T.C.
İstanbul Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Psikoloji Bölümü

Yüksek Lisans Tezi

Zihinsel Engeli ya da Gelişimsel Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynlerinde Psikolojik İşlevsellik Düzeylerinin Karşılaştırılması

Serdar Kırcı

2501020088

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Özlem SERTEL BERK

İSTANBUL 2010

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

TEZ ONAYI

Enstitümüz **PSİKOLOJİ** **Anabilim** Dalında **2501020088** numaralı **SERDAR KIRCI'NIN** hazırladığı **"ZİHİNSEL ENGELLİ YA DA GELİŞİMSEL BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNDE PSİKOLOJİK İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI"** konulu **YÜKSEK LİSANS/** ~~**DOKTORA TEZİ**~~ ile ilgili **TEZ SAVUNMA SINAVI,** Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 15.Maddesi uyarınca **30.04.2010 CUMA** günü Saat:10.00'de yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin .....KABUL.....'ne* **OYBİRLİĞİ /**~~**OYÇOKLUĞUYLA**~~ karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ(*)	İMZA
PROF. DR. NURSEL TELMAN	kabul	
DOÇ. DR. PINAR ÜNSAL	kabul	
DOÇ. DR. GÜL ŞENDİL	kabul	
YRD. DOÇ. DR. SEVİM CESUR	kabul	
YRD. DOÇ. DR. ÖZLEM SERTEL BERK	kabul	

Besim Ömer Paşa Caddesi Beyazıt-34452-İstanbul
Tel: 0 212 440 00 00 Fax: 0 212 440 03 40

ÖZ

Zihinsel Engeli ya da Gelişimsel Bozukluğu Olan Çocukların Ebeveynlerinde Psikolojik İşlevsellik Düzeylerinin Karşılaştırılması

Serdar Kırcı

Bu çalışmanın amacı, otistik bozukluk (OB), zihinsel yetersizlik (ZY) ve down sendromu (DS) tanısı almış çocuğu olan ebeveynlerin zihinsel sağlık ve stres durumlarını kontrol grubu (SK) ebeveynleri ile karşılaştırmak ve farklı tanı gruplarındaki ebeveynlerin cinsiyetlerinin, baş etme tarzlarının ve kişilik özelliklerinin stres ve zihinsel sağlık durumları üzerindeki etkisini incelemektir.

Araştırmaya 231 anne ve 151 baba katılmıştır. Çalışmada ebeveynlere, Kısa Semptom Envanteri (KSE), Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği (ASDÖ), Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Eysenck Kişilik Envanterinin (EKE) dışadönüklük ve nörotiklik alt testi ile demografik bilgi formu verilmiştir.

Çalışma sonucuna göre ebeveynlerin zihinsel sağlık ve stres düzeyleri çocuklarının tanı durumuna göre değişmektedir. KSE'nin Paranoid Düşünce alt testi hariç KSE'nin ve ASDÖ'nün diğer tüm alt testlerinden, OB tanısı almış çocuğu olan ebeveynler en yüksek puanları almışlardır. Öte yandan, KSE'nin Hostilite, Fobik Anksiyete ve Psikotizm alt testleri haricindeki diğer alt test puanlarına göre anneler babalara göre daha fazla semptom bildirmişlerdir. Ancak, ASDÖ'nün alt testleri ile ölçülen stres seviyesinde anneler ve babalar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. OB grubundaki ebeveynlerin zihinsel sağlık ve stres düzeylerinin baş etme ve kişilik özelliklerinin her seviyesinde diğer tanı grubundaki ebeveynlerden daha kötü olacağı hipotezi ise çoğu durumda desteklenmiştir.

Bu çalışma, farklı engel ve gelişimsel bozukluk gruplarındaki hem anne hem de babaların yaşadığı stres ve zihinsel sağlık durumu üzerinde ebeveynlerin hem kişilik özellikleri hem de baş etme stratejilerinin etkilerini bir arada, aynı anda dikkate alması bakımından önem taşımaktadır. Bu bulgular, çocuklarının tanı durumundan en fazla etkilenen ebeveyn gruplarına yönelik müdahale ve eğitim programları yönündeki girişimlere ışık tutabilir. Yine de, çocukların tanı durumlarına ilişkin farklı demografik değişkenlerin ve bu alandaki çeşitli teorik modellerin de ele alındığı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

ABSTRACT

Comparison of Psychological Functioning of Parents of Children With Mental Retardation and Developmental Disorder

Serdar Kırcı

The purpose of this study was to compare the levels of stress and mental health of parents with children diagnosed to have autistic disorder (AD), mental retardation (MR) and down syndrome (DS) with those of control group parents who had healthy children (CG). It was further aimed to observe if the effects of children's diagnostic state on parental stress and mental health changed as a function of parents' ways of coping and personality characteristics.

The participants were 231 mothers and 151 fathers. All of the parents in four groups were presented with Brief Symptom Inventory (BSI), Questionnaire on Resources and Stress-F (QRS-F), Ways of Coping Inventory (WCI), Eysenck Personality Questionnaire-Extraversion and Neuroticism Subtests (EPI) and a demographic form prepared by the researcher.

According to the results, parental level of stress and mental health changed as a function of children's diagnostic state. Except for BSI-Paranoid Thoughts subtest, OB parents scored higher in all stress and mental health dimensions. Furthermore, mothers reported significantly more mental symptoms than fathers, except for BSI-Hostility, Fobic Anxiety and Psychoticism subtests. However, no diffferences were observed between mothers and fathers in terms of levels of stress. The hypothesis that OB parents at any level of coping and personality characteristics would score significantly higher than the parents in any other diagnostic group was supported in almost all measures of stress and mental health.

This study has a substantial importance as being one of the first studies which consider the effects of different diagnostic states, parental gender and ways of coping as well as personality characteristics on parental stress and mental health one at a time. These findings may help in planning various interventional and educational programs aiming at those parents who are adversely affected by their children's diagnostic state. However, there is still a need for studies which further address multiple demographic variables in relation to children's diagnostic process and crucial theoretical models postulated on this subject.

ÖNSÖZ

Bu yüksek lisans tezinin amacı otistik bozukluk, zihinsel yetersizlik ve down sendrom tanısı almış çocuğu olan ebeveynleri yaşadıkları stres ve zihinsel sağlık durumları açısından karşılaştırmak, baş etme becerileri ve kişilik özelliklerinin stres ve zihinsel sağlık durumlarına etkisini araştırmaktır.

Öncelikle zaman ayırıp çalışmaya katılan tüm anne babalara, ölçeklerin anne babalara ulaştırılması ve uygulanması sürecinde destek veren okul ve kurum müdürleri ile görevli yöneticilere, anne babaların araştırmaya katılmasını sağlamayı, anne babalara ve çocuklara destek olma, rehberlik etme sürecinin bir parçası olarak görüp, tüm uygulama aşamalarına bilgi ve tecrübelerini katarak desteklerini esirgemeyen psikolojik danışman-rehber öğretmen ve özel eğitim öğretmeni arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.

Bütün araştırma süresince desteklerini esirgemeyen Beşiktaş Rehberlik ve Araştırma Merkezi Müdürü Aydoğdu MİMİR'e ve kurumda görevli çalışma arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.

Arkadaşım Psk. Dr. Sinem YILDIZ'a verdiği destek, gösterdiği anlayış ve karamsar bakışımı dengeleyen geribildirimleri için teşekkür ediyorum.

Araştırma sürecinin her noktasına çok değerli bilgi ve emeğini esirgemeden katan, yapıcı ve anlayışlı yaklaşımıyla bana her zaman destek olan tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Özlem SERTEL-BERK'e minnet borçluyum.

Türlü sebeplerle değişik güzergahlar arasında atlamalar şeklinde ve yavaş bir tempoda ilerleyen, oldukça uzamış eğitim hayatımın her noktasında benden desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen kardeşim Serkan KIRCI'ya, Babam İbrahim KIRCI'ya ve Annem Zeliha KIRCI'ya teşekkürlerimi sunuyorum.

Son olarak bana olan sevgisini, inancını ve desteğini her an yanımda hissettiğim, sevgili eşim Didem YÜCEL KIRCI'ya sonsuz sevgilerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLOLARIN LİSTESİ	vii
KISALTMALAR LİSTESİ	viii
GİRİŞ	1
1. Genel Bilgiler	3
1.1. Gelişimsel Bozukluk ya da Engeli Olan Çocuğa Sahip Olmanın Ebeveynlerin Üzerindeki Etkisi	3
1.1.1. Aşama Modeli	6
1.1.2. Sürekli Üzüntü Modeli	8
1.2. Gelişimsel Bozukluğu ya da Engeli Olan Çocuğa Sahip Olmanın Ebeveynlerin Stres Düzeyi ve Zihinsel Sağlık Durumu Üzerindeki Etkisini Araştıran Çalışmalar	9
1.3. Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar: Otistik Bozukluk, Zihinsel Yetersizlik (Mental Retardasyon) , Down Sendromu	12
1.3.1. Otistik Bozukluk	12
1.3.1.2 Otistik Bozukluğun Etiyolojisi	14
1.3.2. Zihinsel Yetersizlik (Mental Retardasyon)	16
1.3.2.1. Hafif Düzey Zihinsel Yetersizlik	17
. 1.3.2.2 Orta Düzey Zihinsel Yetersizlik	17
1.3.2.3. Ağır Düzey Zihinsel Yetersizlik	18
1.3.2.4. İleri Derecede Ağır Düzey Zihinsel Yetersizlik	18

1.3.2.5.Zihinsel Yetersizliğin Etiyolojisi 18
1.3.3. Down Sendrom 19
1.3.3.1. Down Sendromlu Çocukların Fiziksel Özellikleri 20
1.3.3.2. Down Sendromlu Çocukların Zihinsel Özellikleri 20
1.3.3.3. Down Sendromlu Çocukların Kişilik Özellikleri 21
1.3.3.4. Down Sendromun Etiyolojisi 21
1..4. Gelişimsel Bozukluğu ya da Engeli Olan Çocuğa Sahip Olan Ebeveynlerde Çocuğun Aldığı Tanının Yaşanan Stres ve Zihinsel Sağlık Durumu Üzerindeki Etkisini Araştıran Çalışmalar 21
1.5. Stresle Başetme 23
1.5.1 Tanım
1.5.2. Başetme Stratejileri 24
1.5.3. Gelişimsel Bozukluğu ya da Engeli Olan Çocuğa Sahip Olan Ebeveynlerde Stresle Başetme Tarzlarının Algılanan Stres ve Zihinsel Sağlık Durumuna Etkisini Araştıran Çalışmalar 26
1.6. Kişilik 30
1.6.1. Tanım 30
1.6.2. Kişilik Boyutları 30
1.6.3. Gelişimsel Bozukluğu ya da Engeli Olan Çocuğa Sahip Olan Ebeveynlerde Başetme Tarzlarına Kişilik Özelliklerinin Etkisini Araştıran Çalışmalar 32
1.7 Alanda Türkiye' de Yapılan Araştırmalar 33

2. AMAÇ VE HİPOTEZLER 39
2.1. Amaç 39
2.2 Hipotezler 41
2.2.1. Kuramsal Hipotezler 41
2.2.2. İşlemsel Hipotezler 42

3.YÖNTEM 44
3.1 Katılımcılar 44
3.2. Ölçekler 47
3.2.1. Demografik Bilgi Formu 47
3.2.2. Eysenck Kişilik Envanteri 47
3.2.3. Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği 48
3.2.4. Kısa Semptom Envanteri 50
3.2.5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği 52
3.3. Uygulama 54
3.4. İstatistik 55
4. BULGULAR 56
5. TARTIŞMA VE SONUÇ 83
6. KAYNAKÇA 98
7. EKLER 115
EK 1: Demografik Bilgi Formu 115
EK 2: Demografik Bilgi Formu (Kontrol Grubu) 117
EK 3: Eysenck Kişilik Envanteri 118
EK 4: Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği 119
EK 5: Kısa Sempom Envanteri 121
EK 6 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği 123

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1: Dört farklı tanı durumundaki ebeveynlerin psikodemografik özelliklerine dair parametrik ölçümler 45

Tablo 2: Dört farklı tanı durumundaki ebeveynlerin psikodemografik özelliklerine dair sıklık yüzde dağılımları 46

Tablo 3: Araştırmada yer alan ebeveynlerin KSE alt test puanlarına ait ortalama, standart sapma ve medyan değerleri 58

Tablo 4: Araştırmada yer alan ebeveynlerin ASDÖ, EKE ve SBTÖ alt test puanlarına ait ortalama, standart sapma ve medyan değerleri 58

Tablo 5: Ortalamanın 1 SS altı ve 1 SS üstüne göre dört kategoriye ayrılmış olan EKE ve SBTÖ alt testlerine ait puan aralıkları. 58

Tablo 6: Çocuklarının tanı durumuna göre ebeveynlerin KSE'nin alt testlerinden almış oldukları puanlara ait ortalama, standart sapma ve medyan değerleri. 60

Tablo 7: Çocuklarının tanı durumuna göre ebeveynlerin ASDÖ'nün alt testlerinden almış oldukları puanlara ait ortalama, standart sapma ve medyan değerleri. 61

Tablo 8: Tanı durumu ve ebeveyn cinsiyetinin KSÖ'nün ve ASDÖ'nün alt test puanları üzerindeki etkisine dair ortalama ve standart sapma değerleri. 64

Tablo 9: Tanı durumu ile ebeveyn cinsiyetinin KSE ve ASDÖ alt test puanları üzerindeki ana ve ortak etkilerine dair iki yönlü varyans analizi sonuçları 65

Tablo 10: Tanı durumu ve SBTÖ-KGSZ kategorilerinin KSÖ'nün alt test puanları üzerindeki etkisine dair ortalama ve standart sapma değerleri. 66

Tablo 11: Tanı durumu ve SBTÖ-KGSZ kategorilerinin ASDÖ'nün alt test puanları üzerindeki etkisine dair ortalama ve standart sapma değerleri. 67

Tablo 12: Tanı durumu ile SBTÖ-KGSZ kategorilerinin KSE ve ASDÖ alt test puanları üzerindeki ana ve ortak etkilerine dair iki yönlü varyans analizi sonuçları 68

Tablo 13: Tanı durumu ve SBTÖ-BE kategorilerinin KSÖ'nün alt test puanları üzerindeki etkisine dair ortalama ve standart sapma değerleri. 70

Tablo 14: Tanı durumu ve SBTÖ-BE kategorilerinin ASDÖ'nün alt test puanları üzerindeki etkisine dair ortalama ve standart sapma değerleri. 71

Tablo 15: Tanı durumu ile SBTÖ-BE kategorilerinin KSE ve ASDÖ alt test puanları üzerindeki ana ve ortak etkilerine dair iki yönlü varyans analizi sonuçları 72

Tablo 16: Tanı durumu ve EKE-D kategorilerinin KSÖ'nün alt test puanları üzerindeki etkisine dair ortalama ve standart sapma değerleri. 76

Tablo 17: Tanı durumu ve EKE-D kategorilerinin ASDÖ'nün alt test puanları üzerindeki etkisine dair ortalama ve standart sapma değerleri. 77

Tablo 18: Tanı durumu ile EKE-D kategorilerinin KSE ve ASDÖ alt test puanları üzerindeki ana ve ortak etkilerine dair iki yönlü varyans analizi sonuçları 78

Tablo 19: Tanı durumu ve EKE-N kategorilerinin KSE'nin alt test puanları üzerindeki etkisine dair ortalama ve standart sapma değerleri. 79

Tablo 20: Tanı durumu ve EKE-N kategorilerinin ASDÖ'nün alt test puanları üzerindeki etkisine dair ortalama ve standart sapma değerleri. 80

Tablo 21: Tanı durumu ile EKE-N kategorilerinin KSE ve ASDÖ alt test puanları üzerindeki ana ve ortak etkilerine dair iki yönlü varyans analizi sonuçları 81

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1: Tanı Durumu ile SBTÖ-KGSZ kategorilerinin ASDÖ-K puanları üzerindeki ortak etkisi 69

Şekil 2: Tanı Durumu ile SBTÖ-BE kategorilerinin KSE-P puanları üzerindeki ortak etkisi 73

Şekil 3: Tanı Durumu ile SBTÖ-BE kategorilerinin KSE-EK puanları üzerindeki ortak etkisi 73

Şekil 4: Tanı Durumu ve SBTÖ-BE kategorilerinin KSE-D puanları üzerindeki ortak etkisi 74

Şekil 5: Tanı Durumu ile EKE-N kategorilerinin KSE-S puanları üzerindeki ortak etkisi 82

Şekil 6: Tanı Durumu ile EKE-N kategorilerinin KSE-OKB puanları üzerindeki ortak etkisi 82

KISALTMALAR LİSTESİ

ASDÖ: AİLE STRESİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

ASDÖ-AS: AİLE STRESİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ AİLE SORUNLARI ALT TESTİ

ASDÖ-İY: AİLE STRESİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ İŞLEVSEL YETERSİZLİK ALT TESTİ

ASDÖ-K: AİLE STRESİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ KARAMSARLIK ALT TESTİ

DF: DEMOGRAFİK FORM

DS : DOWN SENDROM

EKE: EYSENCK KİŞİLİK ENVANTERİ

EKE-D: EYSENCK KİŞİLİK ENVANTERİ DIŞA DÖNÜKLÜK ALT TESTİ

EKE-N: EYSENCK KİŞİLİK ENVANTERİ NÖROTİKLİK ALT TESTİ

KSE: KISA SEMPTOM ENVANTERİ

KSE-S: KISA SEMPTOM ENVANTERİ SOMATİZASYON ALT TESTİ

KSE-OKB: KISA SEMPTOM ENVANTERİ OBSESİF-KOMPÜLSİF BOZUKLUK ALT TESTİ

KSE-AB: KISA SEMPTOM ENVANTERİ ANKSİYETE BOZUKLUĞU ALT TESTİ

KSE-D: KISA SEMPTOM ENVANTERİ DEPRESYON ALT TESTİ

KSE-KD: KISA SEMPTOM ENVANTERİ KİŞİLERARASI DUYARLILIK ALT TESTİ

KSE-H: KISA SEMPTOM ENVANTERİ HOSTİLİTE ALT TESTİ

KSE-FA: KISA SEMPTOM ENVANTERİ

FOBİK ANKSİYETE ALT TESTİ

KSE-P: KISA SEMPTOM ENVANTERİ
PSİKOTİZM ALT TESTİ

KSE-PD: KISA SEMPTOM ENVANTERİ
PARANOİD DÜŞÜNCELER ALT TESTİ

KSE-EK: KISA SEMPTOM ENVANTERİ
EK MADDELER ALT TESTİ

KSE-RCE: KISA SEMPTOM ENVANTERİ
RAHATSIZLIK CİDDİYETİ İNDEKSİ

OB: OTİSTİK BOZUKLUK

SBTÖ: STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

SBTÖ-BE: STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ
BOYUN EĞİCİ BAŞA ÇIKMA ALT TESTİ

SBTÖ-İYM: STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ
İYİMSER BAŞA ÇIKMA ALT TESTİ

SBTÖ-KG: STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ
KENDİNE GÜVENLİ BAŞA ÇIKMA ALT TESTİ

SBTÖ-KGSZ:STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ
KENDİNE GÜVENSİZ BAŞA ÇIKMA ALT TESTİ

SBTÖ-SD: STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ
BOYUN EĞİCİ BAŞA ÇIKMA ALT TESTİ

SK: SAĞLIKLI KONTROL

ZY: ZİHİNSEL YETERSİZLİK

GİRİŞ

Bir bireyin eğitim sürecine ailenin katılımının gerekliliği, eğitim alanındaki en temel tespitlerden biridir. Çocuğu en iyi tanıyan, çocukla en fazla zamanı geçiren ebeveynleridir. Ebeveynlerin çocuğa olumlu ve destekleyici bir atmosfer sunması son derece önemlidir. Bireyin gelişimsel bozukluk ya da engeli olduğunda ailenin sağladığı olumlu atmosfer ve ailenin eğitim sürecine sağlıklı ve düzenli biçimde katılımı, bireyin göstereceği gelişim ve özel eğitimden sağlayacağı fayda noktasında bir kat daha önem kazanmaktadır.

Gelişimsel bozukluğu ya da engeli olan bir çocuğa sahip olmak, onu var olan potansiyelini en iyi şekilde kullanacak biçimde yetiştirmeye çalışmak ebeveynler için zorlu bir görevdir. Bu zorlu görevi yerine getirirken ebeveynler sağlık ve eğitim alanlarında çalışan profesyonellerin desteğine ihtiyaç duymaktadırlar. Alandaki uzmanların ebeveynlere vereceği desteğin niteliğinin arttırılması, daha etkili destek sistemlerinin oluşturulması ancak ebeveynleri tüm yönleriyle tanımayı ve anlamayı sağlayacak bilimsel bilgilere ulaşmakla mümkündür. Ailelere götürülecek hizmetlerin geliştirilmesi için, ebeveynlerin stres kaynaklarının neler olduğu, bu stresle başetmek için ebeveynlerin hangi yöntemleri kullandıkları ve kullandıkları yöntemlerin etkili olup olmadığı gibi sorulara yanıt verebilecek araştırmaların yürütülmesine ihtiyaç vardır.

Alanda sürdürülen araştırmalar göstermektedir ki gelişimsel bozukluğu ya da engeli olan çocuğa sahip olma durumuna ebeveynler farklı biçimlerde tepki gösterebilmekte, ailenin işlev düzeyi ve ebeveynlerin yaşadığı stres ve zihinsel sağlık durumu gibi değişkenler çok çeşitli faktörlere göre değişiklik gösterebilmektedir (Blacher 1984; MacGregor 1994; Şen ve Yurtsever, 2007). Bu değişkenleri belirlemek amacıyla yürütülen çalışmalar, gelişimsel bozukluk ya da engel türünün, ailelerin etkilenme düzeyini yordayan bir değişken olabileceğini bulgulamıştır (Akkök, Aşkar ve Karancı 1992 ; Holroyd ve McArthur 1976; Lewis v.d.; 2006; 2007; Yurdakul, Girli, Özekes ve Sarısoy, 2000; Weiss, 2002). Farklı gelişimsel

bozukluk ya da engel türlerinde tanı almış ebeynlerin karşılaştırıldığı araştırmalar içinde, otistik bozukluk tanısı almış çocukların ebeveynlerinin, diğer bozukluk ve engel türlerinden tanı almış çocuğu olan ebeveynlerle stres , zihinsel ve fiziksel sağlık durumları açısından karşılaştırıldığı araştırmalar önemli yer tutmaktadır (Olsson ve Hwang, 2002; Pisula, 2007; Stoneman, 2007; Yamada v.d, 2007). Bu çalışmalar sonucunda otistik bozukluk tanısı almış çocuğu olan ebeveynlerin daha fazla stres yaşadıkları ve fiziksel ve zihinsel sağlıklarının daha fazla etkilendiği bulunmuştur (Akkök, Aşkar ve Karancı 1992 ; Holroyd ve McArthur 1976). Bu çalışmalardan edinilen bilgiler otistik bozukluğa sahip bireylerin ve onlara bakım veren ailelerin yaşadığı zorluklar hakkında daha fazla farkındalık kazanılmasına, bireylere ve ailelere verilecek tedavi ve destek hizmetlerinin planlamasına katkı sağlamıştır. Araştırma sonuçları konu ile ilgili daha doğru bilgilere ulaşılabilmesi için daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç olduğunu işaret etmiştir (Neely-Barnes ve Dia, 2008; Yamada v.d, 2007). Otistik bozukluk tanısı almış çocuğu olan ebeveynlerin yaşadıkları stres ve zihinsel sağlık durumları hakkında daha geniş kapsamlı bilgi edinmek, bu ebeveynlerin, çeşitli bozukluk ve engel gruplarında tanı almış çocukların ebeveynleriyle ve çocuğu normal gelişen çocuğa sahip ebeveynleriyle karşılaştırıldığı, hem anne hem de babaların dahil edildiği geniş çaplı araştırmalarla mümkün olabilecektir.

Bu araştırma bu amacı gerçekleştirmek üzere yürütülmüştür. Diğer tanı grupları olarak orta-ağır düzey zihinsel yetersizlik ve down sendrom seçilmiştir. Üç tanı durumu, çocuklarda gözlenen ilk belirtiler, teşhis aşaması, davranış sorunları, anne babaya bağımlılık düzeyi, iletişim becerileri vb. daha birçok noktada birbirinden farklılaşmaktadır. Yukarıda ifade edilen farklı özelliklere sahip tanı gruplarından çocuğu olan anne babaların stres ve zihinsel sağlık durumları birbirleriyle ve kontrol grubu ile karşılaştırılarak araştırılacaktır. Otistik bozukluk tanısı almış çocuğu olan ebeveynlerin, orta-ağır düzey zihinsel yetersizlik ve down sendrom tanısı almış çocuğa sahip ebeveynlere göre daha fazla stres tepkisi göstermelerinde etkili olduğu düşünülen unsurlar arasında, otistik bozukluk tanısının down sendrom ve zihinsel yetersizlik tanılarına göre kesin tanı konma sürecinin daha uzun sürebilmesi; otistik bozuklukta diğerlerine göre daha sık olarak gözlenebilen

davranış problemleri, otistik bozukluğun sözel ve sözel olmayan iletişimde bozulmaya yol açan nitelikte oluşu sayılmaktadır. Öte yandan engeli ya da gelişimsel bozukluğu olan çocuğa sahip olan ebeveynlerin stres ve zihinsel sağlık durumlarına, kulandıkları başetme yöntemlerinin ve kişilik özelliklerinin etkisi de çeşitli çalışmalarda bulgulanmıştır (Frey, Greenberg ve Fewell, 1989; Holroyd ve McArthur 1976).

Yukarıda ifade edilen bilgiler ışığında çalışmanın amacı gelişimsel bozukluğu ya da zihinsel engeli olan çocuğa sahip ebeveynlerin stres ve zihinsel sağlık durumları üzerinde, çocuğun aldığı tanının, ebeveyn cinsiyetinin, ebeveynlerin kullandığı başetme tarzlarının ve kişilik özelliklerinin etkilerini incelemektir.

Çalışmadan elde edilecek verilerin gelişimsel bozukluğu ya da engeli olan bireye bakım veren ebeveynlere yönelik psikolojik destek hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu tür çalışmalardan elde edilen veriler ile ebevenylerin zihinsel işlevsellik düzeylerinin arttırılması, tanı almış bireylere yönelik özel eğitim hizmetlerinde daha etkili yöntemlerin uygulanabilmesini sağlayacak, var olan hizmetlerin iyileştirmesine yönelik çalışmaların başarısını arttıracaktır.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. Gelişimsel Bozukluğu ya da Engeli Olan Çocuğa Sahip Olmanın Ebeveynler Üzerindeki Etkisi

Dünya Sağlık Örgütü “engelli olma” halini kişinin yaşına, cinsiyetine, sosyal ve kültürel durumuna uygun bir hayat biçimi sürdürmesinin önüne geçen yetersizlik durumu olarak tanımlamaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2007). Engelli olma hali ayrıca uyumlu davranışlarda yetersizlik ile bireyin kendi yaşından beklenen ve içinde

bulunduğu toplumun bireylerinden beklediği sosyal davranışları gösterememe durumu olarak da tarif edilmektedir (Kulaksızoğlu, 2003).

Engelli çocuklar, gelişim alanlarından bir veya birkaçında yaşıtlarından belirgin olarak farklılık gösteren çocuklardır. Bu çocuklar, gelişim ve eğitim gereksinimlerini olağan şartlarda karşılayamadıkları için özel eğitim programlarına ve ilgili profesyonel hizmetlere gereksinim duyarlar. Özel hizmet gereksinimi olan çocuklar; zihinsel engelliler, öğrenme güçlüğü, davranış bozukluğu, iletişim güçlüğü olanlar, görme, işitme engeli, fiziksel engeli olanlar ile üstün yetenekli ve üstün zekâlı çocuklar olarak gruplanır (Özürlüler İdaresi Başkanlığı, 2006).

Gelişimsel bozukluğu ya da engeli olan bir çocuğun doğumu anne babaların umutlarının kırıldığı bir kriz dönemidir. Anne babalar çocuklarının engelli olduklarını öğrendiklerinde karışık duygular yaşarlar. Bu süreçte ailelerin verdikleri tepkiler ve engeli ya da gelişimsel bozukluğu olan bir çocuğa sahip olma durumunun anne-babalar üzerindeki etkileri birçok açıdan araştırılmıştır. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde ebeveynlerin gelişimsel bozukluk ya da engeli olan bir çocuğa sahip olma durumuna yönelik tepkilerini etkileyen değişkenler şu şekilde sıralanabilir (Blacher, 1984):

- Sosyoekonomik durum
- Destek hizmetleri alıp almaması
- Gelişimsel bozukluk ya da engel durumunun ebeveynlere açıklanması sırasında profesyonellerin tavırları ve izlenen prosedürler
- Tanı almış diğer bir aile bireyinin olup olmaması
- Bozukluk ya da engel durumu hakkında önceden bilgi sahibi olmak
- Yaşanan toplum içinde destek sağlayan kişi ve kurumlara kolay ulaşabilme
- Ailenin tek ebeveynden oluşması
- Dini inançlar
- Gelişimsel bozukluğu ya da engeli olmayan diğer çocukların olması
- Tanı almış çocuğun fiziksel görünüşü

Anne babaların yaşantıladığı duygular ve duruma verdikleri tepkilerin ortak noktalarından hareketle bazı açıklayıcı modeller de geliştirilmiştir.

Erken dönem literatüründe gelişimsel bozukluk ya da engeli olan bir çocuğun doğumuna ya da çocuğun engeli olduğunun fark edilmesi durumuna anne-babaların gösterdiği tepkiler ve yaşadıkları duygular sıklıkla Freud (1914, 1917) tarafından ortaya atılan patoloji modeli üzerinden açıklanmaya çalışılmış ve bu durum 1960'lara kadar araştırma alanına yön vermiştir.

Son kırk yılda engelli çocuğu olan ebeveynlerin uyum süreci ile ilgili araştırma literatüründe değişim gözlenmiştir. Zihinsel engeli ya da gelişimsel bozukluğu olan çocuğa sahip anne babaların zamana bağlı tahmin edilebilir çizgide şok, umutsuzluk, suçluluk, kabullenme süreçlerini yaşayıp uyum dönemine ulaştıkları yaygın biçimde kabul edilmiş, araştırma alanı ve ailelere müdahale programları da bu görüş çerçevesinde şekillenmiştir (Wikler, Wasow ve Hatfield, 1981). Bu görüşe alternatif olarak "Kronik üzüntü" kavramı üzerinde duran Olshansky (1962) kronik üzüntü fenomenini, engelli bir çocukla yaşama durumuna verilen, nörotik olmayan, doğal bir psikolojik tepki olarak tanımlamıştır. Bu durum çocuğun ve ebeveynin yaşamı boyunca devam eden sürekli bir kayıp ve yas süreci biçiminde yaşantılanmaktadır. Kronik üzüntü kavramı üzerinde duran araştırmacılar, bu kavramın içerdiği olumsuz bakış açısı ve deneysel veri eksikliği gibi nedenlerle eleştirilmişlerdir (Milo 1997). Copley ve Bodensteiner (1987) gibi araştırmacılara göre ise kronik üzüntü, anne-babaların, yakıtı şok-umut-inkar kısır döngüsü tarafından sağlanan sürekli duygusal iniş çıkışlar yaşamaları ve bu durumun kabullenme dönemine geçmelerine engel olması ile karakterizedir. Copley ve Bodensteiner (1987), anne babaların gösterdiği tepkileri açıklayan model için iki aşamalı bir versiyon ileri sürmüş ve çocuğun tanılanması ardından çoğu ailelerin şok, inkar ve yas döngüsü içinde sıkıştıklarını ancak bazı ailelerin de yeterli başetme becerileri ile, üzüntülerinin ortadan kalkmadığı fakat, daha az şiddetli ve daha nadiren artış gösteren bir şekle dönüştüğünü ifade etmiştir.

Blacher (1984), yaptığı geniş çaplı literatür çalışmasıyla uyum ya da yas sürecinde geçirilen aşamalar modelini araştırmış ve yapılan araştırmalarda aşamaların tanımlanması ve adlandırılmasında bazı farklılaşmalar olsa da Aşama Modeli'nin genel görüntüsünü ortaya çıkartmıştır.

"Aşama Modeli"ne göre kabullenme döneminde üzüntü, periyodik olarak yıldönümleri ya da okul çağı başlangıcı vb. belirli durumlarda ortaya çıkmakla beraber daha az kederli, acı verici bir niteliktedir, çünkü anne-babalar çocuklarını ve çocuklarının engel durumunu, aile hayatlarına tam olarak dâhil ederler ve durumu kabullenirler (Copley ve Bodensteiner, 1987, King v.d., 2006). Roll-Petersson da (2001) anne-babaların bir çeşit yas süreci içinde, uyumla sonlanan çeşitli aşamalardan geçtiklerini ifade etmiştir.

Daha yeni araştırmalar ve klinik deneyimler bazı ailelerin kronik üzüntü durumu yaşamadıklarını ve bazı anne-babalar için, gelişimsel bozukluk ya da engeli olan bir çocuğa ana-babalık etmenin, her ne kadar insanı tüketen ve beklenmedik bir durum olsa da, hayatlarının merkezine oturan ve hayatlarının akışını belirleyen bir deneyime dönüştüğünü göstermiştir (Burden ve Thomas, 1986; Ferguson, 2002). Turnbull'ın çalışmasında (1993) bazı ailelerin sadece kabullenme aşamasına geçmekten öte engelli çocuğa anne-babalık etme deneyimlerinde bir değer, güç ve anlam buldukları ifade edilmiştir. Gerçekten de engeli olan üyelerinin özenle bakıldığı bazı ailelerde başetme becerilerinin normların oldukça üzerinde olduğu bulgulanmıştır (Ferguson, 2002).

Sonuç olarak literatürde engeli olan çocuğa sahip ebeveynlerin uyum süreçlerini açıklamaya yönelik farklı modellerin öne sürüldüğü göze çarpmaktadır. Bu bölümde bu modeller gözden geçirilecektir.

1.1.1. Aşama Modeli

"Aşama Modeli'ne" göre ailelerin, engeli ya da gelişimsel bozukluğu olan bir çocuğun varlığına doğumdan itibaren gösterdikleri tepkilerin zamana bağlı olarak

çeşitli aşamalardan geçtiği ve anne babaların sürecin sonunda kabul ve uyum aşamasına vardıkları kabul edilir. Ailelerde aşağıda belirtilen tepkiler gözlenmektedir:

İlk aşama olan "Şok" sürecinde, birçok anne-babada çaresizlik duyguları içinde ağlama krizleri ve çeşitli irrasyonel davranışlar gözlemlenir. Kişiler hazır olmadıkları bir durumla karşı karşıya olduklarında sıklıkla ilk olarak verdikleri tepki, ağlama, çaresiz hissetme, umutsuzluk, hayal kırıklığı ile kendini gösteren şok tepkisidir. Aileler, böylesi bir duruma ne kadar hazırlıksız olduklarını ifade etmektedirler (Blacher 1984; Drotar, Baskiewicz, Irwin, Kennell ve Klaus 1975). Ayrıca engel ya da bozukluk durumunun ne olduğunun, çocuk üzerindeki olası etkilerinin tam olarak açıklanmadığı durumlarda anne-babaların yaşadığı kaygı ve stres artabilmektedir (Darıca, Abidoğlu ve Gümüşçü, 2005).

İkinci aşama olan "İnkar" sürecinde anne-babalar bilinmeyen bir şeyle yüzleşme korkusunun sebep olduğu inkar savunma mekanizmasını kullanarak, çocuklarının engel ya da gelişimsel bozukluk durumunu kabul etmeme davranışı gösterebilmektedirler. Anne-babanın durumun varlığını reddetme derecesi, çocuğun sahip olduğu engel ya da bozukluğun ya da etkilerinin ne kadar görünür olup olmadığına göre değişebilmektedir (Blacher, 1984; Drotar v.d., 1975).

Üçüncü aşama olan "Acı Çekme, Öfke ve Depresyon" sürecinde genel olarak anne babalar engeli ya da gelişimsel bozukluğu olan bir çocuğa sahip olmaları nedeniyle hayal kırıklığına uğramış bir durumdadırlar ve engel durumu hayallerinde yaşattıkları ideal çocuğun yok oluşunu temsil etmektedir. İdeal çocuk hayalleri yıkılan ve durumun farkına varan ebeveynler için bundan sonra depresyon ve keder süreci başlar. Engel ya da gelişimsel bozukluk durumunun sebebi konusunda hissedilen suçluluk, cezalandırılma duygusu, kararsızlık, öfke ve utanç bu aşamada gösterilen tepkilerdir. Yoğun olarak yaşanan acı çekme ve depresyon sonucu ailelerde "geri çekilme" ya da "sosyal etkileşimlerden kaçınma" davranışları gözlenmektedir (Blacher 1984; Darıca, Abidoğlu ve Gümüşçü, 2005; MacGregor 1994).

Dördüncü aşama olan "uyum ve yeniden organizasyon" süreci, anne-babaların engel durumunu ortadan kaldırmak ya da iyileşmeyi sağlamak umuduyla yardımı olacağını düşündükleri, profesyoneller, şifacılar, dini figürler vb. gibi her destek ve yardım seçeneğinin denenmesini içeren bir pazarlık sürecinin ardından durumun, tam bir iyileşme yönünde değişmeyeceğinin farkına varılması sonrasında başlar. Şiddetli kaygı ve güçlü duygusal reaksiyonların yavaş yavaş azalması, durumun kabul edilmesi ve anne-babaların engelli çocukları için yine de yapabilecekleri bir şeyler olduğunun farkına varmaları uyum ve yeniden organizasyon sürecinin özellikleridir (Akkök, 2003; Blacher, 1984; Darıca, Abidoğlu ve Gümüşçü, 2005; Şen ve Yurtsever, 2007; Stone, 1989).

