

T.C
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

OTİSTİK ÇOCUK ANNELERİNDE BENLİK SAYGISI
VE SOMATİZASYON DÜZEYLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI

Yüksek Lisans Tezi

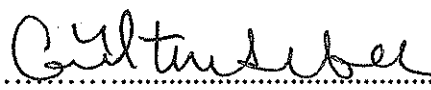
Elif DEMİR

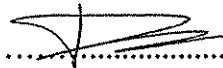
İstanbul, 2010

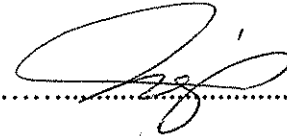
T.C. Maltepe Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne,


04.02.2010 tarihinde tezinin savunmasını yapan Elif DEMİR'e ait "Otistik Çocuk Annelerinde Benlik Saygısı ve Somatizasyon Düzeylerinin Karşılaştırılması" başlıklı çalışma, Jürimiz Tarafından Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Adli-Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak Kabul Edilmiştir.


Prof. Dr. Nursel TELMAN
(Başkan)


Prof. Dr. Gülten SÖNMEZ SEBER
(Üye)


Yrd. Doç. Dr. Figen KARADAYI
(Üye)


Yrd. Doç. Dr. Bayhan ÜGE
(Üye)
(Danışman)


Yrd. Doç. Dr. Levent ÖNEN
(Üye)

T.C
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

OTİSTİK ÇOCUK ANNELERİNDE BENLİK SAYGISI
VE SOMATİZASYON DÜZEYLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI

Yüksek Lisans Tezi

Elif DEMİR

Danışman Öğretim üyesi:

Yard. Doç. Dr. BAYHAN ÜGE

İstanbul, 2010

ÖNSÖZ

Tez çalışmam süresince bana yardımcı olan tüm yakınlarıma teşekkürü bir borç bilirim. Öncelikle danışman hocam Sayın Yard. Doç. Dr. Bayhan Üge' ye yardımları, bundan da öte bana duyduğu güven ve gösterdiği yakınlık için sonsuz teşekkürlerimi ve sevgilerimi sunarım.

Çalışmalarım esnasında benden her türlü desteğini esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Seval Taşkeser, Esra Demiroğlu ve Fatma Menekşe'ye minnettarım. Beni çalışmam süresince motive ederek güçlendiren ve çalışmama katkı sağlayan sevgili Erkan Özen, Erkan Kartal ve Akif Karakuş'a da teşekkürlerimi sunuyorum. Kişisel gelişimimde katkısı hiçbir şeyle ölçülemeyecek kadar büyük olan sevgili hocam Tahir Özakkaş'a yürekten sevgi, saygı ve teşekkürü bir borç biliyorum.

Bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan, her zaman yanımda olarak beni koruyan, destekleyen değerli aileme, anneme ve babama sonsuz teşekkürler. Her zaman başarılarını kendime örnek aldığım, hakkını ödeyemeyeceğim, çok sevgili ağabeyim Mustafa Demir'e sevgilerimi ve teşekkürlerimi sunuyorum. Sevgili ablam Özlem Demir'e, eniştem ve yengeme de beni destekledikleri ve yanımda oldukları için çok teşekkür ederim. Hepinizi çok seviyorum.

Elif DEMİR

Ekim, 2009

ÖZET

Bu araştırmada, otistik çocuğa sahip annelerin benlik saygısı düzeyleri ile somatizasyon düzeyleri arasındaki ilişkiler saptanmaya çalışılmıştır. Bu alışma, ortaya konacak verilerin, otistik ocuk ailelerine ve özellikle otistik ocuk annelerine dair geliştirilebilecek psikolojik destek yaklaşımlarına bir katkı sağlayabileceği düşünülerek planlanmıştır.

Araştırmanın rneklemi; otistik ocuk annelerinden oluşan deney grubu ve sağlıklı ocuk annelerinden oluşan kontrol grubu olarak iki gruba ayrılmıştır. Araştırmanın verileri "Kişisel Bilgi Formu", "Coopersmith Benlik Saygısı leği" ve "SCL 90R Ruhsal Belirti Tarama Listesi" aracılığıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

Araştırmada karşılaştırma türü ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel analizleri, SPSS 11 programı ile hazırlanmıştır. Bu çalışmada; gruplar arası "T-Testi" ve "Pearson Koreleasyon Analizi" testleri kullanılmıştır. Ayrıca alt değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki etkilerini araştırmak amacıyla Kruskal Wallis ve Man Whitney U testleri kullanılmıştır.

Araştırmanın sonuçlarına bakıldığında, sağlıklı ocuk annelerinin, benlik saygısı düzeylerinin, otistik ocuk annelerine nazaran anlamlı Şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak somatizasyon düzeylerine bakıldığında; otistik ocuk annelerinin somatizasyon düzeyleri, sağlıklı ocuk annelerinden daha yüksek olmasına rağmen anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır. Ayrıca grup değişkenine göre SCL 90 leğinin diğer alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık arandığında, obsesyon, depresyon, anksiyete, fobi ve psikoz alt ölçeklerinde otistik ocuk anneleri lehine anlamlı farklılık görülmüştür.

Ayrıca Coopersmith Benlik Saygısı leği puanı ile SCL 90 Ruhsal Belirti Tarama leği alt boyutlarından Somatizasyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir korelasyona rastlanmıştır. Bu sonuç bu iki alt boyutun birlikte

değişim gösterdiğini ifade etmektedir. Benlik Saygısı arttığında, somatizasyon azalmakta, Benlik Saygısı azaldığında da, somatizasyon artmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Otizm, Benlik Saygısı, Somatizasyon,

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the correlation between the Self-Esteem levels and somatisation levels of the mothers of autistic children. This study is planned with the acceptance that total outcome of this research will be a contribution to the developing psychological support approaches which are concerned with the families and especially the mothers of autistic children.

The sample of the research is divided into two groups, experiment group which is consisted of mothers of autistic children, and control group which is consisted of mothers of healthy children. Data of the is collected via face to face interview by using "Personal Information Form", "Coopersmith Self-Esteem Inventory", "Symptom Check List-90-R".

The comparison type relational survey method was used in this research. SPSS 11 program was used during analysis the data of the research. In this study "Independent-Samples T-test" and "Pearson Correlation Analysis Test" is used. The "Kruskal-Wallis Test" and "Man Whitney U-test" is used for determination of effects of sub variables on dependent variables.

Results of the study show that self-esteem levels of the mothers of healthy children are significantly higher than the ones of autistic children. When somatisation levels are taken into consideration, no significant difference between levels of mothers of healthy and autistic children is detected although the levels of mothers of autistic children are higher than the mothers of healthy children. Also statistically significant negative correlation was detected between Coopersmith Self-Esteem Inventory score and Somatisation score which is a sub dimension of Symptom Check List-90-R. This outcome shows that this two sub dimensions varies mutually. When the somatisation level is increasing the self-esteem level is decreasing and likewise.

Key Words: *Autism, Self-Esteem, Somatisation*

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	viii
GİRİŞ.....	1
Problem.....	3
Alt Problemler.....	4
Amaç.....	5
Araştırmanın Önemi.....	5
Araştırmanın Sayıltıları.....	6
Araştırmanın Sınırlılıkları.....	7
Tanımlar.....	7
BÖLÜM 1. KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	8
1.1. Otizm.....	8
1.1.1. Otizmin Tanımı.....	8
1.1.2. Otizmin Görülme Sıklığı (Prevalans).....	11
1.1.3. Otizme Neden Olan Faktörler.....	12
1.1.3.1. Psikojenik Teori.....	12
1.1.3.2. Davranışsal Teori.....	13
1.1.3.3. Organik Teori.....	13
1.1.3.4. Kavramsal Teori.....	14

1.1.3.5. Nörolojik Faktörler.....	14
1.1.4. Otizmde Duyusal Özellikler.....	16
1.1.4.1. İşitsel Uyarılara Karşı Tepkileri.....	16
1.1.4.2. Görsel Uyarılara Karşı Tepkileri.....	16
1.1.4.3. Acı - Sıcak- Soğuğa Karşı Tepkileri.....	16
1.1.4.4. Dokunulmaya Karşı Tepkileri.....	17
1.1.5. Otizmde Zihinsel Gelişim Özellikleri.....	17
1.1.6. Otizmde Dil Gelişimi Özellikleri.....	18
1.1.7. Otizmde Görülen Davranış Problemleri.....	19
1.1.8. Otizmin Tedavisi.....	19
1.1.9. Otizm Ve Eğitim.....	20
1.1.10. Otizm Ve Aile.....	20
1.2. Benlik Saygısı.....	22
1.2.1. Benlik Kavramı.....	22
1.2.2. Benlik Tasarımı ve Benliğin Gelişimi.....	24
1.2.3. Benlik Saygısı.....	27
1.2.3.1. Benlik Saygısında Belirleyici Faktörler.....	30
1.3. Somatizasyon Bozukluğu.....	32
1.3.1. Somatizasyon Bozukluğunun Tanı Ve Sınıflandırılması.....	32
1.3.2. Somatizasyon Bozukluğunun Görülme Sıklığı.....	38
1.3.3. Somatizasyon Bozukluğunun Nedenleri.....	38
1.3.3.1. Genetik Etmenler.....	38
1.3.3.2. Kişilik Yapısı.....	39
1.3.3.3. Psikoanalitik Görüşler.....	39
1.3.3.4. Öğrenilmiş Nedenler.....	43
1.3.3.5. Algısal Ve Bilişsel Nedenler.....	44
1.3.4. Somatizasyon Bozukluğunun Tedavisi.....	45
1.4. İlgili Araştırmalar.....	46
1.4.1. Otizm İle İlgili Yapılan Çalışmalar.....	46
1.4.1.1. Türkiye'de Yapılan Çalışmalar.....	46
1.4.1.2. Yurtdışında Yapılan Çalışmalar.....	47
1.4.2. Benlik Saygısı İle İlgili Yapılan Çalışmalar.....	49
1.4.2.1. Türkiye'de Yapılan Çalışmalar.....	49

1.4.2.2. Yurtdışında Yapılan Çalışmalar.....	51
1.4.3. Somatizasyon Bozukluğu İle İlgili Yapılan Çalışmalar.....	52
1.4.3.1. Türkiye'de Yapılan Çalışmalar.....	52
1.4.3.2. Yurtdışında Yapılan Çalışmalar.....	54
BÖLÜM 2. YÖNTEM.....	56
2.1. Araştırma Modeli.....	56
2.2. Örneklem Grubu.....	57
2.3. Veri Toplama Araçları.....	57
2.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	57
2.3.2. Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri.....	57
2.3.3. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL- 90 R).....	58
2.4. Veri Çözümleme Yöntemleri.....	60
BÖLÜM 3. BULGULAR.....	61
3.1. Tanımlayıcı İstatistikler.....	61
3.2. Çözümleyici İstatistikler.....	64
BÖLÜM 4. SONUÇLAR TARTIŞMA VE ÖNERİLER.....	73
4.1. Sonuçlar.....	73
4.2. Tartışma.....	76
4.3. Öneriler.....	77
KAYNAKLAR.....	79
EKLER.....	87

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Annelerin Yaş Değişkenine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	61
Tablo 2. Annelerin Eğitim Düzeyi Değişkenine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	62
Tablo 3. Annelerin Çalışma Durumu Değişkenine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	62
Tablo 4. Annelerin Çocuk Sayısı Değişkenine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	63
Tablo 5. Annelerin Tedavi görülen Hastalık Değişkenine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	63
Tablo 6. Annelerin Gelir Düzeyi Değişkenine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	63
Tablo 7. Annelerin Eş desteği Değişkenine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	64
Tablo 8. Otistik Çocuk Annelerine Ait, Benlik Saygısı Ve SCL 90 Ölçeği Alt Boyutlarından Somatizasyon Puanlarının Yaş Değişkenine Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	64
Tablo 9. Otistik Çocuk Annelerine Ait, Benlik Saygısı Ve SCL 90 Ölçeği Alt Boyutlarından Somatizasyon Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	65
Tablo 10. Otistik Çocuk Annelerine Ait, Benlik Saygısı Ve SCL 90 Ölçeği Alt Boyutlarından Somatizasyon Puanlarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	66
Tablo 11. Otistik Çocuk Annelerine Ait, Benlik Saygısı Ve SCL 90 Ölçeği Alt Boyutlarından Somatizasyon Puanlarının Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	66

Tablo 12. Otistik Çocuk Annelerine Ait, Benlik Saygısı Ve SCL 90 Ölçeği Alt Boyutlarından Somatizasyon Puanlarının Tedavi Görülen Hastalık Değişkenine Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	67
Tablo 13. Otistik Çocuk Annelerine Ait, Benlik Saygısı Ve SCL 90 Ölçeği Alt Boyutlarından Somatizasyon Puanlarının Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	68
Tablo 14. Otistik Çocuk Annelerine Ait, Benlik Saygısı Ve SCL 90 Ölçeği Alt Boyutlarından Somatizasyon Puanlarının Eş Desteği Değişkenine Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	68
Tablo 15. Benlik Saygısı Ve SCL 90 Ölçeği Alt Boyutlarından Somatizasyon Puanlarının Deney/Kontrol Grubu Değişkenine Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek Üzere Yapılan T Testi Sonuçları.....	69
Tablo 16. Benlik Saygısı Ve SCL 90 Ölçeği Alt Boyutlarından Somatizasyon Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Çarpım Momentler Korelasyon Katsayısı.....	70
Tablo17. Otistik Çocuk Annelerine Ait Benlik Saygısı Ölçeği İle Scl 90 Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	71
Tablo 18. Sağlıklı Çocuk Annelerine Ait Benlik Saygısı Ölçeği İle Scl 90 Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon.....	72

GİRİŞ

Engelli bir çocuğa sahip olmak çoğu aileler için önemli sorumluluklar getiren bir durumdur. Normal çocuklardan farklı olarak engelli çocukların hem fiziksel hem de duygusal ihtiyaçlarını karşılamak ailelere, özellikle de annelere, zaman zaman ağır yükler yükleyebilmektedir. Sürekli bir stres ve çocuklara dair sürekli bir bakım ihtiyacı halinin, ailelerde bazı psikolojik semptomlar ortaya koyabileceği de bilinmektedir.

Aile içindeki engelli bir çocuğun olmasının yanında, çocuğun engelinin niteliği de bu çocukların annelerine düşen görevlerin ve bu görevlerin getirdiği psikolojik yüklerin artmasına neden olabilmektedir. Bu noktada otistik çocukların bakımı ve sorumlulukları ile ilgili yapılan araştırmalarda bu yargıyı desteklemektedir. Holroyd ve Mc Arthur'a (1976) göre otistik bir üyeye sahip aileler, toplum tarafından aktarılan ve aileler tarafından taşınan onlara yüklenmiş suçluluk, değer kaybı ve yalnızlık sorunlarını yaşamaktadırlar (Akt. Güneş, 2005: 51 "Holroyd ve Mc Arthur, 1976") .

Otistik bir üyeye sahip ailelerin neden suçluluk, değer kaybı ve yalnızlık gibi sorunlar yaşadıklarını anlamak için otizm hakkında bilgi sahibi olmak gerekmektedir. Güneş'e (2005) göre otizm: Algı bozukluğuna neden olan organik bir hasardır. Yunanca "Autos" anlamına gelmektedir. Değişik biçimde algılama, algıların beyinde farklı yorumlanması davranışlarda farklılık doğurur, buna otizm denir. Bir başka deyişle: sosyal iletişim oluşmasını etkileyen bir gelişim bozukluğudur (Güneş, 2005;12).

Otizm tanısı almış çocuklar yaşlılarından farklı ve yaşlılarından oldukça zorlu bir gelişim süreci geçirirler. Fiziksel gelişimlerinin normal veya normale yakın olmasına karşın, sosyal alanda, dil gelişimi ve iletişim alanlarında, emosyonel ve davranışsal alanda bütünsellik göstermeyen bir gelişim süreçleri vardır. Otistik bebeklerin, tutulmayı ya da kucaklanmayı reddederek ana babalarının duygulanımlarına yanıt vermedikleri ve kaldırdıklarında normal bebeklerin –ve ana babalarının- hoşlandıkları ilişkiyi en aza indirmek için arkalarını döndükleri

bildirilmiştir. (Türk Psikologlar Derneği [TPD], 2004;458) . Bu gelişim şekli içinde otistik çocukların ebeveyni olmak oldukça dikkat, sabır, özveri ve özen isteyen bir durum olabilmektedir.

Tehlikelere karşı duyarlılığı olmayabilen, uygunsuz yer ve zamanlarda uygunsuz davranışlar ve duygulanımlar sergileyebilen, değişikliklere karşı tepkili, çoğunlukla iletişimde sözel becerilerden yoksun vb. özellikler gösterebilen bir çocuğun sorumluluğunu her an her saniye taşımak, oldukça stresli ve yorucu bir görev olabilmektedir. Otizmin nedenlerine ilişkin kesinlik arz eden yaklaşımların henüz geliştirilememiş olması, otistik çocukların eğitimi ile ilgili olan kurum, kuruluş ve eğitilmiş personelin Türkiye genelinde yeterli düzeyde bulunmayışı, toplumumuzda bu rahatsızlığın halen doğru bilinmiyor olması, kültürel bazı yanlış kodlamalarla otistik çocukların otistik olmalarının sorumluluğunun anneye aitmiş gibi yansıtılıyor olması gibi birçok nedenle özellikle otistik çocuk annelerinde psikolojik sorunlar ve hassasiyetlerle çok sık karşılaşılabilmektedir.

Morgan (1988), literatür taraması sonucunda, otistik çocukların anne babalarının duygusal yönden önemli ölçüde etkilendiğini ve sıklıkla depresyon, kaygı, tükenmişlik duyguları yaşadıklarını bildirmiştir. Gelişimsel gecikmeleri olan çocuğun yarattığı stresin, babalardan çok annelere depresyon açısından risk oluşturduğunu belirtmektedir ve bundan ötürü gelişimsel engeli olan çocuğun, babalardan çok annelerin ruh sağlığına daha büyük etki yapmaktadır demiştir (Akt. Güneş, 2005: 54, "Kazak ve Marvin, 1984").

Aile içinde görevlerde ve özellikle çocuklarla ilgili sorumluluklarda ebeveynler arasındaki paylaşıma dair yapılan incelemelerde ise kadınların erkeklere oranla daha fazla stres altında oldukları görülmektedir. Baruch, Biener ve Barnett'e (1987) göre aile içinde kadınlara verilen roller incelendiğinde, bu roller kadınları stres yaşamaya daha yatkın bir hale getirmektedir ve aile rolleriyle ilişkili olarak kadınların, geleneksel kadın rolleri çerçevesinde ev ve çocukların bakımına yönelik sorumlulukları, eşlerine kıyasla daha fazladır (Akt. Duygun, 2003: 38, "Baruch, Biener ve Barnett, 1987").

Farklı ve zor bir çocuğa sahip olmanın verdiği duygusal kırılma, hayal kırıklığı ve şaşkınlık durumlarının yanı sıra bu anneler, toplumsal yanlış anlaşılma, bilgi eksiklikleri ve suçlamalarla karşı karşıya kalabilmekte, aile içindeki yakınları ve hatta eşlerinden bile çoğu zaman yeterli fiziksel, sosyal ve duygusal

desteği almaktan yoksun kalabilmektedirler. Dolayısıyla çoğu zaman derin yalnızlık, çaresizlik, tükenmişlik duyguları yaşamakta, yine çoğu zaman bilgi eksikliklerine bağlı suçluluk duyguları hissetmekte, geleceğe bakışlarında umutsuzluk içine düşebilmektedirler. Köroğlu (2004), genelde bütün hastalıkların gelişmesinde psikolojik etkenlerin önemli olduğuna inanır. Söz konusu bu psikojenik etkenlerin rolü, bir hastalığın başlamasında, ilerlemesinde, şiddetlenmesinde ya da alevlenmesinde olabileceği gibi, bu rol bir hastalığa yatkınlık gösterme biçiminde de kendini gösterebilir. Kronik ve ağır bir stresin birçok somatik hastalığın gelişmesinde önemli bir etken olduğu konusu üzerinde birleşilmektedir, demektedir (Köroğlu, 2004: 493).

Bu noktada somatizasyonun otistik çocuk annelerinde ki varlığı ve eğer var ise bu semptomun düzeyinin ne olduğu araştırmacının ilgisini çekmiştir. Yüksel (2001), somatizasyon bilinçli veya biliçdışı olarak bedensel belirtileri psikolojik kazanç için kullanma eğilimini ifade eder demektedir. Ayrıca, bu grup hastalıklarda tanı koyabilmek için bu belirtileri açıklayacak bir fizyolojik düzenek veya fiziksel hastalığın olmaması gereklidir, kökeninin psikolojik olduğu konusunda güçlü kanıtlar olmalıdır, demektedir (Yüksel, 2001: 320).

Bu karamsar duyguların otistik çocuk annelerinin benlik saygılarına etkisi de araştırmacı için merak konusu olmuştur. Güneş (2005) düşük benlik saygısının otistik çocuk annelerinde gözlemlendiğini bildirmektedir (Güneş, 2005: 55). Torucu'ya (1990) göre düşük benlik saygısına sahip bireyler, kendilerini değersiz ve yetersiz görürler, olaylarla başa çıkma güçlerinin olmadığını düşünürler, çevreden çabuk etkilenirler, inanç ve tutumlarını kolayca değıştirirler. Günlük yaşamda karşılaştıkları streslerle başa çıkmada güçlük çekerler ve bu duygularını kontrol etmekten uzaktırlar. Kendilerine ve çevrelerindeki kişilere güven duymazlar, insan ilişkilerinde yetersizlik gösterirler, incinme kaygısıyla yakın ilişkiye girmezler, sevgi ve dostluk ilişkilerinden kaçınırlar. Ayrıca yetersiz benlik saygısının aşırı katı bir bakış açısına, otorite bağımlılığına, içe kapanık ve pasif davranışlara, kaygıya, depresyona, saldırgan davranışlara ve suç işlemeye eğilimli bir kişilik yapısına yol açabildiği araştırmalar tarafından ortaya konmaktadır (Torucu, 1990).

Problem

Otistik çocuklar ve ailelerinin yaşadıkları süreçlere dair birçok araştırma yapılmıştır ve yapılmaktadır ancak bu ailelerin ve özellikle otistik çocuk annelerine

dair literatürde hala boşluklar bulunmaktadır. Bu tez çalışmasında, "otistik çocuk annelerinde benlik saygısı düzeyleri ile somatizasyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?" sorusuna yanıt aranmaktadır. Bu soruya yanıt aranırken, sağlıklı çocuk annelerinden oluşan kontrol grubu ile otistik çocuk annelerinden oluşan denek grubunu karşılaştırma olanağı sağlanmış ve alt problemlere yanıt aranmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri; benlik saygısı ve somatizasyon düzeyleridir. Bağımsız değişkenler ise; annelerin sağlıklı çocuk annesi veya otistik çocuk annesi olma durumlarıdır. Dolayısıyla; araştırmaya katılan annelerin, sahip oldukları çocukların sağlıklı ya da otistik olma durumunun, onların benlik saygısı ve somatizasyon düzeyleri üzerindeki etkisini araştırmak amaçlanmıştır. Ayrıca araştırmada kullanılan SCL 90R ölçeğinin somatizasyon alt ölçeği dışındaki diğer alt ölçeklerinden (obsesif- kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, öfke- düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek skala) elde edilen puanlar da, araştırmanın sonuçlarını destekler şekilde olabileceği düşüncesiyle incelenmiştir. Kontrol değişkenler ise; yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çocuk sayısı, eş desteği, tıbbi rahatsızlık ve herhangi bir işte çalışıp çalışmama durumu ile SCL 90 R ölçeğinin somatizasyon dışındaki alt ölçekleri olan: olarak belirlenmiştir.

Alt Problemler

Araştırmanın problem cümlesinde genel çerçevesi çizilen problem durumuna aşağıdaki sorularla cevap aranmaktadır.

1.2.1. Otistik çocuk annelerinde benlik saygısı düzeyleri düştükçe somatizasyon düzeyleri artmakta mıdır?

1.2.2. Otistik çocuk annelerinde benlik saygısı ve somatizasyon düzeyleri yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

1.2.3. Otistik çocuk annelerinde benlik saygısı ve somatizasyon düzeyleri eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

1.2.4. Otistik çocuk annelerinde benlik saygısı ve somatizasyon düzeyleri çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

1.2.5. Otistik çocuk annelerinde benlik saygısı ve somatizasyon düzeyleri çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

1.2.6. Otistik çocuk annelerinde benlik saygısı ve somatizasyon düzeyleri tedavi görülen tıbbi rahatsızlık değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

1.2.7. Otistik çocuk annelerinde benlik saygısı ve somatizasyon düzeyleri gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

1.2.8. Otistik çocuk annelerinde benlik saygısı ve somatizasyon düzeyleri eş desteği değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

1.2.9. Otistik çocuk annelerinin benlik saygısı düzeyleri sağlıklı çocuk annelerine oranla anlamlı düzeyde düşük müdür?

1.2.10. Otistik çocuk annelerinin somatizasyon düzeyleri sağlıklı çocuk annelerine oranla anlamlı düzeyde yüksek midir?

1.2.11. Otistik çocuk annelerinde benlik saygısı ve somatizasyon düzeyleri SCL 90R ölçeği alt ölçeklerine (obsesif- kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek skala) göre, anlamlı farklılıklar göstermekte midir?

Amaç

Bu araştırmada, otistik çocuk annelerinde benlik saygısı ve somatizasyon düzeyleri ile bu değişkenler arasındaki ilişkiler incelenecektir. Bu çalışma, ortaya konacak verilerin, otistik çocuk ailelerine ve özellikle otistik çocuk annelerine dair geliştirilebilecek psikolojik destek yaklaşımlarına bir katkı sağlayabileceği düşünülmüş olarak planlanmıştır.

Araştırmanın Önemi

Otistik çocuklar ve anneleri ile bu annelerin yaşadıkları psikolojik güçlükler araştırılmaya değer konular olarak görülmektedir. Literatürde bu alanda halen eksikler olduğu görülmektedir, ayrıca yeni bulguların da otistik çocuk annelerinin rehabilitesine fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Schilling ve arkadaşları (1985), otistik çocuğun gelişimindeki gelişmelerin, bakımı için çok fazla zaman ve çaba harcayan annenin yaşam doyumsuzluğuna ve depresyonuna yol açtığını bildirmişlerdir. Wolf ve arkadaşları da, otistik çocuğu olan anne babaların (özellikle

annelerin) hissettiği bu umutsuzluk duygularının ve depresyonun sosyal destek varolduğunda azaldığını gözlemişlerdir (Güneş, 2005: 55).

Bu araştırma konusunu belirlemede en önemli amaçlardan biri, otistik çocuk annelerinde görülen bazı psikolojik belirtilerin ve bunların annelerin ruh sağlıkları üzerindeki etkilerinin, kişisel gözlemlerden öteye geçerek, daha bilimsel bir yaklaşımla tespit edilmesi isteğidir. Daha önce yapılan çalışmalar da isteği bazı yönlerden desteklemektedir. Fisman ve arkadaşları (1991), engellilik durumunun doğası ve derecesi, aile işlevinin tek belirleyicisi olmamasına rağmen, yaygın gelişimsel bozukluğu otistik olan bir çocuğun varlığının, aile üyelerine anlamlı bir etki yaptığını belirtmişlerdir. Özellikle annelerin depresyon açısından büyük bir risk altında olduğunu bulmuşlardır. Annelerin yaşadıkları depresyon onların anne ve eş rollerini de etkilemektedir. Otistik çocuğun engelinin belirsizliği, diğer açık fiziksel problemi olan diğer engel durumlarına benzememesi ve tanıdaki gecikme, annenin, annelik rolüne ilişkin yeterliliği hakkında şüphelere yol açmaktadır demektirler (Güneş, 2005: 54).

Otistik çocukların birey olmayı öğrenmelerinde, otistik çocuk annelerine eğitim alıp ilerlemelerinde, topluma kazandırılmalarında, rehabilitasyonlarında önemli görev ve sorumluluklar düşebilmektedir. Fishman (1989), bir annenin depresyonu ile anne-çocuk ilişkisi arasında karşılıklı bir etki vardır. Bu etki anne çocuk problemleri arasındaki önemli bir öge olarak kabul edilmektedir. Yani, bir annenin özgüveni, hem kendini hem de çocuğunu etkilemektedir, demektir (Akt. Güneş, 2005: 55, "Fishman, 1989").

Bu tez çalışması ile ortaya çıkacak olan sağlıklı sonuçların, otistik çocuk annelerinin daha iyi anlaşılmasında, onlara yeterli ve doğru desteğin verilmesinde, doğru psikolojik destek programlarının oluşturulmasında fayda sağlaması beklenmektedir. Annelerin ruh sağlığına yönelik bu iyileştirici sonuçların da, otistik çocukların rehabilitasyonuna, annelerinin yaptığı katkıyı ve annelerin çocukları üzerindeki her türlü etkisini pozitif yönde etkilemesi beklenmektedir.

