaokulu) ; 20.10.2011
- Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi \ Ağustos 2009Stajyer Psikolog
- Bezmi Alem Valide SultanVakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi \ Ağustos 2010Stajyer Psikolog

BİLİMSEL YAYINLAR VE ÇALIŞMALAR

- Albayrak, H (2011) ‘Angophrasia in Children’ (Çocuklarda Kekemelik), Uluslararası Saraybosna Üniversitesi, Bosna Hersek.