1.1.2. Sürekli Üzüntü Modeli

"Sürekli Üzüntü Modeli"nde anne-babalar, çocuklarını, engel durumu ile ilgili olarak, normal gelişen çocuklarla- özellikle kritik gelişim aşamalarında- karşılaştırmakta ve "durum şu andaki haliyle olmasaydı ne olurdu" sorusunu sürekli olarak sormaktadırlar. Bu varsayımdan yola çıkan modelde anne-babaların çocuklarının, yürümeyi öğrenme, okula başlama, ergenliğe giriş vb. kritik gelişimsel dönemlerinde, artan depresif ataklarla sürüp giden bir kronik üzüntü yaşadıkları iddia edilmektedir. Modele göre ailelerin tepkileri zamana bağlı ilerleyen ve uyumla sonlanan bir süreç olarak değil çocuğun gelişim dönemlerinde deneyimlenen periyodik krizler şeklinde açıklanabilir (Teel, 1991). Bu kritik gelişim dönemlerinde anne-babalar hayallerindeki ideal çocuk ve engelli çocukları arasındaki farkı daha akut biçimde yaşantılamakta ve ideal çocuğun kaybı da üzüntüye sebep olmaktadır. Olshansky'ye göre kronik üzüntü trajik bir duruma gösterilen, nörotik olmaktan ziyade doğal olan, ebeveyn ya da çocuğun ömrü boyunca süren geniş çaplı bir psikolojik reaksiyondur (Ferguson, 2002; Olshansky, 1962). Bu modele göre, sürekli üzüntü durumu aile içi yaşantıları ve toplumsal etkileşimleri de kapsamaktadır (Akkök, 2003).

Sürekli üzüntü modeli ile açıklanan anne baba tepkilerinin anne babaların sağlığı açısından olumsuz sonuçları olacağı ifade edilmiştir. Tekrarlayan ve kalıcı bir duygulanımın sürekli yaşantılanmasının bağışıklık sisteminde hastalıklara yol açacak etkilerinin olması mümkündür (Teel 1991, Eisenhower, Baker ve Blacher, 2009). Birçok çalışma yaşanan kayıp ve yas durumları ile artmış fiziksel rahatsızlık oranları arasında pozitif bir korelasyon olduğunu göstermiştir (Laudenslager 1988).

1.2. Gelişimsel Bozukluğu ya da Engeli Olan Çocuğa Sahip Olmanın Ebeveynlerin Stres Düzeyi ve Zihinsel Sağlık Durumu Üzerindeki Etkisini Araştıran Çalışmalar

Çocuk yetiştirme süreci hâlihazırda belirli bir oranda stresi beraberinde getirmektedir. Bu strese adapte olmak ve üstesinden gelebilmek için ebeveynin bazı başetme becerilerine sahip olması gerekmektedir. Bu noktada engelli çocuğa sahip ebeveynler bazı zorluklarla, çocuğu normal gelişim gösteren ebeveynlere nazaran daha fazla karşı karşıya kalmaktadırlar. Engelli bir çocuğa sahip olan ebeveynlerin normal gelişen çocuğa sahip ebeveynlerden daha fazla stres (Holroyd 1988, ; Kazak, 1987) ve duygusal tükenmişlik yaşadıklarını (Duygun ve Sezgin, 2003) bu durumun zihinsel ve fiziksel sağlıkları üzerinde olumsuz etkileri olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (Ha, Hong, Seltzer ve Greenberg, 2008; Head ve Abbeduto, 2007). Bu annelerin normal çocuğa sahip annelere göre daha fazla sayıda depresif semptom gösterdiği; klinik olarak depresyon tanısı alma olasılıklarının daha yüksek olduğu (Bailey, Golden, Roberts ve Ford, 2007; Mu, 2004), annelerin çocuğun engelinden dolayı kendilerini şuçlamaya eğilimleri varken babaların anneleri suçlama eğilimleri olduğu bulgulanmıştır (Özşenol v.d., 2003). Ayrıca araştırmalarda bu ebeveynlerin Beck Anksiyete Envanterinden daha yüksek puanlar aldıkları (Bahar, Bahar, Savaş ve Parlar, 2009; Uğuz, Toros, İnanç ve Çolakkadıoğlu 2004) ve benlik saygısı puanlarının da düşük olduğu tespit edilmiştir (Bright ve Hayward, 1997).

Araştırmalarda, anne-baba stresi üzerinde, zihinsel yetersizlik tanısı almış çocukta gözlenen davranış problemleri düzeyinin, ebeveynin algıladığı kontrolün ve sosyal desteğin etkili olduğu bulunmuştur (Duchovic, Gerkensmeyer ve Wu, 2009). Engeli ya da gelişimsel bozukluğu olan bir çocuğa sahip anne-babaların stres düzeyine, yaptıkları nedensel atıfların, çocuğun engel ya da gelişimsel bozukluk tipinin ve aile rehberliği alıp almadığı gibi değişkenlerin etkisi olduğu da bulgulanmıştır (Akkök, Aşkar ve Karancı 1992). Ha v.d.'nin (2008) araştırmasında gelişimsel bozukluğu ya da zihinsel engeli olan çocuğa sahip anne-babaların, çocuğu normal gelişen anne-babalara göre daha yüksek düzeyde olumsuz duygulanım yaşadığı; daha düşük psikolojik iyi olma hali gösterdikleri ve daha fazla somatik semptom gösterdikleri belirlenmiştir. Değişken değerlerini anneler babalara göre daha yüksek düzeyde göstermekte ve anne-babaların yaşı arttıkça belirtiler azalma göstermektedir. Ailede engelli bir çocuk olması durumunun olumsuz etkileri yoksul ailelerde daha şiddetli hissedilmektedir (Park, Turnbull ve Turnbull, 2002). Engelli çocuğa sahip olmanın ailede yarattığı stresin kaynakları arasında çocuğun engel durumuna göre anne-babaya bağımlılık düzeyi, çocuğun geleceği ile ilgili endişeler, ekonomik sıkıntılar, ailedeki önceliklerin yeniden yapılandırılması, yakın çevrenin aileyi etiketleyici tutumu, eşler arasında engelli çocuğun bakımı ile ilgili çatışmalar bulunmaktadır (Özşenol v.d., 2003).

Engelli çocuğa sahip anne-babalarda, hem araştırmalarda hem de klinik gözlemlerde, yüksek stres düzeyinin göstergeleri olarak belirlenen fiziksel, bilişsel, davranışsal ve duygusal belirtilerin olabildiği; suçluluk, kızgınlık ve depresyonun stresin duygusal belirtileri arasında yer aldığı belirtilmektedir (Gallagher, Beckman ve Cross, 1983). Ailelerin yaşadığı sorunlar arasında engelli çocuğun bakımı ve bağımlılığının getirdiği artmış sorumluluk, diğer aile üyelerinin gereksinimlerinin yeterince karşılanamaması bulunmaktadır (Küçüker, 1993). Diğer stres yaratan durumlar, çocuğun durumuna ilişkin yeterli bilgiye sahip olmama, uygun tedavi/eğitim hizmetlerinin sınırlılığı ve bunların ailenin maddi imkânlarını zorlaması olarak tanımlanmıştır. (Küçüker, 2006). Şen ve Yurtsever'in (2007) zihinsel yetersizlik, otistik bozukluk ve cerebral palsi tanısı almış çocuğu olan

anneler ile yürüttüğü çalışmada, annelerin çocuklarının durumu ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşündükleri, ekonomik problemleri olduğunu bildirdikleri ve durumdan dolayı derin bir üzüntü yaşadıkları ve iş, sosyal yaşam ve diğer aile üyeleri ile ilişkiler gibi alanların bu durumdan etkilendiği bulgulanmıştır.

Görüldüğü üzere engeli ya da gelişimsel bozukluğu olan bir çocuğa sahip olmanın ebeveynlerin yaşadığı stres ve zihinsel sağlıkları üzerindeki etkileri çeşitli değişkenler düzeyinde araştırılmıştır. Holroyd'a göre (1988) ebeveynlerin yaşadığı stresin düzeyi, çocuğun kendini yönetme durumu, bağımlılık düzeyi, bilişsel bir bozukluğun varlığı, durumun aile yaşantısına getirdiği sınırlılıklar, ömür boyu bakım gereksiniminin olması, aile içi uyumsuzluğun varlığı, kişisel ödül eksikliği, sürekli hastalık kaygısı, fiziksel sınırlılıklar, mali kaygılar gibi boyutlardan etkilenmektedir. Kazak'a göre (1987) engeli ya da gelişimsel bozukluğu olan bir çocuğun ebeveynlerinin yaşadığı stresin en önemli belirleyicileri, çocuğun ebeveyne bağımlılık düzeyi, gelişim güçlükleri ve sağlık problemleridir.

Ebeveynlerin en fazla stres yaşamasına sebep olan problem durumlarının, bazı engel ve bozukluk türlerinde daha sıklıkla yaşanması ya da genel tabloya hakim olmasının etkileri, farklı bozukluk türlerinden tanı almış çocuğu olan ebeveynlerin karşılaştırılması yoluyla araştırılmaktadır. Otistik bozukluk ile zihinsel yetersizlik ve down sendromu gibi durumlar arasında, çocuğun tanılanma süreci, rahatsızlığın genel seyri, çocuğun ebeveyne bağımlılık düzeyi, davranış sorunlarının şiddeti ve sıklılığı açısından belirgin farklar bulunmaktadır. Üç tanı türünün bahsedilen alanlardaki farklılıklarının, otistik bozukluk tanısı almış çocuğa sahip ebeveynlerin zihinsel yetersizlik ve down sendromu tanısı almış çocuğa sahip ebeveynlere göre daha fazla stres yaşamalarına ve zihinsel sağlıklarının daha olumsuz biçimde etkilenmesine neden olup olmadığı, bu araştırmanın temel sorularından birini oluşturmaktadır.

Bu sebeple bir sonraki bölümde bu araştırmanın konusu olan tanı gruplarını içeren "Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar"'ın klinik özellikleri detaylı biçimde ele alınacaktır.

1.3. Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar: Otistik Bozukluk, Zihinsel Yetersizlik (Mental Retardasyon), Down Sendromu

1.3.1. Otistik Bozukluk

Otizm, yaşamın ilk üç yılı içinde ortaya çıkan ve yaşam boyu devam eden nöropsikiyatrik, gelişimsel bir sendromdur (Korkmaz, 2001). Bozukluk ilk olarak 1943 yılında Amerikalı çocuk psikiyatristi Leo Kanner tarafından "Erken Çocukluk Otizmi" olarak adlandırılmıştır (Darıca, Abidoğlu ve Gümüşçü, 2005). Otistik Bozukluğun temel özellikleri, toplumsal etkileşim ve iletişimin önemli ölçüde bozuk ve anormal gelişimi, ilgi ve etkinliklerin belirgin sınırlılığıdır. Bozukluğun görünümleri bireyin kronolojik yaşı ve gelişim düzeyine bağlı olarak büyük değişiklikler gösterir (Amerikan Psikiyatri Birliği-APB, 2007). Ağır biçimlerinde epilepsi, saldırganlık, uyku sorunları gibi ek sorunlar daha sıktır. Otizmin ağırlığı zeka düzeyi, çocuğun konuşma yeterliliği ve zihinsel yetilerindeki bilişsel esneklikle; yani öğrendiklerini genelleyebilme yetisiyle ilgilidir. Otistik çocukların %70-90'ı mental rötarde olup tüm hastaların % 50'sinde zekâ seviyesi 50'nin altındadır. Hafif ve atipik formları da düşünüldüğünde oldukça sık rastlanan bir bozukluktur. Her on bin kişi içinde 4-5 kişi tipik otizme sahipken, 15-20 kişi de otistik davranışlar sergilemektedir (Korkmaz 2003).

DSM-IV'e göre (APB, 2007) Otistik Bozukluk için tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

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

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

(a) toplumsal etkileşim sağlamak için yapılan el-kol hareketleri, alınan vücut konumu, takınılan yüz ifadesi, göz göze gelme gibi sözel olmayan bir çok davranışta belirgin bir bozulmanın olması

(b) yaşıtlarıyla gelişimsel düzeyine uygun ilişkiler geliştirememe

(c) diğer insanlarla eğlenme, ilgilerini ya da başarılarını kendiliğinden paylaşma arayışı içinde olmama (örn. ilgilendiği nesneleri göstermeme, getirmeme ya da belirtmeme

(d) toplumsal ya da duygusal karşılıklar vermeme

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

(a) konuşulan dilin gelişiminde gecikme olması ya da hiç gelişmemiş olması (el, kol ya da yüz hareketleri gibi diğer iletişim yollarıyla bunun yerini tutma girişimi eşlik etmemektedir).

(b) konuşması yeterli olan kişilerde, başkalarıyla 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 oynamama

(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 olağandışı, bir ya da birden fazla basmakalıp ve sınırlı ilgi örüntüsü çerçevesinde kapanıp kalma

(b) özgül, işlevsel olmayan, alışılageldiği üzere gündelik işlere ya da törensel davranış biçimlerine hiç esneklik göstermeksizin sıkı sıkıya uyma

(c) basmakalıp ve yineleyici motor mannerizmler (örn parmak şaklatma, el çırpma ya da burma ya da karmaşık tüm vücut hareketleri

(d) eşyaların parçalarıyla sürekli uğraşıp durma

(B) aşağıdaki alanlardan en az birinde, 3 yaşından önce gecikmelerin ya da olağandışı bir işlevselliğin olması

(1) toplumsal etkileşim (2) toplusal iletişimde kullanılan dil ya da (3) sembolik ya da imgesel oyun.

(C) Bu bozukluk Rett Bozukluğu ya da Çocukluk Tümleşik Olmayan (Dezintegratif) Bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz.

1.3.1.2. Otistik Bozukluğun Etiyolojisi

Otizm özellikle hafif ve atipik formları da düşünüldüğünde oldukça sık rastlanan bir bozukluktur. Her onbin kişi içinde dört-beş kişi tipik otizme sahipken onbeş-yirmi kişi de otistik davranışlar sergilemektedir (Wing, 1986)

Zaman içinde otizmin bildirilen sıklığındaki artış bir görüşe göre çevre kirliği, radrasyon, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, hızlı kentleşme ve toplum yapısındaki hızlı değişimler gibi nedenlere bağlıdır. Diğer bir görüşe göre hastalık artık daha iyi tanınmakta ve hafif formları da bu sayıya eklenmektedir. Ayrıca geçmişte değişik psikiyatrik tanılar veya öğrenme bozukluğu tanısı alan genç erişkin otistiklerin eklenmesiyle otizmin görünme sıklığında artış olmaktadır (Korkmaz, 2003).

Otizmin tanımlanmasından bu yana, otizmi açıklamayı amaçlayan çok sayıda teori ortaya atılmıştır. Ancak, otizmin tek bir nedene değil, birçok nedene bağlı olarak ortaya çıktığı kabul edilmektedir.

Psikojenik teoriye göre otizm; özellikle anne-çocuk ilişkisinde, soğuk reddedici olarak algılanan davranışlarla çocuğun karşılaşması sonucu ortaya çıkan, psikolojik bir geri çekilme davranışı olarak ileri sürülmektedir. 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 içe kapanık olduklarını ve sosyal ilişkide yetersiz kaldıklarını savunmaktadır. Benzer olarak, Kanner'ın 1954'te otistik çocukların anne-babalarının davranış özelliklerini incelemeye yönelik yaptığı çalışmada, otistik çocuğa sahip anne-babaların eğitim düzeylerinin yüksek ve özellikle babaların eğitimsel yönden üst statüye sahip oldukları belirtilmektedir. Kanner'in otistik çocukların ailelerinde,

psikolojik bir hastalığa çok az rastlandığını belirtmesine rağmen, bu anne-babalar genellikle obsesif, duygusallıktan uzak ve çocukları ile yakın, sevecen bir ilişki kuramayan kişiler olarak değerlendirilmektedir (Darıca, Abidoğlu ve Gümüşçü, 2005).

Bu gözlemlerin çoğu; otizme yönelik çalışmaların ilk yıllarında yapılmış ve konu ile ilgili psikojenik açıklamalar derinlemesine yapılan araştırmaların sonuçlarına dayandırılmamıştır. Oysa son yıllarda otistik çocukların anne-babaları ile normal çocukların anne-babaları arasında yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda, otistik çocukların küçük yaşlarda, ailelerinden kaynaklanan ilgisiz, soğuk tavır ve yetiştirme biçimi gibi nedenlerden dolayı zarar görmüş olmaları konusunda normal çoculardan belirgin bir farkları olmadığı görüşü ileri sürülmektedir. Bu çalışma sonuçları, psikolojik problemli anne babaların sorunlarının daha çok, özürlü bir çocuğa sahip olmanın getirdiği duygusal baskı ile ilgili olduğunu önermektedir (Darıca, Abidoğlu ve Gümüşçü, 2005).

Son yıllarda otizmin nörobiyolojisi ile ilgili de yaygın araştırmalar yapılmaktadır. Nöroanatomik olarak belirli beyin bölgeleri üzerine yapılan araştırmalar ortak ve doyurucu bir sonuç vermemiştir. En çok araştırılan konulardan biri otizmde kalıtımın yeridir. Otizmde kalıtımın önemli olabileceğine ilişkin veriler vardır. Otistik çocukların kardeşlerinde otizm görülme olasılığı % 2-3 olup bu olasılık normal nüfusta görülene göre çok yüksektir (Öztürk, 2002). Kalıtımın etkili olduğunu gösteren diğer bir bulgu ise otizmin erkek çocuklarda kızlara oranla 3-4 kat daha sık görülmesidir. Ayrıca tek yumurta ikizlerinde yapılan çalışmalar ve otistiklerin ailelerinde oldukça sık görülen bazı davranış ve öğrenme sorunları da bu görüşü desteklemektedir. Otizm ve epilepsi arasında bir ilişki vardır. Otistiklerin ortalama 1/3'ünde epilepsi nöbetleri görülür. Otistik çocuklarda bu nöbetler en sık ilk 3 yaşta ve ergenlik- 18 yaş arası görülür. Bazen ağır epilepsi tabloları (örneğin west sendromu) otizmle birarada seyreder. Son zamanlarda çeşitli aşıların ve bazı gıdaların otizme neden olduğu ileri sürülmüşse de bu durum bilimsel çalışmalarla doğrulanamamamıştır. Bugünkü bilgilere göre otizme yol açan genler, bu etkilerini

belli beyin yapıları ve serotonin, dopamin gibi beyin biyokimyasalları üzerinden göstermektedir (Korkmaz, 2003).

.

1.3.2 Zihinsel Yetersizlik (Mental Retardasyon)

Zihinsel Yetersizliğin temel özellikleri şunlardır: Genel entelektüel işlevselliğin ortalamanın önemli derecede altında olması ile birlikte aşağıda yer alanların en az ikisinde yetersizlik ve bozukluk olması.

İletişim, kendine bakım, ev yaşamı, toplumsal/kişilerarası beceriler, toplumsal olanaklardan yararlanma, kendi kendini yönetip yönlendirme, okulla ilgili işlevsel beceriler, iş, boş zamanları değerlendirme, sağlık ve güvenlik, başlangıcın 18 yaşın altında olması.

Zihinsel Yetersizliğin çoklu etiyolojisi vardır ve merkezi sinir sistemi işlevselliğini etkileyen çok çeşitli patolojik süreçlerin ortak sonucu olarak görülebilir (APB, 2007).

Genel entelektüel işlevsellik, bir ya da daha çok standart, bireysel olarak uygulanan zeka testlerinin (örn. Wechsler Çocuklar için Zeka Testi- 3.baskı, Stanford-Binet, 4.baskı, Kaufman Çocuklar için Ölçüm Bataryası) değerlendirmesi sonucunda elde edilen zeka bölümü (IQ ya da IQ eşdeğeri) ile tanımlanır. Entelektüel işlevselliğin belirgin derecede ortalamanın altında olması, IQ'nun 70 civarında ya da daha altında olması (yaklaşık ortalamanın 2 standart sapma altı) ile tanımlanır.

Bu ölçümlere dayanarak entelektüel bozukluğun düzeyini dört derecede belirtmek mümkündür (APB, 2007):

Hafif Derecede Zihinsel Yetersizlik	IQ düzeyi 50-55 ile yaklaşık 70 arası
Orta Derecede Zihinsel Yetersizlik	IQ düzeyi 35-40 ile 50-55 arası
Ağır Zihinsel Yetersizlik	IQ düzeyi 20-25 ile 35-40 arası

İleri Derecede Ağır Zihinsel Yetersizlik IQ düzeyi 20-25'in altında

1.3.2.1 Hafif Düzey Zihinsel Yetersizlik

Hafif Düzey Zihinsel Yetersizlik, kabaca, eğitim sınıflandırmalarına göre eskiden "öğretilebilir" olarak nitelendirilen gruba eşdeğerdir. Bu grup, Zihinsel Yetersizliği olanların en büyük çoğunluğunu (yaklaşık % 85'i) oluşturur. Bu düzeyde Zihinsel Yetersizliği olanlar, tipik olarak toplumsal ve konuşma yeteneklerini okul öncesi yıllarda (0-5 yaş) kazanırlar, duyusal ve motor alanlardaki bozuklukları çok azdır ve çoğunlukla daha ilerideki yaşlarına kadar Zihinsel Yetersizliği olmayan çocuklardan ayırt edilemezler. Onlu yaşların sonuna doğru, 6.sınıf düzeyinde okul becerileri kazanabilirler. Erişkin yaşlarında, ancak kendi başına yaşayabilmeye yeten toplumsal ve mesleki yetenekler kazanırlar. Ancak, özellikle alışılmışın dışında toplumsal ve ekonomik streslerle karşı karşıya kaldıklarında denetim ve yol gösterilmesine ihtiyaç duyarlar. Hafif Düzey Zihinsel Yetersizliği olan bireyler uygun destekle çoğunlukla kendi başlarına ya da denetimle toplumda başarıyla yaşayabilirler (APB, 2007).

1.3.2.2 Orta Düzey Zihinsel Yetersizlik

Orta Düzey Zihinsel Yetersizlik de kabaca eğitim sınflandırmalarına göre eskiden "eğitilebilir" olarak sınıflandırılan grubun eşdeğeridir. Yanlış bir şekilde Orta Derecede Zihinsel Yetersizliği olan bireylerin öğretim programlarından yararlanamayacağı izlenimi verdiğinden, bu eski terim artık kullanılmamaktadır. Bu grup tüm Zihinsel Yetersizliği olan bireylerin % 10'unu oluşturur. Bu düzeyde Mental Retardasyonu olan bireylerin çoğu konuşma becerilerini erken çocukluk yıllarında kazanırlar. Meslek eğitiminden faydalanırlar ve belirli bir denetimle kişisel bakımlarını yapabilirler. Aynı zamanda toplumsal ve uğraşı alanlarındaki eğitimden de fayda görürler. Ancak akademik olarak 2. Sınıf düzeyinden ileri gidemezler. Bildikleri yerde tek başlarına dolaşabilirler. Ergenlik dönemlerinde, toplumsal adetleri öğrenmedeki zorlukları aynı yaştakilerle ilişkileri bozabilir. Erişkinlikte

çoğunluğu beceri istemeyen işlerde ya da uygun denetimle yarı beceri isteyen işlerde çalışabilirler. Yeterli denetim ile toplum hayatına uyum sağlarlar (APB, 2007).

1.3.2.3. Ağır Düzey Zihinsel Yetersizlik

Ağır Düzey Zihinsel Yetersizliği olan grup Zihinsel Yetersizliği olan tüm bireylerin % 3-4'ünü oluşturur. Bu bireyler erken çocukluk yıllarında konuşma becerilerini ya çok az kazanırlar ya da hiç kazanamazlar. Okul dönemince konuşmayı öğrenebilirler ve ancak temel bakım konusunda eğitilebilirler. Sadece okul öncesi eğitim düzeyinde (gerekli işaret ve harfleri tanıma gibi) bir eğitimden yararlanabilirler. Erişkin bireyler yakın bir denetimle basit işleri yapabilirler. Zihinsel Yetersizliğe eşlik eden başka bir sorun nedeni ile özel bir bakıma gereksinmeleri yoksa, grup evlerinde ya da aile içinde toplum hayatına uyum sağlayabilirler (APB, 2007).

1.3.2.4. İleri Derecede Ağır Düzey Zihinsel Yetersizlik

Bu grup tüm Zihinsel Yetersizlik grubunun % 1-2'sini oluşturur. Çoğunda Zihinsel Yetersizliğe sebep olan nörolojik bir sorun vardır. Erken çocukluk yıllarında duyu-motor işlevlerinde önemli eksiklikler vardır. Çok özel bir çevrede, devamlı yardım ve bakımverenle bireysel ilişki içinde en uygun gelişme sağlanabilir. Eğer uygun bir şekilde eğitilebilirlerse motor gelişmeleri, kendine bakım ve konuşma becerileri geliştirilebilir. Çok yakın denetim ve koruma altında bazıları basit işlemleri yapabilir (APB, 2007).

1.3.2.5. Zihinsel Yetersizliğin Etiyolojisi

Zihinsel yetersizliğin yaygınlığının genel nüfus içinde % 1 dolaylarında olduğu bildirilmektedir.

Oluş nedenleri ile ilgili olarak doğum öncesi etkenler şu şekilde sıralanabilir.

Kromozom anomalileri: XO, XXXXY, Klinefelter sendromu (XXY) ve fragil X gibi seks kromozom anomalilerine bağlı zihinsel yetersizlikler bilinmektedir. Zihinsel yetersizlik olgularının yaklaşık % 10'undan down sendromu sorumludur. Down sendromundan sonra en sık görülen kromozom anomalisi fragil X sendromudur. Erkek çocuklarda annenin X kromozomuna bağlı zihinsel yetersizliğin % 50'si fragil X nedeniyledir. Daha nadir olarak trisomi 18, trisomi 13 gibi anomaliler, tüberoz skleroz, Marfan sendromu, nörofibromatozis ve başka tür kromozom anomalileri sayılabilir.

Doğuştan metabolik bozukluklar başlığı altında; Hipotiroidi, aminoasid metabolizması bozukluğu (fenilketonüri), Tay-Sachs, Gaucher, Niemann-Pick gibi yağ metabolizması bozukluğu hastalıklarına bağlı zihinsel yetersizlikler sayılabilir.

Doğum öncesi dönemde annenin geçirdiği enfeksiyöz hastalıklar, (Kızamıkçık, toksoplazmosis, herpes, sitomegalovirüs enklüzyon hastalığı gibi),

annenin aldığı ilaçlar, alkol, annede ağır beslenme bozukluğu ya da yetersizliği, plasenta yetmezliği zihinsel yetersizliği neden olabilir. Gebelikte alkol alınması ile çocukta oluşabilen fötal alkol sendromunda ağır gelişimsel bozukluklar ve zihinsel yetersizlik görülebilir.

Doğum sırasında olan etkenler olarak; Erken ve düşük ağırlıklı doğum, anoksi, doğum travmaları ve doğum sırasında çocuğa bulaşan enfeksiyonlar zihinsel yetersizliğe neden olabilir.

Doğum sonrasında zihinsel yetersizliği neden olabilecek birçok etken vardır. Travmalar, enfeksiyonlar, beslenme yetersizlikleri ve bozuklukları, zehirlenmeler, aşı ensefalitleri, kernikterus, ağır uyaran yoksunluğu bunlar arasında sayılabilir (Öztürk, 2002).

1.3.3. Down Sendromu

İlk kez 1866 yılında John Langdon Down tarafından tanımlanmıştır. "Mongolizm" olarak da bilinir. Hastaların % 95'i gibi büyük çoğunluğunda hastalık, anne ve babanın üreme hücrelerindeki bölünme hatası sonucu oluşan bir kromozom fazlalığından ortaya çıkar ve bu durum kalıtsal değildir. Kromozom fazlalığı çocukta beyin ve vücut gelişimini olumsuz biçimde etkiler (Kulaksızoğlu 2003). Zihinsel engelli olarak tanılanan çocukların yaklaşık % 10'unu Down Sendromu olanlar oluşturmaktadır (Öztürk, 2002).

1.3.3.1. Down Sendromlu Çocukların Fiziksel Özellikleri

Down sendromlu çocukların belirgin olarak ayırt edilebilecek fiziksel özellikleri vardır. Başları normal çocuklarla karşılaştırıldığında daha ufaktır. Kısa ve kalın boyunlu ve düz enselidirler. Yüzleri oval ve yassıdır. Burun kemikleri gelişmemiştir. Gözleri dar ve çekiktir. Göz çukurları yumurta biçimindedir. Ağızları küçük ve dudakları incedir. Extremiteler birçok down'lu çocukta genelde normal biçimdedir. Ancak birçok bebek kasları zayıf olarak (hipotoni) dünyaya gelir. (Kulaksızoğlu, 2003)

1.3.3.2. Down Sendromlu Çocukların Zihinsel Özellikleri

Down sendromuna neden olan Trizomi 21 kromozomu, beyin gelişimi ve fonksiyonu üzerinde etkilidir. Beyin kas koordinasyonu, beş duyu, zekâ ve davranışın birçok çeşidini kapsayan pek çok gelişim alanını kontrol eder. Bunun sonucu olarak Down Sendromlu çocukların tümü farklı derecelerle de olsa zihinsel yetersizlik gösterirler (Kulaksızoğlu, 2003). Down Sendromlu çocuklar doğumda farkedilebilen belirli fiziksel özelliklerle dünyaya gelmelerine rağmen, ilk dönemlerde zekâ yönünden çok farklı görünmezler. İlk yıllarda daha parlak ve atik görünmelerine rağmen, gelişimleri giderek duraklar. Bu durum Down Sendrom'lu çocukların yaşla birlikte zekâ düzeylerinin gerilediği anlamına gelmez, fakat normal

insanlardan daha erken bir dönemde zihinsel gelişimlerini tamamladıklarını gösterir (Çetingöz 1990).

1.3.3.3. Down Sendromlu Çocukların Kişilik Özellikleri

Down Sendromlu çocuklar genel olarak sevecen, eğlenceli ve taklide yatkındırlar. Çok mimik yapabilen neşeli, arkadaş canlısı, aktif, mutlu ve sempatik bireylerdir. Diğer çocuklara oranla yaşamdan daha hoşnut, sevgi dolu, müşfik ve şefkatlidirler. İdare edilmeleri kolaydır. Down Sendrom'lu çocukların genellikle diğer insanlarla arkadaşça ilişki kurma konusunda sorunları yoktur (Kulaksızoğlu, 2003).

1.3.3.4. Down Sendromunun Etiyolojisi

Down sendromu, zihinsel yetersizlik ve birtakım yapısal bozuklukların birlikte bulunduğu en yaygın görülen kromozom anomalisidir. Üç farklı kromozomal sapma down sendromuna sebep olur. Bunlardan en yaygın olanı trizomi 21'dir (% 90-95) ve annenin yaşı arttıkça görülme sıklığı da artmaktadır. Diğer tip olan Translokasyon'un anne yaşı ile bir ilişkisi yoktur. Tüm down sendomu vakaları içinde % 3-4 oranında görülmektedir. Translokasyon kalıtsaldır ve aileler farkında olmadan taşıyıcı olabilirler. Diğer tip olan Mozaik Trizomi 21 tüm down sendromu vakalarının % 2-4'ünden sorumludur (Sarı, 2001)

1.4. Gelişimsel Bozukluğu ya da Engeli Olan Çocuğa Sahip Olan Ebeveynlerde Çocuğun Aldığı Tanının Yaşanan Stres ve Zihinsel Sağlık Durumu Üzerindeki Etkisini Araştıran Çalışmalar

Gelişimsel bozukluğu ya da engeli olan bir çocuğa sahip ebeveynlerin yaşadıkları stresin ve zihinsel sağlık durumlarının çocuklarının aldığı tanıya göre farklılık gösterip göstermedikleri konusu pek çok araştırmanın konusu olmuştur.

Araştırmalarda otistik çocukların ebeveynlerinin, zihinsel yetersizlik ve down sendromu tanısı alan çocuğa sahip ebeveynlere göre daha fazla stres yaşamakta olduğu, zihinsel ve fiziksel sağlıklarının daha olumsuz biçimde etkilendiği, daha fazla depresif semptom gösterdiği bildirilmektedir (Gupta, 2007; Hodapp, 2007; Lewis v.d.; 2006; Olsson ve Hwang, 2002; Pisula, 2007; Stoneman, 2007; Yamada v.d, 2007; Yurdakul v.d., 2000; Weiss, 2002).

Otistik bir çocuğu yetiştirmenin ebeveynler üzerindeki olumsuz sonuçları otistik bozukluğun kendi içinde de farklılık gösterebilen birden çok faktörün etkileşiminin bir sonucu olarak değerlendirilmektir. Faktörler arasında bir gelişimsel bozukluk olarak otizmin şiddeti bulunur. Araştırmalar otistik bozukluk belirtilerinin daha şiddetli seyrettiği çocukların ailelerinin daha fazla stres yaşadığını göstermektedir (Benson, 2006; Hastings v.d, 2005; Herrings v.d., 2006; Lecavalier, Leone ve Wiltz, 2006; Tomanik, Harris ve Hawkins, 2004).

Otistik çocuğun ebeveyne bağımlılık düzeyi ve davranış problemleri ebeveynlerin yaşadıkları stresin en önemli ve temel faktörü olarak bulgulanmıştır (Akkök, Aşkar ve Karancı 1992; Bromley, Hare, Davison ve Emerson, 2004; Lecavalier, Leone ve Wiltz, 2006; Osborne ve Reed, 2009; Plant ve Sanders, 2007; Weiss, 2002). Otistik bozuklukta görülen sosyal ilişki ve bu ilişkinin karşılıklığındaki problemler, sözel ve sözel olmayan iletişimdeki güçlükler, bakım sürecini diğer bozukluk türlerinden tanı almış çocuğu olan ebeveynlere göre daha stresli hale getirmektedir (Baker-Erichzen, Brookman-Fraze ve Stahmer, 2005; Siklos ve Kerns 2006). Pisula (2007), çalışmasında otistik bozukluk tanısı almış ebeveynlerin down sendromu tanısı almış ebeveynlere göre daha fazla stres puanları almalarını, çocuklarının gelişimsel problemlerini anlamada zorlanmalarına, çocuklarının iletişimlerindeki kısıtlılık durumuna bağlamış ve down sendromunun tahmin edilebilir gelişim süreçlerinin aksine otistik bozukluğun kendine has özellikleri sebebiyle bozukluğun seyri ile ilgili belirsizlik durumunun etkili olduğunu ifade etmiştir. Otistik bozuklukta tanı konma süreci de zihinsel yetersizlik ve down sendromuna göre daha uzun sürmekte ve bu durum ve getirdiği belirsizlik de stres

düzeyini arttırıcı bir etken olarak değerlendirilmektedir. Twoy, Connolly ve Novak'ın çalışmasında (2007), araştırmaya katılan çocuğu otistik bozukluk tanısı almış anne babaların % 91'i bir yıla kadar bir süre kesin tanı konması için beklediklerini ifade etmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin % 66'sı çocuklarında gelişimsel bir geçikme ya da bozukluk olduğuna dair şüphe duydukları zaman ile çocuklarının bir hekim tarafından tanı alması arasında en az 6 aylık bir zaman olduğunu belirtmişlerdir. Yazarlar araştırmaya katılan ebeveynlerin orta-üst sınıf sosyo-ekonomik seviyede, konu hakkında bilgi sahibi ve üniversite düzeyinde eğitime sahip olduklarına dikkat çekmişler ve bu ebeveyn grubunda bile şüphe duydukları zaman ile çocuklarının bir hekim tarafından tanı alması arasında en az 6 aylık süre olması durumunun vurgulanması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Öte yandan ebeveynlerin engeli ya da gelişimsel bozukluğu olan bir çocuğa sahip olmanın yarattığı stresten etkilenme düzeyi farklılaşabilmektedir. Bu farklılaşmayı belirlediği düşünülen değişkenlerden biri ebeveynlerin yukarıda ifade edilen stres kaynakları ile başetme stratejileridir. Stresle başetme kavramı ve zihinsel engeli ya da gelişimsel bozukluğu olan bir çocuğa sahip olan ailelerin stresle başetme tarzları ile ilgili araştırmalar bir sonraki bölümde tartışılacaktır.

1.5. Stresle Başetme

1.5.1. Tanım

Lazarus'a göre başetme, stresli olarak değerlendirilen içsel ve dışsal durumların üstesinden gelebilmek için insanların kullandığı düşünce ve davranışlardır (Lazarus, 1990).

Başetme, kişi ile kişi tarafından tehdit edici ya da kontrol edilemez olarak algılanan durum arasında, durumu idare etmek, tolere etmek ya da iyi oluş hali üzerindeki fiziksel ve psikolojik etkilerini azaltmak amacı doğrultusunda cereyan

eden bilinçli bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlanmaktadır (Folkman ve Moskowitz, 2004).

Başetme, belirli bir durum ya da şartın, kişi için özel bir anlamı olması veya kişinin başetme kaynaklarını aşan bir durum olarak algılaması biçiminde ortaya çıkan bir süreçtir. Bu süreç, kişi için önemli hedeflerin bir zarara uğradığı, kaybedildiği ya da tehdit altında olduğuna dair bir algılamaya tepki olarak ortaya çıkar. Bu değerlendirmeler sıklıkla yoğun biçimde yaşanan olumsuz duygulanım ile karakterizedir. Bu sebeple başetme tepkileri duygusal bir boyutta verilmeye başlanır ve sıklıkla ilk başetme görevi, problem durumuna odaklı başetme alternatiflerini engelleyebilecek tarzda, negatif duyguları azaltıp düzenlemektir. Duygulanımlar, stres yaratan bir durumla karşılaşılması süreci boyunca, başetmenin çıktısı, yeni oluşan bilgiye bir tepki ve yeniden değerlendirmelerin bir sonucu olarak başetme sürecini tamamlamaya devam eder. Eğer stres yaratan bir durumla karşılaşma süreci başarılı bir şekilde çözümlenirse, olumlu duygular ağır basacaktır. Eğer çözümleme istenmeyen ya da ortada bir belirsizlik kalacak tarzda olursa olumsuz duygular ağır basacaktır (Folkman ve Moskowitz, 2004).

1.5.2. Başetme Stratejileri

Başetme stratejileri temel olarak, birey tarafından stres kaynaklarını değerlendirmek ve bu kaynakların etkilerini azaltma hedefi doğrultusunda çeşitli aktiviteleri başlatmak için kullanılan davranışlar ve bilişsel süreçlerdir (Margalit, Raviv ve Ankonina, 1992). Billings ve Moos (1981) başetme stratejilerini üç ana grupta sınıflandırmaktadır:

Değerlendirmeye yönelik başetme stratejileri: Bir durumun kişisel önemini anlama ve yeniden tanımlamaya çalışmayı içerir.