Araştırmanın Sayıtları

Araştırmanın örneklemini oluşturan otistik çocuk ve sağlıklı çocuk annelerinin uygulanan ölçekleri dürüstlikle şekilde cevaplandırdıkları varsayılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin araştırmanın değişkenlerini ölçmede ve

değerlendirmede uygun olduğu varsayılmıştır. Araştırmanın örneklemini oluşturan otistik çocuk ve sağlıklı çocuk annelerinin evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın denek grubu otistik çocuk annelerinden oluşmaktadır, otistik çocuk annelerine İstanbul ili sınırları içerisinde bulunan çeşitli rehabilitasyon merkezleri ve otistik çocuk okulları aracılığıyla ulaşılmıştır. Kontrol grubu engelli çocuğu olmayan sağlıklı çocuk annelerinden oluşmaktadır, sağlıklı çocuk anneleri sosyoekonomik düzeyleri, eğitim düzeyleri gibi önemli değişkenlerin denek grubu ile denkliği gözetilerek yine İstanbul ili sınırları içerisinde seçilmiştir. Denek grubu ve örneklem grubunu oluşturan annelerin benlik saygılarını ve somatizasyon düzeylerini etkileyebilecek herhangi bir psikiyatrik rahatsızlıklarının bulunması dışlayıcı bir faktör olarak kabul edilmiştir.

Tanımlar

Otizm: Algı bozukluğuna neden olan organik bir hasardır. Yunanca "Autos" anlamına gelmektedir. Değişik biçimde algılama, algıların beyinde farklı yorumlanması davranışlarda farklılık doğurur, buna otizm denir. Bir başka deyişle: sosyal iletişim oluşmasını etkileyen bir gelişim bozukluğudur (Güneş, 2005: 12).

Benlik Saygısı: Benlik saygısı, kendini kabul duygusu, kişinin kendi benliğine yönelik bir kişisel hoşlanma ve kişinin kendine yönelik öznel saygısının bir biçimi olarak tanımlanabilir (Morganett, 2005: 119).

Somatizasyon: Birkaç yıllık bir dönem içinde ortaya çıkan, tedavi arayışlarıyla yada toplumsal, mesleki yada önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulma ile sonuçlanan ve 30 yaşından önce başlayan çok sayıda fizik yakınma öyküsünün olması (Koroğlu, 2005: 211).

BÖLÜM I

KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Bu bölümde otizm, benlik saygısı ve somatizasyon bozukluğu ile ilgili kuramsal bilgiler ve araştırmalar yer almaktadır.

1.1. OTİZM

1.1.1. Otizmin Tanımı

Otizm üç yaşından önce başlayan ve kendini özellikle sosyal alanda ve iletişim alanındaki bozukluklarla gösteren, davranışlarda sınırlılıklara yol açan ve çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkileyen nöropsikolojik bir rahatsızlık olarak bilinmektedir. Özbey' e (2005) göre otizm, çeşitli nedenlere bağlı olarak çocukluğun ilk üç yılı içinde iletişim ve sosyal beceri yetersizliği ile sınırlı ilgi, takıntılı ve tekrarlayıcı davranışlarla ortaya çıkan, ileri derecede ve karmaşık bir gelişimsel bozukluktur (Özbey, 2005: 13).

Fazlıoğlu ve Yurdakul (2005) otizmi; yaşam boyu süren sosyalleşme, dil, iletişim ve diğer birçok etkinlik ve ilgi alanını etkileyen yüksek kortikal işlevlerle bağlantılı olarak davranış belirtileriyle tanımlanan bir bozukluk olarak tanımlar ve klinik belirtilerin şiddetinin, bireyden bireye değişiklik göstermesi nedeniyle otistik yelpaze (spektrum) içinde en hafiften en ağıra kadar değişik şiddette otistik davranış özellikleri görülebilir, demektedirler (Fazlıoğlu ve Yurdakul 2005:16).

Literatürde organik bir algı bozukluğu olarak da geçmektedir. Güneş (2005) otizmi; algı bozukluğuna neden olan organik bir hasar olarak tanımlamıştır. Yunanca

“Autos” anlamına gelmektedir. Değişik biçimde algılama, algıların beyinde farklı yorumlanması davranışlarda farklılık doğurur, buna otizm denir.

Bir başka deyişle: sosyal iletişim oluşmasını etkileyen bir gelişim bozukluğudur (Güneş, 2005: 13).

Otizm, Leo Kanner tarafından “Erken Çocukluk Otizmi” olarak adlandırılmış ve aşağıdaki özellikler doğrultusunda tanımlanmıştır. Kanner 1943’teki yayınında otizmi ruhsal bir bozukluk olarak ele almıştır. Sosyal ve duygusal olarak normal olmayan otistiklerin, dil ve tanımlama becerileri geliştiği halde, bu alanda yoğun içe çekilmeye bağlı bozukluklar gösterdiğini öne sürmüştü ve biyolojik yatkınlıktan da söz etmiştir. Ancak bozukluğun ruhsal yönü daha fazla vurgulanmış ve anne baba tutumlarındaki uzak, soğuk ve aşırı denetleyici özelliklerin hastalığın seyrini ağırlaştırdığına inanılmıştır (Özusta, 1999: 259).

Kanner’a göre otistik çocuklar;

- Kendine yöneltilen sözel ifadeleri sıklıkla aynı şekilde tekrar eden, “ben” yerine “sen” gibi şahıs zamirlerini ters kullanan, ekolalisi(söylenen sözleri aynı ses tonu ve vurguyla tekrar etme) ve gecikmiş dil gelişimi olan,
- Çok iyi bir belleğe sahip olan,
- Kendiliğinden başlattığı davranışları sınırlı oranda bulunan,
- Stereotip (aynı şekilde tekrarlanan bir seri hareket dizisi) hareketleri bulunan ya da belli hareketlere aşırı bağlılık gösteren,
- Aynılığı koruma isteği olan,
- İnsanlarla ilişki kurmada zorluk çeken,
- Cansız nesne veya resimleri tercih eden, çocuklardır (Darıca vd, 2005: 17).

Avusturyalı psikiyatr Asperger de Kanner’la aynı zamanlarda otizme ilişkin bir tanım ortaya koymuştur, Asperger’in tanımı bir grup yetişkinde gördüğü normal dışı davranış özelliklerine dayanır. Bu yetişkinleri sosyal ilişkileri tuhaf, empati yeteneğinden yoksun, çok az sözsüz iletişim kurabilen, konuşmaları dilbilgisi kurallarına uygun fakat tonlamaları olağandışı, aktiviteleri tekrar tekrar yapan, rutinlerin değişmesini sevmeyen, özel ilgi alanları olan, ezber hafızaları iyi fakat soyut fikirleri anlama güçlüğü çeken ve sakarlık gösteren kişiler olarak tanımlamıştır

ve Asperger bu grubun davranışlarına "otistik psikopati (otistik kişilik bozukluğu) adını vermiştir (Turan, 2000: 90).

Korkmaz'a (2003) göre, otistik kişileri tanımlamak için kullanılan birçok davranış özellikleri vardır. Genellikle hiçbir otistikte bu özelliklerin tamamı bulunmaz ve sıklıkla hepsi aynı anda görülmez (Korkmaz, 2003: 82).

Otizm tanısı almış çocuklar yaşitlarından farklı ve yaşitlarından oldukça zorlu bir gelişim süreci geçirirler. Fiziksel gelişimlerinin normal veya normale yakın olmasına karşın, sosyal alanda, dil gelişimi ve iletişim alanlarında, emosyonel ve davranışsal alanda bütünsellik göstermeyen bir gelişim süreçleri vardır. Otistik bebekler tutulmayı ya da kucaklanmayı reddederek ana babalarının duygulanımlarına yanıt vermezler, kaldırıldıklarında normal bebeklerin –ve ana babalarının- hoşlandıkları ilişkiyi en aza indirmek için arkalarını dönerler (Türk Psikologlar Derneği [TPD], 2004: 458).

DSM – IV' de otistik bozukluğun tanı ölçütleri şunlardır;

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 (sosyal) etkileşimde niteliksel bozulma:

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

(2) aşağıdakilerden en az birinin varlığı ile kendini gösteren iletişimde niteliksel bozulma:

- a. konuşulan dilin gelişiminde gecikme olması ya da hiç gelişmemiş olması (Buna, el, kol ya da yüz hareketleri gibi iletişim yolları ile bunun yerini tutma girişimi eşlik etmektedir.)
- b. konuşması yeterli olan kişilerde, başkaları ile söyleşiyi 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 oynayamama

(3) aşağıdakilerden en az birinin varlığı ile kendini gösteren davranış, ilgi ve etkinliklerde sınırlı, basmakalıp ve yineleyici örüntülerin olması:

- a. ilgilenme düzeyi ya da üzerinde odaklanma açısından olağan dışı bir ya da birden fazla basmakalıp ya da 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 (örneğin; parmak şaklatma, el çırpma ya da burma ya da karmaşık tüm vücut hareketleri)
- d. eşyaların parçaları ile sürekli uğraşıp durma

B. Aşağıdaki alanlardan en az birinde, 3 yaşından önce gecikmelerin ya da olağan dışı bir işlevselliğin olması:

1. Toplumsal Etkileşim
2. Toplumsal iletişimde kullanılan dil
3. Sembolik ya da imgesel oyun

C. Bu bozukluk Rett bozukluğu ya da çocukluğun dezintegratif bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz (Koroğlu, 2005: 50–52).

1.1.2. Otizmin Görülme Sıklığı (Prevalans)

Günümüzde otizmin görülme sıklığı ile ilgili olarak yapılan çalışmalar, otizmin hiç de küçümsenmeyecek bir oranda yaygın olduğunu bizlere göstermektedir. İlk araştırmalar sonucunda otizmin görülme oranı 10.000'de 5 olarak belirlenmiştir.

Bunun yanında, 1986 yılına gelindiğinde Lorna Wing ve Ulusal Otistik Çocuklar ve Yetişkinler Derneği'nin üzerinde birleştiği vaka oranı 10.000'de 15 olarak açıklanmaktadır. Tahmini vaka sayısındaki bu üç kat artış, büyük oranda Kanner'in belirlediği tanım kriterlerinin genişletilmesinden ve otizmin anlaşılması konusundaki yeni gelişmelerden kaynaklanmaktadır. Otizmin görülme sıklığı, klasik durumlar için 10.000'de 4-5 ile 10.000'de 17 arasında değişmektedir. Bu rakamlar literatürdeki alıntılardan ve önceki tahminlerden yüksektir. Bazı araştırmacılar ise, otizm spektrum bozukluklarının tümü için görülme oranını 10.000'de 23 olarak bulmuşlardır. Bu konu ile ilgili Türkiye'de yapılmış herhangi bir çalışma göze çarpmamaktadır. Cinsiyete göre dağılıma bakıldığında ise otistik bozukluğun görülme oranının, erkeklerde kızlardan 3-5 kat daha fazla olduğu ileri sürülmüştür. Son araştırmalar ışığında otizmin sosyoekonomik düzeyle ilişkisinin olmadığı da söylenebilir (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005: 16-17).

1.1.3. Otizme Neden Olan Faktörler

Otizmin nedenleri hala tam olarak bilinmemektedir. Ancak yapılan bilimsel çalışmalar otizmin nedenlerine dair farklı bulgular ortaya koymaktadır ve otizmin nedenleri genelde çok sebepli yaklaşımlarla açıklanmaya çalışılmaktadır. Otizme yol açan pek çok genetik ve nörolojik hastalığın incelenmesinin yanı sıra, otistikler de yapılan fonksiyonel beyin görüntülemesi, nörofizyoloji, nöropsikoloji ve biyokimyasal araştırmalarla toplanan pek çok veriye dayanarak otizme özgü davranışların tek bir nedeni olmadığı anlaşılmıştır (Korkmaz, 2005:12).

Otizmin tanımlanmasından bu yana, otizmi açıklamayı amaçlayan çok sayıda teori vardır. Bu konuda öne sürülen teorileri, Darıca, Abidoğlu ve Gümüştü (2005), Psikojenik, Davranışsal, Organik ve Kavramsal olmak üzere dört grupta toplamışlardır.

1.1.3.1. Psikojenik Teori

Bazı gözlemciler otistik çocukların, içe kapanma ve sosyal olmayan davranışlarda bulunmalarındaki ana nedenin, duygusal etkenler ve yetiştirme biçimi olduğunu ileri sürmektedirler. Psikojenik teoriye göre otizm; özellikle anne-çocuk ilişkisinde, soğuk reddedici olarak algılanan davranışlarla çocuğun karşılaşması sonucunda ortaya çıkan, psikolojik bir geri çekilme davranışı olarak ileri sürülmektedir. Bu görüş, Bruno Bettelheim'in (1967) teorisi olarak anılmaktadır.

1950 ve 1960'lı yıllarda geçerliliğini koruyan bu görüş soğuk, reddedici ve çocuklarıyla iletişim kuramayan orta sınıf düzeyindeki annelerin çocuklarının genellikle otistik özellikler gösterdiğini, sıklıkla da içe kapanık olduklarını ve sosyal ilişkide yetersiz kaldıklarını savunmaktadır (Darıca vd, 2005: 26).

1.1.3.2. Davranışsal Teori

Davranışsal teoriyi savunanlar; otizmin ödül ve ceza sistemleriyle pekiştirilen ve bir seri tesadüfî olasılıklarla şekillendirilmiş, öğrenilmiş davranış grupları olduğunu ileri sürmektedirler. Bu görüşe göre otizm, çocuğun içinde bulunduğu ortamda, çevresiyle ilişki kurma yoluyla öğrendiği bir takım atipik ve özel davranışlar bütünüdür. Davranışsal teori; otizmi anne-baba-çocuk ilişkisini sınırlamaksızın, Psikojenik teoriden daha kapsamlı olarak ele almaktadır. Ancak bunu daha çok ortamın, gelişmekte olan çocuğa sağladığı olumlu ya da olumsuz sonuçları açısından değerlendirmektedir. Otistik çocukların ortaya koydukları birçok davranış, bu teoriye göre öğrenilmiş davranışlardır. Ancak bu davranışların çevreyle ilişkisi çoğu otistik çocuğun vaka hikâyesinde yoktur. Bu vaka hikâyelerinin incelenmesinde; aile-çocuk ilişkisinin gözlenmesi ve otistik davranışın ne kadar erken ortaya çıktığının belirlenmesiyle birlikte, otistik çocuğun çevresinden aldığı uyarıların şeklinin ve karşılaştıkları olayların, normal çocukların karşılaştıkları olaylardan çok farklı olmamasına karşın, bu olaylara verdikleri tepkilerin normal çocuklardan çok daha farklı olduğunu öne süren ayrı bir görüş ortaya çıkmaktadır. Genelde bu görüşü savunan teoristler, otistik çocuğun kendi kendine doğal olarak normal çevreden bazı bilgi ve becerileri öğrenmesini olanaksız kılan, özre bağlı bir yetersizliğin söz konusu olduğunu ileri sürmektedir (Darıca vd, 2005: 28).

1.1.3.3. Organik Teori

Son on yıldır, otizmin biyolojik bir kaynağının olduğu kesinlik kazanmakta ve beyindeki bazı yapısal anomalilerin otizme neden olduğu kabul edilmektedir. Bu konuda yapılan son araştırmalar, cerebellumun (beyincik) gelişmesi ile ilgili bir bozukluk olduğu üzerinde durmakta ve teknolojinin gelişmesine bağlı olarak, ilerde beyin yapısının daha ayrıntılı inceleneceği düşünülmektedir. Otizmin organik bir neden bağlı olarak beynin bazı fonksiyonlarını yerine getirmemesi sonucu ortaya çıktığını öne süren bu teori, günümüzde oldukça benimsenmektedir. Teori, otistik çocuğun gösterdiği öğrenme, dikkat ve algı süreçleri ile ilgili yetersizliği kapsamaktadır. Bu görüş aynı zamanda, otistik çocuktaki belirli fiziksel ve

biyokimyasal farklılığı vurgulayan verilerle de doğrulanmaktadır (Darıca vd, 2005: 29).

Otizmin ortaya çıkma riskini arttırmada, doğum öncesi ve sonrası oluşan biyolojik yönden yeterince gelişmemem ve özellikle hamileliğin ilk üç ayında, olumsuz etkileri olan bazı durumlarda etken olabilmektedir. Bunun yanı sıra, genetik yönden yapılan incelemelerde; otistik çocuklar ve ailelerinin kanında normalden farklı bulgulara rastlanmaktadır. Genetik çalışma sonuçları, otizmin çift yumurta ikizlerinden çok, tek yumurta ikizlerinde belirgin olarak ortaya çıktığını göstermektedir. Yapılan araştırmalar, otizmin ikizlerde görülme oranının %50 daha fazla olduğu yönündedir (Darıca vd, 2005: 29).

1.1.3.4. Kavramsal Teori

Yaratıcılık, taklit etme, hayal gücüne dayalı oyunlar oynayabilme gibi becerileri kolaylıkla yapabilen normal çocukların tersine, otistik çocukların iç ve dış dünyada gelişen olaylar arasında ilişki kurabilme, tahmin yapabilme becerisinden yoksun oldukları görülmektedir. Bu durum, otistik çocukların, diğer insanların hareketlerini yönlendiren inançları, istekleri ve eğilimleri olabileceğini anlamalarındaki yetersizlikten kaynaklanmakta ve böyle bir bilgi dağarcığı olmaksızın da sosyal ilişkilerini geliştirmeleri oldukça zor olmaktadır (Darıca vd, 2005: 30).

1.1.3.5. Nörolojik Faktörler

Fazlıoğlu ve Yurdakul (2005), otizmin nörolojik sebeplerine ilişkin bilgileri derledikleri çalışmalarında çeşitli araştırma sonuçlarına değinmişlerdir. Nöropsikoloji ve nörolojik görüntüleme araştırmalarında sıklıkla frontal, parietal, temporal (özellikle sol taraf) alanlarda, serebellumda, corpus collosumda bozukluklara veya ventriküllerin seyrek de olsa genişlemelerine rastlanmaktadır (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005: 23).

Çocukluk çağında, normalde apoptosis adı verilen nöronların fizyolojik ölümü gerçekleşir. Otizmde bu olay çoğu kez beklendiği hızda olmaz. Bu nedenle, otizmliler çocuklarının bir kısmının bazı bölgelerinde (özellikle frontal bölge ve serebellumda) gereğinden fazla hücre birikebilir. Ancak bir süre sonra bu hücrelerde yeniden kayıplar başlar. Buralardaki sinir hücreleri daha küçük olabilir, ancak sayısal olarak fazla ve aşırı sinaptik bağlantı (sinir hücrelerinin birbirleriyle olan bağlantıları)

olmasına rağmen bilgi akışı nörondan nörona yeterli değildir. Çünkü nöronların metabolizması beklendiği gibi değildir. Özet olarak, doğum öncesi yaşamdan başlayarak beynin gelişmesini henüz tamamlayamamış olmasından söz edilebilir. Sonuç olarak serebellum, frontal lob, limbik sistem (hipocampus, amigdala, singulat girus ve yakın komşuları olan bazı küçük yapılar) de patoloji daha fazladır. Deney hayvanları üzerinde yapılan çalışmalarda, bu bölgelerde hasar olduğu zaman, otizmli kişilerdekilere oldukça benzeyen davranış ve bellek değişiklikleri izlenmiştir (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005: 23–24).

Parietal lob, otizmde sıklıkla yetersiz bulunur. Bu yetersizliğe bağlı olarak hareketin becerili olması, mekânı bütünü ile görüp algılama, spatial (uzamsal) değerlendirme, ayırt edici duyu, dokunmayı algılama gibi birçok sorun ortaya çıkmaktadır. Otizmlilerde ciddi zihinsel engel yoksa genel olarak bellek normaldir (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005: 24).

Temporal bölge, frontal bölge gibi beynin ilkel birimleri ile (limbik sistem) sıkı ilişki içerisindedir. Temporal bölgede bulunan işitme alanlarının, beynin başka bölgeleri ile ilişkilerinin artırılması gerektiği, eğitimciler tarafından öne sürülmüştür. Bu konuda da dünyada geniş ticari bir müzik eğitim ağı kurulmuştur. Otizmlilerin bazı seslere olan ilgilerinden yola çıkarak imgeler kurmaları sağlanmaktadır. Bu imgelerin işitme ile birlikte görsel olarak da desteklenmesi gerekmektedir (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005: 24–25).

Otizmdeki kas tonusunda azalma, beyin korteksi ile çok yoğun ilişki içinde olan serebellum bozukluğu ile ilgili olabilir. Serebellum, beden denge, kasların düzenli hareketi, bazı bilişsel işlevler ile ilgilidir. Zamanlama ile ilgili işlevleri olduğu da ileri sürülmektedir. Otizmlilerde serebellumun bazı hücrelerin hasar görüp bazılarının sağlam kalmasının nedenleri araştırılmaktadır. MR ve diğer görüntüleme çalışmalarında, otizmli çocukların ortalama %12'sinin normal çocuklara göre daha küçük olduğu saptanmıştır. Özellikle vermis %12 daha küçüktür. Otizmlilerde görülen kas gevşekliği ve bazen de dengesizlik varmış gibi fark edilen durumun nedeni, iç kulaktaki denge merkezleri ile beyincikte veya aralarındaki birleştirici yollarda oluşan bozukluklar ile açıklanabilir. Otizmli çocuklarda motor planlama yetersizlikleri ve belirgin hareket bozuklukları vardır. Bazı otizmli çocuklar tırmanma, tek ayak üzerinde durma zorlukları ve beceri güçlükleri görülür (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005: 25).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, bazı otizmlilerde corpus collosumun özellikle arka tarafında yapısal bozukluklar bulunmuştur. Corpus collosumun yapısal bozukluğu, bir beyin yarı küresindeki işlemlerin diğer yarı küreye aktarılmasında sorun olduğu anlamına gelir. Arka taraftaki yapısal bozukluk, gördüğünü algılamak ve anlamlandırmakta sorun olabileceği anlamına gelebilir (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005: 25).

1.1.4. Otizmde Duyusal Özellikler

Darıca, Abidoğlu ve Gümüşçü otizmde görülen duyuşsal özellikleri bazı başlıklar altında toplamışlardır:

1.1.4.1. İşitsel Uyarılara Karşı Tepkileri

Seslere karşı çok değişik tepkiler gösteren otistik çocukların, erken çocukluk döneminde bazı seslere hiçbir tepki vermemesi birçok anne babayı, çocuğunda işitme problemi olduğu düşüncesine yöneltmektedir. Yapılan işitsel testlerin sonuçları; bu çocukların işitmelerinde organik olarak bir problemin olmadığını ancak otistik çocukların çevrelerindeki uyarılara çok açık olmamaları nedeniyle tepkisiz kaldıklarını göstermektedir (Darıca vd, 2005: 36).

1.1.4.2. Görsel Uyarılara Karşı Tepkileri

Otistik çocukların insan yüzüne ve çevrelerindeki birçok nesneye bakmamalarına karşın, hareket eden, dönen ya da parlak olan bazı nesnelere çok uzun süre bakabildikleri, bazılarının zaman zaman ışıktan rahatsız oldukları hatta karanlık bir odada daha rahat ettikleri görülebilmektedir. Bazen ışıkla karşılaştığında kulaklarını, yüksek bir ses duyduğunda gözlerini kapatan otistik çocuklar olduğu da belirtilmektedir (Darıca vd, 2005: 37).

1.1.4.3. Acı - Sıcak- Soğuğa Karşı Tepkileri

Bu tepkiler bazı çocuklarda acıyı-sıcağı-soğuğu fark etmeme şeklinde ortaya çıkarken, bazılarında soğuk suyla ellerini yıkarken ağlama, eline bir toplu iğne battığı zaman çığlık atma gibi aşırı duyarlılıklar şeklinde de görülebilmektedir (Darıca vd, 2005: 37).

1.1.4.4. Dokunulmaya Karşı Tepkileri

Normal bir bebek ilk üç ayda annesi onunla konuşurken ona gülümser, bazı sesler çıkarır. Daha sonraki aylarda ise, kucağa alınmak için kollarını kaldırır. İnsanlarla ilişki kurmaktan hoşlanır. Herhangi bir kimse tarafından dokunulmaya, kucağa alınmaya tepki gösteren otistik çocuklar ise, fiziksel teması reddetmekte ve çevreleriyle ilişki kurmaktan kaçınmaktadırlar. Otistik çocukların çevrelerindeki duyuusal uyarılara çok farklı tepkiler vermelerine karşın, yeni bir nesneyi tanımada genellikle koklama, dokunma duyularını kullandıkları görülmektedir. Hiç tanımadıkları bir nesneyi, parmaklarını üzerinde gezdirerek dokunma, koklama, zaman zaman da ağzına alma ve yalama şeklinde keşfetmeye çalıştıkları gözlenmektedir (Darıca vd, 2005: 38).

Yukarıda belirtilen duyuusal uyarılara olumsuz tepkilerin görüldüğü 2-5 yaş döneminde; beslenme ve uyku problemleri de yoğun bir şekilde gözlenmektedir. Beslenme ile ilgili olarak; otistik çocukların genellikle katı yiyecekleri reddettikleri, bazılarının ise sürekli püre haline getirilmiş yiyecekleri yedikleri, bu yüzden de çiğneme kaslarını kontrol etmekte güçlük çektikleri görülebilmektedir. Yine aileler tarafından, çocuklarında değişik yemek yeme alışkanlıklarının olduğu, sıklıkla yiyecek seçimi yaptıkları da belirtilmektedir. Normal çocukların %6'sında beslenme ile ilgili problemler görülürken, otistik çocuklarda bu oran %21 olabilmektedir. Bunun yanı sıra, otistik bebeklerin %9'unun hiçbir normal bebekle kıyaslanamayacak ölçüde "çok iştahlı" olduğu da belirtilmektedir(Darıca vd, 2005: 38).

Otistik çocukların uyku problemlerine bakıldığında; bu çocukların sürekli ağlayan, susturulması kolay olmayan bebekler olduğuna, ağlamaların ve bağırımların gece-gündüz aralıksız olarak devam ettiğine dikkat çekilmektedir. Yapılan araştırmalar otistik çocuklarda gözlenen uyku problemlerinin, normal çocuklara kıyasla, iki kat daha fazla olduğunu göstermektedir (Darıca vd, 2005: 38).

1.1.5. Otizmde Zihinsel Gelişim Özellikleri

Bir sendrom olarak içinde birbirinden farklı pek çok alt grup bozukluk taşıdığına inanılan otizmde, halen en fazla kabul gören başlıca ayırım; zeka düzeyine göre yapılan gruplamadır. Zekâsı normal veya yüksek olan otistiklerin nörobiyolojik açıdan ayrı bir grubu temsil ettiği ve daha iyi gidişli olduğu düşünülmektedir (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005: 36).

Otizmin ilk tanımlandığı yıllarda, otistik çocukların çok zeki olduklarına ancak bu zekânın problem davranışlarla maskelendiğine inanılıyordu. Otizmlî çocukların zihinsel gelişimleri üzerine yapılan çalışmalarda bu çocuklar, zihinsel performansları yönünden iki alt gruba ayrılmışlardır. Zihinsel becerileri normal olanlar yüksek fonksiyonlular olarak, zihinsel olarak yetersiz görülenler ise düşük fonksiyonlular olarak tanımlanmıştır. Otizmlî çocuklar ile ilgili olarak yapılan araştırmalar, bu çocukların %40'ının 40–50 IQ (orta ve derin mental retardasyon), %30'unun 50–70 IQ (hafif MR) ve %30'unun da 70 ve daha fazla IQ skoruna sahip olduğunu vurgulamaktadır (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005: 36).

Otizmlî çocukların en şaşırtıcı özellikleri, birçok alanda sınırlı becerileri olmasına karşın, bazı alanlarda özel becerilere sahip olabilmeleridir. Bazı otizmlî çocuklar konuşamayabilirler. Ancak şarkı söyleyebilir ya da iyi enstrüman çalabilirler. Müziğe karşı yoğun ilgileri olabilir. Bu nedenle otizmlî çocukların tedavilerinde müzik terapinin kullanımı hem onların rahatlamalarını hem de kendilerini ifade etmelerini kolaylaştırıcı olabilir. Bu çocuklarda müzik becerisinin yanı sıra kuvvetli hafıza yeteneklerinin olduğu da belirtilmektedir (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005: 36).

1.1.6. Otizmde Dil Gelişimi Özellikleri

Otizmlî çocuk aileleri, çocuklarının bir yaşlarının sonuna doğru konuşmaya başladığını ve sonra her nasılsa bu becerilerini kaybettiklerini anlatırlar. Sosyal öğrenme engeli olan çocukların dile ilgili problemleri yine sosyal gelişimleriyle ilgilidir. Çocuk konuştuğu dilin dilbilgisi kurallarına ve yapısına uygun bir konuşma kazanır ve hatta dil becerisi değerlendirmelerinde başarı da gösterir. Fakat konuşmaya ihtiyaç duyduğu durumlarda kullanmaz. Yani konuşma problemi doğrudan konuşmanın kullanımı ile ilgilidir. Bu yüzden otizmlî çocukların dil ve konuşmayla ilgili problemleri semantik-pragmatik bozukluk sınıflamasına girmektedir (Turan, 2000: 107).

