



**T.C.  
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**7-11 YAŞ ARASI ÖZEL EĞİTİM GÖREN ZİHİNSEL ENGELLİ  
ÖĞRENCİ ANNELERİNİN STRES BELİRTİLERİ VE SOSYAL KAYGI  
DÜZEYİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
MESUR EREZ  
95003101**

**TEZ DANIŞMANI  
Yrd.Doç.Dr. Ayşem Çalışkur**

**İSTANBUL 2012**



T.C.  
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**7-11 YAŞ ARASI ÖZEL EĞİTİM GÖREN ZİHİNSEL  
ENGELLİ ÖĞRENCİ ANNELERİNİN STRES BELİRTİLERİ  
VE SOSYAL KAYGI DÜZEYİ AÇISINDAN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
MESUR EREZ**

## **YEMİN METNİ**

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “ 7-11 Yaş Arası Özel Eğitim Gören Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin Stres Belirtileri Ve Sosyal Kaygı Düzeyi Açısından Karşılaştırılması ” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Mesur EREZ

## ÖZET

### 7-11 YAŞ ARASI ÖZEL EĞİTİM GÖREN ZİHİNSEL ENGELLİ ÖĞRENCİ ANNELERİNİN STRES BELİRTİLERİ VE SOSYAL KAYGI DÜZEYİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

MESUR EREZ

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman: Yrd.Doç.Dr. Ayşem Çalışkur

Ekim, 2012-89 sayfa

Engelli ailelerinin özellikle annelerin yaşadıkları ruhsal sorunların anlaşılması onlara ve çocuklarına daha iyi hizmet verebilmek için gereklidir. Engelli insanlar hayatlarını tek başlarına idare edemedikleri için aile fertlerinin desteğine özellikle annelerinin destek ve korumalarına ihtiyaç duyabilmektedir. Bu durum annelerin normal bir çocuğa sahip olmakla üstlenmeleri gereken sorumluluktan daha fazla sorumluluk üstlenmeleri anlamına gelmektedir. Engelli bir çocuğa sahip olmanın getirdiği duygusal, fiziksel, ekonomik, sosyal yük annenin normal şartlarda yaşayabileceği stresi daha da yoğun yaşamasına sebep olmaktadır. Hatta pek çok engelli annesi ruhsal ve fiziksel rahatsızlıklara maruz kalmaktadır. Ancak engelli annelerinin stres ya da ruhsal rahatsızlıklar yaşamasının tek nedeni engelli bir çocuğu sahip olmak değildir. Araştırmalar engelli bir çocuğa sahip olmanın dışında stres ve ruhsal sorunları etkileyebilecek pek çok faktör olduğunu bildirmektedir. Bu bilgilerden yola çıkarak bu araştırmanın amacı 7-11 yaş arası özel eğitim gören zihinsel engelli öğrenci annelerinin stres belirtileri ve sosyal kaygı düzeyi açısından karşılaştırılmasıdır. Araştırmanın örneklemini İstanbul Bağcılar'daki özel eğitim merkezlerinde eğitim alan 108 zihinsel engelli çocuk annesi oluşturmuştur. Katılımcılara Kişisel Bilgi Formu, Stres Belirtileri Ölçeği ve Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği uygulanmış, elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmayı esas alarak karşılaştırma türü ilişkisel tarama ve korelasyon türü ilişkisel tarama yöntemi uygulanmıştır. Sonuç çıkarıcı istatistiklerden tek yönlü anova, T-testi ve

Regresyon Analizi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında 0,05 anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, zihinsel engelli çocuk annelerinin stres ve sosyal fobiye maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin stres belirtilerinin sosyal fobi düzeyinden etkilenme durumunu test etmek için yapılan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır ( $F=13,063$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Elde edilen bulgulara göre zihinsel engelli çocuk annelerinin stres ile sosyal fobi puanları arasında .33 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=.33$ ;  $p= 0,000<0,05$ ). Buna göre stres puanı arttıkça sosyal fobi puanı da artmakta, sosyal fobi puanı arttıkça stres puanı da artmaktadır. Bu bulgular ışığında gerek eğitim kurumlarında gerekse sağlık kurumlarında zihinsel engelli çocuk anneleri ile ilgili değerlendirmeler yapılırken annelerin stres yaşamalarının dışında başka ruhsal rahatsızlıklar da yaşayabileceği dikkate alınmalıdır. Gerek bu araştırma gerekse literatürdeki pek çok araştırma zihinsel engelli çocuk annelerinin yaşadığı stresin sadece çocuklarının yaşadıkları engelden dolayı değil başka pek çok sebepten dolayı yaşanabileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Zihinsel engelli çocuklar, stres, sosyal fobi, anneler

## **SUMMARY**

### **STRESS SYMPTOMS AND SOCIAL ANXIETY LEVEL COMPARISON OF THE MOTHERS OF THOSE CHILDREN BETWEEN 7-11 AGES WHO ARE HAVING A SPECIAL EDUCATION FOR THE DISABLED**

**MESUR EREZ**

**Postgraduate Thesis, Department of Psychology**

**Supervisor: Yrd.Doç.Dr. Ayşem Çalışkur**

**October, 2012- 89 pages**

Understanding the mental problems, which the families especially the mothers of the disabled persons confront, is mandatory in order to serve them and their children better. The disabled are generally not being able to cope with life on their own therefore; they may need the support of the other family members, especially their mothers. This condition causes the mothers to take more responsibilities than the responsibilities they would have to handle by having a normal child. The emotional, physical, economical, social burdens taking place as a result of having a disabled child, causes the mother to face the stress she would face in normal conditions more intensively. Moreover, most of the disabled children's mothers are subjected to psychological and physical disorders. However, the only reason for the mothers of the disabled children to face stress or psychological disorders is not having a disabled child. The researches indicate that there are many factors, which may trigger stress and psychological problems, except having a disabled child.

Based upon aforementioned information, the purpose of this research is to compare the stress symptoms and social anxiety levels of the mothers of those children between ages of 7-11, who have are trained under a special disabled education program. The sample group of the research is composed of the mothers of 108 mentally handicapped children, who are trained in special education centers located in Istanbul Bagcilar. Personal Information Form, Stress Symptoms Scale and Liebowitz Social Anxiety Scale have been implemented on the attendees and the data obtained have been analyzed by using SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 program. Between groups comparisons on the basis type of

comparison and correlation associative screening method is applied. Result remover statistics one-way Anova, T-test and regression analysis were applied. The findings are interpreted in the 95 % confidence interval 0.05 significance level.

While evaluating the findings obtained at the end of the research, it is determined that the mothers of the mentally retarded children has been exposed to stress and social phobia. The regression model, which was done in order to test the stress symptoms and social phobia exposure status of the mothers of the mentally retarded children, who attended the research, is statistically significant. ( $F=13,063$ ;  $p=0,000<0,05$ ). According to the findings; a significant relationship between the stress and social phobia rates of the mentally retarded children's mothers is found in positive direction at level .33 ( $r=.33$ ;  $p= 0,000<0,05$ ). Accordingly, it can be said that the social phobia rate increases as the stress rate increases and stress rate increases as the social phobia rate increases. In consideration of these findings; while doing assessments about the mentally retarded children's mothers either in the education centers or in health institutions, it has to be considered that the mothers may also face other mental disorders except being exposed to stress. Both this research and plenty of researches in the literature show that the stress, which the mentally retarded children's mothers live, may be caused not only because of the retardation, which their children face, but also because of many other reasons.

**Key Words:** Mentally retarded children, stress, social phobia, mothers

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET .....	iii
ABSTRACT .....	iv
ÖNSÖZ .....	v-vi
KISALTMALAR LİSTESİ .....	vii
TABLolar LİSTESİ .....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	ix
EKLER LİSTESİ .....	x

### 1. BÖLÜM

#### GİRİŞ

1.1. Problemin Tespiti .....	1
1.2. Çalışmanın Amacı .....	1
1.3. Araştırma Metodolojisi .....	2

### 2. BÖLÜM

#### ZİHİNSEL ENGELLİLİK, STRES, SOSYAL KAYGI

2.1. Giriş .....	3
2.2. Zihinsel Engellilik (Mental Retardasyon).....	6
2.2.1. Mental Retardasyonun Ağırlığının Dereceleri.....	8
2.2.1.1. Hafif Mental Retardasyon (IQ düzeyi 50-55 ile yaklaşık 70 arası).....	8
2.2.1.2. Orta Derecede Mentâl Retardasyon (IQ düzeyi 35-40 ile 50-55 arası).....	8
2.2.1.3. Ağır Mental Retardasyon (IQ düzeyi 20-25 ile 35-40 arası).....	9
2.2.1.4. İleri Derecede Ağır Mental Retardasyon (IQ düzeyi 20- 25'in altında).....	9
2.2.1.5. Mental Retardasyon, Şiddeti Belirlenmemiş .....	9



2.2.2. AAMR Zihinsel Yetersizliği Olan Bireyler Sınıflandırması-----	10
2.2.2.1. Aralıklı Desteğe İhtiyaç Duyan-----	10
2.2.2.2. Sınırlı Desteğe İhtiyaç Duyan-----	10
2.2.2.3. Kapsamlı Desteğe İhtiyaç Duyan-----	10
2.2.2.4. Yaygın Desteğe İhtiyaç Duyan-----	10
2.2.3. Zihinsel Yetersizliğin Nedenleri-----	11
2.2.3.1. Doğum Öncesi Nedenler-----	11
2.2.3.2. Metabolizmanın İşleyişindeki Sorunlar-----	12
2.2.3.3. Beyin Gelişimi İle İlgili Sorunlar-----	13
2.2.3.4. Çevresel Etkiler-----	13
2.2.3.5. Doğum Anı Nedenler-----	13
2.2.3.6. Doğum Sonrası Nedenler-----	14
2.2.4. Zihinsel Yetersizliği Olan Öğrencilerin Özellikleri-----	14
2.2.4.1. Bilişsel Özellikleri-----	14
2.2.4.2. Sosyal, Davranışsal ve Duygusal Özellikleri -----	15
2.2.4.3. Fiziksel Sağlık Özellikleri-----	16
2.2.5. Zihinsel Yetersizliğin Tanılanması/Değerlendirilmesi-----	16
2.3. Sosyal Fobi (Sosyal Anksiyete Bozukluğu)-----	18
2.3.1. Eşlik Eden Özellikler Ve Bozukluklar-----	22
2.4. Stres-----	24
2.4.1 Çeşitleri-----	25
2.4.2. Tepkileri-----	26
2.4.3. Nedenleri-----	27
2.4.4. Sonuçları-----	29
2.5. Zihinsel Engelli Annelerinde Stres ve Diğer Ruhsal Sorunlar-----	30

### 3. BÖLÜM YÖNTEM

3.1. Veri Toplama Araçları-----	46
3.1.1. Kişisel Bilgi Formu-----	46
3.1.2. Stres Belirtileri Ölçeği 2-----	47
3.1.3. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği-----	47

## **4.BÖLÜM**

### **BULGULAR**

- 4.1.** Örneklem Grubunun Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular-----48
- 4.2.** Araştırmaya Katılan Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin Stres Belirtileri ve Sosyal Kaygı Düzeylerinin Ortalamaları-----52
- 4.3.** Araştırmaya Katılan Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin Stres Belirtileri ve Sosyal Kaygı Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre Farklılaşması---53
- 4.4.** Araştırmaya Katılan Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin Stres Belirtilerinin Kaygı, Kaçınma ve Sosyal Fobi Düzeylerinden Etkilenme Durumunu Test Etmek İçin Yapılan Regresyon Modeli-----58

## **5. BÖLÜM**

### **SONUÇLAR VE TARTIŞMA**

- 5.1.** Araştırma sonucunda varılan yargılar-----60
- 5.2.** Tartışma-----60
- 5.3.** Özet-----66
- 5.4.** Çalışmanın Literatüre Katkıları-----67
- 5.5.** Çalışmanın Sınırlılıkları-----67
- 5.6.** Öneriler-----68
- KAYNAKLAR**-----70
- EKLER**-----80
- ÖZGEÇMİŞ**-----89

## ÖNSÖZ

Günümüze kadar gerek ülkemizde gerekse dünyada engelli insanlar ve ailelerinin yaşamları ve sağlık durumları ile ilgili pek çok araştırma yapılmış ve yapılmaya devam etmektedir. Engelli insanlar ve aileleriyle ilgili araştırmalar aracılığıyla açığa kavuşturulmuş ve kavuşturulması beklenen pek çok konu vardır. Söz konusu konulardan biri de strestir. Engelli insanların ve ailelerinin yaşadıkları stresi inceleyen pek çok araştırma olmasına rağmen stresle ilgili araştırmalar devam etmektedir. Bu durum stresin kendi içinde karmaşık bir yapıya sahip olması ve pek çok faktörden etkilenerek ya da o faktörleri etkileyerek ortaya çıkması ve gelişmesinden kaynaklanabildiği gibi engelliliğin kendine özgü pek çok faktörle bağlantılı olarak stresi etkilemesinden kaynaklanabilmektedir.

Engelli annelerine ve çocuklarına daha iyi hizmet ve yardım vermenin yolu annelerin yaşadıkları zorlukları ve psikolojik ihtiyaçlarını daha iyi anlamaktan geçmektedir. Tek başlarına hayatlarını sürdüremeyen ya da sürdürmede zorluk yaşayan engelli insanlar özellikle annelerinin destek ve korumasına ihtiyaç duymaktadır. Bu durumda annelerin üstlendikleri sorumluluk ve yaşadıkları sıkıntılar normal çocuğa sahip olan annelere göre daha fazla olmaktadır. Engelli çocuk annelerinin yaşadığı stres engelli bir çocuğa sahip olmanın getirdiği diğer zorluklar neticesinde daha da fazla olmaktadır. Ayrıca stresin yanında başka psikolojik problemler ve fiziksel rahatsızlıklar da görülebilmektedir. Ancak engelli annelerinin yaşadıkları stresin ya da ruhsal rahatsızlıkların tek nedeni engelli bir çocuğu sahip olmak değildir. Araştırmalar engelli bir çocuğa sahip olmanın dışında stres ve ruhsal sorunları etkileyebilecek pek çok faktör olduğunu bildirmektedir. Bu faktörlerin ortaya çıkarılması engelli çocuğa sahip annelere yardım etmeyi kolaylaştıracaktır. Engelli çocuğun eğitim, sağlık, fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarının yeterli bir şekilde sağlanması için engelli annelerinin ruhsal ve fiziksel açıdan iyi olması çok önemlidir.

Engelli annelerinin çocukları ile ilgili gerekli bilgi ve desteğe ulaşması, sağlık kuruluşları ve eğitim kurumlarından ya da sosyal kurumlardan faydalanması çocuklarının daha iyi yetiştirilmesi ve engellilikle baş edilebilmesi için hayati öneme sahiptir.

Sosyal fobi, kişinin engellerini arttıran; sosyal, ekonomik, sağlık alanlarında duyduğu ihtiyacı yeterince giderememesine sebep olan bir ruhsal rahatsızlıktır. Engelli çocuğa sahip annelerin yaşadıkları pek çok sorunun yanında bir de sosyal fobiye maruz kalmaları hem streslerini daha da arttırabilir hem de sağlık, eğitim ve sosyal imkânlardan yeterince yararlanamamalarına sebep olabilir. Gerek sağlık gerekse eğitim kurumlarının engelli çocuk anneleri ile ilgili değerlendirme ve destekleri sosyal fobi hesaba katılmadığında eksik ya da hatalı kalabilir.

Bu araştırma engelli çocuk aileleri grubunda yer alan zihinsel engelli çocuk sahibi anneler üzerinde hem sosyal fobinin varlığını hem de sosyal fobiyle stres arasında nasıl bir ilişki olabileceğini incelemiştir.

Bu çalışmada, yoğun akademik çalışmaları arasında zamanını ayırarak bana yol gösteren ve yardımcı olan tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Ayşem Çalışkur'a ilgi ve desteğinden ötürü teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca, yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Ferzan Curun'a teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca çalışmam boyunca bana destek olan aileme ve arkadaşlarıma yardımlarından dolayı sonsuz teşekkür ederim.

**İSTANBUL, 2012**

**MESUR EREZ**

## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>AAMR</b>	<b>: Amerikan Zeka Geriliği Birliği</b>
<b>WISC-R</b>	<b>: Wechsler Çocuklar İçin Zeka Testi</b>
<b>FAS</b>	<b>: Fetal Alkol Sendromu</b>
<b>ICD-10</b>	<b>: Hastalıklar ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması Onuncu Revizyon</b>
<b>DSM-IV</b>	<b>: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı</b>
<b>DMD</b>	<b>: Duchenne Muskuler Distofi (Duchenne Kas Erimesi)</b>
<b>ZE</b>	<b>: Zihinsel Engelli</b>
<b>SPSS</b>	<b>: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi</b>

## ŞEKİLLER LİSTESİ

### Sayfa

Şekil 4.1. Örneklem Grubunun Çocuklarının Yaşlarına Göre Dağılımı-----	49
Şekil 4.2. Örneklem Grubunun Yaşlarına Göre Dağılımı.-----	49
Şekil 4.2. Örneklem Grubunun Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.-----	50
Şekil 4.3. Örneklem Grubunun Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı.-----	51
Şekil 4.4. Örneklem Grubunun Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.-----	51
Şekil 4.6. Araştırmaya Katılan Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin Stres Belirtileri ve Sosyal Kaygı Düzeylerinin Ortalamaları.-----	52

## TABLÖLAR LİSTESİ

### Sayfa

<b>Tablo 2.1.</b> Strese yol açan yaşam olaylarının Türkiye'ye göre verilmiş ağırlık puanları-----	28
<b>Tablo 4.1.</b> Örneklem Grubunun Çocuklarının Yaşlarına Göre Dağılımı.-----	48
<b>Tablo 4.2.</b> Örneklem Grubunun Yaşlarına Göre Dağılımı.-----	49
<b>Tablo 4.3.</b> Örneklem Grubunun Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.-----	50
<b>Tablo 4.4.</b> Örneklem Grubunun Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı.-----	50
<b>Tablo 4.5.</b> Örneklem Grubunun Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.-----	51
<b>Tablo 4.6.</b> Araştırmaya Katılan Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin Stres Belirtileri ve Sosyal Kaygı Düzeylerinin Ortalamaları.-----	52
<b>Tablo 4.7.</b> Araştırmaya Katılan Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin Stres Belirtileri ve Sosyal Kaygı Düzeylerinin Çocuk Yaşı Değişkenine Göre Farklılaşması.-----	53
<b>Tablo 4.8.</b> Araştırmaya Katılan Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin Stres Belirtileri ve Sosyal Kaygı Düzeylerinin Anne Yaşı Değişkenine Göre Farklılaşması.-----	54
<b>Tablo 4.9.</b> Araştırmaya Katılan Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin Stres Belirtileri ve Sosyal Kaygı Düzeylerinin Anne Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farklılaşması.-----	55
<b>Tablo 4.10.</b> Araştırmaya Katılan Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin Stres Belirtileri ve Sosyal Kaygı Düzeylerinin Aralarındaki İlişkinin Korelasyon Analizi ile İncelenmesi.-----	57
<b>Tablo 4.11.</b> Araştırmaya Katılan Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin Stres Belirtilerinin Kaygı ve Kaçınma Düzeylerinden Etkilenme Durumunu Test Etmek İçin Yapılan Regresyon Modeli.-----	58
<b>Tablo 4.12.</b> Araştırmaya Katılan Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin Stres Belirtilerinin Sosyal Fobi Düzeyinden Etkilenme Durumunu Test Etmek İçin Yapılan Regresyon Modeli.-----	59

## EKLER LİSTESİ

	Sayfa
<b>Ek 1.</b>	<b>BİLGİ FORMU-----80</b>
<b>Ek-2.</b>	<b>Stres Belirtileri Ölçeği 2-----81</b>
<b>Ek-3.</b>	<b>Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği-----82</b>



# 1.BÖLÜM

## GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tespiti

7-11 yaş arası özel eğitim kurumlarına giden zihinsel engelli öğrenci annelerinin yaşadıkları stres belirtileri ve sosyal fobi düzeylerinin belirlenmesi. 7-11 yaş arası özel eğitim kurumlarına giden zihinsel engelli öğrenci annelerinin yaşadıkları stres belirtilerinin annelerin sosyal fobi düzeyinden etkilenmeleri bakımından anlamlılık var mıdır? 7-11 yaş arası özel eğitim kurumlarına giden zihinsel engelli öğrenci annelerinin stres puanları ile sosyal fobi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

### 1.2. Çalışmanın Amacı

Zihinsel Engelli çocuk annelerinin yaşadıkları stres, sadece çocuğunun engelli olmasından dolayı değil engellilik ile bağlantılı olan ya da olmayan pek çok faktörden dolayı da oluşmaktadır.