Probleme yönelik başetme stratejileri: Stresin kaynağını uzaklaştırmayı ya da değiştirmeyi amaçlayan yöntemlerdir. Bu stratejiler aktif olarak bilgi toplama ve

problem çözme gibi yöntemleri içerir. Birey stres durumunun kontrol edilebileceğine karar verir ve eyleme geçer.

Duyguya yönelik başetme stratejileri: Duygusal dengeyi sürdürmeye çalışma ve stres kaynağının yol açtığı duyguları kontrol etme çabaları söz konusudur.

Problem odaklı başetme, rahatsızlığa sebep olan problem durumuna odaklanmayı içerirken, duygu odaklı başetme problem durumuyla ile ilgili duyguları yatıştırmayı hedefler. Problem odaklı başetmeye örnek olarak, bir eylem planı yapmak ve bir sonraki adıma odaklanmak verilebilir. Duygu odaklı başetmeye örnek olarak da kişinin sıkıntılı duygularını geçiştirmek üzere aktivitelerde bulunması, madde kullanımı ve duygusal destek arama gibi stratejiler sayılabilir (Folkman ve Moskowitz, 2004).

Başetme stratejileriyle ilgili diğer kavramlaştırmalar da bu kategorilere uymaktadır. Örneğin; herhangi bir olayın iyi taraflarını görmeye çalışmak, farklı alternatifleri değerlendirmek şeklindeki stratejiler "aktif kognitif stratejiler", bir arkadaşla konuşmak ve durumla ilgili daha fazla bilgi toplamaya yönelik stratejiler "aktif davranışssal", daha fazla yiyerek gerilimi azaltmak, düşünmekten kaçmak için farklı şeylerle ilgilenmek şeklindeki stratejiler "kaçınma" tarzı stratejiler olarak tanımlanmaktadır (Billings ve Moos, 1981). Problemi çözmeye yönelik plan yapma, yardım için uzmanlara danışma gibi yöntemlerin, duygusal boşalım sağlamaya yönelik olan ağlamak, hayal kurmak gibi yöntemlerden uyum sağlama noktasında daha fazla etkili olduğu ifade edilmiştir. Yapılan araştırmalarda kaçınma tarzı başetme biçimlerinin kullanımının zihinsel sağlıkta ortaya çıkan olumsuz sonuçlarda tutarlı bir ilişki içinde olduğu bulunmuştur (Folkman ve Moskowitz, 2004).

Başetme stratejileri ile ilgili literatüre bakıldığında araştırmacılar tarafından çeşitli terimlerle isimlendirilen birçok türde başetme stratejileri olduğu görülmektedir. Terimlerdeki farklılaşmalara rağmen başetme stratejileri iki temel kategoride değerlendirilmektedir. Stres kaynağında ya da kişinin kendisinde bir değişim meydana getirerek stresli duruma uyum sağlamayı hedefleyen "uyum

sağlamaya yönelik başetme stratejileri" ve stres kaynağının yol açtığı etkilerde kısmi bir azalma ya da hafifleme sağlamaya yönelik "palyatif başetme stratejileri." Örneğin problem odaklı başetme stratejileri ya da olumsuz durum hakkındaki düşüncelerimizi yeniden düzenleme, uyum sağlamaya yönelik stratejilerdendir. Uyuma yönelik diğer başetme stratejileri arasında bilgi ya da sosyal destek arama bulunur. Uyuma yönelik stratejiler stres kaynaklarının etkilerinin azaltılmasında en etkili yöntemler olarak değerlendirilmektedirler. Palyatif başetme stratejileri ise daha az etkili yöntemlerdir. Duygu odaklı başetme yönteminde kaçınma, kendini suçlama ve hayal kurma vb. stratejiler kullanılır. Örnek olarak gelişimsel bozukluğu ya da engeli olan çocuğa sahip bir ebeveyn çocuğun durumunun aileye getirdiği strese adapte olmak yerine çocuğun rahatsızlığına yol açan sebebi belirleme işine çok fazla zaman ve enerji harcayabilir. Palyatif başetme stratejilerinin kullanımı stresin kısa süreli olarak azalmasını sağlar ancak kişinin uzun dönemli ve inkârı mümkün olmayan stres kaynaklarıyla baş edebilme yeterliliğinde bir artış meydana getirmez (Margalit, Raviv ve Ankonina, 1992).

1.5.3. Gelişimsel Bozukluğu ya da Engeli Olan Çocuğa Sahip Ebeveynlerde Stresle Başetme Tarzlarının Algılanan Stres ve Zihinsel Sağlık Durumuna Etkisini Araştıran Çalışmalar

Aileye katılacak olan bir bebeğin beklenişi ebeveynler için çocuğun kişiliği, fiziksel özellikleri ve potansiyeli ile ilgili hayallerin kurulduğu mutluluk dolu bir süreçtir. Çocuğun yetiştirilmesi, akademik ve sosyal vb. alanlardaki gelişiminin desteklenmesi süreci aile sistemi için hâlihazırda zor bir görev ve stres yaratan bir durumdur. Bir çocuk bir engel ya da gelişimsel bozukluk ile doğduğunda ya da sonradan otistik bozukluk, zihinsel yetersizlik vb. bir tanı aldığında bu durum beraberinde getirdiği tahmin edilemeyen birçok güçlük nedeniyle ebeveynler için özellikle zorlu bir hale gelmektedir (Bailey ve Smith, 2000).

Holland'a göre (1996) ailenin engel durumuyla ilgili stresörlerle baş edebilmesi çeşitli faktörlere bağlıdır. Bu faktörler, açık iletişim, aile içinde duyguların yüksek bir oranda ifade edilebilmesi, ailenin istikrarı ve uyumu ve sosyal-duygusal desteğin varlığıdır. Summers ve Turnbull da (1990) gelişimsel bozukluğu ya da engeli olan çocuğa sahip ailelerin desteklenmesi sürecinde etkili başetme stratejilerinin işlerliğini vurgulamıştır. Bu tür ailelerin engel durumuyla ilgili stresi azaltma potansiyelleri pek çok araştırmacıyı ailelerin kullandıkları başetme tarzlarını incelemeye sevk etmiştir. Son dönemde bu durumda olan çocukların tedavi ve özel eğitim süreçlerine ebeveynlerin aktif katılımını öngören yaklaşımların da etkisiyle bu aileler ile çalışan profesyonellerin engel durumundan kaynaklanan stresörlerle başetme sürecinde aileye nasıl rehberlik edebileceği konusu araştırmaların bir başka kaynak noktasını oluşturmaktadır.

Engeli olan çocuğa sahip olan ebeveynlerde stresle başetme tarzlarının algılanan stres ve zihinsel sağlık durumuna etkisini araştıran çalışmalar ile ilgili örnekler aşağıda verilmiştir.

Glidden, Billings ve Jobe'a göre (2006) kişinin hangi yöntemi kullanarak stresle başa çıkacağını farklı faktörler belirlemektedir. Bu faktörler: kişinin kaynakları (sağlığı ve enerjisi), inançları, kontrol odağı hakkındaki atıfları, bağlılıkları, problem çözme becerisi, sosyal becerileri ve maddi kaynaklarıdır. Yaptıkları araştırmada gelişimsel bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin en sık olarak kullandıkları başetme tarzının problem çözme olduğu, en az kullanılan tarzın ise kaçma/kaçınma başetme tarzı olduğunu bulmuşlardır. İkinci en sık kullanılan tarz sosyal destek arama stratejisidir. Genel olarak stresle başetme stratejilerinin kullanımı konusunda anneler problem odaklı stratejileri babalardan daha fazla oranda kullanmaktadırlar.

Ebeveynlerin engeli ya da gelişimsel bozukluğu olan bir çocuğa sahip olma durumunun yarattığı stresten etkilenme düzeyi farklılaşabilmektedir. Yapılan çalışmalarda bu durumda ebeveynlerin kullandığı stresle başa çıkma tarzlarının etkili olduğu bulgulanmıştır. Duygu odaklı ve boyun eğici tarzda başetme stratejilerini

daha fazla kullanan engelli çocuk annelerinin daha fazla zihinsel sağlık sorunlarına sahip oldukları ve daha düşük benlik saygısı puanları aldığı görülmüştür (Bright ve Hayward, 1997). Gelişimsel bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin problem odaklı başetme stratejilerini daha fazla kullandıkları ve sadece annelerde olumlu tekrar değerlendirme seviyesi arttıkça subjektif iyi olma halinin arttığı, öte yandan kaçma/kaçınma seviyesi arttıkça subjektif iyi olma halinin düştüğü gözlenmiştir (Glidden, Billings ve Jobe 2006). Ayrıca durum üzerindeki kontrol algıları yüksek bulunan ve problemi daha baş edilebilir kılacak şekilde tanımlayan annelerin stres düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Cameron ve Amstrong-Stassen, 1991). Zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip annelerin babalara oranla "bir rutin oluşturma ve ona uymak", "işe yarayana kadar pek çok çözüm alternatifi üretmek", "problem hakkında olabildiğince çok bilgiye ulaşmak" stratejilerini daha fazla kullandıkları, babaların ise annelere oranla, "her durumun olumlu yanlarını araştırmak", "durumu olduğu gibi kabul etmek", "kendine ve durumla başa çıkabileceğine dair inanç geliştirmek" stratejilerini daha fazla kullandıkları bulunmuştur (MacDonald, Fitzsimons ve Walsh, 2006).

Hastings v.d. (2005) yaptıkları çalışmada otistik bozukluk tanısı almış çocuğu olan annelerden problem odaklı başetme yöntemini daha yüksek düzeyde kullananların duygu odaklı başetme yöntemini daha fazla kullananlara göre daha yüksek iyi oluş hali puanları aldıklarını bulgulamıştır.

Yurdakul v.d.'nin (2000) çalışmasında ise otizm ve zihinsel yetersizlik (ZY) tanısı almış çocuğu olan anne ve babaların stres düzeyleri ve başetme stratejileri incelenmiştir. Araştırmacılar, ağır engelli ve otistik çoçukların ebeveynlerinin hafif düzey ZY tanısı alan çocuğu olan anne babalara göre daha fazla stres yaşadıklarını, problem çözme odaklı strajeleri daha az kullananların daha fazla stres yaşadığını ve hem anne hem de babalar için en fazla kullanılan stratejinin "problem hakkında olabildiğince çok bilgi edinmek", "problemi çözmek için her yolu denemek", "ev ortamını işleri kolaylaştıracak biçimde düzenlemek" olduğunu bildirmişlerdir. En az kullanılan başetme yöntemi ise "diş gıcırdatıp işe devam etmek" olarak bulunmuştur.

Ailelerin stres durumuyla başetmek için kullandıkları stratejilerin, çocuğun almış olduğu tanıya göre, ebeveynlerin yaşadıkları stres ve zihinsel sağlık durumlarına bir etkisinin olup olmadığı bu araştırmanın temel problemlerinden birini oluşturmaktadır.

Bu noktadan hareketle bu araştırmada belirlenmiş olan Otistik bozukluk, zihinsel yetersizlik ve down sendromu tanısı almış çocuğu olan ebeveynlerin yaşadıkları stres ve zihinsel sağlık durumlarına, stresle başetmede kullandıkları yöntemlerin etkisini araştıran çalışmaların, ülkemizde sınırlı bir şekilde sunulabilen profesyonel desteğin içeriğinin daha sağlıklı bir biçimde belirlenebilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Başetme stratejilerinin farklı tanı gruplarından çocuğu olan ebeveynlerin stres ve zihinsel sağlık durumu üzerinde etkisi olup olmadığının belirlenmesi, ailelere verilecek desteğin yapılandırılması ve destek verecek profesyonel personelin hangi konularda ağırlıklı olarak bilgi sahibi olması gerektiği noktasına ışık tutacaktır. Başetme stratejilerinin etkinliğinin belirlenmesi, farklı tanı gruplarında çocuğu olan ailelerin desteklenmesi sürecinde, desteğe daha fazla ihtiyaç duyan tanı gruplarının olup olmadığı ya da belirlenmiş olan tanı gruplarından tanı almış çocuğu olan aileler için hazırlanacak destek mekanizmalarının hangi konuları kapsaması gerektiği noktasında bilgi sağlayacaktır

Engeli ya da gelişimsel bozukluğu olan bir çocuğa sahip olma durumunun ebeveynlerin zihinsel sağlık düzeyleri üzerindeki etkisinin ve ebeveynlerin bu durumun yarattığı stresten etkilenme düzeylerini araştıran çalışmalarda üzerinde durulan bir diğer değişken de ebeveynlerin kişilik özellikleridir. Genel olarak kişilik kavramı ve ebeveynlerin kişilik özellikleri ile ilgili olarak yürütülen çalışmalar bir sonraki bölümün konusunu oluşturmaktadır.

1.6. Kişilik

1.6.1. Tanım

Kişilik çok geniş biçimde ve farklı açılardan tanımlanmış bir kavramdır. Allport kişiliği; bireyin çevresine yönelik kendine has uyumunu belirleyen psikofizyolojik sistemlerin dinamik bir organizasyonu olarak tanımlamıştır (akt. Eysenck, 1952). Cattell'e göre ise (1950) bir bireyin kişiliği dendiğinde belirli bir durumda nasıl davranacağını öngörmeyi sağlayan nitelikler akla gelmektedir. Kişilik kavramı, bireyin kendine özgü olan ve başkalarından ayırt ettiren uyum özelliklerini içerir. Benzer bir tanıma göre kişilik bir bireyin çevreye uyumunu belirleyen karakteristik davranış örüntüleri ve düşünce biçimleri olarak nitelendirilmiştir (Atkinson, 2002). Burger da kişiliği bireyin kendisinden kaynaklanan tutarlı davranış kalıpları ve kişilik içi süreçler olarak tanımlamıştır (Burger, 2006).

Farklı yaklaşımların kişilik kavramı tanımları şu şekilde ifade edilebilir: Psikodinamik kuramlar kişiliği tanımlarken bilinçdışına vurgu yapar ve kişiliğin temelinde bilinçdışı malzemelerin, cinsel güdü ve çatışmaların olduğunu ifade eder. Hümanistik Kuramlara göre kişiliğin gelişmesinde bireyin var olan potansiyelinin geliştirilmesi ve olumlu büyüme örüntüleri önemli unsurlardır. Biyolojik kuramlarda kalıtsal eğilimler ve fizyolojik süreçler önem kazanmaktadır. Bilişsel/davranışsal kuramlar ise kişiliğin temelinde kişilerin beklentileri ve tutarlı davranış kalıpları ve öğrenmeler olduğunu ifade etmektedir (Burger 2006).

1.6.2. Kişilik Boyutları

Eysenck'in kişiliği hiyerarşik açıdan açıklayan kuramının temeli, kişiliği oluşturan faktörlerin sıralanması veya belirli bir hiyerarşi içinde oluşması esasına dayanır. Eysenck, kişiliği dört düzeye incelemektedir. Birinci düzey, kişiliğin en alt düzeyidir ve çok özel tepkileri içerir. Belirli uyarılara biyolojik ve kalıtımsal özellikleri taşıyan düzeydir. İkinci düzey, bireyin bulunduğu ortamlardan elde ettiği,

alışkanlıklara dayalı özelliklerle ilgilidir. Üçüncü düzey, eğilimler düzeyidir ve kişinin birçok alışılmış davranışları arasından eğilimler kazanma evresidir. Süreklilik, değişmezlik, bireysel dengesizlik, doğruluk ve değişkenlik, heyecanlılık özellikleri olarak nitelendirilen kişilik kalıpları bu evrede oluşur. Kişiliğin dördüncü ve son evresi tip safhasıdır. Bu evrede baskın özelliklere göre belirgin tipler ortaya çıkar (Eysenck, 1952).

Eysenck bireyin bütün özelliklerinin üç temel kişilik boyutunda ele alınabileceğini belirtmiştir. Bu üç boyut dışadönüklük-içe dönüklük, nevrotiklik ve psikotikliktir (Eysenck, 1952). Dışadönüklük-içedönüklük boyutu kişilerin, uyarıcılara gösterdikleri farklı tepkilere göre tanımlanır. Buna göre dışadönük olan kişilerin uyarılma eşikleri yüksektir ve bu sebeple uyarılma durumu için daha fazla uyarana ihtiyaç duyarlar. İçedönüklerin ise uyarılma eşikleri düşük olduğu için daha az sayıda uyarana ihtiyaç gösterirler (Eysenck, 1990). Nörotiklik boyutundaki kişilerin küçük engellenmeler ve sorunlar karşısında bile güçlü duygusal tepkiler verdikleri ve normale dönmelerinin daha uzun zaman aldığı, daha kolay heyecanlandıkları, öfkelendikleri, depresyona girdikleri ifade edilmiştir. Psikotiklik boyutundan yüksek puan alan kişiler bencil, saldırgan, mesafeli, soğuk, anlayışsız, başkalarıyla ilgilenmeyen, genel olarak başkalarının haklarına ve iyiliğine kayıtsız bireyler olarak tanımlanır (Burger, 2006).

Stres yaşantısı ve stresle başetme tepkilerinin ortaya çıkması sürecinde kişiliğin önemli bir etkisi olduğu araştırmacılar tarafından dile getirilmiştir Başetme süreçlerine kişiliğin etkisi hakkındaki araştırmalarda özellikle Dışadönüklük ve Nevrotiklik boyutları üzerinde durulmuştur (Delongis ve Holtzman 2005). O'Brien ve Delongis'in (1996) araştırmasına göre, nevrotiklik puanları yüksek kişiler daha sıklıkla yüzleşme, kaçma-kaçınma ve kendini suçlama gibi duygu odaklı başetme stratejilerini kullanmakta ve nevrotiklik puanları düşük bireylere göre geri çekilme, kaçma-kaçınma ve kendini suçlama stratejilerini daha fazla başvurmaktadırlar. Dışadönüklük puanları yüksek kişiler ise aktif problem çözme, yeniden değerlendirme gibi problem odaklı stratejilere, dışadönük puanları düşük kişilere göre daha fazla yönelmektedirler. Aile yaşamı içindeki stres kaynakları ile başetme sürecinde Dışadönüklük puanları yüksek kişilerin daha fazla sorumluluk alabildikleri

ve daha uzlaşmacı oldukları ve çocukların olası davranış problemlerine daha empatik bir şekilde tepki verdikleri bulgulanmıştır (Lee-Baggley, Preece ve Delongis, 2004). Gelişimsel bozukluğu ya da engeli olan çocuğa sahip ailelerdeki stres ve zihinsel sağlık düzeyleri üzerinde kişilik özelliklerinin etkisi de birçok araştırmada incelenmiştir.

1.6.3. Gelişimsel Bozukluğu ya da Engeli Olan Çocuğa Sahip Olan Ebeveynlerde Stres ve Zihinsel Sağlık Düzeyleri Üzerinde Kişilik Özelliklerinin Etkisini Araştıran Çalışmalar

Glidden, Billings ve Jobe, (2006) gelişimsel bozukluk tanısı almış çocuğu olan biyolojik ebeveynler ile çocuğu evlat edinmiş ebeveynleri, ebeveyn rolü, başetme tarzları ve kişilik özellikleri bakımından karşılaştırdığı çalışmasında, nörotiklik puanları ile "kaçma-kaçınma" ve "sorumluluğu alma" başetme tarzını kullanma arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bu başetme tarzları da depresyonun yüksek düzeyi ve düşük "iyi olma" hali ile ilişkili bulunmuştur. Babalarda kaçma-kaçınma başetme tarzının depresyon ve iyi olma hali ile anlamlı bir ilişkisi saptanamamıştır. Ayrıca nörotiklik ve dışadönüklük puanları yüksek, sorumluluk puanları düşük olan engelli çocuğa sahip ebeveynlerin kaçma-kaçınma tarzı başetme tarzını daha sık olarak kullandıkları bulunmuştur. Bir başka çalışmada hafif ve orta düzey zihinsel yetersizlik ve down sendrom tanısı almış çocukların ebeveynleri norm gruplarına göre anlamlı seviyede düşük dışadönüklük ve açıklık ve yüksek nörotiklik puanları almışlardır. Nörotiklik boyutunda anneler norm gruplarına göre anlamlı seviyede yüksek puanlar alırken babaların puanları norm grubundan farklılaşmamıştır (Veisson, 2001).

Hornby'nin (1995) down sendromlu çocuğu olan babaların bu çocuklarına uyumunu araştırdığı çalışmasında babaların aldığı nörotiklik puanlarıyla çocuğa uyumları arasında negatif bir korelasyon olduğu bulgulanmıştır. Bir diğer çalışmanın sonucuna göre çocukları Yaygın Gelişimsel Bozukluk tanısı almış annelerin

yaşadıkları duygusal stres "nörotiklik" ve "uyumluluk" kişilik faktörleriyle pozitif bir korelasyon içindedir (Yamada v.d., 2007)

Gelişimsel bozukluğu ya da engeli olan çocuğa sahip ebeveynlerin farklı tanı gruplarına göre psikolojik ve bedensel sağlık düzeyleri, uyum süreçleri, başetme becerileri ile ilgili olarak ülkemizde yapılan araştırmalar aşağıda özetlenmiştir.

1.7. Alanda Türkiye'de Yürütülmüş Çalışmalar

Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında araştırmalara en fazla konu olan değişkenler olarak, ebeveynlerin yaşadıkları stres ve stresle başa çıkma stratejileri, zihinsel sağlık durumları (Akkök, Aşkar ve Karancı 1992; Şen ve Yurtsever, 2007; Uğuz v.d.,2004), duygusal tükenmişlik, yaşam kalitesi, yaşam doyumu ve algılanan sosyal destek göze çarpmaktadır (Bıçak, 2009; Kaner, 2004; Sencar 2007).

Bir araştırmada zihinsel yetersizlik, otizm ve serebral palsi tanısı almış çocukların ebeveynlerinde anksiyete, depresyon ve evlilik uyumu, normal büyüyen çocukların ebeveynleri ile karşılaştırılmış ve engeli olan çocuğa sahip annelerin depresyon ve anksiyete puanlarının kontrol grubu annelerinden daha yüksek olduğu, evlilik uyum ölçeğinden düşük puan alan annelerin evlilik uyum ölçeğinden yüksek puan alan annelerden daha yüksek depresyon ve anksiyete puanlarına sahip olduğu saptanmıştır (Toros, 2002). Bir başka çalışmada engelli çocuğa sahip annelerde depresyon ve anksiyetenin yaşam kalitesini olumsuz biçimde etkilediği belirlenmiştir (Bumin, Günal ve Tükel, 2008).

Bilal ve Dağ'ın (2005) çalışmasında zihinsel engeli olan çocukların annelerinin stresle başa çıkma tarzları ve kontrol odağı inançları arasındaki ilişkiye kontrol grubuyla karşılaştırılarak bakılmış ve engeli olan çocuğa sahip annelerin daha fazla stres yaşadığı, başa çıkma tarzları ve kontrol odağı inançları bakımından iki grup arasında fark olmadığı bulgulanmıştır. Down sendromu olan çocuğa sahip ebeveynlerin kontrol grubunu oluşturan sağlıklı çocuğa sahip ebeveynlere göre

depresyon puanlarının anlamlı ölçüde yüksek olduğu, depresyonla başa çıkma ölçeğinin kadercilik-dinsel davranış puan ortalamalarının yüksek, bağımlılık, kaçış, sosyal destek, plan yapma, aktif davranış puan ortalamalarının düşük olduğu saptanmıştır (Herken, Turan, Şenol ve Karaca, 2000). Zihinsel engelli çocuğa sahip anneler ile sağlıklı çocuğa sahip annelerin duygusal tükenmişlik ve stresle çaresiz başa çıkma tarzları arasında anlamlı bir fark olduğu (Duygun ve Sezgin, 2003), serebral palsili çocuğa sahip annelerin hafif sağlık sorunları olan çocuğa sahip annelerden daha düşük yaşam kalitesi puanları aldığı ve bu puanların çocuğun fiziksel engel durumu ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır (Eker ve Tüzün, 2004).

Akkök, Aşkar, Karancı (1992), 27 otistik, 40 öğretilebilir düzey zihinsel engelli ve 40 eğitilebilir düzey zihinsel engelli çocuğu olan annebabalar ile yürüttükleri araştırmada anne-babaların stres kaynaklarını, duruma yönelik algılarını ve stres düzeylerini etkileyen değişkenleri araştırmışlardır. Birinci bölümde annebabaların aile rehberliği alıp almadıkları, annebabalarla ile ilgili demografik verilere ve çocukların yaş, cinsiyet ve engel ya daha gelişimsel bozukluk türü ile ilgili veriler toplanmıştır. İkinci bölümde bu araştırmada da kısa formu kullanılan Özürlü Çocuk Anne-Babalarının Stres Düzeyini Ölçme Aracı-Kısa Formu ile anne-babaların stres düzeyleri ölçülmüştür. Araştırma da ayrıca anne-babaların çocuklarının engel ve gelişimsel bozukluk durumları ile ilgili yaptıkları nedensel atıflar incelenmiştir. Araştırrma sonuçlarına göre anne-balaların çocukların engel durumunu açıklayamadıkları, kontrol edemedikleri gözlenmiş ve bu engel durumunu kalıcı olarak betimlenebilecek kader faktörüne atfettiklerinde yaşadıkları stresin ve çaresizlik hissinin arttığı tespit edilmiştir. Araştırmada elde edilen diğer sonuçlara göre çocuğun engel durumunun eş ve çevreyi sorumlu tutma olarak tanımlanabilecek dışsal faktöre atfeden annebabalar daha fazla stres yaşamakta, zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip annebabalara göre otistik bozukluk tanısı almış çocuğa sahip annebabalar daha fazla stres yaşamaktadır. Ayrıca aile rehberliği alan anne-babaların daha az stres yaşadığı bulunmuştur. Bu durum araştırmacılar tarafından annebabalar için hazırlanacak eğitim ve destek programlarının gerekliliği tespit eden bir bulgu olarak yorumlanmıştır.

Uğuz v.d. (2004) 29 zihinsel yetersizlik, 26 otistik ve 25 cerebral palsi tanısı almış çocuğu olan anne ve çocuğu normal gelişen 89 anne ile yürüttükleri araştırmada katılımcılara sosyodemografik form, Beck Depresyon Envanteri ve Holroyd'un (1988) Stres ve Kaynakları Ölçeğinin, "Bağımlılık ve Kendini Yönetme", "Ailenin Yaşamına Getirdiği Sınırlılık","Aile İçi Uyumsuzluk" ve "Aileye Getireceği Zorluk" alt ölçeklerini uygulamışlardır. Araştırma sonuçlarına göre, engelli çocuğu olan anneler, çocuğu normal gelişen annelere göre depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Otistik bozukluk, zihinsel yetersizlik, serebral palsi ve kontrol grubu ayrı ayrı değerlendirildiğinde annelerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmazken 3 tanı grubundan çocuğu olan anneler birlikte hasta grubu olarak ele alındığında depresyon puanları kontrol grubu annelerinden anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur. Araştırmacılar annelerin engelli çocuğa sahip olma durumundan etkilenme düzeylerinin belirlenmesi için babaları da içeren daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğunu ifade etmişlerdir.

Gölalmış'ın (2005) araştırmasında zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip annelerin algıladıkları umutsuzluk ve karamsarlık düzeyleri, sosyal destek algıları ve gelecek planları incelenmiştir. Araştırmaya 425 eğitilebilir ve öğretilebilir düzey zihinsel yetersiz çocuğa sahip anne katılmıştır. Katılımcılara Beck Umutsuzluk Ölçeği, Aile Stresini Değerlendirme Ölçeğinin Karamsarlık Boyutu, Aile Destek Ölçeği ve araştırmacı tarafından hazırlanan Geleceğe İlişkin Plan Ölçeği uygulanmıştır. Araştırma sonucunda, annelerin algıladığı umutsuzluk, karamsarlık düzeylerinin annelerin yaşına göre farklılaşmadığı, gelecek planı yapma noktasında yaşlı annelerin genç annelere göre daha fazla gelecek planı yaptıkları bulgulanmıştır. Annelerin gelir ve eğitim seviyesi düştükçe karamsarlık ve umutsuzlukları artmakta, daha az sosyal destek algılamakta ve daha az gelecek planı yapmaktadırlar. Çocukla ilgili değişkenlere bakıldığında ise annelerin algıladıkları umutsuzluk, karamsarlık, gelecek planı ve algılanan sosyal destek düzeylerinin çocukların yaşları ve cinsiyetlerinden etkilenmediği, çocukların engel derecesine ve çocuğun özel eğitim alma süresine göre değişmekte olduğu bulunmuştur.

Kaner'in (2004) engeli olan çocuğa sahip anne ve babaların stres, sosyal destek ve yaşam doyumlarını araştırdığı çalışmasına zihinsel yetersizlik tanısı almış çocuğu olan 104 anne ve 102 baba, işitme yetersizliği tanısı almış çocuğu olan101 anne ve 109 baba katılmıştır. Araştırmada, bu araştırmanında veri toplama araçlarında biri olan Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği, Aile Destek Ölçeği ve Yaşam Doyum Ölçeği'dir. Araştırma sonucunda zihinsel engelli çocuğu olan anne-babalar işitme engelli çocuğu olan anne babalara göre çocuklarının işlevlerini daha yetersiz gördükleri, daha karamsar oldukları ve yaşamlarını daha stresli olarak algıladıkları bulunmuştur. Anne babaların yaşam doyumları arttıkça algıladıkları stres azalmaktadır.

Sencar'ın yaptığı araştırmada ise (2007) otistik bozukluk tanısı almış anne-babaların algıladıkları sosyal destek, desteğin kimler tarafından verildiği ve sosyal destekten memnuniyet düzeyi ile stres düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmaya otistik çocuk annesi 91 anne ve 81 baba ile normal gelişen çocuğa sahip 92 anne 80 baba katılmıştır. Araştırmada Sosyal Destek Anketi, Anne-Babaların Stres Düzeyini Ölçme Aracı ve Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır. Elde edilen bulgulara göre otistik çocuk anne-babalarında algılanan sosyal destek ve sosyal destekten memnuniyet düzeyi ile stres düzeyleri arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki vardır. Otistik çocuğu olan anne babalar arasında sosyal destek düzeyleri, sosyal destekten memnuniyet düzeyleri ile stres düzeyleri açısından anlamlı bir fark bulgulanmamıştır. Öte yandan otistik çocuğu olan anne-babaların çocuğu normal gelişen anne-babalara göre daha az sosyal destek algıladıkları, stres düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Sencar, 2007).

Yurdakul v.d. (2000) tarafından yapılan başka bir araştırmada da otistik bozukluk ve zihinsel yetersizlik tanısı almış çocuğa sahip anne-babaların stresle başetme yolları ve anne baba farklılıkları incelenmiştir. Araştırmaya 76 anne ve 57 baba katılmıştır. Anne babaların stres düzeyleri Özürlü Çocuk Anne-Babalarının Stres Düzeyini Ölçme Aracı kullanılarak ölçülmüştür. Anne babaların başetme yolları Kronik Bir Hastaya Bakmakla Yükümlü Olanların Başetme Yöntemleri Ölçeği kullanılarak belirlenmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre, otistik ve ağır

düzey zihinsel yetersiz çocuğu olan anne-babalar hafif düzey zihinsel yetersiz çocuğu olan anne-babalardan daha fazla stres yaşamaktadır. Anne-babalar en fazla problemi çözmeye yönelik başetme yöntemlerini kullandıkları ifade etmişlerdir. Araştırmada bulunan bir başka sonuca göre, stres düzeyi arttıkça problem çözmeye yönelik yöntemlerden "yapılacak şeyleri önceden planlamak", "baktığınız kişiyi olabildiğince aktif tutmak", "ev ortamını işleri kolaylaştıracak biçimde değiştirmek", "kendi tecrübelerinize güvenmek" yöntemleri daha az kullanılmakta, stres belirtilerini azaltmaya yönelik yöntemlerden "ağlamak", "desarj olmak için bağırmak, haykırmak" yöntemleri ve olayların alternatifini algılama yöntemlerinden "durumu olduğu gibi kabullenmek" yöntemi daha çok kullanılmaktadır.

Fırat'ın (2000) yaptığı araştırmada otizm ve zihinsel yetersizlik tanısı alan çocuğa sahip annelerin kaygı, depresyon, aleksitimi ve genel psikolojik değerlendirme puanları karşılaştırılmıştır. Çocukların yaşları 3-12 arasındadır. Araştırmada kullanılan ölçekler:Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Ruhsal Belirti Tarama Listesi'dir. Araştırma sonuçlarına göre otistik çocuk anneleri Ruhsal Belirti Tarama Listesinin Somatizasyon, Kişilerarası Duyarlılık ve Ek Skala alt ölçekleri haricinde kalan diğer alt ölçeklerde zihinsel yetersizlik tanısı almış çocukların annelerine göre anlamlı derecede yüksek puanlar almışlardır.

Yıldırım ve Conk'un (2005) çalışmasında zihinsel yetersizlik tanısı almış çocuğa sahip anne babaların stresle başetme tarzları ve depresyon düzeylerine planlı eğitimin etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Araştırmada Stresle Başetme Tarzları Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmaya 60 anne 60 baba katılmıştır. Araştırma verilerine göre deney grubundaki velilere verilen planlı grup eğitiminden 3 ve 6 ay sonrasında yapılan ölçümlerde annebabaların kendine güvensiz/çaresiz yaklaşım puanlarının düşmüş, kendine güvenli yaklaşım puanların yükselmiştir. BDÖ puanlarına bakıldığında; eğitim öncesi her iki grup puanları arasında far bulunmazken, eğitimden sonra çalışma grubundaki anne-babaların puanları önemli derecede düşmüştür. Eğitim sonrasında annebabaların"İyimser Yaklaşım" puan ortalamaları azalmıştır. Bu sonuç durumu gerçekçi olarak

kavrayarak, çocukla ilgili koşulların düzelmeyeceğinin fark edilmesi sonucu, ebeveynlerde çocukla ilgil iyileşme beklentilerinin azalması biçiminde yorumlanmıştır.

2. AMAÇ VE HİPOTEZLER

2.1 Amaç

Konu ile ilgili literatüre bakıldığında engelli çocuğa sahip ailelerle yapılan çalışmaların ağırlıklı olarak yaşanan stres seviyesi ve ebeveynlerde gözlenen sosyal destek algısı, depresyon ve anksiyete belirtileri gibi değişkenlere odaklandığı görülmektedir. Pek çok çalışmada örneklem grubu annelerden oluşmakta ve en sık olarak otizm ve zihinsel yetersizlik tanısı almış çocukların ebeveynleri çalışma gruplarını oluşturmaktadır. Çalışmalarda kullanılan diğer tanılar öğrenme güçlüğü, down sendrom, görme ve işitme engeli, serebral palsi ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'dur. Bunların yanı sıra, ebeveynlerin kullandıkları başetme tarzları ve kişilik özellikleri de sıklıkla incelenen konular arasındadır.

Yukarıda özetlenen literatür bilgilerinden de anlaşılacağı gibi engelli çocukların ebeveynlerinin yaşadığı stres ve zihinsel sağlık konusunun incelendiği çalışmaların kapsamı ve araştırılan değişkenler oldukça çeşitlidir. Ancak yapılan çalışmalarda, genel olarak tek bir tanı grubuna ait çocukların anneleri ile sağlıklı çocuğu olan kontrol grubu annelerinin karşılaştırıldığı gözlemlenmektedir. Bir başka deyişle, bu değişkenlerin incelendiği çalışmaların tek bir engel grubunun kontrol grubuyla karşılaştırılması, çoğunlukla sadece annelerin çalışmaya dahil edilmesi gibi sınırlılıkları mevcuttur. Çoklu tanı gruplarının yer aldığı çalışmalarda ise yine çoğunlukla yalnızca annelerin değerlendirmeye alındıkları göze çarpmaktadır.

Üstelik, hem yurtdışında hem de Türkiye'de, zihinsel/bedensel engeli ya da gelişimsel bozukluğu olan çocuğa sahip anne-babalara yönelik çalışmalarda, farklı engel ve gelişimsel bozukluk gruplarındaki hem anne hem de babaların yaşadığı stres ve zihinsel sağlık durumu üzerinde ebeveynlerin hem kişilik özellikleri hem de başetme stratejilerini aynı anda dikkate alan araştırmalara ise rastlanmamıştır.

Bu sebeple farklı türde gelişimsel bozukluklara veya engele sahip çocukların ebeveynlerinin yaşadığı stresin ve zihinsel sağlık durumunun, anne ve babaların

kullandığı başetme tarzları ve anne ve babaların kişilik özellikleriyle birlikte aynı araştırmada incelendiği bir çalışmanın alanla ilgili bilgilere katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Tanı gruplarına, ebeveyn cinsiyeti, kişilik özellikleri ve başetme tarzlarına göre stres ve zihinsel sağlık açısından en fazla etkilenen grupların belirlenmesi, ebeveynlere yönelik uygun başetme becerilerini arttırmaya dönük müdahale ve eğitim programları hazırlanmasında faydalı bilgiler sağlayacaktır. Ebeveynlerin işlevsellik düzeyinin arttırılması da şüphesiz çocukların uyum ve gelişim sürecinde çeşitli oranda iyileşmeleri de beraberinde getirecektir.

Öte yandan, otistik bozukluk tanısı alan çocuğa sahip anne-babalar, ilgili literatür bilgilerinin özetlendiği daha önceki bölümlerde de ifade edildiği gibi, en fazla stres ve zihinsel sağlık problemi yaşayan guruptur. Otistik bozukluk tanısı almış çocuğa sahip olmanın anne-babalar üzerindeki etkisinin analiz edilmesi noktasında, ebeveyn cinsiyetinin, kullanılan başetme yöntemleri ve kişilik özelliklerinin stres ve zihinsel sağlık durumuna etkilerini tek bir araştırmada incelemek, anne-babalara verilecek desteğin içeriğinin belirlenmesine katkı sağlayacaktır. Ayrıca bu desteğin tanı aşamasından diğer sağlık sorunlarına, davranış problemlerinden özel eğitim hizmetlerine kadar bir süreç olarak planlanmasında dikkat edilmesi gereken noktaları daha detaylı bir şekilde ortaya çıkaracaktır.