Otizmin 2 ana semptomu konuşma, dil ve iletişim problemidir. Yaklaşık olarak otizmlî çocukların %40'ında konuşma gelişmeyebilir. Bu çocuklarda konuşma gelişse de, dilin fonksiyonel olarak kullanımı çok azdır ya da yoktur. Sesleri ve hareketleri taklit etme yetenekleri zayıftır. Nesnelere ayırt edilmesi ile ilgili güçlükler yaşayabilirler. Yetişkinler ve akranlarıyla ilişkilerde zayıflık, çevreye karşı ilgisizlik mevcuttur. Yapılan değişik çalışmalarda, otizmlî çocukların %25 ile %65'inde konuşamama (mutizm) olduğu ifade edilmiştir (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005: 37).

Bazı otizmliler çocuklar ekolalik (yankı konuşması) tarzda konuşurlar. Bu konuşma şeklinde çocuk, sözcükleri veya cümleleri duyduğu anda ya da daha sonra papağan gibi tekrar eder. Bu konuşma, sözcüklerde ve telaffuz terslikler ve zıtlıklar (tak yerine kat gibi) içerir (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005: 38).

1.1.7. Otizmde Görülen Davranış Problemleri

Otistik davranışlar gösteren çocukların pek azı sessiz ve uysaldır ve çeşitli derecelerde mücadele gerektiren davranışlar sergilerler (Turan, 2000: 96). Otistik çocukların bir kısmı, çeşitli nedenlerden dolayı öfkelenmelerinde kendilerine zarar verici davranışlarda bulunurlar; kimi elini ısırır, kimi başını sert yerlere vurur, kimi de kendini tozun, çamurun içine atar (Özbey, 2005: 218).

Çevresinde olup bitenlerin farkında olmayan ve kendini ifade edemeyen otizmliler çocuklarda bazı özel korkular görülebilir (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005: 44).

Otistik çocuklarda, bebeklik döneminden sonra daha belirgin hale gelen bazı vücut hareketleri görülmektedir. Bu davranışların başlangıç noktaları bilinmemekle birlikte, nedensiz olarak ortaya çıktığı ve kendiliğinden de sönebildiği gözlenmekte, genellikle de "kendi kendini uyarma" olarak adlandırılmaktadır (Darıca vd, 2005: 66). Otizmliler çocuklarda nesnelere bir düzene dizme, farklı renk ve şekildeki cisimleri gruplama, çeşitli anlamsız düşünceleri zihninden atamama gibi çeşitli saplantılar görülmektedir (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005: 47).

Çocukların bazı davranışları çevresinde bulunan insanları rahatsız eder. Sürekli çığlık atması, sümük ve salyasının akması, burnunu karıştırması ve cinsel isteklerde bulunması insanları rahatsız eden davranışlara örnek olarak gösterilebilir (Özbey, 2005: 219).

1.1.8. Otizmin Tedavisi

Otizmliler çocukların tedavileri için farklı yaklaşımlar vardır. Bu yaklaşımları dört ana grupta toplamak mümkündür. Bunlar; biyolojik (ilaç tedavisi, diyet tedavisi ve vitamin tedavisi), psikodinamik, duyuşsal ve davranışsal yaklaşımlardır. Otizm için her tedavi, vakada görülen eksiklikleri düzeltmeye yöneliktir (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005: 51).

Otizmin temel sorunlarına yönelik bir tedavi bulunmamaktadır. Ancak otizm yelpazesinde yer alan hastalıklarda görülen pek çok davranış sorunu ilaçlarla hafifletilebilir veya kısmen düzeltilebilir (Korkmaz, 2003: 100).

1.1.9. Otizm ve Eğitim

Otizimli çocukların eğitiminde genelde "Davranış Değişirme Modeli'ne dayalı eğitim programları kullanılmaktadır ve bu model sıklıkla operant koşullama ilkelerine dayanmaktadır. Operant koşullama; Skinner'a göre sonuçların sistematik olarak düzenlenmesi yoluyla davranışın olabilirliğini azaltma ya da artırma işlemi şeklinde tanımlanmaktadır (Darıca vd, 2005: 73).

Davranış Değişirme Modeli; çocuğun davranışlarını gözlemeyi ve olumsuz davranışlarını değiştirmeyi amaçlamaktadır. Çocuğun gereksinimi olan becerileri kazanmasını sağlamak ve davranış problemlerini mümkün olduğunca azaltmak otistik çocukların eğitiminde temel amaçtır (Darıca vd, 2005: 74).

1.1.10. Otizm ve Aile

Engelli bir çocuğa sahip olduklarını öğrenmelerine bağlı olarak, ailelerin ruhsal durumlarında bazı değişiklikler ortaya çıkmaktadır. İlk aşamada aile böyle bir çocuğu olduğunu kabul etmemekte ve çocuğun normal olduğuna ilişkin kanıtlar aramaktadır. Bu dönemde aileler, eğitimi ve tıbbi tedavileri reddedebilirler. Uzmanlara karşı kızgınlık ve tepki duyabilirler (Fazlıoğlu ve Yurdakul, 2005: 117). Otistik çocukların anne babaları, güç yaşam koşullarına sahiptirler. Otizm faktörü evlilik uyumlarına etki etmektedir (Güneş, 2005: 49). Eve bir çocuğun gelmesinin yarattığı sevinç, çocuğun özürülü olduğunun fark edilmesi ile sok duygusuna ve yoğun bir kedere dönüşür (Aksaz,1990: 24).

Bebko ve arkadaşları (1987), çeşitli engel durumları ile ilgili literatürü inceleyerek, otistik çocuğun aileye etkisinin, uyku alışkanlıkları, tuvalet sorunları, tekrarlayıcı, kendine zarar verici ve saldırgan davranışlar gibi faktörlerle ilişkili olduğunu gözlemiştir. Bu gibi güçlüklerden dolayı çocuğa bakım sağlama zorunluluğu da artmaktadır. Otistik çocuklarda da dil gelişimindeki gecikmeler, problem davranışlar, yeme ve tuvalet eğitimi ile ilgili sorunlar, ailelerin ciddi bir şekilde başa çıkma zorunluluğunu gerektirmektedir. Bu nedenle otizm, otistik çocukların

ailelerine ciddi zorluklar yükleyen önemli bir bozukluk olarak kabul edilmektedir (Güneş, 2005: 51).

Belirgin fiziksel özürlerden farklı olarak otistik çocukların fiziksel engelliler gibi görünürde olmayan özürlerine tanının geç konulması, otistik bozukluğun kesin açıklamasının olmayışı, hastalığın halk arasında yaygın olarak tanınmaması ve doğumdan bir yıl sonra ortaya çıkması, annenin ve babanın kendi anne-baba olarak yeterliliğinden kuşkuya düşmesine yol açmaktadır (Sunay, Avcı ve Seydaoğlu, 2001:183).

Wing (2005), otistik çocuğa sahip ailelerin diğer engelli çocuğa sahip ailelerden farklı yasadıklarını söyle aktarmıştır:

Otistik çocuğa sahip anne babalar tanı konulmadan önce genellikle, dünyada kendilerinkinden başka kimsenin çocuğunun böyle tuhaf davranışları olmadığını hissederler. Tanının konulması ile başkalarının da bulunduğunu öğrenince rahatlarlar. Ebeveynlerin otistik bozukluğa ilişkin bilgileri arttıkça, çocuğun ilk yıllarında yasadıkları duygusal soyutlanmışlık duyguları azalır, ama yok olmaz.

Otistik bir çocuğa bir beceri öğretmek ya da bir etkinlikten zevk almasına yardım etmek oldukça zor ve zaman isteyen bir iştir. Bu nedenle çocuğun ilerlediği her küçük adım aile için büyük bir ödüldür çünkü bu adım uzun zamandır beklenmektedir. Otistik çocuğun gereksinim duyduğu ilginin karşılanabilmesi çoğu zaman ikinci bir çocuğu bakımı açısından imkânsız kılmaktadır. Engelli, özellikle de otistik çocuklar ailenin sosyal yaşamını kısıtlar. Çocuğun davranış problemlerine göre onu dışarı, topluluk içine çıkarmak sorunlar yaratabilir. Çocukların çoğunun özürü olduğu dış görünüşünden anlaşılmadığı için çocuklar tuhaf davrandıklarında, bazı yabancılar ebeveynleri kınayabilir ve "şımartıldıklarını" varsayabilirler. Bu nedenlere bazı hassas ebeveynler çocukla gezinti yapmaktan zevk alsalar bile onu dışarı çıkarmaktan kaçınabilirler. Çoğu anne baba, özellikle ilk çocuklarında otistik bozukluk varsa, başka çocuk yapma konusunda kaygı yasarlar. Ailede başka çocuk varsa bu çocuk ile olan ilişkiler, normal kardeşin otistik kardeşle ilişkisi aile için farklı bir stres kaynağı olabilmektedir (Akt. Sencar, 2007: 30, "Wing, 2005").

Aileler, çocuklarının probleminden ötürü, çevrelerindeki en yakın bireylerin bile kendilerine yeterince anlayışlı davranmadıklarından yakınmaktadırlar. Gerçekten de otistik çocukla hiç yaşantısı olmamış bireyler çocuğun oyuncak araba ile oynamak

yerine sürekli tekerleğini döndürmesini, ritmik olarak ileri-geri sallanmasını, yiyeceği yere dökme ya da atma gibi davranışlarının olması karşısında aile bireylerinin birdenbire sakinliklerini kaybetmelerini normal karşılamayabilirler. Bu tip davranışların ara sıra ortaya çıkması önemsenmeyebilir. Ancak otistik çocuğu olan ailelerin bu davranışları sürekli kontrol etmek zorunda oldukları unutulmamalıdır (Darıca vd, 2005: 148–149).

Otistik bir çocukla yaşamının stres yaratmaması kaçınılmazdır. İletişim kuramayan bir çocuğun gereksinimleri ve istekleri ile ilgilenme, aile ortamında düzeni devam ettirmeye çalışma, tuhaf ve alışılmamış davranışlarla baş etme, tehlikeleri tanımayan çocuğu sürekli olarak denetleme ve bu arada kişisel gereksinimleri ve ailenin diğer bireylerinin gereksinimlerini tatmin etmeye çalışma, yeterince yorucu ve stres vericidir (Güneş, 2005: 51).

1.2. BENLİK SAYGISI

1.2.1. Benlik Kavramı

Benlik, bir kimsenin çeşitli özelliklerinin kendisinde bulunuş derecesi hakkındaki değerlendirmelerinin tümü, kısacası kişinin kendisini algılama biçimi olarak tanımlanmaktadır (Kuzgun, 1983:1). Onur'a (1995) göre, benlik (self) terimi bir kişinin zaman içinde herhangi bir anda bilinçli bir şekilde farkındalığı hakkında sahip olduğu fikirlerin ve tutumların özel bir bileşimi anlamına gelir (Onur, 1995: 111).

Benlik ya da öz kavramı, bireyin kendi kişiliğine ilişkin değerler ve kendi görüş tarzı olarak adlandırılabilir. Benlik; kişilik gelişim sürecinde oluşan bir kişilik boyutu olarak ele alınmaktadır (Baymur, 1984: 268). Yörükoğlu'na göre ise benlik kavramı, insanın kendi benliğini algılayış ve kavrayış biçimi olarak tanımlanır. Her insanın ulaşmak istediği bir benlik kavramı vardır. Kişi özlediği, kendine yakıştırdığı bu benlik kavramını geliştirmeye çabalar. İdeal bene yaklaştıkça mutlu olur (Yörükoğlu, 1986: 389).

Benlik, kişinin kendi kendisini bilinçli olarak nasıl tanımladığını ve değerlendirdiğini gösteren fenomenolojik bir kavramdır. Benlik kavramı aynı

zamanda kişinin sosyal çevresi ile ilişkileri sonucunda oluşan ve değişen sosyal bir kavramdır (Hortaçsu, 1991: 417–425). Kişiliğin öznel yanı olarak tanımlanabilen benlik, kişinin kendisine özgü olan bilinçli veya bilinçdışı tasarımlarıdır (Hamilton, 1993:230).

Literatürde benlik ile ilgili yayınlara bakıldığında ilk adı geçen araştırmacının William James olduğu görülür. James, benliği sosyal, maddesel ve ruhsal olmak üzere üç yönüyle ele almaktadır. Maddesel benlik, kişinin kendisine ait olan giysisi, gövdesi gibi her şeydir. Sosyal benlik, kişinin sosyal yaşam içinde taktığı birçok maddeye uygun olarak davranmasıdır. Ruhsal benlik ise çok öznedir. Bu insanın kendisini nasıl değerlendirdiğini ve nasıl algıladığını belirler. Ayrıca ruhsal benlik içine yetenekler, ilgiler ve tutumlar ile kişinin bunları kendisince değerlendirmesi de girmektedir (Güngör, 1989). James “ben” ve benim” olarak adlandırılan iki benlik durumundan söz eder ve bu iki benlik arasında önemli bir fark olduğunu belirtir. “Ben” kavramı daha çoğu zaman içsel duygulardan oluşan kişisel benliktir. “Benim” durumu ise fiziksel özellikler, sosyal davranışlar, mizaç ve kendi özelliklerini bilmeyi içerir. Çoğu zaman nesnel benliktir. Nesnel benlik kişinin kendi özelliklerinin, ideallerinin ve fikirlerinin tamamı olan “benlik kavramı” şeklinde adlandırılmaktadır (Uyanık Balat, 2003: 135).

Bacanlı (2001), benlik kavramını, kişinin kendi kendini tanıması, içsel durumlarının farkında olması, kendisi ile ilgili düşünceleri nasıl düşündüğünü düşünme, manevi duyguların farkındalığı gibi özellikleri içerir, demektedir. Bu zekâyâ sahip kişiler kendilerini nesne bir şekilde değerlendirebilir ve denetleyebilirler. Kendinin, yani ne olduğunun, ne yaptığının, ne istediğinin, ne yapması gerektiğinin farkındadır (Bacanlı, 2001:122).

Psikanaliz ekol incelendiğinde benlik kavramına karşılık olarak ego teriminin kullanıldığı görülmektedir. Freud benlik kavramını, ruhsal aygıt, id-ego-süperego şeklinde yapılaşmıştır. Ego kişiliğin büyük ölçüde bilinçli yanısıdır ve insanın kendi beni hakkındaki bilinçli bilgisi anlamındadır. Psikanalitik kuramlardan, Kendilik Psikolojisi’ni geliştiren kuramcı Kohut ise benliği, insanın ruhsal evreninin merkezi ve yaşam gücünün kaynağı olan; kendisini oluşturan parçaların toplamını aşan, yani onlardan daha büyük ve tam anlamıyla bilinmeyen en üst ruhsal bölüm olarak tanımlamıştır (Türkçapar, 1995:127).

Benlik, kişinin kendisi ile ilgili algılarının, yüklemelerin, geçmiş yaşantıların, gelecekle ilgili amaçlarının ve sosyal rollerinin zihinde temsil edilişi, kavramsal ben olarak odaklaşmasıdır (Aydın, 2005:193).

Benliğin içeriğinde, bireye özgü öznel düşünceler ve duygular vardır. Duyguların algılanması, bireye özgü olarak yorumlanması kişinin benlik tasarımı (self concept) oluşturur. Bu yüzden benlik tasarımı kavramı, bireyin kendisine ilişkin duygu ve düşüncelerinin algılanma biçim ve derecesinin ürünüdür. Güçlü ya da güçsüz, yeterli ya da yetersiz, değerli ya da değersiz, mutlu ya da mutsuz, umutlu ya da umutsuz vb. değerlendirmeler, bireyin kendini ne tür ve ne biçimde hissedebildiğine ilişkin öznel bakış açılarını oluşturur (Topses, 2003: 124).

1.2.2. Benlik Tasarımı ve Benliğin Gelişimi

Çocuğun kendine ilişkin ilk imgesi genellikle onun kendi vücudu ile ilgilidir. Bebekliğin ilk aylarında çocuk, kendisinin çevresindeki diğer insan ve eşyalardan ayrı bir varlık olduğunu öğrenir. Bu dönemde bebek, ilginç bir biçimde kendi ayağını ısırınca acı duyduğunu fark eder. Böylece kendini ısırması karşısında acı hisseden ayağın kendisine ait olduğunu keşfeder. Bebekliğin gelişimiyle duyu organları daha da gelişen bebek, gittikçe kendi bedeninin daha çok farkına varır. Çocuk olgunlaştıkça kendisine ilişkin imgesi zamanla daha net ve daha doğru olur. Böylece ergenlik dönemine doğru birey kendi bedeninin sadece şekli, şemali ve ölçüsü konusunda değil aynı zamanda diğer arkadaşlarına kıyasla çekiciliği konusunda da bir fikir sahibi olur (Kulaksızoğlu, 2002: 99).

Benlik tasarımı, çok çeşitli değişkenlerden etkilenir. Sözelimi, ekonomik ve toplumsal koşullardan, gelir durumundan, çok çeşitli çevresel uyarıcılardan, baba ya da anne mesleğinden, tutumlarından, ana babanın sağ ya da ölü, boşanmış ya da boşanmamış olmalarından vb. etkilenir. Benlik tasarımı, bireyin hem iç hem de dış çevrenin karşılıklı devingen etkileşimi ile ilişkisiyle yapılır, şekillenir ve bireyin kendi algılama biçimiyle öznel değer duygusu niteliği kazanır (Topses, 2002: 126).

Benlik iletişim süreci içinde oluşan bir kavramdır. Ancak iletişimin içinde insan kendi içinden çıkıp, sanki diğerlerinin gözüyle kendine bakabilmektedir. Sadece kendine değil, başkalarına da başkalarının gözüyle bakabilmeyi öğrenir. Böylece bu etkileşim ağı içinde benlik ortaya çıkmaya başlar. Benliği toplumsal yaşantının dışında düşünmek olanağı yoktur. Toplumsal yaşantının olmadığı, yani iletişim

olmayan yerde, benlik bilincinin oluşacağını düşünemeyiz. Benlik bir kez oluşuktan sonra, bireyler uzun yalnızlık sürelerine dayanabilirler. Çünkü birey bir arkadaş olarak kendini kullanabilir. Benlik oluşuktan sonra kişi, diğerleriyle olduğu gibi, kendisiyle de iletişim kurabilir. Kendisiyle kurulan iletişim sonsuza dek sürmez, mutlaka bir süre sonra bu iletişimin başkalarıyla kurulan toplumsal iletişim biçimine dönüşmesi gerekir (Cüceloğlu, 2006: 99).

Benlik kavramı bir seferde gelişmez. Benlik kavramı ergenlikte ve ilk yetişkinlikte son derece önemli olan dinamik ve yaşam boyu süren bir süreç içinde gelişir. Diğer insanlarla etkileşimden ya da kendi duygularımızla ve düşüncelerimizle iç diyalogumuzdan çıkar. Disiplin ve sevgi aracılığıyla ana babadan, uygun davranışı gösterme baskısıyla yaşlılardan, başarı ve başarısızlıkla okul yaşantılarından ve bir yığın başka olaylardan etkilenir. Buna karşılık ruh ve beden sağlığımızı, başkalarıyla ilişkileri, akademik başarıları ve meslek seçimini etkileyebilir. Eğer her şey yolunda –çoğunluk için böyledir- çeşitli parçalar birbirleriyle harmanlanır ve kapsayıcı bir benlik kavramı oluşur. Aksi takdirde, sonuç uyumsuzluk ve benlik kavramını uyuşturucu ya da terapiyle değiştirme girişimleri olabilir (Gander ve Gardiner, 2004: 492).

Sullivan da, toplumsal etkileşim ağları içinde bireyi değerlendirir. Ona göre, benlik dizgesi, kaygıdan kaçınmak ya da kaygıyı en az indirmek üzere gelişen eğitsel yaşantılar bütünüdür. Yani kimi davranış biçimlerini onaylayan iyi-ben ve kimi davranış biçimlerini yasaklayan kötü-ben bireyin öznel boyutunda belirli bir benlik dizgesi oluşturur (Akt. Topses, 2002: 127, "Sullivan, 2000").

Fromm'a göre benlik ögesi, toplumsal, kültürel etmenlerin sonucunda oluşur. Örneğin abartılı yetkeci, abartılı disiplinci bir toplum, benliğin gelişimini engeller. Benliği gelişemeyen birey ise yalnızdır; öz güvensizdir, öz güven ve özsaygı düzeyleri düşüktür. Bu nedenle toplumsallaşmada da başarısızdır. Kitleleşme özelliği gösteren toplumlardaki bireylerin de benlik değer ve güçleri gelişmemiştir. Benliği gelişmemiş bireyler ise, özgün birey olma ya da özgün bir kişilik oluşturma özelliğini göstermezler. Daha çok sürekli yönetilmek ve dış denetim odaklı olma özellikleri baskındır (Akt. Topses, 2002: 127, "Fromm, 1983").

Horney, özellikle "gerçek benlik" kavramı üzerinde yoğunlaşır. Horney'e göre gerçek benlik, duyguların kendiliğinden (spontan) olması anlamına gelir. Çünkü gerçek benlik, güçlü ve olgunlaşmış bir benliktir. Ancak böylesi bir benlikte daha az

rol yapma ve o davranışların doğallığı söz konusu olur. Gerçek benlik güçlü olduğunda ise birey, sorumluluk yüklenici olur. Güçsüz olduğunda ise birey kendine yabancılaşır, kendini yönetmek yerine yönetilmeyi ister (Akt. Topses, 2002: 127, "Horney, 1980").

Freud, kişiliği bir benlik dizgesi olarak algılar. Süper ego, ego, id, benlik dizgesinin öğeleridir. Aynı zamanda da kişiliği oluşturan öğelerdir de. Başka deyişle, fizyolojik (id), psikolojik (ego) ve toplumsal (süperego) benlik öğeleri bireyde birbirleriyle ilişkili bir kişilik bütünlüğü oluşturur (Akt. Topses, 2002: 127, "Freud, 1982"). Adler'e göre benlik, "yaratıcı benlik" kavramıyla anlatılır. Yaratıcı benlik insan doğasına özgü bir özelliktir. Çünkü her insan kendini oluşturmak, geliştirmek ister. Her bireye özgü ve yaratıcı benliği içeren yaşam stratejisini (stil) geliştirmek için "yaratıcı ben"ini devreye sokar. Çünkü yaratıcı ben, bireyin yaşamını daha anlamlı, doyumlu, güvenilir yapmanın ve bireyin kendisini geliştirmesinin ön koşulunu oluşturur (Akt. Topses, 2002: 127, "Adler, 1927").

Erikson'a göre benlik, kişiliğin bütünleştirici işlevini yerine getiren bir kişilik ögesi ya da daha doğru bir deyişle kişiliği bütünleştirici öznel bir etkinlik alanıdır. Sözgelimi, ergenlik döneminde kimlik karmaşası, kimlik bütünlüğüne dönüşmek ister. Benlik, bu bütünleme işlevini yapan kişiliğin algılama alanını oluşturur (Akt. Topses, 2002: 127, "Erikson, 1950).

Allport'a göre benlik, varlığından ilk anda haberli olunan, varlığın temel bir bölgesi, çekirdeği olarak kabul edilir. Birey kendi varoluşunu, bilişsel ve bedensel bütünlüğünü benlik algısıyla anlamlaştırır. Kendini benliğiyle anlamlı kılar, tüm yetenekleri ve değerler bütünlüğüyle kendini tinsel olarak var etme algısını taşır (Akt. Topses, 2002: 127, "Allport, 1961).

Maslow'a göre, her insanda iç varlık adı verilen bir "özben" (iner nature) vardır ve o iç ben içseldir; derinliklidir ve boyutludur. Aynı zamanda değişmezdir. Güven duyma, özsaygı, öz sevgi, öz değer, ait olma, kendini gerçekleştirme gibi gereksinimler bu öz benliğin içeriksel alanını oluşturur (Akt. Topses, 2002: 127, "Maslow, 1977").

Benlik kavramına ilişkin tüm sözü dilen bu belirlemeler, benlik kavramının bir tür varoluş bilinci olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle fenomenolojik felsefede yaygın olarak kullanılan benlik ya da salt benlik kavramları, doğru bilginin

oluşturulması yönünde bir başlangıç noktasını oluşturmaktadır. Bu boyutuyla benlik, bireyin kendisini algılamasıyla ilgili bir öz bilinç ya da öz değer boyutudur. Bireyin kendini algılama, duyumsama, varoluşunu tanımlayabilme ya da değerlendirebilme biçimidir. Önemli ölçüde de öznel ya da kişinin özgül algılama alanıyla eşdeğerdir (Topses, 2002:126–128).

Geertz (1975), benliğin ne olduğu ve önemi batı düşünce tazında gelişip yetiştiği için, bireyci toplumların benlik özellikleri ortaya konmuştur, demektedir. Bireyci, orta-sınıf kültüründe, benlik, bireyin gereksinimlerini, yeteneklerini, güdülerini ve haklarını içeren (bireye ait) özelliklerden oluşan bir varlık olarak görülmüştür. Her birey, bu özelliklere sahiptir ve bunları değişik sosyal ortamlarda düşünce ve davranışlarını yönlendirmede kullanır (Akt. Kağıtçıbaşı, 2004: 360, "Geertz, 1975:47-53").

Benliğimizin yapısı, dünyayı, başkalarını ve kendimizi nasıl görüp algıladığımızı belirler, varoluşumuzun temelini oluşturur ve her tür duygu, düşünce ve davranışımızı etkiler. Bu yüzden kültürle-arası duygu, düşünce ve davranış farklılıklarının temelinde, o kültürde yaygın olan benlik yapıları arasındaki farkların yattığını söylemek yanlış olmaz. Kültürler-arası psikoloji literatüründe esas olarak iki tür benlikten söz edilmektedir: birçok batı kültüründe yaygın olan ayrışık, başkalarından ayrılmış bir varlık olarak bireyci benlik ve batı dışındaki toplulukçu kültürlerde görülen başkalarıyla iç içe girmiş, sosyal bağlamdan koparılamayan, ilişkili bir benlik (Akt. Kağıtçıbaşı, 2004: 361, "Pepitone, 1987, Sampson, 1988, Smith, 1994").

1.2.3. Benlik Saygısı

Benlik saygısı, kişinin kendini değerlendirmesi sonucunda ulaştığı, benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur (Yörükoğlu, 1986: 101-109).

"Saygı", insan ihtiyaçları hiyerarşisi kuramına göre kendini gerçekleştirme ihtiyacına ulaşmak için fizyolojik, güvenlik ve ait olma ihtiyaçlarından sonra gelen bir ihtiyaçtır (Maslow, 1970: 80). Benlik saygısı, bütün bir yaşam sürecini kapsar ve öğrenilen bir olgudur. Öğrenme süreci bireyin sosyal çevresi ile etkileşimi çerçevesinde ele alınmalıdır. Benlik saygısı, ergenin ilerideki yaşamındaki düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını belirleyen öznel yaşamının yani kimliğinin çekirdeğini oluşturduğu kabul edilir (Karadağlı, 1993:11-15).

Benlik saygısının gelişmesi, anne veya anne yerine geçen kişinin, çocuğa gösterdiği ilgi ve uygun yansımali ilişkiye bağlıdır. Ebeveynle çocuk arasındaki uyum, temel güven duygusu, insanlar arası etkileşime uyumlu bir canlılık getirir. Erikson da benlik saygısının kökenini, psikososyal gelişim basamaklarının birinci döneminde temel güven duygusuyla kazanılan, ayrılık ve süreklilik duygusuna bağlamıştır (Akt. Eşer, 2005: 24).

Coopersmith'e göre karmaşık bir kavram olan benlik saygısı; kendini değerlendirme, savunucu tepki ve bu sürecin değişik öğelerinden oluşmaktadır. Coopersmith, benlik saygısında saygı ile kabul etmenin miktarı ve bireyin yaşamındaki önemli kişilerden gördüğü davranışların belirleyici olduğunu belirtmektedir. Benlik saygısının ön koşulları; aileler tarafından çocukların tam veya tama yakın bir şekilde kabul edilmesi, aileler tarafından çocuklar için saptanan kuralların uygulanması, aileler tarafından bu kurallar dâhilinde serbestlik ve bireysel girişkenlik için çocuğa saygı gösterilmesi durumlarından oluşmaktadır. Coopersmith, benlik saygısının kişisel tatmin ve etkin işlev görme ile birlikte bulunduğunu ifade etmektedir. Bir kişinin, kendisine ilişkin yaptığı ve alışkanlık haline getirdiği değerlendirmenin benlik saygısını oluşturduğunu, bunun kendi değerliliğine ilişkin bir yargı olduğunu söyler. Kısaca benlik saygısı, kişinin kendi kendisine karşı takındığı tavır ve tutumda belirlenen değerliliğin kişisel bir yargısıdır.

Ayrıca Coopersmith gerçek ve savunucu benlik saygısı olmak üzere iki benlik saygısı görünümünden söz eder. Gerçek benlik saygısı, gerçekten kendilerini saygın ve değerli hissedenlerde, savunucu benlik saygısının da, gerçekten kendilerini değersiz hisseden fakat böyle bir bilgiyi kabul etmeyen kişilerde bulunduğunu belirtir (Torucu, 1990).

Klasik psikoanalitik kuramda benlik saygısı, libido teorisi ve özsevi (narsisizm) yönünden açıklanmaktadır. Yeni doğan bebeğin tüm libidonal yatırımları, kendisinin iyi olduğunu hissettiği denge durumunu korumaya yönelmiştir. Bu narsisizmin iyi bütünleştirilmesi (tamamlanması), çocuktaki "iyi olma" duygusunun benlik saygısı olarak gelişiminde gerekli faktördür. Elbette ki narsisistik ego libidosunun bir kısmı, daha sonra nesne (obje) libidosuna dönüşmektedir. Ancak libidonun bir kısmı yine narsisistik libido olarak korunmaktadır (Meissner, 1985: 337–418).