Sosyal fobi, gerek zihinsel engelli çocuk annelerinin yaşayabilecekleri bir ruhsal rahatsızlık olması gerekse zihinsel engelli çocuk annelerinin yaşadığı stresi etkileyebilecek bir faktör olması açısından oldukça önemlidir.

Bu çalışma, 7-11 Yaş Arası Özel Eğitim Gören Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin Stres Belirtileri Ve Sosyal Kaygı Düzeyi Açısından Karşılaştırılması, amacıyla yapılmıştır.

### 1.3. Araştırma Metodolojisi

Gruplar arası karşılaştırmayı esas alarak karşılaştırma türü ilişkisel tarama ve korelasyon türü ilişkisel tarama yöntemi uygulanmıştır.

Sonuç ıkarıcı istatistiklerden tek yönlü anova, T-testi ve Regresyon Analizi uygulanmıştır. Araştırmanın evrenini engelli çocuğa sahip anneler oluşturmaktadır. Araştırmanın rneklemini İstanbul Bağcılardaki zel Eğitim merkezlerinde eğitim alan 7-11 yaş arası zihinsel engelli 108 çocuğun annesi oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama araçları olarak, zihinsel engelli çocuğa sahip olan annelerin sosyo-demografik özellikleri hakkında bilgi toplamak için araştırmacı tarafından geliştirilmiş “Kişisel Bilgi Formu” ile birlikte Stres Belirtileri leği 2 ve Liebowitz Sosyal Kaygı leği kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır. Hipotez testleri olarak Parametrik testlerden T-testi, Anova testleri uygulanmış; Korelasyon ve Regresyon analizleri yapılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında 0,05 anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır.

## 2. BÖLÜM

### ZİHİNSEL ENGELLİLİK, STRES, SOSYAL KAYGI

#### 2.1. Giriş

Sistemik yaklaşımla aile ele alındığında aile içindeki her değişiklik sistemin yeniden organize olması için bir zorlama, bir stres yaratır. Farklı gelişen bir çocuğun dünyaya gelmesi, aile içinde travmatik gelişmelere yol açar. Ailenin eski alışkanlıkları ile yaşaması zorlaşır, hatta imkânsız hale gelir. Aile içi alt sistemler yeniden organize olmak durumunda kalır. Bu yeni yapılanma süreci bir tür yeniden adaptasyon yönelimidir.

Aileye katılan yeni bir çocuğun alışılmış bir gelişme göstermemesi, ailenin hem kendi iç dengelerinde hem de çevre ilişkilerinde problemlere yol açar. Aile bireylerinde korku, öfke, çaresizlik, ümitsizlik, suçluluk gibi duygular yaşanır.

Adaptasyon çoğunlukla ailedeki değişime ve bozulmalara karşı savunma niteliğindedir. Savunma reaksiyonları bireylerde olduğu gibi ailelerde de her zaman adaptasyonu sağlayacak ve ailenin ruhsal sağlığını koruyacak nitelikte değildir. Çoğunlukla, içe kapanma, toplumdaki soyutlanma, saldırgan tutum ve davranış, eylemsizlik, depresyon, kronik intihar gibi adaptasyonu daha da çok bozacak nitelikte savunma tepkileri oluşur.

Aileye farklı bir çocuğun katılımı tüm aile için bir değişim olmakla birlikte anne, aile içindeki yükleri en çok taşıyan birey olarak karşımıza çıkar (Balat, 2003).

Annenin bu durumdan en çok etkilenen birey olmasının sonucu olarak, zihinsel engelli çocuk anneleri de pek çok ruhsal ve sosyal sorunlar ve rahatsızlıklarla karşı karşıya kalır.

Türkiye’de yapılan çalışmalarda, zihinsel engelli çocuk anneleri sağlıklı çocuk sahibi annelerle karşılaştırılmış ve zihinsel engelli çocuk annelerinin ruhsal ve sosyal yönden daha çok olumsuz şeylere maruz kaldığı bulunmuştur. Yapılan araştırmaların sonuçlarına göre; zihinsel engelli çocuk anneleri, duygusal sorunlar yaşayabilir, aile işlevlerinde sorunlar olabilir; sosyal izolasyon yaşayabilirler; fiziksel rahatsızlıklar daha fazla görülebilir; durumluluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek olabilir; suçluluk duyma ve acı çekme nedeniyle annelik rollerinde yetersizlikler olabilir; boş zaman ve sosyal etkinlikleri kısıtlandığı için daha fazla stres yaşayabilirler; bedensel yakınmalar, depresyon ve anksiyete bozukluğu daha sık ve fazla miktarda görülebilir; daha fazla miktarda evlilik çatışması yaşayabilirler; kendini suçlama ile birlikte kendine ilişkin yetersizlik ve güvensizlik duyma daha yoğun bir şekilde görülebilir; sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duyabilirler.

Zihinsel engelli çocuk annelerinde stres ile ilgili yapılan çalışmalarda da sağlıklı çocuk annelerine göre zihinsel engelli çocuk annelerinin strese daha fazla maruz kaldıkları tespit edilmiştir.

Kişinin, içeriden veya dışarıdan gelen mevcut dengeyi veya duygusal, bilişsel, sosyal işleyişi bozma eğilimi gösteren ve onu bu dengeyi korumaya veya bozulan dengeyi yeniden kurmaya yönelik yeni davranışlara zorlayan gerçek ya da algılanan uyarıcılara verdiği fiziksel-ruhsal-bilişsel tepkiler (Budak, 2000) olarak tarif edilen stresten fiziksel ve psikolojik sağlığı koruyan kaynaklar Stres Kaynakları Teorisinde şu şekilde sıralanmıştır; sosyal destek (social support), uyumluluk-bütünlük duygusu (sense of coherence), güçlülük (hardiness), öz yeterlilik (self efficacy) ve iyimserlik (optimism). Bunlar içinde öz yeterlilik ve iyimserlik temel koruyucu etkenler olarak kabul edilebilir. Kaynakların korunması teorisine göre ise, stres durumlarında koruyucu etkisi olan kaynaklar nesne (ev, giysi, araba gibi), içinde bulunulan durum (çalışma, kişisel ilişkiler gibi), kişisel özellikler (beceriler-öz yeterlilik gibi) ve başka kaynaklara ulaşmayı kolaylaştıran güç-enerji (para, kredi, bilgi gibi) kaynakları olarak dört grupta sınıflanmıştır. Bu teoriye göre stres üç tür yapıda ortaya çıkabilir;

- 1) Bireyin var olan kaynaklarını yitirme durumu, stresin birincil kaynağıdır. Olumlu (evlilik gibi) ya da olumsuz (sevilen birinin ölümü gibi) yaşam olayları, kişinin yeni koşullara uyum sağlamasını gerektirdiği için bu durumlarda stres daha fazla yaşanmaktadır.
- 2) Kişinin var olan kaynakları başka stres kaynaklarına karşı koruyucu ya da engelleyici olabilmektedir. Özellikle kendine güven önemli bir koruyucu kaynaktır ve başka baş etme kaynaklarını harekete geçirmede etkilidir. Kendine güveni yüksek olan kadınların stres durumlarıyla karşılaştıklarında sosyal desteği de iyi bir şekilde kullandıkları, bunun yanında kendine güveni yetersiz olanların sosyal desteği kişisel yetersizliklerinin bir göstergesi olarak gördükleri, desteği yanlış kullandıkları gözlenmiştir.
- 3) Stresli koşullar daha sonra gelen stres durumlarında bireyin baş etme güçlerini önemli ölçüde azaltmaktadır

Kendine güvenen, kendine saygısı yüksek olan kişiler, yaptıkları işlere değer vermekte ve stresle daha etkili baş etmektedirler (Yöndem, 2006).

Stresle mücadeleyi zorlaştıran faktörler şöyle sıralanabilir; Düşmanlık duyguları baskın olan kişiler, kendilerine her konuda bir suçluluk payı çıkaranlar, aşırı duyarlı ve duygusal tepkileri önde olanlar, egoist kişilik özellikleri baskın olanlar, olayları ya çok iyi ya da çok kötü bulanlar, çocuksu diye bilinenler ve çevreleriyle etkileşimlerinde ve ilişkilerinde yetersiz kalan (pasif) kişiler stresle başa çıkmada başarısız olurlar (Baltaş, Batlaş, 2008).

Bu bilgilerden yola çıkarak zihinsel engelli çocuk annelerinin sosyal fobi düzeylerinin onların stresli durumları üzerinde etkili olup olmadığı düşüncesini sınamak amacıyla yapılacak olan bu çalışmanın amacı, 7-11 yaş arası özel eğitim alan zihinsel engelli çocuk annelerini sosyal fobi ve stres açısından karşılaştırmaktır. Araştırmaya İstanbul Bağcılar'da bulunan özel eğitim merkezlerinde eğitim gören 108 zihinsel engelli çocuğun annesi katılmıştır.

## 2.2. Zihinsel Engellilik (Mentâl Retardasyon)

AAMR (Amerikan Zeka Geriliği Birliği)'in 2002 yılında, Luckasson ve diğerlerinin 1992'deki çalışmalarından yola çıkarak geliştirdikleri tanıma göre, Mental retardasyon, zihinsel işlevlerle ilgili yapılan değerlendirmelerde normalaltı puanlar almak, uyumsal beceri alanlarından (iletişim, öz bakım, ev yaşamı, sosyal beceriler, toplum hizmetlerinden yararlanma, kendilik yönetimi, sağlık ve güvenlik, işlevsel akademik beceriler, boş zamanları değerlendirme ve iş ik i ya d a d ĩa fazlasında sınırlılıklara sahip olma durumudur (Tekinarslan, 2010).

AAMR, tanımın uygulanmasıyla ilgili beş varsayım öne sürmüştür:

- 1) Mevcut işlevlerdeki sınırlılıklar, bireyin yaşıtları ve kültürü için tipik toplumsal çevre koşulları içerisinde ele alınmalıdır.
- 2) Geçerli bir değerlendirme, kültürel ve dil farklılıklarını olduğu kadar iletişim, duygusal, motor ve davranışsal etmenleri de göz önünde bulundurur.
- 3) Bireylerdeki sınırlılıklar çoğu kez güçlü olduğu özellikleriyle birlikte dir.
- 4) Sınırlılıkları belirtmenin önemli amacı, gereksinim duyulan yardımların profilini geliştirmektir.
- 5) Belirli bir süre uygulanan bireyselleştirilmiş yardımlarla zihinsel yetersizliği olan bireyin yaşam işlevlerinde genellikle ilerleme olacaktır (Tekinarslan, 2010).

AAMR'nin tanımında üç temel nokta üzerinde durulmuştur;

- 1) Genel zihinsel işlevler (*Genel entelektüel işlevsellik*),
- 2) Uyumsal davranışlar (Uyum işlevselliği),
- 3) Destek sistemleri (Tekinarslan, 2010).

*Genel Entelektüel İşlevsellik*, Wechsler Zeka Testi, Stanford-Binet, Kaufman Çocuklar İçin Ölçüm Bataryası gibi bir ya da daha çok standart, bireysel olarak uygulanan zeka testlerin değerlendirilmesi sonucu elde edilen zeka bölümüdür (IQ). Mental Retardasyonun tanınmasında 70 civarında ve altında IQ değerinin olması gerekir, ancak 70-75 arasında IQ olduğu halde uyum davranışlarındaki yetersizlik de bu tanının konulmasında dikkate alınır. Bunun dışında, uyum davranışları iyiye 70 altında IQ değeri olması mental retardasyon için yeterli görülmeyebilir. Test materyallerinin seçimi ve sonuçlarının yorumlanmasında IQ değeri üzerinde etkili olabilecek olan, bireyin sosyo kültürel birikimi, anadili, iletişim, motor ve duyu sorunları gibi etkenler göz önüne alınmalıdır. Ayrıca mental retardasyonda düşük IQ'den ziyade uyum işlevselliğindeki yetersizlik daha çok dikkate alınır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2010).

Çocuğun kendi yaşından beklenen ve içinde bulunduğu toplumun beklediği sosyal davranışları gösterememesi uyum davranışlarında yetersizliktir.

Topluma uyumla ilgili temel davranışlar aşağıda verilmiştir:

Bebeklikte;

- 1) Duyusal-motor becerilere,
- 2) İletişim (dil ve konuşma) becerilerine,
- 3) Özbakım becerilerine,
- 4) Sosyalizasyon (başkaları ile ilişki kurma yeteneği) becerilerine sahip olma.

Çocukluk ve ergenlikte;

- 1) Öğrenilen temel akademik becerileri günlük yaşantıda kullanabilme,
- 2) Çevreye hakim olabilmek için uygun akıl yürütme ve karar verme becerilerini kullanabilme,
- 3) Kişiler arası ilişkilerde ve grup etkinliklerine katılmada gerekli sosyal becerileri kullanabilme.

Yetişkinlikte;

- 1) Mesleki ve sosyal sorumluluk alma ve performans gösterme (Güven, 2003).

Eğitim, motivasyon, kişilik özellikleri, mesleki fırsatlar, ruhsal bozukluklar ve mentl retardasyonla birlikte bulunabilen genel tıbbi durumlar gibi çeşitli faktörler, uyum işlevselliği üzerinde etkili olabilmektedir. Bilişsel kapasite ve IQ' nn değişmesi daha zorken, uyum sorunları yardım ve çabalarla düzeltilebilir. Uyum işlevselliği değerlendirilirken ğretmen değerlendirmesi, eğitim, gelişim ve tıbbi öyküsü gibi bağımsız pek çok kaynaktan faydalanmakta yarar vardır. Vineland Uyum Davranışı leği, Amerikan Birliğinin Uyum Davranışı Skalası gibi ölçekler uyum işlevselliğini ölçmek için kullanılır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2010).

### **2.2.1. Mental Retardasyonun Ağırlığının Dereceleri**

Hafif, Orta Derecede, Ağır ve İleri Derecede Ağır Mental Retardasyon ile şiddeti belirlenmemiş Mental retardasyon olarak basamaklara ayrılır.

#### **2.2.1.1. Hafif Mental Retardasyon (IQ düzeyi 50-55 ile yaklaşık 70 arası)**

ğretilebilir olarak nitelendirilen eski eğitim sınıflandırmasına eşdeğer olan basamakta yer alırlar. Toplumsal ve konuşma özelliklerini okul öncesi yıllarda kazanırlar, duyuşsal ve motor sorunları çok azdır ve uzun yaşlar boyunca mental retardasyonu olmayan çocuklardan ayırt edilemezler. Yetişkinlik yaşlarına yaklaştığı kende başlarına yaşamaya olanak verecek toplumsal ve mesleki yetenekleri kazanmaya başlarlar. Ancak alışık olmadıkları toplumsal ve ekonomik durumlarla karşılaştıklarında başkalarının rehberliğine ve desteğine ihtiyaç duyarlar. Uygun bir destekle, toplum içinde kendi başlarına ve başarıyla yaşayabilirler.

#### **2.2.1.2. Orta Derecede Mentâl Retardasyon (IQ düzeyi 35-40 ile 50-55 arası)**

Eğitilebilir olarak nitelendirilen eski eğitim sınıflandırmasına eşdeğer olan basamakta yer alırlar. Çoğu erken çocukluk yıllarında konuşma becerilerini kazanır, mesleki eğitimden faydalanır ve kontrol altında kişisel



bakımlarını yürütebilirler. Toplumsal ve iş alanlarındaki eğitimden de faydalanırlar. Bildikleri adresleri bulabilir ve orada dolaşabilirler. Toplumsal kuralları öğrenmedeki zorlukları nedeniyle ergenlik döneminde arkadaşlarıyla yakınlaşmakta sorunlar yaşayabilirler. Yetişkinlik dönemlerinde kontrol altında fazla bilgi ve beceri istemeyen işlerde çalışabilirler.

### **2.2.1.3. Ağır Mental Retardasyon (IQ düzeyi 20-25 ile 35-40 arası)**

Konuşma becerileri ve öz bakım becerileri bazılarında az bazılarında da hiç gelişmeyebilir. Okul döneminde konuşma ve öz bakım becerileri daha çok geliştirilebilir. Yetişkinlik dönemlerinde kontrol altında basit işleri yapabilirler, eğer onları engelleyen başka bir rahatsızlıkları yoksa topluma uyumlu yaşayabilirler.

### **2.2.1.4. İleri Derecede Ağır Mental Retardasyon (IQ düzeyi 20-25'in altında)**

Duyu ve motor alanlarda önemli eksiklikler vardır, zihinsel engele ek olarak nörolojik sorunlar da olabilir. Özel bir çevreye ve kendileriyle devamlı ilgilenen bir insana ihtiyaç duyarlar, iyi bir destekle öz bakım ve iletişim ile ilgili beceriler kazanabilirler. Kontrol altında bazı basit işleri yapabilirler.

### **2.2.1.5. Mental Retardasyon, Şiddeti Belirlenmemiş**

Mental Retardasyonun belirtilerine benzer belirtiler olduğu halde yapılan değerlendirmelerde hangi düzeyde olduğu belirlenemediğinde bu tanı konulabilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2010).

Zihinsel yetersizliği olan bireyler ilk başlarda eğitilebilir, öğretilir ve klinik bakıma ihtiyacı olanlar şeklinde sınıflandırılmış, daha sonra yukarıdaki sınıflandırma ölçüleri (hafif, orta, ağır, çok ağır) kullanılmıştır.

## **2.2.2. AAMR Zihinsel Yetersizliği Olan Bireyler Sınıflandırması**

AAMR, 1992 yılında bu sınıflandırma yerine desteği temel alan yeni bir sınıflandırma önermiştir. Bu sınıflandırma aşağıdaki gibidir:

### **2.2.2.1 Aralıklı Desteğe İhtiyaç Duyan**

Bireyden bireye değişmekle birlikte desteğe daha az ihtiyaç duyan gruptur. Hastalık, okula yerleşme, işe başvurma gibi durumlarda yardıma ihtiyaç duyarlar.

### **2.2.2.2. Sınırlı Desteğe İhtiyaç Duyan**

Yardıma ihtiyaç duydukları belirli dönemler ve alanlar vardır. Yetişkinlik dönemine uyum sağlama, iş yapmayı öğrenme gibi dönemlerde desteğe ihtiyaç duyarlar.

### **2.2.2.3. Kapsamlı Desteğe İhtiyaç Duyan**

Okul, iş, ev gibi ortamlarda uzun süreli ve belirli günlerde düzenli katılmayı gerektiren destek alımına ihtiyaç vardır.

### **2.2.2.4. Yaygın Desteğe İhtiyaç Duyan**

Özellikle farklı ortamlara girdiklerinde daha fazla desteğe ihtiyaç duyacaklarından daha fazla kişinin yardımı gerekebilir. Alınması gereken desteğe ömür boyu ihtiyaç vardır (Tekinarslan, 2010).

## 2.2.3. Zihinsel Yetersizliğin Nedenleri

### 2.2.3.1. Doğum Öncesi Nedenler

Kromozom anormallikleri, annenin geçirmiş olduğu hastalıklar (kızamıkçık, frengi, toksoplazma v.b.), alkol ve sigara kullanımı, kurşun zehirlenmesi, geçirilen kazalar ve travmalar bu grup içerisinde yer alan nedenlerdir (Tekinarslan, 2010).