Tüm bu bilgiler ışığında, bu çalışmanın temel amacı, Otistik bozukluk, orta-ağır düzey zihinsel yetersizlik ve down sendromu tanısı almış çocuğa sahip anne ve babalar ile sağlıklı çocuğa sahip anne ve babaların yaşadıkları stres ve zihinsel sağlık durumlarını karşılaştırmak ve tanı durumunun stres düzeyi ve zihinsel sağlık üzerindeki etkilerinin ebeveynlerin cinsiyetleri, kullandıkları başetme yöntemleri ve kişilik özelliklerine göre nasıl değiştiğini incelemektir.

2.2. Hipotezler

2.2.1. Kuramsal Hipotezler

Hipotez 1. Hem anne hem de babaların zihinsel sağlık ve stres düzeyleri, tanı durumuna göre değişmektedir; otistik bozukluk tanısı konmuş çocuğa sahip olan ebeveynlerin zihinsel sağlık ve stres düzeyleri diğer tanı durumundaki ebeveynlerden daha kötü olacaktır.

Hipotez 2. Tanı almış çocuğu olan ebeveynlerde, tanı türünden bağımsız olarak, zihinsel sağlık ve stres düzeyleri ebeveynin cinsiyetine göre değişmektedir; annelerin zihinsel sağlık ve stres düzeyleri babalarınkinden daha kötü olacaktır.

Hipotez 3. Tanı almış çocuğu olan ebeveynlerde, tanı türünün zihinsel sağlık ve stres düzeyi üzerindeki etkisi ebeveynlerin başetme tarzlarına göre değişmemektedir; her başetme düzeyinde otistik bozukluk tanısı konmuş çocuğa sahip olan ebeveynlerin zihinsel sağlık ve stres düzeyleri diğer tanı durumundaki ebeveynlerden daha kötü olacaktır.

Hipotez 4. Tanı almış çocuğu olan ebeveynlerde, tanı türünün zihinsel sağlık ve stres düzeyi üzerindeki etkisi ebeveynlerin kişilik özelliklerine göre değişmemektedir; her kişilik düzeyinde, otistik bozukluk tanısı konmuş çocuğa sahip olan ebeveynlerin zihinsel sağlık ve stres düzeyleri diğer tanı durumundaki ebeveynlerden daha kötü olacaktır.

2.2.2. İşlemsel Hipotezler

Hipotez 1.

a. Otistik bozukluk (OB), zihinsel yetersizlik (ZY) ve Down Sendromu (DS) gruplarındaki ebeveynlerin Kısa Semptom Envanteri ile ölçülen (KSE) alt testleri puan ortalamaları sağlıklı çocuğa sahip kontrol grubundaki (KG) ebeveynlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olacaktır; OB grubundaki ebeveynlerin ortalaması ise diğer tüm gruplardan anlamlı derecede yüksek olacaktır.

b. OB, ZY ve DS tanı gruplarındaki ebeveynlerin, KG ebeveynlerine kıyasla, Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği (ASDÖ) ile ölçülen İşlevsellik alt testi (ASDÖ-İ), Karamsarlık alt testi (ASDÖ-K) ve Aile Sorunları alt testi (ASDÖ-A) puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek olacaktır; OB grubundaki ebeveynlerin ASDÖ-İ, ASDÖ-K ve ASDÖ-A puanları diğer tüm gruplardaki ebeveynlerin ortalamalarından daha yüksek olacaktır.

Hipotez 2.

a. Hem OB, hem ZY hem DS, hem de SK gruplarında annelerin KSE'nin tüm alt testlerinden aldıkları puan ortalamaları babaların ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olacaktır.

b. Hem OB, hem ZY, hem DS hem de SK gruplarında annelerin ASDÖ-İ, ASDÖ-K ve ASDÖ-A puan ortalamaları babaların ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olacaktır.

Hipotez 3.

a. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) ile ölçülen Kendine Güvensiz Yaklaşım alt testi (SBÇTÖ-KGSZ) puanlarının ortalama ve standart sapmaya göre ayrılmış olan her dört kategorisinde de, Otistik Bozukluk tanısı almış çocuğu olan gruptaki ebeveynlerin KSE ve ASDÖ alt testlerine ait puan

ortalamaları diğer tanı durumundaki ebeveynlerin KSE ve ASDÖ alt testlerine ait puan ortalamalarından yüksek olacaktır.

b. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) ile ölçülen Boyun Eğici/Çaresiz Yaklaşım alt testi (SBÇTÖ-BE) puanlarının ortalama ve standart sapmaya göre ayrılmış olan her dört kategorisinde de, Otistik Bozukluk tanısı almış çocuğu olan gruptaki ebeveynlerin KSE ve ASDÖ alt testlerine ait puan ortalamaları diğer tanı durumundaki ebeveynlerin KSE ve ASDÖ alt testlerine ait puan ortalamalarından yüksek olacaktır.

Hipotez 4.

a. Eysenck Kişilik Envanteri Dışa Dönüklük alt test (EKE-D) puanlarının ortalama ve standart sapmaya göre ayrılmış olan her dört kategorisinde de, Otistik Bozukluk tanısı almış çocuğu olan gruptaki ebeveynlerin KSE ve ASDÖ alt testlerine ait puan ortalamaları diğer tanı durumundaki ebeveynlerin KSE ve ASDÖ alt testlerine ait puan ortalamalarından yüksek olacaktır.

b. Eysenck Kişilik Envanteri Nörotiklik alt test (EKE-N) puanlarının ortalama ve standart sapmaya göre ayrılmış olan her dört kategorisinde de, Otistik Bozukluk tanısı almış çocuğu olan gruptaki ebeveynlerin KSE ve ASDÖ alt testlerine ait puan ortalamaları diğer tanı durumundaki ebeveynlerin KSE ve ASDÖ alt testlerine ait puan ortalamalarından yüksek olacaktır.

3. Yöntem

3.1. Katılımcılar

Araştırmada toplam 382 ebeveyn yer almıştır. Araştırma örneklemini İstanbul'un Beşiktaş, Bakırköy, Gaziosmanpaşa, Kadıköy, Kâğıthane, Zeytinburnu, Ümraniye ilçelerinde, Rehberlik ve Araştırma Merkezlerine başvuran anne-babalar, tanı almış çocukları Eğitim Uygulama Okulu ve İş Eğitim Merkezleri ve Otistik Çocuklar Eğitim Merkezlerinde özel eğitim gören ya da bu okullardan mezun durumda olan anne-babalar ve tanı almış çocukları örgün eğitim kurumlarında yer alan özel eğitim sınıflarında öğrenim gören, kaynaştırma eğitimi alan anne-babalardan oluşmaktadır. Kontrol grubunu ise çocukları normal gelişim gösteren ve anasınıfı, ilk, orta ve yüksek öğretim programını takip eden ya da mezun durumda olan anne-babalardan oluşmaktadır. Çocuklarının tanısı sağlık kurulu raporu ile belgelenmiş anne-babalar araştırmaya dahil edilmiştir. Söz konusu ebeveynlerden halihazırda psikiyatrik/psikolojik tedavi gördüğünü belirtenler araştırmaya dahil edilmemiştir.

Katılımcılar otistik bozukluk tanısı almış çocuğa sahip 57 anne 27 baba, Orta-Ağır Düzey Mental Retardasyon tanısı almış çocuğa sahip 45 anne 37 baba, Down Sendromu tanısı almış çocuğa sahip 45 anne 34 baba ve çocuğu normal gelişim gösteren 84 anne 53 babadan oluşmaktadır.

Otistik Bozukluk grubundaki çocukların %28.6'sı kız (n=24), %71,4'ü ise erkektir (n=60). Zihinsel Yetersizliği olan çocukların ise %32,9'u kız (n=27), %67,1'i de erkektir (n=55). Down sendromu olan çocuklarda ise kızların yüzdesi %51,9 (n=41), erkeklerinki ise %48,1'dir (n=38). Kontrol grubunda yer alan çocukların ise %48,2'si kız (n=66), %51,8'i de erkektir (n=71). Ebeveynlerin psikodemografik özellikleri ile ilgili diğer tanımsal bilgiler Tablo 1 ve Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 1: Dört farklı tanı durumundaki ebeveynlerin psikodemografik özelliklerine dair parametrik ölçümler.

		Otizm	Zihinsel Yetersizlik	Down Sendomu	Kontrol Grubu	Test İstatistiği
Anne Yaş	X	36,00	40,30	41,94	36,75	
	SS	7,10	7,68	8,52	8,26	F(3,172)=5.63*
	N	53	36	38	49	
Baba Yaş	X	39,83	44,25	43,44	40,34	
	SS	6,12	7,27	8,13	9,71	F(3,113)=2,16
	N	24	31	27	35	
Çocuk Yaş	X	10,38	13,59	11,64	11,60	
	SS	3,75	5,33	4,50	4,59	X^2(3)=18,29**
	N	84	82	79	137	
Toplam Çocuk Sayısı	X	2,00	2,40	3,11	1,86	
	SS	1,06	1,24	1,56	0,90	X^2(2)=33,49**
	N	84	82	79	137	
İlk Belirti Yaşı	X	2,24	2,48	0,27	--	
	SS	0,90	2,23	0,89	--	X^2(2)=114,84**
	N	82	78	79	--	
Çocuğun Tanılanma Yaşı	X	3,02	4,01	0,41	--	
	SS	1,42	2,51	1,16	--	X^2(2)=126,91**
	N	82	77	79	--	
Bireysel Destek Eğitimi Alıyor Olma Süresi (Ay)	X	50,01	43,77	54,90	--	
	SS	28,38	27,87	28,76	--	F(2,227)=2,93
	N	79	77	74	--	

*$p<0.05$, **$p<0.001$*

Tablo 2: Dört farklı tanı durumundaki ebeveynlerin psikodemografik özelliklerine dair sıklık yüzde dağılımları.

	Tanı Grupları	Otizm				Zihinsel Yetersizlik				Down Sendromu				Kontrol Grubu			
	Ebeveyn	Anne		Baba		Anne		Baba		Anne		Baba		Anne		Baba	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Eğitim Durumu	OkurYazar-İlköğretim	25	43,9	9	33,3	22	50	14	37,8	27	62,8	15	45,5	20	23,8	7	13,2
	Ortaokul-Lise	24	42,1	10	37,0	13	29,5	12	32,4	9	20,9	10	30,3	38	45,2	34	64,2
	Üniversite - Lisansüstü	8	14	8	29,7	9	20,5	11	29,7	7	16,3	8	24,2	26	31	12	22,6
Gelir Durumu	500 TL den az	4	7,3	2	7,4	8	18,6	4	11,4	8	18,6	5	14,7	5	6,2	0	0
	500 -1500 TL arası	40	72,7	15	55,6	22	51,2	19	54,3	22	51,2	18	52,9	31	38,3	26	52
	1500-3000 TL arası	3	5,5	3	11,1	8	18,6	9	25,7	11	25,6	9	26,5	27	33,3	17	34
	3000 TL ve üstü	8	14,5	7	25,9	5	11,6	3	8,6	2	4,7	2	5,9	18	22,2	7	14
Sağlık Güvencesi	SGK	49	86	21	77,8	35	79,5	31	83,8	38	84,4	30	88,2	60	71,4	46	90,2
	Özel Sağlık Sigortası	0	0	0	0	0	0	2	5,4	0	0	0	0	7	8,3	1	2,0
	Yeşil Kart	3	5,2	2	7,4	2	4,5	0	0	4	8,9	2	5,9	1	1,2	0	0
	Sağlık Güvencesi Yok	5	8,8	4	14,8	6	6	4	10,8	3	6,7	2	5,9	9	10,7	3	5,9
	SGK+Özel	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	7	8,3	1	2,0
Medeni Durum	Evli	53	93	26	96,3	40	88,9	36	97,3	42	93,4	34	100	76	90,4	52	98,1
	Boşanmış	3	5,3	1	3,7	5	11,1	1	2,7	1	2,2	0	0	5	6,0	1	1,9
	Eşi Vefat Etmiş	1	1,8	0	0	0	0	0	0	1	2,2	0	0	2	2,4	0	0
	Diğer	0		0	0	0	0	0	0	1	2,2	0	0	1	1,2	0	0

3.2. Ölçekler

3.2.1. Demografik Bilgi Formu

Demografik form araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulmuştur. Tanı almış çocuğu bulunan ebeveynler ve sağlıklı çocuğa sahip ebeveynler için ayrı ayrı iki form hazırlanmıştır.

Formda ebeveynlerin sağlık güvencesi, sosyo-ekonomik durumu, ailevi özellikleri, psikiyatrik öyküsü ve çocuğunun tanı alma, eğitim ve bakım durumu ile ilgili bilgileri almak üzere hazırlanmış sorular bulunmaktadır (Ek 1 ve Ek 2).

3.2.2 Eysenck Kişilik Envanteri (EKE)

Eysenck Kişilik Envanteri (Eysenck Personality Questionnaire-EKE), H.J. Eysenck ve S. B. Eysenck (1975) tarafından geliştirilmiştir. Envanter, kağıt kalem testi olup on altı yaş ve üzeri bireylere uygulanmaktadır. EKE'nin ölçtüğü olgular, kişilikte ayrıcalıklara neden olan normal davranış biçimleridir. EKE patolojik semptomları ölçmeyi amaçlamaz. EKE'de kişilik toplam üç boyutta değerlendirilir: Dışadönüklük, Nevrotiklik, ve Psikotiklik. Bu alt boyutlara bir de kişilerin ne derece sosyal yönden arzulanan yanıtlar verdiğini değerlendiren yalan boyutu eklenmiştir. Envanter her hangi bir açıklama gerektirmeyecek şekilde hazırlanmıştır. Eysenck Kişilik Envanteri, yetişkin kişilik envanterleri dizisinin son formudur.

Bu araştırmada EKE'nin alt ölçeklerine bağlı olan nevrotiklik (EKE-N) ve dışadönüklük (EKE-D) boyutları ile ilgili sorular kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan EKE maddeleri EK 2'de verilmiştir. Ankette 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 24, 26, 27, 29, 31, 33, 36, 41, ve 43. maddeler dışadönüklük ile ilişkili olup 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 25, 28, 30, 32, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 42, ve 44. maddeler ise nevrotiklik yapısı ile ilişkili sorulardır. 11, 15, ve 23. Maddeler

tersine maddelerdir. Düz maddelerde her "evet" yanıtı 1 puan her "hayır" yanıtı 0 puan alır. Ters maddelerde ise her "evet" yanıtı 0 puan her "hayır" yanıtı 1 puan almaktadır. Her madde için alınan puanlar toplanarak her kişilik boyutuna ait puanlar hesaplanır. Yüksek puanlar yüksek düzeyde nevrotikliğe ve yüksek düzeyde dışadönüklüğe karşılık gelir. Bu envanter, psikotizm ölçeğinin envantere eklenmiş olması ile birlikte diğer envanterlerden ayrılır (Akt. Bardavit, 2007). EKE'nin tüm ölçeklerinin İngiliz standardizasyonunda test-tekrar test güvenirlik katsayıları .78 ile .89 korelasyon değerleri arasındadır. İç tutarlılık katsayılarına ilişkin değerler de iyi düzeydedir (Eysenck, 1975).

Geçerliğine ilişkin olarak elde edilen veriler de ölçeklerin Türkiye'de ilgili kişilik boyutlarını ölçmek için kullanılabileceğini göstermiştir. Bu çalışmada EKE'nin nörotiklik (23 madde) ve dışadönüklük (21 madde) boyutlarından oluşan 44 maddelik kısa form kullanılmıştır. Bu form Topçu (1982) tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve bu boyutların test-tekrar test güvenirlik katsayılarının sırasıyla 0.78 ve 0.90 olduğu bildirilmiştir. Bu iki boyutu içeren 44 maddelik kısa form Özalp-Türetgen ve Cesur'un (2006) çalışmasında, sadece nörotiklik alt ölçeği ise Ünsal ve Özalp-Türetgen'in (2005) araştırmasında kullanılmıştır (Ek 3).

Ölçeğin EKE-D ve EKE-N alt testleri ile ilgili Cronbach alfa güvenirlik katsayıları bu araştırma için sırasıyla .77 ve .83 olarak hesaplanmıştır.

3.2.3. Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği (ASDÖ)

Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği (ASDÖ) engelli çocuğa anne-babalık etmenin yarattığı stresi belirlemek amacıyla, Friedrich, Greenberg ve Crnic tarafından (1983) Questionnaire on Resources and Stress-F (QRS-F) ismiyle geliştirilmiştir. ASDÖ'nün ülkemizdeki ilk geçerlik ve güvenirlik çalışması Küçüker (1999) tarafından 0-5 yaş grubunda 115 zihinsel engelli, 75 normal çocuğu olan toplam 190 anne-babadan elde edilen verilerle yapılmıştır. Küçüker faktör analizi sonucunda 49 maddeye inen ölçekten dört faktör elde etmiş ve bunları Friedrich,

Greenberg ve Crnic gibi "Karamsarlık", "Çocuğun İşlevlerinde Sınırlılık", "Çocuğun Özellikleri" ve "Anne-Babanın ve Ailenin Problemleri" olarak isimlendirmiştir.

Daha sonra Kaner'in (2001) zihinsel engelli çocuğu olan 220, işitme engelli çocuğu olan 219, çoklu engeli olan 22 ve normal gelişen çocuğa sahip 161 olmak üzere toplamda 622 anne-babayla yaptığı çalışma sonucuna göre ölçek, "işlev yetersizliği", "karamsarlık" ve "anne-baba ve aile sorunları" faktörlerinden oluşmaktadır.

"Karamsarlık" faktörü (ASDÖ-K) ölçeği yanıtlayan aile bireyinin, çocuğun şimdi ve gelecekteki durumuna ilişkin olumsuz duygu ve düşüncelerini, "işlev yetersizliği" faktörü (ASDÖ-İY), ölçeği yanıtlayan kişinin çocuğun fiziksel ve bilişsel işlevlerindeki yetersizliğe ilişkin algısını, "anne-baba ve aile sorunları" faktörü (ASDÖ-AS) ise yanıtlayan kişinin kendisine, diğer aile üyelerine ya da tüm aileye ilişkin algıladığı problemleri değerlendirmektedir.

Ölçekte İşlevsellik alt boyutu 1, 8, 17, 19, 23, 26, 29, 34, 36, 37, 38, 39, 41, 48, 49, 52 no'lu maddelerden, Karamsarlık alt boyutu 4, 5, 6, 12, 13, 25, 28, 31, 32, 33, 35, 42, 43, 47, 51 no'lu maddelerden, Aile Sorunları alt boyutu da 2, 11, 14, 15, 16, 18, 21 ve 24 no'lu maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri "doğru" ve "yanlış" olarak cevaplandırılmakta ve doğru işaretlemeler 1 puan, yanlış işaretlemeler ise 0 puan olarak hesaplanmaktadır. Ölçekte 8, 15, 17, 18, 19, 24, 26, 31, 34, 36, 38, 39, 41, 48, 52 no'lu maddeler ters puanlanmaktadır.

Ölçeğin iç tutarlılığının göstergesi olarak KR-20, Cronbach alfa ve iki yarım test güvenirlik katsayılarının birbirlerini destekleyen sonuçlar verdiği bulgulanmıştır. En yüksek güvenirlik katsayıları sırasıyla .92, .91 ve .89 ile ölçeğin tamamına aittir. Bunu, aynı sırayla .87, .89 ve .89 ile işlev yetersizliği .86, .86 ve .86 ile karamsarlık izlemektedir. Anne-baba ve aile sorunları ise .66, .55 ve .27 ile en düşük güvenirlik değerlerine sahiptir. Ölçeğin düzeltilmiş madde-alt test/toplam puan korelasyonları

işlev yetersizliği için .6279- .3665, karamsarlık için .6931- .2738, anne-baba ve aile sorunları için .3346 ile -.1222 arasındadır (EK 4).

Bu çalışmada hesaplanan Cronbach alfa katsayıları ASDÖ için .92, ASDÖ-İY için .87, ASDÖ-K için .88 ve ASDÖ-AS içinse .70'dir.

3.2.4. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Kısa Semptom Envanteri (KSE) İngilizce adıyla Brief Symtom Inventory, Symptom Check List-90 Revised (SCL-90-R) ile yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkan, SCL-90-R'nin kısa formudur. SCL-90-R'nin 9 faktörüne dağılmış olan 90 maddenin arasından, her faktörde en yüksek yükü almış toplam 53 madde seçilmiş ve 5-10 dakikada uygulanabilen, benzer yapıda kısa bir ölçek elde edilmiştir. KSE 0-4 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Her madde için "Hiç yok", "Biraz var", "orta derecede var", "epey var", "çok fazla var" seçeneklerinden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 212'dir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği bireyin semptomlarının sıklığını gösterir.

Aynen SCL-90-R'de olduğu gibi 9 alt ölçek, ek maddeler ve 3 global indeksden oluşur. Alt ölçekler ve global indekslerin içeriği şu şekildedir.

Somatizasyon (S): Somatizasyon bozukluğu yineleyici ve çok sayıda bedensel yakınmalarla karakterizedir (Kum, 2000). Bu boyut çeşitli bedensel işlevlere ilişkin zorlanmayı, göğüs ve kalp bölgesindeki ağrılar, baş ağısı, sızı, ağrı, rahatsızlık ve anksiyetenin ifadelerini belirten 7 maddeden oluşmaktadır.

Obsesif Kompülsif Bozukluk (OKB): Bu boyut kişilerde yaşanan egoya yabancı ve arzu edilmeyen sürekli impulslar ve davranışlar üzerine odaklanan 6 maddeden oluşmaktadır.

Kişilerarası Duyarlılık (KD): 4 maddeden oluşan bu ölçek, kişinin kendini diğerleriyle karşılaştırdığında, kişisel yetersizlik ve küçüklük duygularına kapılarak kişilerarası ilişkilerinde kendini küçük görmesi, rahatsızlık hissetmesi ve olumsuz beklentiler taşıması durumu üzerine odaklaşır.

Depresyon (D): Bu boyut; yaşam ilgisinin geri çekilmesi, motivasyon eksikliği ve vital enerjinin kaybı gibi semptomları içeren 6 maddeden oluşmaktadır. Ümitsizlik duyguları, intihar düşünceleri ve diğer bilişsel ve somatik belirtiler üzerinde odaklaşan bir boyuttur.

Anksiyete Bozukluğu (AB):Bu boyut klinik anksiyete tanımının içerdiği hiç dinlenememe, sinirlilik ve gerginlik gibi semptom ve davranışlar üzerine odaklaşan 6 maddeden oluşan bir boyuttur.

Hostilite (H): 5 Maddeden oluşmaktadır. Öfkenin olumsuz duygu durumunun özellikleri olan düşünce, duygu ve davranışlar üzerine odaklanır.

Fobik Anksiyete (FA): Belirli bir insana, yere, objeye veya duruma karşı ısrarlı bir korku tepkisi olarak tanımlanmaktadır. 5 maddeden oluşmaktadır.

Psikotizm (P): İnsan yaşantısının sürekli bir boyutu olarak "yapı" yı ortaya koymak için geliştirilmiştir. 5 maddeden oluşmaktadır. İçe kapanmayı, izole olmayı, şizoid hayat stilini belirten maddeler içerir.

Ek Maddeler (EK): 4 maddeden oluşan, uyku, iştah bozuklukları ve suçluluk duyguları ile ilgili belirtileri içeren bir boyuttur (Savaşır ve Şahin, 1997).

Somatizasyon (S) 2, 7, 23, 29, 30, 33, 37. maddeler, Obsesif-Kompülsif Bozukluk (OKB) 5, 15, 26, 27, 32, 36.maddeler, Kişiler Arası Duyarlılık (KD) 20, 21, 22 ve 42.maddeler, Depresyon (D) 9, 16, 17, 18, 35 ve 50.maddeler, Anksiyete Bozukluğu (AB) 1, 12, 19, 38, 45 ve 49. maddeler, Hostilite (H) 6, 13, 40, 41 ve 46.maddeler, Fobik Anksiyete (FA) 8, 28, 31, 43 ve 47.maddeler, Paranoid

Düşünceler (PD) 4, 10, 24, 48, ve 51. maddeler ve Psikotizm (P) 3, 14, 34, 44 ve 53.maddelerden oluşmaktadır. Ek maddeler (KSE-EK) ise 11, 25, 39 ve 52. numaralı maddelerdir. Global indeksler ise Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (KSE-RCİ): Alt ölçeklerinin toplamının 53'e bölünmesiyle elde edilir. Belirti Toplamı İndeksi: 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır. Semptom Rahatsızlık İndeksi ise alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesiyle elde edilir.

Ölçeğin iç tutarlık sınaması için, ayaktan tedavi görmekte olan 719 psikiyatrik, 626 erkek hipertansiyon hastası ve 25 hasta olmayan kişi ile yapılmış olan 3 farklı araştırmada, KSE'nin 9 alt ölçeği için elde edilen Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayılarının 0.71 ve 0.85 arasında değiştiği belirtilmektedir (Savaşır ve Şahin, 1997). Ölçek ile ilgili çok sayıda geçerlik çalışması yapılmış ve bu çalışmaların sonucunda KSE ve Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri'nin (MMPI) klinik ölçekleri, MMPI içerik ölçekleri ve küme ölçekleri arasındaki korelasyonların 0.30'un üzerinde bulunduğu ve bu korelasyonların SCL-90'dan elde edilen korelasyonlar ile bazı ölçeklerde tümüyle özdeş, diğerlerine ise çok yakın olduğu bildirilmiştir (Savaşır ve Şahin, 1997; Şahin, Batıgün ve Uğurtaş, 2000) (EK 5).

Bu çalışmada KSE'nin alt boyutları için elde edilen Cronbach alfa güvenirlik katsayıları şu şekildedir: KSE-S: .80, KSE-OKB:.82, KSE-ANK:.80, KSE-H:.73, KSE-FA:.63, KSE-PD:.73, KSE-P :.65, KSE-EK:.62 ve KSE-RCE:.96.

3.2.5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Orjinali Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilmiş olan Ways of Coping Inventory'nin 30 maddelik "Stres ile Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" (SBTÖ) ismiyle Türkçe Adaptasyonu Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır. Dörtlü Likert tipindeki SBTÖ'de alt ölçeklerden ayrı ayrı puanlar elde edilmiştir. Bu ölçek, 0-3 arasında değerlendirilir (0=%0, 1=%30, 2=%70, 3=%100). Puanlama yapılırken 1 ve 9. maddeler tersine puanlanmaktadır.

Şahin ve Durak tarafından yürütülen (1995) SBTÖ'nün güvenirlik ve geçerlik çalışmaları üç farklı aşamada tamamlanmıştır. Birinci çalışma, 545 üniversite öğrencisi üzerinde, ikinci çalışma 408 banka çalışanı üzerinde, üçüncü çalışma ise yaşları 14-45 arasında değişen 232 birey üzerinde uygulanmıştır. Bu çalışmaların sonucunda ölçeğin 5 faktörden oluştuğu belirtilmiştir. Bu faktörlerin Cronbach Alfa katsayıları .47 ile .80 arasında değişmektedir. Daha sonra, karşıt grup karşılaştırmalarını da içeren çalışmalar yapılmıştır. Böylelikle araştırmacılar, ölçeğin güvenirlilik ve geçerliliğinin yeterli düzeyde olduğunu saptamışlardır. Bu saptama sonucunda araştırmacılar, ölçeği stres ile başa çıkma tarzlarını ölçmek amacıyla kullanabilmektedir. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Ek 5'de verilmiştir.

Ölçek faktörleri ve faktörlere ilişkin açıklamalar şöyledir;

1. Kendine güvenli yaklaşım (SBTÖ-KG): Problemin öneminin farkına varmak, çözüm ve çözüm seçeneklerini değerlendirmek, çözüme yaklaşırken daha planlı ve dikkatli olmak, karşılaşılan problemi değiştirmeye yönelik bilinçli, mantıklı, aktif bir çaba göstermektir (8, 10, 14, 16, 20, 23, ve 26. maddeler). Bu alt testin bu çalışmadaki Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .85'dir.

2. Kendine güvensiz yaklaşım (SBTÖ-KGSZ): Her hangi bir problem veya olay karşısında problemi çözmek yerine kendini suçlama, güçsüz bulma ve kendini problemin kaynağı olarak görmektir (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27 ve 28. maddeler). Bu alt testin bu çalışmadaki Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .73'dür.

3. İyimser yaklaşım (SBTÖ-İY): Problemlere daha sakin bir tavır ile yaklaşıp sorun karşısında iyimser ve hoşgörülü olmak, sakin ve mantıklı bir değerlendirme yapmaktır (2, 4, 6, 12 ve 18. maddeler). Bu alt testin bu çalışmadaki Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .72'dir.

4. Boyun eğici/Çaresiz yaklaşım (SBTÖ-BE): Kendini çaresiz hissedip, olaylara daha gerçek dışı yaklaşmaktır. Doğaüstü güçlerde çözüm aramaktır (5, 13, 15, 17, 21 ve 24. maddeler). Bu alt testin bu çalışmadaki Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .63'dür.

5. Sosyal Destek Arama yaklaşımı (SBTÖ-SD): Sorunları diğer insanlarla paylaşmak ve sorunu çözümlemek için başkalarından yardım almaktır (1, 9, 29 ve 30. maddeler). Bu alt testin bu çalışmadaki Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .32'dir.

Bu araştırmada, yükselen puanların olumsuz başetme düzeyinin de daha yüksek olduğuna işaret ettiği iki alt test olan SBTÖ-KGSZ ve SBTÖ-BE alt testlerinin zihinsel sağlık ve stres düzeyi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Diğer alt test puanları analizlere dahil edilmemiştir.

3.3. Uygulama

Araştırma ile ilgili uygulamalar için araştırmacı tarafından İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğüne başvurulmuş ve uygulamalar Milli Eğitim Bakanlığına Bağlı Okul ve Kurumlarda Yapılacak Araştırma ve Araştırma Desteğine Yönelik İzin ve Uygulama Yönergesi doğrultusunda İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü izni ve İstanbul Valiliğinin onayı ile gerçekleştirilmiştir.

Ölçek uygulamaları örneklem grubunu oluşturan anne-babalara, başvurdukları Rehberlik ve Araştırma Merkezlerinde (RAM) ya da çocuklarının devam ettiği özel eğitim okulları ya da ilk-orta öğretim kurumlarında, araştırmacı tarafından veya daha önce araştırmacı tarafından uygulama hakkında kendilerine bilgi verilmiş ilgili RAM ya da okulda görevli rehber öğretmen/psikolojik danışmanlar veya özel eğitim öğretmenleri tarafından uygulanmıştır. Anne ya da babadan yalnızca birinin RAM'a ya da okula geldiği durumlarda ise ölçekler diğer ebeveyne iletilmek üzere katılımcıya verilmiştir. Anne-babaların evde doldurup

getirmeyi istediği durumlarda ise gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra ölçekler katılımcılara verilmiştir.

3.4. İstatistik

Ebeveynlerin zihinsel sağlık ve stres düzeylerinin çocuklarının tanı durumlarına göre değişip değişmediğini tespit etmek amacıyla parametrik olmayan Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Tanı durumunun ebeveynlerin zihinsel sağlık ve stres düzeyleri üzerindeki etkisinde ebeveyn cinsiyetinin rolünü tespit etmek amacı ile 2X4'lük desende iki yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Hücrelerde yer alan vaka sayıları eşit olmadığı için iki yönlü varyans analizinde Tip II modeli kullanılmıştır.

Tanı durumunun ebeveynlerin zihinsel sağlık ve stres düzeyleri üzerindeki etkisinde ebeveynlerin kişilik özellikleri ile başa çıkma tarzlarının rolünü tespit edebilmek amacıyla ise 4X4'lük desende Tip II modelinde 2 yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Bu amaçla, ebeveynlerin EKE-D, EKE-N, SBÇTÖ-KG ve SBÇTÖ-BE alt test puanları tüm katılımcıların bu alt testlerden almış oldukları ortalama puanlarının bir standart sapma altı ve bir standart sapma üstü olmak üzere 4 kategoriye ayrılmıştır. Bu kategoriler her bir alt test için "düşük", "orta", "yüksek" ve "çok yüksek" olarak isimlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Bu araştırmada çocukları otistik bozukluk (OB), zihinsel yetersizlik (ZY) veya down sendrom (DS) tanısı almış ebeveynler ile sağlıklı çocuklara (SK) sahip kontrol grubundaki ebeveynler olmak üzere toplam 382 ebeveynin temel olarak zihinsel sağlık ve stres düzeyleri karşılaştırılmıştır. Bununla birlikte bu dört farklı tanı durumunda yer alan ebeveynlerin zihinsel sağlık ve stres düzeylerinin ebeveynlerin cinsiyeti, kullandıkları başetme tarzları ve sahip oldukları kişilik özelliklerinden etkilenip etkilenmediği de ayrıca incelenmiştir.

Araştırmada zihinsel sağlığı değerlendirmek amacı ile ebeveynlerin Kısa Semptom Envanteri'nin (KSE) Somatizasyon (KSE-S), Obsesif Kompulsif Bozukluk (KSE-OKB), Anksiyete Bozukluğu (KSE-AB), Depresyon (KSE-D), Kişilerarası Duyarlılık (KSE-KD), Hostilite (KSE-H), Fobik Anksiyete (KSE-FA), Paranoid Düşünce (KSE-PD), Psikotizm (KSE-P), Ek Maddeler (KSE-EK) ve Rahatsızlık Ciddiyeti Endeksi (KSE-RCE) alt testlerinden almış oldukları puanlar hesaplanmıştır.

Ebeveynlerin stres düzeyi ise Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği'nin (ASDÖ) İşlevsel Yetersizlik (ASDÖ-İY), Karamsarlık (ASDÖ-K) ve Ana Baba ve Aile Sorunları (ASDÖ-AS) alt testleri ile ölçülmüştür.

Kişilik özellikleri Eysenck Kişilik Envanteri'nin (EKE) Dışa Dönüklük alt testi (EKE-D) ile Eysenck Kişilik Envanteri Nörotiklik (EKE-N) alt testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Ebeveynlerin başetme tarzları ile ilgili ölçümler ise Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin (SBTÖ) Kendine Güvensiz Başa Çıkma (SBTÖ-KGSZ) ve Boyun Eğici Başa Çıkma Tarzı (SBTÖ-BE) alt testleri ile elde edilmiştir.

3 farklı tanı kategorisi ile kontrol grubundaki toplam 382 ebeveynin bu testlerden almış oldukları puanlara ilişkin parametrik ölçümler Tablo 3 ve Tablo 4'te görülebilir.

Tablo 3: Araştırmada yer alan ebeveynlerin KSE alt test puanlarına ait ortalama, standart sapma ve medyan değerleri

	ÖLÇÜMLER										
	KSE-S	**KSE-OKB**	**KSE-AB**	**KSE-D**	**KSE-PD**	**KSE-H**	**KSE-FA**	**KSE-PD**	**KSE-P**	**KSE-EK**	**KSE-RCE**
X	3,60	4,87	3,36	3,92	2,82	3,21	1,55	4,56	2,07	2,51	,49
SS	4,20	4,37	3,75	4,39	2,74	3,13	2,34	3,84	2,64	2,75	,42
M	2,00	4,00	2,00	2,61	2,00	2,00	1,00	4,00	1,00	2,00	,36
N	382	382	382	382	382	382	382	382	382	382	382

Tablo 4: Araştırmada yer alan ebeveynlerin ASDÖ, EKE ve SBTÖ alt test puanlarına ait ortalama, standart sapma ve medyan değerleri

	ÖLÇÜMLER						
	ASDÖ-İY	**ASDÖ-K**	**ASDÖ-AS**	**EKE-D**	**EKE-N**	**SBTÖ-KGSZ**	**SBTÖ-BE**
X	3,78	6,41	1,54	12,19	9,66	8,99	5,78
SS	3,74	4,29	1,71	4,01	5,11	4,69	3,44
Medyan	2,20	6,00	1,00	13,00	9,00	8,76	5,00
N	382	382	382	382	382	382	382

EKE-D, EKE-N, SBTÖ-KGSZ ve SBTÖ-BE alt testleri ortalamanın bir standart sapma altı ve bir standart sapma üstü olmak üzere "düşük", "orta", yüksek" ve "çok yüksek" olarak isimlendirilen dört kategoriye ayrılmıştır. Bu alt test kategorilerine ait puan aralıkları ise Tablo 5'te görülebilir.

Tablo 5: Ortalamanın 1 SS altı ve 1 SS üstüne göre dört kategoriye ayrılmış olan EKE ve SBTÖ alt testlerine ait puan aralıkları.

	EKE-D	**EKE-N**	**SBTÖ-KGSZ**	**SBTÖ-BE**
Düşük	8,179 ve altı	4,549 ve altı	4,299 ve altı	2,339 ve altı
Orta	8,180-12,189	4,550-9,659	4,300-8,989	2,34-5,779
Yüksek	12,190-16,199	9,660-14,769	8,990-13,679	5,780-9,219
Çok Yüksek	16,200 ve üstü	14,770 ve üstü	13,680 ve üstü	9,220 ve üstü

Çocuklarının Tanı Durumuna Göre Ebeveynlerin Zihinsel Sağlık ve Stres Düzeyleri:

Araştırmanın 1. hipotezi doğrultusunda ebeveynlerin KSE'nin alt testleri ile ölçülen zihinsel sağlık düzeyleri ve ASDÖ'nün alt testleri ile değerlendirilen stres düzeylerinin çocuklarının tanı durumuna göre değişip değişmediğini tespit etmek amacıyla parametrik olmayan Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Bu testin sonucu, KSE-PD alt test puanları hariç (Tablo 6) tüm ölçümlerin tanı gruplarına göre farklılaştığını göstermiştir. Buna göre, hem KSE alt test puanları hem de ASDÖ alt test puanları açısından otistik bozukluk tanısı almış çocuğu olan ebeveynlerin puan ortalamaları hipotezlerde beklenen doğrultudadır. Bir başka deyişle, otistik bozukluk tanısı almış ebeveynlerin KSE alt test puanları diğer gruplardan yüksek iken, kontrol grubunun puanları en düşüktür (Tablo 6). Aynı şekilde, ASDÖ-İY, ASDÖ-K ve ASDÖ-AS alt test puanlarının da çocuğu otistik bozukluk tanısı almış olan ebeveynlerde diğer gruplardaki ebeveynlerden daha yüksek olduğu, kontrol grubundaki ebeveynlerin ise en düşük puanları elde ettiği görülmüştür (Tablo 7).

Tablo 6: Çocuklarının tanı durumuna göre ebeveynlerin KSE'nin alt testlerinden almış oldukları puanlara ait ortalama, standart sapma ve medyan değerleri.