Chrzanowski (1980), benlik saygısını en geniş anlamıyla, kişinin yeti ve güçlerinin iyi bir değerlendirmesine dayanan kendisiyle ilgili olumlu imgesi olduğu

görüştüğüdür. Benlik saygısının bazı yönleri, zekâ, görünüm, beden yapısı gibi kişinin doğal özelliklerinin üzerine gelişir (Akt. Satılmış ve Seber, 1989: 68, "Chrzanowski, 1980: 38-46").

Rosenberg (1965), benlik saygısını kişinin kendine karşı pozitif veya negatif tavrı olarak ele alır. Kişi kendini birçok insandan daha üstün görebilir fakat kendine koyduğu standartlara göre yetersiz görebilir. Yani kişinin benlik saygısı bir anlamda yüksek, başka bir anlamda ise ortalama veya daha düşük olabilir. Kişi kendini değerlendirmede olumlu bir tutum içindeyse benlik saygısı yüksek, olumsuz bir tutum içindeyse benlik saygısı düşük olmaktadır (Akt. Polat, 2007: 16, "Rosenberg, 1965").

Benlik saygısının kaynağını sevilme ve güçlü olma duygularının oluşturduğu düşünülebilir. Benlik saygısını arttırmaya dönük gerçekleştirilen tüm etkinlikler genellikle iki önemli ihtiyacı tatmin etmeye yöneliktir. Sevildiğimiz (bize değer verildiğini, sempatik, popüler bulduklarını istememiz) ve güçlü (çalışkan, yetenekli, zeki) olduğumuzu hissetmek (Andre ve Lelord, 2002: 27).

Kuzgun'a (2006) göre, benlik saygısı, bireyin benlik imgesi ile ideal benliği arasındaki farkı değerlendirmesidir. Yani bireyin kendisini nasıl algıladığı ile olmak istediği benliği arasındaki fark bize o bireyin özsaygı düzeyini verir. Bu süreçte bireyin bu farkı nasıl değerlendirdiği ve bu farkın onun duygusal dünyasını nasıl etkilediği önemlidir. Benlik imgesi ve ideal benliğin gelişiminde görüleceği gibi bireyin kendini nasıl gördüğü yani benlik imgesi ile ulaşmayı arzuladığı ideal benliği arasında bir farkın olması kaçınılmazdır ve bu fark normal bir olgu olarak kabul edilmelidir, demektir (Kuzgun, 2006: 100). Benlik saygısının yeteneklilik, sevimlilik, cana yakın olma gibi duygularla ilgili olduğu düşünülebilir (Plummer, 2001: 16).

Özsaygı, hem kendimizi özgün bir birey olarak değerli, hem de karşılaştığımız sorunlarla başa çıkabilecek kadar yeterli hissetmemizdir. Bu iki duygu değerlilik ve yeterlilik duygusu özsaygının temelini oluşturur. Bu duygulardan birini bile yeteri kadar hissedemediğimizde yaşamdan aldığımız doyum azalır. Yeterlilik duygumuz gelişmemişse sorunlar karşısında da yetersiz kalırız; değerlilik duygumuz gelişmemişse özgün bir birey gibi hissedemez, kendimize layık olduğumuz değeri veremeyiz. Hele değerlilik ve yeterlilik duygumuzun her ikisi de yeterince gelişmemişse hayat bizim için tam bir kâbus olabilir. Başkalarıyla kıyaslar, onlar gibi

olamadığımız, onlar gibi yapamadığımız için kendimizi aşağılar dururuz (Koç ve Gün, 2006: 27).

1.2.3.1. Benlik Saygısında Belirleyici Faktörler

Adler, bireyin benlik saygısını azaltan zayıflıkları ve yetersizlikleri üzerinde durmuştur. Adler' e göre benlik saygısı, aşağılık duygusundan üstünlük duygusuna geçişi temsil eder. Ona göre benlik saygısının gelişiminde, organ eksikliği, çeşitli hastalıklar, aile içindeki durum ve doğum sırası, sosyal ilişkilerde reddedilme gibi olaylar etkili olup, benlik saygısında oynamalara yol açmaktadır (Akt. Eşer, 2005: 22, "Adler, 2003: 79–100").

Genel olarak yüksek benlik saygısını sağlayan sosyal ve duygusal açıdan sağlıklı olma durumunun yedi temel ögesi olduğu belirtilmektedir. Bunlar; benlik bilgisi, kendi ve diğerleri hakkındaki bilgi, benlik kabulü, kendine olan güven, kendini ifade etme, kendinden emin olma ve benlik farkındalığıdır (Plummer, 2001: 18–20).

Benlik saygısının yüksek olması için, çocuğun içinde bulunduğu aile, özgüvenli, aralarında ve çocukla iyi iletişim kuran, çocuklarına karşı güven verici, hoşgörülü ve esnek bir yaklaşım içinde olan bireylerden oluşmalıdır. Çünkü benlik saygısı, insan olarak kendisine değer verilen bir ortamda ancak filizlenir ve gelişir (Akt. Eşer, 2005: 25, "Yavuzer, 2003: 16"). Yüksek benlik saygısı kendine güven, iyimserlik, başarılı olma isteği ve güçlüklerden yılmama gibi olumlu ruhsal niteliklerin yanı sıra, başları tarafından değerli bulunma inancını da gerektirmektedir (Akt. Harputlu, 2005: 22, "Dinç vd. 1993").

Benlik saygısının bozulması sonucu görülen özellikler;

- Kendini eleştirme,
- Girişimlerin sonuçlarına yönelik olumsuz beklentiler,
- Artmış endişe ve korku,
- Yetersizlik veya ümitsizlik duyguları,
- Kendini kötüleyen duygu ve davranışlar,
- Öz bakım yetersizliği,
- Bir işin devamını getirememe,
- Güvensizlik,
- Olumlu eleştirileri kabul edememe,

- Kendine zarar verme davranışları,
- Ambivalans (zıt) duygular yaşama,
- Kendi hakkında mantıksız katı standartlar,
- Gerçek güç ve kabiliyetleri küçümseme,
- Gerçek veya hayali başarısızlıkla ilgili ön yargı,
- Utanç ve suçluluk duyguları
- Kendine değer vermede eksiklik (Akt. Polat: 2007: 17, "Thomas ve McFarland, 1994).

Bireyin rol değişimleri, yaşadığı kayıplar da benlik saygısını etkileyebilir. Benlik kavramındaki değişimlerin ve kayıpların büyüklüğünden çok bireyin kendisini nasıl algıladığı benlik saygısını etkiler. Benlik saygısı değerleri bireyin diğer insanlardan aldığı destekle de etkilenir (Terakye, 1989: 15).

Benlik saygısı yüksek olan insanların kendi kapasiteleri ile ilgili beklentileri de yüksektir. Kendileri hakkındaki bu olumlu tutumlarından ve elde ettikleri başarılı sonuçlardan dolayı, kendi görüşlerini kabul ederler, buna inanırlar ve böylece hem davranışlarına hem de ulaştıkları sonuçlara güvenirlere. Bu durum onları, farklı bir görüş karşısında kendi görüşlerini savunmaya ve aynı zamanda yeni fikirleri de dikkate almaya yönlendirmektedir (Akt. Harputlu, 2005: 22. , "Korkmaz,1996"). Yüksek benlik saygısı olan birey, başarılarını büyük ölçüde kendi emeği ve becerisi olarak görür. Kendi kontrol duygusunu hissede ve başarısızlığa uğradığında daha iyisini yapmak için motive olur. Değişiklikler yapmaya ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyduğunun farkına vararak, hatalarını kabul eder ve başkalarını suçlamaktan kaçınır (Yavuzer, 2003: 21).

Düşük benlik saygısı olan bireylerin çoğu, hayattaki başarılarının büyük bir bölümünü kendi kontrollerinin dışındaki diğer etkenlere dayandırır, bu nedenle kendilerine olan güvenlerini ve gelecekte başarılı olma şanslarını azaltırlar. Bir hata yaptıklarında, başarısızlığa maruz kaldıklarında, bunu kendileri dışındaki nedenlere dayandırarak açıklarlar. Bu onların yeni ve daha başarılı stratejiler geliştirmelerine, yardıma veya tavsiyeye başvurmalarını daha da zorlaştırır (Yavuzer, 2003: 19).

Bireyin belli bir alana ilişkin özsaygı düzeyinin düşük olması, onun bütüncül özsaygı düzeyini pek fazla etkilemeyebilir. Çünkü her bireyin sahip olduğu yüzlerce hatta binlerce özellik vardır ve her birimiz her gün bir o kadar farklı durumla karşı

karşıya kalırız. Başarısız olduğumuz ve özsaygımızın düşük olduğu durumlardan kaçmamız mümkün olduğu için, bu durumun üzerimizde yarattığı olumsuz etkiyi bir biçimde telafi etmemiz olasıdır.

Ancak başarısız olduğumuz ve kendimizi yetersiz algıladığımız bir durum ile sık sık karşı karşıya kalıyorsak ve kendimizi kötü hissettiğimiz bu durum ve olaylardan kaçmamız bir şekilde olanaklı değilse, nihayet bu duruma ilişkin spesifik özsaygımız bizim bütüncül özsaygı düzeyimizi olumsuz biçimde etkileyebilir (Kuzgun, 2006: 104).

Günümüzde benlik saygısını etkileyen birçok faktör araştırılmaktadır. Yüksek düzeyde benlik saygısı aile ile olumlu iletişim, kişinin kendi hayatı üzerinde kontrole sahip olduğu duygusu, orta derecede risk alma isteği ve etkili bir kişi olduğunu hissetmesi gibi faktörlerle ilişkilidir. Bu alanda yapılan birçok araştırmada düşük benlik saygısının depresyon, yabancılaşıma ve mutsuzluk duygularıyla ilişkisi olduğu belirlenmiştir (Akt. Öztürk, 2006: 17, "Morganett, 2005: 119").

1.3. SOMATİZASYON BOZUKLUĞU

1.3.1. Somatizasyon Bozukluğunun Tanı Ve Sınıflandırılması

Klinik tıpta herhangi objektif fizyopatolojik bozukluk olmadığı halde, fiziksel yakınmalarla sürekli hekimlere ve hastanelere başvuran bir hasta grubu olduğu bilinmektedir. Bu hastalar doğrudan ruh hekimine pek başvurmazlar. Genellikle birincil sağlık hizmetlerine ya da yakınmaların tipine göre çeşitli uzmanlık alanlarına başvurulur. Bir dizi inceleme ve muayenelerde fiziksel hastalığa ilişkin herhangi bir bozukluk, ya da bulgu saptanamayınca ruh hekimliğine başvurma düşüncesi gelişir. Bu hastalar doktor-doktor, hastane- hastane dolaşırlar. Tekrarlayan incelemelerde yakınmalarını açıklayacak herhangi organik bozukluk saptanamayınca, kendilerini "anlayıp tedavi edebilecek" değişik başka hekim ve kurumlar arayışlarını sürdürürler (Özkan, 1993: 221).

Somatoform bozukluklar, yukarıda tarif edilen hasta grubunu da açıklayacak şekilde; uygun bir değerlendirme ile açıklanmayan fiziksel semptomları içeren bozukluklar grubudur şeklinde ifade edilebilir. Somatik yakınmalar ve semptomlar,

hastanın sosyal ve mesleki uyum yeteneğini bozacak veya hastayı önemli duygusal sıkıntılara sokacak derecede ciddidir. Somatoform bozukluk tanısı, semptomların başlangıcı, ciddiyeti ve süresi hakkında psikolojik faktörlerin büyük bir katkısı olduğu konusunda klinisyeni düşündürür. Somatoform bozukluklar bilinçli temaruzdan veya yapay bozukluklardan kaynaklanmaz (Kaplan ve Sadock, 2004: 219) .

Somatoform hastalık birçok hastalığı taklit edebilir. Gerçekte bu belirtiler hastaların psikolojik sorunlarını belirtmek için bedenlerini kullanmaları ile oluşur. Genellikle bu sürece ikincil kazançlar eşlik eder. DSM IV' e ¹ bakıldığında somatoform bozukluklar başlığı altında yedi kategori olduğu görülmektedir ve somatizasyon bozukluğu bu kategorilerin en başında yer alır.

DSM IV'e göre Somatoform bozukluklar başlığı altında;

1. Somatizasyon Bozukluğu
2. Hipokondriyazis
3. Ağrı Bozukluğu
4. Beden Dismorfik Bozukluğu
5. Ayrışmamış Somatoform Bozukluk
6. Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluk bulunmaktadır (Yüksel, 2001: 321).

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde "somatoform, somatizasyon ve psikosomatik terimlerinin zaman zaman iç içe geçtiği ve kavramların birbirinin yerine kullanılabilirdiği görülmektedir. Psikosomatik bozuklukları somatoform bozukluklardan ve bu bozukluk grubunun bir alt kategorisi olan somatizasyonda ayrı tutmak gerekir. Psikosomatik deyimini psiko (ruh) ve soma (beden) sözcüklerinin birleşmesinden oluşmakta ve yalın anlamıyla ruhsal nedenlerden kaynaklanan organik bedensel hastalıkları anlatmaktadır (Koptagel İlal, 2001: 287).

Psikosomatik hastalıklar alanı içine giren hastalıkların sayısı bugün çok artmıştır. Akla gelebilecek hemen her organik belirtili hastalıkta psikosomatik bir yan bulmak olasılık içindedir. Bu hastalıkları şöyle sıralayabiliriz;

¹ DSM IV: Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fourt Edition (Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması Ve Sınıflandırılması El Kitabı, Dördüncü Baskı)

1. Sindirim Sistemi Hastalıkları
2. Kalp Dolaşım Sistemi Hastalıkları
3. Solunum Sistemi Hastalıkları
4. Deri Hastalıklarından Bazıları
5. Yeme Bozuklukları
6. Endokrin – Metabolik Bazı Hastalıklar
7. Jinekolojik Bazı Bozukluklar
8. Bazı Seksüel Bozukluklar

Psikosomatik hekimlik çerçevesine giren bir başka durum da organik hastalıkların gidişi sırasında, bu hastalığın yarattığı strese bağlı olarak kişide bir takım ruhsal bozuklukların belirmesidir ki bu halde “somatopsişik” bir hastalık oluşumundan söz edilir. Bu nedenle, ağır organ kaybına yol açan, yaşam tehlikesi gösteren ve uzun süren pek çok hastalıklar da psikosomatik hekimliğin uğraşı alanına katılmıştır (Koptagel İlal, 2001: 294–295).

Beden sağlığının, düşünce ve akıl sağlığından ayrılmasının mümkün olmadığı fikri Eflatun’ un yazıları kadar eskidir (Plozza ve Pöldinger, 1976: 1). Tıp uzmanları eski çağlardan bu yana insanların zihin ve beden ilişkisinin çeşitli boyutlarını saptamaya çalışmışlardır. Zihin ve beden ilişkisiyle ilgili teoriler hep fiziksel ya da davranışsal bozuklukların temelinde tek bir nedene yönelmişlerdir. Bu ilk teorilerden hiçbiri insanı birbiriyle ilişkili sistemler bütünü olarak ele almamışlardır (Sayar, 2002: 222–231).

Somatizasyon belirtilerinin klinik tanımlamaları İ.Ö. 1900 yıllarına dek uzanmaktadır. O döneme ait mısır papiruslarında semptomlar uterusun vücutta başıboş gezinmesine bağlanmıştır. Hipokrat, histerinin doğaüstü etkenlere bağlı bir bozukluk olmadığını belirtmiş ve hastalığın adını Yunancada döl yatağı-râhim (uterus-hystera) anlamına gelen “hysteria” sözcüğünden almıştır. Histeri terimi o zamandan bu yana yalnızca bugün somatizasyon ve konversiyon terimleriyle karşılanan belirtilerle beraber, bir kişilik tipi, bozukluğu ve başlı başına bütünlüğü olan bir hastalığa dek birçok şey için kullanılmıştır. Somatizasyonun tarihçesi içinde nevrasteni kavramı da oldukça önemlidir. Beard 1896’da nevrasteniyi, sinirlerin güçsüzleşmesi, yorgunluk, bitkinlik, çeşitli ağrılar, duyu değişiklikleri, hastalık korkuları, bilişsel işlevsellikte bozulma ve duyu değişiklikleri ile giden bir semptomlar kümesi olarak tanımlamıştır (Akt. Fidanoğlu, 2007: 46).

Stekel, 1908 yılında somatizasyonu, organizmanın "deep seated organic cause" insanın içinden gelen ve nörotik sebeplerle oluşan bir hastalığı olarak tarif etti (Ziyalar, 2006: 132). Rosen ve arkadaşları (1982), somatizasyonu: ruhsal sıkıntıların ve psikososyal stresin bedensel belirtiler üzerinden ifade bulması şeklinde ifade etmişlerdir (Rosen vd, 1982: 493–502). Kleinman, somatizasyonu olan bireyde kişisel ve kişilerarası problemlerin bedensel belirtiler üzerinden iletişimi ve tıbbi yardım arayışı ile belirli davranış özelliği vardır, demiştir (Kleinman, 1988:142).

Somatizasyon belirtileri gösteren hastaların ayırıcı tanısı tıbbi uygulamanın önemli bir parçasını oluşturur. Adından da anlaşılacağı gibi bu bozukluklarda fiziksel hastalıkları taklit eden belirtiler vardır. Somatizasyon; bilinçli veya bilinçdışı olarak bedensel belirtileri psikolojik kazanç için kullanma eğilimini ifade eder. Bu grup hastalıklarda tanı koyabilmek için bu belirtileri açıklayacak bir fizyolojik düzenek veya fiziksel hastalığın olmaması gereklidir. Kökeninin psikolojik olduğu konusunda güçlü kanıtlar olmalıdır (Yüksel, 2001: 320).

Somatizasyonu tanımlamaya çalışan yazarlar arasındaki ortak yön hastanın "bedensel bir hastalık ile açıklanamayan fiziksel belirtilerden yakınması"dır. Tanımlarda geçen diğer özellikler arasında "psikososyal sorunların ya da emosyonel sorunların somatik yakınmalarla ifade edilmesi"; "bu belirtiler için tıbbi yardım arama ve bunları bedensel bir hastalığa affetme" vardır (Akt. Özmen, 1997: 235, "Kellner 1990, Ford, 1986").

Somatizasyon bir anlamda, tıbbın esas olarak ("disease") üzerinde odaklaşıp, biyopsikososyal, sosyodavranışsal bir olgu olarak rahatsızlık ("illness") üzerinde yeterince durmamasından kaynaklanır. Genel klinik uygulamada fizyopatoloji üzerinde çok durulur, ancak hastanın hastalığı nasıl algılayıp yaşantıladığı ve bu patolojiye yanıtı yeterince incelenmez. Herhangi bir hastalık hasta için yalnız bir biyoteknik olay değil, birçok değişkenleri ve öznel yaşantılanması ile biyopsikososyal bir olgudur (Özkan, 1993: 222). Lipowski (1987), somatizasyonun, kronik işlev kayıplarına ve yüksek tedavi maliyetlerine neden olduğunu söylemiştir (Lipowski, 1987: 294–297)

Günümüze kadar yapılan çalışmalar somatizasyonu açıklamaya çalışan birçok görüşün tek başına bu fenomeni açıklayamayacağını, somatizasyonun multifaktoriyel etiyojolojiye sahip olduğunu ve bu görüşlerin her birinin

somatizasyonun değişik bir yönüne işaret ettiğini düşünmektedir. Somatik yakınmaların ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünölen etmenlerin başlıcaları arasında genetik yapı, fizyolojik etkinlikler/patolojik değişiklikler, kişilik yapısı, psikodinamik öğeler, öğrenilmiş yanıtlar, bilişsel öğeler, toplumsal ve kültörel etmenler, kazanç ve sosyal pekiştirme, aleksitimi, hipokondriyazis, depresyon ve anksiyete vardır (Akt. Özmen, 1997: 235, "Özmen ve Aydemir, 1994").

Pek çok kültürde üç ayrı klinik görünümünün olduğu belirtilmektedir. Bunlardan işlevsel somatizasyonda tıbben açıklanamayan çok sayıda bedensel belirti vardır. Hipokondriak somatizasyonda elde bir kanıt olmamasına karşın ciddi bir fiziksel hastalığın bulunduğu yönünde şiddetli kaygılar vardır. Görünümde somatizasyonda alttaki bir ruhsal bozukluk kendisini bedensel yakınmalarla göstermektedir (Garcia-Campayo vd, 1998: 554–560).

DSM – IV' de somatizasyon bozukluğunun tanı ölçütleri şunlardır;

A. Birkaç yıllık bir dönem içinde ortaya çıkan, tedavi arayışlarıyla ya da toplumsal, mesleki ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulma ile sonuçlanan ve 30 yaşından önce başlayan çok sayıda fizik yakınma öyküsünün olması.

B. Aşağıdaki tanı ölçütlerinden her biri karşılanmış olmalıdır, herhangi tek bir semptom bu bozukluğun gidiş sırasında herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir:

1. Dört ağrı semptomu: En az dört ayrı yer ya da işlevle ilişkili ağrı öyküsünün olması (örn. Baş, karın, sırt, eklemler, ekstremiteler, göğüs, rektum, menstruasyon sırasında, cinsel ilişki sırasında ya da idrar yapma sırasında).
2. İki gastrointestinal semptom: Ağrı dışından en az iki gastrointestinal semptom öyküsünün bulunması (örn. Bulantı, şişkinlik, gebelik sırasında olanın dışında kusma, diyare ya da birçok değişik yiyeceğin dokunması).
3. Bir cinsel semptom: Ağrı dışında en az bir cinsel ya da üreme organlarıyla ilgili semptom öyküsünün olması (örn. cinsel ilgisizlik, erektil ya da ejakülatuvar işlev bozukluğu, menstruasyonların düzensiz olması, aşırı menstruel kanama, gebelik boyunca kusma).
4. Bir psödonörolojik semptom: Ağrı ile sınırlı olmayan ve nörolojik bir durumu düşündören en az bir semptom ya da defisit öyküsünün bulunması (koordinasyon ya da denge bozukluğu, paralizi ya da lokalize güç yitimi, yutma güçlüğü ya da boğazda düğümlenme duygusu, afoni, üriner retansiyon, halüsinasyonlar, dokunma ya da ağrı duyumu yitimi, çift görme,

körlük, sağırılık, katılmalar gibi konversiyon semptomları; amnezi gibi dissosiyatif semptomlar; bayılma dışında bilinç yitimi).

C. Aşağıdakilerden ya (1) ya da (2) vardır:

1. Yeterli bir incelemeden sonra B Tanı Ölçütündeki semptomların hiçbiri bilinen genel tıbbi bir durum ya da bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan etkileri ile tam açıklanamaz.
2. İlişkili genel tıbbi bir durum olsa bile fizik yakınmalar ya da bunların bir sonucu olarak ortaya çıkan toplumsal ya da mesleki bozulma, öykü fizik muayene ya da laboratuvar bulgularına göre beklenenden çok daha fazladır.

D. Bu semptomlar amaçlı olarak ortaya çıkartılmamakta ya da bu tür semptomları varmış gibi davranılmamaktadır. (Yapay Bozuklukta ya da Simülasyonda [Temaruz] olduğu gibi) (Köroğlu, 2005: 211–212).

Somatizasyon, genel olarak kişinin duygulanımlarını, çatışmalarını, psikik gereksinmelerini; vücut semptomları ile algılaması, yaşantılaması, ortaya koyması ve iletişim biçimi olarak kullanması sürecidir. Bir anlamda psikolojik kaygı ve çatışmanın somatik semptomlarla ifadesidir. Somatizasyon olgularının ortak özellikleri şöyle özetlenebilir:

1. Tüm fiziksel incelemeleri sonunda organik ya da fizyopatolojik bozukluk bulunmamasına rağmen, kendilerinde bedensel bir hastalık bulunduğu inancı,
2. Vücutları ile ilgili fizyolojik değişiklikleri ciddi bir hastalık şeklinde yorumlama,
3. İstikrarlı şekilde fiziksel, tıbbi incelemelere yönelmeleri,
4. Sosyal ve insanlar arası ilişkilerini "hasta" rolü çerçevesinde yürütmeleri, "doktor doktor dolaşma" halinin yaşam biçimi olarak sürdürülmesi,
5. Yakınmaların ruhsal kökenli olabileceğini kabullenme güçlüğü ve ruhsal-duygusal durumu ifade etme güçlüğü (aleksitimi)
6. Tablonun genellikle basit bir fizyolojik düzensizlik ya da iş-aile durumundaki değişiklik sonrası ortaya çıkması (Özkan, 1993: 221).

1.3.2. Somatizasyon Bozukluğunun Görülme Sıklığı (Prevalans)

Yaşam boyu prevalansı % 0,4 kadardır. Kadınlarda %1–3 oranındadır. Kadın erkek oranı 20/1'dir. Bir yıllık prevalans ise %0,07'dir. Düşük sosyoekonomik ve kültür düzeyinde daha fazladır. Ailesel yatkınlık vardır. Antisosyal kişilik, alkol ve madde kötü kullanımı bu olgularda sık olarak izlenmektedir. Hastaların birinci derece kadın akrabalarında bu hastalık %10–20 kadardır. Erkek akrabalarında ise antisosyal kişilik ve alkolizm olasılığı daha yüksektir. Erkek olguların birinci derece akrabalarında oran genel popülasyonun 3,5 katıdır. Genellikle ergenlik çağında adet sorunları, baş ağrısı veya abdominal ağrı ile başlar. Çevresel etkenlerin katkıda bulunduğu da kabul edilir (Yüksel, 2001: 321).

Birinci basamakta ayaktan izlenen hastalar arasında %5–10 oranındadır. Türkiye ruh sağlığı profili çalışmasında 12 aylık somatizasyon bozukluğu yaygınlığı kadınlarda %0,4, erkeklerde %0, tüm nüfusta %0,2 olarak verilmektedir (Yüksel, 2001: 321). Ülkemizde sağlık ocağına başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada organik bir nedene bağlanamayan somatik belirti sayısı ortalamasının 3.46 olduğu bildirilmektedir (Sağduyu, 1995: 21–29).

1.3.3. Somatizasyon Bozukluğunun Nedenleri

Somatizasyon bozukluğunun nedeni tam olarak bilinmemektedir. Ancak herhangi bir fizyopatolojik mekanizmaya dayanmayan fiziksel yakınmaların gelişmesine ilişkin psikolojik mekanizmaları yorumlayan düşünceler ilk çağlara dek uzanır (Özkan, 1993: 222).

Somatizasyonun ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülen etmenler, farklı görüşlere sahip kuramcılar tarafından çeşitli başlıklar altında tartışılmıştır.

1.3.3.1. Genetik Etmenler

Somatizasyon ile ilgili kuramsal tartışmalarda genetik etmenler çok az yer tutmaktadır. Yakın zamanda yapılan çalışmalarda ise daha çok somatoform bozukluklarda genetiğin rolü incelenmiştir (Akt. Özmen vd, 1997: 236, "Kellner, 1990: 150–160"). Birçok çalışmada somatizasyon bozukluklu hastaların ailelerindeki erkeklerde alkolizm ve antisosyal kişilik bozukluğunun prevalansının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu; kadınlarda ise somatizasyon bozukluğunun prevalansının

kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu; kadınlarda ise somatizasyon bozukluğu riskinin kontrol grubuna göre artmış olduğu bildirilmektedir (Özmen vd, 1997: 237).

1.3.3.2. Kişilik Yapısı

Somatizasyon bozukluğu olan hastaların, psikiyatrik muayene sırasında, kendilerini ve semptomlarını dramatik, abartılı ve duygusal bir biçimde sundukları dikkat çeker. Bu hastalar daha çok kendileri ile ilgilidirler ve başkalarının ilgilerini göz önünde bulundurmaksızın sadece kendi ilgi alanları üzerinde dururlar (Koroğlu, 2004: 383).

Somatizasyonun her tür kişilik yapısında ortaya çıkabilen bir fenomen olmakla birlikte; histiriyonik, narsistik, bağımlı, kompulsif ve mazoistik kişilik özellikleri olanlarda daha sık görüldüğü düşünülmektedir (Özmen vd, 1997: 237) Somatizasyonun ortaya çıkmasında en büyük rol oynayan kişilik özelliği "bedene karşı duyarlı olma ve somatik duyuları algılama eşiklerinin düşük olması"dır. Somatizasyona yatkın olanların kişilik özellikleri arasında doyumsuzluk, içe dönüklük, negativizm, kötümserlik, başarısızlıklarını önemseme sayılmaktadır (Pennebaker ve Watson, 1991: 21–35).

Kronik somatizasyonun gözlemlendiği hastalar ise aşırı bağımlı, duygusal destek gereksinimi olan, kolayca hayal kırıklığına uğrayan ve kolayca gücenen kişilerdir. Bu hastaların bazılarının ise hekimleri şaşkınlığa uğratmak ve onlarda çaresizlik duygusu yaratmak gibi bilinçdışı motivasyonlara sahip olduğu düşünülmektedir (Lipowsky, 1987: 294–295).