1) Kromozomal Bozukluklar: Anneden ve babadan gelen genler sperm ve yumurtanın birleşmesi sırasında birleşerek, embriyonun gelişiminde ve özelliğini belirlemede etkili olur. Her hücrede anne-babadan gelen çiftlerden oluşan 23 kromozom vardır. Anne-babadan gelen kromozomların çok fazla ya da az olması kromozomal bozuklukların ortaya çıkmasına yol açmaktadır (Tekinarslan, 2010).

a) Down Sendromu: İngiliz hekim olan John Langdon Down tarafından 1866'da özel bir zeka geriliği olarak tarif edilen down sendromunun, mozaik, translokasyon ve trisomi 21 olmak üzere üç çeşidi vardır. Down sendromlularda 46 yerine 47 kromozom bulunmakta, 21. kromozom üç adet olursa Trisomi 21 ortaya çıkmaktadır. Down sendromluların yüz görünüşleri onların ayırt edilmesinde belirleyici olmaktadır; baş ufak, kafa arkası yassı, ense kısa ve geniş, gözleri badem, el ayasındaki avuç çizgisi çift yerine tek derin çizgi şeklinde, dudaklar kısa, dil sarkıktır. Neşeli, sosyal yönden aktif, taklit becerileri iyi olan bu bireylerin bazıları kilolu olabilir. Kalp yetmezliği, reflü, kulak enfeksiyonları, uyku apnesi tiroit bozukluğu down sendromuna eşlik eden bazı rahatsızlıklardır (Güven, 2003).

b) Frajil X: Kalıtsal zeka geriliğinin en sık nedenidir. Zihinsel, davranışsal ve fiziksel bazı farklılıklar gösterirler. Uzun ve ince yüz, uzun ve yumuşak kulaklar ve eller, çıkıntılı alın ve büyük kafa ortak fiziksel özellikler arasında yer alır. Konuşmada gecikme, kelime tekrarları, ince ve kaba motor becerilerinde güçlük, duygusal

bilgileri algılamada ve yanıt vermede zorluk görülmektedir (Tekinarıslan, 2010).

- c) William Sendromu: 7. çift kromozomun yokluğunun neden olduğu bu sendroma sahip olanların zeka düzeyleri ortalamanın altında olmasına rağmen kelime hazneleri yaşıtlarına göre oldukça gelişmiştir. Bilişsel becerileri dil becerileri kadar gelişmemiştir.
- d) Prader-Will Sendromu: Babadan gelen 15. kromozomdaki genetik bozukluktan kaynaklanan sendrom genetik ve doğumla gelmesine rağmen doğumdan sonra hipotalamusa zarar gelmesi ile de meydana gelebilmektedir. Sürekli uyku, solunum problemi, cinsel organların az gelişmiş olması, aşırı iştah, büyüme hormonunun azlığı, ince ses tonu ile belirgin olan birinci evresi ve hafif ya da orta derecede zihinsel gerilik, motor becerilerde gerilik, gecikmiş konuşma ile belirgin olan ikinci evresi bulunmaktadır.

### **2.2.3.2. Metabolizmanın İşleyişindeki Sorunlar**

Fenilketonüri: Kalıtsal olan bu hastalığa sahip olanlar, fenilalanin amino asidini başka bir amino asit olan tirozine dönüştüremezler. Proteinin yapı taşlarından biri olan fenilalanin, tirozine dönüştürülemez kanda ve diğer dokularda birikerek, geri dönüşümsüz ve ilerleyici beyin hasarına neden olur. Sarı saç, mavi göz, kuru deri, idrarda özel koku gibi özelliklere sahip olan bireylerin sahip olduğu bu hastalık yeni doğan tarama testiyle erken tespit ve tedavi edilebilir. Protein ağırlıklı besinlerin tüketilmesinin yasak olduğu bir diyetin uygulanması olumlu sonuçlar vermektedir. Ancak bu diyetin uygulanması kolay değildir (Tekinarıslan, 2010).

Kretenizm: Troid bezinin az troksin hormonu salgılaması sonucu oluşur. Tıbbi tedaviye hemen başlanırsa zihinsel engellilik önlenir. Bu çocuklarda gelişim yavaş, vücut kısa, alın açık ve basık, burun çökük, gözler ayrı, dudaklar kalın, boyun kısa ve kalın, saçlar dik, siyah ve gürdür (Güven, 2003).

### **2.2.3.3. Beyin Gelişimi İle İlgili Sorunlar**

Mikrosefali: Genellikle doğuştan kızamıkçık ya da fetal alkol sendromu gibi durumların ikincil sonuçları olarak ortaya çıkmakta ya da radrasyon almanın sonucu olabilmektedir. Ufak, konik kafa, kamburumsu duruşa yol açan eğik omurga ve ağır derecede zihinsel yetersizlik olarak tanımlanmaktadır. Genelde normalde 6 ayda kapanan bingıldakların daha erken kapanması sonucu oluşur. Son yıllarda tıbbi müdahale olumlu sonuçlar vermektedir (Tekinarslan, 2010).

Hidrocefali: Beyin sıvısının akışıyla kafatasının giderek büyümesi ve hasar görmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Beyin zarı ile kafatası arasında serebro spinal denin sıvı fazlaca birikir. Beyin gelişimine bu sıvının olumsuz etkisi sonucunda zeka geriliği görülür. Halk arasında iri kafalı, su kafalı da denir. Hidrocefali annedeki enfeksiyonlar ve zehirlenmeler sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bir çok bebekte şantlar kullanılarak sıvının aktarılması sağlanmaktadır. Böylece hidrocefalinin olası olumsuzlukları azaltılmaya çalışılmaktadır (Güven, 2003).

### **2.2.3.4. Çevresel Etkiler**

Fetal Alkol Sendromu ( FAS): Hamilelik süreci içerisinde annenin alkol alması bu hastalık riskini oluşturmaktadır. Küçük göz kapakları, içeri göçük burun köprüsü, ince üst dudak, kalkık burun, farklı yüz özellikleri, küçük dişler, kalp hastalıkları, yavaş fiziksel büyüme, kafa küçüklüğü gibi özelliklere sahip olan sendromu tespit etmek için, büyüme bozukluğu, yüzdeki şekil bozukluğu, kalp hastalıklarının olup olmadığı ile ilgili belirtilere bakılarak değerlendirme yapılmaktadır (Tekinarslan, 2010).

### **2.2.3.5. Doğum Anı Nedenler**

Bebegin oksijensiz kalması, beyin sarsılmasından kaynaklanan beyin incinmesi bu nedenlerin başında gelir. Beynin oksijensiz kalması mutlak bir

zihinsel yetersizlik çıkarmaz. Beynin hangi bölgesinin bu durumdan etkilendiği ve oksijensiz kalma süresi göz önüne alınmalıdır (Tekinarslan, 2010).

### **2.2.3.6. Doğum Sonrası Nedenler**

Çocuğun geçirmiş olduğu hastalıklar (menenjit, vb), geçirmiş olduğu kazalar (bisikletten düşme, trafik kazaları), yetersiz beslenme ve fiziksel istismar (dayak) (Tekinarslan, 2010).

### **2.2.4. Zihinsel Yetersizliği Olan Öğrencilerin Özellikleri**

#### **2.2.4.1. Bilişsel Özellikleri**

Öğrenme ile ilgili becerilerinin yetersiz olması en önemli özellikleridir. İşitsel ve görsel algıda problemler yaşayan bu çocukların diğer bilişsel özellikleri şöyledir;

**Bellek:** Kısa süreli ve uzun süreli hafızalarında problemler olduğu için bilgileri hafızaya alma ve geri getirerek kullanmada yetersizlik gösterirler. Zeka seviyesinin düşüklüğü arttıkça bellekle ilgili yaşadıkları sorunlarda da artış olur (Tekinarslan, 2010).

**Dikkat:** Çevrelerindeki uyarıyı kontrol edemedikleri için dikkatleri daha çabuk dağılır, bu nedenle öğrendikleri şeylere dikkatlerini vermede zorlanırlar. Dikkatlerini çeken şeyler içinden kendileri için yararlı olanı ayırma ve ona yoğunlaşmada sorunlar yaşarlar. Bu durum onların bilgiyi doğru yerde kullanmalarına da engel olur (Tekinarslan, 2010).

**Dil:** Gecikmeyle birlikte, ifade ve akıcılık sorunları olmaktadır. Dil ve iletişimdeki sorunlar hafif zihinsel yetersizlikten ağır zihinsel yetersizliğe doğru gidildikçe artmaktadır. Dil gelişimi ile ilgili şu şekilde problem olmaktadır, alıcı ve ifade edici dil becerilerinde yetersizlik, konuşmayı başlatmada güçlük yaşama, verilen yönergeler takip etme ve bu yönergelere cevap vermede yetersizlik, belirli bir konuya bağlı kalarak konuşmayı

sürdürememe, bir hikâyeyi anlatmada güçlük. Sırayla konuşma, konuşma zamanını bekleme, susulması gereken yerleri bilme, ne konuşulacağını tespit etme gibi konularda da güçlükler vardır.

Motivasyon: Bir işe başlama veya başladığı bir işi bitirme ile ilgili motivasyonları düşüktür. Motivasyondaki bu düşüklük onların öğrenmede de başarısız olmalarına sebep olmaktadır. İçsel ödüllerden çok dışsal kaynaklı ödüllere daha çok eğilimlidirler.

Zihinsel yetersizliği olan bireyler akademik alanlarda da geri kaldıkları için normal yaşlılarına göre daha fazla çalışmalı ve daha çok alıştırmaya yapmalıdır (Tekinarslan, 2010).

#### **2.2.4.2. Sosyal, Davranışsal ve Duygusal Özellikleri**

Sosyal Özellikleri: Pek çok alanda yaşlılarına göre geri kalmanın yanında uygun olmayan ya da problem yaratan davranışlar sergilemeleri zihinsel engelli bireylerin sosyal ilişkilerinde de pek çok zorluk yaşamalarına sebep olmaktadır. Akranları tarafından kabul edilmedikleri ya da az kabul edildikleri için genelde çok az arkadaşları olur. Sosyal iletişimdeki uyarıları yanlış algılamaları ya da zamanında anlamamaları nedeniyle kişiler arası ilişkilerde yetersiz kalırlar. Sorumluluk almaktan kaçındıkları gibi kendilerine güvenleri de yeterli değildir. Yaşlılarıyla oyun oynamakta yetersiz oldukları için daha çok kendinden küçüklerle oynamayı tercih edebilirler. İletişim, özbakım, sosyal beceriler ve yaşamı, boş zaman, sağlık ve güvenlik, kendilik yönelimi, işlevsel akademik beceriler, toplumsal kaynakların kullanımı gibi uyumsal davranışlarda zorluk yaşamaları zihinsel engelin ağırlık derecesi arttıkça daha çok görülür ( Güven, 2003).

Davranışsal Özellikler: Kendini yaralama, ısırma, kırıp dökme, bağırma, kendine ve başkalarına yönelik saldırganlık gibi davranışsal problemler, duygu ve düşüncelerini ifade etmekte zorlandıkları, sık sık engellenme yaşadıkları zamanlarda daha çok görülür. Davranışlar bireyden bireye değişmekle birlikte, çoğunluğunda yeni durumlara uyum sağlama

güçlüğü yaşanır, bu tür durumlarla karşılaşmaları, onlarda gerginlik, sinirlilik, direnme veya kaçma davranışlarına yol açar. Yalnızlık hissi, korku, kaygı ve depresyon en çok yaşadıkları olumsuz duygulardır (Tekinarslan, 2010).

#### **2.2.4.3. Fiziksel Sağlık Özellikleri**

Normal akranlarına göre sağlık problemi yaşama riskleri fazladır. Zeka düzeyi düştükçe sağlık sorunları ve tedavi desteğine olan ihtiyaç artmaktadır. Fiziksel gerilik ve duysal yetersizlikler en sık görülen problemlerdir. Bebeklikten itibaren gelişmesi beklenen fiziksel ve duysal özellikler ya az gelişir ya da geç gelişme görülür. Örneğin, yetersiz el-göz, el-ayak koordinasyonu ve denge kurmada, küçük-büyük kasları kullanmada yetersizlik görülebilir. Dirençsiz olmaları hastalıklara daha açık hale gelmelerine yol açar (Güven, 2003).

#### **2.2.5. Zihinsel Yetersizliğin Tanılanması/Değerlendirilmesi**

Bir bireyde zihinsel bir engelin var olup olmadığını tespit etmek için AAMR'nin önermiş olduğu üç aşamalı tanılama süreci kullanılabilir. Zihinsel işlevler ve uyumsal becerilerin ölçüldüğü birinci aşamada, zihinsel işlevleri ölçmek için zeka testleri (Stanford-Binet, WISC-R) kullanılabilir (Tekinarslan, 2010).

Bireyin zihinsel yetersizlik grubunda değerlendirilmesi için zeka testlerinden aldığı puanın 70 ve altında olması gereklidir. Zeka testleri uygulanırken, kişinin sosyo-kültürel durumu, eğitimi, birlikte bulunabilecek diğer sorunlara, işbirliği kurup kurmadığına dikkat edilmelidir. Kişinin yaşadığı şartlar içerisinde normal olarak görülen davranışlar, değerlendirme ortamında uyumsuz olarak değerlendirilebilir. Uyumsal davranış ölçekleri (Vineland Uyumsal Davranış Ölçeği, AAMR uyumsal Davranış Ölçeği gibi) kullanılarak bireylerin uyumsal davranışları ölçülebilir. Uyumsal davranışları değerlendirirken, öğretmen değerlendirmesi, eğitim, gelişim ve tıbbi öykü gibi bağımsız kaynaklardan da faydalanmak yararlıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2010).



Çocuğun güçlü ve zayıf yönlerinin belirlendiği ikinci aşamadan sonra, çocuğun ihtiyaçlarının belirlendiği ve destek alanlarının profilinin çıkartıldığı üçüncü aşamaya geçilir (Tekinarslan, 2010).

Tanı koymada aşağıdaki çalışma basamakları dikkate alınmalıdır:

1. Okul Çalışanlarından Alınan Bilgiler
  - a) Yönetici ve öğretmen görüşlerini alma
  - b) Diğer çalışanların görüşünü alma
  - c) Okul arkadaşlarının, yaştlarının görüşlerini alma
  - d) Çocuğun okul çevresiyle ilişkilerini gözleme
2. Uygun Testler Uygulama
  - a) Zeka ve yetenek testleri
  - b) Kişilik testleri, uyumsal davranışları ölçen testler
  - c) Başarı testleri gibi
3. Eğitsel Hedeflerin Tespiti Öncesinde Gelişimin Gözlenmesi
4. Okul Dışı Çevreden Edinilen Bilgiler
  - a) Çocuğun okul dışındaki çevresi ile ilişkilerini gözleme (ev ve yakın çevre)
  - b) Öğrenci ve ailenin görüşlerini alma
  - c) Sosyal hizmet uzmanlarının görüşlerini alma
5. Yaştların-arkadaşların görüşlerini alma
6. Disiplinler arası çalışma sonuçlarının bir araya getirilmesi
  - a) Tıp uzmanları (nörolog, psikiyatr, çocuk doktoru vs.)
  - b) Psikologlar (Okul psikologu ve danışman)
  - c) Özel eğitin uzmanları
  - d) Öğretmen ve yöneticiler
  - e) Aile

- f) Yakın çevre
- g) Sosyal hizmet uzmanlarının ekip çalışması sonuçları(Güven, 2003).

### **2.3. Sosyal Fobi (Sosyal Anksiyete Bozukluğu)**

İlk kez İsaac Marks ve Gelder tarafından 1966 yılında tanımlanan psikolojik bir rahatsızlık olan sosyal fobi, ilk kez Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nın 3. baskısında yer verilmiştir. 1969 yılında Marks, fobileri agorafobi, sosyal fobi, hayvan fobileri ve değişik özgül fobiler olmak üzere dörde ayırmış, bu dört fobi tipinin yalnız klinik belirtiler açısından değil, seyir, başlangıç yaşı ve epidemiyolojik özellikler açısından da oldukça farklı olduğunu belirtmiştir. Bundan sonra sosyal fobinin klinik alandaki önemi artmıştır (Özdemir, 2004).

Sosyal fobi, insanlarla aynı ortamda bulunurken hata yapma ya da küçük düşme endişesi yaşamaktır. Gerçek bir tehlike karşısında ya da tehlikeli bir durumun düşünülmesi sonucunda yaşanan korkudan farklı olarak fobi, kendine özgü belirli durumlarda insanların yaşadığı baskılı, endişeli, mantık dışı korkulardır (Burkovik, 2006).

Sosyal fobisi olan kişi, tanımadığı insanların yanında ya da başka insanların gözünün önünde bir eylem gerçekleştirirken belirgin ve sürekli bir korku duyar. Davranışlarının onu küçük duruma düşüreceğinden ya da utanç duymasına sebep olacağından korkan kişiler bir toplumsal durumla ya da toplum önünde bir eylem gerçekleştirmeleri gereken bir durumla her karşılaştıklarında bir anksiyete tepkisi gösterirler. Sosyal fobi yaşayanlar korkularının anlamsız veya aşırı olduğunu bilebilirler, ancak çoğunlukla verilen tepki bu korkunun yaşandığı durumdan kaçmak ya da endişeyle buna katlanmaya devam etmektir. Anksiyete, sıkıntı, kaçınma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki ya da eğitimle ilgili işlerini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozabilir ya da bu durumlarda fobinin yaşanacağına dair bir endişe vardır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2010).

Sosyal Fobisi olan insanlar, hem kendilerini değerlendirirken hem de başkalarının kendileri hakkındaki değerlendirmelerini düşünürken olumsuz bir tavır sergilerler. Genelde otomatik olarak işleyen olumsuz düşünce ve inançlar kişinin sosyal ortamlardaki hareketini kısıtlamasına ya da bu tür ortamlardan kaçmasına sebep olmakta kişinin gerçek performansını gösterememesine sebep olmaktadır. Kişinin sosyal çevreden uzaklaşması onun olumsuz düşüncelerini destekler nitelik almakta ve sonuçta sosyal fobisinin artmasına yol açarak bir kısır döngü oluşturmaktadır (Clark, 2001). Sosyal fobisi olan kişiler başkalarından kendileriyle ilgili olumlu şeyler duymayı ve dikkat çekmeyi çok isterler ancak olumlu şeyler duyabileceklerine dair inançları zayıftır. Bu inancın bilinçaltı yansıması onaylayıcı olmayan, utandıran, eleştiren ebeveynlerden kaçıştır, görünürdeki yansıması ise ebeveynlerinin tavırlarını görebileceklerini düşündükleri ortamlardan kaçınmaktır. Yetersizlik ve utanç duygularına eşlik eden bir diğer duygu da suçluluk duygusudur (Gabbard, 1992). Sosyal Fobisi olanların, insanlar önünde bir şeyler yaparken başarılı olmalarının şart olduğuna dair inançları vardır ve bunu yaparken kaygılarını da yansıtmamaları gerektiğini düşünürler. Bu düşüncelerin arkasında başarısız olurlarsa yetersiz ve değersiz olacakları inançları vardır (Ellis, 1991). Sosyal fobi oluşumu travmatik sosyal yaşantılardan, çocukluktan itibaren özellikle beraber yaşadığı kişiler başta olmak üzere insanların sosyal korkularına kişinin şahit olmasından ve başta aile bireyleri olmak üzere çevredeki insanların kişiye karşı tutumundan etkilenir. Çocukluk dönemindeki utangaçlık suçluluk, onaylanmama deneyimleri kişinin sosyal fobisinin temelini oluşturabilir (Beidel, 1998).

Sosyal fobisi olan kişiler, toplum önündeyken ve özellikle bir eylem gerçekleştirirken, utanç ve kaygı duymanın yanında, ortamda bulunan kişilerin kendileri hakkında “kaygılı, zayıf, kaçık, aptal” gibi değerlendirmelerde bulunacağını düşünürler. Toplum önünde konuşmak istememelerinin nedenlerinden biri ellerinin ya da seslerinin titrediğinin insanlar tarafından fark edilmesi korkusudur. Düzgün bir biçimde konuşamıyor gibi görünme endişesi başkalarıyla konuşurken aşırı anksiyete duymalarına yol açabilir. Başkalarının yanında yemekten, içmekten veya yazmaktan kaçınırlar, çünkü ellerinin

sallandığının görülmesini istemezler. Sosyal fobisi olan kişiler, çarpıntı, tremor, terleme, gastrointestinal rahatsızlık, diyare, kas gerginliği, yüz kızarması gibi anksiyete belirtileri gösterebilirler ve daha ağır durumlarda bu belirtiler panik atağı rahatsızlığına dönüşebilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2010).