		TANI GRUPLARI					
		OB[o] (n=84)	**ZY (n=82)**	**DS (n=79)**	**SK (n=137)**	**Test İstatistiği**	***p***
KSE-S	X	6,01	3,04	3,72	2,39		
	SS	5,21	3,47	4,32	3,10	$X^2(3)$=41,74***	,000
	M	4,50	2,00	2,00	1,00		
KSE-OKB	X	6,93	4,39	4,64	4,03		
	SS	4,90	4,83	3,84	3,61	$X^2(3)$=27,67***	,000
	M	5,50	2,73	3,28	3,00		
KSE-AB	X	5,29	3,10	2,90	2,59		
	SS	4,84	3,65	3,20	2,88	$X^2(3)$=24,93***	,000
	M	4,00	2,00	2,00	2,00		
KSE-D	X	6,30	3,95	3,18	2,86		
	SS	5,23	4,66	3,68	3,41	$X^2(3)$=41,82***	,000
	M	5,00	2,92	2,00	2,00		
KSE-KD	X	3,61	2,64	2,95	2,38		
	SS	3,24	2,61	2,54	2,49	$X^2(3)$=11,02*	,012
	M	3,00	2,00	2,00	2,00		
KSE-H	X	4,61	3,23	2,61	2,69		
	SS	3,49	3,76	2,49	2,50	$X^2(3)$=23,06***	,000
	M	4,00	2,00	2,00	2,00		
KSE-FA	X	2,48	1,48	1,35	1,15		
	SS	2,74	2,46	2,36	1,79	$X^2(3)$=18,44***	,000
	M	2,00	,00	,00	,67		
KSE-PD	X	5,36	4,28	4,31	4,39		
	SS	3,94	3,82	3,58	3,91	$X^2(3)$=5,88	.12
	M	4,00	3,00	3,55	4,00		
KSE-P	X	3,09	2,11	1,90	1,51		
	SS	3,26	2,44	2,67	2,12	$X^2(3)$=19,24***	,000
	M	2,00	1,00	1,00	1,00		
KSE-EK	X	3,31	2,31	2,38	2,23		
	SS	3,00	2,84	2,50	2,60	$X^2(3)$=12,34**	,006
	M	2,00	1,00	2,00	1,00		
KSE-RCE	X	,70	,45	,45	,40		
	SS	,49	,44	,37	,34	$X^2(3)$=29,72***	,000
	M	,56	,32	,32	,30		

**p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001*

[o]OB: Otistik Bozukluk, ZY:Zihinsel Yetersizlik, DS:Down Sendrom, SK:Sağlıklı Kontroller

Tablo 7: Çocuklarının tanı durumuna göre ebeveynlerin ASDÖ'nün alt testlerinden almış oldukları puanlara ait ortalama, standart sapma ve medyan değerleri.

		TANI GRUPLARI					
		OB[º] (n=84)	**ZY (n=82)**	**DS (n=79)**	**SK (n=137)**	**Test İstatistiği**	***p***
ASDÖ-İY	X	7,14	4,86	3,85	1,02		
	SS	3,64	3,86	2,95	1,39	$X^2(3)$=171,25*	,000
	M	7,00	4,00	3,46	1,00		
ASDÖ-K	X	10,18	8,02	6,90	2,84		
	SS	3,04	3,89	3,70	2,43	$X^2(3)$=175,95*	,000
	M	11,00	8,00	7,00	2,00		
ASDÖ-AS	X	2,76	1,54	1,23	,98		
	SS	1,98	1,59	1,41	1,37	$X^2(3)$=53,62*	,000
	M	3,00	1,00	1,00	,13		

*$p<0.001$
[º]OB: Otistik Bozukluk, ZY:Zihinsel Yetersizlik, DS:Down Sendrom, SK:Sağlıklı Kontroller

Bu bulgular ışığında, KSE-PD alt testine dair sonuçlar hariç, araştırmanın 1. hipotezinin desteklendiği görülmektedir. KSE-PD alt test puanları dört farklı tanı durumundaki katılımcıları birbirinden ayırt etmediği için, bu alt testten alınan puanlar bu aşamadan sonraki hiçbir analize dâhil edilmemiştir.

Çocuklarının Tanı Durumuna Göre Ebeveyn Cinsiyetinin Ebeveynlerin Zihinsel Sağlık ve Stres Düzeyleri Üzerindeki Etkisi:

Bu çalışmanın ikinci hipotezi doğrultusunda anne ve babaların, her dört tanı grubunda da, tanı grubundan bağımsız olarak, KSE ve ASDÖ alt test puanlarının birbirinden anlamlı derecede farklı olup olmadığı incelenmiştir. Bunun için 2 X 4 (Ebeveyn Cinsiyeti X Tanı Durumu) desenindeki iki yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Tanı durumu ile ebeveyn cinsiyetinin KSE ve ASDÖ'nün alt test puanları üzerindeki etkilerine dair ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 8'de, iki yönlü varyans analizi sonuçları ise Tablo 9'da verilmiştir.

Buna göre, KSE-S için hem tanı hem de ebeveyn cinsiyeti ana etkisi anlamlı, "ebeveyn cinsiyeti X tanı" ortak etkisi anlamsızdır (sırasıyla, $F(3,374)=14,5$, $p<0.001$; $F(1,374)=8,07$, $p=0.01$; $F(3,374)=0.74$, $p>0.05$).

KSE-OKB puanlarına bakıldığında da hem tanı hem de ebeveyn cinsiyeti ana etkisi anlamlı, "ebeveyn cinsiyeti X tanı" ortak etkisi anlamsızdır (sırasıyla, $F(3,374)=8,40$, $p<0.001$; $F(1,374)=5,10$, $p<0.05$; $F(3,374)=1.75$, $p>0.05$).

KSE-AB puanları açısından da hem tanı hem de ebeveyn cinsiyeti ana etkisi anlamlı, "ebeveyn cinsiyeti X tanı" ortak etkisi anlamsızdır (sırasıyla, $F(3,374)=9,92$, $p<0.001$; $F(1,374)=14,14$, $p<0.001$; $F(3,374)=0.98$, $p>0.05$).

KSE-D puanları üzerinde de hem tanı hem de ebeveyn cinsiyeti ana etkisi anlamlı, "ebeveyn cinsiyeti X tanı" ortak etkisi anlamsızdır (sırasıyla, $F(3,374)=11,30$, $p<0.001$; $F(1,374)=6,77$, $p<0.01$; $F(3,374)=0.46$, $p>0.05$).

KSE-KD puanları açısından da hem tanı hem de ebeveyn cinsiyeti ana etkisi anlamlı, "ebeveyn cinsiyeti X tanı" ortak etkisi anlamsızdır (sırasıyla, $F(3,374)=2,97$, $p<0.05$; $F(1,374)=4,95$, $p<0.05$; $F(3,374)=0.28$, $p>0.05$).

KSE-EK puanları değerlendirildiğinde ise, yine hem tanı hem de ebeveyn cinsiyeti ana etkisi anlamlı iken, "ebeveyn cinsiyeti X tanı" ortak etkisi anlamsızdır (sırasıyla, $F(3,374)=2.78$, $p<0.05$; $F(1,374)=6,69$, $p=0.01$; $F(3,374)=0.65$, $p>0.05$).

KSE-RCE puanları söz konusu olduğunda da, aynı şekilde hem tanı hem de ebeveyn cinsiyeti ana etkisi anlamlı, ancak "ebeveyn cinsiyeti X tanı" ortak etkisi anlamsızdır (sırasıyla, $F(3,374)=10.21$, $p<0.001$; $F(1,374)=4,73$, $p<0.05$; $F(3,374)=1.14$, $p>0.05$).

Özetle, Hipotez 2a'da beklenildiği gibi, hem KSE-S, KSE-OKB, KSE-AB, KSE-D, KSE-KD ve KSE-EK, hem de KSE-RCE puanları, tanı gruplarından bağımsız olarak, annelerde babalardan anlamlı derecede yüksektir (Tablo 8) (Tablo 9).

Öte yandan, KSE-H, KSE-FA, KSE-P puanları göz önüne alındığında, yalnızca tanı ana etkisi anlamlı iken, ne ebeveyn cinsiyeti ne de "ebeveyn cinsiyeti X tanı" ortak etkileri anlamlıdır (KSE-H için, sırasıyla, $F(3,374)=8,15$, $p<0.001$; $F(1,374)=0.75$, $p>0.05$; $F(3,374)=1.91$, $p>0.05$; KSE-FA için, sırasıyla, $F(3,374)=6.10$, $p<0.001$; $F(1,374)=0.57$, $p>0.05$; $F(3,374)=0.36$, $p>0.05$; KSE-P için, sırasıyla, $F(3,374)=6.47$, $p<0.001$; $F(1,374)=0.42$, $p>0.05$; $F(3,374)=0.57$, $p>0.05$). Bir başka deyişle, Hipotez 2a'da beklenenin aksine, KSE-H, KSE-FA ve KSE-P puanları açısından tüm gruplardaki anne ve babalar birbirinden farklılaşmamaktadır (Tablo 8) (Tablo 9).

ASDÖ-İY için bakıldığında, tanı ana etkisi anlamlı iken ($F(3,374)=80.95$, $p<0.001$), "ebeveyn cinsiyeti X tanı" ortak etkisi ve hipotezde beklenilenin aksine ebeveyn cinsiyeti ana etkisi anlamsızdır (sırasıyla, $F(3,374)=0.78$, $p>0.05$; $F(1,374)=0.32$, $p>0.05$). Buna göre ASDÖ-İY puanları hem anne hem de babalarda her 4 tanı grubu için de benzer gözükmektedir.

Aynı durum ASDÖ-K ve ASDÖ-AS puanları açısından da gözlenmiştir. Bir başka deyişle, her iki alt test açısından da bakıldığında, yalnızca tanı ana etkisi anlamlı olup, "ebeveyn cinsiyeti X tanı" ortak etkisi ve ebeveyn cinsiyeti ana etkileri anlamsızdır (ASDÖ-K için, sırasıyla, $F(3,374)=102.46$, $p<0.001$; $F(3,374)=0.24$, $p>0.05$; $F(1,374)=0.07$, $p>0.05$; ASDÖ-AS için, sırasıyla, $F(3,374)=25,26$, $p<0.001$; $F(3,374)=0.14$, $p>0.05$; $F(1,374)=0.00$, $p>0.05$).

ASDÖ'nün alt test puanlarına ilişkin bu bulgular açısından Hipotez 2b'nin desteklenmediği görülmektedir. Anne ve babaların ASDÖ-İY, ASDÖ-K ve ASDÖ-AS puanları her 4 tanı grubunda da birbirinden farklı değildir (Tablo 8) (Tablo 9).

Tablo 8: Tanı durumu ve ebeveyn cinsiyetinin KSÖ'nün ve ASDÖ'nün alt test puanları üzerindeki etkisine dair ortalama ve standart sapma değerleri.

		OB*		ZY		DS		SK	
		A** (n=57)	B*** (n=27)	A (n=45)	B (n=37)	A (n=45)	B (n=34)	A (n=84)	B (n=53)
KSE-S	X	6,28	5,47	4,01	1,86	4,36	2,87	2,62	2,02
	SS	5,71	3,98	3,94	2,33	4,59	3,83	3,31	2,72
KSE-OKB	X	7,28	6,20	5,58	2,93	5,06	4,08	4,00	4,07
	SS	5,14	4,36	5,67	3,04	4,09	3,45	3,91	3,11
KSE-AB	X	5,84	4,12	3,98	2,03	3,74	1,78	2,81	2,25
	SS	5,13	4,02	4,23	2,43	3,63	2,09	3,15	2,37
KSE-D	X	6,53	5,82	4,61	3,14	3,98	2,12	3,10	2,47
	SS	4,84	6,03	5,08	4,00	3,94	3,043	3,94	2,32
KSE-KD	X	3,82	3,18	3,00	2,20	3,33	2,44	2,48	2,22
	SS	2,93	3,85	2,73	2,41	2,38	2,68	2,67	2,19
KSE-H	X	4,47	4,91	3,98	2,33	2,66	2,53	2,65	2,75
	SS	3,48	3,56	4,47	2,40	2,24	2,82	2,57	2,41
KSE-FA	X	2,53	2,40	1,76	1,13	1,42	1,26	1,13	1,18
	SS	2,96	2,25	2,93	1,68	2,69	1,88	1,99	1,43
KSE-P	X	3,23	2,80	2,24	1,96	2,15	1,56	1,40	1,68
	SS	3,14	3,53	2,58	2,28	2,89	2,34	2,26	1,88
KSE-EK	X	3,50	2,93	2,90	1,58	2,80	1,82	2,35	2,03
	SS	3,26	2,38	3,25	2,08	2,93	1,68	2,83	2,19
KSE-RCE	X	,72	,65	,54	,34	,50	,38	,40	,39
	SS	,52	,42	,51	,30	,41	,30	,36	,30
ASDÖ-İY	X	6,81	7,84	5,03	4,66	3,79	3,94	1,00	1,04
	SS	3,51	3,86	4,14	3,54	2,95	2,99	1,30	1,53
ASDÖ-K	X	10,05	10,44	8,00	8,06	7,09	6,66	2,75	2,99
	SS	3,20	2,70	3,78	4,07	3,95	3,38	2,53	2,27
ASDÖ-AS	X	2,79	2,69	1,46	1,63	1,28	1,16	,97	,98
	SS	2,05	1,84	1,64	1,54	1,60	1,14	1,33	1,43

*OB: Otistik Bozukluk, ZY:Zihinsel Yetersizlik, DS:Down Sendrom, SK:Sağlıklı Kontroller
**A:Anneler, ***B:Babalar

Tablo 9: Tanı durumu ile ebeveyn cinsiyetinin KSE ve ASDÖ alt test puanları üzerindeki ana ve ortak etkilerine dair iki yönlü varyans analizi sonuçları

	ETKİLER		
	Tanı	**Ebeveyn Cinsiyeti**	**Tanı X Ebeveyn Cinsiyeti**
KSE-S	F(3,374)=14,50***	F(1,374)=8,07**	F(3,374)=,74
KSE-OKB	F(3,374)= 8,40***	F(1,374)= 5,10**	F(3,374)= 1,75
KSE-AB	F(3,374)= 9,92***	F(1,374)= 14,14***	F(3,374)= ,98
KSE-D	F(3,374)= 11,30***	F(1,374)= 6,77**	F(3,374)= ,,46
KSE-KD	F(3,374)= 2,97*	F(1,374)= 4,95*	F(3,374)= ,28
KSE-H	F(3,374)= 8,15***	F(1,374)= ,75	F(3,374)= 1,91
KSE-FA	F(3,374)= 6,10***	F(1,374)= ,57	F(3,374)= ,36
KSE-P	F(3,374)= 6,47***	F(1,374)= ,42	F(3,374)= ,57
KSE-EK	F(3,374)= 2,78*	F(1,374)= 6,69*	F(3,374)= ,65
KSE-RCE	F(3,374)= 10,21***	F(1,374)= 4,73*	F(3,374)= 1,14
ASDÖ-İY	F(3,374)= 80,95***	F(1,374)= ,32	F(3,374)= ,78
ASDÖ-K	F(3,374)= 102,46***	F(1,374)= ,07	F(3,374)= ,24
ASDÖ-AS	F(3,374)= 23,26***	F(1,374)= ,00	F(3,374)= ,14

**p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001*

Çocuklarının Tanı Durumuna Göre Ebeveynlerin Başa Çıkma Tarzlarının Ebeveynlerin Zihinsel Sağlık ve Stres Düzeyleri Üzerindeki Etkisi:

Araştırmanın üçüncü hipotezi doğrultusunda, tanı kategorilerinin KSE ve ASDÖ'nün alt test puanları üzerindeki etkisinin ortalama ve standart sapmaya göre "düşük", "orta", "yüksek" ve "çok yüksek" olmak üzere dört kategoriye ayrılmış olan SBTÖ-KGSZ ve SBTÖ-BE alt test puan kategorilerine göre değişip değişmediğini incelemek amacıyla Tanı X SBTÖ kategorileri deseninde 4 X 4 iki yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

Tanı durumu ile SBTÖ-KGSZ kategorilerinin KSE'nin alt test puanları üzerindeki etkilerine dair ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 10'da, ASDÖ'nün alt test puanları üzerindeki etkilerine ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 11'de ve iki yönlü varyans analizi sonuçları ise Tablo 12'de görülebilir.

Tablo 10: Tanı durumu ve SBTÖ-KGSZ kategorilerinin KSÖ'nün alt test puanları üzerindeki etkisine dair ortalama ve standart sapma değerleri.

			KSE-S	KSE-OKB	KSE-AB	KSE-D	KSE-KD	KSE-H	KSE-FA	KSE-P	KSE-EK	KSE-RCE	N
OB[o]	**1***	**X**	3,54	4,50	1,94	2,92	1,38	3,32	1,38	1,08	1,88	,40	13
		SS	3,02	4,40	1,93	2,53	1,66	2,98	2,43	1,93	2,81	,32	
	2	**X**	5,43	4,68	4,13	5,17	2,58	3,61	1,83	2,53	2,90	,56	23
		SS	4,64	3,45	4,75	5,23	2,82	3,27	2,69	2,84	2,83	,46	
	3	**X**	6,13	7,69	6,09	7,42	4,00	4,62	2,69	3,43	3,65	,76	34
		SS	5,35	4,49	4,95	5,09	2,86	3,10	2,43	3,13	3,25	,47	
	4	**X**	8,97	11,06	8,36	8,58	6,43	7,41	4,07	5,04	4,50	1,06	14
		SS	6,30	5,44	4,53	5,84	3,82	3,90	3,24	4,11	2,41	,476	
ZY	**1**	**X**	1,33	1,33	,75	1,35	,75	,42	,75	,75	,75	,14	12
		SS	1,78	,98	1,76	1,56	1,14	,67	1,76	1,36	1,29	,15	
	2	**X**	1,94	2,28	1,72	1,55	1,48	1,65	,85	1,15	1,30	,26	25
		SS	2,38	2,72	1,97	1,78	1,42	1,63	1,60	1,56	1,69	,24	
	3	**X**	4,03	5,34	3,90	5,03	3,55	4,76	1,99	2,43	2,78	,56	29
		SS	3,67	4,33	3,65	4,62	2,64	4,45	3,04	2,62	2,65	,42	
	4	**X**	4,22	8,24	5,56	7,69	4,22	5,06	2,06	4,05	4,19	,79	16
		SS	4,54	6,78	4,83	6,18	3,19	3,99	2,64	2,62	4,12	,56	
DS	**1**	**X**	2,53	2,95	1,40	1,27	1,93	1,40	,80	1,33	1,07	,28	15
		SS	3,58	2,58	1,92	2,02	1,94	1,24	1,61	1,76	1,58	,24	
	2	**X**	2,75	4,10	2,33	2,12	2,31	1,84	1,06	1,75	1,94	,36	32
		SS	3,73	3,96	2,67	2,71	1,89	1,68	2,44	2,84	1,72	,31	
	3	**X**	4,73	5,37	4,03	5,94	3,31	4,03	1,00	2,33	3,60	,58	13
		SS	4,92	3,44	3,27	4,93	2,46	2,57	,82	3,20	2,76	,38	
	4	**X**	5,59	6,37	4,22	4,58	4,58	3,87	2,53	2,30	3,32	,66	19
		SS	4,84	4,17	4,08	3,74	3,20	3,31	3,10	2,67	3,35	,42	
SK	**1**	**X**	1,17	1,75	,97	,58	,91	1,35	,45	,53	,62	,17	29
		SS	1,58	1,65	1,43	,82	1,35	1,61	,98	,99	,86	,16	
	2	**X**	1,97	3,35	1,54	1,84	1,73	1,93	,75	1,00	1,74	,29	44
		SS	3,13	2,51	1,55	1,67	1,84	1,88	1,20	1,57	1,97	,22	
	3	**X**	2,72	4,88	3,33	3,95	2,92	3,31	1,49	1,67	2,65	,4745	41
		SS	2,91	4,36	3,34	4,03	2,45	2,43	1,92	1,99	2,51	,33	
	4	**X**	4,13	6,70	5,35	5,73	4,52	4,72	2,17	3,41	4,44	,74	23
		SS	4,00	3,71	3,01	4,02	3,09	3,04	2,60	2,96	3,51	,391	

*1: Düşük, 2: Orta, 3:Yüksek, 4: Çok Yüksek
[o]OB: Otistik Bozukluk, ZY:Zihinsel Yetersizlik, DS:Down Sendrom, SK:Sağlıklı Kontroller

Tablo 11: Tanı durumu ve SBTÖ-KGSZ kategorilerinin ASDÖ'nün alt test puanları üzerindeki etkisine dair ortalama ve standart sapma değerleri.

			ASDÖ-İY	ASDÖ-K	ASDÖ-AS	N
OBº	**1***	**X**	5,14	7,50	1,89	13
		SS	3,26	2,51	2,18	
	2	**X**	6,76	9,25	2,14	23
		SS	3,30	3,57	1,54	
	3	**X**	7,89	11,05	3,06	34
		SS	3,78	2,12	1,86	
	4	**X**	7,81	12,08	3,83	14
		SS	3,70	2,33	2,18	
ZY	**1**	**X**	4,38	4,83	,58	12
		SS	3,72	2,76	1,24	
	2	**X**	4,85	6,57	1,08	25
		SS	4,28	3,42	1,27	
	3	**X**	4,90	9,32	2,04	29
		SS	3,99	3,52	1,54	
	4	**X**	5,19	10,33	2,06	16
		SS	3,31	3,73	1,91	
DS	**1**	**X**	3,20	3,18	,67	15
		SS	2,92	2,43	1,17	
	2	**X**	3,76	5,76	,82	32
		SS	2,93	2,68	,81	
	3	**X**	3,22	9,84	2,16	13
		SS	2,094	2,76	1,57	
	4	**X**	4,95	9,77	1,70	19
		SS	3,38	2,89	1,84	
SK	**1**	**X**	,42	1,87	,29	29
		SS	,82	2,25	,58	
	2	**X**	,98	2,32	,92	44
		SS	1,35	1,92	1,26	
	3	**X**	1,20	3,58	1,22	41
		SS	1,34	2,51	1,38	
	4	**X**	1,51	3,77	1,49	23
		SS	1,85	2,76	1,88	

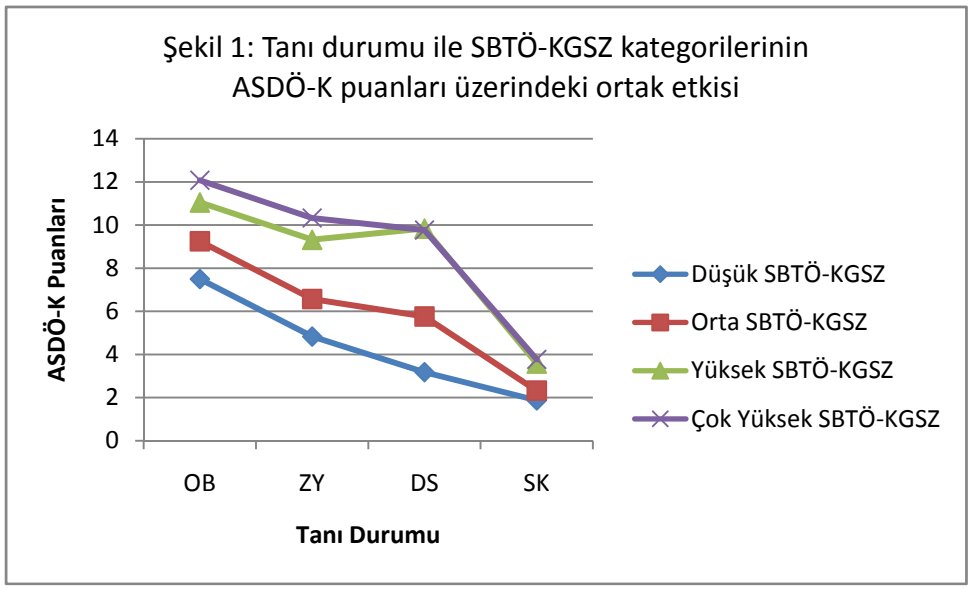
*1: Düşük, 2: Orta, 3:Yüksek, 4: Çok Yüksek
ºOB: Otistik Bozukluk, ZY:Zihinsel Yetersizlik, DS:Down Sendrom, SK:Sağlıklı Kontroller

Tablo 12: Tanı durumu ile SBTÖ-KGSZ kategorilerinin KSE ve ASDÖ alt test puanları üzerindeki ana ve ortak etkilerine dair iki yönlü varyans analizi sonuçları

	ETKİLER		
	Tanı	**SBTÖ-KGSZ Kategorileri**	**Tanı X SBTÖ-KGSZ Kategorileri**
KSE-S	F(3,366)= 14,93***	F(3,366)= 11,68***	F(9,366)=,49
KSE-OKB	F(3,366)= 9,29***	F(3,366)= 28,95***	F(9,366)=1,06
KSE-AB	F(3,366)= 10,67***	F(3,366)= 27,86***	F(9,366)=,72
KSE-D	F(3,366)= 10,22***	F(3,366)= 30,51***	F(9,366)=,97
KSE-KD	F(3,366)= 3,74*	F(3,366)= 32,64***	F(9,366)=,67
KSE-H	F(3,366)= 7,88***	F(3,366)= 27,51***	F(9,366)=1,38
KSE-FA	F(3,366)= 5,83**	F(3,366)= 10,64***	F(9,366)=,42
KSE-P	F(3,366)= 6,34***	F(3,366)= 16,99***	F(9,366)=1,08
KSE-EK	F(3,366)= 2,91*	F(3,366)= 21,20***	F(9,366)=,57
KSE-RCE	F(3,366)= 11,48***	F(3,366)= 36,68***	F(9,366)=,54
ASDÖ-İY	F(3,366)= 79,01***	F(3,366)= 3,46*	F(9,366)=,64
ASDÖ-K	F(3,366)= 127,78***	F(3,366)= 39,95***	F(9,366)=2,84**
ASDÖ-AS	F(3,366)= 22,61***	F(3,366)= 14,53***	F(9,366)=,76

**p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001*

Buna göre, SBTÖ-KGSZ alt test kategorileri açısından yalnızca ASDÖ-K puanları söz konusu olduğunda Tanı X SBTÖ-KGSZ kategorileri ortak etkisi anlamlı çıkmıştır (F(9,366)=2.84, p<0.01) (Tablo 11) (Tablo 12). Bu durumda, Şekil 1'de de görülebileceği gibi, düşük ve orta başetme kategorilerinde otistik bozukluk grubundaki ebeveynlerin ASDÖ-K puanları, Hipotez 3a'daki beklentiler doğrultusunda, diğer tanı durumundaki ebeveynlerin puanlarından yüksek görünürken, bu fark, Hipotez 3a'da beklenenin aksine, SBTÖ-KGSZ'nin çok yüksek ve özellikle yüksek kategorilerinde belirginliğini kaybetmektedir. Yüksek kendine güvensiz başetme kategorisinde, OB, ZY ve DS gruplarının ASDÖ-K puanları birbirine çok yakın görünmektedir (Şekil 1).



Öte yandan, SBTÖ-KGSZ kategorileri açısından KSE'nin tüm alt testleri (Tablo 10) ve ASDÖ'nün diğer alt test puanlarına (Tablo 11) bakıldığında ise, hepsinde hem grup hem de kategori ana etkileri anlamlı iken, hiçbirinde Tanı X SBTÖ-KGSZ kategorileri ortak etkisi anlamlı çıkmamıştır (Tablo 12). Bu durumda, ASDÖ'nün diğer alt testleri ve KSE'nin tüm alt testlerinde bulgular Hipotez 3a doğrultusundadır; Tanı X SBTÖ-KGSZ ortak etkisi anlamsızdır. Bir başka deyişle, her dört kendine güvensiz başetme kategorisinde de OB grubundaki ebeveynlerin puanları diğer gruptakilerden yüksektir.

SBTÖ-BE kategorileri için de aynı etkiler araştırılmıştır. Tanı ve SBTÖ-BE kategorilerine göre KSE alt test puan ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 13'de, ASDÖ alt test ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 14'de ve ilgili iki yönlü varyans analizi sonuçları ise Tablo 15'de verilmiştir.

Tablo 13: Tanı durumu ve SBTÖ-BE kategorilerinin KSÖ'nün alt test puanları üzerindeki etkisine dair ortalama ve standart sapma değerleri.

			KSE-S	KSE-OKB	KSE-AB	KSE-D	KSE-KD	KSE-H	KSE-FA	KSE-P	KSE-EK	KSE-RCE	N
OBº	**1***	**X**	3,11	5,39	2,71	4,38	2,15	4,15	1,62	1,23	1,69	,44	13
		SS	2,22	3,95	1,96	2,90	2,38	3,29	2,29	1,79	2,36	,27	
	2	**X**	6,39	6,00	4,53	5,44	3,02	4,40	2,77	2,75	2,84	,66	28
		SS	5,19	4,41	4,29	4,81	2,34	3,47	3,30	2,78	2,93	,49	
	3	**X**	5,98	8,48	6,48	7,74	4,61	4,57	2,55	3,74	4,41	,81	31
		SS	4,53	5,52	5,64	6,19	4,01	3,85	2,62	3,82	3,10	,52	
	4	**X**	8,36	6,77	6,77	6,67	3,99	5,68	2,58	4,21	3,33	,81	12
		SS	7,81	4,66	4,99	4,85	3,09	2,93	2,11	3,30	2,74	,49	
ZY	**1**	**X**	1,39	2,25	,81	1,42	1,09	1,81	,31	,81	,69	,21	16
		SS	1,46	1,61	1,11	2,19	1,37	1,90	,70	,91	1,08	,14	
	2	**X**	3,33	3,98	3,55	3,00	1,91	2,92	1,59	2,13	2,38	,44	22
		SS	3,59	4,07	3,62	3,32	2,16	4,46	2,32	2,27	2,82	,44	
	3	**X**	2,98	4,18	2,96	3,66	3,07	3,27	1,56	1,70	2,29	,43	30
		SS	3,12	4,87	3,39	3,63	2,30	2,99	2,12	1,70	2,98	,40	
	4	**X**	4,57	7,92	5,29	8,93	4,64	5,29	2,43	4,46	4,07	,77	14
		SS	4,88	6,59	4,78	6,79	3,50	4,94	3,94	3,60	3,12	,55	
DS	**1**	**X**	4,62	5,25	3,00	4,88	2,75	2,50	1,88	3,12	2,88	,52	8
		SS	6,52	5,97	3,85	6,56	3,24	3,38	2,59	4,29	3,14	,55	
	2	**X**	3,80	3,06	2,48	2,31	2,52	2,35	,61	,79	1,81	,34	23
		SS	4,25	2,29	2,43	3,01	2,09	2,50	,94	,79	1,39	,26	
	3	**X**	3,96	4,50	2,19	2,61	3,07	2,56	1,18	1,68	2,48	,44	28
		SS	4,57	3,75	3,00	3,11	2,87	2,40	2,33	2,20	3,05	,39	
	4	**X**	2,91	6,39	4,32	4,30	3,35	3,01	2,25	2,98	2,68	,56	20
		SS	3,03	3,86	3,72	3,40	2,32	2,36	3,18	3,37	2,45	,35	
SK	**1**	**X**	2,24	3,54	1,92	1,94	1,70	2,31	,85	1,53	1,59	,35	32
		SS	3,02	3,29	2,32	2,17	2,10	1,96	1,44	1,85	1,88	,31	
	2	**X**	1,72	2,70	1,46	1,82	1,50	1,75	,57	,73	1,36	,25	53
		SS	2,52	2,29	1,54	2,24	1,60	1,91	,82	1,29	1,66	,20	
	3	**X**	3,27	5,27	3,97	3,94	3,50	3,66	1,87	2,00	2,99	,54	40
		SS	3,82	3,38	3,38	3,53	2,71	2,79	2,51	2,32	2,91	,35	
	4	**X**	2,83	7,08	4,83	6,25	4,33	4,61	2,08	3,25	5,21	,70	12
		SS	2,48	6,36	3,95	6,15	3,52	3,11	1,93	3,41	3,69	,46	

*1: Düşük, 2: Orta, 3:Yüksek, 4: Çok Yüksek
ºOB: Otistik Bozukluk, ZY:Zihinsel Yetersizlik, DS:Down Sendrom, SK:Sağlıklı Kontroller

Tablo 14: Tanı durumu ve SBTÖ-BE kategorilerinin ASDÖ'nün alt test puanları üzerindeki etkisine dair ortalama ve standart sapma değerleri.

			ASDÖ-İY	ASDÖ-K	ASDÖ-AS	N
OBº	**1***	**X**	6,46	9,02	1,86	13
		SS	3,46	2,40	2,06	
	2	**X**	6,34	9,74	2,55	28
		SS	3,18	3,20	1,98	
	3	**X**	7,04	10,55	2,96	31
		SS	3,89	3,37	2,00	
	4	**X**	10,00	11,48	3,66	12
		SS	3,10	1,64	1,48	
ZY	**1**	**X**	4,20	6,00	1,19	16
		SS	3,73	3,14	1,47	
	2	**X**	4,40	7,65	1,09	22
		SS	3,81	3,93	1,30	
	3	**X**	5,33	8,72	2,22	30
		SS	4,54	3,90	1,70	
	4	**X**	5,34	9,43	1,18	14
		SS	2,39	3,94	1,54	
DS	**1**	**X**	3,55	5,34	1,12	8
		SS	3,84	3,77	1,36	
	2	**X**	3,46	6,21	,88	23
		SS	2,42	3,13	1,09	
	3	**X**	3,43	7,38	1,24	28
		SS	2,71	4,05	1,25	
	4	**X**	5,01	7,67	1,64	20
		SS	3,34	3,69	1,90	
SK	**1**	**X**	,80	2,50	,54	32
		SS	1,38	2,17	,96	
	2	**X**	,87	2,29	,94	53
		SS	1,23	2,06	1,42	
	3	**X**	1,21	3,53	1,28	40
		SS	1,63	2,94	1,55	
	4	**X**	1,63	3,91	1,25	12
		SS	1,06	2,03	1,22	

*1: Düşük, 2: Orta, 3:Yüksek, 4: Çok Yüksek
ºOB: Otistik Bozukluk, ZY:Zihinsel Yetersizlik, DS:Down Sendrom, SK:Sağlıklı Kontroller

Tablo 15: Tanı durumu ile SBTÖ-BE kategorilerinin KSE ve ASDÖ alt test puanları üzerindeki ana ve ortak etkilerine dair iki yönlü varyans analizi sonuçları

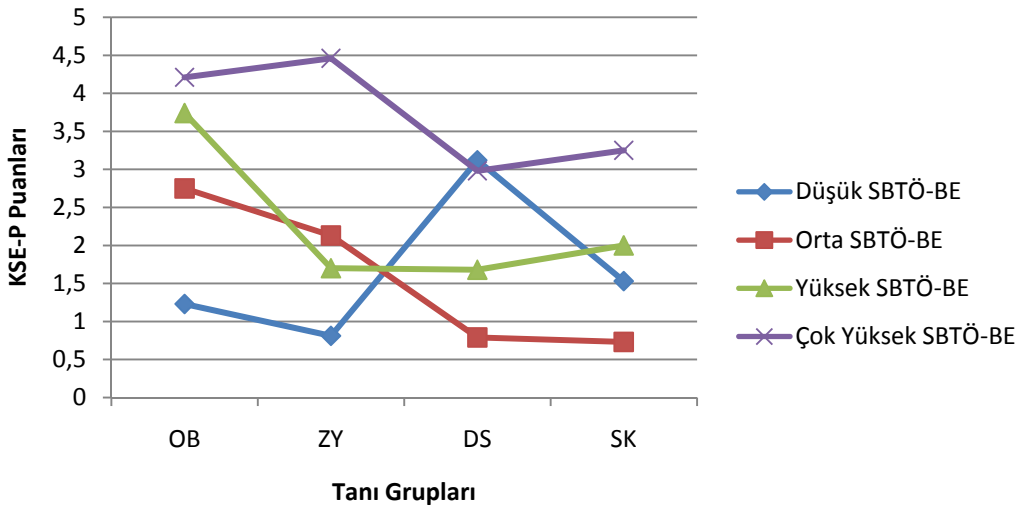
	ETKİLER		
	Tanı	**SBTÖ-BE Kategorileri**	**Tanı X SBTÖ-BE Kategorileri**
KSE-S	F(3,366)=14,35***	F(3,366)=2,14	F(9,366)=1,71
KSE-OKB	F(3,366)=9,02***	F(3,366)=11,07***	F(9,366)=1,56
KSE-AB	F(3,366)=11,11***	F(3,366)=11,56***	F(9,366)=1,83
KSE-D	F(3,366)=6,87***	F(3,366)=10,62***	F(9,366)=2,56**
KSE-KD	F(3,366)=1,32	F(3,366)=11,63***	F(9,366)=1,12
KSE-H	F(3,366)=8,69***	F(3,366)=6,46***	F(9,366)=,98
KSE-FA	F(3,366)=6,12***	F(3,366)=4,69**	F(9,366)=1,31
KSE-P	F(3,366)=6,64***	F(3,366)=11,70***	F(9,366)=2,18*
KSE-EK	F(3,366)=3,36*	F(3,366)=10,86***	F(9,366)=2,32*
KSE-RCE	F(3,366)=11,02***	F(3,366)=11,54***	F(9,366)=1,79
ASDÖ-İY	F(3,366)=78,13***	F(3,366)=5,00**	F(9,366)=,85
ASDÖ-K	F(3,366)=97,77***	F(3,366)=7,68***	F(9,366)=,37
ASDÖ-AS	F(3,366)=23,07***	F(3,366)=5,37**	F(9,366)=1,09

**p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001*

Sonuçlar Hipotez 3b'de beklenenin aksine, KSE-P, KSE-EK ve KSE-D puanları açısından Tanı X SBTÖ-BE kategorileri ortak etkisinin anlamlı olduğunu göstermiştir (sırasıyla, $F(9,366)=2.18$, $p<0.05$; $F(9,366)=2.32$, $p<0.05$; $F(9,366)=2.56$, $p<0.01$) (Tablo 13) (Tablo 15).