1.3.3.3. Psikoanalitik Görüşler

Ziyalar (2006), bazı psikoanalist teorisyenlerin somatizasyonu;

1. Kişilik elemanlarının somatik semptomlar şekline dönüşmesi,
2. Libidinal ve agresif enerjiyi bastıramayan ego'nun bir regresyona uğraması ve bunu bir organa deplase etmesi sonucu semptom ve "sign" belirtilerin oluşması
3. Şuuraltındaki olayların fizik boşalımdır, şeklinde tanımladıklarını aktarmıştır (Ziyalar, 2006: 133).

Freud ilk olarak (1886), hipokondrinin dinamik yorumunun yaparak, bunun etyopatogenezini, kabul edilmeyen cinsel dürtünün bilinç düzeyinde baskılanması sonucu, baskılanan dürtünün neden olduğu bilinç dışı suçluluk duygusuna bağlamıştır. 1914'te libidonun her organa yatırım yaptığını ortaya atarak, organlarla aşırı derecede zihinsel uğraşmayı, dış nesnelere geri çekilen libidonun narsistik biçimde benliğe yatırılması olarak açıklamıştır (Akt. Parman, 2005: 16, "Freud, 1886").

İlk psikanalistler, hastalarında tedaviyle açıkça ilgisi olmayan ve beklenmedik bir biçimde ortaya çıkan ya da kaybolan bedensel hastalıkların varlığını saptamışlardır. Aynı şekilde Birinci Dünya Savaşı sırasında askerlerde ortaya çıkan ve tıbbi tedavilere yanıt vermeyen ancak ruhsal tedavilerle yatışan işlevsel bozukluklar da sıklıkla görülmüştür. Freud bunları güncel nevrozlara yakın olgular olarak değerlendirmiş ve ortaya çıkışlarını "benliğin hazır olmadığı bir tehlike karşısındaki ürküntüye", "ekonomik düzeyde bastırılan cinsellikle aynı etkileri gösteren bir travmaya" bağlamıştır (Akt. Parman, 2005: 16, "Freud, 1886").

Bu tür bedensel belirtiler karşısında Freud'un düşüncesi açıktır. Burada bedensel semptom anlamdan yoksundur. O nedenle bunlar, düzeneği bütünüyle farklı olan histerik konversiyonlardan ayrı tutulmalıdır. Histerik semptomun tersine bedensel bozukluk, anatomik lokalizasyona uyar ve bir bastırma söz konusu olmadığı için yorumla çözümlenemez. Freud için birbirinden ayrı iki çizgi vardır:

- Güncel nevrozlar bedensel bozukluklara yol açarlar.
- Psikonevrozlar ruhsal semptomlara bu arada histerik konversiyonlara yol açarlar.

Bunu şu şekilde açıklayabiliriz. Zihinsel süreçlerle ve dille ifade edilemeyen duygulanımlar bedensel yola çabucak saparlar. Gerçeklik karşısında ortaya çıkan düşünce somut olaylara bağlıdır ve sanki bilinçdışından tümüyle soyutlanmıştır. Bastırılan çatışmaların histerideki gibi başka bir yolla, semptom olarak ortaya çıkışı söz konusu değildir. Burada söz konusu olan dürtüsel olayların doğrudan boşalım yoluna sahip olmasıdır. Bedensel dışavurumların, simgeselleştirilemediklerinden, anlamları yoktur.

Oysa Freud döneminde bile bedensel semptomların bir anlamı olduğu tezini savunanlar çıkmıştır. Örneğin, Groddeck tümgüçlü altbenliğin her şeye karar

verdiğini savunmuştur. Leon Kreisler bu konuda şu kavramsal yaklaşımı önerir. Bedensel semptom ortaya çıktığında, bütün sorun bedenın sanki zincirinden boşalmış dürtüsel olguların doğrudan etkilerini gösterdikleri yer haline gelmesidir. Bu dürtüler zihinsel bir dışavurumla metabolize olmak olanağını yitirdiklerinden organların yeraltı yolarını seçmişlerdir. Histerik bozukluk bir çatışmanın dışavurumu ise, psikosomatik bozukluk bastırılan dürtülerin ve duygulanımların bedensel sonucudur. Beden histerik için bir alettir, oysa psikosomatik hasta için bir kurbandır. Birincisi bedeniyle konuşuyorsa, ikincisi bedeniyle acı çeker (Parman, 2005: 17).

Derin çatışma ve karmaşalar, katlanılması güç acılı yaşantıların doğurduğu yaşantıya karşı bir savunmadır. Etyopatogenezinde, anne babanın yakınma ve davranışlarının, özdeşleşme ve içealim düzenekleri ile çocuk tarafından içselleştirilmesi söz konusudur. İçselleştirilmiş olan anne babanın yerleşim yeri olan (Laughlin) süperegounun oluşumunda, anne babanın davranışları çocuklar tarafından benimsenir. Bilinç dışı emosyonel çatışmaların çeşitli beden bölgelerinde yerleşim biçimi olan hipokondri de, organların sembolik anlamı olduğu belirtilmektedir (Özkan, 1993: 222).

Ego tarafından kabul edilmeyen narsisistik ve otoerotik düzeye gerileyen agresif-hostil-seksüel arzuların bilince çıkma tehdidinin doğurduğu anksiyeteye karşı bir savunmadır. Böylece, 1) benimsenmeyen gereksinme ve dürtüler sembolik olarak doyum bulur ve bilinçsizce ifade edilir, 2) hastaların gereksinim duydukları bağımlılık duygularını giderir, 3) bilinçdışı agresif-oral-seksüel dürtülerin yarattığı suçluluk ve cezalandırma gereksinimleri de, yakınmalarından dolayı acı çekerek giderilmiş olur (Özkan, 1993: 222).

Fenichel, somatizasyonun etyopatogenezinde narsizme dikkat çekerek, prognozu mevcut narsisizmle ters orantılı olarak değerlendirir. Ameliyat, ciddi bir hastalık, bir yakınının ölümü gibi bazı stresler, predispozan kişi de hipokondri ortaya çıkarır (Akt. Özkan, 1993: 222, "Fenichel, 1974: 218-245").

Vaillant, somatizasyonu başkalarına karşı duyulan agresif- hostil duygu ve kızgınlıkların (reddedilme, kayıp, yalnızlık) dönüştürülmesi olarak görür. Bazı analistler ise, pregenital arzular (beslenme, bakım, sempati, fiziksel yakınlık) ve oral bağımlılık gereksinimlerinin sembolleştirilmesi olarak görmektedirler. Hasta bir anlamda "Beni sevmiyorsan, vücudumu sev" demektedir. Sullivan ise, somatizasyonu benliğin öz saygı alması ve yetersiz duygularına karşı kendini

savunduğu bir fenomen olarak değerlendirmektedir. Ego için fiziksel hasta olmak, yetersiz olmaktan daha az sıkıntı doğurmaktadır. Böylece özsaygıyı zorlayan, bağımlılık ve korunma gereksinimi yaratan stresler, hasta da bedenle ilgili aşırı zihinsel uğraşları başlatmaktadır (Özkan, 1993: 222).

Freud sonrası psikanalitik yorumcular, özellikle Menninger bu çerçevede "moral mazohizm" kavramını geliştirmiştir. Bu kavram aslında Freud'un seksüel mazohizm kavramına dayanır. Moral mazohizm, hastaya acı ve ıstırap veren otomutilatif davranışları ifade eder. Bu otomutilasyon doğrudan açık ve davranışsal olabileceği gibi, dolaylı da olabilir. Madde kullanım bozukluğu, zarar verici ilişkiler ve fonksiyonel somatik sendrom, bu çerçevede yorumlanır. Fonksiyonel somatik sendrom hastaları, davranışsal ve insanlar arası ilişki açısından acı çeken bireylerdir. Amaç bu fiziksel ızdırabın altındaki dürtü ve ne tür ihtiyacın karşılandığı temel sorundur. Menninger, bu davranışın psişik kökenini yorumlamak için "mazohistik triad" terimini kullanmaktadır. Bu hastalardaki acı çekme durumu şu içsel ihtiyaçları karşılamaktadır;

- bakım gereksinimi,
- hostilitiyi kendine yönelterek serbestçe ve emniyetle ifade etme ihtiyacı,
- süperegonun cezalandırılarak doyurulma ihtiyacı,

Bu insanların sürekli hasta rolünü sürdürmeleri, insanlar arası ve çevre ilişkileri açısından bakım gereksinimine dönüktür. Bazen bir fiziksel belirtinin gelişimi ve ısrarlı bir şekilde belirtilmesi, çevreye dönük kızgınlığı ifade etmeye dönüktür. Bu yaşam biçimi de, kabul edilmeyen dürtüler için acı çekmek anlamı da taşır (Özkan, 1993: 224).

Kellner (1990), yadsıma, yer değiştirme ya da mantıksallaştırma ile birlikte somatizasyon bir savunma düzeneği olarak kişinin varolan duygusal sorunlarının yerini bedensel belirtilerin almasını ve kişinin tolere edilemeyen çatışmalar yerine bedensel duyumları ile uğraşmasını sağlamaktadır, demektedir (Kellner, 1990: 150-160).

Somatizasyon psikanalistler tarafından immatür savunmalar arasında sayılmaktadır. Somatizasyon, bilinçdışı çatışmalar nedeniyle ortaya çıkan anksiyetenin bedensel belirtilere dönüştürülmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Çocukluğun ilk yıllarında her türlü zorlanmaya karşı ortaya çıkan somatik tepkilerin

yerini gelişimsel süreçler içinde düşünce ve duygulanım almaktadır (desomatizasyon). Daha sonraki dönemlerde yaşananlar çözümlenmemiş çatışmaları etkinleştirmekte ve çocukluğun ilk dönemlerinde görülen somatik tepkilere gerilemeye yol açabilmektedir (resomatizasyon), bu gerilemenin psikofizyolojik reaksiyonların ortaya çıkmasında rol oynayan önemli bir süreç olabileceği ileri sürülmektedir (Akt. Özmen vd, 1997:238, "Meissner, 1985: 337–418").

1.3.3.4. Öğrenilmiş Nedenler

Çocukluk yaşantıları somatizasyonun gelişiminde etkili olabilmektedir. Karın ağrısı, baş ağrısı gibi yakınmaların kendisini okula gitme ya da ders çalışma gibi birtakım sorumluluklardan kurtardığını gören çocuk, bazı sorumluluklardan kaçabilmek için bedensel yakınmalara sığınma şeklinde davranış kalıbı geliştirebilir (Oğuz, 1992: 145–150). Kellner'a (1990) göre, çocuklukta belirlenen belirtiler çoğu kez ailenin diğer üyelerinde görülen belirtilerin bir kopyası gibidir. Yapılan geriye dönük çalışmalarda, somatizasyon ve hipokondriyazise rastlanan erişkinlerin çocuklarında anne ve babalarının somatik belirtilerle ilgilenen ve bunlara odaklanan kişiler olduğu bildirilmiştir (Kellner, 1990; 150–160).

Herhangi bir kültür ve toplumun hasta ve hastalığa yaklaşımı; o toplumdaki kişileri ve algılarını etkiler. Fonksiyonel somatik sendromun ve buradaki sosyo-davranışsal hastalık davranışının anlaşılması o kültürün "hasta" rolüne ilişkin sosyal değerleri ile bağlantılıdır. Parsons, her kişinin toplumunda nasıl "hasta" olacağını "öğrendiğini" belirtir. Hasta rolü kişiye bazı haklar sağlar ve bazı sosyal sorumluluk ve yükümlülüklerini bağışlar. Sağladığı haklar şunlardır:

1. Hekim ve hastaneye başvurma ve sosyal sorumluluklardan bağışlanma,
2. Hasta olduğu için suçlanmama.

Somatizasyon öğrenilmiş bir sosyal davranış biçimi, sözsüz insanlar arası iletişim modeli olarak yorumlanabilir. Burada önemli olan hastanın ne hissettiği değil, ne yaptığı ve söylediğidir. Bu hastalarda hastalık davranışı esas uğraş ve meslekleridir, tüm ilişkileri "hasta" rollerini geçerli kılmaya yöneliktir. Öğrenme teorisi ve sosyal psikolojiye göre: bu hastalar çocukluk dönemlerine dek uzanan bazı yaşantılamaları sonucu, duygularını ifade etme yetenekleri de sınırlı olduğu için,

hastalık davranışını destek ve bakım elde etmek için geçerli bir yol olarak öğrenmişlerdir (yanlış koşullanma). Güçlük ve sorumluluklarının bu rolle azalması da, esas kazançlarıdır (sosyodavranışsal model). Hastaların belirti giderilmesi değil, tanı peşinde olmaları, bu şekilde yorumlanmaktadır (Özkan, 1993: 222- 226).

1.3.3.5. Algısal Ve Bilişsel Nedenler

Özkan (1993), deneysel psikoloji, nöropsikoloji ve psikofizyoloji de son yıllarda kaydedilen deneysel ve klinik bulgular, bu alanda da yeni kavramları gündeme getirmiştir, demektedir. Bu hastaların normal vücut duyuların abartmaları, emosyonel uyarılmışlığa bağlı somatik belirtileri yanlış yorumlamaları, emosyonel, verbal kavramlarla değil, fiziksel ve somut terimlerle düşünme, algılamaya yatkın olmalarının belirlenmesi, bu yorumu destekler. Bu kapsamda, primer olarak bir algısal kusur söz konusudur. Sağlık ve hastalığa karşı tutum, hekim ve insanlar arası etkileşimleri, vücutla aşırı uğraşmaları ikincil fenomenlerdir (vücut duyularının bozuk algılanmasının doğal sonuçları). Bu hastalarda fizyolojik duyumlara karşı, algısal aşırı duyarlılık ve uyarılmışlık bulunmuştur.

Normal ya da fizyolojik değişkenlere bağlı vücut işlev değişikliklerini değerlendirme ve bilişsel sentezde hata yaparlar. Mevcut durumla ilgili bilgi birikimleri ve edinilmiş iletim biçimlerine göre algılayıp yorum yaparlar. Böylece belirsiz ve gözlemlenemeyen normal sınırlar içindeki değişkenler farklı bir algısal çerçevede biçimlenip yorumlanacaklardır. Bu yanlış atfetme, tüm gelecek algılarını yönlendirecektir. Algısal çerçeve, edinilmiş iletişim biçimi ve affektif tonüs arasında kısır döngü oluşmaktadır. Böylece hipkondri, kendini besleyen ve kendini gerçekleştiren bir kognitif şema gibi düşünülmektedir (paranoya ile benzerlik). Günlük hayatta bir kişiye sık sık "hasta gibi görünüyorsun" denmesinden sonra, merdiven çıkarken normal nefes darlığını hastalık belirtisi gibi algılaması, bu kavrama ilişkin basit bir örnektir.

Klinik uygulamada, fonksiyonel somatik sendrom olgularında aleksitiminin yaygınlığı dikkat çekicidir. Kapsamlı kültürlerarası karşılaştırmalı araştırmalar olmamakla beraber: somatizasyonun eğitim ve aile düzeni açısından duyuların sözelleştirilmesinin engellendiği ya da cesaretlendirilmediği toplum kesimlerinde daha yaygın olduğu kabul edilir. Klinik olarak somatizasyonun ortaya çıkışı emosyonların ifade edilmediği ortam ve durumlarla ilişkili gözükmektedir(Özkan, 1993: 224–225).

Sifnemos, bu hastaları tanımlamada aleksitiminin yani duygularını kelimelerle ifade etme yetersizliğinin ana bulgu olarak değerlendirir. Burada etyolojisi (nöronal, davranışsal) tartışılmakla beraber, yüksek kortikal işlevler de yetersizlik, duygularını sözel terimlerle kavrama ve ifade yetersizliği vardır. Bu kişiler duygularını yaşarlar, ancak ifade edemezler. Duygularını sözelleştiremedikleri için, sıkıntı, kızgınlık, üzümlük gibi duygu ve tepkilerini fiziksel semptomlarla ifade ederler. Bir anlamda, "göğsüm daralıyor" demek "bunaliyorum, kızıyorum" demekten daha kolaydır. Bu kişilerin sürekli olarak emosyonel değil, somatik sözlük kullanmaları da dikkat çekicidir. Aleksitimi, gerek bu hastaları anlamada, gerekse tedavi yöntemlerinde önemli bir bulgudur (Özkan, 1993: 224–225).

1.3.4. Somatizasyon Bozukluğunun Tedavisi

Somatizasyon bozukluğu olan hastalar tedavilerini birincil olarak üstlenen tek bir hekim olduğunda en iyi tedavi edilirler. Birden fazla hekimin varlığında somatik yakınmalarını ifade etme fırsatları artmış olur (Kaplan ve Sadock, 2004: 220).

Hastalar oldukça kısa bir süre görülmelidir. Her yeni somatik yakınma için kısa bir fizik muayene yapılması gerekirse de diğer laboratuvar incelemelerinden ve tanısal girişimlerden olabildiğince kaçınılmalıdır. Bir kez somatizasyon bozukluğu tanısı konunca hekim hastanın somatik yakınmalarını daha çok tıbbi yakınmalar olarak değil duygusal dışavurumlar olarak dinlemelidir. Bununla birlikte somatizasyon bozukluğu olan hastaların organik hastalıklarının da olabileceği unutulmamalıdır. Bu yüzden hekimler hangi semptomlarla ne derecede uğraşmaları gerektiği konusunda klinik sezgilerini kullanmak durumundadırlar (Köroğlu, 2004: 387). Somatizasyon bozukluğu olan hastayı tedavi eden birinci basamak hekiminin stratejisi hasta düzenli biçimde psikiyatriste gitmeye razı olana dek semptomların oluşumunda psikolojik etkenlerin rolü olabileceği hakkındaki farkındalığı arttırmaktır (Kaplan ve Sadock, 2004: 220).

Eşlik eden belirtiyeye göre ilaç seçimi yapılmaktadır. Sıklıkla antidepresan ilaçlar seçilmektedir. Bazı çalışmalarda özgül serotonin geri alım engelleyicileri etkin bulunmaktadır. Klasik ilaçlarla yeterli sonuç alınamamaktadır.

Psikoterapinin gerekliliğinde birleşilmektedir. Ancak etkinliği sınırlıdır. Psikoterapide işbirliği sağlamak genellikle zor olmaktadır. Olguların psikiyatrist dışı hekimlerle ilişkileri daha iyi olmaktadır (Yüksel, 2001: 326). Psikoterapötik

yaklaşımında hastaların semptomlarıyla başa çıkmalarına, altta yatan duygularını dışa vurmalarına ve duygularını göstermeleri için yeni yöntemler geliştirmelerine yardımcı olunur (Köroğlu, 2004: 387).

1.4. İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Bu bölümde araştırmanın konusu ile benzer konular üzerine yurtiçi ve yurtdışında yapılmış olan çalışmalara yer verilecektir.

1.4.1. Otizm İle İlgili Yapılan Çalışmalar

1.4.1.1. Türkiye’de Yapılan Çalışmalar

Akkök (1989) çalışmasında, öğretilebilir, eğitilebilir, otistik ve öğrenme güçlüğü olan çocuklara sahip anne babaların kaygı ve endişe düzeylerini, çocuğun cinsiyeti, yaşı ve özrün derecesi ile araştırmıştır. Sonuçta anne babaların kaygı ve endişelerinin çocuğun yaşıyla ve cinsiyetiyle bir ilişkisinin olmadığı, çocuğun engel türünün kaygı ve endişe düzeylerine anlamlı bir etki yaptığı bulunmuştur; eğitilebilir ve otistik çocuğa sahip olan anne babaların kaygı ve endişe düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Akkök, 1989: 8–12).

Kaygusuz (1993), “Otistik Ve Down Sendromlu Çocukların Annelerinde Depresyon Ve Durumluk-Sürekli Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi” adlı çalışmasında otistik ve down Sendromlu çocukların annelerinin depresyon düzeyleri ve durumluk-sürekli kaygı düzeylerini, normal çocuğa sahip annelerin depresyon ve durumluk-sürekli kaygı düzeylerinden daha yüksek bulmuştur (Kaygusuz, 1993).

Yurdakul ve Girli (1997), yaptıkları çalışmalarında otistik veya zihinsel engelli çocuğa sahip olan anne ve babaların, sosyal destek ağı ve desteğin psikolojik sağlık ile ilişkisi incelenmiş ve aynı yaşlarda normal çocuğu olan anne-babalarla sosyal destek ve psikolojik sağlık açısından karşılaştırmışlardır. Çalışmaya 83 zihinsel engelli çocuğa sahip olan anne- baba, 56 otistik çocuğa sahip olan anne- baba ile 78 normal çocuğa sahip olan anne- baba katılmıştır. Araştırmada, sosyal destek, desteği sağlayan kişilerin sayısı, desteğin kimler tarafından verildiği ve sosyal destekten memnuniyet derecesi ölçülmüştür. Araştırma sonucunda engelli çocuğa

sahip anne- babaların sosyal destek ağının, engelli çocuğu olmayan anne- babalara göre daha dar olduğu bulunmuştur. Analizler sonucunda, engelli çocuğu olan ebeveynlerin birinci derecede kendi ailelerinden destek aldıkları ve arkadaş desteğinin az olduğu saptanmıştır (Yurdakul ve Girli, 1997: 6–12).

Beşikçi (2000), yaptığı araştırmada; otistik olan ve olmayan çocuklara sahip anne- babaların kaygı düzeyleri ve aile yapılarını karşılaştırdığı çalışmasında tanısı yeni konmuş otistik çocuk annelerinin depresyon düzeyleri ile durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin tanısı daha önceden konmuş otistik çocuk annelerine göre daha yüksek olduğu, aynı zamanda otistik çocuk annelerinin otistik olmayan normal çocuklara sahip annelere göre depresyon düzeyleri ile durumluk – sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur (Beşikçi, 2000).

Fırat (2000), otistik ve zihinsel engelli çocukların annelerinde kaygı, depresyon, aleksitimi ve genel psikolojik değerlendirme adlı çalışmasında otistik çocuk annelerinin durumlu- sürekli kaygı ve depresyon düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (Fırat, 2000).

Fırat, Diler, Avcı ve Şeydaoğlu (2002), yaptıkları çalışmada otistik çocukları olan 40 anneyi ve zekâ engelli çocukları olan 38 anneyi psikometrik testler ve SCL–90-R kullanarak karşılaştırmışlardır. Otistik çocukların annelerinde psikometrik testlerde depresyon daha fazla görülürken, SCL–90-R testinin tüm alt ölçeklerinde psikopatoloji otistik çocukların ailelerinde daha çok görülmüştür (Fırat vd. 2002: 679–685).

Öksüz (2008), otistik çocuk aileleri ve sağlıklı çocuk annelerini karşılaştırdığı çalışmasında, otistik çocuğa sahip anne-babaların depresyon düzeylerini, sağlıklı çocuk anne-babalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca otistik çocuğa sahip annelerin obsesif- kompulsif belirti düzeyleri, sağlıklı çocuk annelerinin obsesif-kompulsif belirti düzeylerinden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Öksüz, 2008: 64–65).

1.4.1.2. Yurtdışında Yapılan Çalışmalar

Bristol (1987), yaptığı çalışmada yaşları 4 ile 19 arasında değışen 40 otistik çocuğun anneleri ile yaptığı çalışmada, annenin yaşı, ailedeki genel kaygı ve çocuğun bağımlılık derecesi arasındaki ilişkiye bakmıştır. Sonuç olarak annelerin

kaygısı üzerinde; çocuğun yaşı (yaş büyüdükçe kaygı artmaktadır), çocuğun cinsiyeti (erkek çocuk anneleri kızlarla göre daha fazla kaygı yaşamaktadırlar), çocuğun bağımlılık derecesi (bağımlılık arttıkça kaygı artmaktadır) ve çevreyse bağlı değişkenlerin (resmi ve resmi olmayan kurumlardan yardım alanlarda daha düşük) etkili olduğu bulunmuştur (Morgan, 1988: 267–268).

DeLong ve Dwyer'in (1988) aile hikâyelerini kullanarak yaptıkları araştırmaya otistik sendromlu kişilerin ebeveynleri ve kardeşleri katılmıştır ve bipolar bozukluk ile depresif bozukluğun görülme oranının otistik sendromlu kişilerin ailelerinde kontrol grubuna göre daha fazla olduğu görülmüştür (DeLong ve Dwyer, 1988: 593–600).

Yuk-ki Chen ve So-kum Tang (1997), yaptıkları çalışmasında annenin sürekli engelli çocuğa bakım veren konumunda olmasının annelerin psikolojik ve fiziksel sağlıklarını olumsuz yönde etkilediğini, buna karşın annelerin sosyal çevrelerinden alabildikleri desteklerin, engelin yarattığı güçlüklerin üstesinden gelmelerinde ve yaşadıkları olumsuz stresin etkilerini azaltmada önemli bir rolü olduğunu bulmuştur (Akt. Özkan, 2002: 29).

Sanders ve Morgan (1997) yaptıkları çalışmalarında, otistik ve down sendromlu çocukların anne babaları ile normal çocuğa sahip anne babaların uyum problemlerini ve streslerini araştırmıştır. Araştırma sonucunda, otistik ve down sendromlu çocuk anne - babalarının normal çocuklara sahip anne ve babalara göre daha fazla stres yaşadıkları, engelli gruplar arasında ise otistik çocuk anne ve babalarının down sendromlu çocuk anne ve babalarından belirgin olarak daha fazla rol aldığı ve sorumluluğu daha fazla paylaştığı bulunmuştur (Akt. Aydoğan, 1999: 23).

Weiss (2002), yaptığı çalışmada normal çocuğa sahip anneler ile otistik ve zihinsel engelli çocuğa sahip annelerin stres düzeylerine sosyal desteğin ve kişisel dayanıklılığın etkisini incelemiştir. Otistik çocuğa sahip annelerin zihinsel engelli ve normal çocuğa sahip annelerden daha fazla olarak stresin olumsuz etkileriyle karşılaştığı bulunmuş ve bu sonucun daha önce konu ile ilgili yapılan çalışmalarla benzer olduğu belirtilmiştir. Depresyon, Anksiyete, somatik yakınma boyutlarında da otistik çocuğa sahip anneler diğer gruptaki annelere göre daha yüksek puan almışlardır. Araştırmada stres düzeyinin en önemli belirleyicisi olarak bakmakla yükümlü olunan çocuğun anneye bağımlılık düzeyi olduğu bulunmuştur. Kişisel dayanıklılığın ve sosyal desteğin, sosyal adaptasyonun belirleyicileri olduğu belirtilmiştir (Weiss, 2002: 115–130).

1.4.2. Benlik Saygısı İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Benlik saygısı ile ilgili yapılan araştırmalar daha çok ergenler ve çocuklar üzerinde yoğunlaşmıştır.

1.4.2.1. Türkiye’de Yapılan Çalışmalar

Çuhadaroglu (1986), “Adolesanlarda Benlik Saygısı” adlı araştırması sonucunda, psikotik ve nevrotik özellikler gösteren adolesanlar kontrol grubuyla karşılaştırılmış ve her iki grubun benlik saygıları ortalama olarak kontrol grubuna göre önemli derecede düşüklük gösterdiği bulunmuştur. Her üç grupta da depresif duygulanımla benlik saygısı arasında önemli bir ilişki vardır; benlik saygısı azalması, depresif duygulanımda artmayla birlikte gitmektedir. Psikosomatik belirtiler açısından araştırma grupları incelendiğinde, belirtiler kontrol grubunda az, psikotik grupta orta derecede, nörotiklerde ise çok bulunmuştur. Benlik saygısının her üç grupta da aynı İken psikosomatik belirtilerle ilişkili gruplar arasında böyle bir farklılık olması, adolesanlarda psikiyatrik yakınma olarak psikosomatik belirtilerin depresif belirtilere göre daha önemli olduğu sonucunu çıkartmaktadır. Benlik saygısı sosyo-demografik veriler açısından incelendiğinde annenin yaşı, eğitimi ve mesleği ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Çuhadaroglu, 1986).

Özoğul (1988) tarafından yapılan araştırmada, annenin çalışma durumunun ve bazı bireysel niteliklerin (annenin eğitim düzeyi, çocuğun doğum sırası, cinsiyeti) çocuğun özsaygısı üzerindeki etkisi ilkokul dörd ve beşinci sınıfa devam eden 120 öğrenci üzerinde incelenmiştir. Coopersmith Özsaygı Ölçeğini kullandığı araştırma sonuçlarına göre, çalışan ve çalışmayan annelerin çocuklarının özsaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Cinsiyet açısından erkek çocukların, kız çocuklarına oranla özsaygıları daha yüksek bulunmuştur. Çocuğun doğum sırasının, çocuğun özsaygı düzeylerine bir etkisi olmadığı belirlenirken, eğitim düzeyi düşük ve yüksek annelerin çocuklarının özsaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Özoğul, 1988).

Güçray (1989) tarafından yapılan çalışmada çocuk yuvasında ve ailesinin yanında kalan 9–10 ve 11 yaşlarındaki çocukların özsaygı gelişimlerini etkileyen bazı faktörler incelenmiş ve özsaygı Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri kullanılarak ölçülmüştür. Araştırma bulgularına göre; kalınan yer değişkeninin, çocukların özsaygı gelişiminde önemli bir etkiye sahip olduğu ortaya çıkmıştır.