Sosyal fobi yaşayan kişilerin düşünceleri daha çok olumsuzdur. Olumsuz düşünceler bir zincir halinde hareket ederek performans gösterilmesi gereken bir durumda kişinin daha çok kaygı duymasına ve daha çok ani tepkiler göstermesine sebep olur. Herhangi bir alarm altındaki kişi, “buradan kaçmalıyım, uzaklaşmalıyım” düşüncesine kapılır, bundan sonra da kalp çarpıntısı, kaslarda gerginlik sonucu titreme, boğazda kuruluk ve yutkunma sorunu, ateş basması sonucu açığa çıkan terleme ya da aniden buz kesme görülür. Bu bedensel tepkileri baş ağrısı, vücutta ağrılar, bozulmalar (bağırsak, mide problemleri gibi) takip edebilir. Stres belirtileri ile örtüşen bu belirtiler sonucunda kişide stres kaçınılmaz hale gelmektedir (Burkovic, 2006). Sosyal anksiyete bozukluğunda en çok korkulan durum sosyal durumlarda kötü performans gösterebilme ihtimalidir. Rezil olma düşüncesiyle beraber utanmanın hâkim olduğu sosyal anksiyeteli kişiler yaşadıkları kaygı ile ilgili fiziksel belirtileri ve sosyal kaygılarını gerçekte olduğundan daha abartılı yaşarlar ve ret edilmeye karşı aşırı duyarlı haldedirler. Başkaları tarafından olumsuz algılanma korkuları yoğun olduğu için insanların kendileri hakkındaki düşüncelerini ve davranışlarını yanlış yorumlayabilirler ya da olumsuz ve abartılı değerlendirmelere varabilirler (Dilbaz, 2000).

Sosyal fobisi olan yetişkinler, korkularının aşırı ya da anlamsız olduğunu bilirler, ancak bu çocuklar için pek mümkün değildir. Sosyal fobinin yaşandığı durumlarda genelde gösterilen tepki kaçınmaktır. Bazen bu durumda olan kişiler kaçınmamak için kendisini zorlar ancak bu sırada yoğun bir anksiyete duyarak buna katlanmak zorunda kalır. Yaklaşmakta olan, toplumsal bir etkinliğe katılma ya da bulunma durumu, çok önceden belirgin bir beklenti anksiyetesinin ortaya çıkmasına yol açabilir. Beklenti anksiyetesi, korkacakmış, yapamayacakmış gibi bir algıya ve anksiyete semptomlarına yol açar. Bu belirtilerin ortaya çıkması, gösterilen yeterlilikte imgesel olarak ya da

gerçek olarak düşmeye yol açar, bu da sıkıntı ve korkunun artmasına yol açarak bir kısır döngünün olmasına sebep olur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2010).

Sosyal fobinin başlangıç yaşı olarak 13-24 arası yaş kabul edilse de elde edilen bilgiler kişilerin kliniklere başvurma zamanları ve verdikleri bilgilere dayandığı için gerçekçi olarak kabul edilmemektedir (Dilbaz, 1997). Hastalığın 25 yaştan sonra başlaması çok nadir olmakta, bir doktora başvurma yaşı ise genelde hastalık başladıktan 15-20 yıl sonra olmaktadır. Hastalığın tedavi edilebilirliğine dair yanlış bilgiler veya bu bozukluğun kişiliğe ait bir özellik sanılması doktora başvurma süresinin gecikmesi üzerinde etkilidir (Dilbaz, 2000).

Sosyal fobi ICD-10'da sınırlı (discrete) ve yaygın (diffuse); DSM-IV'de ise genelleşmiş ve genelleşmiş olmayan tip olarak ikiye ayrılmıştır. Bu iki tip dışında DSM-IV belirti olarak sosyal fobiyi doldurmayan normal kişilerde de görülebilen sosyal anksiyete durumlarını performans anksiyetesi olarak adlandırmaktadır (Türkçapar, 1999).

Bunların dışında DSM-IV komitesi tarafından performans tipi, sınırlı etkileşimsel tip ve yaygın sınıflandırmasının oluşturulması da önerilmiştir. Toplum içinde yapıldığında kaygı yaratan ancak kişinin kendi başına olduğu zaman kaygı uyandırmayan durumlar performans tip içerisinde değerlendirilmektedir. Birkaç toplumsal duruma özgü olarak yaşanan kaygı sınırlı etkileşimsel alt tip, daha yoğun yaşanan ve daha fazla ortamı kapsayan kaygı ise yaygın tip olarak değerlendirilmektedir (Dilbaz, 2000).

Sosyal Fobi cinsiyete göre değerlendirildiğinde, kliniklere başvuran erkek sayısı kadın sayısından daha fazladır. Alan çalışmalarında ise sosyal anksiyete bozukluğu kadınlarda daha sık görülmüştür. Bu durum, kadınların daha fazla sosyal kaygı bildirmelerine karşın erkeklerin daha fazla tedaviye yönelmeleriyle açıklanmaktadır. Yine alan çalışmalarında sosyal fobi, genç ve bekâr olanlarda, eğitim ve gelir düzeyi düşük olanlarda daha sık görülmüştür (Dilbaz, 2000).

### 2.3.1. Eşlik Eden Özellikler Ve Bozukluklar

Sosyal fobi yaşayanlar, eleştirilmeye ve reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık gösterebilirler. Haklarını savunmada güçlük çekmeyle beraber, benlik saygısında da düşüklük ve aşağılık duyguları da görülür. Başkalarınınca dolaylı ya da doğrudan değerlendirilecekleri sınav gibi durumlardan korkarlar, bu nedenle sınıf içi etkinliklere katılmada zorlanırlar, bu durum onların okulda yeterli bir başarı göstermelerini engeller. Toplumsal becerilerde yetersizlikler gösterebilirler, göz göze gelememek, soğuk ve nemli eller, titrek bir ses gibi anksiyete belirtileri gösterebilirler. Grup önünde, üstleriyle ya da meslektaşlarıyla konuşurken yaşadıkları kaygı ve kaçınmadan dolayı işlerinde de başarısız olma durumlarını daha çok yaşayabilirler (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2010).

Sosyal kaygısı olan kadınlarda, distimik bozukluk, özgül fobi, majör depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi hastalıklar sosyal kaygıya eşlik eder. Sosyal kaygı bozukluğu ile ilgili yapılan pek çok çalışmada hastalığın kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü, ancak erkeklerin tedaviye daha fazla başvurduğu saptanmıştır. Yapılan araştırmalarda, yükseköğrenim görenlerde sosyal kaygının daha fazla görüldüğü saptanmış ancak eğitim seviyesi düşük olanların sosyal kaygıdan daha az şikâyetçi oldukları saptanmıştır. Bu durum şöyle açıklanmıştır; yükseköğrenim görenler işleri dolayısıyla çalıştıkları işte daha fazla sosyal ortamlar içinde bulunmakta ve daha fazla performans göstermeleri gerektiği için belirtileri daha fazla hissetmekte ve işlevselliklerindeki düşüş nedeniyle kliniklere daha fazla başvurmaktadır. Düşük öğrenim görenler ise girdikleri iş, aile ve toplumsal hayatları içinde daha az sosyal beceriye ihtiyaç duymakta, ayrıca yaşadıkları kaygı işlevselliklerini daha az etkilemektedir, bu nedenle kliniklere daha az başvurmaları sayılarının daha az görülmesine neden olmaktadır (Dilbaz, Güz, 2002).

Başkalarının önünde konuşma, yemek yeme, yazı yazma, genel tuvaletleri kullanma, toplantılara katılma, biriyle tanıştırılma, telefonla konuşma, otorite durumundaki kişilerle olma, alışveriş yapma, sırada bekleme gibi ortam ve aktiviteler sosyal kaygısı olan insanlar için sosyal kaygı belirtilerinin yoğun yaşandığı yerler ve durumlardır (Özdemir, 2004).

Sosyal fobisi olanların % 92'sinin mesleki işlevlerinde, % 85'inin akademik performanslarında % 70'inin ise sosyal ilişkilerinde bozukluk oluşmaktadır (Dilbaz, 1997).

Sosyal fobisi olan kişilerin başlıca özellikleri;

- a) Genellikle utangaç ve içe dönüktürler, sosyal değildirler.
- b) Normal göz temasından kaçınır ve az konuşurlar.
- c) Kendilerine bir şey sorulmadıkça çok konuşmazlar.
- d) Dikkatin üzerlerine toplanmasından hoşlanmazlar.
- e) Grup içinde çok ender konuşurlar, iltifatları da çok sessizce geçirirler.
- f) Sıklıkla hastalandıklarını söylerler ve sık sık ortadan kaybolurlar.
- g) Patron veya amirleriyle konuşurken belirgin olarak kaygılı görünürler (Özdemir, 2004).

Sosyal fobisi olan kişilerde, sosyal fobinin kendi ifadelerine göre belirtileri:

Fizyolojik belirtiler

- a) Yüz kızarması
- b) Terleme
- c) Kalp çarpıntısı
- d) Nefes kesilmesi
- e) Nefes darlığı
- f) Titreme

## Zihinsel belirtiler (düşünceler)

- a) Güçsüzüm
- b) Yetersizim
- c) Çirkinim
- d) Beğenilmiyorum
- e) Sevilmeye layık değilim
- f) Mükemmel olmalıyım
- g) Asla hata yapmamalıyım
- h) Kaygılı olduğumu belli etmemeliyim
- i) Çok rahat davranmalıyım
- j) Kusursuz görünmeliyim
- k) Kimseyi gücendirmemeliyim
- l) Herkesin beğenisini kazanmalıyım

## Davranışsal belirtiler:

- a) Korkulan ortama girmeme
- b) Göz temasından kaçınma
- c) İlgisiz şeyler düşünme
- d) Hayallere dalma
- e) Konuyu değiştirme
- f) Alkol kullanma (Özdemir, 2004).

## 2.4. Stres

17 yüzyılda kullanılan Latince bir kavram olan “Stringere” den gelen stres kavramı “kişinin, içeriden veya dışarıdan gelen mevcut dengeyi veya duygusal, bilişsel, sosyal işleyişi bozma eğilimi gösteren ve onu bu dengeyi korumaya veya bozulan dengeyi yeniden kurmaya yönelik yeni davranışlara zorlayan gerçek ya da algılanan uyarıcılara verdiği fiziksel-ruhsal-bilişsel tepkilerdir. Stres genellikle olumsuz bir yaşantı olarak değerlendirilse de evlilik, yeni bir işe, okula başlama vb. gibi olumlu yaşantılardan da



kaynaklanabilir. Stresin aşırı olması ya da uzun sürmesi bireyde aşırı bir yüklenme yaratabilir ve çeşitli patolojilere yol açabilir (Budak, 2000).

Stres tanımında üç farklı bakış açısından söz edilebilir; stresi bir uyaran olarak tanımlayan yaklaşıma göre çevre stresin oluşumunda önemlidir. Stresi bir tepki olarak ele alan yaklaşıma göre bireyin stres uyaranlarına verdiği tepkiler önemlidir. Stresi uyaran ve tepkileri içine alan bir süreç olarak değerlendiren yaklaşım ise birey ve çevre arasındaki etkileşime önem verir. Bu süreçte birey ve çevre arasında sürekli bir uyum ve etkileşim vardır. Stres sadece bir uyaran ya da tepki değil ikisi arasındaki etkileşimin bir sonucudur (Yurtsever, 2009).

Stranks'a göre stresin tanımı bireysel farklılıklara göre çeşitlilik gösterebilir. Bazı kişilere göre olumlu ve hoş görülen stres olayları bazılarına göre ise olumsuz ve can sıkıcı olabilir. Kişinin algısına göre değerlendirildiğinde stres kişinin içinde bulunduğu durum ya da vereceği tepkilere göre farklı tanımlar alabilir. Buna göre stres bazen psikolojik bir durum, bazen fiziksel bir tepki bazen de sadece bir duygu olabilir (Stranks, 2005).

#### **2.4.1 Çeşitleri**

Stres fizyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere üç şekilde ele alınabilir. Cannon ve Selye tarafından geliştirilen fizyolojik stres, bedende meydana gelen tepkiler ve kas sistemindeki bozukluklarla ilgilidir. Lazarus'un öncülüğünü yaptığı psikolojik stres, stres faktörlerinin etkisine bağlı olarak bilişte meydana gelen süreçler, etkiler üzerinde durmaktadır. Smelser'in üzerinde durduğu sosyal stres ise, stresin toplum sistemleri ve bu sistemin birimleri arasındaki etkiyi incelemektedir (Yöndem, 2006).

Yukarıdaki çeşitlendirmeye ek olarak kaynaklarına göre de, beden içinden kaynaklanan ve bedenin dışından kaynaklanan şeklinde çeşitlendirilebilir. Bedenin içinden gelen bir stres kaynağı olarak diş ağrısı örnek verilebilir. Bedenin dışından gelen stres kaynağına örnek olarak da

sürekli yüksek dereceli gürültünün olduğu bir ortam verilebilir (Cüceloğlu, 2002).

Yapılan çalışmalarda stres genelde olumsuz bir şey olarak ele alınsa da, başa çıkılabildiğinde insanlara bir şeyler öğrenmesini, yeni bir şeyler yapmasını, harekete geçmesini ve başarmasını sağlayan bir yönü de vardır. Böyle bakıldığında stres -hoş olan- ve -hoş olmayan- şeklinde ikiye ayrılabilir. Neşe, canlılık, başarı ya da kazanç sağlayan stresler için -eustress-, sıkıntı veren stresler için de -distress- ifadelerini kullanan araştırmacılar da vardır (Tuğrul, 2000).

#### **2.4.2. Tepkileri**

Stresle karşılaşan canlı varlıkta, kalp atışında hızlanma, ağız kuruması, titreme, aşırı terleme, iştah bozukluğu, çeşitli ağrılar, huzursuzluk, sıkıntı, bunaltı, yorgunluk ve çökkünlük gibi fizyolojik tepkiler görülür. Bedensel ve ruhsal olarak sınırları zorlandığında canlının homeostasis denilen denge sistemi bozulur, bunun sonucunda savaş ya da kaç tepkisi oluşur. Bozulan denge, durum veya olayla baş etmeye çalışma ya da uyum sağlamayla yeniden kurulur. Uyum sağlandığında stresin belirtileri de kaybolmaya başlar, ancak uyum gerçekleşmediğinde ya da stres uzun sürdüğünde kişi tükenebilir ya da bedensel ve ruhsal hastalıklar görülebilir. Denge sistemi çalışırken, beden alarm, direnç ve tükenme denilen aşamalardan geçer. Alarm aşaması, tehdit olarak algılanan bir uyarının varlığı ve bununla beraber bedensel tepkiler ve savaş ya da kaç tepkisinin oluşması evresidir. Bununla beraber canlılığını sürdürmek amacını güden insanın bedeni, tehlikenin algılanmasından sonra meydana gelen alarm durumu sonucunda tehlikeye hazır hale getirilir, bu alarm durumu sonucunda insan koşar, mücadele eder, kendini ve sahip olduklarını savunur. Stres karşısında vücudun harekete geçerek savunma gücünü arttırması direnç aşamasına girildiğini gösterir. Stresin uzun sürmesi ya da stresin yükünün fazla olması durumunda tükenme denilen aşamaya girilir. Psikolojik rahatsızlıklar, aile ilişkileri ve sosyal ilişkilerde sorunlar çıkmasına sebep olan çöküntü hali Selye tarafından adaptasyon hastalığı olarak tanımlanmıştır (Selye, 1946).

### 2.4.3. Nedenleri

Strese karşı verdiğimiz tepkiler insanlık tarihi boyunca edindiğimiz tecrübeler ve nesilden nesile aktarılan öğrenmelerdir. Ancak içinde bulunduğumuz çağda algılanan tehditler ya da gerçek tehlikeler ya da stresler değişmiştir ve giderek bedensel gücü daha az kullanmaya dönük olmaktadır. İşsizlik korkusu ya da işini kaybetme endişesi, aile içinden veya aile dışındaki çevreden gelen tepki ve tutumlar, bir yerlere veya bir şeylere geç kalma endişesi, aradığını bulamama sıkıntısı ve benzeri pek çok sebep stres yaratan durumlardır, ancak insan yaşadığı bu tür stresler için hazırlanmış maddeleri kullanamamaktadır. İnsan zihni, çağın hızla değişen ve gelişen problemlerine uyum sağlarken, beden bu konuda geri kalarak geçmişten getirdiği tepki sürecini işletmeye devam etmektedir (Baltaş,Baltaş, 2008).

Stres kaynakları şu şekilde üç grup olarak değerlendirilebilir; Günlük olaylar, yaşam olayları ve spesifik yaşam olayları. Günlük olaylara kötü geçen bir sınav, uykuya geçmede sorunlar yaşama, iş ya da okulla ilgili yaşanan bir başarısızlık gibi olaylar örnek verilebilir. Spesifik yaşam olaylarıyla kişinin kendisi ve ailesiyle ilgili doğrudan kendisini ilgilendiren özel olaylar kastedilir. Örneğin; menepoz, alkol gibi. Yaşam olayları ise daha uzun bir süre etkili olan ve kişinin yaşam şeklinde belirli değişikliklere yol açan olaylardır (Tuğrul, 2000).

**Tablo 2.1. Strese yol açan yaşam olaylarının Türkiye'ye göre verilmiş ağırlık puanları**

Türkiye'de Değişik Yaşam Olaylarının Ağırlık Puanları (Cüceloğlu, 2002).		
1	Çocuğun ölümü	92
2	Eşin ölümü	90
3	Eş tarafından aldatılma	87
4	Anne ve babanın ölümü	87
5	Hapse mahkum olma	86
6	Çocuğun ağır bir biçimde hastalanması veya sakatlanması	85
7	Evlilik dışı hamilelik	83
8	İstemediği evliliği yapma	83
9	Eşin ağır hastalığı, kaza geçirmesi ya da yaralanması	79
10	Anne-babanın geçimsizliği veya ayrılması	78
11	Eşle ile ciddi anlaşmazlık	77
12	Ağır hastalık, kaza, yaralanma	75
13	Boşanma	73
14	Büyük ölçüde borçlanma	72
15	Hakkında kötü söylentiler çıkartılma	72
16	Evlilik dışı ilişkiye girme	68
17	Çocuk düşürme veya düşük yapma	68
18	Yakın bir dostun ölümü	66
19	İstenmeyen gebelik	65
20	Anne-baba ile anlaşmazlık ve onlardan baskı görme	64
21	Çocuğun okul başarısızlığı	62
22	Nişanlıdan ayrılma	58

Stres, kaynakları bakımından şu şekilde de gruplandırılabilir; Fizik çevreden kaynaklananlar: Hava kirliliği, gürültü, sıcaklık, kalabalık gibi; İş ve uğraşlardan kaynaklananlar: İşin ağır olması, iş olanaklarının çalışmayı zorlandığı durumlar gibi; Psiko-sosyal özelliklerden kaynaklananlar: günlük stresler, gelişimsel stresler ve yaşam krizleri bu gruptadır (Bayık, Özsoy, Ardahan, 2006).