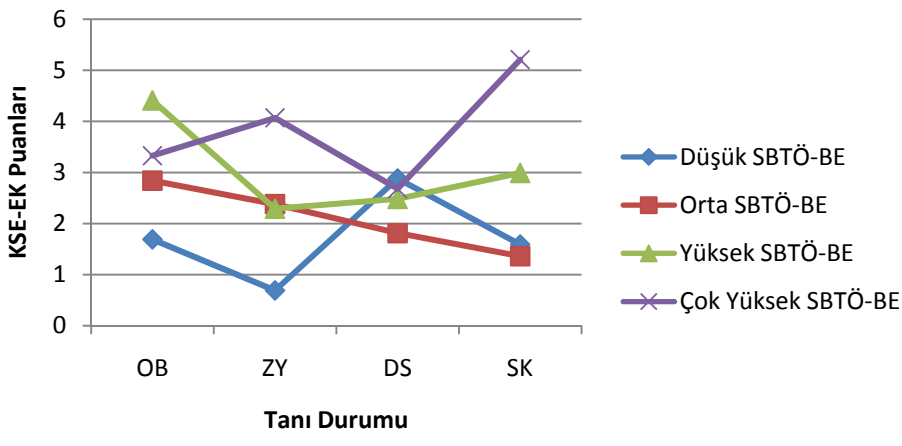
Şekil 2'de de görülebileceği gibi, Hipotez 3b'de beklenilenin aksine, her dört boyuneğici başetme kategorisinde de OB grubundaki ebeveynlerin KSE-P puanları diğer gruptakilerden yüksek değildir. Düşük başetme düzeyinde DS grubundaki katılımcılar en yüksek puanı almıştır. Çok Yüksek boyuneğici başetme kategorisinde ise ZY grubundaki ebeveynler ile OB grubundaki ebeveynlerin puanları birbirine çok yakın olup DS ve SK grubundakilerden yüksektir. Spesifik olarak DS grubuna bakıldığında ise, diğer üç tanı durumundaki ebeveynlerden farklı olarak, KSE-P ve SBTÖ-BE düzeyleri arasında doğrusal değil, eğrisel bir ilişki olduğu göze çarpmaktadır. Bu grupta, SBTÖ-BE'nin hem çok yüksek hem de düşük kategorilerinde yer alanların KSE-P puanları, diğer kategoridekilerden yüksektir.

Şekil 2: Tanı Grubu ile SBTÖ-BE kategorilerinin KSE-P puanları üzerindeki ortak etkisi



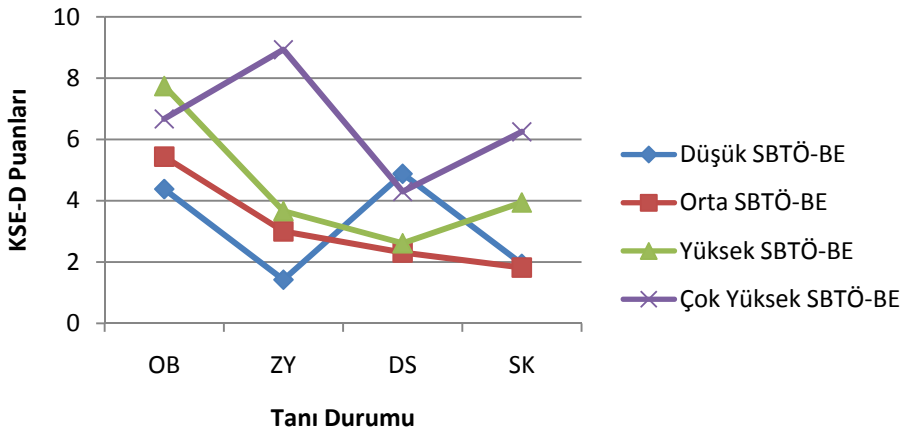
KSE-EK puanları açısından değerlendirildiğinde ise (Şekil 3), tanı durumunun KSE-EK puanları üzerindeki etkisi, hipotez 3b'de beklenenin aksine, SBTÖ-BE kategorilerine göre değişiyor görünmektedir. Düşük başetme düzeyinde KSE-EK puanları DS grubunda en yüksek iken, çok yüksek boyuneğici başetme düzeyinde ise KSE-EK puanları SK grubunda diğer gruptakilerden daha yüksektir.

Şekil 3: Tanı durumu ve SBTÖ-BE kategorilerinin KSE-EK puanları üzerindeki ortak etkisi



KSE-D puanları üzerindeki anlamlı ortak etki incelendiğinde de (Şekil 4), Hipotez 3b'ye göre, yine her dört boyun eğici başetme kategorisinde de OB grubundakilerin diğer tanı durumundakilerden yüksek puan alması beklenirken, sonuçlar bu yönde değildir. Düşük başetme kategorisinde DS grubunun puanları OB grubu ile benzer düzeyde iken, çok yüksek başetme kategorisinde ise en yüksek KSE-D puanları ZY grubundaki ebeveynlerde gözlenmiştir. Spesifik olarak DS grubunda ise, SBTÖ-BE ile bu defa KSE-D arasında yine eğrisel bir ilişki göze çarpmaktadır.

Şekil 4: Tamı durumu ve SBTÖ-BE kategorilerinin KSE-D puanları üzerindeki ostak etkisi



Bu alt testler haricinde KSE (Tablo 13) ve ASDÖ'nün (Tablo 14) tüm diğer alt test puanları açısından hem tanı hem de SBTÖ-BE kategorileri ana etkileri anlamlıdır. Yani, SBTÖ-BE'nin her kategorisinde OB grubundaki ebeveynlerin KSE ve ASDÖ alt test puanları diğer gruplardaki ebeveynlerden, hipotez 3b'de beklenildiği doğrultuda, yüksektir; bir başka deyişler, tanı durumu X SBTÖ-BE ortak etkilerinin hiçbiri anlamlı değildir (Tablo 15).

Çocuklarının Tanı Durumuna Göre Ebeveynlerin Kişilik Özelliklerinin Ebeveynlerin Zihinsel Sağlık ve Stres Düzeyleri Üzerindeki Etkisi:

Tanı durumunun KSE ile ASDÖ'nün alt test puanları üzerindeki etkisinin ortalama ve standart sapmaya göre dört kategoriye ayrılmış olan EKE'nin alt test puan kategorilerine göre değişip değişmediğini incelemek amacıyla Tanı X EKE kategorileri deseninde 4 X 4 iki yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

Tanı durumu ve EKE-D kategorilerine göre KSE alt test puan ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 16'de, ASDÖ alt test ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 17'de ve ilgili iki yönlü varyans analizi sonuçları ise Tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 16: Tanı durumu ve EKE-D kategorilerinin KSÖ'nün alt test puanları üzerindeki etkisine dair ortalama ve standart sapma değerleri.

			KSE-S	KSE-OKB	KSE-AB	KSE-D	KSE-KD	KSE-H	KSE-FA	KSE-P	KSE-EK	KSE-RCE	N
OBº	**1***	**X**	7,06	8,49	6,60	7,52	4,02	5,06	3,29	4,13	4,12	,83	23
		SS	6,84	4,83	5,17	5,67	3,34	4,28	2,72	3,53	3,45	,53	
	2	**X**	5,95	6,55	5,80	7,71	4,18	4,12	2,41	3,37	3,29	,73	24
		SS	5,63	4,73	5,64	6,22	4,06	3,64	3,07	3,94	3,24	,57	
	3	**X**	5,49	7,14	4,65	5,06	3,45	5,37	2,28	2,37	2,96	,66	26
		SS	3,72	5,18	4,02	3,47	2,72	2,80	2,42	2,32	2,24	,38	
	4	**X**	5,18	4,00	2,93	3,64	1,91	2,93	1,45	2,00	2,50	,47	11
		SS	3,28	3,77	3,29	4,13	1,38	2,26	2,66	2,49	3,09	,376	
ZY	**1**	**X**	3,03	4,62	3,64	5,35	2,94	4,29	2,13	2,61	2,74	,51	17
		SS	3,54	5,60	3,86	6,25	3,44	5,25	3,65	3,42	2,82	,52	
	2	**X**	2,74	4,97	2,66	3,64	2,62	3,14	1,79	1,76	2,37	,44	21
		SS	3,34	4,04	2,80	2,93	2,04	3,21	2,20	1,90	2,52	,38	
	3	**X**	3,59	4,85	3,51	4,18	2,76	3,09	1,29	2,44	2,29	,50	34
		SS	3,80	5,33	4,34	5,02	2,62	3,54	2,10	2,35	3,34	,47	
	4	**X**	1,80	1,20	1,70	1,40	1,75	2,12	,30	,90	1,50	,23	10
		SS	2,25	,92	1,83	1,65	2,18	2,32	,95	1,37	1,58	,22	
DS	**1**	**X**	3,46	6,00	4,40	5,38	4,23	2,43	2,54	3,74	3,31	,58	13
		SS	3,38	4,76	3,74	4,54	2,83	2,18	3,48	4,00	2,63	,38	
	2	**X**	4,50	4,72	2,46	2,96	3,17	3,10	,96	1,66	1,99	,45	24
		SS	4,87	3,64	2,62	3,83	1,88	2,67	1,04	2,51	2,06	,33	
	3	**X**	2,95	4,18	2,59	3,01	2,65	2,18	1,38	1,75	2,42	,40	26
		SS	3,67	3,29	3,07	2,98	2,91	2,55	2,09	2,40	2,19	,32	
	4	**X**	4,00	4,14	2,83	2,00	2,06	2,71	1,06	1,00	2,12	,42	16
		SS	5,19	4,24	3,64	3,29	2,24	2,44	2,98	1,03	3,38	,47	
SK	**1**	**X**	3,86	3,89	2,79	3,43	2,29	2,64	1,50	1,75	2,00	,44	14
		SS	3,35	2,92	2,61	2,24	2,49	1,78	1,56	1,40	1,80	,24	
	2	**X**	2,83	5,36	3,76	4,20	3,48	3,04	2,03	2,00	3,01	,51	35
		SS	3,35	4,37	3,60	4,77	2,87	2,93	2,58	2,67	3,38	,40	
	3	**X**	2,06	3,77	2,18	2,46	1,91	2,70	,82	1,43	2,08	,37	68
		SS	3,18	3,57	2,71	2,98	2,37	2,57	1,37	2,11	2,52	,35	
	4	**X**	1,70	2,70	1,85	1,45	2,12	2,06	,45	,72	1,50	,27	20
		SS	1,66	1,73	1,35	1,23	1,61	1,85	,60	1,04	1,19	,12	

*1: Düşük, 2: Orta, 3:Yüksek, 4: Çok Yüksek
ºOB: Otistik Bozukluk, ZY:Zihinsel Yetersizlik, DS:Down Sendrom, SK:Sağlıklı Kontroller

Tablo 17: Tanı durumu ve EKE-D kategorilerinin ASDÖ'nün alt test puanları üzerindeki etkisine dair ortalama ve standart sapma değerleri.

			ASDÖ-İY	ASDÖ-K	ASDÖ-AS	N
OBº	**1***	**X**	7,63	10,88	3,28	23
		SS	3,30	2,49	1,81	
	2	**X**	8,46	10,27	2,18	24
		SS	4,09	3,11	2,03	
	3	**X**	6,21	10,01	3,08	26
		SS	3,19	2,85	2,10	
	4	**X**	5,44	8,90	2,15	11
		SS	3,45	4,15	1,61	
ZY	**1**	**X**	5,67	9,47	1,93	17
		SS	4,69	3,79	1,79	
	2	**X**	4,51	7,57	1,49	21
		SS	3,71	3,36	1,61	
	3	**X**	5,08	8,18	1,41	34
		SS	3,49	4,14	1,47	
	4	**X**	3,50	6,00	1,40	10
		SS	4,01	3,74	1,71	
DS	**1**	**X**	4,43	8,23	1,79	13
		SS	2,08	2,95	1,90	
	2	**X**	4,69	7,68	1,55	24
		SS	3,84	3,51	1,50	
	3	**X**	3,24	6,83	,97	26
		SS	2,63	3,76	1,24	
	4	**X**	3,12	4,79	,69	16
		SS	2,25	3,81	,79	
SK	**1**	**X**	1,04	2,59	1,74	14
		SS	1,36	2,00	1,93	
	2	**X**	1,44	3,57	1,10	35
		SS	1,57	2,80	1,18	
	3	**X**	,913	2,58	,82	68
		SS	1,41	2,37	1,36	
	4	**X**	,61	2,65	,75	20
		SS	,75	2,08	1,07	

*1: Düşük, 2: Orta, 3:Yüksek, 4: Çok Yüksek
ºOB: Otistik Bozukluk, ZY:Zihinsel Yetersizlik, DS:Down Sendrom, SK:Sağlıklı Kontroller

Tablo 18: Tanı durumu ile EKE-D kategorilerinin KSE ve ASDÖ alt test puanları üzerindeki ana ve ortak etkilerine dair iki yönlü varyans analizi sonuçları

	ETKİLER		
	Tanı	**EKE-D Kategorileri**	**Tanı X EKE-D Kategorileri**
KSE-S	F(3,366)=13,30***	F(3,366)=1,23	F(9,366)=,66
KSE-OKB	F(3,366)=7,81***	F(3,366)=4,68**	F(9,366)=1,03
KSE-AB	F(3,366)=8,90***	F(3,366)=3,51*	F(9,366)=1,07
KSE-D	F(3,366)=8,94***	F(3,366)=7,30***	F(9,366)=,90
KSE-KD	F(3,366)=2,18	F(3,366)=4,07**	F(9,366)=,86
KSE-H	F(3,366)=7,43***	F(3,366)=1,45	F(9,366)=,87
KSE-FA	F(3,366)=4,72**	F(3,366)=5,53**	F(9,366)=,81
KSE-P	F(3,366)=5,03**	F(3,366)=5,67**	F(9,366)=,84
KSE-EK	F(3,366)=2,47	F(3,366)=2,10	F(9,366)=,58
KSE-RCE	F(3,366)=9,07***	F(3,366)=3,98**	F(9,366)=,64
ASDÖ-İY	F(3,366)=75,94***	F(3,366)=4,34**	F(9,366)=1,00
ASDÖ-K	F(3,366)=97,76***	F(3,366)=5,15**	F(9,366)=1,04
ASDÖ-AS	F(3,366)=20,42***	F(3,366)=4,12**	F(9,366)=,86

**p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001*

EKE-D puan kategorileri değerlendirildiğinde, KSE-KD ve KSE-EK hariç, tüm alt test puanlarında tanı ana etkisi anlamlı iken, yalnızca KSE-OKB, KSE-AB, KSE-D, KSE-KD, KSE-FA, KSE-P, KSE-RCE, ASDÖ-İY, ASDÖ-K ve ASDÖ-AS açısından EKE-D-kategorileri ana etkileri anlamlıdır. Ancak, KSE (Tablo 16) ve ASDÖ (Tablo 17) alt test puan ortalamaları açısından hiçbir ortak etki anlamlı çıkmamıştır (Tablo 18). Bir başka deyişle, EKE-D'nin her kategorisinde, Hipotez 4a'da beklendiği üzere, OB grubunun KSE ve ASDÖ alt test puanları diğer tanı durumundaki ebeveynlerden yüksektir.

Öte yandan, KSE-S, KSE-H ve KSE-EK alt testleri için ise EKE-D kategorileri ana etkileri de anlamsız çıkmıştır (Tablo 18). Ebeveynlerin bu alt testlerden almış oldukları puanlar EKE-D kategorilerine göre farklılaşmamaktadır.

Tanı durumu ve bu defa EKE-N kategorilerine göre KSE alt test puan ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 19'da, ASDÖ alt test ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 20'de ve ilgili iki yönlü varyans analizi sonuçları ise Tablo 21'de verilmiştir.

Tablo 19: Tanı durumu ve EKE-N kategorilerinin KSE'nin alt test puanları üzerindeki etkisine dair ortalama ve standart sapma değerleri.

			KSE-S	KSE-OKB	KSE-AB	KSE-D	KSE-KD	KSE-H	KSE-FA	KSE-P	KSE-EK	KSE-RCE	N
OBº	**1***	**X**	3,22	3,00	1,11	1,89	1,83	2,07	,50	,78	1,56	,27	9
		SS	2,05	1,94	1,05	1,45	1,28	1,67	1,04	1,09	1,59	,15	
	2	**X**	3,21	4,44	2,42	3,46	1,46	2,70	1,42	1,50	1,81	,40	24
		SS	2,55	2,93	2,32	2,06	1,47	2,36	2,04	1,82	1,71	,23	
	3	**X**	4,85	6,54	4,97	6,00	3,47	4,46	2,39	2,55	2,67	,64	25
		SS	3,76	4,24	3,29	3,79	2,48	3,01	2,57	2,19	2,52	,345	
	4	**X**	10,68	10,98	9,68	10,75	6,35	7,39	4,24	5,87	5,92	1,18	26
		SS	5,90	4,98	5,28	6,08	3,61	3,44	2,95	3,82	3,10	,46	
ZY	**1**	**X**	,87	1,36	,73	1,01	,53	,80	,20	,13	,33	,11	15
		SS	1,68	1,56	1,44	1,57	,64	1,26	,56	,352	,617	,13	
	2	**X**	1,86	2,16	1,59	1,86	1,95	1,88	,72	1,25	1,26	,27	32
		SS	2,01	2,16	1,68	1,74	2,13	1,70	1,23	1,29	1,45	,179	
	3	**X**	4,22	4,95	3,61	4,95	2,90	3,30	1,90	2,84	2,79	,54	20
		SS	3,46	3,43	3,10	3,32	1,65	3,29	2,12	2,25	2,62	,32	
	4	**X**	6,14	11,40	7,99	9,99	5,87	8,47	3,80	4,97	5,87	1,06	15
		SS	4,59	5,67	4,31	6,46	2,85	4,36	4,00	2,90	3,44	,51	
DS	**1**	**X**	1,38	2,23	,87	,69	1,69	1,08	,46	,92	1,08	,20	13
		SS	3,84	2,32	1,22	1,03	1,65	1,26	,78	1,66	1,12	,22	
	2	**X**	2,46	3,58	1,19	1,27	1,58	1,85	,38	1,05	1,44	,29	26
		SS	3,24	2,90	1,22	1,61	1,21	1,49	,75	1,72	1,47	,20	
	3	**X**	4,01	4,96	3,29	3,27	3,70	2,19	1,48	1,86	2,28	,46	23
		SS	4,02	3,72	3,12	2,83	2,96	1,53	2,61	2,56	1,84	,28	
	4	**X**	7,03	7,65	6,53	7,88	5,00	5,50	3,35	3,99	4,93	,88	17
		SS	4,74	4,39	3,26	3,95	2,32	3,21	3,18	3,52	3,45	,40	
SK	**1**	**X**	,76	1,97	,60	,82	1,13	1,19	,50	,44	,56	,16	34
		SS	1,13	1,99	,98	1,09	1,45	1,20	,96	,90	1,05	,15	
	2	**X**	1,87	3,69	1,89	2,03	1,92	2,02	,62	,95	1,58	,30	48
		SS	2,68	2,88	1,96	2,02	1,72	2,15	,96	1,40	1,74	,24	
	3	**X**	3,51	4,65	3,09	3,54	2,68	3,39	1,51	2,28	3,08	,51	37
		SS	3,53	3,85	2,32	3,13	2,69	2,20	1,72	2,52	2,34	,308	
	4	**X**	4,56	7,56	7,22	7,48	5,37	5,85	3,00	3,42	5,36	,84	18
		SS	3,81	4,41	3,14	4,97	2,94	2,62	3,09	2,64	3,61	,35	

*1: Düşük, 2: Orta, 3:Yüksek, 4: Çok Yüksek

ºOB: Otistik Bozukluk, ZY:Zihinsel Yetersizlik, DS:Down Sendrom, SK:Sağlıklı Kontroller

Tablo 20: Tanı durumu ve EKE-N kategorilerinin ASDÖ'nün alt test puanları üzerindeki etkisine dair ortalama ve standart sapma değerleri.

			ASDÖ-İY	ASDÖ-K	ASDÖ-AS	N
OBº	**1***	**X**	5,72	7,84	2,00	9
		SS	3,88	3,03	1,80	
	2	**X**	6,81	8,58	2,06	24
		SS	3,19	2,86	1,99	
	3	**X**	6,63	9,82	2,71	25
		SS	3,93	2,59	2,00	
	4	**X**	8,43	12,81	3,71	26
		SS	3,48	1,39	1,67	
ZY	**1**	**X**	5,01	5,73	1,30	15
		SS	4,88	3,37	1,41	
	2	**X**	3,99	6,90	1,17	32
		SS	3,42	3,84	1,44	
	3	**X**	5,30	9,72	1,74	20
		SS	4,19	3,12	1,78	
	4	**X**	6,00	10,46	2,30	15
		SS	3,05	3,38	1,63	
DS	**1**	**X**	3,84	4,36	,85	13
		SS	2,92	3,08	,80	
	2	**X**	3,31	5,82	1,17	26
		SS	2,88	3,56	1,48	
	3	**X**	4,06	7,65	1,23	23
		SS	2,86	3,40	1,40	
	4	**X**	4,40	9,51	1,60	17
		SS	3,30	2,93	1,70	
SK	**1**	**X**	,60	1,28	,48	34
		SS	,89	1,69	,86	
	2	**X**	,75	2,50	,75	48
		SS	1,17	1,86	1,18	
	3	**X**	1,32	3,66	1,11	37
		SS	1,55	2,00	1,31	
	4	**X**	1,90	5,05	2,22	18
		SS	1,84	3,44	1,93	

*1: Düşük, 2: Orta, 3:Yüksek, 4: Çok Yüksek
ºOB: Otistik Bozukluk, ZY:Zihinsel Yetersizlik, DS:Down Sendrom, SK:Sağlıklı Kontroller

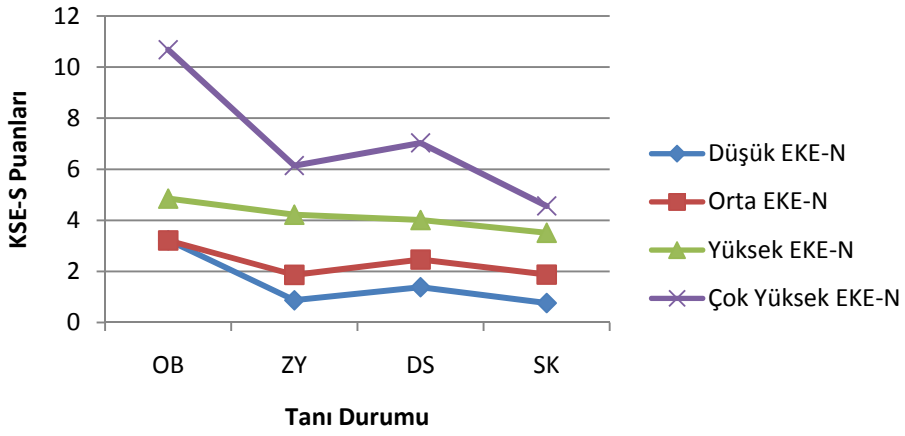
Tablo 21: Tanı durumu ile EKE-N kategorilerinin KSE ve ASDÖ alt test puanları üzerindeki ana ve ortak etkilerine dair iki yönlü varyans analizi sonuçları

	ETKİLER		
	Tanı	**EKE-N Kategorileri**	**Tanı X EKE-N Kategorileri**
KSE-S	F(3,366)=10,08***	F(3,366)=41,90***	F(9,366)=1,92*
KSE-OKB	F(3,366)=4,72**	F(3,366)=60,63***	F(9,366)=2,03*
KSE-AB	F(3,366)=6,75***	F(3,366)=102,44***	F(9,366)=,84
KSE-D	F(3,366)=7,90***	F(3,366)=87,83***	F(9,366)=,68
KSE-KD	F(3,366)=,84	F(3,366)=58,60***	F(9,366)=1,12
KSE-H	F(3,366)=5,64**	F(3,366)=76,37***	F(9,366)=1,59
KSE-FA	F(3,366)=3,04*	F(3,366)=36,76***	F(9,366)=,30
KSE-P	F(3,366)=3,06*	F(3,366)=50,66***	F(9,366)=1,23
KSE-EK	F(3,366)=,79	F(3,366)=69,07***	F(9,366)=,59
KSE-RCE	F(3,366)=6,51***	F(3,366)=111,10***	F(9,366)=1,07
ASDÖ-İY	F(3,366)=73,63***	F(3,366)=4,74**	F(9,366)=,51
ASDÖ-K	F(3,366)=106,85***	F(3,366)=40,46***	F(9,366)=,79
ASDÖ-AS	F(3,366)=18,91***	F(3,366)=12,61***	F(9,366)=,60

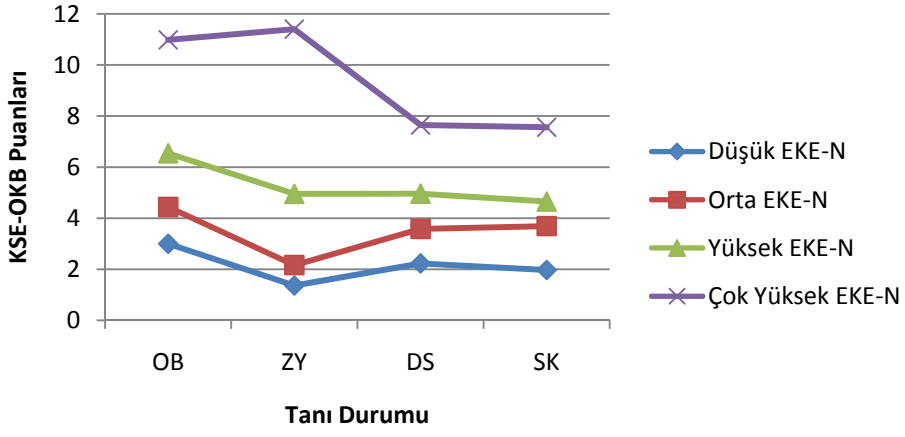
*$p<0.05$, **$p<0.01$, ***$p<0.001$*

Bu bulgular ışığında EKE-N puan kategorileri ele alındığında ise, Hipotez 4b'nin aksine, KSE-S ve KSE-OKB puanları açısından Tanı X EKE-N kategorileri ortak etkilerinin anlamlı olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, $F(9,366)=1.92$, $p<0.05$; $F(9,366)=2.03$, $p<0.05$) (Tablo 19) (Tablo 21). Buna göre, EKE-N'nin yalnızca çok yüksek kategorisi için OB grubundaki ebeveynlerin KSE-S puanları diğer gruptakilerden yüksektir. EKE-N'nin diğer kategorileri için tanı grupları arasındaki farklar ortadan kayboluyor görünmektedir (Şekil 5). KSE-OKB puanları söz konusu olduğunda da, çok yüksek EKE-N kategorisi hariç, diğer tüm kişilik kategorilerinde yine tanı grupları arasında fark belirginlikten uzaktır. Çok yüksek EKE-N kategorisinde ise hem OB hem de ZY grubundaki ebeveynlerin KSE-OKB puanları birbirine yakın olup, DS ve SK grubundakilerden yüksek seyretmektedir (Şekil 6).

Şekil 5: Tanı durumu ile EKE-N kategorilerinin KSE-S puanları üzerindeki ortak etkisi



Şekil 6: Tanı durumu ile EKE-N kategorilerinin KSE-OKB puanları üzerindeki ortak etkisi



Bunun yanı sıra, EKE-N'nin "çok yüksek" puan kategorisinde yer alanların KSE (Tablo 19) ve ASDÖ'nün (Tablo 20) alt testlerine ait puan ortalamaları diğer üç nörotiklik puan kategorilerinde bulunanlardan anlamlı derecede yüksektir. Bir başka deyişle, EKE-N kategorileri ana etkisi tüm alt test puan ortalamaları için de anlamlıdır (Tablo 21).

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu araştırmada çocukları otistik bozukluk, zihinsel yetersizlik veya down sendromu tanısı almış ebeveynler ile sağlıklı çocuklara sahip kontrol grubundaki ebeveynler olmak üzere toplam 382 ebeveynin temel olarak zihinsel sağlık ve stres düzeyleri karşılaştırılmış, aynı zamanda bu dört farklı tanı durumunda yer alan ebeveynlerin zihinsel sağlık ve stres düzeylerinin ebeveynlerin cinsiyeti, sahip oldukları kişilik özellikleri ile başetme tarzlarından nasıl etkilendiği de ayrıca incelenmiştir.

Çalışmanın birinci hipotezini destekler doğrultuda, ebeveynlerin, paranoid düşünce sıklıkları hariç, stres düzeyleri ile zihinsel sağlık düzeylerinin tanı durumundan etkilendiği görülmüştür. Otistik bozukluk tanısı almış olan çocuğu bulunan ebeveynlerin Kısa Semptom Envanteri'nin ve Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği'nin tüm alt testlerinden almış oldukları puanların zihinsel yetersizliği veya down sendromu bulunan çocuğa sahip ebeveynlerin ve herhangi bir tanısı bulunmayan sağlıklı çocuğa sahip ebeveynlerin puanlarından yüksek olduğu bulgulanmıştır.

Literatürdeki pek çok çalışma bu bulguları desteklemektedir (Holroyd ve McArthur 1976; Gupta, 2007; Lewis v.d.; 2006; Olsson ve Hwang, 2002; Pisula, 2007; Stoneman, 2007; Yamada v.d, 2007; Yurdakul v.d., 2000; Weiss, 2002). Bu çalışmalarda otistik bozukluk tanısı almış çocuğu olan annelerin zihinsel yetersizlik , down sendrom tanısı almış çocuğu olan annelere göre daha fazla stres yaşadıklarını bulgulamıştır. Otistik bozukluk tanısı almış çocuğu olan annelerin çocuklarının bağımlılığı ile ilgili daha fazla endişe ve ümitsizlik yaşamakta oldukları, çocuklarında davranış kontrolü ile ilgili ihtiyaçları daha fazla hissettikleri ve sağlanabilecek destek mekanizmalarından yararlanma noktasında daha fazla talepleri olduğu bulunmuştur.

Akkök, Aşkar ve Karancı'nın (1992) çalışmasında çocuğun aldığı tanının stres üzerinde etkisi olduğu bulunmuştur. Eğitilebilir düzey zihinsel yetersizlik tanısı almış çocukların annelerine göre otistik çocuk annelerinin daha fazla stres yaşadığı tespit edilmiştir.

Weiss'in (2002) 40 zihinsel yetersizlik, 40 otistik bozukluk tanısı almış çocukların ve 40 normal gelişen çocukların anneleriyle gerçekleştirdiği çalışmasında da çocuğu otistik bozukluk tanısı almış annelerin çocuğu normal gelişen ve çocuğu zihinsel yetersizlik tanısı almış annelere göre daha yüksek depresyon, anksiyete, somatik şikayetler, duygusal tükenmişlik ve depersonalizasyon puanları aldıkları bulunmuştur.

Pisula'nın çalışmasında (2007) down sendrom tanısı almış çocukların anneleri ile otistik bozukluk tanısı almış olan çocukların anneleri stres düzeyi açısından karşılaştırılmış ve aşırı koruma/bağımlılık, sosyal desteğin olmayışı, aile fırsatlarının sınırlılığı, fiziksel yetersizlik, indeks vakanın etkinliklerinin olmayışı, sosyal olarak engellenme, güç kişilik özellikleri alt ölçeklerinde otistik bozukluk tanısı almış çocuğu olan anneler daha yüksek puanlar almışlardır.

Öte yandan, Uğuz v.d. (2004) otistik bozukluk, zihinsel yetersizlik, serebral palsi tanısı almış çocukların annelerinin stres ve depresyon puanlarını çocuğu sağlıklı gelişen kontrol grubu anneleriyle karşılaştırdıkları çalışmalarında, dört grup arasında depresyon puanları ve stres puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamış ancak tanı grupları birlikte değerlendirildiğinde, annelerin stres ve depresyon puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yazarlar tanı grupları arası farkları ortaya koyabilmek için babaların da dahil edileceği daha geniş katılımlı çalışmalara ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda, Uğuz ve arkadaşlarının (2004) önerileri doğrultusunda, yukarıda tartışılan çalışmalardan farklı olarak babalar da gruplararası karşılaştırmalara dahil edilmiştir.

Sonuç olarak, bu araştırmanın literatürle uyumlu sayılabilecek ilk önemli ve beklenen bulgusu, otistik bozukluk tanısı almış çocukların anne ve babalarının,

zihinsel yetersizlik ve down sendromu tanısı almış anne babalardan ve kontrol grubu anne babalarından daha fazla stres yaşadıkları ve zihinsel sağlıklarının daha olumsuz biçimde etkilendiğidir. Bunun sebebleri arasında otistik bozukluğun tanılanmasına kadar, iki-üç yıl gibi görece sorunsuz geçen bir dönemin ardından tanının konmasının şok edici etkisi, tanılanma sürecinin içerdiği, diğer tanı gruplarına göre, belirsizlikler, çocuğun bağımlılık düzeyi ve davranış problemleri gösterilmektedir (Lecavalier, Leone ve Wiltz, 2006; Pisula, 2006; Seltzer, Abbeduto, Krauss, Greenberg ve Swe, 2004). Otistik bozuklukta görülen sosyal ilişkideki ve bu ilişkinin karşılıklığındaki problemler, sözel ve sözel olmayan iletişimdeki güçlükler, bakım sürecini diğer bozukluk türlerinden tanı almış çocuğu olan ebeveynlere göre daha stresli hale getirmektedir. Otistik bozukluk tanısı almış çocuğu olan anne babalar için otistik bozukluk anlaşılması zor bir durum olarak görülmekte ve diğer engel türlerinin tahmin edilebilir seyrine göre bakım sürecine adapte olmak çok daha zor olmaktadır (Bromley, Hare, Davison ve Emerson, 2004; Siklos ve Kerns, 2006).

Araştırmada annelerin zihinsel sağlık ve stres düzeylerinin babalardan daha yüksek olacağına dair ikinci hipotezde öne sürülen beklenti ise zihinsel sağlık düzeyleri açısından kısmen desteklenmekle birlikte, stres düzeyleri açısından doğrulanamamıştır. Hangi tanı durumunda olduklarından bağımsız olarak annelerin Kısa Semptom Envanteri ile ölçülmüş olan somatizasyon, obsesif-kompulsif eğilim, anksiyete ve depresyon düzeyleri, kişilerarası duyarlılık, uyku, iştah bozuklukları, suçluluk duyguları ile ilgili belirtileri ölçen ek maddeler ve genel olarak psikolojik rahatsızlık ciddiyeti açısından babalardan daha kötü durumda oldukları gözlenmiştir. Ancak anneler ve babalar arasında yine Kısa Semptom Envanteri ile değerlendirilen düşmanlık düşünceleri (hostilite), spesifik olarak fobik anksiyete ve psikotiklik düzeyleri ile Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği ile ölçülen çocuklarının işlevsel yetersizliğine dair algıları, çocuğun şimdi ve gelecekteki durumuna ilişkin karamsar duygu ve düşünceleri ya da kendileri, diğer aile üyeleri veya tüm aileye ilişkin algıladıkları problemler açısından fark bulunmamaktadır.

Engelli çocuğun bakım süreci içinde daha fazla sorumluluk alan annelerin, çocuklarının aldığı tanı ve tanı sonucu çocuğun ortaya çıkan bağımlılık düzeyine

paralel biçimde, giderek çevreyle daha az ilişki kurması ve sosyal hayattan izole olması durumu ortaya çıkmaktadır. Yine bu durum da diğer aile üyelerine ve sosyal çevreye karşı yabancılaşma ile sonuçlanmakta, zihinsel sağlık durumlarını olumsuz etkilemektedir. Ülkemizde kadınların özellikle düşük sosyo ekonomik katmanlarda, evde sürekli zaman geçiren kişi olarak algılanması, engelli bir çocuğun varlığı halinde, baba tarafından annenin, çocuğun bakımından sürekli sorumlu tutulması sonucunu doğurmaktadır. Birçok çalışmada gelişimsel bozukluğu ya da engeli olan çocuğa sahip ailelerde annelerin durumdan daha olumsuz biçimde etkilendiği bulunmuştur (Sharpley, Bitsika ve Efremidis, 1997; Gray,2003; Bailey v.d. 2007; Stoneman, 2007; Tehee, Honan ve Hevey, 2009). Bu çalışmada da literatürdeki verilerle uyumlu biçimde annelerin Kısa Semptom Envanteri'nin alt testleri ile ölçülen belirtileri babalardan daha fazla gösterdikleri bulunmuştur. Anlamlı bir fark bulunmayan hostilite, fobik anksiyete ve psikotiklik alttestlerinin ölçtükleri belirti türlerinin, daha spesifik bozukluklar ile ilgili olması durumunun anne ve babalar arasında benzer bir farkın gözlenememiş olmasında rolü olduğu düşünülebilir.

Öte yandan, stres puanları açısından da yukarıda da bahsedildiği gibi, annelerin babalardan daha yüksek puanlar alması beklenmekte idi. Nitekim annelerin, yukarıda ifade edilen birincil bakımveren kişi olarak yaşantıladığı zorluklar, sürekli çocukla birlikte olmak zorunluluğu ve bu durumun destek alma imkanlarını kısıtlayan kısır döngüsü sebebiyle daha fazla stres yaşantıladığı çeşitli araştırmalarda bulgulanmıştır (Kazak, 1987, Shin v.d., 2006). Ancak bu araştırmada öne sürülen annelerin stres düzeylerinin babaların stres düzeyinden daha yüksek olacağı hipotezi doğrulanamamıştır. Bu bulguya paralel olarak anne babaların stres düzeyinde herhangi bir fark bulunmayan araştırmalar da mevcuttur (Davis ve Carter, 2008; Holroyd, 1988; Kaner 2004). Genel olarak araştırmalar göstermektedir ki strese yol açan hayat olayları kadınlarda erkeklere göre daha fazla psikolojik sıkıntı ve depresyon meydana getirmekte ve bu yolla kadınların stres düzeyi artmakta, erkekler ise daha ağırlıklı olarak iş ortamı ve ailenin geçimini sağlama gibi konularda daha fazla stres belirtisi göstermektedirler (Gray, 2003). Engeli ya da gelişimsel bozukluğu olan çocuğa sahip anne ve babaların durumdan etkilenme düzeyi de genel olarak bu noktalar üzerinde şekilleniyor olabilir. Bu noktada, Aile Stresini

Değerlendirme Ölçeği'nin araştırmamızda yer alan anne ve babaların yaşadıkları bu farklı stres alanlarını ayırt edemediği ve bu yüzden iki grup arasında stres düzeyleri açısından fark bulunamadığı ileri sürülebilir.