Çocuk yuvasında kalan çocuklarla, ailesinin yanında kalan çocukların özsaygı puanları arasında büyük bir fark ortaya çıkmıştır. Araştırmanın bulgularına göre, yetişkinlerin demokratik tutumları çocukta değerlilik duygusunu ortaya çıkararak özsaygısını olumlu yönde, otoriter ve ilgisiz tutumlar ise olumsuz yönde etkilenmektedir (Güçray, 1989).

Can (1990), Lise öğrencilerinin benlik tasarım düzeylerini etkileyen etmenleri incelediği araştırmasını 1094 lise ikinci sınıf öğrencisi üzerinde yapmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre, öğrencilerin yaşları yükseldikçe, benlik tasarım düzeylerinde anlamlı ölçüde düşmeler olduğunu belirlemiştir. Elde ettiği bulgular sonucunda, cinsiyete göre öğrencilerin benlik tasarım düzeyleri arasında fark bulunmadığını, sosyo-ekonomik ve kültürel düzey açısından üst düzeyde olan ailelerin çocuklarının benlik tasarım düzeylerinin, alt düzeydeki ailelerin çocuklarınınkinden daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Can, 1990: 392).

Dinç (1992) ise yaptığı araştırmada lise öğrencilerinin genel, psikolojik, sosyal, cinsel, ailesel ve uyumsal benlik algılarının özsaygılarına olan etkisini incelemiştir. Araştırma sonucunda, genel, psikolojik, ailesel ve uyumsal benlik algı düzeylerinin yüksek olmasının özsaygıyı olumlu yönde, düşük olmasının ise olumsuz yönde etkilediğini gözlemlemiştir. Ayrıca genel, sosyal, ailesel ve uyumsal benlik algı düzeyleri düşük olan kız ve erkek gruplarında özsaygının erkelerin lehine yüksek çıktığını saptarken, cinsel benlik düzeyleri farklı olan kız ve erkeklerin özsaygı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığını belirlemiştir (Dinç, 1992).

Akboy (1998), benlik kavramının dürtü kontrol ve duygusal durum alt boyutlarında kızların erkeklere göre daha olumlu benlik kavramına sahipken sosyal ilişkiler, eğitsel ve mesleki amaçlar, dış dünyaya hâkimiyet ve üstün uyum alt boyutlarında erkeklerin kızlardan daha olumlu benlik kavramlarına sahip olduklarını belirtmektedir (Akboy, 1998: 189–197).

Yüksel (2002) tarafından yapılan bir araştırmada üniversite öğrencilerinin utangaçlıklarının benlik saygısı ve yalnızlıkla ilişkisi incelenmiştir. Betimsel bir çalışma olan bu araştırma Gazi Üniversitesinin Gazi Eğitim Fakültesinde okuyan 202 öğrenciyi kapsamaktadır. Veriler, Utangaçlık Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği, Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri ve Kişisel Bilgi Formu ile elde edilmiştir. Öğrencilerin utangaçlıklarını açıklamada çoklu regrasyon analizi kullanılmıştır. Araştırma bulguları, özsaygı, algılanan akademik başarı durumu ve annenin eğitim

düzeyinin; utangaçlığın önemli yordayıcıları olduğunu göstermiştir (Yüksel, 2002: 37–57).

1.4.2.2. Yurtdışında Yapılan Çalışmalar

Long (1986), tarafından yapılan bir araştırmada, aile yapısının (anne baba bir arada ya da değil) ve anne babanın anlaşmazlığının (biyolojik ebeveynin mutluluk düzeyi) üniversite birinci sınıf kız öğrencilerin benlik saygısı üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Araştırmanın bulguları ebeveynlerin mutluluğuyla gençlerin benlik saygıları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ancak aile yapısı ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. Örneklem daha sonra üç gruba bölünmüştür. Mutsuz bir arada olan grup, mutlu bir arada olan gruptan anlamlı derecede düşük benlik saygısı gösterirken, ayrılmış grup ikisinin arasında yer almıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına bakılacak olursa anne babanın anlaşmazlığı gencin benlik saygısını belirleyen temel değişken olarak nitelenebilir (Long, 1986: 19-27).

Nottelman (1987), erken ergenlik dönemine geçişte belirli bir benlik saygısı artışı gözlemlenmiştir. Erken ergenlik döneminin nispeten tutarlı bir dönem olduğu vurgulanmakla birlikte, benlik saygısında gözlenen bir miktar gelişmenin de kızlarda düşünsel alanla bağlantılı olarak, erkeklerde ise her açıdan gerçekleştiği belirtilmektedir (Nottelman, 1987: 441–450).

Benlik saygısının yaşla birlikte arttığını, fakat farklı olarak cinsiyete göre benlik saygısı düzeyinin değişmediğini bulan Mullis ve Normandin (1992), ergenlerin lise dönemi boyunca benlik saygısı düzeyini incelemişlerdir. Araştırma 14–19 yaşları arasında yer alan 270 kişilik bir örneklem grubu ile yürütülmüştür. Benlik saygısını ölçmek için Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda benlik saygısının yaşla birlikte arttığı gözlenmiş, ortaokuldan liseye geçiş döneminin benlik saygısının gelişimi açısından en kritik dönem olduğu belirtilmiştir. Çalışmada cinsiyetle benlik saygısının gelişimi arasında önemli bir ilişki olmadığı, ancak ailenin gelir durumunun, eğitim düzeyinin ve sosyoekonomik statüsünün önemli bir etken olduğu ortaya çıkmıştır (Mullis ve Normandin, 1992: 51–60).

Jacobvitz ve Bush (1996), aile içindeki ilişki biçimlerinin 19–22 yaş arası kızların depresyon, anksiyete ve benlik saygısıyla ilişkisine bakmışlardır. Araştırmada 93 katılımcı yer almıştır. Ölçme aracı olarak Aile İlişkisi Envanteri kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, çocuklukta yaşanan baba-kız ilişkilerinin

anksiyete ve düşük benlik saygısı ile önemli düzeyde ilişkili olduğu, anne-kız ilişkilerinin ise, anksiyetenin ortaya çıkmasında etkili olduğu görülmüştür (Jacobvitz ve Bush, 1996: 732–743).

Gohm, Corser ve Dalsky (2005), üniversite birinci sınıf öğrencilerinin duygusal zekâ düzeyleri ile stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırma sonucunda duygusal zekâ düzeyini, orta düzeyde stresle, sinirli ve sakin öğrenciler için anlamlı düzeyde ilişkisi olduğunu saptamışlardır. Düşük yoğunlukta stres yaşayan öğrencilerin yaşadığı stresle, duygusal zekâları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını belirtmişlerdir. Bunun sebebi olarak ise bu öğrencilerin en düşük seviyedeki stres tipi olması, yaşamlarındaki olaylara karşı ılımlı tepkiler vermeleri ve bu tepkileri anlamaları şeklinde yorumlamışlardır (Gohm, Corser ve Dalsky, 2005: 1017–1028).

1.4.3. Somatizasyon Bozukluğu İle İlgili Yapılan Çalışmalar

1.4.3.1. Türkiye’de Yapılan Çalışmalar

Baştürk (1989) yılında yaptığı çalışmasında DSM- III kriterlerine göre somatizasyon bozukluğu tanısı almış 50 hasta ile çalışmış, hastaların tamamına yakınında psikososyal stres faktörü belirlemiştir. Ayrıca bu hastaların en sık şikâyet ettikleri semptomların ağrı ve kardiyopulmoner semptomlar olduğu görülmüştür (Baştürk, 1989: 59).

Erdoğan’ın (1990) yaptığı Somatizasyon Bozukluğu gösteren hastalardaki semptom dağılımları ve stres faktörleri ile ilişkiler adlı çalışma, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine 1989 yılı 1990 yılının Mart ayına kadar başvuran vakalar arasında DSM-III-R kriterlerine göre Somatizasyon Bozukluğu tanısı almış olan, yaşları 19 ile 52 arasında değişen 9’u erkek, 41’i kadın toplam 50 hasta üzerinde yapılmıştır. Hastalardan alınan bilgilerin yanı sıra gerektiğinde yakınlarından da bilgi alınmıştır. Araştırmaya alınan erkek hastalarda en sık görülen ilk iki semptom baş dönmesi ve bulantı, kadınlarda görülen ilk iki semptom ise sırt ağrısı ve çarpıntıdır. Bütün hastalar göz önüne alındığında ise ilk iki semptom, sırt ağrısı ve çarpıntıdır. Bütün hastalarda, anksiyete puanı ile semptom sayısı arasında orta derecede bir pozitif korelasyon bulunmuştur.. Bütün hastalarda depresyon skoru ile semptom sayısı arasında yüksek düzeyde pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Psikososyal stres faktörü tespit edilen hastalardan 36’sında (%72)

halen devam eden bir ya da daha fazla psikososyal stres faktörünün mevcut olduğu saptanmıştır. Psikososyal stres faktörü bulunan hastalardan 31'i (%62) hastalığı ile psikososyal stres faktörü arasında ilişki kurmuştur. Tüm hastalarda en sık görülen psikososyal stres faktörü 21 hastada (% 42,0) geçimsizlik olarak tespit edilmiştir (Erdoğan, 1990).

Dünya Sağlık Örgütü'nün planlayıp desteklediği, "Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Bozukluklar" isimli çok merkezli çalışmanın Türkiye'de yapılan kısmında yarı kırsal bölgede bir sağlık ocağına başvuran hastalarda organik bir nedene bağlanamayan somatik belirti sayısı ortalamasının 3.46; en sık görülen somatik belirtinin baş ağrısı olduğu (%24,2) görülmüştür. Somatizasyon maddelerinin psödonörolojik-seksüel, ağrı, adet dönemi ve kalp solunum sistemi belirtileri şeklinde dört grup içinde kümelenme gösterdikleri; belirti ortalamalarının başta ev işi yapanlar olmak üzere, kadınlarda, 35–65 yaş grubunda, evli ya da dul olanlarda, genel sağlık değerlendirmesi orta-kötü olanlarda, yeti yitimi olanlarda, sağlık hizmetini fazla kullananlarda, depresyon, yaygın bunaltı bozukluğu ve nevrasteni tanısı alanlarda önemli düzeylerde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Sağduyu ve Özmen, 1996: 176–184).

Kelleci ve arkadaşları (2003) yılında 18–49 yaş grubunda olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 108 birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran kadının ruhsal belirti düzeylerini belirlemek amacıyla bir çalışma yürütmüşlerdir. Araştırma sonucunda kadınların sağlık kurumuna bedensel sorunlarla başvurdukları, ancak bireysel görüşmeler sırasında ruhsal içerikli şikâyetlerini ifade ettikleri görülmektedir. kadınların yarıdan fazlasının ruhsal belirtilerinin olduğunu ve ileri bir psikiyatrik tanılamaya gidilmesinin gerekliliğini göstermesi açısından önemli görülmüştür. Aynı zamanda ruhsal belirtilerin yüksek oranda görülmesi sağlık ocağına başvuran kadınların ruhsal yönden de incelenmesinin önemini ortaya koymuştur (Kelleci vd. 2003: 13).

Fidanoğlu (2007), evlilik uyumu ile somatizasyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi sosyodemografik özelliklere göre araştırmıştır. Çalışmaya göre somatizasyonla anlamlı derecede ilişkili bulunmuş değişkenler cinsiyet, eğitim, sosyal güvence, kız çocuğuna sahip olma, bireysel ve ailevi sağlık durumu, kilo farkı ve evlilik süresidir. Kadın olmak, düşük eğitim düzeyi, ameliyatlara geçirmiş olmak, kronik hastalığa sahip olmak ve ailede de kronik, fiziksel ya da zihinsel hastalığın varlığı somatizasyonda risk oluşturmaktadır. Ayrıca, çift uyumu ile somatizasyon arasındaki

negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur. Somatizasyon puanı azaldıkça çift ilişkisindeki doyum, fikir birliği, duyguların ifadesi ve genel evlilik uyumunu artmaktadır (Fidanoğlu, 2007: 125).

1.4.3.2. Yurtdışında Yapılan Çalışmalar

James ve arkadaşları (1987), somatizasyon bozukluğu olan bireylerin beyinlerindeki bölgesel kan akımlarını incelemişler ve sağ parietal lopta hiperaktiviteyi belirlemişlerdir (James vd. 1987: 190–196). Beynin bu bölgesinin dışarıdan gelen uyarılara olan dikkatin kontrolünde önemli kortikal ağları kapsadığı düşünülür (Gur vd.1983: 601–606).

Nakao, Fricchione, Zuttermeister ve ark. (2001), ruh/beden tıp kliniğine başvuran hastaların cinsiyet ve evlilik statüsünün somatik semptomlar üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla, 1993'ten 1997'ye kadar ayaktan tedavi gören 1132 hastanın karakteristiklerini incelenmiştir. Kadınlar 12 semptomdan 9'unu (yorgunluk, uykusuzluk, baş ağrısı, sırt ağrısı, eklem ya da eklem bağı ağrısı, çarpıntı, kabızlık, mide bulantısı ve baş dönmesi) erkeklere oranla daha sık rapor etmişlerdir. Algılanan stres değerlendirmeleri, kadınlarda erkeklerden daha fazladır. Kadınlar, özellikle de evli olmayan kadınlar, somatik rahatsızlıkları daha fazla rapor etmek eğilimindedir. Cinsiyet, stres ile ilişkili durumlarda rapor edilen somatik semptomlar açısından önemli bir faktör olarak belirlemektedir. Yaşın, evlilik statüsünün, eğitimin, iş sahibi olmanın, depresyonun ve anksiyetenin etkileri kontrol edildiğinde, 4 semptomun- yorgunluk, baş ağrısı, kabızlık ve mide bulantısı- görülme sıklığı kadınlarda erkeklere oranla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Yaygın 5 semptom (yorgunluk, uykusuzluk, baş ağrısı, sırt ağrısı ve eklem ve eklem bağı ağrısı) ve diğer 4 semptom- çarpıntı, kabızlık, mide bulantısı ve baş dönmesi- için kadın olmanın anlamlı bir yordayıcı olduğu tespit edilmiştir. 3 semptom - karın ağrısı, nefes darlığı ve göğüs ağrısı- için ise anlamlı cinsiyet farklılığı bulunmamıştır. Yaş, cinsiyet, eğitim, depresyon ve anksiyete kontrol edildiğinde bekâr olmanın uykusuzluk için ve boşanmış ya da ayrılmış olmanın nefes darlığı için anlamlı yordayıcılar olduğu belirlenmiştir. Kadınlarda, yorgunluk ve mide bulantısının görülme sıklığı evli olan, bekâr olan ve boşanmış ya da ayrılmış olan hastalar arasında anlamlı farklılıklar göstermiş ve en yüksek oranda görülme sıklığı bekâr hastalar arasında bulunmuştur. Erkeklerde, tüm semptomların görülme sıklığı üç evlilik statüsü grubu arasında farklılık göstermiştir. Evlilik statüsünün; obsesif-

kompulsiflik, depresyon, paranoid düşünce, psikotizm ve global şiddet endeksi üzerinde anlamlı temel etkisi olduğu bulunmuştur (Nakao vd. 2001: 159–168).

Porcelli, De Carne ve Toderello (2004) yaptıkları çalışmada, sık somatizasyon semptomları gösteren kişilerin tıbbi olarak açıklanamayan bir belirtileri olduğunda, başka bir açıklanamayan belirtinin de eklenmesinin daha olası olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca bu kişilerde tedavi sonrası iyileşmenin sık görülmediğini bu kişilerin sağlık durumlarından mutsuz olduklarını, tatminsiz kaldıklarını, birden fazla uzun süreli fiziksel şikâyetleri olduğunu ve bedensel olarak büyütme eğilimlerinden dolayı daha fazla sayıda şikâyetleri olduğunu vurgulamışlardır (Porcelli vd. 2004: 166–173).

BÖLÜM II

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmanın yöntemi kapsamında, araştırmanın modeli, araştırmanın grubu, veri toplama araçları ve verilerin çözümlenmesine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

2.1. Araştırma Modeli

Araştırmada karşılaştırma türü ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Tarama modelleri, geçmişte ya da halen varolan bir durumu varolduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları, herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez. Bilinmek istenen şey vardır ve oradadır. Önemli olan, onu uygun bir biçimde “gözleyip” belirleyebilmektir (Karasar, 2009: 77–85).

İlişkisel tarama modelleri, iki ya da daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve / veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleridir. İlişkisel çözümlene iki türlü yapılabilir. Bunlar korelasyon türü ilişki ile karşılaştırma yolu ile elde edilen ilişkilerdir. Karşılaştırma türü ilişkisel tarama modeli, denemesi olmayan fakat ona en yakın bir araştırma düzenidir. Karşılaştırma yolu ile belli bir sonucun oluşma nedenleri “tek”e indirgenmeye çalışılır. En olası çözümden başlayarak, bu ilişkiler sınanır. Karşılaştırmalı modelde, araştırmacı, doğal ortam içinde incelemelerde bulunduğundan, bulguların geçerlik olasılığı yüksektir. Sonuçlar nedensel bir bağ güvencesi vermese bile, alınacak önlemlerle, güçlüğün azaltılabilme olasılığı, bu tür araştırmaları önemli kılar (Karasar, 2009: 77–85).

2.2. Örneklem Grubu

Bu tez çalışmasının deney grubu; İstanbul ili Anadolu yakasında ikamet eden, çeşitli özel eğitim ve rehabilitasyon kurumlarında eğitim görmekte olan, otizmden başka herhangi bir engeli olmayan, başka bir engelli kardeşi bulunmayan, random olarak seçilmiş; altmış (60) otistik çocuk annesinden oluşmaktadır.

Çalışmanın kontrol grubu ise engelli çocuğu olmayan, yine İstanbul ili Anadolu yakasında ikamet eden, yerleşim olarak denek grubunun seçildiği bölgelere yakın bölgelerden tesadüfi olarak seçilmiş, altmış (60) sağlıklı çocuk annesinden oluşmaktadır. Araştırmada kontrol grubu kullanılmasının nedeni, sağlıklı çocuk anneleri ile otistik çocuk anneleri arasında, araştırmanın amacına bağlı olarak somatizasyon ve benlik saygısı puanlarında, anlamlı farklılıklar olup olmadığına da incelenmek istenmesidir. Elde edilen bulguların, araştırma sonuçlarını destekleyici ve bulguları açıklayıcı olması beklenmiştir.

Örneklem gruplarının demografik özelliklerinde denklik sağlanmaya çalışılmıştır.

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada; annelere benlik saygısı düzeylerini belirlemek amacıyla Coopersmith (1967) tarafından geliştirilen "Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri", somatizasyon düzeylerini ölçmek amacıyla da Derogatis (1977) tarafından geliştirilen SCL 90-R ruhsal belirti tarama listesinin somatizasyon alt ölçeği uygulanmıştır.

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmada katılımcılara, araştırmacı tarafından hazırlanan yaş, eğitim düzeyi, ekonomik düzey, herhangi başka bir tıbbi ya da psikolojik rahatsızlığının olup olmadığı ile ilgili soruları içeren kişisel bilgi formu uygulanmıştır.

2.3.2. Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri

Araştırmada, benlik saygısını ölçmek için Coopersmith Benlik Saygısı

Envanteri kullanılmıştır.1967 yılında Coopersmith tarafından geliştirilmiş olup tüm yaşlar için kullanılmıştır. Benlik saygısı ile dört faktörü kapsayan 25 maddeden oluşan bir kağıt kalem testidir. Bunlar kendini küçümseme, liderlik-popülerlik, anne baba-aile, atılganlık kaygı faktörleridir. Bu araştırmada ölçeğin ölçtüğü alt faktörler değil genel benlik saygısı puanı ele alınacaktır.

Ölçeğin geçerlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı .86, benzer ölçek geçerliği ise .60 olarak bulunmuştur. Coopersmith aracın test-tekrar test güvenilirlik kat sayısını beş hafta arayla uygulanması sonucunda .88, üç yıl arayla uygulanması sonucunda ise .70 bulmuştur (Pişkin, 1996:1-11). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Pıksin (1997) tarafından yapılmıştır (Pişkin, 1997: 21–35).

Bireylerden ölçekte yer alan ifadelere “Evet” veya “Hayır” seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmektedir. Bireyler ölçekteki bazı maddeler için “Evet” i işaretlediklerinde bazı maddeler için ise “Hayır” ı işaretlediklerinde puan almaktadırlar. Puanlamaya giren maddeler işaretlendiğinde 4 (dört), diğerlerine ise 0 (sıfır) puan verilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100, en düşük puan ise 0'dır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe bireylerin özsaygıları da yükselmektedir (İkizoğlu, 1993).

2.3.3. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL- 90 R)

Ruhsal Belirti Tarama Listesi Derogatis tarafından 1977'de geliştirilmiştir. Psikolojik sıkıntı belirtilerini ölçen, grup olarak da uygulanabilen bir kâğıt kalem testidir. Değişik hasta grupları ve normallerle yapılan çalışmalarda kendini anlatma envanteri olarak kullanılan SCL-90R, 90 maddeden ve 10 alttestten oluşur. Alttestler şöyledir:

1. Somatizasyon (SOM) : Oniki maddelik bu alttest, vücudun kalp damar, mide-barsak, solunum ve diğer sistemlerdeki fonksiyon bozukluklarıyla ilgili sıkıntıları yansıtır.
2. Obsesif- Kompulsif (O-C): On maddelik bu alttest, aynı adla anılan belirtileri yansıtır. Bunlar, bireylerce yaşanılması arzu edilmeyen, ancak sürekli ve karşı konulmaz bir biçimde yaşanan düşüncelerdir.
3. Kişilerarası Duyarlılık (INT) : Dokuz maddelik bu alttest, bireyin kendini başkalarıyla karşılaştığında, kişisel yetersizlik ve küçüklük duygularına

- kapılarak, kişilerarası ilişkilerinde kendini küçük görmesi; bu ilişkilerde zorluk çekmesi, rahatsızlık hissetmesi gibi olumsuz düşünce ve duyguları yansıtır.
4. Depresyon (DEP): On üç maddelik bu alttest, genel karamsarlık, ümitsizlik, güdülenme eksikliği, intihar düşünceleri, bilişsel ve somatik belirtileri içeren yaşantı duyumsamalarını yansıtır.
 5. Kaygı (ANX): On maddelik bu alttest, klinik kaygının içerdiği belirti ve davranışları (rahatsızlık, sinirlilik, gerginlik, yorgunluk) gösterir.
 6. Öfke-Düşmanlık (HOS): Altı maddelik bu alttest kızma, huzursuz olma, karşı koyma, düşmanlık, saldırganlık, sinirlilik, öfke hali, küskünlük gibi özellikleri vurgular.
 7. Fobik Anksiyete (PHOB) : Yedi maddelik bu alttest, bireyin belirli bir nesneye, duruma karşı ısrarlı bir korku tepkisini yansıtır.
 8. Paranoid Düşünce (PAR) : 6 maddelik bu alttest, yansıtıcı düşünceleri, düşmanlık, şüpheli, büyüklük ve merkeziyetçi düşünceleri, bağımsızlığı, kaybetme korkusu ve sanrılar gibi düşünceleri yansıtır.
 9. Psicotizm (PSY): On maddelik bu alttest, içe kapanmayı, kendini yalnızlığa bırakmayı, tek başına sürdürülen hayat stilini yansıtır.
 10. Ek Maddeler: yedi maddelik bu alttest, uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk duyguları ile ilgili belirtileri yansıtır.

Puanlanması: "hiç yok" seçeneğine puan verilmez. Diğer seçeneklere yukarıdaki sırayla "1,2,3,4" puan verilir. Bireyin her alt test ile ilgili durumu, maddelere verdiği yanıt değerleri (sayısal) toplamının o alt testteki madde sayısına bölünmesi ile belirlenir. Tüm alt testlerden alınan puanların toplanıp 90'a bölünmesi ile de "genel belirti ortalaması" elde edilir.

Puanların Yorumlanması: Her bir alt test puanı ve genel belirti puanının yorumlanmasında, 0.00'dan 1.50'ye kadar olan puanlar "normal" kabul edilir. 1.51-2.50 arasındakiler "araz düzeyi yüksek", 2.50-4.00 arasındakiler de "araz düzeyi çok yüksek" olarak kabul edilir.

Ölçek, 1954'te Parloff, Kelman ve Frank'ın hazırladığı 41 maddelik "The Discomfort Scale" ile başlayan bir gelişme sürecinin sonunda oluşmuştur. Daha sonra 1965'te Parloff ve arkadaşları 58 maddeden oluşan "Hopkins Symptom Distress Check List'i" hazırlanmışlardır. 1973'te Derogatis ve arkadaşları bu ölçeğin de yetersiz olduğunu düşünerek SCL-90'ı geliştirmişlerdir. Envanterin norm

çalışmaları, Deragotis ve arkadaşları tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde 1000 psikiyatrik hastadan oluşan heterojen bir grup üzerinde yapılmıştır.

Test-tesrartest güvenilirliği: Derogratis ve arkadaşlarının buldukları güvenilirlik (değişmezlik) katsayıları somatizasyon altesti için .86; "obsesif-kompulsif" alt testi için .86; "kişiler arası duyarlılık" altesti için .86; "öfke-düşmanlık" altesti için .84; "fobik anksiyete" altesti için .82; "paranoid düşünce" altesti için .80; "psikotizm" altesti için .77; "depresyon" altesti için .90, "kaygı" altesti için .85 olarak saptanmıştır. Ölçüt-bağımlı geçerlik: Derogratis ve arkadaşları SCL-90 ile Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterini, 100 erkek, 109 kadın, toplam 209 kişik bir gönüllü grubuna uygulamış ve iki ölçeğin benzer nitelikteki alt testleri arasındaki korelasyonların .41 (obsesif-kompulsif ile depresyon) ve .64 (psikotizm ile skizofreni) arasında değiştiğini bulmuşlardır. Ölçeğin ülkemizdeki Türkçeleştirilmiş ilk kullanımı Gökler (1987, Kılıç, 1987'de verildiği gibi) tarafından yapılmıştır (Öner, 1997:461-464).

2.4. Veri Çözümleme Yöntemleri

Araştırmada, annelere uygulanan ölçeklerden öncelikli olarak boş olan anketler ya da eksik cevaplandırılan anketler değerlendirilme dışı bırakılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel analizleri, SPSS 11 programı ile hazırlanmıştır. Bu çalışmada; gruplar arası "T-Testi" ve "Pearson Koreleasyon Analizi" testleri kullanılmıştır. Ayrıca alt değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki etkilerini araştırmak amacıyla Kruskal Wallis ve Man Whitney U testleri kullanılmıştır.

BÖLÜM III

BULGULAR

Bu bölümde araştırmada ele alınan amaçlar doğrultusunda toplanan ölçeklerden elde edilen verilerin istatistiksel çözümlenmeleri sonucunda elde edilen bulgular ve yorumları yer almaktadır. Önce örneklem grubunun genel yapısını tanıttıcı frekans ve yüzde dağılımlarına kısa açıklamaları ile birlikte yer verilmiştir. Daha sonra ise ölçekler ile elde edilen veriler, araştırmanın amaçları ve bu amaçların sunulmuş sırasına göre istatistiksel analizlere tabi tutulmuştur.

3.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Bulguların bu bölümünde, kişisel bilgi formundan elde edilen bilgiler doğrultusunda, deney ve kontrol gruplarının sosyo-demografik özellikleri yani örneklem grubunun genel yapısını tanıttıcı frekans ve yüzde dağılımları kısa açıklamaları ile birlikte yer almaktadır. Araştırma ile elde edilen ve örneklem grubunu oluşturan otistik çocuk anneleri ve sağlıklı çocuk annelerine ait demografik verilerin frekans ve yüzde dağılımları aşağıda sırasıyla verilmiştir.

Tablo 1. Annelerin Yaş Değişkenine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Yaş	Otistik Çocuk Annesi		Sağlıklı Çocuk Annesi	
	f	%	f	%
20-30 Arası	8	13,3	12	20,0
31-40 Arası	38	63,3	20	33,3
41-50 Arası	12	20,0	18	30,0
51-60 Arası	2	3,3	10	16,7
Toplam	60	100,0	60	100,0

Araştırmaya katılan otistik çocuk anneleri ve sağlıklı çocuk annelerine ait yaş dağılımını incelendiğinde; otistik çocuk annelerinin 31–50 yaş arasında yoğunlaştığı

görülürken, sağlıklı çocuk annelerinin daha heterojen bir dağılım gösterdiği görülmektedir.