Stresin oluşumunda, içsel ya da dışsal tehdidin nasıl algılandığı önemli bir rol oynamaktadır. Kişilerin zihinsel yapısı ve kişilik yapıları, içten ya da dıştan gelen uyarıların tehdit olarak algılanıp algılanmaması üzerinde etkili olacaktır için, stresin ortaya çıkması da bu bireysel farklılıklardan etkilenecektir. Bazı durumlarda kişinin uyumlu davranmasını sağlayan stres genellikle olumsuz duygular ve tutumlar oluşturarak, bireyin sahip olduğu varoluş

yapısının yaşanmasına engel olur (Lazarus, Folkman, 1987). İç ve dış tehditlere karşı yeterli olabilecekleri konusunda kendilerine güvenen bireyler problemleri bir öğrenme fırsatı olarak görüp stresle daha kolay baş edebilirler. Problemlere bu şekilde yaklaşmaları onların daha kolay motive olmasını sağlayarak hayatlarındaki değişimlere daha hızlı adapte olmalarını sağlayabilir. Böylelikle stres onlar için sadece olumsuz bir şey değil aynı zamanda ve daha çok olumlu ve öğretici bir şeydir (Bandura, 1995). Stresin nasıl algılanacağını etkileyen bir diğer faktör de kişinin sahip olduğu mizah duygusudur. Mizah duygusu gelişmiş olan kişiler stres veren olayların daha gerçekçi ve olumlu olarak ele alınmasını sağlayarak stresin olumsuz algısını zayıflatır ve stresle baş etmeyi kolaylaştırır (Abel, 2002).

#### **2.4.4. Sonuçları**

Stresin insan üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkileri vardır. Stresin insan bedeni üzerinde, kişiyi rahatsız eden ve sonrasında da bazı hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olan sonuçları olabilmektedir. Stres karşısında kişi bir uyum içerisine girebilir, ancak bu uyumun da kişiye zararları olabilir. Stresin etkisiyle kişinin dikkati dağılabilir, yaratıcı düşünme ve etkili davranma engellenmiş olabilir. İkinci olarak, stres duyguları ve stresi yaratan koşullar, kişinin her şeyi göze almasına, gerçekçi olmayacak bir şekilde hareket ederek kendisini tehlikeye atmasına sebep olabilir. Böylece stres yaratan asıl soruna başka sorunlar da eklenir. Kişi sorun üzerinde ya düşünmekten kaçınır, ya da gerektiği gibi düşünemez, bu da yapıcı çözümler bulunamamasına sebep olur. Hayatın günlük stresleri ile karşılaşan kişi, kaçınma, inkar, suçlama gibi savunma mekanizmalarını daha sık kullanmaya başlayarak, uyumsuz davranışlarının ve rahatsız edici duygularının oluşumunu artırır (Yöndem, 2006). Stresin aşırı olması insanın günlük yaşamını olumsuz etkileyerek bir takım tıbbi sorunların oluşmasına yol açabilir. Strese verilen tepkiler strese maruz kalma süresi arttıkça çeşitli hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olur. Baş ağrısı, yüksek tansiyon, kalp rahatsızlıkları gibi fiziksel hastalıkların yanında psikolojik ve zihinsel sorunlar da ortaya çıkabilir. Bireysel farklılıklara bağlı olarak strese verilen tepkiler ya da stresin sonuçları değişebilir; stres karşısında geri çekilme, kabullenme, karşı koyma, korku, endişe, depresyon

gibi davranış ve sorunlar bireysel farklılıklara göre değişir. Dikkatin azalması, zihni bir konu üzerinde toplama güçlüğü, çeşitli konular arasında ilişki kurma güçlüğü, aşırı unutkanlık, takıntılı düşünceler gibi zihinsel sorunlar da stres sonucunda görülebilecek sorunlardan bazılarıdır. Stres altındayken insanlar daha kolay sinirlenebilir, önemsiz olaylara bile yerinde olmayan tepkiler verebilirler. Uyku sorunları, madde kullanımı, yorgunluk, isteksizlik ve huzursuzluk görülebilir. Kendilerine ve diğer insanlara karşı duydukları güvensizlik onları takıntılı bazı davranışlar yapmaya zorlayabilir (Aksoy, Kutluca, 2005).

Stresin olumsuz tarafından başka heyecan verici, enerjiyi artırıcı ve yönlendirici bir tarafı da vardır. Belirli bir dozda stres kişiyi etkili bir şekilde harekete geçirerek yaşam olaylarıyla daha iyi başa çıkmasını sağlayabilir, bireysel olarak daha etkin ve yaratıcı bir oluşum sağlayabilir, fiziksel ve ruhsal dayanıklılığı artırabilir (Bayık, Özsoy, Ardahan 2006).

## **2.5. Zihinsel Engelli Annelerinde Stres ve Diğer Ruhsal Sorunlar**

Zihinsel engelli çocukların annelerinde toplumun genelinden 2-3 kat fazla oranda ruh sağlığı sorunları vardır (Tonge, Einfeld, Gray, 2004). Kronik hastalığı olan çocuk sahibi anneler sağlıklı çocuğa sahip annelere göre daha depresif ve nörotiktir (Kelly, Hewson 2000). Engelli çocuğa sahip annelerde ruhsal sorunlar engelli çocuğu olmayan annelere göre daha sık görülür (Hanson, Hanline 1994). Zihinsel engelli annelerinin %22'si çocuğundan kaynaklanan nedenlerle bir hekime görünmektedir (Emerson, 2003).

Engelli çocuğa sahip annelerde engelli çocuğu olmayan annelere göre somatik yakınmalar, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi ruhsal rahatsızlıklar daha çok görülmektedir (Miller, Gordon, Daniele, 1992; Swartz, Shear, Wren, Greeno, Sales, Sullivan, 2005; Nachshen, Minnes, 2005).

Sarı'nın Zihinsel engelli çocuğu olan ailelerin aile yüklenmesi ile ilgili araştırmasına göre, zihinsel engelli çocuğu olan ailelerde farklı düzeylerde duygusal yüklenme görülmektedir. Zihinsel engelin geri dönüşsüz ve

düzeltilmez olması duygusal yüklenmeyi önemli ölçüde etkilemektedir. Duygusal yüklenmeden ailenin tüm bireyleri farklı düzeylerde etkilenmektedir. Zihinsel engelli çocuğu olan ailelerin ekonomik gereksinimleri fazla olup, ekonomik yetersizlikler ailelerin duygusal yüklenmelerinin artmasına neden olmaktadır. Bu ailelerin sosyal yaşamları kendilerinden ya da sosyal çevrelerinden kaynaklanan nedenlerle etkilenmektedir. Sosyal etkilenme, ailelerin sosyal izolasyon yaşamasına yol açan önemli bir etmendir. Aileler, zihinsel engelli çocuğun bakımında güçlük yaşamaktadır. Anneler zihinsel engelli çocuğun bakımında babalardan daha fazla görev almaktadır. Bunun sonucunda annelerde de fiziksel rahatsızlıklar görülebilmektedir. Zihinsel engelli çocuğu olan aileler duygusal, sosyal, ekonomik ve fiziksel yüklenme yaşamaktadır (Sarı, 2007).

Duygun ve Sezgin'in yaptıkları çalışmada, sağlıklı çocuk anneleriyle karşılaştırıldığında, zihinsel engelli çocuk annelerinin duygusal tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Zihinsel engelli çocuk annelerindeki duygusal tükenmişlik düzeyiyle bağlantılı faktörler olarak, kişisel başarı, bilişsel-duyuşsal faktör, çaresiz yaklaşım ve sosyal destek arama olduğu belirtilmiştir. Zihinsel engelli çocuk annelerinin yaşadıkları tükenmişliğin; zihinsel engelli bir çocuğa sahip olmayı kendi başarısızlığı olarak algılayabilmesi nedeniyle, kendisini ve yaptığı işi olumsuz bir biçimde değerlendirme, söz konusu nedenlerle yaşayabildikleri stresi fiziksel sağlık problemleri şeklinde yansıtmaya eğilimi, durumu kabullenmeme, içinde bulunduğu durumla ilgili olarak ne yapabileceğini bilmediği için çaresiz hissetme, kendine ilişkin yetersizlik ve güvensizlik duyma ve yaşadığı durumla başa çıkmaya yönelik olarak sosyal desteğin önemini ve sosyal destek kaynaklarının farkında olmama ile ilgili olabileceği belirtilmiştir (Duygun, Sezgin, 2003).

Karadağ tarafından yapılan çalışmada, annelerin çocuklarının engeli nedeniyle sosyal, psikolojik ve ekonomik sorun yaşadığı, engelli çocuğunun doğumuyla hayal kırıklığı, çocuklarının tedavisi sürecinde sorun yaşadığı saptanmıştır. Ayrıca sosyal desteklerinin düşük, umutsuzluk düzeylerinin

yüksek olduğu, sosyal destekleri arttıkça umutsuzluk düzeylerinin arttığı belirlenmiştir (Karadağ, 2009).

Akandere, Acar, Baştuğ'un fiziksel ve zihinsel engelli çocuğa sahip anne-babaların umutsuzluk ve yaşam doyum düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada, anne-babaların umutsuzluk ve yaşam doyum düzeyleri ile yaş, eğitim, gelir düzeyi, engelli çocuğun cinsiyeti arasında anlamlı bir ilişki tespit etmişlerdir. Buna göre; 51 yaş ve üzeri olan annelerin gelecekle ilgili duygu ve beklenti puanları, yaşı 20–35 olan annelerin puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Umut alt boyutunda, yaşı 51 yaş ve üzeri olan annelerin puanları, yaşı 20–35 ve 36–50 olan annelerin puanlarından yüksek bulunmuştur. Annelerin motivasyon kaybı ve yaşam doyum düzeyi puanlarına bakıldığında yaş grupları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Yaşı 51 yaş ve üzeri olan babaların yaşam doyum puanları, yaşı 36-50 olan babaların yaşam doyum puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Gelecekle ilgili duygu ve beklenti puanları, umut ve motivasyon kaybına ilişkin değerler incelendiğinde, yaşı 51 yaş ve üzeri olan babaların puanları, yaşı 20–35, 36–50 olan babaların puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu ilkököl olan annelerin gelecekle ilgili duygu ve beklentilere ilişkin puanları eğitim durumu üniversite olan annelerin puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Annelerin umut, motivasyon ve yaşam doyum puanları ile eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Eğitim durumu ilkököl olan babaların gelecekle ilgili duygu ve beklenti, umut alt boyutuna ilişkin puanları, eğitim durumu ortaokul ve lise olan babaların puanlarından yüksek olduğu bulunmuştur. Eğitim durumu ilkököl olan babaların motivasyon kaybı puanları, eğitim durumu lise ve üniversite olan babaların puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca eğitim durumu üniversite ve lise olan babaların yaşam doyum puanları, ilkököl ve ortaokul mezunu olan babaların yaşam doyum puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Asgari ücret alan babaların gelecekle ilgili duygu ve beklentilere ilişkin puanları, gelir durumu 1000–1500 ytl ve 2000–2500 ytl arası olan babaların puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca gelir durumu 3000 ytl ve üzeri olan babaların yaşam doyum puanları, asgari ücret ve 1000-1500



ytl olan babaların puanlarından, gelir durumu 1000-1500 ytl ve 2000- 2500 ytl olan babaların yaşam doyumu puanları, asgari ücret alan babaların puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. çocuğu zihinsel özürlü olan babaların gelecekle ilgili duygu ve beklentilere ilişkin puanları çocuğu fiziksel özürlü olan babaların puanından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çocuğu zihinsel ve zihinsel- fiziksel özürlü olan babaların motivasyon kaybına ilişkin puanları çocuğu fiziksel özürlü olan babaların puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çocuğu fiziksel, zihinsel ve fiziksel- zihinsel özürlü babaların umut alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken çocuğu fiziksel ve zihinsel-fiziksel özürlü olan babaların yaşam doyumu puanları, çocuğu zihinsel özürlü olan babaların puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kız çocuğuna sahip olan annelerin yaşam doyumu puanları, kız çocuğuna sahip babaların yaşam doyumu puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Erkek çocuğuna sahip olan anne ve babaların umutsuzluk, gelecekle ilgili duygu ve beklentiler, isteklendirme kaybı, umut ve yaşam doyumları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (Akandere, Acar, Baştuğ, 2009).

Çocuğun maruz kaldığı kronik hastalıklar çocuk için olduğu kadar çocuğun annesi ve babası için de stres kaynağıdır (Kelly, Hewson, 2000).

Yapılan pek çok araştırmada zihinsel engelli çocukların annelerinin stres durumunun engelli çocuğu olmayan annelere göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (Hastings, Beck, 2004; Emerson, Robertson, Wood, 2004; Er, 2006; Faerstein, 1981; Shapiro, 1983; Cummings, Bayley, Herbert, 1976; Quine, Pahl, 1985; Hayden, Goldman, 1996; Beckman, 1983; Wilton, Renault, 1986).

Zihinsel ve bedensel engelli çocuğa sahip anne-babalarda engelli olmayan çocuğa sahip anne-babalara göre stres ve anksiyete daha çok olmaktadır (Glidden, Schoolcraft, 2003).

Bilal ve Dağ'ın yaptıkları çalışmada, engelli çocuğu olan annelerin bilişsel duyuşsal stres belirtilerini daha fazla yaşadıkları tespit edilmiştir.

Annelerin yaşadıkları toplam stres düzeyinin etkenleri olarak da başa çıkma faktörlerinden çaresiz-kendini suçlayıcı yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım saptanmıştır. Çaresiz kendini suçlayıcı yaklaşım stres belirtileri düzeyindeki yüksekliği açıklamaktadır (Bilal, Dağ, 2005). Aynı çalışmada zihinsel engelli çocuk annesinin çalışma durumuna bağlı olarak stres puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( Bilal ve Dağ 2005).

Uyaroğlu ve Bodur'un yaptıkları çalışmada zihinsel yetersizlikli çocuk annelerinin tümü ev hanımı, babaların ise çoğunluğu işçi ya da işsizdir. Geleneksel yapının bir gereği olmasının yanı sıra, annelerin engelli çocuğu ile evde ve kurumda meşgul olma zorunluluğundan dolayı ayrıca bir iş sahibi olmaması beklenen bir sonuçtur (Uyaroğlu, Bodur, 2009).

Annenin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, mesleği, kronik hastalık durumu ve kronik hastalığı ile çocukların tanıları arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Şen, 2004).

Zihinsel yetersizliği olan çocukların annelerinin büyük bir çoğunluğu ilkökul mezunudur (Uyaroğlu, Bodur, 2009; Ersoy, 1997; Kuloğlu, 1990; Yıldırım, Conk, 2005).

Akkok, Aşkar, Karancı tarafından yapılan çalışmada, özürlü bir çocuğa sahip anne babaların yaşadıkları stresi yordayan değişkenler incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda stres puanındaki değişkenliğin en büyük bölümünü açıklayan değişkenin çocuğun durumunu kadere atfetmek olduğu bulunmuştur. Anne-babalar çocuklarının özrünü açıklayamadıkları, kontrol edemedikleri ve kalıcı olarak betimlenebilecek kader faktörüne atfettiklerinde stres artmaktadır ve kendilerini çaresiz hissetmektedirler. Benzer bir biçimde çocuğun özrünün dışsal (eş ve çevreyi sorumlu tutma) faktöre atfetmenin de stresi arttırıcı olduğu görülmüştür. Özürlü çocuk ailelerinde eşler arası ilişki, eşlerin birbirini suçlaması da ebeveynlerin içinde buldukları duruma uyum sağlamalarında çok etkilidir. Ayrıca çevre faktörleri olarak ele alınabilecek tanıdaki güçlükler, erken ve örgün eğitim olanaklarının eksikliği de ülkemizde stres yaratan

etkenler olarak düşünölmektedir. Belirgin koşullara atıf yapmanın stresi azaltıcı olduğu bulunmuştur. Nedensel atıfın geçici ve yaşanan belirli bir duruma yapılmasının, stresi azalttığıının düşünölebileceği belirtilmiştir. Stresi yordayan diğer önemli bir değişken ise özrün derecesidir, bulgular, eğitilebilir çocuk yerine otistik çocuğa sahip olmanın stresi arttırıcı olduğunu göstermiştir. Özürlü bu çocuğa sahip olan anne babalardaki stres düzeyinin yordanmasında ebeveynlerin yaptıkları nedensel atıfların, çocuğun özür tipinin ve aile rehberliği alıp almadıklarının önemli olduğu belirtilmiştir (Akkok, Aşkar, Karancı, 1992).

Engelli çocuğu olan annelerin depresyon düzeyleri normal çocuğu olan annelerin depresyon düzeylerine göre anlamlı derecede daha yüksektir. Engelli çocuğu olan babaların yaşam doyumları, normal çocuğu olan babaların yaşam doyumlarına göre daha düşüktür. Kullanılan başa çıkma stratejileri açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamıştır (Aysan, Özben, 2007).

Çakaloz ve Kurul'un Duchenne Muskuler Distofi tanılı çocukların annelerinin ruhsal durumu ile ilgili yaptıkları çalışmada DMD tanılı çocukları olan annelerin depresyon ve sürekli kaygı envanteri puanlarını kontrol grubundaki annelerin puanlarıyla karşılaştırmışlar ve DMD tanılı çocukları olan annelerin puanları daha yüksek bulunmuştur. DMD tanılı çocuğa sahip anneler, sağlıklı çocuğa sahip annelere göre ruhsal yönden daha fazla etkilenmektedir. Elde edilen sonuçlar DMD tanılı çocuğu olan annelerin, çocuklarının kronik hastalıkları nedeniyle duygusal sorunlar yaşayabileceği ve aile işlevlerinde sorunlar olabileceği varsayımını desteklemiştir (Çakaloz, Kurul, 2005).

Bahar, Bahar, Savaş ve Parlar tarafından yapılan çalışma sonucunda, engeli annelerinin depresyon açısından risk altında buldukları tespit edilmiştir. Engelli çocuk ailelerini bilgilendirmeye yönelik verilecek hizmetler, ailenin bu süreci en kısa sürede ve kolay bir şekilde atlattıklarını, çocukları ve çevreleri ile sağlıklı ilişkiler kurmalarını kolaylaştıracakđı belirtilmiştir. Ailelerin yaşadıkları olumsuzluklarla baş edebilmelerinin ve duygusal evreleri sorunsuz

atlabilmelerinin ve çocuklarını kabullenerek yasama uyum sağlayabilmelerinin aileye sağlanan sosyal destek ile mümkün olabileceği söylenmiştir.. Bu doğrultuda sosyal desteklerin ve annelere özellikle eş desteği sağlanmasının önemi vurgulanmıştır (Bahar, Bahar, Savaş, Parlar, 2009).

Yıldırım ve Conk tarafından zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip anne/babaların stresle başa çıkma tarzlarına ve depresyon düzeylerine planlı eğitimin etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, zihinsel yetersizliği olan anne-babalara planlı bir eğitim uygulanmış, eğitimden 3 ay ve 6 ay sonra uygulanan Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları ile eğitimden önce hesaplanan benzer ölçeklere ait puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar, planlı bir eğitimden sonra zihinsel engelli çocuğa sahip anne-babaların stres ve depresyon puanlarının düştüğünü göstermiştir (Yıldırım, Conk, 2005).

Otistik çocukların annelerinde en sık görülen birinci eksen rahatsızlıkları majör depresif bozukluk (% 23), distimik bozukluk (% 16.7) ve sosyal fobi (% 16.7) olarak bulunmuştur.

Psikolojik problemlerin pek çoğu stres değişkeniyle alakalı olmakla birlikte, kişilik algısı ve özellikle kendilik algısı önemli diğer değişkenlerdir. Diğer insanlardan alınan onay ve yaşanan memnun edici ilişkiler kendilik algısını olumlu olarak etkilemektedir. Olumsuz kişiler arası ilişki arttıkça stres belirtileri de artmakta aynı şekilde stres belirtileri arttıkça iletişim tarzları da olumsuz olmaktadır. Kendilik algısı düştükçe stres belirtileri artmakta stres belirtileri arttıkça kendilik algısı düşmektedir (Batıgün, Şahin, Demirel, 2011) .

Bedensel hastalıklara sahip bireylerin yaşadıkları stres belirtileri ile herhangi bir hastalığı olmayan insanların yaşadığı stres belirtilerini yordayan stres belirtileri neredeyse aynıdır. Bu değişkenler, kişiler arası ilişkilerden duyulan memnuniyetsizlik, yaşam memnuniyetsizliği, kendilik algısı ve saldırgan öfke davranışlarıdır. Sağlıklı kişilerde bu değişkenlerin yanına, içedönük öfke tepkileri ile cinsiyet de katıldığında yaşanan stres belirtilerindeki değişimin %41'nin açıklanabileceği görülmüştür. Eğer kişi kadınsa hayatından,

kişilerarası ilişkilerinden, kendinden hoşnut değilse ve yaşadığı öfkeyi saldırgan ve içe dönük davranışlarla ifade ediyorsa, stresin bilişsel, duygusal ve bedensel düzeyde yansıyan olumsuz belirtilerini yaşama ihtimali %40' larda olabilir (Batıgün, Şahin, Demirel, 2011).