Genel olarak literatüre bakıldığında, kişilik özellikleri ile başetme tarzlarının zihinsel sağlık ve stres düzeyleri üzerinde anlamlı etkisi olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (Glidden, Billings ve Jobe, 2006; Paster, Brandwein ve Walsh, 2009; Yurdakul v.d., 2000). Bu çalışmanın bu değişkenler ile ilgili bulguları bu genel beklentiyi çoğu durumda desteklemekle birlikte, bu çalışmada kişilik özellikleri ya da başetme tarzlarının ana etkilerinden ziyade, tanı durumu ile ortak etkileri sorgulanmakta ve bu ortak etkilerin anlamlı olmaması beklenmektedir. Bir başka deyişle, başetme düzeyi ya da kişilik özelliği ne olursa olsun, otistik bozukluk tanısı almış çocuğu olan ebeveynlerin zihinsel sağlık ve stres düzeylerinin diğer tanı durumundaki ebeveynlerden kötü olması beklenmektedir. Bu yöndeki beklentiler hem başetme hem de kişilik kategorileri açısından genel olarak Kısa Semptom Envanteri ve Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği'nin pek çok alt testi için karşılanmaktadır. Bu bulgu ile paralel şekilde, değişik tanı gruplarından tanı almış çocuğu olan annelerin otistik bozukluk tanısı almış çocuğu olan annelerle iyi oluş hali ve stres düzeyleri açısından karşılaştırıldığı bazı çalışmalarda, başetmenin tampon etkisinin görülmediği bulgulanmıştır (Lewis, v.d., 2006; Abbeduto v.d., 2004). Bu durumun, otistik bozukluk ve fragile X gibi tanılarda, çocuklarda gözlenen öngörülemez davranış problemlerinin sonucu olarak ortaya çıkan ve kontrol edilemeyen stres koşulları altında, başetme stratejilerinin etkinliğini yitirmesi biçiminde açıklanabileceği ifade edilmiştir (Smith, Seltzer, Tager-Flusberg, Greenberg ve Carter, 2008). Lewis v.d. (2006) yaptıkları araştırmada otistik bozukluk, down sendromu ve fragile X sendromu tanısı almış çocuğu olan anne babaları stres ve iyi oluş hali değişkenleri açısından karşılaştırmıştır. Fragile X ve otistik bozukluk tanısı almış çocukların annelerinin down sendromu tanısı almış annelere göre ailede daha fazla stres yaşadıkları ve daha düşük iyi olma hali içinde oldukları, daha çok çatışma algıladıkları ve çocuklarının geleceği ile ilgili daha karamsar oldukları bulgulanmıştır. Araştırmada üç gruptaki anneler kullandıkları

olumlu ve olumsuz başetme yöntemleri açısından herhangi bir farklılık göstermemişlerdir. Yani başetme düzeyleri kontrol edildiği halde otistik bozukluk grubundaki ebeveynler incelenen değişkenler açısından daha kötü durumdadırlar (Lewis, v.d., 2006).

Abbeduto v.d de (2004) otistik bozukluk, down sendromu ve fragile X tanısı almış çocuğa sahip annelerle yürüttükleri çalışmada otistik bozukluk tanısı almış çocuğa sahip annelerin en düşük iyi olma hali puanları aldıklarını ve annelerin durumunu en fazla yordayan değişkenin ergen ve genç erişkin bireylerde gözlenen davranış problemleri olduğunu bulgulamıştır. Aynı şekilde bu araştırmada da üç gruptaki anneler kullandıkları olumlu ve olumsuz başetme açısından herhangi bir farklılık göstermemişlerdir (Abbeduto v.d., 2004).

Bazı araştırmalarda da otistik bozukluk tanısı almış annebabalarda kullanılan başetme yönteminin yüksek stresi azaltma noktasında bir tampon görevi görebildiği bulgulanmıştır (Benson, 2009; Hastings v.d., 2005; Smith v.d., 2008).

Benson'ın (2009) çocuğu otistik bozukluk tanısı almış 113 anne ile yaptığı çalışmada dikkat dağıtma ve kaçınma tarzı başetme stratejilerinin, annelerin depresyon seviyelerini öngörmede anlamlı etkiye sahip olduğu görülmüştür. Hastings v.d. (2005) otistik bozukluk tanısı almış okul öncesi ve okul çağında bulunan çocuğa sahip 89 anne-baba ile yürüttüğü çalışmada duygu odaklı başetme olarak değerlendirilen aktif kaçınma başetme tarzının, yüksek seviyede stres, endişe ve depresyonla ilişkili olduğunu bulgulamıştır. Çalışmada problem odaklı başetmenin ise stres ya da zihinsel sağlık durumuyla ilişkili olmadığı bulunmuştur. Smith v.d. (2008) otistik bozukluk tanısı almış okul öncesi yaş grubundaki 153 ve ergenlik dönemindeki 201 çocuğun anneleriyle yürüttüğü çalışmada küçük yaş grubu annelerinde, duygu odaklı başetmenin düşük düzeyde, problem odaklı başetme tarzının yüksek düzeyde kullanılmasının, çocuğun semptom şiddetinden bağımsız olarak, annelerin iyi oluş hali ile ilişkili olduğunu; ergenlik döneminde olan grup

anneleri için ise, başetme tarzının ancak otistik semptomlar şiddetli olduğunda bir tampon etkisi olduğu bulgulanmıştır.

Buna benzer çalışmalar değerlendirildiğinde görülmektedir ki, başetmenin tampon etkisinin bulgulandığı çalışmalar çoğunlukla sadece çocuğu otistik bozukluk tanısı almış olan ebeveynlerle yürütülmüştür. Başetme stratejisinin tampon etkisinin görülmediği çalışmalarda ise otistik bozukluk tanısı almış çocukların ebeveynleri diğer tanı türlerinden tanı almış ebeveynlerle karşılaştırılmıştır. Bu durum, başetme tarzlarının ana etkilerinden ziyade, tanı durumu ile ortak etkilerinin sorgulandığı bu araştırmanın, ortak etkilerin birkaç alt test haricinde anlamlı olmaması sonucu ile paraleldir. Bu sonucun otistik bozukluk grubundaki ebeveynler diğer tür tanı gruplarıyla karşılaştırıldığında, kullandıkları başetme stratejisinin, ebeveynlerin stres ve zihinsel sağlık durumu açısından tampon etkisinin ortadan kalkması şeklinde yorumlanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda hipotez 3 ve hipotez 4 için bekleneni tam olarak karşılamayan bulguları tek tek ele alacak olursak, Stresle Başetme Tarzları Ölçeği Kendine Güvensiz Başetme kategorileri söz konusu olduğunda, düşük ve orta başetme kategorilerinde otistik bozukluk grubundaki ebeveynlerin Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği Karamsarlık Alt Testi puanları, Hipotez 3a'daki beklentiler doğrultusunda, diğer tanı durumundaki ebeveynlerin puanlarından yüksek görünürken, bu fark, Hipotez 3a'da beklenenin aksine, Stresle Başetme Tarzları Ölçeği Kendine Güvensiz Başetme Alt Testi'nin çok yüksek ve özellikle yüksek kategorilerinde belirginliğini kaybetmektedir. Yüksek kendine güvensiz başetme kategorisinde, otistik bozukluk, zihinsel yetersizlik ve down sendromu gruplarının Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği Karamsarlık Alt Testi puanları birbirine çok yakın görünmektedir.

Öte yandan, bu çalışmada Hipotez 3a'nın kısmen aksine, tanı durumunun Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği Karamsarlık Alt Testi ile ölçülen çocuğun şimdi ve gelecekteki durumuna ilişkin olumsuz duygu ve düşünceleri üzerindeki etkisinin Kendine Güvensiz Başetme kategorilerine göre değiştiği gözlenmiştir. Yine, Hipotez

3b ‘nin kısmen aksine tanı durumunun Psikotiklik, uyku, iştah bozuklukları ve suçluluk duyguları ile ilgili belirtileri ölçen Ek Maddeler ve Depresyon düzeyi üzerindeki etkisinin Boyuneğici Başetme kategorilerine göre değiştiği gözlenmiştir. Ayrıca Hipotez 4b’nin de kısmen aksine, tanı durumunun Kısa Semptom Envanteri ile ölçülen Somatizasyon ve Obsesif-Kompülsif belirtiler üzerindeki etkisinin ise Nörotik kişilik kategorilerine göre farklılaştığı tespit edilmiştir.

Bu bulgular ışığında, hipotez 3a’da beklenenin aksine gerçekleşen Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği Karamsarlık Alt Testi puanları için, kendini suçlama, güçsüz bulma ve kendini problemin kaynağı olarak görme şeklinde tarif edilen Stresle Başetme Tarzları Ölçeği Kendine Güvensiz Başetme yöntemi yüksek ve çok yüksek seviyede kullanıldığında tanı gruplarının tüm diğer alt testlerde ayrışmasını sağlayan niteliklerinin etkisinin ortadan kalkmakta olduğu ve bu durumun her üç tanı grubundaki annebabaların geleceğe dair olumsuz duygu ve düşüncelerinin birbirlerine yakın bir olumsuzluk seviyesinde gerçekleştiği şeklinde yorumlanabilir. Yani kendine güvensiz başetmenin düşük düzeyleri otistik bozukluk grubunun karamsarlık düzeyinde bir farklılık yaratmazken, diğer 2 tanı grubu için tampon etki göstermektedir.

Benzer şekilde Stresle Başetme Tarzları Ölçeği Boyuneğici Başetme kategorileri açısından ise Hipotez 3b’de beklenilenin aksine, her dört boyuneğici başetme kategorisinde de otistik bozukluk grubundaki ebeveynlerin Kısa Semptom Envanteri Psikotiklik Alt Testi, Kısa Semptom Envanteri Ek Maddeler Alt Testi Ve Kısa Semptom Envanteri Depresyon Alt Testi puanları diğer gruptakilerden yüksek değildir. Bu üç alt test puanları benzer bir dağılım göstermektedir. Düşük başetme düzeyinde down sendromu grubundaki katılımcılar en yüksek puanları almıştır. Orta ve yüksek başetme kategorisinde otistik bozukluk grubu hipotez 3b’de beklendiği gibi en yüksek puanları almıştır. Çok yüksek boyuneğici başetme kategorisinde Kısa Semptom Envanteri Psikotiklik Alt Testi Ve Kısa Semptom Envanteri Depresyon Alt Testi için zihinsel yetersizlik grubundaki ebeveynler ile otistik bozukluk grubundaki ebeveynlerin puanları birbirine çok yakın olup down sendromu ve

sağlıklı kontrol grubundakilerden yüksektir. Kısa Semptom Envanteri Ek Maddeler Alt Testinde ise en yüksek puanları sağlıklı kontrol grubu almıştır.

Kısa Semptom Envanteri Psikotiklik Alt Testi 5 maddeden oluşmaktadır ve içe kapanmayı, izole olmayı, şizoid hayat stilini belirten maddeler içerir. Kısa Semptom Envanteri- Ek Maddeler Alt Testi 4 maddeden oluşan, uyku, iştah bozuklukları ve suçluluk duyguları ile ilgili belirtileri içeren bir boyuttur. Kısa Semptom Envanteri Depresyon Alt Testi ise yaşam ilgisinin geri çekilmesi, motivasyon eksikliği ve vital enerjinin kaybı gibi semptomları içeren 6 maddeden oluşmaktadır. Ümitsizlik duyguları, intihar düşünceleri ve diğer bilişsel ve somatik belirtiler üzerinde odaklaşan bir boyuttur.

Stresle Başetme Tarzları Ölçeği-Boyuneğici Başetme tarzı kendini çaresiz hissedip, olaylara daha gerçek dışı yaklaşmak,. doğaüstü güçlerde çözüm aramak şeklinde tarif edilmektedir. Bu başetme tarzını düşük düzeyde kullanan down sendromlu çocuğa sahip anne babalar Kısa Semptom Envanteri Psikotiklik Alt Testi, Kısa Semptom Envanteri Ek Maddeler Alt Testi (içe kapanma, izole olma ve suçluluk duyguları) belirtileri için daha yüksek puanlar almakta, Kısa Semptom Envanteri Depresyon Alt Testinde ise down sendromu ve otistik bozukluk grubu puanları çok yakın seyretmektedir.

Duygu odaklı başetme stratejilerini düşük düzeyde kullanmanın stres ve zihinsel sağlık açısından olumlu etkileri ile ilgili araştırma sonuçları mevcuttur. Başetme stratejilerinin tampon etkisi ile ilgili çalışmalar yeniden özetlenecek olursa Benson'ın (2009) çalışmasında dikkat dağıtma ve kaçınma tarzı başetme stratejilerini daha fazla kullanan annelerin daha fazla depresyon puanları aldıkları görülmüştür. Hastings v.d. de (2005) otistik bozukluk tanısı almış okul öncesi ve okul çağında bulunan çocuğa sahip 89 anne-baba ile yürüttüğü çalışmada duygu odaklı başetme olarak değerlendirilen aktif kaçınma başetme tarzının, yüksek seviyede stres, endişe ve depresyonla ilişkili olduğunu bulgulamıştır. Duygu odaklı ve boyun eğici tarzda başetme stratejilerini daha fazla kullanan engelli çocuk annelerinin daha fazla zihinsel sağlık sorunlarına sahip oldukları ve daha düşük

benlik saygısı puanları aldığı görülmüştür (Bright ve Hayward, 1997). Gelişimsel bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin problem odaklı başetme stratejilerini daha fazla kullandıkları ve sadece annelerde olumlu tekrar değerlendirme seviyesi arttıkça subjektif iyi olma halinin arttığı, öte yandan kaçma/kaçınma seviyesi arttıkça subjektif iyi olma halinin düştüğü gözlenmiştir (Glidden, Billings ve Jobe 2006). Ayrıca durum üzerindeki kontrol algıları yüksek bulunan ve problemi daha baş edilebilir kılacak şekilde tanımlayan annelerin stres düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Cameron ve Amstrong-Stassen, 1991).

Literatür bilgileri ışığında sözkonusu veriler şu şekilde yorumlanabilir. Kısa Semptom Envanteri Psikotiklik Alt Testi Ve Kısa Semptom Envanteri Ek Maddeler Alt Testi Ve Kısa Semptom Envanteri Depresyon Alt Testleri için, kendini çaresiz hissederek olaylara gerçek dışı yaklaşmak ve doğa üstü çözümler arama şeklinde tanımlanan boyuneğici başetme stratejisini daha az kullanmak otistik bozukluk ve zihinsel yetersizlik grubu için bir tampon etki yaratmakta ve bahsedilen alt testlerin puanlarını düşürmektedir. Down sendromu grubu için ise bu tampon etki ortaya çıkmamaktadır. Bu durum, alt testlerin "içe kapanma, izole olma ve suçluluk duyguları" içeriklerinin, down sendromu tanısının tanılanma ve diğer özellikler açısından herhangi bir belirsizliğe otistik bozukluk ve zihinsel yetersizlik tanılarından daha az imkan veren , genetik açıdan sabit niteliğinin, down sendromu tanısı almış anne babaları, çaresiz hissetme ve durumun doğa üstü yorumunu kabul etme noktasında diğer grup anne babalara göre daha yatkın hale getiriyor olması şeklinde yorumlanabilir.

Hipotez 4b ile ilgili olarak Eysenck Kişilik Envanteri Nörotiklik Alt Testi puan kategorileri ele alındığında, Hipotez 4b'nin aksine, Eysenck Kişilik Envanteri Nörotiklik Alt Testi'nin yalnızca çok yüksek kategorisi için otistik bozukluk grubundaki ebeveynlerin Kısa Semptom Envanteri Somatizasyon Alt Testi puanları diğer gruptakilerden yüksektir. Eysenck Kişilik Envanteri Nörotiklik Alt Testi'nin diğer kategorileri için tanı grupları arasındaki farklar ortadan kayboluyor görünmektedir. Yani düşük nörotiklik düzeyi, otistik bozukluk grubundaki ebeveynleri otistik bozukluk tanı kategorisinin spesifik özelliklerinin somatizasyon

belirtilerine yönelik olumsuz sonuçlarından en az diğer gruptaki ebeveynler kadar koruyor gözükmektedir. Aynı koruyucu etki Kısa Semptom Envanteri Obsesif Kompülsif Bozukluk Alt Testi puanları söz konusu olduğunda da gözlenmektedir. Çok yüksek Eysenck Kişilik Envanteri Nörotiklik Alt Testi kategorisi hariç, diğer tüm kişilik kategorilerinde yine tanı grupları arasında fark belirginlikten uzaktır. Çok yüksek Eysenck Kişilik Envanteri Nörotiklik Alt Testi kategorisinde ise hem otistik bozukluk hem de zihinsel yetersizlik grubundaki ebeveynlerin Kısa Semptom Envanteri Obsesif Kompülsif Bozukluk Alt Testi puanları birbirine yakın olup, down sendromu ve sağlıklı kontrol grubundakilerden yüksek seyretmektedir.

Nörotiklik boyutu ile ilgili olarak, bu kişilerin küçük engellenmeler ve sorunlar karşısında bile güçlü duygusal tepkiler verdikleri ve normale dönmelerinin daha uzun zaman aldığı, daha kolay heyecanlandıkları, öfkelendikleri, depresyona girdikleri ifade edilmiştir. Duygusal sıkıntı yaşayan ve duyguları aşırı değişiklik gösteren insanlar nevrotiklik boyutundan yüksek puanlar almaktadırlar. Nörotiklik düzeyi yüksek insanlar, düşük olan insanlara göre günlük olaylar karşısında daha sık stres yaşarlar.Nörotiklik düzeyi düşük olan bireyler sakin, iyi uyum göstermiş, aşırı ve uyumsuz duygusal tepkilere yatkın olmayan kişiler olarak tarif edilmektedir (Burger, 2006).

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde kişilik özelliklerinin ebeveynlerin stres ve zihinsel sağlık durumu üzerindeki etkilerini bulgulayan çalışmalar olduğu görülmektedir. Veisson'un (2001) çalışmasında hafif ve orta düzey zihinsel yetersizlik ve down sendrom tanısı almış çocukların ebeveynleri norm gruplarına göre anlamlı seviyede düşük dışadönüklük ve açıklık ve yüksek nörotiklik puanları almışlardır. Nörotiklik boyutunda anneler norm gruplarına göre anlamlı seviyede yüksek puanlar alırken babaların puanları norm grubundan farklılaşmamıştır

Hornby (1995) down sendromlu çocuğu olan babaların bu çocuklarına uyumunu araştırdığı çalışmasında, babaların aldığı nörotiklik puanlarıyla çocuğa uyumları arasında negatif bir korelasyon olduğu bulmuştur. Yamada v.d.,(2007)

tarafından yürütülen bir çalışmada araştırmacılar, yaygın gelişimsel bozukluk tanısı almış çocukların annelerinin yaşadıkları duygusal stresin, "nörotiklik" ve "uyumluluk" kişilik faktörleriyle pozitif bir korelasyon içinde olduğunu bulgulamışlardır.

Sonuçlardan anlaşılmaktadır ki, tüm alt testler için Eysenck Kişilik Envanteri Nörotiklik Alt Testi'nin çok yüksek kategorilerinde yer alanların Kısa Semptom Envanteri ve Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği'nin tüm alt testlerine ait puan ortalamaları diğer üç nörotiklik puan kategorisinde bulunanlardan anlamlı derecede yüksektir. Bu durum yukarıdaki literatür bilgileri ile uyumludur. Sonuçlar ayrıca bu çalışmada ileri sürülen otistik bozukluk tanısı almış çocuğa sahip annebabaların Kısa Semptom Envanteri ve Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği alt testlerine ait puan ortalamaları diğer tanı durumundaki ebeveynlerin Kısa Semptom Envanteri ve Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği alt testlerine ait puan ortalamalarından yüksek olacaktır hipotezini de desteklemektedir. Eysenck Kişilik Envanteri Nörotiklik Alt Testi'nin en yüksek kategorisinde yine otistik bozukluk grubu Kısa Semptom Envanteri Somatizasyon Alt Testinde en yüksek puanları almıştır. Kısa Semptom Envanteri Obsesif Kompülsif Bozukluk Alt Testi'nde ise otistik bozukluk ve zihinsel yetersizlik grupları çok yakın puanlar almışlardır ancak bu iki grubun down sendromu ve sağlıklı kontrol gruplarıyla aralarında belirgin bir fark bulunmaktadır. Kısa Semptom Envanteri Somatizasyon Alt Testi ve Kısa Semptom Envanteri Obsesif Kompülsif Bozukluk alt testleri açısından çok yüksek, Eysenck Kişilik Envanteri Nörotiklik Alt Testi kategorileri haricinde kalan diğer kategorilerde ise otistik bozukluk grubu puanlarının az da olsa bir dezavantajı bulunmaktadır. Kısa Semptom Envanteri Somatizasyon Alt Testi çeşitli bedensel işlevlere ilişkin zorlanmayı, göğüs ve kalp bölgesindeki ağrılar, baş ağısı, sızı, ağrı, rahatsızlık ve anksiyetenin ifadelerini belirten 7 maddeden oluşmaktadır. Obsesif Kompülsif Bozukluk boyutu da kişilerde yaşanan egoya yabancı ve arzu edilmeyen sürekli impulslar ve davranışlar üzerine odaklanan 6 maddeden oluşmaktadır. Bu boyutlarda çok yüksek Eysenck Kişilik Envanteri Nörotiklik Alt Testi kategorisi haricindeki kategorilerde alt test puanlarının, yine otistik bozukluk grubunun az bir farkla da olsa en yüksek puanları alması şeklinde sıralanırken , birbirlerine yaklaşması

durumunun açıklanması için daha detaylı çalışmalar yapılması gerektiği anlaşılmaktadır.

Yine de çalışmanın hipotezlerini desteklemeyen ve yukarıda tartışılan bulgulara rağmen genel olarak Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ile ölçülen toplam zihinsel sağlık sözkonusu olduğunda bu çalışmanın beklentilerinin temel düzeyde desteklendiği söylenebilir.

Öte yandan çalışmanın kısıtlılıkları açısından şunlar ifade edilebilir. Daha detaylı sonuçlara ulaşmak açısından araştırmaya dahil edilen tanı grupları için, davranış bozukluğu ya da tanı ile ilgili semptom şiddetini ölçmenin mümkün olabildiği bir araştırma dizaynı oluşturmak daha detaylı bilgilere ulaşılması bakımından faydalı olacaktır. Bu araştırmada araştırmanın amacı gereği çok sayıda veliye ulaşmak için araşırmaya çok sayıda okul ve kurum dahil edilmiştir. Bu da uygulamalarda, öngörülüp bilgilendirme çalışmalarıyla engellenmeye çalışılan uygulama farklılıklarına sebep olmuş olabilir. Ayrıca anne ve babalar eşlenik olarak analize sokulabilseydi ek bilgiler elde etmek mümkün olabilirdi ancak bu çalışmada vaka kaybı yaşanmaması için eşlenik örneklemler deseni tercih edilmemiştir. Tanı aldıklarından bu yana geçen süre, ebeveynlerin tanı durumu açısından bilgilendirilme biçimleri ve tanı alan çocukların eğitim durumları, kategorilere düşen vaka sayıları yeterli olmadığı için kontrol edilememiştir.

Özetlenecek olursa araştırmaya sonuçlarına göre, araştırmaya dahil edilen gruplar arasında stres ve zihinsel sağlık açısından en fazla risk taşıyan grup otistik bozukluk grubudur. Anne babaların yaşadıkları stres ve zihinsel sağlıklarının olumsuz etkilenmesi durumu dikkate alındığında genel bir amaç olarak aile destek sistemleri sürecinin tüm aileye yönelik aile sistemleri yaklaşımı doğrultusunda şekillendirilmesi yerinde olacaktır. Aile sistem yaklaşımının temel yönelimi şu şekilde özetlenebilir; Çocuğun yaşamında destek veren profesyonel değil, aile üyeleri değişmez, sabit konumdadır. Aile çocuğun sağlığı ve ihtiyaçlarının belirlenmesi noktasında en iyi konuma sahiptir. Çocuk için sağlanacak destek, en iyi şekilde aileye verilecek destek ve yardım üzerinden hayata geçirilebilir. Bu destek ailenin sosyal çevresine ait

dinamiklerin anlaşılmasından, aileye ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik olarak her türlü bilgilendirmenin yapılmasına kadar geniş kapsamlı bir şekilde yürütülür. Aile merkezli destek yaklaşımları ailenin alacağı hizmet noktasında seçim şansının olması, ailelerle kurulacak ortaklık ve dayanışma, ailenin güçlü yönlerinin desteklenmesi gibi kavramlara vurgu yapmaktadır (Dempsey ve Keen 2008).

Bu noktada ülkemizde özel eğitime ihtiyacı olan bireylerin tespiti ve bu bireylere yönelik olarak sağlanan eğitim olanaklarının iyileştirilmesi konusunda son yıllarda yapılan girişimler sevindiricidir. Gelişimsel bozukluk ya da engeli olan bireylere verilecek hizmetlerde ailenin ne kadar önemli olduğu gün geçtikçe önemi anlaşılan bir konudur. Araştırmanın sonuçları göstermektedir ki araştırmaya dahil edilen otistik bozukluk, zihinsel yetersizlik ve down sendromu tanısı almış çocuğu olan anne babaların zihinsel sağlıkları durumdan olumsuz biçimde etkilenmekte, anne babalar kontrol grubuna göre daha yüksek oranda stres yaşantılamaktadırlar. Otistik bozukluk tanısı almış çocuğu olan annebabalar, guruplar içinde zihinsel sağlıkları en fazla etkilenen ve en fazla stres yaşayan grubu oluşturmaktadırlar. Ülkemizde özel eğitim ihtiyacı olan bireyler için sağlanan, özel eğitim kurumlarında verilen eğitim hizmetlerinde ve özel rehabilitasyon merkezlerinde verilen bireysel destek eğitimi hizmetlerinde, çocukların anne babalarına sağlanacak psikolojik danışma hizmetlerini de içeren daha kapsamlı bir yapılanmaya ihtiyaç bulunduğu düşünülmektedir. Özel eğitim kurumlarında velilere yönelik olarak okul rehberlik servislerince sağlanan hizmetler sınırlı düzeyde olmakta, öğretmen kadrosundaki yetersizlik vb. kronik sorunlar sebebiyle sağlanan destek sınırlı bir düzeyde gerçekleşmektedir. Anne babalar için sağlanacak destek hizmetlerinin, tanıyı koyan sağlık kuruluşunda sağlanacak destek hizmetlerinden başlayarak, bireyin özel eğitim aldığı özel eğitim kurumunu, eğitsel tanılamanın yapıldığı rehberlik ve araştırma merkezini kapsayacak şekilde yeniden yapılandırılması ve çocuklarının bireysel destek eğitimi aldıkları özel rehabilitasyon merkezlerinde anne babalara psikolojik destek vermeyi sağlayacak bir düzenleme yapılması, hem tanı almış bireye hem de anne babaya yönelik olarak hali hazırda verilen hizmetlerin verimliliğinin de arttırılmasını sağlayacaktır.

Sonuç olarak bu çalışma otistik bozukluk , orta-ağır düzey zihinsel yetersizlik ve down sendrom tanısı almış çocuğu olan hem anne hem de babalarda, çoklu tanı durumları ile kişilik özellikleri ve başetme tarzlarının, ebeveynlerin stres ve zihinsel sağlık düzeyleri üzerindeki etkilerinin aynı anda bir arada değerlendirildiği alandaki ilk çalışma olması bakımından önem taşımaktadır. İleriki araştırmalarda aşama modeline karşılık sürekli üzüntü modelini test etmek açısından çocukların tanı almalarından bu yana geçen sürenin biçimlendirici etkisinin de değerlendirildiği bir çalışma alana önemli katkılar sunabilir. Aynı zamanda ülkemizde, tanı alan çocukların eğitim durumları ile ebeveynlerin bilgilendirilme süreçlerini, ebeveynlerin eğitim durumları ile gelir düzeylerini de dikkate alan daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKÇA

ABBEDUTO, L., SELTZER, M.M., SHATTUCK, P., KRAUSS, M.V., ORSMOND, G., MURPHY, M.M.: 2004	"Psychological Well-being and Coping in Mothers of Youths with Autism, Down Syndrome or Fragile X Syndrome", **American Journal of Mental Retardation**, 109/3, 237-254.
AKKÖK, F., AŞKAR, P., KARANCI, N.: 1992	"Özürlü Bir Çocuğa Sahip Anne-Babalardaki Stresin Yordanması",**Özel Eğitim Dergisi**, 1/2, 8-12
AKKÖK, F.: 2003	**Bayan Perşembeler**, İstanbul, Özgür Yayınları.
AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ (APB): 2007	**Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı: DSM IV-R, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin - Dördüncü Baskı,** Ertuğrul Köroğlu, İstanbul, Hekimler Yayın Birliği.
BAHAR, A., BAHAR, G., SAVAŞ, H.A., PARLAR, S.: 2009	"Engelli Çocukların Annelerinin Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi", **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, 4/11, 97-112.
BAILEY, JR., GOLDEN, N.R., ROBERTS, J., FORD, A.: 2007	"Maternal Depression and Developmental Disability: Research Critique", **Mental Retardation and Developmental Disabilities**, 13, 321-329.
BAILEY, A.B., SMITH, W.S.: 2000	"Providing Effective Coping Strategies and Supports for Families with Children with Disabilities", **Intervention In School and Clinic**, 35/5, 294-296.

BAKER-ERICZEN, M.J., BROOKMAN-FRAZEE, L., STAHMER, A.: 2005	"Stress Levels and Adaptability in Parents of Toddlers with and without Autism Spectrum Disorders", **Research & Practise for Persons with Severe Disabilities**, 30/4, 194-204.
BARDAVİT, M.: 2007	"Kişilik Yapılarının-Stresi Değerlendirme, Stresle Başa Çıkma Yaklaşımları, Algılanan Stres ve İş Doyumu Üzerinde Olan Etkisininin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
BENSON, P.R.: 2006	"The Impact of Child Symptom Severity on Depressed Mood Among Parents of Children with ASD: The Mediating Role of Stress Proliferation", **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 36, 685-695.
BENSON, P.R.: 2009	"Coping, Distress and Well-being in Mothers of Children with Autism",**Research in Autism Spectrum Disorders**, 4/217-228.
BIÇAK, N.: 2009	"Otizmli Çocukların Annelerinin Yaşadıkların Belirlenmesi", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü
BİLAL, E., DAĞ, İ.: 2005	"Eğitilebilir Zihinsel Engelli Olan ve Olmayan Çocukların Annelerinde Stres, Stresle Başa Çıkma ve Kontrol Odağının Karşılaştırılması", **Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi**, 12/2, 56-68.
BILLINGS, A. G. ve MOOS, R. H. (1981).	The Role of Coping Responses and Social Resources in Attenuating the Stress of Life Events. **Journal of Behavioral Medicine,** *4,* 139–157.

BLACHER, J.: 1984	"Sequential Stages of Parental Adjustment to the Birth of Child with Handicaps: Fact or Artifact?", **Mental Retardation**, 22/2, 55-68.
BRIGHT, J.A., HAYWARD, P.: 1997	"Dealing with chronic stress: Coping Strategies, self-esteem and service use in mothers of Handicapped Children", **Journal of Mental Health**, 6/1, 67-75.
BROMLEY, J., HARE, J.R., DAVİSON, K., EMERSON, E.: 2004	"Mothers Supporting Children with Autistic Spectrum Disorders" **Autism**, 8, 409-423.
BUMİN, G., GÜNAL, A., TÜKEL, Ş.: 2008	"Anxiety, Depression and Life Quality of Life in Mothers of Disabled Children", **Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 15/1, 6-11.
BURDEN, R., THOMAS, D.:1986	"Working with Parents of Exceptional Children: The Need for More Careful Thought and More Positive Action", **Disability, Handicap & Society**, 1/2, 165-171.
CAMERON, S.J., ARMSTRONG-STASSEN, M.: 1991	"Stress, Coping and Resources In Mothers of Adults With Developmental Disabilities", **Counselling Psychology Quarterly**, 4/4, 301-311.
COPLEY, M., BODENSTEINER: 1987	Cronic Sorrow in Families of Disabiled Children. **Journal of Child Neurology**, 2 , 67-70.

ÇETİNGÖZ, S.: 1990	"Down Sendromlu Çocukların Sosyal Gelişimi, Aile Yapısı ve Anne-Baba Tutumu" Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü.
DARICA, N., ABİDOĞLU, Ü., GÜMÜŞÇÜ, Ş.: 2005	**Otizm ve Otistik Çocuklar**, İstanbul, Özgür Yayınları.
DAVIS, N.O., CARTER A.S.: 2008	"Parenting Stress in Mothers and Fathers of Toddlers with Autism Spectrum Disorders: Assosiation with Child Characteristics", **Journal of Autism and Developmental Disorders,** 38/ 1278-1291
DELONGİS, A., HOLTZMAN, S.: 2005	"Coping in Context: The Role of Stress, Social Support, and Personality in Coping", **Journal of Personality**, 73/6, 1-20.
DEMPSEY, I., KEEN, D.: 2008	" A Review of Processes and Outcomes in Family-Centered Services for Children with a Disability", **Topics in Early Childhood Special Education**, 28/1, 42-52.
DUCHOVIC, C.A., GERKENSMEYEN, J.E., WU, J.: 2009	"Factors Assosciated with Parental Stress", **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**, 22/1, 40-48.
DUYGUN, T., SEZGİN, N.: 2003	"Zihinsel Engelli ve Sağlıklı Çocuk Annelerinde Stres Belirtileri, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Algılanan Sosyal Desteğin Tükenmişlik Düzeyine Olan Etkisi", **Türk Psikoloji Dergisi**, 18/52, 37-52.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ: 2007	International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).
EYSENCK, H.J.:1952	"Personality" **Annual Review of Psychology,** 3, 151-174
EISENHOWER, A.S., BAKER, B.L., BLACHER, J.: 2009	"Children's Delayed Development and Behavior Problems: Impact of Mother's Perceived Physical Health Across Early Childhood", **Social Science and Medicine**,68, 89-99.
EYSENCK, H.J.:1990	"Genetic and Enviromental Contributions to Individual Differences: The Three Major Dimensions of Personality", **Journal of Personality**,58/1, 245-261
FERGUSON, P.M.: 2002	"A Place in the Family: An Historical Interpretation of Research on Parental Reactions to Having a Child with a Disability", **The Journal of Special Education**, 36/3, 124-130.
FIRAT, S.:2000	"Otistik ve Zihin Özürlü Çocukların Annelerinde Kaygı, Depresyon, Aleksitimi ve Genel Psikolojik Değerlendirme", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurovak Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
FOLKMAN, S., MOSKOWITZ, J.T.: 2004	"Coping: Pitfalls and Promise", **Annual Review of Psychology**, 55, 745-774.

FREUD, S.:1914	"**On Narcissism: An Introduction**". In: Standart Edition. London: Hogarth Press, Vol. 14, pp. 73-102
FREUD, S.:1917	"**Mourning and Melacholia**". In: Standart Edition. London: Hogarth Press, Vol. 14, pp. 243-258
FREY, K.S., GREENBERG, M., FEWELL, R.R.: 1989	"Stress and Coping Among Parents of Handicapped Children: A Multidimensional Approach", **American Journal of Mental Retardation**, 94, 240-249.
FRIEDRICH, W.N., GREENBERG, M.T., CRNIC, K.: 1983	"A Short Form of the Ouestionnaire on Resources and Stress", **American Journal of Mental Deficiency**, 88, 41-48.
GALLAGHER, J.J., BECKMAN, P., CROSS, A.H.: 1983	"Families of Handicapped Children: Sources of Stress and Its Amelioration", **Exceptional Children**, 50/1, 10-19.
GLIDDEN, L.M., BILLINGS, F.J., JOBE, B.M.:2006	"Personality, Coping Style and Well-Being of Parents Rearing Children with Developmental Disabilities", **Journal of Intellectual Disability Research**, 50/12, 949-962.
GÖLALMIŞ, E.G.:2005	"Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Umutsuzluk, Karamsarlık, Sosyal Destek Algılarının ve Gelecek Planlarının İncelenmesi", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü

GRAY, D.E.: 2003	"Gender an Coping: The Parent of Children with High Functioning Autism", **Social Science and Medicine**, 56, 631-642.
GUPTA, V.B.: 2007	"Comparison of Parenting Stress in Different Developmental Disabilities", **Journal of Developmental and Physical Disabilities**, 19, 417-425.
HA, J., HONG, J., SELTZER, M.M., GREENBERG, J.S.: 2008	"Age and Gender Differences in the Well-being of Midlife and Aging Parents with Children with Mental Health or Developmental Disorders: Report of a National Study", **Journal of Health & Social Behavior**, 49/3, 301-316.
HASTINGS, R.P., KOVSHOFF, H., WARD, N.J., ESPINOSA, F.D., BROWN, T., REMINGTON, B.: 2005	"Systems Analysis of Stress and Positive Perceptions in Mothers and Fathers of Pre-school Children with Autism", **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 35/5, 635-644.
HEAD, L.S., ABBETUTO, L.: 2007	"Recognizing the Role of Parents in Developmental Outcomes: A Systems Approach to Evaluating the Child with Developmental Disabilities", **Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews**, 13, 293-301.
HERRİNG, S., GRAY, K., TAFFE, J., TONGE, B., SWEENEY, D., EINFELD. S.: 2006	"Behaviour and Emotinal Problems in Toddlers with Pervasive Developmental Disorders and Developmental Delay: Association with Parental Mental Health and Family Functioning", **Journal of Intellectual Celebrity Research**, 50/12, 874-882.
HODAPP, R.M.: 2007	"Families of Persons with Down Syndrome: New Perspectives, Findings, and Research, and Service Needs", **Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews**, 13, 279-287.