Tablo 2. Annelerin Eğitim Düzeyi Değişkenine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Eğitim Düzeyi	Otistik Çocuk Annesi		Sağlıklı Çocuk Annesi	
	f	%	f	%
Eğitim yok	2	3,3	5	8,3
İlkokul	31	51,7	31	51,7
Ortaokul	7	11,7	7	11,7
Lise	14	23,3	7	11,7
Üniversite ve üstü	6	10,0	10	16,7
Toplam	60	100,0	60	100,0

Araştırmaya katılan otistik çocuk anneleri ve sağlıklı çocuk annelerine ait eğitim düzeyi dağılımını incelendiğinde; otistik çocuk ve sağlıklı çocuk annelerinin %51,7'sinin ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra, otistik çocuk annelerinde lise mezunu fazlayken, sağlıklı çocuk annelerinde üniversite mezunu olanların sayısının daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Annelerin Çalışma Durumu Değişkenine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Çalışma Durumu	Otistik Çocuk Annesi		Sağlıklı Çocuk Annesi	
	f	%	f	%
Ev hanımı	53	88,3	47	78,3
Çalışan	7	11,7	13	21,7
Toplam	60	100,0	60	100,0

Araştırmaya katılan otistik çocuk anneleri ve sağlıklı çocuk annelerine ait çalışma durumu dağılımını incelendiğinde; otistik çocuk annelerinde çalışan sayısının daha az olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Annelerin Çocuk Sayısı Değişkenine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Çocuk Sayısı	Otistik Çocuk Annesi		Sağlıklı Çocuk Annesi	
	f	%	f	%
1 çocuk	9	15,0	12	20,0
2 çocuk	29	48,3	20	33,3
3 çocuk	13	21,7	18	30,0
4 çocuk	5	8,3	6	10,0
5 çocuk	4	6,7	4	6,7
Toplam	60	100,0	60	100,0

Araştırmaya katılan otistik çocuk anneleri ve sağlıklı çocuk annelerine ait çocuk sayısı dağılımını incelendiğinde; otistik çocuk ve sağlıklı çocuk annelerinin çoğunluğunun 2 ve 3 çocuğa sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 5. Annelerin Tedavi görülen Hastalık Değişkenine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Tedavi görülen Hastalık	Otistik Çocuk Annesi		Sağlıklı Çocuk Annesi	
	f	%	f	%
Evet	12	20,0	7	11,7
Hayır	48	80,0	53	88,3
Toplam	60	100,0	60	100,0

Araştırmaya katılan otistik çocuk anneleri ve sağlıklı çocuk annelerine ait tedavi görülen hastalık dağılımını incelendiğinde; daha fazla otistik çocuk annesinin tıbbi rahatsızlıktan dolayı tedavi gördükleri ortaya çıkmaktadır.

Tablo 6. Annelerin Gelir Düzeyi Değişkenine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Gelir Düzeyi	Otistik Çocuk Annesi		Sağlıklı Çocuk Annesi	
	f	%	f	%
Düşük	15	25,0	6	10,0
Orta	43	71,7	52	86,7
Yüksek	2	3,3	2	3,3
Toplam	60	100,0	60	100,0

Araştırmaya katılan otistik çocuk anneleri ve sağlıklı çocuk annelerine ait gelir düzeyi dağılımını incelendiğinde; daha fazla otistik çocuk annesinin ekonomik açıdan gelirlerini düşük algıladıkları görülmektedir.

Tablo 7. Annelerin Eş desteği Değişkenine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Eş Desteği	Otistik Çocuk Annesi		Sağlıklı Çocuk Annesi	
	f	%	f	%
Hiç yok	11	18,3	6	10,0
Bazen	28	46,7	37	61,7
Her zaman	21	35,0	17	28,3
Toplam	60	100,0	60	100,0

Araştırmaya katılan otistik çocuk anneleri ve sağlıklı çocuk annelerine ait eş desteği dağılımını incelendiğinde; daha fazla otistik çocuk annesi eşlerinden hiç destek görmediklerini ifade etmiştir.

3.2. Çözümleyici İstatistikler

Bu bölümde ölçekler ile elde edilen veriler araştırmanın amaçları ve bu amaçların sunulduğu sırasına göre istatistiksel analizlere göre açıklanacaktır. Benlik Saygısı Ölçeği ve SCL 90 Ölçeği alt boyutları puanlarının demografik özelliklere göre analizleri aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 8. Otistik Çocuk Annelerine Ait, Benlik Saygısı Ve SCL 90 Ölçeği Alt Boyutlarından Somatizasyon Puanlarının Yaş Değişkenine Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Puanlar	Gruplar Yaş	N	S.O.	χ^2	Sd	p
Benlik Saygısı	20-30 arası	8	21,81	2,453	3	,484
	31-40 arası	38	31,86			
	41-50 arası	12	32,54			
	51-60 arası	2	27,25			
Somatizasyon	20-30 arası	8	24,25	5,408	3	,144
	31-40 arası	38	34,47			
	41-50 arası	12	23,42			
	51-60 arası	2	22,50			

p > 0,05

Tabloda görüldüğü üzere, Benlik Saygısı ve SCL 90 ölçeği alt boyutlarından Somatizasyon puanlarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda, Otistik çocuk annelerine ait aritmetik ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuçlara göre yaş değişkeninin otistik çocuk annelerine ait benlik saygısı ve somatizasyon puanlarına anlamlı bir şekilde etki etmediği görülmüştür.

Bunların dışında yaş değişkeni SCL 90 ölçeği alt boyutlarından Psikotizm alt boyutunda anlamlı bir farklılığa neden olmuştur. Ortaya çıkan bu farklılık 31–40 yaş arasındaki annelerle, 51–60 yaşa arasında anneler arasında görülmektedir. Bu sonuçlara göre 31–40 yaş arasındaki annelerin daha fazla psikotizm puanına sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 9. Otistik Çocuk Annelerine Ait, Benlik Saygısı Ve SCL 90 Ölçeği Alt Boyutlarından Somatizasyon Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Puanlar	Gruplar Eğitim Düzeyi	N	S.O.	χ^2	Sd	p
Benlik Saygısı	Eğitim yok	2	46,75	3,818	4	,431
	İlkokul	31	32,06			
	Ortaokul	7	29,79			
	Lise	14	29,07			
	Üniversite ve üstü	6	21,17			
Somatizasyon	Eğitim yok	2	32,50	3,603	4	,462
	İlkokul	31	34,10			
	Ortaokul	7	23,43			
	Lise	14	28,79			
	Üniversite ve üstü	6	23,50			

$p > 0,05$

Tabloda görüldüğü üzere, Benlik Saygısı ve SCL 90 ölçeği alt boyutlarından Somatizasyon puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda, Otistik çocuk annelerine ait aritmetik ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuçlara göre eğitim düzeyi değişkeninin otistik çocuk annelerine ait benlik saygısı ve somatizasyon puanlarına anlamlı bir şekilde etki etmediği görülmüştür. Ayrıca eğitim düzeyi değişkeni SCL 90 ölçeği diğer alt boyutlarında da anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

Tablo 10. Otistik Çocuk Annelerine Ait, Benlik Saygısı Ve SCL 90 Ölçeği Alt Boyutlarından Somatizasyon Puanlarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Çalışma durumu	N	S.O	S.T.	Mann Whitney U test		
					U	z	p
Benlik Saygısı	Ev hanımı	53	31,63	1676,50	125,500	-1,385	,166
	Çalışan	7	21,93	153,50			
Somatizasyon	Ev hanımı	53	31,19	1653,00	149,000	-,842	,400
	Çalışan	7	25,29	177,00			

p >0,05

Tabloda görüldüğü üzere, Benlik Saygısı ve SCL 90 ölçeği alt boyutlarından Somatizasyon puanlarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda, ev hanımı olan otistik çocuk annelerine ait aritmetik ortalamaları ile çalışan otistik çocuk annelerine ait aritmetik ortalamaları arasındaki fark, anlamlı bulunmamıştır. Çalışma durumu otistik çocuk annelerine ait benlik saygısı ve somatizasyon puanlarını anlamlı bir şekilde etkilememektedir.

Tablo 11. Otistik Çocuk Annelerine Ait, Benlik Saygısı Ve SCL 90 Ölçeği Alt Boyutlarından Somatizasyon Puanlarının Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Puanlar	Gruplar Çocuk sayısı	N	S.O.	χ^2	Sd	p
2 çocuk	29	23,76				
3 çocuk	13	38,46				
4 çocuk	5	31,20				
5 çocuk	4	38,00				
Somatizasyon	1 çocuk	9	31,39	5,871	4	,209
	2 çocuk	29	31,28			
	3 çocuk	13	36,46			
	4 çocuk	5	18,70			
	5 çocuk	4	18,25			

p >0,05

Tabloda görüldüğü üzere, Benlik Saygısı ve SCL 90 ölçeği alt boyutlarından Somatizasyon puanlarının çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda, Otistik çocuk annelerine ait aritmetik ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuçlara göre çocuk sayısı değişkeninin otistik çocuk annelerine ait benlik saygısı ve somatizasyon puanlarına anlamlı bir şekilde etki etmediği görülmüştür. Bunların dışında çocuk sayısı değişkeninin SCL 90 ölçeği diğer alt boyutlarında anlamlı bir farklılığa neden olup olmadığına bakıldığında da anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.

Tablo 12. Otistik Çocuk Annelerine Ait, Benlik Saygısı Ve SCL 90 Ölçeği Alt Boyutlarından Somatizasyon Puanlarının Tedavi Görülen Hastalık Değişkenine Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Tedavi görülen hastalık	N	S.O	S.T.	Mann Whitney U test		
					U	z	p
Benlik Saygısı	Evet	12	27,39	515,50	138,500	2,769	,006**
	Hayır	48	42,96	1314,50			
Somatizasyon	Evet	12	43,29	519,50	134,500	-2,843	,004**
	Hayır	48	27,30	1310,50			

** p < 0,01

Tabloda görüldüğü üzere, Benlik Saygısı ve SCL 90 ölçeği alt boyutlarından Somatizasyon puanlarının tedavi görülen hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda, tedavi gördüğü bir hastalığı olan otistik çocuk annelerine ait aritmetik ortalamaları ile hastalığı olmayan otistik çocuk annelerine ait aritmetik ortalamaları arasındaki fark, anlamlı bulunmuştur (p<0,01). Tedavi gördüğü bir hastalığı olan otistik çocuk annelerine ait benlik saygısı puanı daha düşük ve somatizasyon puanları da daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca SCL 90 ölçeğinin diğer alt boyutlarından olan, obsesyon, depresyon, anksiyete, paranoid düşünce ve hostilite gibi alt boyutlarda da tedavi görülen hastalığa sahip annelerin lehine anlamlı bir farklılığa rastlanmıştır.

Tablo 13. Otistik Çocuk Annelerine Ait, Benlik Saygısı Ve SCL 90 Ölçeği Alt Boyutlarından Somatizasyon Puanlarının Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Puanlar	Gruplar Gelir Düzeyi	N	S.O.	χ^2	Sd	p
Benlik Saygısı	Düşük	15	37,33	3,112	2	,211
	Orta	43	28,12			
	Yüksek	2	30,50			
Somatizasyon	Düşük	15	34,07	1,314	2	,518
	Orta	43	29,70			
	Yüksek	2	21,00			

$p > 0,05$

Tabloda görüldüğü üzere, Benlik Saygısı ve SCL 90 ölçeği alt boyutlarından Somatizasyon puanlarının gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda, Otistik çocuk annelerine ait aritmetik ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuçlara göre gelir düzeyi değişkeninin otistik çocuk annelerine ait benlik saygısı ve somatizasyon puanlarına anlamlı bir şekilde etki etmediği görülmüştür. Bunların dışında gelir düzeyi değişkeninin SCL 90 ölçeği diğer alt boyutlarında anlamlı bir farklılığa neden olup olmadığına bakıldığında da benzer sonuçlara rastlanmıştır.

Tablo 14. Otistik Çocuk Annelerine Ait, Benlik Saygısı Ve SCL 90 Ölçeği Alt Boyutlarından Somatizasyon Puanlarının Eş Desteği Değişkenine Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Puanlar	Gruplar Eş desteği	N	S.O.	χ^2	Sd	p
Benlik Saygısı	Hiç yok	11	34,00	,791	2	,673
	Bazen	28	30,79			
	Her zaman	21	28,29			
Somatizasyon	Hiç yok	11	24,91	3,136	2	,208
	Bazen	28	34,61			
	Her zaman	21	27,95			

$p > 0,05$

Tabloda görüldüğü üzere, Benlik Saygısı ve SCL 90 ölçeği alt boyutlarından Somatizasyon puanlarının eş desteği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda, Otistik çocuk annelerine ait aritmetik ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuçlara göre eş desteği değişkeninin otistik çocuk annelerine ait benlik saygısı ve somatizasyon puanlarına anlamlı bir şekilde etki etmediği söylenebilir. Bunların dışında eş desteği değişkeninin SCL 90 ölçeği diğer alt boyutlarında anlamlı bir farklılığa neden olup olmadığına bakıldığında anksiyete alt boyutunda hiç destek görmediğini belirten annelerin lehine bir sonuç ortaya çıkmıştır.

Tablo 15. Benlik Saygısı Ve SCL 90 Ölçeği Alt Boyutlarından Somatizasyon Puanlarının Deney/Kontrol Grubu Değişkenine Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğini Belirlemek Üzere Yapılan T Testi Sonuçları

Boyutlar	Grup	n	\bar{X}	ss	sh	t	t-test sd	p
Benlik Saygısı	Deney (otistik çocuk anneleri)	60	25,33	14,55	1,87	3,080	118	,003**
	Kontrol (sağlıklı çocuk anneleri)	60	35,01	19,52	2,52			
Somatizasyon	Deney (otistik çocuk anneleri)	60	14,00	9,48	1,22	1,642	118	,103
	Kontrol (sağlıklı çocuk anneleri)	60	11,46	7,29	,94			

**p<.01

Aritmetik ortalamalar arasındaki farkın test edilmesinden önce Levene's testi ile iki dağılımın varyanslarının homojen olup olmadığı hipotezi sınanmış, varyansların homojen olduğu saptanmıştır. Bu işlemin ardından ortalamalar arasındaki farkın test edilmesi işlemlerine geçilmiştir.

Tabloda görüldüğü üzere, Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği ve SCL 90 ölçeği alt boyutlarından Somatizasyon ölçeği puanlarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t-testi sonucunda, otistik çocuk anneleri ile sağlıklı çocuk annelerine ait aritmetik ortalamaları arasındaki fark, Benlik saygısı puanlarında istatistiksel olarak

anlamli bulunurken, somatizasyon puaninda anlamli sekilde farklılaşmamıştır. Benlik saygısı puanında ortaya çıkan istatistiksel farklılığın sağlıklı çocuk anneleri lehine olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre sağlıklı çocuk annelerinin, benlik saygısı düzeylerinin, otistik çocuk annelerine nazaran yüksek olduğu söylenebilir.

Ayrıca grup değişkenine göre SCL 90 ölçeğinin diğer alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamli bir farklılık arandığında, obsesyon, depresyon, anksiyete, fobi ve psikotizm alt ölçeklerinde otistik çocuk anneleri lehine anlamli farklılık görülmüştür.

Tablo 16. Benlik Saygısı Ve SCL 90 Ölçeği Alt Boyutlarından Somatizasyon Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Çarpım Momentler Korelasyon Katsayısı

		BENLİK SAYGISI	SOMATİZASYON
BENLİK SAYGISI	r	1	
	p	.	
	N	60	
SOMATİZASYON	r	-,405(**)	1
	p	,001	.
	N	60	60

** p<0,01

Benlik Saygısı ve SCL 90 ölçeği alt boyutlarından Somatizasyon puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan Pearson Çarpım Momentler Korelasyon Katsayısı sonuçlarına göre, Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği puanı ile SCL 90 ölçeği alt boyutlarından Somatizasyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamli negatif bir korelasyona rastlanmıştır. Bu sonuç bu iki alt boyutun birlikte değişim gösterdiğini ifade etmektedir. Benlik Saygısı arttığında, somatizasyon azalmakta, Benlik Saygısı azaldığında da, somatizasyon artmaktadır. Ayrıca benlik saygısı puanı ile SCL 90 ölçeğinin diğer alt boyutları arasında da negatif anlamli bir ilişkiye rastlanmıştır.

Tablo 17. Otistik Çocuk Annelerine Ait Benlik Saygısı Ölçeği İle Scl 90 Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Katsayıları

		B-S	SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	E K
B S	r	1										
	p	.										
	N	60										
S O M	r	-	1									
	p	0,405**	.									
	N	60	60									
O C	r	-	0,822**	1								
	p	0,442**	0,000	.								
	N	60	60	60								
I N T	r	-	0,651**	0,767**	1							
	p	0,567**	0,000	0,000	0,000	.						
	N	60	60	60	60	60						
D E P	r	-	0,761**	0,874**	0,805**	1						
	p	0,495**	0,000	0,000	0,000	0,000	.					
	N	60	60	60	60	60	60					
A N X	r	-	0,855**	0,839**	0,710**	0,820**	1					
	p	0,386**	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	.				
	N	60	60	60	60	60	60	60				
H O S	r	-0,312*	0,660**	0,697**	0,681**	0,688**	0,661**	1				
	p	0,015	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	.			
	N	60	60	60	60	60	60	60	60			
F O B	r	-0,332*	0,680**	0,712**	0,686**	0,687**	0,752**	0,463**	1			
	p	0,010	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	.		
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60		
P H O B	r	-	0,624**	0,673**	0,807**	0,790**	0,695**	0,668**	0,604**	1		
	p	0,489**	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	.	
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	
P S Y	r	-	0,717**	0,791**	0,823**	0,842**	0,758**	0,642**	0,679**	0,720**	1	
	p	0,442**	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	.
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
E K	r	-0,321*	0,700**	0,677**	0,661**	0,729**	0,780**	0,632**	0,661**	0,639**	0,772**	1
	p	0,012	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60

18. Sağlıklı Çocuk Annelerine Ait Benlik Saygısı Ölçeği İle Scl 90 Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon

	B_S	SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	EK
B_S	r 1 P . N 60										
SOM	r -0,577 P 0,000 N 60	1 . . 60									
O-C	r -0,507 P 0,000 N 60	0,655 0,000 60	1 . . 60								
INT	r -0,439 P 0,000 N 60	0,521 0,000 60	0,615 0,000 60	1 . . 60							
DEP	r -0,648 P 0,000 N 60	0,723 0,000 60	0,748 0,000 60	0,696 0,000 60	1 . . 60						
ANX	r -0,623 P 0,000 N 60	0,759 0,000 60	0,779 0,000 60	0,553 0,000 60	0,815 0,000 60	1 . . 60					
HOS	r -0,426 P 0,001 N 60	0,527 0,000 60	0,539 0,000 60	0,439 0,000 60	0,519 0,000 60	0,538 0,000 60	1 . . 60				
PHOB	r -0,274 P 0,034 N 60	0,404 0,001 60	0,606 0,000 60	0,480 0,000 60	0,438 0,000 60	0,460 0,000 60	0,436 0,001 60	1 . . 60			
PAR	r -0,414 P 0,001 N 60	0,586 0,000 60	0,498 0,000 60	0,753 0,000 60	0,610 0,000 60	0,598 0,000 60	0,410 0,001 60	0,409 0,001 60	1 . . 60		
PSY	r -0,546 P 0,000 N 60	0,589 0,000 60	0,715 0,000 60	0,568 0,000 60	0,609 0,000 60	0,631 0,000 60	0,506 0,000 60	0,592 0,000 60	0,644 0,000 60	1 . . 60	
EK	r -0,374 P 0,003 N 60	0,575 0,000 60	0,537 0,000 60	0,753 0,000 60	0,683 0,000 60	0,553 0,000 60	0,307 0,017 60	0,475 0,000 60	0,726 0,000 60	0,514 0,000 60	1 . . 60

BÖLÜM IV

SONUÇLAR TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bu bölümde, araştırma sonuçlarının genel bir değerlendirmesi yapılmış ve bu değerlendirmeler sonucunda hem uygulamaya hem de ileride bu alanda yapılacak araştırmalara yönelik öneriler sunulmuştur.

4.1. Sonuçlar

Bu araştırmada otistik çocuğa sahip olan annelerin benlik saygısı düzeyleri ile somatizasyon düzeyleri ve bu değişkenler arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Araştırmanın örneklemini 60 otistik çocuk annesi ile engelli çocuğu olmayan 60 sağlıklı çocuk annesi oluşturmuştur. Denek ve kontrol grubu olarak ayrılan bu iki örneklem grubu, önce demografik özellikleri ve ardından araştırmanın bağımlı değişkenleri olan benlik saygısı ve somatizasyon düzeyleri açısından karşılaştırılmışlardır. Araştırmacı bu çalışmada sağlıklı çocuğa sahip olmakla otistik çocuğa sahip olma durumlarının benlik saygısı ve somatizasyon düzeyleri üzerinde anlamlı düzeyde bir farklılık yaratıp yaratmadığını ve benlik saygısı düzeyi ile somatizasyon düzeyi arasında pozitif ya da negatif yönde herhangi bir korelasyon olup olmadığını incelemiştir. Bu incelemeler sonucunda:

1. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği puanı ile SCL 90 ölçeği alt boyutlarından Somatizasyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir korelasyona rastlanmıştır (Tablo 16). Bu sonuç bu iki alt boyutun birlikte değişim gösterdiğini ifade etmektedir. Benlik Saygısı arttığında, somatizasyon azalmakta, Benlik Saygısı azaldığında da, somatizasyon artmaktadır. Ayrıca benlik saygısı puanı ile SCL 90

ölçeğinin diğer alt boyutları arasında da negatif anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır.

2. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği ve SCL 90 ölçeği alt boyutlarından Somatizasyon ölçeği puanlarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t-testi sonucunda, otistik çocuk anneleri ile sağlıklı çocuk annelerine ait aritmetik ortalamalar arasındaki fark, Benlik saygısı puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, somatizasyon puanında anlamlı şekilde farklılaşmamıştır (Tablo 15). Benlik saygısı puanında ortaya çıkan istatistiksel farklılığın sağlıklı çocuk anneleri lehine olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre sağlıklı çocuk annelerinin, benlik saygısı düzeyleri, otistik çocuk annelerine nazaran daha yüksektir. Ancak somatizasyon düzeylerine bakıldığında; otistik çocuk annelerinin somatizasyon düzeyleri, sağlıklı çocuk annelerinden daha yüksek olmasına rağmen anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır. Ayrıca grup değişkenine göre SCL 90 ölçeğinin diğer alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık arandığında, obsesyon, depresyon, anksiyete, fobi ve psikoz alt ölçeklerinde otistik çocuk anneleri lehine anlamlı farklılık görülmüştür. Bu sonuca göre; otistik çocuk annelerinin, obsesyon, depresyon, anksiyete, fobi ve psikoz puanları da, sağlıklı çocuk annelerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
3. Yaş değişkeninin otistik çocuk annelerine ait benlik saygısı ve somatizasyon puanlarına anlamlı bir şekilde etki etmediği görülmüştür (Tablo 8). Ancak yaş değişkeni SCL 90 ölçeği alt boyutlarından "Psikoz" alt boyutunda anlamlı bir farklılığa neden olmuştur. Ortaya çıkan bu farklılık 31–40 yaş arasındaki annelerle, 51–60 yaşa arasında anneler arasında görülmektedir. Bu sonuçlara göre 31–40 yaş arasındaki annelerin daha fazla psikoz puanına sahip olduğu görülmüştür.
4. Eğitim düzeyi alt değişkeninin otistik çocuk annelerine ait benlik saygısı ve somatizasyon puanlarına anlamlı bir şekilde etki etmediği görülmüştür (Tablo 9). Bu sonuca göre; otistik çocuk annelerinin benlik

saygısı ve somatizasyon düzeyleri, eğitim düzeylerine bağlı olarak değişmemektedir denebilir.

5. Çalışma durumu alt değişkeninin otistik çocuk annelerine ait benlik saygısı ve somatizasyon puanlarını anlamlı bir şekilde etkilemediği görülmüştür (Tablo 10). Bu sonuca göre; otistik çocuk annelerinin benlik saygısı ve somatizasyon düzeyleri annelerin herhangi bir işte çalışıyor ya da çalışmıyor olma durumlarına bağlı olarak değişmemektedir denebilir.
6. Çocuk sayısı alt değişkeninin otistik çocuk annelerine ait benlik saygısı ve somatizasyon puanlarına anlamlı bir şekilde etki etmediği görülmüştür (Tablo 11). Bu sonuca göre; otistik çocuk annelerinin benlik saygısı ve somatizasyon düzeyleri sahip oldukları çocuk sayısına bağlı olarak değişmemektedir denebilir.
7. Araştırmaya katılan otistik çocuk anneleri ve sağlıklı çocuk annelerine ait tedavi görülen hastalık dağılımı incelendiğinde; daha fazla otistik çocuk annesinin tıbbi rahatsızlıktan dolayı tedavi gördükleri ortaya çıkmıştır (Tablo 5). Tedavi gördüğü tıbbi bir hastalığı olan otistik çocuk annelerine ait benlik saygısı puanları daha düşük ve somatizasyon puanları da daha yüksek bulunmuştur (Tablo 12). Ayrıca SCL 90 ölçeğinin diğer alt boyutlarından olan, obsesyon, depresyon, anksiyete, paranoid düşünce ve hostilite gibi alt boyutlarda da tedavi görülen hastalığa sahip annelerin lehine anlamlı bir farklılığa rastlanmıştır.
8. Gelir düzeyi alt değişkeninin otistik çocuk annelerine ait benlik saygısı ve somatizasyon puanlarına anlamlı bir şekilde etki etmediği görülmüştür (Tablo 13).
9. Araştırmaya katılan otistik çocuk anneleri ve sağlıklı çocuk annelerine ait eş desteği dağılımını incelendiğinde; daha fazla otistik çocuk annesi eşlerinden hiç destek görmediklerini ifade etmiştir (Tablo 7). Bu sonuca göre sağlıklı çocuk anneleri, otistik çocuk annelerine göre eşlerinden daha fazla destek görmektedirler. Bunların dışında eş desteği değişkeninin SCL 90 ölçeği diğer alt boyutlarında anlamlı bir farklılığa neden olup olmadığına bakıldığında, anksiyete alt boyutunda

hiç destek görmediğini belirten annelerin lehine bir sonuç ortaya çıkmıştır. Yani "eşimden çocuklarımla ilgili sorumluluklarda hiç destek görmüyorum" diyen otistik çocuk annelerinin anksiyete düzeyleri, "bazen" destek görüyorum ve "her zaman" destek görüyorum seçeneklerini işaretlenlere nazaran daha yüksek bulunmuştur.

4.2. Tartışma

Sonuçlar değerlendirildiğinde araştırmanın amacı kapsamında sorulan soruların yanıtlarını bulduğu görülmektedir. Bu alanda daha önce yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde çalışmaların daha çok benlik saygısı ve benlik saygısına etki eden faktörler üzerinde yoğunlaştığı ancak otistik çocuk annelerinde somatizasyon düzeyleri üzerinde araştırma yapılmadığını görüyoruz. Bu çalışmada, otistik çocuk annelerinde benlik saygısı düzeyleri ile somatizasyon düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuca göre, düşünüldüğü gibi otistik çocuk annelerinin yaşadıkları sürekli stres, umutsuzluk ve çaresizlik gibi duyguların onların benlik saygıları üzerinde kayda değer, negatif yönlü bir etki yaptığı, buna paralel olarak da somatik yakınmaların artış gösterdiği varsayımı desteklenmiştir. Holroyd ve Mc Arthur (1976), otistik bir üyeye sahip aileler, toplum tarafından aktarılan ve aileler tarafından taşınan onlara yüklenmiş suçluluk, değer kaybı ve yalnızlık sorunlarını yaşamaktadırlar demektedir (Akt. Güneş, 2005: 51 "Holroyd ve Mc Arthur, 1976"). Bu çalışmaya göre de; otistik çocuk annelerinin benlik saygısı düzeylerinin onların somatik yakınmalarını yordayan bir faktör olduğu ortaya çıkmaktadır. Otistik çocuk annelerinde benlik saygısı düzeyi düştükçe somatizasyon düzeyleri artmıştır. Ayrıca çalışma sonuçlarına göre otistik çocuk annelerinin benlik saygısı düzeyleri sağlıklı çocuk annelerinin benlik saygısı düzeylerine göre anlamlı derecede düşüktür. Bu sonuç da; otistik bir çocuğa sahip olmanın otistik çocuk annesine getirdiği psikolojik yükün bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Ayrıca benlik saygısı düzeyinin, yalnız somatizasyon düzeyi ile değil, SCL 90-R ruhsal belirti tarama listesinin diğer alt ölçekleri ile de negatif yönde anlamlı bir korelasyon gösterdiği görülmüştür. Morgan (1988), literatür taraması sonucunda, otistik çocukların anne babalarının duygusal yönden önemli ölçüde etkilendiğini ve sıklıkla depresyon, kaygı, tükenmişlik duyguları yaşadıklarını bildirmiştir. Gelişimsel gecikmeleri olan çocuğun yarattığı stresin, babalardan çok annelere depresyon

açısından risk oluşturduğunu belirtmektedir ve bundan ötürü gelişimsel engeli olan çocuğun, babalardan çok annelerin ruh sağlığına daha büyük etki yapmaktadır demiştir (Akt. Güneş, 2005: 54, "Kazak ve Marvin, 1984"). Bu çalışmada da Morgan'ın çalışmasına benzer şekilde, otistik çocuk annelerinin obsesyon, depresyon, anksiyete, fobi ve psikoz alanlarında, sağlıklı çocuk annelerine oranla daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Böylelikle bu çalışma ile, Akkök'ün eğitilebilir ve otistik çocuğa sahip olan anne babaların kaygı ve endişe düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptadığı çalışmasını ve benzer diğer çalışmaları da destekleyen sonuçlar ortaya çıkmıştır (Akkök, 1989: 8–12).