Yapılan analiz sonuçlarına göre bedensel hastalığı olan bireylerin, stres belirtilerinin yüksek, kendilik algılarının olumsuz, kişiler arası ilişkilerinin sorunlu, öfkelerinin de daha yoğun olduğu söylenebilir. Bu hastaların daha yüksek düzeydeki stres belirtileri ile herhangi bir hastalığı olmayan kişilerin daha hafif düzeydeki stres belirtilerinin yordayıcısı olarak ortaya çıkan ortak değişkenler ise olumsuz kendilik algısı, kişilerarası ilişkilerden duyulan memnuniyetsizlik yaşam memnuniyetsizliği ve saldırgan öfke davranışları olarak belirlenmiştir. Ortak olmayan değişkenler ise bedensel hastalığı olan hastalarda yaş, hastalığı olmayanlarda da cinsiyettir (Batıgün, Şahin, Demirel, 2011).

Epidemiyolojik verilere göre sosyal fobi tanısı alanlarda evli olmama oranı kontrollerden daha fazladır. Sosyal fobisi olanların sosyo ekonomik ve eğitim durumlarının daha düşük olduğunu bildiren çalışmalara karşın kontrol grubu ile bir farklılık bulunmadığı yönünde sonuçlar veren çalışmalar da mevcuttur. Yaygın sosyal fobisi olanların ise hem eğitim düzeyleri hem de meslek sahibi olma oranları daha düşüktür (Dilbaz, 1997).

Panik bozukluk hastası olan kadınlarda erkeklere oranla, ilkokul veya ortaokul mezunlarında daha yüksek eğitilmiş kişilere oranla sosyal fobinin daha sık görüldüğü elde edilen bulgular arasındadır (Kavak, 2009).

Yapılan Çalışmalarda sosyal fobinin eğitim düzeyi düşük olanlarda daha sık olduğu bulunmuştur (Schneier, Johnson, Horning, 1992; Lepine, 1993; Solyom, Ledwidge, Solyom, 1986).

Yapılan bazı çalışmalarda daha genç öğrencilerin sosyal fobi puanları daha yüksek bulunmuştur (Keskin, Orgun, 2007; Türe, 2009).

Kavak'ın yaptığı çalışmada medeni durum ve yaşın panik bozukluk hastalarında sosyal fobi görülme sıklığı açısından herhangi bir farklılaşmaya yol açmadığı görülmüştür (Kavak, 2009).

Türe'nin yaptığı çalışmada sosyal fobi ve medeni durum arasında anlamlı bir ilişki saptanamamış, kaçınma puanları açısından evliler bekarlardan daha yüksek puan almışlardır (Türe, 2009).

Sosyal fobi kadınlarda boşanmış ve ayrı yaşayan kişilerde evlilere oranla daha fazla görülmektedir (Davidson, Huges, George, 1993).

Zihinsel engelli çocuğu olan annelerin engelli çocuğu olmayan annelere göre benlik saygılarının anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür (Argyarakouli, Zafiropoulou, 2003).

Folkman ve Lazarus' un (1985) kuramına göre, akut ve kronik hastalık gibi travmatik durumlarda, bireyin benliğiyle ilgili algısında ve stres yönetiminde değişkenlik yaşanmakta ve kişinin bu duruma uyumu ve baş etmesi zorlaşmaktadır. Bireyin benliği ile ilgili algısı olumlu ise, baş etme düzeneği bireyi pozitif uyuma götürür. Bazı yazarlara göre ise zihinsel engelli çocuğu olan anne-babalar genellikle etkin olmayan, zihinsel engeli yadsımaya yönelik duygu merkezli baş etme düzeneklerinden kaçınma, mesafe koymayı kullanmaya yönelir (Akt. Keskin, Bilge, Engin, Dülgerler, 2010).

Yapılan bir başka çalışmada sosyal fobi ile depresyon arasında yüksek düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Bayramkaya, Toros, Özge, 2005).

Zihinsel engelli çocuğu olan annelerin öz güven ve evlilik uyumları kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (Witt, Riley, Coiro, 2003).

Panik bozukluk hastaları ile panik bozukluk yakınmaları olmayan kontrol grubu sosyal fobi görülme sıklığı açısından karşılaştırıldığında iki grup

arasında anlamlı bir fark olduğu, panik bozukluk hastalarında sosyal fobinin daha sık görüldüğü saptanmıştır (Kavak, 2009).

Sosyal fobinin eşlik ettiği hastalarda, panik bozukluğunun var olan belirtilerine benlik saygısı düşüklüğü, kendine yönelik olumsuz değerlendirme eğilimi, kişilerarası ilişkilerde aşırı duyarlı olma gibi özelliklerin eklenmesinin depresyon riskini arttırdığından söz edilebilir. Ayrıca bu hastalarda agorafobinin getirdiği yaşam kısıtlılığı, sosyal izolasyonla daha ileri boyutlara taşınmakta ve depresyonun gelişmesini kaçınılmaz kılabilmektedir. Çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre, sosyal fobi çoğunlukla başka bir anksiyete bozukluğu ya da duygudurum bozukluğu, kişilik bozuklukları, alkol ya da madde kötüye kullanımı ile birlikte görülmektedir (Kavak, 2009).

Sosyal fobi, kötü sosyal işlevselliğe bağlı stres, ikincil yaşam olayları ve moral bozukluğu yoluyla majör depresyon gelişimine yol açabilir (Bezler, Scheiner, 2004).

Zihinsel engelli çocuğu olan anne-babaların yaşadığı anksiyete ve bu anksiyete ile başa çıkma durumlarının saptanması ve zihinsel engelin anne-baba tutumları üzerine etkisinin araştırılması amacıyla Keskin, Bilge, Engin ve Dülgerler tarafından yapılan çalışmada, Zihinsel engelli çocuğu olan anne-babaların durumluluk kaygılarının daha yüksek olduğu ve baş etme için problem çözme yöntemini kullandıkları saptanmıştır. Anne-babaların çocuk yetiştirme tutumlarının baskı, disiplin ve aşırı annelik yönünde olduğu belirlenmiştir. Ailelerin bu durumunun anne-babalar tarafından, yaşanan engele bir çözüm olarak geliştirildiği kaydedilmiştir. Engelli çocuğu olan aileler, suçluluk duyma ve acı çekme gibi duygulara bağlı olarak anne-babalık rollerini yerine getirmekte zorlanmaktadır. Anne ve babanın evliliklerinin başında hissettikleri neşe ve çocukların doğumunda duydukları sevincin, sonra yerini acı dolu anılara bıraktığı, eşle duygusal yaklaşmayı olumsuz etkileyerek evlilik sorunlarının ortaya çıkmasına neden olduğu belirlenmiştir. Özellikle annelerin boş zaman ve sosyal etkinliklerinin kısıtlandığı, ev kadınlığı rolünden mutlu olmadıkları ve bu yüzden daha fazla stres yaşadıkları belirtilmiştir. Çevrelerinin ZE'li çocuğu ile birlikte kendilerini kabul etmeyeceğini düşünen

annelerin sıkıntı yaşadığı ve sosyal destek arama puanlarının diğerlerine göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Özellikle engelli çocuğu olan annelerde bedensel yakınmaların, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi ruhsal bozuklukların daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Doğum sonrası süreçte fark edilen bu durum hem annenin sunulan yaşamı, hem de doğan bebeğin kabulünü zorlaştırır ve annelik hüznü ile başlayan bu süreç depresyona kadar gidebilir. Bu nedenle ZE'li çocuğu olan annelerin psikiyatrik yardım alması önemlidir (Keskin, Bilge, Engin, Dülgerler, 2010).

Uyaroğlu ve Bodur tarafından yapılan çalışmada, bilgilendirmenin zihinsel yetersiz çocuğa sahip olan anne-babaların kaygıları ile olan ilişkisi araştırılmış ve bilgilendirilmenin bu durumdaki anne babaların kaygı düzeylerini azalttığı tespit edilmiştir (Uyaroğlu, Bodur, 2009).

Zihinsel yetersizlikli çocuğun ileride yetişkin bir birey olacağını ve bu bireyin farklı ihtiyaçlarına cevap vermenin zorlaşacağını fark eden aile karmaşık duygular içine girmekte, stres ve kaygıları artabilmektedir (Uyaroğlu, Bodur, 2009).

Annelerin öğrenim düzeyleri arttıkça daha yoğun kaygı yaşadıkları tespit edilmiştir (Uyaroğlu, Bodur 2009).

Uğuz, Toros, İnanç, Çolakkadıoğlu tarafından yapılan çalışma sonucunda, engelli çocuğa sahip annelerde engelli çocuğa sahip olmayan annelere göre depresyon, anksiyete ve stres düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca engelli çocuğa sahip anneler engelli çocuğa sahip olmayan annelere kıyasla çocuklarının kendilerine daha çok bağımlı oldukları kendi kendilerini yönetemedikleri, aile yaşantılarına daha çok sorumluluk getirdikleri ve aileye genel olarak daha fazla zorluk yaşattıkları için stres yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Uğuz, Toros, İnanç, Çolakkadıoğlu, 2004).



Zihinsel engelli çocuğa sahip anne-babaların durumluluk kaygıları zihinsel engelli çocuğa sahip olmayan annelere göre daha yüksek bulunmuştur (Keskin, Bilge, Engin, Dülgerler, 2010; Glidden, Schoolcraft, 2003; Hall, Burns, Reis 2007).

Çoşkun ve Akkaş'ın çalışmasında, engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki araştırılmış, engelli çocuk sahibi annelerin sürekli kaygı düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu görülmüştür. Engelli çocuğa sahip annelerin, kaygı düzeyleri ile sosyal destek algılamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, kaygı durumlarıyla sosyal destek algıları arasında orta düzeyde ve ters ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Buna göre annelerin sosyal destek algı düzeyleri arttıkça sürekli kaygı düzeyleri azalmaktadır. Engelli çocuğa sahip olan annelerin sürekli kaygı ve sosyal destek algılamalarının çocuklarının cinsiyeti, ailelerinin sosyal güvencelerinin olup olmayışlarına göre farklılaşmadığı görülmüştür. Bu durum, engelli çocuğun kız ya da erkek olmasının anneler için fark oluşturmadığı ve sosyal güvencenin olup olmayışının da, annelerin sürekli kaygı durumlarını ve sosyal destek algılamalarını pek etkilemediği düşüncesini oluşturmuştur. Ancak aynı durumun, annenin yaş düzeyi, eğitim düzeyi ve ailenin gelir düzeyi değişkenleri açısından geçerli olmadığı belirtilmiştir. Engelli çocuğa sahip annelerin yaş düzeyi arttıkça sürekli kaygı düzeylerinin yükseldiği ve sosyal destek algılarının ise düştüğü görülmüştür. Bu durumun, annelerin yaşlandıkça daha zor durumlarla karşılaşacaklarına, sosyal çevrelerinin desteklerinin azalacağına dair olumsuz beklentilerinin bir sonucu olduğu düşünülmüştür. Diğer yandan annelerin eğitim düzeyi ve gelir düzeyleri arttıkça, sürekli kaygı düzeylerinin azaldığı ve sosyal destek algılama düzeyinin arttığı tespit edilmiştir. Annelerin yaş düzeyleri arttıkça kaygı düzeyleri de artmaktadır (Çoşkun, Akkaş, 2009).

Flynt ve Wood tarafından yapılan çalışmada ise annelerin yaşı arttıkça kaygı düzeylerinin düştüğü tespit edilmiştir (Flynt, Wood, 1989).

Şen tarafından yapılan çalışma engelli çocuğu olan ailelerin yaşadığı güçlükleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma

sonucunda Şu sonuçlar elde edilmiştir; engelli çocuğu olan ailelerin yarısından fazlasının çocuklarının tanıları ile ilgili kısmen yeterli bilgiye sahip olduğu ve bu bulgulara göre de ailelerin bilgiye ihtiyacı olduğu belirlenmiştir. Engelli çocuğun evde bakımında ailelerin çoğunluğunun güçlük yaşadığı, engelli çocuğun evde bakımını üstlenen kişinin tamamına yakınının anne olduğu ve bakımla ilgili yeterli destek alamadıkları belirlenmiştir. Çocuğunun engelli olması nedeniyle annelerin beŐte ikisinin çevresi tarafından suçlandığı ve suçlayan kişilerin de yarıya yakınının eşin ailesi olduğu, suçlama nedenlerinin başında ise annenin çocuğuna yeterince iyi bakamadığıının düşünülmesi olduğu saptanmıştır. Anneler, engelli çocuğu olduktan sonra sosyal yaşamlarının, iş yaşamlarının etkilendiğini ve aile içi ilişkilerde değişiklik olduğunu belirtmişlerdir. Çocuğunun engelli olması nedeniyle annelerin yarısından fazlasının yoğun üzüntü, yoğun bunaltı, üçte birinin ise öfke yaşadığı ve ruhsal olarak da yeterli destek alamadıkları belirlenmiştir. Engelli çocuğu olması nedeniyle ailelerin yarıya yakınının maddi güçlük yaşadığı ve yeterli destek alamadıkları belirlenmiştir. Ailelerin çoğunluğunun kendilerine bir Şey olması durumunda engelli çocuğunun durumu ile ilgili endişe yaşadıkları saptanmıştır (Şen, 2004).

Anne-babalar, süreğen hastalığı olan çocuklarını aşırı koruma eğilimine girmektedir. Sağlık personelinin çocuğun kısıtlılıklarını vurgulaması bu korumacılığın artmasına neden olmaktadır. Sağlık personelinin çocuğun yapabileceği ve yapamayacağı aktiviteleri birlikte iletmesi, hem anne-baba hem de çocuk için yardımcı ve yol gösterici olacaktır. Süreğen hastalığı olan çocuklarla ilgilenen sağlık personelinin aileye de önem vermesi gerekmektedir. Süreğen hasta çocuğun hastalığı boyunca ailede süreğen hüznün devam etmesinin aile sağlığı kadar, çocuğun sağlığını da etkilediği kanıtlanmıŐtır. Ailenin imkânlarının tükenmesi durumunda, uzman sağlık personelinin devreye girmesi önemlidir. Sağlık hizmetinde hasta çocuğun anne-babasının sağlık ekibine güven duyması tedavi sürecini çeşitli Őekillerde etkileyecektir. Sağlık ekibine güvenen anne-baba önerilen tüm tedavi yöntemleri ve evde verilecek tedaviyi uygulama olasılığı güvenmeyen ebeveyne oranla daha yüksek olacak bu da çocuğun tedavisini doğrudan etkileyecektir. Hastanede yatan çocukların ailelerinin sağlık personeline olan güvenlerini etkileyen

faktörler; bakım hizmetleri, teknik sağlık ekipmanları, çocuk ve ailenin gereksinimlerinin karşılanması ile hemşire ve sağlık ekibindeki diğer çalışanların davranışları olarak belirtilmektedir. Sağlık personelinin, ailenin hüzünlü durumunu anlaması ve ona göre yaklaşımda bulunması çok önemlidir. Anne-babanın hastalık durumuna karşı gösterdiği tepki bazen personel tarafından yanlış anlaşılabilir. Anne-babanın yaşadığı ağır suçluluk duygusu ve umutsuzluk nedeniyle çocuğuyla yeterince ilgilenmiyormuş veya gerçekçi davranmıyormuş gibi değerlendirilebilmektedir. Bu umutsuzluk ve suçluluk duygusu, aileye çocuk hakkında verilen bilgilerin yeterince anlaşılabilmesine engel olmaktadır. Hastanede iki ile altı yaşları arasında çocukları yatan ailelerin gereksinimleri;

- (a) hekim ve hemşirelerin olabildiğince dürüst olmaları ihtiyacı,
- (b) bilgilendirilme ihtiyacı,
- (c) diğer aile üyelerini bilgilendirme ihtiyacı,
- (d) personelin dürüstlüğüne güvenme ihtiyacı,
- (e) desteklenme ve rehberlik edilme ihtiyacı olarak belirtilmektedir (Er, 2006).

Özekeş ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, eşlerin birbirilerini engelli çocuk sonrasında daha bağımlı daha güvenilir algıladıkları tespit edilmiştir. Genel kanının aksine eşler birbirilerine daha çok bağlanmakta ve engelli çocuğun getirdiği sıkıntılarla baş etmeye çalışmaktadırlar. Mülakatlardan elde edilen verilerin içerik analizleri incelendiğinde hem kadınlar, hem erkekler eşlerini engelli çocuk sonrasında evine ve çocuğuna daha bağımlı, evin, eşin ve çocuğun gereksinimlerini karşılama yönünde daha fazla çaba gösteren bir davranış sergilediklerini belirtmişlerdir. Kadınlar engelli çocuk sonrasında eşlerini daha kopuk algılamaktadır. Olumsuz gibi görünen bu veri mülakatlarda incelediğinde bu durumun kadınların eşlerini olumsuz olarak değerlendirmediklerini engelli çocuk nedeniyle birlikte yaşam aktivitelerini paylaşmada görülen (arkadaş gezileri, eğlenceye birlikte gitme) azalmaya bağladıklarını fakat bu durumda oldukça normal bir sonuç olarak algılanması nedeniyle evlilik ilişkisinde sorun yaratmadığını göstermiştir. Kadınlar erkeklerin daha fazla iş ile meşgul olduğunu bunun da normal olduğunu belirtmektedirler. Eşlerin birbirini daha kontrol ediyor bulunması verilerde de görüldüğü üzere daha az güvendikleri için değil çocuğun bakımı

ve eğitimi için eşlerin sürekli birbiriyle ilişkide olmaları nedeniyledir. Engelli çocukların ebeveynleri eşlerini normal çocuğu olan ailelerden daha fazla güvenilir bulmaktadır. Yapılan mülakatlarda eşler birbirilerini hep çocuk temelinde değerlendirmişlerdir. Eşler kendi gereksinimlerini engelli çocuğun gereksinimlerini temel alarak belirlemektedirler (Özekeş, Girli, Yurdakul, Sarısoy, 1998).

Özsoy, Özkahraman, Çallı tarafından zihinsel engelli çocuk sahibi ailelerin yaşadıkları güçlükler incelenmiştir. Yapılan çalışmada ailelerin yaşadıkları sorunlar şöyle tespit edilmiştir;

- 1) Toplumun bakış açısından rahatsız olma
- 2) Sosyal çevrede iletişim kurmada zorlanma
- 3) Gelecek kaygısı yaşama
- 4) Hayal kırıklığı yaşama
- 5) Suçlama ve suçlanma duygusu yaşama
- 6) Zihinsel engelli bir çocuğa sahip olunca şok durumu yaşama
- 7) Aile içinde yaşanan iletişimde bozulma
- 8) Zihinsel engelli çocuğun tedavi aşamasında zorluklar yaşama
- 9) Zihinsel engelli çocuğun durumu hakkında diğer aile üyelerine ve çevreye sürekli açıklamada bulunma
- 10) Zihinsel engelli çocuğun engeli hakkında çocuğun davranışını kontrol etmede zorluk çekme
- 11) Zihinsel engelli çocuğa bazı becerileri öğretebilme hakkında bilgi gereksinimi duyma
- 12) Sosyal çevreden destek görmeme
- 13) Zihinsel engelli çocuk için gerekli özel araçları sağlamada güçlük çekme
- 14) Aile sorunları hakkında düzenli olarak konuşma, danışmanlık ihtiyacı hissetme
- 15) Evdeki çocuk bakımı ve diğer işlerin kimler tarafından yapılacağı konusunda belirsizlik yaşama
- 16) Zihinsel engelli çocuğa sahip olmanın eşler arası ilişkiyi olumsuz etkilemesi (sevgi, saygı v.s.)