HOLLAND, S.: 1996	"The Special Needs of Parents" **Educational Psychology in Practise** 12(1) 24-30
HOLROYD, J., McARTHUR, D.: 1976	"Mental Retardation and Stress on the Parents: A Contrast between Down' s Syndrome and Childhood Autism" **American Journal of Mental Deficiancy**, 80, 431-436.
HOLROYD, J.: 1988	"A Review of Criterion Validation Research on the Ouestionaire on Resources and Stress For Families with Chronically Ill or Handicapped Members", **Journal of Clinical Psychology**, 44/3, 335-354.
HORNBY, G.: 1995	"Efects on Fathers of Children with Down Syndrome", **Journal of Child and Family Studies**, 4/2, 239-255.
KANER, S.: 2001	"Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği (The Questionnairre on Resource and Stress-F) : Faktör Yapısı, Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışmaları", **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi**, 34/1-2, 1-10.
KANER, S.: 2004	"Engelli Çocuğu Olan Anababaların Algıladıkları Stres, Sosyal Destek ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi", **Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Kesin Raporu**,
KAZAK, A.E. :1987	"Families with disabled children: Stress and Social network in three samples",**Journal of Abnormal Psychology**, 15/1, 137-140

KING, G.A., ZWAINGENBAUM, L., KING, S. BAXTER, D., ROSENBAUM, P., BATES, A.: 2006	"A Qualitative Investigation of Changes in the Believe Systems of Families of Children with Autism or Down Syndrome", **Child: Care, Health & Development**, 32/3, 353-369.
KORKMAZ, B.: 2001	"Otizm: Başlıca Davranış Sorunları ve Pratik Yaklaşım", **Yeni Symposium**, 39/1, 26-34.
KORKMAZ, B.: 2003	"Otizm"**, Farklı Gelişen Çocuklar**, (Ed.) Adnan Kulaksızoğlu, İstanbul, Epsilon Yayıncılık.
KULAKSIZOĞLU, A. (Ed.): 2003	**Farklı Gelişen Çocuklar**, İstanbul, Epsilon Yayıncılık.
KUM, N.: 2000	**Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı**, İstanbul, Birmat Matbaacılık.
KÜÇÜKER, S.:1993	"Özürlü Çocuk Ailelerine Yönelik Psikolojik Danışma Hizmetleri", **Özel Eğitim Dergisi**, 1/3, 23-29.
KÜÇÜKER, S.: 1999	"Küçük Adımlar Erken Eğitim Programının Gelişimsel Gerililği Olan Çocuğa Sahip Anne Babaların Stres ve Depresyon Düzeyleri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi", Küçük Adımlar Erken Eğitim Programı. İstanbul Zihinsel Engellilere Destek Derneği, 77-103.

KÜÇÜKER, S.: 2006	"The Family-Focused Early Intervention Programme: Evaluation of Parental Stress and Depression", **Early Child Development and Care**, 176/3, 329-341.
LAUDENSLAGER, M.L.: 1988	"The Psychobiology of Loss: Lessons From Humans and Nonhuman Primates", **Journal of Social Issues**, 44/3, 19-36.
LAZARUS, R.S.: 1990	"Theory Based Stress Measurement", **Psychological Inquiry**, 1/1, 3-13.
LECAVALİER, L., LEONE, S., WILTZ, J.: 2006	"The Impact of Behaviour Problems on Caregiver Stress In Young People With Autism Spectrum Disorders", **Journal of Intellectual Disability Research**, 50/3, 172-183.
LEE-BAGGLEY, D., PREECE, M., DELONGIS, A.: 2004	"Coping with Interpersonel Stress: Role of Big Five Traits", **Journal of Personality**, 73/5, 1141-1180.
LEWIS, P., ABBEDUTO, L., MURPHY, M., RICHMOND, E., GILES, N., BRUNO, L., SCHROEDER, S., ANDERSON, J., ORSMOND, G.: 2006	"Psychological well-being of mothers of youth with fragile X syndrome: syndrome specificity and within-syndrome variability.", **Journal of Intellectual Disability Research,** 50/12, 894-904.
MACDONALD, E., FITZSIMONS, E., WALSH, P.N.: 2006	"Use of Respite Care and Coping Strategies Among Irish Families of Children With Intellectual Disabilities", **British Journal of Learning Disabilities**, 35, 62-68.

MACGREGOR, P.: 1994	"Grief: The Unrecognized Parental Response to Mental Illness in a Child", **Social Work**, 39/2, 160-166.
MARGALIT M., RAVİV, A., ANKONİNA, D.B.: 1992	"Coping and Coherence Among Parents with Disabled Children", **Journal of Clinical Child Psychology**, 21/3, 202-209.
MILO, E.M.: 1997	"Maternal Responses to the Life and Death of a Child with a Developmental Disability: A Story of Hope", **Death Studies**, 21, 443-476.
NEELY-BARNES, S.L., DIA, D.A.: 2008	"Families of Children With Disabilities: A Review of Literature and Recommendations For Interventions", **Journal of Early and Intensive Behavior Intervation**, 5/3, 93-107.
NACHSHEN, J. S., MINNES, P.: 2005	"Empowerment in Parents of School-Aged Children with and without Developmental Disabilities", **Journal of Intellectual Disability Research**, 49/12, 889-904.
O'BRIEN, T.B., DELONGIS, A.: 1996	"The Interactional Context of Problem-Emotion and Relationship Focused Coping: The Role of The Big Five Personality Factors", **Journal of Personality** , 64/4, 775-813.
OLSSON, M.B., HWANG, C.P.: 2002	"Sense of Coherence in Parents of Children with Different Developmental Disabilities", **Journal of Intellectual Disability Research**, 46/7, 548-559.

OLSHANSKY, S. : 1962	Chronic Sorrow: A Response to Having a Mentally Defective Child, **Social Casework** , 43, 190-193
OSBORNE, L.A., REED, P.: 2009	"The Relationship Between Parenting Stress and Behavior Problems of Children with Autistic Spectrum Disorders", **Council for Exceptional Children**, 76/1, 54-73.
ÖZŞENOL,F., IŞIKHAN, V., ÜNAY, B., AYDIN, H.A., AKIN, R., GÖKÇAY, E.: 2003	"Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi", **Gülhane Tıp Dergisi**, 45/2, 156-164.
ÖZALP-TÜRETGEN, İ. CESUR, S.:2006.	Gözden Geçirilmiş Kendini Ayarlama Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. ***Türk Psikoloji Yazıları,*** 9/17, 1-17.
ÖZTÜRK, O.: 2002	**Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri.
ÖZÜRLÜLER İDARESİ BAŞKANLIĞI: 2006	"Özürlü çocuklara yönelik Rehabilitasyon ve Özel Eğitim Hizmetleri Raporu"
PARK, J., TURNBULL, A.P., TURNBULL III, H.R.: 2002	"Impacts of Poverty in Quality of Life in Families Children with Disabilities", **Council for Exceptional Children**, 68/2, 151-170.

PASTER, A., BRANDWEIN, D., WALSH, J.: 2009	"A Comparison of Coping Strategies Used By Parents Of Children With Disabilities And Parents Of Children Without Disabilities" **Research in Developmental Disabilities**, 30/ 1337-1342.
PISULA, E.: 2007	"A Comparative Study of Stress Profiles in Mothers of Children with Autism and Those of Children with Down Syndrome", **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, 20, 274-278.
PLANT, K.M., SANDERS, M.R.: 2007	"Predictors of Care-giver Stress In Families of Preschool-Aged Children With Developmental Disabilities", **Journal of Intellectual Disability Research**, 51/2, 109-124.
ROLL-PETTERSON, L.: 2001	"Parents Talk About How It Feels To Have a Child With a Cognitive Disability", **European Journal of Special Needs Education**, 16/1, 1-14
SARI, H.Y.: 2001	"Down Sendromlu Çocuğu Olan Ailelere Yönelik Bir Durum Çalışması" Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
SAVAŞIR, I., ŞAHİN, N.H.: 1997	**Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler**, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
SELTZER, M.M., ABBEDUTO, L., KRAUSS, M.W., GREENBERG, J., SWE, A.: 2004	"Comparison Groups in Autism Family Research: Down Syndrome, Fragile X Syndrome, and Schizophrenia", **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 34/1, 41-49.

SIKLOS, S., KERNS, K.A.: 2006	"Assasing Need for Social Support in Parents of Children with Autism and Down Syndrome", **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 36, 921-933
SHIN, J., NHAN, N.V. CRITTENDEN, K.S., HONG, H.T.D., FLORY, M., LADINSKİ, J.: 2006	"Parenting Stress of Mother ans Fathers of Young Children with Cognitive Delays in Vietnam", **Journal of Intellectuel Disability Research**, 50/10, 748-760.
SMITH, L.H., SELTZER, M.M., TAGER-FLUSBERG, H., GREENBERG, J.S., CARTER, A.S.: 2008	"A Comparative Analysis of Well-Being and Coping Among Mothers of Toddlers and Mothers of Adolescents with ASD" **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 38/876-889.
STONE, D.: 1989	" A Parent Speaks…Professional Perceptions of Parental Adaptation to a Child With Special Needs", **Child's Health Care**, 18/3, 174-177.
STONEMAN, Z.: 2007	"Examining the Down Syndrome Advantage: Mothers and Fathers of Young Children With Disabilities", **Journal of Intellectual Disability Research**, 51/12, 1006-1017.
SUMMERS, J.N., TURNBULL, A.P.: 1990	"Examining The Individualized Family Service Plan Process: What are Family and Practitioner Preferences?", **Topics in Early Childhood Special Education**, 10/1, 78-99.
ŞEN, E., YURTSEVER, S.: 2007	"Difficulties Experienced by Families With Disabled Children" , **Journal of Specialists in Pediatric Nursing**, 12/4, 238-252.

ŞAHİN, N.H., DURAK, A: 1995	Stresle Basa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri için Uyarlanması. ***Türk Psikoloji Dergisi,*** 10/34, 56-73.
ŞAHİN, N.H., BATIGÜN A.D., UĞURTAŞ, S.: 2002	"Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlik, Güvenirlik ve Faktör Yapısı", **Türk Psikiyatri Dergisi**, 13/2, 125-135.
TEEL, C. S.: 1991	" Chronic Sorrow: Analysis of the Concept", **Journal of Advanced Nursing**, 4, 1311-1319.
TEHEE, E., HONAN, R., HEVEY, D.: 2009	"Factors Contributing to Stress in Parents of Individuals with Autism Spectrum Disorders", **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, 22/ 34-42.
TOMANIK, S., HARRIS, G.E., HAWKINS, J.: 2004	"The Relationship Between Behaviors Exhibited by Children With Autism and Maternal Stress", **Journal of Intellectual & Developmental Disability**, 29/1, 16-26.
TOPÇU, S.: 1982	Çocuklarda ve Yetişkinlerde Kişilik Boyutları İle Bu Boyutlarda Kültürlerarası Ayrılıklar. Basılmamış Doçentlik Tezi. Ankara Hacettepe Üniversitesi Doçentlik Tezi
TOROS, F. : (2002)	"Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon, evlilik uyumunun ve çocuğu algılama şeklinin değerlendirilmesi."**Psikiyatri Dergisi**, 3 45-52.

TURNBULL, A.P. TURNBULL, H.R.:1993	**Cognitive Coping,Families and Disability**,Baltimore, P. H. Brookes Pub.
TWOY, R., CONNOLLY, P.M., NOVAK, J.N.: 2007	"Coping Strategies Used by Parents of Children With Autism", **Journal of American Academy of Nurse Practitioners**, 19, 251-260.
UĞUZ, Ş., TOROS, F., İNANÇ, B.Y., ÇOLAKKADIOĞLU, O.: 2004	" Zihinsel ve/veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi", **Klinik Psikiyatri**, 7, 42-47.
ÜNSAL, P., ÖZALP-TÜRETGEN, İ.: 2005	"Bir iş doyumu ölçeği geliştirme çalışması", ***Yönetim,*** 16/ 51, 43-55.
VEISSON, M.: 2001	"Parents of Disabled Children: Personality Traits", **Social Behavior and Personality**, 29/6, 581-592.
WEISS, M.J.: 2002	"Hardiness and Social Support as Predictors of Stress in Mothers of Typical Children, Children With Autism, and Children With Mental Retardation", **The National Autistic Society**, 6/1, 115-130.
WIKLER, L. WASOW, M. HATFİELD, E.: 1981	"Cronic Sorrow Revisited: Parent vs. Proffessional Depiction of the Adjustment of Parents of Mentally Retarded Children", **American Journal of Orthapsychiatry**, 51/1, 63-70.

WING, L.: 1986	"Children Apart: Autistic Children and Their Families", Washington DC. National Society of Autistic Children.
YAMADA,A., SUZUKI, M., KATO, M., SUZUKI, M., TANAKA, S., SHINDO, T., TAKETANI, K., AKECHI, T., FURUKAWA, T.A.: 2007	"Emotional Distress and its Correlates Among Parents of Children with Pervasive Developmental Disorders", **Psychiatri and Clinical Neurosciences**, 61, 651-657.
YILDIRIM, F., CONK, Z.: 2005	"Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğa Sahip Anne-babaların Stresle Başetme Tarzlarına ve Depresyon Düzeylerine Planlı Eğitimin Etkisi", **C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**. 9/2, 1-10.
YURDAKUL, A., GİRLİ, A., ÖZEKES, M., SARISOY, M.: 2002	"Otistik ve Zihinsel Engelli Çocuğu olan Ailelerin Stresle Başetme Yolları Anne-Baba Farklılıkları", **Saray Rehabilitasyon Dergisi**, 7, 6-17.

EKLER
EK 1

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Anketlere verilecek cevaplar ve isimler araştırma amacı için kullanılacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Araştırma soruları hakkında danışmak istediğiniz herhangi bir şey olduğu takdirde veya sonuçlar hakkında bilgi edinmek isterseniz aşağıdaki telefonlara başvurmaktan lütfen çekinmeyiniz. Yardımlarınız için teşekkür ederim.

SERDAR KIRCI
BEŞİKTAŞ REHBERLİK VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
MÜDÜR YARDIMCISI
TEL :0 212 227 22 56 FAKS: 0 212 227 30 46

CEVAPLAYAN KİŞİ	**( ) ANNE** **( ) BABA**
Yaşınız	
Medeni Durumunuz	1-) Evli 2-) Boşanmış 3-) Eşi Vefat Etmiş 4-) Bekar 5-) Diğer : (Birlikte yaşamak, ayrı yaşamak vb.) (_____) *Birden fazla evlilik durumu var ise kaçıncı evliliğiniz olduğunu belirtiniz: (___)
Eğitim Durumunuz	1-) Okur yazar 2-) İlkokul Mezunu 3-) Ortaokul Mezunu 4-) Lise Mezunu 5-) Üniversite Mezunu 6-) Lisansüstü Mezunu
Mesleğiniz	
Ailenizin Aylık Kazancı (Ailedeki tüm bireylerin aylık toplam kazancı olarak belirtiniz)	1-) 500 Liradan Az 2-) 500-1500 Lira 3-) 1500-3000 Lira 4-) 3000-6000 Lira 5-) 6000 Liradan Çok
Ailenin aylık kazancının ne kadarı tanı almış çocuğun eğitimi için harcanmaktadır.	
Ailenizin sağlık güvencesi	1-) Sosyal Güvenlik Kurumu 2-) Özel Sağlık Sigortası 3-) Yeşil Kart 4-) Sağlık Güvencemiz yok
Çocuklarınızın yaşları ve cinsiyetleri (Küçükten büyüğe doğru sıralayarak yazınız.	Yaş Cinsiyet Yaş Cinsiyet 1-) ____ _____ 4-) ____ _____ 2-) ____ _____ 5-) ____ _____ 3-) ____ _____ 6-) ____ _____
Tanı Almış Olan Çocuğunuz	Yaşı: _____ Cinsiyeti: _____ Kaçıncı Çocuğunuz: _____
Çocuğunuzun Tanısı	1-) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu 2-) Otizm 3-) Zihinsel Yetersizlik 4-) Down Sendromu ( ) DİĞER (Lütfen belirtiniz): _____
Çocuğunuzun aldığı tanı ile ilgili ilk belirtileri çocuğunuz kaç yaşındayken farkettiniz	
Çocuğunuzun bir uzman tarafından tanısı kaç yaşında konuldu.	
Çocuğunuza tanı koyan uzmanın tanı hakkında size yeterince bilgi verdiğini düşünüyor musunuz?	1-) Evet , yeterli biçimde bilgilendirildim 2-) Hayır, yeterli biçimde bilgilendirilmedim
Çocuğunuzun durumu ile ilgili olarak hangi tür destek hizmetlerinden yararlandınız? (*Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)	1-) Herhangi bir hizmetten yararlanmadım 2-) Psikolojik destek aldım. 3-) Aile danışmanlığı aldım 4-) Aile eğitim programlarına katıldım. 5-) Bir dayanışma grubuna üyeyim 6-) Çocuğumun altına tanı ile ilgili faaliyet gösteren bir derneğe üyeyim.

Ailenizde Zihinsel Yetersizlik ya da gelişimsel bozukluk tanısı almış olan başka birey var mı?	1-) Evet 2-) Hayır Yanıtınız "Evet" ise 1-) Diğer Çocuğum 2-) Anne ya da Baba 3-) Akrabalarımız arasında var
Diğer bireyin aldığı tanı	1-) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu 2-) Otizm 3-) Zihinsel Yetersizlik 4-) Down Sendromu 5-) Bedensel Engel 6-) Görme Engeli 7-) İşitme Engeli 8-) Diğer: (Lütfen belirtiniz): _____
Çocuğunuz aldığı tanı ile ilgili olarak özel eğitim alıyor mu?	1-) Evet ücretini devletin karşıladığı özel eğitim hizmetlerinden yararlanıyor 2-) Evet alıyor, özel eğitim ücretlerini ben karşılıyorum 3-) özel eğitim almıyor
Bir önceki soruya yanıtınız " Evet" ise ayda kaç saat eğitim aldığını belirtiniz.	
Çocuğunuzun eğitim durumu (* Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	1-) Anaokulunda kaynaştırma eğitimi alıyor 2-) İlköğretim okulunda kaynaştırma eğtimi alıyor 3-) Lisede kaynaştırma eğitimi alıyor 4-) Özel eğitim okuluna devam ediyor (OÇEM, Eğitim Uygulama Okulu vb.) 5-)Özel eğitim okulundan mezun olmuş durumda 6-)Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinden bireysel destek eğitimi alıyor 7-) Evde eğitim hizmetlerinden yararlanıyor 8-) Normal eğitime devam ediyor.(Anaokulu, İlköğretim, Lise , Üniversite)
Çocuğunuz ne kadar süredir ücreti devlet tarafından karşılanan ve özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinden alınan bireysel destek eğitiminden yararlanıyor?	_____ YIL _____ AY
Çocuğunuzun eğitim süreçlerine aktif biçimde katıldığınızı düşünüyor musunuz? (Örneğin günlük egzersiz ya da ev ödevi uygulamalarını birlikte yapmak vb.)	1-) EVET 2-) HAYIR
Çocuğunuzun bakımı ve eğitimi ile düzenli olarak ilgilenen başka biri var mı?	1-) Var 2-) Yok yanıt "var" ise lütfen belirtiniz 1-) Kardeş 2-) Büyükanne-Büyükbaba 3-) Akraba 4-) Profesyonel yardımcı 5-) Özel eğitim alanında eğitimli profesyonel yardımcı 6-) Diğer: _____
Şu anda tedavisi devam eden bir hastalığınız var mı?	1-) Var 2-) Yok Yanıt 'var' ise lütfen belirtiniz:_____
Çocuğunuzun tanı alma süreci ile ilgili olarak herhangi bir psikolojik-psikiyatrik destek aldınız mı?	1-) Evet 2-) Hayır Yanıt "evet" ise desteğin türünü belirtiniz. 1-) Psikoterapi 2-) İlaç tedavisi 3-) Psikoterapi ve ilaç tedavisi birlikte 4-) Hastaneye yatış Ne kadar sürdüğünü belirtiniz:_____
Hayatınız boyunca çocuğunuzun tanı durumu haricinde başka bir psikolojik-psikiyatrik tedavi gördünüz mü?	1-) Evet 2-) Hayır Yanıt "evet" ise tedavinin türünü belirtiniz. 1-) Psikoterapi 2-) İlaç tedavisi 3-) Psikoterapi ve ilaç tedavisi birlikte 4-) Hastaneye yatış
Şu anda herhangi bir psikolojik-psikiyatrik tedavi görüyor musunuz?	1-) Evet 2-) Hayır Yanıt "evet" ise tedavinin türünü belirtiniz. 1-) Psikoterapi 2-) İlaç tedavisi 3-) Psikoterapi ve ilaç tedavisi birlikte

EK 2
DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU (Kontrol Grubu)

Anketlere verilecek cevaplar ve isimler araştırma amacı için kullanılacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Araştırma soruları hakkında danışmak istediğiniz herhangi bir sey olduğu takdirde veya sonuçlar hakkında bilgi edinmek isterseniz aşağıdaki telefonlara başvurmaktan lütfen çekinmeyiniz. Yardımlarınız için teşekkür ederim.

SERDAR KIRCI
BEŞİKTAŞ REHBERLİK VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
MÜDÜR YARDIMCISI
TEL :0 212 227 22 56 FAKS: 0 212 227 30 46
GSM:0 505 910 56 85

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

CEVAPLAYAN KİŞİ	**( ) ANNE** **( ) BABA**
Yaşınız	
Medeni Durumunuz	1-) Evli 2-) Boşanmış 3-) Eşi Vefat Etmiş 4-) Bekar 5-) Diğer : (Birlikte yaşamak, ayrı yaşamak vb.) (_____) *Birden fazla evlilik yaptıysanız kaçıncı evliliğiniz olduğunu belirtiniz: (___)
Eğitim Durumunuz	1-) Okur yazar 2-) İlkokul Mezunu 3-) Ortaokul Mezunu 4-) Lise Mezunu 5-) Üniversite Mezunu 6-) Lisansüstü Mezunu
Mesleğiniz	
Ailenizin Aylık Kazancı (Ailedeki tüm bireylerin aylık toplam kazancı olarak belirtiniz)	1-) 500 Liradan Az 2-) 500-1500 Lira 3-) 1500-3000 Lira 4-) 3000-6000 Lira 5-) 6000 Liradan Çok
Ailenizin sağlık güvencesi	1-) Sosyal Güvenlik Kurumu 2-) Özel Sağlık Sigortası 3-) Yeşil Kart 4-) Sağlık Güvencemiz yok
Çocuklarınızın yaşları ve cinsiyetleri (Küçükten büyüğe doğru sıralayarak yazınız.	Yaş Cinsiyet Yaş Cinsiyet 1-) ____ _____ 4-) ____ _____ 2-) ____ _____ 5-) ____ _____ 3-) ____ _____ 6-) ____ _____
Zihinsel, fiziksel engeli ya da gelişimsel bozukluğu veya kronik bir hastalığı olan çocuğunuz /çocuklarınız var mı?	1-) Evet 2-) Hayır Yanıt Evet ise yaşı/ yaşlarını belirtiniz Yaş Cinsiyet Yaş Cinsiyet 1-) ____ _____ 3-) ____ _____ 2-) ____ _____ 4-) ____ _____
Şu anda tedavisi devam eden bir hastalığınız var mı?	1-) Var 2-) Yok Yanıt 'var' ise lütfen belirtiniz:_____
Hayatınız boyunca psikolojik-psikiyatrik bir tedavi gördünüz mü?	1-) Evet 2-) Hayır Yanıt "evet" ise tedavinin türünü belirtiniz. 1-) Psikoterapi 2-) İlaç tedavisi 3-) Psikoterapi ve ilaç tedavisi birlikte 4-) Hastaneye yatış Ne kadar sürdüğünü belirtiniz:_____
Şu anda herhangi bir psikolojik-psikiyatrik tedavi görüyor musunuz?	1-) Evet 2-) Hayır Yanıt "evet" ise tedavinin türünü belirtiniz. 1-) Psikoterapi 2-) İlaç tedavisi 3-) Psikoterapi ve ilaç tedavisi birlikte

EK 3
EYSENCK KİŞİLİK ENVANTERİ

Aşağıda çeşitli durumlardaki duygu ve davranışlarınızla ilgili birçok ifade yer almaktadır. Her bir ifadeyi okuduktan sonra EVET ya da HAYIR yanıtlarından birini yuvarlak içerisine alarak cevaplayınız.Cevapların doğru ve yanlışı olmadığı gibi, aldatmacalı cevaplar da yoktur. Cevaplarınızısorunların anlamıüzerinde fazla düşünmeden mümkün olduğunca çabuk bir şekilde işaretleyiniz.

	LÜTFEN HER SORUYU CEVAPLANDIRMAYI UNUTMAYIN!		
1	Çok değişik meraklarınız var mıdır?	EVET	HAYIR
2	Ruh haliniz sık sık inişler çıkışlar gösterir mi?	EVET	HAYIR
3	Konuşkan bir insan mısınız?	EVET	HAYIR
4	Nedeni olmadığı halde kendinizi "tam anlamıyla son derece mutsuz" hissetiğiniz olur mu?	EVET	HAYIR
5	Oldukça canlı bir kişi misiniz?	EVET	HAYIR
6	Yapmamanız ve söylememeniz gereken şeyler olduğunda sık sık endişe duyar mısınız?	EVET	HAYIR
7	Canlı bir toplantının havasına genellikle kendinizi kaptırır mısınız?	EVET	HAYIR
8	Tedirgin bir kimse misiniz?	EVET	HAYIR
9	Yeni kimselerle tanışmaktan hoşlanır mısınız?	EVET	HAYIR
10	Hisleriniz kolayca incinir mi?	EVET	HAYIR
11	Sosyal olaylarda arka planda kalma eğiliminde misiniz?	EVET	HAYIR
12	Sık sık tartıştığınızı hisseder misiniz?	EVET	HAYIR
13	Çok gezmeyi sever misiniz?	EVET	HAYIR
14	Sık sık suçluluk duygusundan rahatsız olur musunuz?	EVET	HAYIR
15	Okumayı, insanlarla tartışmaya tercih eder misiniz?	EVET	HAYIR
16	Kendinize sinirli bir kimse der misiniz?	EVET	HAYIR
17	Çok arkadaşınız var mı?	EVET	HAYIR
18	Endişe eden biri misiniz?	EVET	HAYIR
19	Kendiniz için kaygısız diyebilir misiniz?	EVET	HAYIR
20	"Dehşet verici şeyler olabilir" diye endişe eder misiniz?	EVET	HAYIR
21	Yeni dostlar edinmek için ilk adımı genellikle siz mi atarsınız?	EVET	HAYIR
22	Kendinize "gergin" veya "sinirleri son derece gerilmiş" biri diyebilir misiniz?	EVET	HAYIR
23	Başkalarıyla beraber olduğunuz zaman genellikle sessiz misiniz?	EVET	HAYIR
24	Sönük bir toplantıya canlılık getirebilir misiniz?	EVET	HAYIR
25	Sağlığınız hakkında endişelenir misiniz?	EVET	HAYIR
26	Arkadaşlarınızla şakalaşmaktan ya da onlara komik hikayeler anlatmaktan hoşlanır mısınız?	EVET	HAYIR
27	İnsanlarla kaynaşmaktan hoşlanır mısınız?	EVET	HAYIR
28	Uykusuzluk çekmekten şikayetçi misiniz?	EVET	HAYIR
29	İnsanlar sizinle konuşurken hemen daima bir hazırcevabınız bulunur mu?	EVET	HAYIR
30	Sık sık sebepsiz yere kendinizi kayıtsız ve yorgun hisseder misiniz?	EVET	HAYIR
31	Çabuk hareket gerektiren şeylerden hoşlanır mısınız?	EVET	HAYIR
32	Sık sık hayatın çok sıkıcı ve donuk olduğu hissine kapılır mısınız?	EVET	HAYIR
33	Sık sık zamanınızın elverdiğinden daha çok faaliyetlere katılır mısınız?	EVET	HAYIR
34	Görünüşünüz için çok endişelenir misiniz?	EVET	HAYIR
35	Ölmüş olmayı hiç istediğiniz oldu mu?	EVET	HAYIR
36	Bir toplantıyı hareketlendirebilir misiniz?	EVET	HAYIR
37	Utandırıcı bir tecrübenin ardından uzun süre endişelenir misiniz?	EVET	HAYIR
38	Asabi olmaktan şikayetçi misiniz?	EVET	HAYIR
39	Sık sık kendinizi yalnız hisseder misiniz?	EVET	HAYIR
40	Sizde veya yaptığınız işte hata bulunursa kolayca kırılır mısınız?	EVET	HAYIR
41	Etrafta fazla telaş ve heyecan olmasından hoşlanır mısınız?	EVET	HAYIR
42	Bazen etrafınıza enerji saçarken bazen de son derece cansız ve yavaş hareket eder misiniz?	EVET	HAYIR
43	Başkaları sizi çok canlı ve hareketli mi görür?	EVET	HAYIR
44	Bazı şeylere karşı hassas mısınız?	EVET	HAYIR

EK 4

AİLE STRESİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Bu anket, çocuğunuz hakkında hissettiklerinizle ilgilidir. Bazı cümlelerde boşluklar bırakılmıştır. Bu boşluklarda çocuğunuzun adının olduğunu düşünün. Soruları yanıtlarken gerçek duygularınızı ve düşüncelerinizi belirtiniz. Size uygun gelmese de, lütfen bütün soruları yanıtlayınız. Cevabınızın doğru (D) ya da yanlış (Y) olduğuna karar vermekte zorlanırsanız, kendinizin ya da ailenizin genellikle ne hissettiğini ya da ne yaptığını düşünerek cevap veriniz. Her cümleyi okuyup, cümledeki ifade sizce doğru ise D harfini, yanlış ise Y harfini yuvarlak içine alınız. Bazen sorular, sizin ailenizde olmayan sorunlarla ilgili olabilir. Size uygun olmasa da cevap veriniz.

	LÜTFEN HER SORUYU CEVAPLANDIRMAYI UNUTMAYINIZ!		
1	_____ , yaşıtlarıyla iletişim kuramaz.	(D)	(Y)
2	Ailemizin diğer bireyleri _____'ın yüzünden bir şeylerden vazgeçmek zorunda kalıyorlar.	(D)	(Y)
3	Ailemiz önemli konularda ortak karar alır.	(D)	(Y)
4	Ona bakamayacak duruma geldiğimde, _____'a ne olacağı konusunda endişeliyim.	(D)	(Y)
5	_____'a bakmak için gereken sürekli ilgi yüzünden ailemizin diğer bireylerinin gelişimi sınırlanmaktadır.	(D)	(Y)
6	_____'ın hayatını kazanmak için yapabileceği işler sınırlıdır.	(D)	(Y)
7	_____'ın yaşamını bakımevi ya da grupevi gibi kurumlarda sürdürmek zorunda kalabileceği gerçeğini kabul ediyorum.	(D)	(Y)
8	_____ , kendi kendine yemek yiyebilir.	(D)	(Y)
9	_____'a bakmak için gerçekten yapmak istediğim birçok şeyden vazgeçtim	(D)	(Y)
10	. _____ , ailemizin sosyal yaşamına uyum sağlayabilir	(D)	(Y)
11	Bazen_____'ı dışarı çıkarmaktan kaçınıyorum.	(D)	(Y)
12	Artan sorumluluklar ve parasal sıkıntılar, ileride ailemizin sosyal yaşamını etkileyecek.	(D)	(Y)
13	. _____'ın hep böyle kalacağı düşüncesi beni çok rahatsız ediyor.	(D)	(Y)
14	_____'ı dışarı çıkarttığım zamanlar rahatsızlık duyuyorum.	(D)	(Y)
15	İstediğim zaman arkadaşlarımla dışarı çıkabilirim	(D)	(Y)
16	_____'ı seyahate götürmek bütün ailenin keyfini kaçırıyor.	(D)	(Y)
17	. _____ , evimizin adresini bilir.	(D)	(Y)
18	Ailesi olarak, eskiden yaptığımız her şeyi yapıyoruz.	(D)	(Y)
19	. _____ , kim olduğunu bilir.	(D)	(Y)
20	Yaşamımın gidişinden memnun değilim.	(D)	(Y)
21	Bazen _____'ın yüzünden çok utanırım.	(D)	(Y)
22	. _____ , yapabileceği şeyleri yapmaz	(D)	(Y)
23	Kendisine söylenenleri anlamakta çok zorlandığı için, _____ ile iletişim kurmak çok güçtür.	(D)	(Y)
24	_____ , bizimle beraberken, ailece zevk alabileceğimiz birçok yer vardır.	(D)	(Y)
25	_____ , aşırı korunuyor.	(D)	(Y)
26	_____ , oyunlara ve sportif etkinliklere katılabilir.	(D)	(Y)

27	_____'ın çok fazla boş zamanı var.	(D)	(Y)
28	_____'ın normal bir yaşam süremeyeceği düşüncesi beni hayal kırıklığına uğratıyor.	(D)	(Y)
29	_____ boş zamanlarında ne yapacağını bilemez.	(D)	(Y)
30	_____ , dikkatini uzun süre toplayamaz.	(D)	(Y)
31	Kendimi kolayca rahatlatabilirim.	(D)	(Y)
32	_____'ın büyüdüğü zaman ne olacağını düşünmek beni endişelendiriyor.	(D)	(Y)
33	Yaşamdan zevk alamıyorum.	(D)	(Y)
34	_____'ın en hoşnut olduğum yönlerinden biri, kendine olan güvenidir.	(D)	(Y)
35	Ailemizde öfke ve kızgınlık duyguları çok yaşanır.	(D)	(Y)
36	_____ , tuvalete kendi başına gidebilir.	(D)	(Y)
37	_____ , bir dakika önce söylediğini, bir dakika sonra hatırlayamaz.	(D)	(Y)
38	_____ , otobüse binebilir.	(D)	(Y)
39	_____ ile iletişim kurmak kolaydır.	(D)	(Y)
40	_____'ın sürekli bakım gerektirmesi, benim gelişimimi sınırlandırıyor.	(D)	(Y)
41	_____ , kendini bir birey olarak kabul eder.	(D)	(Y)
42	Ne zaman _____'ı düşünsem kendimi üzgün hissederim.	(D)	(Y)
43	_____'a artık bakamayacağım zaman, ona ne olacağı konusunda sık sık endişelenirim.	(D)	(Y)
44	İnsanlar _____'ın ne söylediğini anlayamazlar.	(D)	(Y)
45	_____'a bakmak beni geriyor.	(D)	(Y)
46	Ailemizin bireyleri, diğer ailelerin yaptığı şeyleri yapabilir.	(D)	(Y)
47	. _____ , bizim için her zaman sorun olacak.	(D)	(Y)
48	_____ , kendi duygularını başkalarına ifade edebilir.	(D)	(Y)
49	_____ , bez kullanmak zorundadır.	(D)	(Y)
50	Kendimi çok ender olarak kederli hissederim.	(D)	(Y)
51	Çoğu zaman endişeliyim.	(D)	(Y)
52	_____ , yardımsız yürüyebilir.	(D)	(Y)

EK 5

KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun.Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyinl.Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikrinizi değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin.Yanıtlarınızı belirtilen ölçeğe göre değerlendiriniz.

BU BELİRTİLER SON BİR HAFTADIR SİZDE NE KADAR VAR

		Hiç yok	**Biraz var**	**Orta derecede var**	**Epey var**	**Çok fazla var**
1	İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2	Baygınlık, baş dönmesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4	Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5	Olayları hatırlamada güçlük	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6	Çok kolayca kızıp öfkelenme	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7	Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8	Meydanlık(açık) yerlerden korkma duygusu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9	Yaşamınıza son verme düşünceleri	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10	İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11	İştahta bozukluklar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12	Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14	Başka insanlarla beraberken bile yalnız hissetmek	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16	Yalnızlık hissetmek	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17	Hüzünlü, kederli hissetmek	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18	Hiçbir şeye ilgi duymamak	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19	Ağlamaklı hissetmek	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20	Kolayca incinebilmek, kırılmak	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21	İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22	Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23	Mide bozukluğu, bulantı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24	Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

		Hiç yok	Biraz var	Orta derecede var	Epey var	Çok fazla var
25	Uykuya dalmada güçlük	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26	Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27	Karar vermede güçlükler	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28	Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29	Nefes darlığı, nefessiz kalmak	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30	Sıcak soğuk basmaları	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31	Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ve etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32	Kafanızın "bomboş" olması	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34	Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
36	Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
37	Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hiss	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
38	Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
39	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
40	Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
41	Bir şeyleri kırma, dökme isteği	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
42	Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şey yapmamaya çalışmak	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
43	Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
44	Birbaşka insana hiç yakınlık duymamak	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
45	Dehşet ve panik nöbetleri	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
46	Sık sık tartışmaya girmek	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
47	Yanlık bırakıldığında / kalındığında sinirlilik hissetmek	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
48	Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
49	Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
50	Kendini değersiz görmek / değersizlik duyguları	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
51	Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
52	Suçluluk duyguları	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
53	Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK 6
STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek kişilerin yaşamdaki stresle başa çıkmak için neler yaptığını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayınve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin.

	BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA.....	%0	%30	%70	%100
1	Kimsenin bilmesini istemem.	( )	( )	( )	( )
2	İyimser olmaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
3	Bir mucize olmasını beklerim.	( )	( )	( )	( )
4	Olayı /olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
5	Başa gelen çekilir diye düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
6	Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.	( )	( )	( )	( )
7	Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim.	( )	( )	( )	( )
8	Olayın / olayların değerlendirmesini yaparım, en iyi kararı vermeye çalışırım.	( )	( )	( )	( )
9	İçinde bulunduğum kötü durumun kimse tarafından bilinmesini istemem.	( )	( )	( )	( )
10	Ne olursa olsun direnme ve mücadele gücünü kendimde bulurum.	( )	( )	( )	( )
11	Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.	( )	( )	( )	( )
12	Kendime karşı hoş görülü olmaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
13	İş olacağına varır diye düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
14	Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.	( )	( )	( )	( )
15	Problemin çözümü için adak adarım.	( )	( )	( )	( )
16	Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.	( )	( )	( )	( )
17	Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.	( )	( )	( )	( )
18	Olaydan / olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
19	Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım.	( )	( )	( )	( )
20	Problemi /problemleri adım adım çözmeye çalışırım.	( )	( )	( )	( )
21	Mücadeleden vazgeçerim.	( )	( )	( )	( )
22	Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
23	Hakkımı savunabileceğime inanırım.	( )	( )	( )	( )
24	Olaylar karşısında kaderim buymuş derim.	( )	( )	( )	( )
25	Keşke daha güçlü bir insan olsaydım diye düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
26	Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim.	( )	( )	( )	( )
27	"Benim suçum ne" diye düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
28	Hep benim yüzümden oldu diye düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
29	Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.	( )	( )	( )	( )
30	Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.	( )	( )	( )	( )