Ayrıca Öksüz de (2008) çalışmasında, bu çalışmayı destekleyecek şekilde otistik çocuk aileleri ve sağlıklı çocuk annelerini karşılaştırdığı çalışmasında, otistik çocuğa sahip anne-babaların depresyon düzeylerini, sağlıklı çocuk anne-babalarından daha yüksek olduğu saptamıştır. Ayrıca otistik çocuğa sahip annelerin obsesif- kompulsif belirti düzeyleri, sağlıklı çocuk annelerinin obsesif-kompulsif belirti düzeylerinden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Öksüz, 2008: 64–65).

Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında, üzerinde durulması gereken önemli bulgulardan biri olarak eş desteğinin önemi vurgulanabilir. Nitekim eşinden "hiç" destek görmediğini belirten otistik çocuk annelerinin anksiyete düzeylerinin "bazen" ve "her zaman" destek gördüğünü belirten annelere göre daha yüksek olması da, çocukları ile ilgili sorumluluklarda eşinden destek görmemenin ruhsal belirtiler üzerindeki olumsuz etkisini ortaya koymaktadır.

Ayrıca çalışmanın sonuçları incelendiğinde otistik çocuk annelerinde tıbbi rahatsızlıkların, sağlıklı çocuk annelerine oranla daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Bu tıbbi rahatsızlıkların otistik çocuk annelerinin yaşadığı kronik stres ve ruhsal belirtilerle ne derece ilgili olup ne derecede ilgili olmadığı daha kapsamlı bir çalışmanın konusu olarak araştırılabilir.

4.3. Öneriler

Araştırma sonuçlarına dayanarak bazı önerilerde bulunulabilir. Otistik çocuğa sahip annelerin yakınlarına ve tüm topluma yönelik olarak, otizmin doğası, otistik bir bireye bakım vermek ve onunla yaşam sürmenin zorlukları hakkında bilgilendirici programlar hazırlanmasında fayda görülmektedir. Toplumsal ve ailesel desteğin

artması otistik çocuk annelerinin, dolayısıyla da otistik çocukların rehabilitasyonu ve ruh sağlığı açısından oldukça yararlı olacaktır.

Otistik çocuk annelerine yönelik olarak, engelli çocuğa sahip olmanın getirdiği suçluluk, utanç gibi duyguların iyileştirilmesi ve özrün kendilerinden kaynaklanan herhangi bir durumla alakalı olmadığı ile ilgili bilgilendirici, eğitici ruhsal sağaltım programları hazırlanmalıdır. Zira bu konularda bilgi sahibi olmak suçluluk ve utanç duygularını azaltacak ve benlik saygılarının artmasına yardımcı olacaktır. Paralel olarak da somatik yakınmaların azalması sağlanacaktır.

Engelli ocuğa sahip ailelerde özellikle bakım veren olarak annenin çocukları ile ilgili sorumluluklarda kendisini yalnız görmesi ve eşinden destek alamamasının negatif etkileri olduğu bu çalışmada da ortaya çıkmıştır. Buradan yola çıkarak özellikle otistik ocuk babalarına ve diğer engelli ocuk babalarına sorumlulukları paylaşmaya yönelik, çocuklarının zr ve özrün beraberinde getirdiği güçlüklerle başa çıkma konusunda eğitici çalışmalar düzenlenmelidir.

Somatizasyon düzeylerinin otistik ocuk annelerinde sağlıklı ocuk annelerine oranla daha yüksek çıkmasına karşın, iki grup arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmamış olması da manidardır. Bu sonuç Türk kültüründe kadınların somatizasyona yatkınlığı var mıdır veya kendilerini beden diliyle ifade etme yöntemini sık mı kullanmaktadırlar sorularını akla getirmektedir. Yine Türk kültüründe özellikle düşük sosyokültürel ve ekonomik katmanlarda, bazı sosyal ve töresel faktörlerin de etkisiyle, çok fazla söz hakkı bulunmayan kadınların, kendilerini ifade etme yöntemi olarak beden dilini seçmiş olabilecekleri de akla gelen ihtimallerdendir ve yeni araştırmalarla araştırılmaya değer konulardır.

Örneklem sayısı arttırılarak yapılan yeni çalışmaların, bu çalışmanın sonuçlarına destek olacağı ve eksik kalan bazı diğer bulguları da ortaya koyacağı düşünülmektedir. Daha geniş bir popülasyonu kapsayan daha ayrıntılı çalışmaların, engelli çocuklar ve ailelerinin yaşam kalitesini arttırmak adına geliştirilecek her türlü sağaltım programına nc olacağı ve yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

EKLER

EK A

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcı,

Gönüllü olarak doldurmayı kabul edeceğiniz bu form, "Otistik Çocuk Annelerinde Benlik Saygısı Ve Somatizasyon Düzeylerinin Karşılaştırılması" isimli yüksek lisans tez çalışmasında kullanılacak olan kişisel bilgi formudur. Toplanan kişisel bilgiler tamamen gizli kalacaktır. Yardımlarınız için teşekkürler.

Yaşınız:

Eğitim Düzeyiniz: Eğitimim yok ()
İlkokul ()
Ortaokul ()
Lise ()
Yüksekokul ()
Üniversite ve üstü ()

Mesleğiniz:

Tedavi Gördüğünüz Herhangi Bir Hastalığınız Var mı? :

Genel Olarak Toplam Gelir Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz:

() Düşük () Orta () Yüksek

Çocuklarınızla İlgili Sorumluluklarda Eşinizden Destek Görüyor Musunuz?

() Hiç () Bazen () Her Zaman

EK B**COOPERSMITH BENLİK SAYGISI ENVANTERİ**

Aşağıda insanların kendileri ile ilgili bazı duygularını açıklayan ifadeler yer almaktadır. Bu cümlelerden size uygun olanları "benim gibi" uygun olmayanlara ise "benim gibi değil" sütununa (X) işaretinin koyunuz. Teşekkürler.

		Benim Gibi	Benim Gibi Değil
1	Sık sık keşke başka biri olsam diye düşünürüm.		
2	Başkalarının önünde konuşmak bana zor gelir.		
3	Eğer elimde olsaydı kendimdeki pek çok şeyi değiştirmek isterdim.		
4	Karar vermede fazla zorluk çekmem.		
5	İnsanlar benimle olmaktan hoşlanırlar.		
6	Evde kolayca moralim bozulur.		
7	Yeni şeylere kolay alışamam.		
8	Yaşıtlarım arasında sevilen bir kişiyim.		
9	Genellikle ailem benden bir çok şey bekler.		
10	Ailem genelde duygularıma önem verir.		
11	Başkalarının söylediğini kolaylıkla kabul ederim.		
12	Benim yerimde olmak oldukça zordur.		
13	Hayatımın karmakarışık olduğuna inanıyorum.		
14	Genellikle başkaları düşüncelerimi kabul eder.		
15	Kendimi yetersiz buluyorum.		
16	Sık sık evden uzaklaşmayı düşünürüm.		
17	Yaptığım işten çoğunlukla memnun olmam.		
18	Başkaları kadar güzel değilim.		
19	Söylenecek sözüm varsa onu söylemekten kaçınmam.		
20	Ailem benim duygularımı anlar.		
21	Çok sevilen bir kimse değilim.		
22	Genellikle ailemin beni dışladığını hissediyorum.		
23	Yaptığım şeyler genellikle cesaretimi kırar.		
24	Çevremde olup bitenlerden genellikle rahatsız olmam.		
25	Güvenilir bir kişi olmadığımı düşünüyorum.		

SCL-90- R

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz ve anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

Örnek :

Aşağıda belirtilen sorundan
ne ölçüde rahatsız olmaktadır?

Tanımlama :

- 0 Hiç
1 Çok az
2 Orta derecede
3 Oldukça fazla
4 Aşırı düzeyde

Örnek : Bel ağrısı ... 3 ...

1. Baş ağrısı
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoş gitmeyen düşünceler
4. Baygınlık ve baş dönmeler
5. Cinsel arzuya ilginin kaybı
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği fikri
9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlülük
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma

17. Titreme
18. Çoğu kişiye ęvenilmemesi gerektiği dęřüncesi
19. İştah azalması
20. Kolayca ağlama
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. Tuzağa dęřürölmüş veya tuzağa yakalanmış hissi
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. Olanlar için kendini suçlama
27. Belin alt kısmında ağrılar
28. İşlerin yapılmasında erteleme dęřüncesi
29. Yalnız hissi
30. Karamsarlık hissi
31. Her şey için çok fazla endişe duyma
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. Korku hissi
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. Diğer insanların sizin dęřündüklerinizi bilmesi hissi
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostca olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak
39. Kalbin çok hızlı arpması
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi
41. Kendini başkalarından aşağı görme
42. Adele (kas) ağrıları
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. Uykuya dalmada güçlük
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. Karar vermede güçlük
47. Otobüz, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. Nefes almada güçlük
49. Soğuk ve sıcak basması
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. Hiç bir şey dęřünmeme hali
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi

54. Gelecek konusunda ümitsizlik
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlülük
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. Gerginlik veya coşku hissi
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. Aşırı yemek yeme
61. İnsanlar size batığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği
68. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. Dehşet ve panik nöbetleri
73. Toplum içinde yer içerken huzursuzluk hissi
74. Sık sık tartışmaya girme
75. Yalnız bıraktığınızda sinirlilik hali
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. Yerinizde durmayacak ölçüde rahatsızlık duyma
79. Değersizlik duygusu
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırmanız gerektiği düşüncesi
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. Suçluluk duygusu
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

KAYNAKLAR

- Ak, İ., Yılmaz, R.U., Aybaş, P., Özgen, Ç. & Battal, S. (1995) "Posstravmatik Stres Bozukluğunda Benlik Saygısı ve Semptom Dağılımı", Gülhane Askeri Tıp Akademisi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, *Optimal Tıp Dergisi* 1995; 8 (1): 3-9
- Akboy, R.(1998). "Fen Lisesi Ve Genel Lise Öğrencilerinin Benlik Kavramı, Denetim Odağı Ve Sürekli Kaygı Açısından Karşılaştırılması", *VII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi Bilimsel Çalışmaları*, 1:189-197
- Akkök, F., Aşkar, P., Karancı, N. (1989), "Özürü Bir Çocuğa Sahip Anne-Babalardaki Stresin Yordanması", *Özel Eğitim Dergisi* 1(2), 8-12
- Aksaz, N., (1990). "Otistik Çocukların Ve Öğretilebilir Zihinsel Özürü Çocukların Anne Babalarının Kaygı Düzeyleri", *Psikoloji Dergisi*, 7 (25): 14-20
- Andre, C., Lelord, F. (2002). *Kendine Saygı*, Çev. Yerguz, İ. 2.Baskı, İstanbul: İletişim Yayınları
- Aydoğan, A. (1999). Özürü Çocuğa Sahip Anne Babaların Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Aydın, B. (2005). *Çocuk ve Ergen Psikolojisi*, 2.Basım, Ankara: Nobel Basımevi
- Bacanlı,H. (2001). *Gelişim Ve Öğrenme*, Ankara: Nobel Yayıncılık
- Baruch, G.K., Biener, L., Barnett, R.C. (1987), "Women And Gender İn Research On Work And Family Stres", *American Psychologist*, 42, 130-136.
- Baştürk, M. (1989). *Bölgemizde Somatizasyon Bozukluğunun Semptom Profili ve Stresörlerle İlişkisi*, Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı,
- Baymur, F. (1984). *Genel Psikoloji*, İstanbul: İnkılâp Kitabevi Yayınları
- Beşikçi, H. (2000). *Otistik Olan Ve Olmayan Normal Çocuklara Sahip Anne-Babaların Kaygı Düzeyleri ve Aile Yapıları*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Bristol, M.,(1987). "Mothers Of Children With Autism Or Communication Disorders: Successful Adaptation And The Double ABCX Model", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17(4)
- Can, G. (1990). "Lise Öğrencilerin Benlik Tasarımlarını Etkileyen Etmenler", *Anadolu Üniversitesi Yayınları*, 16, 392

Chrzanowski, G. (1981). "The Genesis And Nature Of Self-Esteem", *American Journal Of Psychotherapy*, 35, 38-46

Cüceloğlu , D. (2006). *İnsan Ve Davranışı*, 15.Baskı, İstanbul: Remzi Yayınevi

Çuhadaroglu, F. (1986). *Adolesanlarda Benlik Saygısı*. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dağ, İ. (Ed.) (2004). *Anormal Psikolojisi*, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları (Türkçe Baskısı)

Darıca, N., Abidoğlu, Ü., Gümüştü, Ş. (2005). *Otizm ve Otistik Çocuklar*, 4.Basım, İstanbul: Özgür Yayınları

Delong, G.R, Dwyer, T.J. (1988). "Corelation Of Family History With Spesific Autistic Subgroups: Asperger's Syndrome Anda Bipolar Affective Disease", *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 18(4), 593-600

Dinç, F. (1992). *Cinsiyetleri Farklı Lise Öğrencilerinin Benlik Algı Düzeylerinin Özsayı Düzeylerine Etkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi

Dinç-Sever, A., Hotun, N., Sabuncu, H. H., İşsever, H. (1993). "An Investigation Nursing Students' Selfesteem And Mental Status İn İstanbul University Florence Nightingale Nursing And Health School", *Hemşirelik Bülteni*, 7(28), 95-101

Duygun, Tolga (2003). "Zihinsel Engelli Ve Sağlıklı Çocuk Annelerinde Stres Belirtileri, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ve Algılanan Sosyal Desteğin Tükenmişlik Düzeyine Olan Etkisi", *Türk Psikoloji Dergisi*, 2003, 18 (52), 37 – 52

Erdoğan, N., (1990). *Bölgemizde Somatizasyon Bozukluğu Gösteren Hastaların Semptom Dağılımları ve Stres Faktörleri ile İlişkisi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Eşer, H. (2005). *Üniversite Öğrencilerinde Dini İnanç ve Benlik Saygısı İlişkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Fenichel, O. (1974). *Nevrozların Psikanalitik Teorisi*, Ege Üniversitesi Matbaası

Fırat, S. (2000). *Otistik Ve Zihinsel Özürlü Çocuk Annelerinde Kaygı, Depresyon, Aleksitimi Ve Genel Psikolojik Değerlendirme*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Fırat, S., Diler, R. S., Avcı, A., Seydaoğlu, G. (2002), "Comparison Of Psychopathology İn The Mothers Of Autistic Anda Mentally Retarded Children", *Journal Of Korean Medical Science*, 17, 679-685

Fazlıoğlu, Y., Yurdakul, M., (2005). *Otizmde Görsel İletişim Tekniklerinin Kullanımı*, İstanbul: Morpa Kültür Yayınları

Fidanoğlu O., (2007), *Evlilik Uyumu İle Eşlerin Somatizasyon Düzeyleri Arasındaki İlişki Ve Diğer Sosyodemografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

- Gander, M., Gardiner, H. (2004). *Çocuk Ve Ergen Gelişimi*, 5.Baskı, Ankara: İmge Kitabevi
- Garcia-Campayo J., Lobo A, Perez-Echeverria MJ.(1998), "Three Forms Of Somatization İn Primary Care İn Spain", *J Nerv Ment Dis*, 186: 554-560
- Geertz, C. (1975). "On The Nature Of Anthropological Understanding", *American Scientist*, (63), 47-53
- Gohm, C.L; Corser, G.C; Dalsky, D.J., (2005). "Emotional Intelligence Under Stress: Useful, Unnecessary or Irrelevant", *Personality and Individual Differences*, Vol: 93, 1017-1028
- Gur R.C, Gur R.E., (1983). "A Cognitive-Motor Network Demonstrated By Positron Emission Tomography", *Neuropsychologia*, 21: 601-606
- Güçray, S. (1989). *Çocuk Yuvasında ve Ailesi Yanında Kalan 9, 10, 11 Yaş Çocuklarının Özsaygı Gelişimini Etkileyen Bazı Faktörler*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Güneş, A. (2005). *Otizm ve Otistik Çocukların Eğitimi*, İzmir: İlya İzmir Yayınevi
- Güngör, A. (1989). *Lise Öğrencilerinin Özsaygı Düzeylerini Etkileyen Etmenler*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi
- Hamilton,N.G., (1993), "Benlik", Çeviren Tunç Alkın, *Türk Psikiyatri Dergisi*, Sayı 4/3
- Harputlu, D. (2005). *Kadın Mahkûmlarda Benlik Saygısı Ve Kendi Kendine Meme Muayenesi İlişkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Hortaçsu, N., (1991), "Sosyo-Ekonomik Düzey, Yaş Ve Cinsiyet İle Benlik Kavramı İlişkisi", *Aile Yazıları 3, Birey, Kişilik Ve Toplum, T.C. Başbakanlık Araştırma Kurumu Bilim Serisi*, (5/3), 417-425
- İkizoğlu, M. (1993). *Demokratik ve Otoriter Ana-Baba Tutumlarının Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Benlik Saygısı Üzerine Etkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi
- Jacobvitz, D.B., Bush, N.F. (1996), "Reconstructions of Family Relationships: Parent Child Alliances, Personal Distress, and Self-Esteem", *Developmental Pscyhology*, 32, 4, 732-743
- James L, Singer A, Zurynsk Y ve Ark. (1987). "Evoked Response Potentials And Regional Cerebral Blood Flow İn Somatization Disorder", *Pschother Psychosom*, 47: 190-196
- Kağıtçıbaşı, Ç. (2004). *Yeni İnsan Ve İnsanlar*, 10.Basım, İstanbul: Evrim Yayınevi
- Kaplan, H., Sadock, B.J., (2004). *Klinik Psikiyatri*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
- Karadağlı, A., (1993), "Öğrenci Hemşirelerin Benlik Saygısı Düzeyleri İle Algıladıkları Okul Yaşantıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", *THD*, 1993, 43(2), 11-15

- Karasar, N. (2009). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, 19. Baskı, Ankara: Nobel Yayınevi
- Kaygusuz, E., (1993). *Otistik Ve Down Sendromlu Çocukların Annelerinde Depresyon Ve Durumluk Ve Sürekli Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı
- Kazak, A.E, Marvin, R.S, (1984), Differences, Difficulties And Adaptation Stres And Social Networks İn Families With A Handicapped Child, *Familiy Relations*, 33, 67-77
- Kelleci M. , Aştı N., Küçük L., (2003). "Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi", *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (2)
- Kellner, R., (1990). "Somatization Theories And Research", *Journal Nervment Disorders*, 178: 150-160
- Kılıç, E., Taycan, O., Belli, A. & Özmen, M., (2007), "Kalıcı Ostomi Ameliyatının Beden Algısı, Benlik Saygısı, Eş Uyumu ve Cinsel İşlevler Üzerine Etkisi", *Cerrahpaşa Tıp Fak., Psikiyatri AD, Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007;18(4):302-310
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, And The Human Condition*. Newyork: Basic Boks
- Koç, S., Gün, N. (2006). *Özsaygı*. İstanbul: Kuraldışı Yayınları
- Koptagel İlal, G. (2001). *Davranış Bilimleri Tıpsal Psikoloji*, Genişletilmiş 4. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
- Korkmaz, B., (2005). "Otizm Genel Bir Bakış", *Sapiens Özel Eğitim Ve Rehabilitasyon Dergisi*, 1(1): 12-27
- Korkmaz, B., (2003). *Otizm, Farklı Gelişen Çocuklar*, 1. Baskı, İstanbul: Epsilon Yayıncılık
- Köroğlu, E. (2004). *Psikonozoloji, Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*, Ankara, HYB Yayıncılık
- Köroğlu, E. (2005). *DSM – IV- TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*, Amerikan Psikiyatri Birliği, Ankara: Hekimler Yayın Birliği
- Kulaksızoğlu, A. (2002), *Ergenlik Psikolojisi*, 4. basım, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Kuzgun, Y. (1983), "Benlik ve İdeal Benlik Kavramlarının Tercih Edilen Meslek Kavramı İle İlişkisi", *Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 16(1):1-10
- Kuzgun, Y. (2006). *İlköğretimde Rehberlik*, 6.Baskı, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım
- Lipowsky, ZJ. (1987), "Somatization. Medines Unresolved Problem", *Psychosomatics*, 28 (6): 294-297
- Long, B.H. (1986). "Parental Discord vs. Family Structure: Effects of Diverce on the Self Esteem Of Daughters", *Journal Of Youth And Adolescence*, Vol. 1/15, 1986, Pp, 19-27

- Meissner, W. W. (1985). "Theories of Personality and Psychopathology. Comprehensive", *Textbook Of Psychiatry*, 337-418
- Meissner, W. W., (1989), "Theories of Paersonality and Psychopathology", *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Volume 19, Number 3 / 221-238
- Morgan, S.B., (1988), "The Autistic Child And Family Functioning: A Developmental Familiy Systems Persrective", *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 18(2)
- Morganett, R.S., (2005). *Yaşam Becerileri: Ergenler İçin Grupla Psikolojik Danışma Uygulamaları*, Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık
- Mullis, A.K., Mullis, R.L., Normandin, D. (1992), "Cross-Sectional and Longitudinal Comparisons of Adolescent Self Esteem", *Adolescence*, 27, 105, 51-60
- Nakao M., Fricchione G. ve Ark., (2001). "Effects Of Gender And Marital Status On Somatic Symptoms Of Patients", Attending A Mind/Body Medicine Clinic, *Behavioral Medicine*, 26: 159-168
- Nottelman, E.D. (1987). "Competence And Self- Esteem During Transitionfrom Childhood To Adolescence", *Development Psychology*, 23: 441-450
- Onur, B. (1995). *Ergenliği Anlamak*, Ankara: İmge Kitabevi
- Oğuz, A., (1992). "Anksiyete ve Somatizasyon", *Birinci Anksiyete Sempozyumu Bilimsel Çalışmaları*, 145-150
- Öksüz, Z. (2008). *Otistik Ve Normal Çocuk Sahibi Anne Babaların Bazı Psikiyatrik Ve Psikolojik Özelliklerinin Karşılaştırılması*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Özel Eğitim Anabilim Dalı
- Öner, N. (1997). *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler-Bir Başvuru Kaynağı*, 3.Basım, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası
- Özbey, Ç. (2005). *Otizm ve Otistik Çocukların Eğitimi*, İstanbul: İnkılâp Yayınevi
- Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon – Liyezon Psikiyatrisi*, İstanbul: Roche Yayınları
- Özkan, S. (2001). *Zihinsel Engelli Ve Normal Çocuğa Sahip Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek Ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Özel Eğitim Anabilim Dalı
- Özmen, E., Aydemir, Ö. (1994). "Somatizasyon", *Türk Psikiyatri Dizini Psikiyatri Bülteni*, 3(1), 30-38.
- Özmen, E., Aydemir, Ö., Bayraktar E., (1997). *Genel Tıpta Psikiyatrik Semptomlar*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği
- Özoğul, S.N. (1988). *Annenin Çalışmasının Ve Bazı Bireysel Niteliklerin Çocuğun Özsaygısına Etkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi
- Özusta Ş., (1999). *Otizm: Tanı Ve Ayrıcı Tanı*, Ekşi A (Ed), Ben Hasta Değilim: Çocuk Sağlığı Ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri

- Öztürk, S., (2006). *Anne Babası Boşanmış 9-13 Yaşlarındaki Çocuklar İle Aynı Yaş Grubundaki Anne- Babası Boşanmamış Çocukların Benlik Saygısı Ve Kaygı Düzeyleri İlişkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü
- Parman, T. (2005). "Psikosomatik Tarihi Ve Çocuk Psikosomatiği", *Psikanaliz Yazıları*, 11:16-17
- Pennebaker, J.W., Watson, D., (1991). "The Psychology Of Somatic Syptoms, Current Concepts Of Somatization – Research And Clinical Perspective", *American Psychiatric Research*, 21-35
- Pişkin, M., (1997). "Türk ve İngiliz Lise Öğrencilerinin Benlik Saygısı Yönünden Karşılaştırılması", *Ulusal Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Kongresi Kitabı, Çukurova Üniversitesi Yayını*, 3: 21-35
- Plummer, D. (2001). *Helping Children to Build self-esteem: A Photocopiable Activities Book*, London, Kingsley: J. Publishers
- Polat, A. (2007). *Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı Ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Porcelli P., Carne M.D., Todarello O., (2004). "Prediction Of Treatment Outcome Of Patients With Functional Gastrointestinal Disorders By The Diagnostic Criteria For Psychosomatic Researc", *Psychoterapy And Pychosomatics*, 73: 166-173
- Rosen G, Kleinman A, Katon W (1982), "Somatization In Family Practice: A Biopsychological Approach" *J Fam Pract*, 14: 493-502
- Rosenberg, M, (1965). *Society And The Adolescent Self-İmage*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sağduyu, A., (1995). "Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Somatizasyon", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6: 21-29
- Sağduyu A., Özmen E., (1996), "Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Bozukluklar: Pratisyen Doktor Tanıları, Verilen Tedaviler, Eğitimin Etkisi", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(3): 176-184
- Sayar, K., Bilen, A. & Arkan, M., (2001), "Kronik Ağrı Hastalarında; Anger, Self-Esteem And Alexithymia In Chronic Pain Patients", *Türkiye Klinikleri J Psychiatry* 2001, (2:36-42)
- Sayar, K., (2002), "Tıbben Açıklanamayan Belirtiler", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(3):222-231
- Satılmış G, Seber, G., (1989), "Yetiştirme Yurdunda Yaşayan Ergenlerde Benlik Saygısı", *Psikoloji Dergisi*, VII. Sayı: 23
- Sencar, İ., (2007). *Otistik Çocuğa Sahip Ailelerin Algıladıkları Sosyal Destek Ve Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı

- Schilling, R. F., Kirkham, M. A., Snow, W. H., Schinke, S. P. (1986), "Single Mothers With Handicapped Children: Different From Their Married Counterparts?", *Family Relations*, 35, 69-77.
- Sunay, F., Avcı, A., Seydaoğlu G. (2001). "Otistik Çocukların Anne- Babalarının Psikometrik Değerlendirilmesi", *10. Ulusal Özel Eğitim Kongresi*, 182-188
- Terakye, G. (1989), "Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Benlik Saygısının İncelenmesi", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5:3, 15-24
- Topses, G. (2003). *Gelişim Ve Öğrenme Psikolojisi*, Ankara: Nobel Yayınevi
- Torucu, B. K. (1990), *13-14 Yaşındaki Gençlerin Sosyo-Ekonomik Düzeyi Ve Ana-Baba Tutumlarındaki Farklılıkların Belirlenip Benlik Saygısına Etkisinin Araştırılıp Kararlaştırılması*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi
- Torucu, B. K. (1990). *13-14 Yaşındaki Gençlerin Sosyo-Ekonomik Düzeyi Ve Ana-Baba Tutumlarındaki Farklılıkların Belirlenip Benlik Saygısına Etkisinin Araştırılıp Karşılaştırılması*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi
- Turan, A., (2002). *Sevgi Dili Konuşan Çocuklar*, 2. Baskı, İstanbul: Sistem Yayıncılık
- Türkçapar, M. H., (1995), "Kendilik Psikolojisi ve Temel Kavramları", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4/2
- Uçar, T., Uzun, Ö., (2008). "Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi", *Meme Sağlığı Dergisi*, Cilt 4, Sayı 3, 162-168
- Uşaklı, H. (2006). *Drama Temelli Grup Rehberliğinin İlköğretim V. Sınıf Öğrencilerinin Arkadaş İlişkileri, Atılganlık Düzeyi Ve Benlik Saygısına Etkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü
- Uyanık Balat, G. (2003). *Erken Çocuklukta Benlik Saygısının Gelişimi Ve Önemi. Erken Çocuklukta Gelişim Ve Eğitimde Yeni Yaklaşımlar*, Yayıma Hazırlayan: M. Sevinç, İstanbul: Morpa Kültür Yayınları
- Weiss J. M., (2002), "Hardiness And Social Support As Predictors Of Stres In Mothers Of Typical Children, Children With Autism, And Children With Mental Retardation", *SAGE Publications And The National Autistik Society*, 6(1):115-130
- Wing, L. (2005). *Otizm El Rehberi*, İstanbul: Doğan Yayıncılık
- Wylie, R. C. (1974). *The self-concept. Revised edition*. Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press.
- Yavuzer, H. (2003). *Okul Çağı Çocuğu*, İstanbul: Remzi Kitabevi
- Yörükoğlu, A., (1986). *Gençlik Çağı Ruh Sağlığı Eğitimi ve Ruhsal Sorunlar*, İstanbul: Özgür Yayınları
- Chen, Y., Tang S., (1997), "Stress Appraisal And Social Support Ofchinese Mothers Of Adult Children With Mental Retardation", *American Journal On Mental Retardation*, 101(5), 473-482

Yurdakul, A., Girli, A., (1997), "Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Sosyal Destek Örüntüleri Ve Bunun Psikolojik Sağlık İle İlişkisi", İlk Işık Özel Eğitim Dergisi, 1(6-12)

Yüksel, N., (2001). *Ruhsal Hastalıklar*, Yenilenmiş 2.Baskı, Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi

Yüksel, G., (2002). "Üniversite Öğrencilerinin Utangaçlık Düzeylerini Etkileyen Faktörler", *Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 22(3), 37-57

Ziyalar, A. (2006). *Erişkin Psikopatolojisi*, İstanbul, Yüce Yayım