- 17) Zihinsel engelli çocuk ile ilgili sorunları paylaşmada güçlük yaşama
- 18) Zihinsel engelli çocuğa ilişkin sürekli bir kaza ya da yaralanma korkusu yaşama
- 19) Zihinsel engelli çocuğun kardeşleriyle uyum sorunu yaşama
- 20) Zihinsel engelli çocuk dışında diğer çocuklarına yeterli ilgiyi göstermeme (Özsoy, Özkahraman, Çallı, 2006).

### 3. BÖLÜM

#### YÖNTEM

Gruplar arası karşılaştırmayı esas alarak karşılaştırma türü ilişkisel tarama ve korelasyon türü ilişkisel tarama yöntemi uygulanmıştır. Sonuç çıkarıcı istatistiklerden tek yönlü anova, T-testi ve Regresyon Analizi uygulanmıştır. Araştırmanın evrenini engelli çocuğa sahip anneler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini İstanbul Bağcılardaki Özel Eğitim merkezlerinde eğitim alan 7-11 yaş arası zihinsel engelli 108 çocuğun annesi oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama araçları olarak, zihinsel engelli çocuğa sahip olan annelerin sosyo-demografik özellikleri hakkında bilgi toplamak için araştırmacı tarafından geliştirilmiş “Kişisel Bilgi Formu” ile birlikte “Stres Belirtileri Ölçeği 2” ve “Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır. Hipotez testleri olarak Parametrik testlerden T-testi, Anova testleri uygulanmış; Korelasyon ve Regresyon analizleri yapılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında 0,05 anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır.

#### 3.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama araçları olarak, zihinsel engelli çocuğa sahip olan annelerin sosyo-demografik özellikleri hakkında bilgi toplamak için araştırmacı tarafından geliştirilmiş “Kişisel Bilgi Formu” ile birlikte “Stres Belirtileri Ölçeği 2” ve “Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği” kullanılmıştır.

##### 3.1.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmanın bağımsız değişkenleri hakkında veri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen kişisel bilgi formu zihinsel engelli çocuğa

sahip olan annelerin demografik özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 5 sorudan (Çocuğunun tanısı, yaşı, anne yaşı, anne eğitim düzeyi, annenin çalışma durumu ve medeni durumu) oluşmaktadır.

### **3.1.2. Stres Belirtileri Ölçeği 2**

Stres Belirtileri Ölçeği, Dasgupta tarafından 1992 yılında stres durumlarındaki belirtileri saptamak amacıyla geliştirilen belirti listesinin Hovardaoglu tarafından 1997’de oluşturulan Türkçe formu’dur (Hovardaoglu, 1997). Çeşitli stres belirtilerini ölçen ölçek, toplam 38 maddeden oluşmaktadır. Alt faktörler Bilişsel-Duyuşsal, Fizyolojik Belirtiler ve Ağrı faktörleridir. Belirtiler listesindeki 38 maddenin her biri 1= “hiç”, 2= “ara sıra”, 3= “sık sık”, 4= “sürekli” olarak değerlendirilmektedir. Listeden elde edilebilecek en düşük puan 38, en yüksek puan ise 152’dir. Puanlardaki artış, belirtilerin artması anlamına gelmektedir (Akt.Yargıcı, 2007).

### **3.1.3. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği**

Ölçek, Sosyal etkileşim veya performans durumlarında sosyal kaygı bozukluğu olan hastaların korku ve/veya kaçınma düzeylerini belirlemek üzere hazırlanmıştır. Özgün adı; Liebowitz Social Anxiety Scale olan ölçek, Heimberg RG, Horner KJ, Juster HR, Safren SA, Brown EJ, Schneier ve Liebowitz MR tarafından geliştirilmiştir. Çiğdem Soykan, Halise Özgüven Devrimci, Tülin Gençöz ve Nesrin Dilbaz tarafından Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılan ölçeğin diğer anksiyete bozukluğu ölçekleriyle iyi düzeyde korele olduğu, sosyal kaygı bozukluğu olan hastalarını, hem sağlıklı kontrol deneklerinden, hem de diğer anksiyete bozukluğu olan deneklerden iyi ayırt ettiği saptanmıştır. Ayrıca yüksek güvenilirlik katsayıları göstermektedir. Görüşmecinin değerlendirdiği ölçek, toplam 24 madde dördümlük likert tipinde ayrı ayrı kaygı ve kaçınma alt başlıkları için değerlendirilir (Aydemir, Köroğlu, 2009).

## 4.BÖLÜM

### BULGULAR

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır. Hipotez testleri olarak Parametrik testlerden T-testi, Anova testleri uygulanmış; Korelasyon ve Regresyon analizleri yapılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında 0,05 anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır.

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan annelerden ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

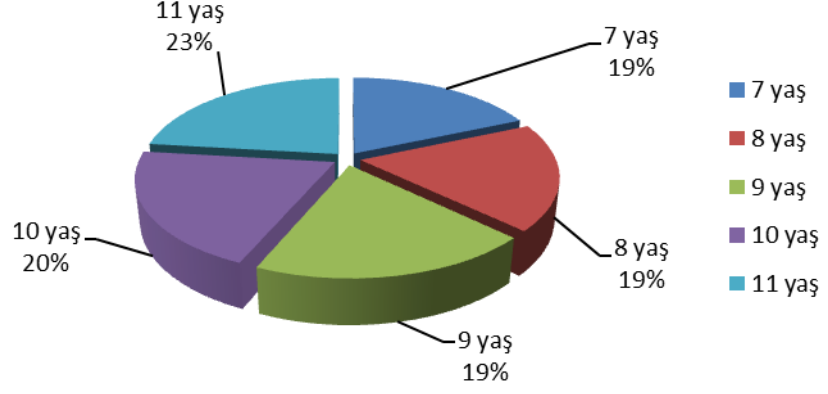
#### *4.1. Örneklem Grubunun Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular*

**Tablo 4.1. Örneklem Grubunun Çocuklarının Yaşlarına Göre Dağılımı.**

	Frekans	Yüzde (%)
7 yaş	20	18,5
8 yaş	20	18,5
9 yaş	21	19,4
10 yaş	22	20,4
11 yaş	25	23,1
Toplam	108	100,0

Örneklem grubunun çocuklarının yaşlarına göre dağılımı Tablo 4.1.'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin 20'sinin (% 18,5) 7 yaş, 20'si (% 18,5) 8 yaş, 21'i (% 19,4) 9 yaş, 22'si (% 20,4) 10 yaş, 25'i (% 23,1) 11 yaşında zihinsel engelli çocuğunun olduğu görülmektedir.



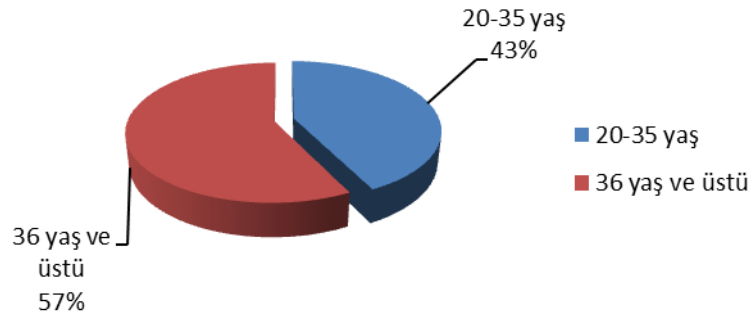


**Şekil 4.1. Örneklem Grubunun Çocuklarının Yaşlarına Göre Dağılımı.**

**Tablo 4.2. Örneklem Grubunun Yaşlarına Göre Dağılımı.**

	Frekans	Yüzde (%)
20-35 yaş	46	42,6
36 yaş ve üstü	62	57,4
Toplam	108	100,0

Örneklem grubunun yaşlarına göre dağılımı Tablo 4.2.'te incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin 46'sı (% 42,6) 20-35 yaş, 62'si (% 57,4) 36 yaş ve üstü yaş aralığındadır.

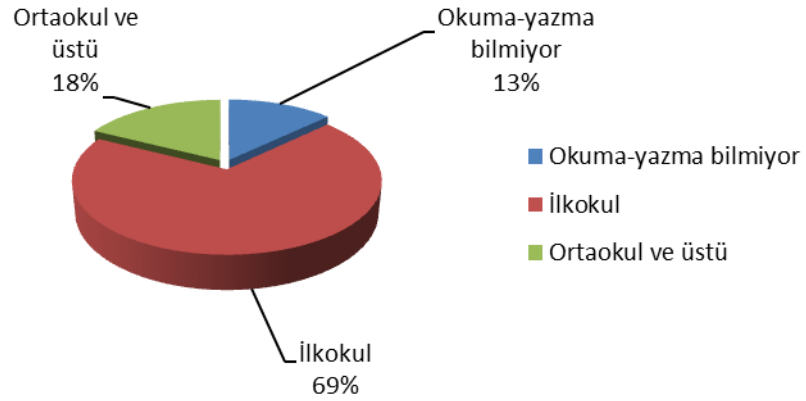


**Şekil 4.2. Örneklem Grubunun Yaşlarına Göre Dağılımı.**

**Tablo 4.3. Örneklem Grubunun Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.**

	Frekans	Yüzde (%)
Okuma-yazma bilmiyor	14	13,0
İlkokul	75	69,4
Ortaokul ve üstü	19	17,6
Toplam	108	100,0

Örneklem grubunun eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo 4.3.'te incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin 14'ünün (% 13,0) okuma-yazma bilmediği, 75'inin (% 69,4) ilkokul, 19'unun (% 17,6) ortaokul ve üstü mezun olduğu görülmektedir.

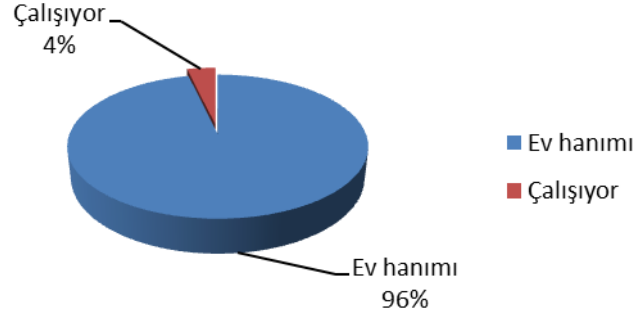


**Şekil 4.3. Örneklem Grubunun Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.**

**Tablo 4.4. Örneklem Grubunun Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı.**

	Frekans	Yüzde (%)
Ev hanımı	104	96,3
Çalışıyor	4	3,7
Toplam	108	100,0

Örneklem grubunun çalışma durumlarına göre dağılımı Tablo 4.4.'te incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin 104'ü (% 96,3) ev hanımı, 4'ü (% 3,7) çalışandır.

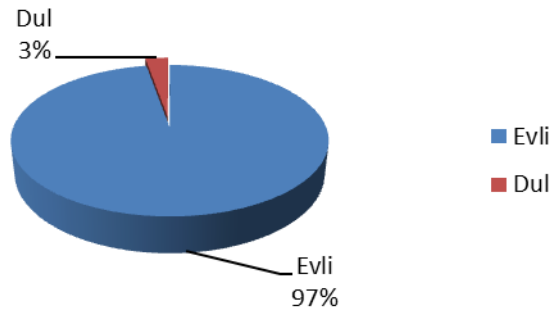


**Şekil 4.4. Örneklem Grubunun Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı.**

**Tablo 4.5. Örneklem Grubunun Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.**

	Frekans	Yüzde (%)
Evli	105	97,2
Dul	3	2,8
Toplam	108	100,0

Örneklem grubunun medeni durumlarına göre dağılımı Tablo 4.5.'te incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin 105'i (% 97,2) evli, 3'ü (% 2,8) duldur.



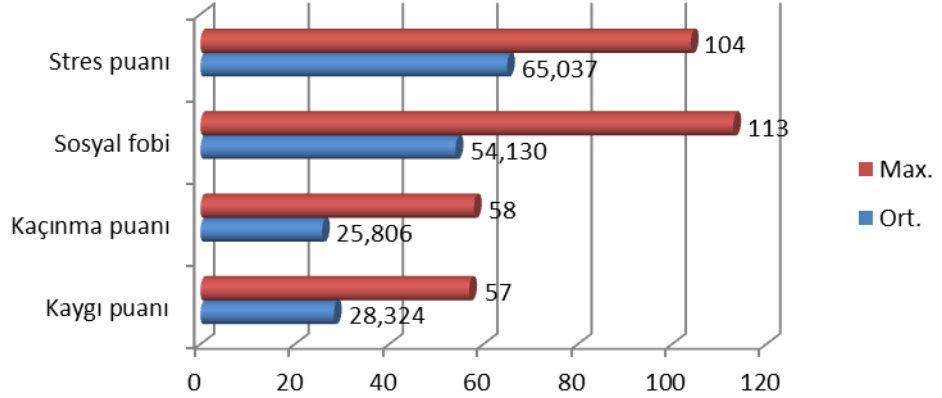
**Şekil 4.5. Örneklem Grubunun Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.**

#### 4.2. Araştırmaya Katılan Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin Stres Belirtileri ve Sosyal Kaygı Düzeylerinin Ortalamaları

**Tablo 4.6. Araştırmaya Katılan Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin Stres Belirtileri ve Sosyal Kaygı Düzeylerinin Ortalamaları.**

	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>S.s</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Kaygı puanı	108	28,324	10,944	5,000	57,000
Kaçınma puanı	108	25,806	11,498	2,000	58,000
Sosyal fobi	108	54,130	20,954	8,000	113,000
Stres puanı	108	65,037	13,172	41,000	104,000

Araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin kaygı puanı ortalaması  $28,324 \pm 10,944$ ; kaçınma puanı ortalaması  $25,806 \pm 11,498$ ; sosyal fobi ortalaması  $54,130 \pm 20,954$ ; stres puanı ortalaması  $65,037 \pm 13,172$ ; olarak bulunmuştur.



**Şekil 4.6. Araştırmaya Katılan Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin Stres Belirtileri ve Sosyal Kaygı Düzeylerinin Ortalamaları.**

**4.3. Araştırmaya Katılan Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin Stres Belirtileri ve Sosyal Kaygı Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre Farklılaşması**

**Tablo 4.7. Araştırmaya Katılan Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin Stres Belirtileri ve Sosyal Kaygı Düzeylerinin Çocuk Yaşı Değişkenine Göre Farklılaşması.**

	<b>Grup</b>	<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
Kaygı puanı	7 yaş	20	28,000	13,159	1,923	0,112
	8 yaş	20	34,100	9,330		
	9 yaş	21	26,905	8,752		
	10 yaş	22	25,591	11,421		
	11 yaş	25	27,560	10,627		
Kaçınma puanı	7 yaş	20	22,600	12,584	1,782	0,138
	8 yaş	20	31,150	9,637		
	9 yaş	21	24,667	10,437		
	10 yaş	22	23,818	12,794		
	11 yaş	25	26,800	10,882		
Sosyal fobi	7 yaş	20	50,600	24,784	1,978	0,103
	8 yaş	20	65,250	17,788		
	9 yaş	21	51,571	17,834		
	10 yaş	22	49,409	22,133		
	11 yaş	25	54,360	19,683		
Stres puanı	7 yaş	20	67,100	15,583	0,161	0,958
	8 yaş	20	65,200	12,259		
	9 yaş	21	64,476	11,788		
	10 yaş	22	64,364	14,301		
	11 yaş	25	64,320	12,760		

Araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin kaygı puanı ortalamalarının çocuğun yaşı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır ( $F=1,923$ ;  $p=0,112>0,05$ ).

Araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin kaçınma puanı ortalamalarının çocuğun yaşı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip

göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır ( $F=1,782$ ;  $p=0,138>0,05$ ).

Araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin sosyal fobi puanı ortalamalarının çocuğun yaşı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır ( $F=1,978$ ;  $p=0,103>0,05$ ).

Araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin stres puanı ortalamalarının çocuğun yaşı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır ( $F=0,161$ ;  $p=0,958>0,05$ ).

**Tablo 4.8. Araştırmaya Katılan Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin Stres Belirtileri ve Sosyal Kaygı Düzeylerinin Anne Yaşı Değişkenine Göre Farklılaşması.**

	<b>Grup</b>	<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>t</b>	<b>P</b>
Kaygı puanı	20-35 yaş	46	30,109	11,265	1,468	0,145
	36 yaş ve üstü	62	27,000	10,597		
Kaçınma puanı	20-35 yaş	46	26,478	12,053	0,522	0,603
	36 yaş ve üstü	62	25,306	11,142		
Sosyal fobi	20-35 yaş	46	56,587	22,185	1,050	0,296
	36 yaş ve üstü	62	52,306	19,979		
Stres puanı	20-35 yaş	46	65,500	13,672	0,313	0,755
	36 yaş ve üstü	62	64,694	12,891		

Araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin kaygı puanı ortalamalarının annenin yaşı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır ( $t=1,468$ ;  $p=0,145>0,05$ ).

Araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin kaçınma puanı ortalamalarının annenin yaşı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır ( $t=0,522$ ;  $p=0,603>0,05$ ).

Araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin sosyal fobi puanı ortalamalarının annenin yaşı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır ( $t=1,050$ ;  $p=0,296>0,05$ ).

Araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin stres puanı ortalamalarının annenin yaşı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır ( $t=0,313$ ;  $p=0,755>0,05$ ).

**Tablo 4.9. Araştırmaya Katılan Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin Stres Belirtileri ve Sosyal Kaygı Düzeylerinin Anne Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farklaşması.**

	<b>Grup</b>	<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
Kaygı puanı	Okuma-yazma bilmiyor	14	33,857	10,106	5,990	<b>0,003</b>
	İlkokul	75	28,987	10,690		
	Ortaokul ve üstü	19	21,632	9,771		
Kaçınma puanı	Okuma-yazma bilmiyor	14	31,714	12,130	7,272	<b>0,001</b>
	İlkokul	75	26,693	10,762		
	Ortaokul ve üstü	19	17,947	10,389		
Sosyal fobi	Okuma-yazma bilmiyor	14	65,571	19,852	7,739	<b>0,001</b>
	İlkokul	75	55,680	20,108		
	Ortaokul ve üstü	19	39,579	18,106		
Stres puanı	Okuma-yazma bilmiyor	14	70,429	13,976	1,397	0,252
	İlkokul	75	64,427	13,311		
	Ortaokul ve üstü	19	63,474	11,625		

Araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin kaygı puanı ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=5,990$ ;  $p=0,003<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc analizi sonucunda, okuma-yazma bilmeyen, ilkokul mezunu eğitim düzeyine sahip zihinsel engelli öğrenci annelerinin kaygı puanı, ortaokul ve üstü eğitim düzeyine sahip zihinsel engelli öğrenci annelerinin kaygı puanından yüksektir.

Araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin kaçınma puanı ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=7,272$ ;  $p=0,001<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc analizi sonucunda, okuma-yazma bilmeyen, ilkokul mezunu eğitim düzeyine sahip zihinsel engelli öğrenci annelerinin kaçınma puanı, ortaokul ve üstü eğitim düzeyine sahip zihinsel engelli öğrenci annelerinin kaçınma puanından yüksektir.

Araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin sosyal fobi puanı ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=7,739$ ;  $p=0,001<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc analizi sonucunda, okuma-yazma bilmeyen, ilkokul mezunu eğitim düzeyine sahip zihinsel engelli öğrenci annelerinin sosyal fobi puanı, ortaokul ve üstü eğitim düzeyine sahip zihinsel engelli öğrenci annelerinin sosyal fobi puanından yüksektir.

Araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin stres puanı ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır ( $F=1,397$ ;  $p=0,252>0,05$ ).



**Tablo 4.10. Araştırmaya Katılan Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin Stres Belirtileri ve Sosyal Kaygı Düzeylerinin Aralarındaki İlişkinin Korelasyon Analizi ile İncelenmesi.**

<b>Boyutlar</b>	<b>Boyut</b>	<b>N</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
Kaçınma puanı	Kaygı puanı	108	0,743	<b>0,000</b>
Sosyal fobi	Kaygı puanı	108	0,930	<b>0,000</b>
Stres puanı	Kaygı puanı	108	0,368	<b>0,000</b>
Sosyal fobi	Kaçınma puanı	108	0,937	<b>0,000</b>
Stres puanı	Kaçınma puanı	108	0,253	<b>0,008</b>
Stres puanı	Sosyal fobi	108	0,331	<b>0,000</b>

Tablo 4.10.'dan anlaşılacağı üzere, kaçınma puanı ile kaygı puanı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında .74,3 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=.743$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre kaçınma puanı arttıkça kaygı puanı da artmaktadır.

Sosyal fobi ile kaygı puanı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında .93 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=.930$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre sosyal fobi puanı arttıkça kaygı puanı da artmaktadır.

Stres puanı ile kaygı puanı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında .37 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=.37$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre stres puanı arttıkça kaygı puanı da artmaktadır.

Sosyal fobi ile kaçınma puanı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında .94 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=.94$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre sosyal fobi puanı arttıkça kaçınma puanı da artmaktadır.

Stres puanı ile kaçınma puanı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında .25 düzeyinde pozitif

yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=.25$ ;  $p=0,008<0,05$ ). Buna göre stres puanı arttıkça kaçınma puanı da artmaktadır.

Stres puanı ile sosyal fobi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında  $.33$  düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=.33$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre stres puanı arttıkça sosyal fobi puanı da artmaktadır.

#### **4.4. Araştırmaya Katılan Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin Stres**

##### ***Belirtilerinin Kaygı, Kaçınma ve Sosyal Fobi Düzeylerinden Etkilenme Durumunu Test Etmek İçin Yapılan Regresyon Modeli***

**Tablo 4.11. Araştırmaya Katılan Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin**

##### **Stres Belirtilerinin Kaygı ve Kaçınma Düzeylerinden Etkilenme Durumunu Test Etmek İçin Yapılan Regresyon Modeli.**

<b>Bağımlı Değişken</b>	<b>Bağımsız Değişken</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>T</b>	<b>p</b>	<b>F</b>	<b>Model (p)</b>	<b>R<sup>2</sup></b>
Stres puanı	Sabit	52,682	15,671	<b>0,000</b>	8,289	<b>0,000</b>	0,120
	Kaygı puanı	0,483	2,962	<b>0,004</b>			
	Kaçınma puanı	-0,052	-0,333	0,740			

Araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin stres belirtilerinin kaygı ve kaçınma düzeylerinden etkilenme durumunu test etmek için yapılan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır ( $F=8,289$ ;  $p=0,000<0,05$ ).

Kaygı puanı 1 birim arttığında stres puanı 0,483 birim artmaktadır ( $\beta=0,483$ ;  $t=2,962$ ;  $p=0,004<0,05$ ).

Kaçınma puanı stres puanını istatistiksel olarak etkilememektedir ( $t=-0,333$ ;  $p=0,740>0,05$ ).

Stres puanını etkileyen faktörler içerisinde, kaygı puanı stres puanını 0,120 oranında açıklamaktadır ( $R^2=0,120$ ).

**Tablo 4.12. Araştırmaya Katılan Zihinsel Engelli Öğrenci Annelerinin Stres Belirtilerinin Sosyal Fobi Düzeyinden Etkilenme Durumunu Test Etmek İçin Yapılan Regresyon Modeli.**

<b>Bağımlı Değişken</b>	<b>Bağımsız Değişken</b>	<b>β</b>	<b>T</b>	<b>P</b>	<b>F</b>	<b>Model (p)</b>	<b>R<sup>2</sup></b>
Stres puanı	Sabit	53,766	16,088	<b>0,000</b>	13,063	<b>0,000</b>	0,101
	Sosyal fobi	0,208	3,614	<b>0,000</b>			

Araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin stres belirtilerinin sosyal fobi düzeyinden etkilenme durumunu test etmek için yapılan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır (F=13,063; p=0,000<0,05).

## 5. BÖLÜM

### SONUÇLAR VE TARTIŞMA

#### 5.1. Araştırma sonucunda varılan yargılar

1. Zihinsel engelli çocuk annelerinin stres ile sosyal fobi puanları arasında .33 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur
2. Araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin sosyal fobi puanı ortalamaları anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermiştir.
3. Araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin kaygı puanı ortalamaları anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermiştir.
4. Araştırmamızın sonuçları değerlendirildiğinde zihinsel engelli çocuk annelerinde stresle birlikte sosyal fobi görüldüğü tespit edilmiştir.
5. Araştırma sonucunda sosyal fobinin de stres ile pozitif yönde karşılıklı bir etkileşim içinde olduğu görülmüştür. Bu sonuç bireylerin içinde bulunduğu stresin sadece engelli bir çocuğa sahip olmak ile değil pek çok farklı etkenle ilişkili olabileceği fikrini desteklemektedir.

#### 5.2. Tartışma

Aileye yeni bir çocuğun katılması, ister ilk çocuk olsun isterse olmasın, ailenin yaşam koşulları ve şekli üzerinde etkili olduğu gibi ailenin her bireyi üzerinde de değişik etkilere sebep olmaktadır. Bununla birlikte aileye katılan çocuğun engelli olması ailenin yaşamı ve aile bireyleri üzerinde daha farklı ve daha derin etkilere sebep olabilmektedir. Aile bireyleri içinde çocukla en çok anneler ilgilendiği için annelerin yaşadığı sorunlar daha fazla olabilmektedir.

Literatür çalışmalarında zihinsel engelli çocuk annelerinin yaşadıkları stres üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Engelli bir çocuğa sahip olmak anneleri için stresi arttıran bir faktör olmakla beraber zihinsel engelli çocuk annelerinin

yaşadıkları stresi etkileyen pek çok faktör olabileceği tespit edilmiştir. Ayrıca araştırmalar zihinsel engelli çocuk annelerinin stresin yanında başka ruhsal rahatsızlıklar yaşayabileceğini göstermiştir. Bu araştırmada hem bir ruhsal rahatsızlık hem de stresi etkileyebilecek bir faktör olan sosyal fobinin zihinsel engelli çocuk annelerinde stres ile olan ilişkisi araştırılmıştır.

Araştırmada, 7-11 yaş arası özel eğitim gören zihinsel engelli öğrenci annelerinin stres belirtileri ve sosyal kaygı düzeyi açısından karşılaştırılması amacıyla İstanbul Bağcılar'da özel eğitim alan 108 çocuğun annesinin katılımıyla elde edilen veriler değerlendirilmiştir.

Bu araştırmada elde edilen bulgulara göre zihinsel engelli çocuk annelerinin stres ile sosyal fobi puanları arasında .33 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=.33$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre stres puanı arttıkça sosyal fobi puanı da artmakta, sosyal fobi puanı arttıkça stres puanı da artmaktadır. Elde edilen bu bulgular Batıgün, Şahin ve Demirel'in çalışmalarında (2011) aktardıkları bilgilerle uyumludur. Batıgün, Şahin ve Demirel'in çalışmalarında (2011) aktardıkları bilgilere göre psikolojik problemlerin pek çoğu stres değişkeniyle alakalı olmakla birlikte, kişilik algısı ve özellikle kendilik algısı önemli diğer değişkenlerdir. Diğer insanlardan alınan onay ve yaşanan memnun edici ilişkiler kendilik algısını olumlu olarak etkilemektedir. Olumsuz kişiler arası ilişki arttıkça stres belirtileri de artmakta aynı şekilde stres belirtileri arttıkça iletişim tarzları da olumsuz olmaktadır (Bu korelasyonlar da .21 ( $p<.001$ ) ve .37 ( $p<.001$ ) arasında değişmektedir). Kendilik algısı düştükçe stres belirtileri artmakta stres belirtileri arttıkça kendilik algısı düşmektedir (Söz konusu negatif yönlü korelasyonlar da -.12 ( $p<.01$ ) ve -.29 ( $p<.001$ ) arasında değişmektedir). Eğer kişi kadınsa hayatından, kişiler arası ilişkilerinden, kendinden hoşnut değilse ve yaşadığı öfkeyi saldırgan ve içe dönük davranışlarla ifade ediyorsa, stresin bilişsel, duygusal ve bedensel düzeyde yansıyan olumsuz belirtilerini yaşama ihtimali %40' larda olabilir. Yapılan analiz sonuçlarına göre bedensel hastalığı olan bireylerin, stres belirtilerinin yüksek, kendilik algılarının olumsuz, kişiler arası ilişkilerinin sorunlu, öfkelerinin de daha yoğun olduğu söylenebilir. Bu hastaların daha yüksek düzeydeki stres belirtileri ile herhangi bir hastalığı

olmayan kişilerin daha hafif düzeydeki stres belirtilerinin yordayıcısı olarak ortaya çıkan ortak değişkenler ise olumsuz kendilik algısı, kişiler arası ilişkilerden duyulan memnuniyetsizlik, yaşam memnuniyetsizliği ve saldırgan öfke davranışları olarak belirlenmiştir.

Araştırma bulguları değerlendirildiğinde zihinsel engelli çocuk annelerinin sosyal fobiye maruz kaldıkları anlaşılmıştır. Bu bulguyla örtüşen araştırmalar şunlardır; Argyrakouli ve Zafiropoulou'nun yaptıkları çalışmada zihinsel engelli çocuğu olan annelerin engelli çocuğu olmayan annelere göre benlik saygılarının anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür (Argyrakouli ve Zafiropoulou 2003). Witt, Riley, Coiro'nun çalışmasında zihinsel engelli çocuğu olan annelerin öz güven ve evlilik uyumları kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (Witt, Riley, Coiro 2003).

Araştırma bulguları ile uyumlu olan bir başka bilgi de Folkman ve Lazarus' un (1985) kuramına göre şöyle belirtilmiştir; akut ve kronik hastalık gibi travmatik durumlarda, bireyin benliğiyle ilgili algısında ve stres yönetiminde değişkenlik yaşanmakta ve kişinin bu duruma uyumu ve baş etmesi zorlaşmaktadır. Bireyin benliği ile ilgili algısı olumlu ise, baş etme düzeneği bireyi pozitif uyuma götürür. Bazı yazarlara göre ise zihinsel engelli çocuğu olan anne-babalar genellikle etkin olmayan, zihinsel engeli yadsımaya yönelik duygu merkezli baş etme düzeneklerinden kaçınma, mesafe koymayı kullanmaya yönelir (Akt. Keskin, Bilge, Engin, Dülgerler 2010).

Araştırma bulguları değerlendirildiğinde zihinsel engelli çocuk annelerinin strese maruz kaldıkları anlaşılmıştır. Bu bulgu yapılan pek çok araştırma bulgusuyla örtüşmektedir. Yapılan pek çok araştırmada zihinsel engelli çocukların annelerinin stres durumunun engelli çocuğu olmayan annelere göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (Hastings, Beck 2004; Emerson, Robertson, Wood 2004;Er 2006; Faerstein 1981; Shapiro 1983;Cummings, Bayley, Herbert 1976; Quine, Pahl 1985; Hayden, Goldman 1996; Beckman 1983; Wilton ve Renault 1986). Zihinsel ve bedensel engelli çocuğa sahip anne-babalarda engelli olmayan çocuğa sahip anne-babalara göre stres ve anksiyete daha çok olmaktadır (Glidden, Schoolcraft 2003). Bilal ve Dağ'ın yaptıkları

çalışmada, engelli çocuğu olan annelerin bilişsel duyuşsal stres belirtilerini daha fazla yaşadıkları tespit edilmiştir ( $t= 2.57$  ,  $sd= 130, 76$  ,  $p< .05$ ) (Bilal ve Dağ 2005). Çocuğun maruz kaldığı kronik hastalıklar çocuk için olduğu kadar çocuğun annesi ve babası için de stres kaynağıdır (Ort.= 1.61,  $p<.05$ ) (Kelly ve Hawson 2000).

Araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin sosyal fobi puanı ortalamaları anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermiştir. Okuma-yazma bilmeyen, ilkokul mezunu eğitim düzeyine sahip zihinsel engelli öğrenci annelerinin sosyal fobi puanı, ortaokul ve üstü eğitim düzeyine sahip zihinsel engelli öğrenci annelerinin sosyal fobi puanından yüksektir. Kavak'ın çalışmasında Panik bozukluk hastası olan kadınlarda erkeklere oranla, ilkokul veya ortaokul mezunlarında lise mezunu olan (Ort. Fark= 15,05;  $p=,046$ ) ve üniversite mezunu olan (Ort. Fark= 24,78;  $p= ,000$ ) kişilere oranla sosyal fobinin daha sık görüldüğü elde edilen bulgular arasındadır ( $F(3, 46)= 7,986$ ;  $p<,001$ ) (Kavak 2009). Dilbaz'ın yaptığı çalışmada yaygın sosyal fobisi olanların eğitim düzeyleri daha düşük bulunmuştur(Dilbaz 1997). Yapılan başka çalışmalarda da sosyal fobinin eğitim düzeyi düşük olanlarda daha sık olduğu bulunmuştur (Ort.=1.71,  $p<.001$ ) (Schneier, Johnson, Horning, 1992; Lepine 1993; Solyom, Ledwidge, Solyom 1986). Bu bulgular araştırma sonucunu desteklemektedir.

Araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin sosyal fobi puanı ortalamaları annenin yaşı değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Aynı şekilde Kavak'ın yaptığı çalışmada yaşın panik bozukluk hastalarında sosyal fobi görülme sıklığı açısından herhangi bir farklılaşmaya yol açmadığı görülmüştür ( $F(3,150)= 1,015$ ;  $p= ,338$ ) (Kavak 2009).

Bu araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin kaygı puanı ortalamaları anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermiştir. Okuma-yazma bilmeyen, ilkokul mezunu eğitim düzeyine sahip zihinsel engelli öğrenci annelerinin kaygı puanı, ortaokul ve üstü eğitim düzeyine sahip zihinsel engelli öğrenci annelerinin kaygı puanından yüksektir. Benzer şekilde Çoşkun ve Akkaş'ın yaptıkları çalışmada annelerin eğitim düzeyleri arttıkça, sürekli kaygı düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir ( $x^2=14,50$ ;  $p<.05$ ) (Çoşkun, Akkaş 2009). Araştırma bulgusundan farklı olarak da Uyaroğlu ve Bodur'un çalışmalarında aktardıklarına göre annelerin öğrenim

düzeyleri arttıkça daha yoğun kaygı yaşadıkları tespit edilmiştir ( $P < 0.05$ ) (Uyaroğlu ve Bodur 2009).

Bu araştırmaya katılan zihinsel engelli öğrenci annelerinin kaygı puanı ortalamaları annenin yaşı değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Araştırma bulgusundan farklı olarak Çoşkun ve Akkaş'ın yaptıkları çalışmada annelerin yaş düzeyleri arttıkça kaygı düzeyleri de artmaktadır ( $F = 3,397$ ;  $p < .05$ ) (Çoşkun, Akkaş 2009). Flynt ve Wood tarafından yapılan çalışmada ise annelerin yaşı arttıkça kaygı düzeylerinin düştüğü tespit edilmiştir ( $F = 3.93$ ,  $p < .001$ ) (Flynt, Wood 1989).

Zihinsel engelli çocukların annelerinde toplumun genelinden 2-3 kat fazla oranda ruh sağlığı sorunları görülebilmektedir (Tonge, Einfeld, Gray 2004). Engelli çocuğa sahip annelerde ruhsal sorunlar engelli çocuğu olmayan annelere göre daha sık görülmekte (Hanson, Hanline 1994), zihinsel engelli annelerinin %22'si çocuğundan kaynaklanan nedenlerle bir hekime görünmektedir (Emerson, 2003). Zihinsel engelli çocuk annelerinde somatik yakınmalar, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi ruhsal rahatsızlıklar görülmektedir (Miller, Gordon, Daniele 1992; Swartz, Shear, Wren, Greeno, Sales, Sullivan 2005; Nachshen, Minnes 2005; Kelly, Hawson 2000). Stres ve anksiyete zihinsel engelli çocuk annelerinin yaşadığı diğer önemli rahatsızlıklardır (Hastings, Beck 2004; Emerson, Robertson, Wood 2004; Er 2006; Faerstein 1981; Shapiro 1983; Cummings, Bayley, Herbert 1976; Quine, Pahl 1985; Hayden, Goldman 1996; Beckman 1983; Wilton ve Renault 1986; Glidden, Schoolcraft 2003; Kelly ve Hawson 2000). Zihinsel engelli çocuk anneleriyle ilgili yapılan pek çok araştırmada en çok yaşanan ruhsal sorunlar depresyon (Çakaloz, Kurul 2005; Bahar, Bahar, Savaş, Parlar 2009; Bilal, Dağ 2005), kaygı (Keskin, Bilge, Engin, Dülgerler 2010; Glidden, Schoolcraft 2003; Hall, Burns, Reis 2007) ve stres (Bilal, Dağ 2005) olarak belirtilmiştir. Bunların dışında, duygusal tükenmişlik (Duygun, Sezgin 2003; Sarı 2007) ve karmaşık duygular içinde bulunma (Uyaroğlu, Bodur 2009), gelecek kaygıları zihinsel engelli çocuk annelerinin yaşadığı diğer ruhsal sorunlardır. Bu araştırmalardan görüldüğü gibi zihinsel engelli anneleri stres ile birlikte başka ruhsal rahatsızlıklar da yaşamaktadır. Araştırmamızın sonuçları değerlendirildiğinde zihinsel engelli çocuk annelerinde stresle birlikte sosyal fobi görüldüğü tespit edilmiştir. Bu bilgi yukarıda belirtilen araştırmaların sonuçlarını destekler niteliktedir. Zihinsel engelli annelerinde stres tek başına değil diğer ruhsal sorunlarla birlikte değerlendirilmelidir. Bu sorunlardan bir tanesi de sosyal fobidir.

Zihinsel engelli çocuğa sahip olmak, anneler açısından, stres yaşamak için önemli bir kaynaktır, ancak stres yaşamak tek başına engelli bir çocuğa sahip olmakla alakalı olmayabilmektedir. Araştırma sonucunda sosyal fobinin de



stres ile pozitif yönde karşılıklı bir etkileşim içinde olduğu görülmüştür. Bu sonuç bireylerin içinde bulunduğu stresin pek çok farklı etkenle ilişkili olabileceği fikrini desteklemektedir. Literatür çalışmalarında annelerin yaşadıkları stresin sadece çocuğunun engelinden değil farklı pek çok nedenden etkilendiği görülmüştür; duygusal yüklenme, ekonomik yetersizlikler, sosyal izolasyon, engelli çocuğun bakımında güçlük, fiziksel rahatsızlıklar, duygusal, sosyal, ekonomik ve fiziksel yüklenme (Sarı 2007); duygusal tükenmişlik, zihinsel engelli bir çocuğa sahip olmayı kendi başarısızlığı olarak algılayabilme, kendisini ve yaptığı işi olumsuz bir biçimde değerlendirme, söz konusu nedenlerle yaşayabildikleri stresi fiziksel sağlık problemleri şeklinde yansıtmaya eğilimi, durumu kabullenmeme, içinde bulunduğu durumla ilgili olarak ne yapabileceğini bilmediği için çaresiz hissetme, kendine ilişkin yetersizlik ve güvensizlik duyma ve yaşadığı durumla başa çıkmaya yönelik olarak sosyal desteğin önemini ve sosyal destek kaynaklarının farkında olmama (Duygun, Sezgin 2003) bunlardan bazılarıdır. Yine aynı şekilde çaresiz kendini suçlayıcı yaklaşım (Bilal, Dağ 2005); çocuğun durumunu kadere atfetmek çocuğun özrünün dışsal (eş ve çevreyi sorumlu tutma) faktöre atfetmek, eşler arası ilişki, eşlerin birbirini suçlaması, tanıdaki güçlükler, erken ve örgün eğitim olanaklarının eksikliği, özrün derecesi, özür tipi ve aile rehberliği alıp almadıkları, (Akkok, Aşkar, Karancı 1992); bilgilendirmeye yönelik verilecek hizmetler alıp almama, aileye sağlanan sosyal destek (Bahar, Bahar, Savaş, Parlar 2009); planlı bir eğitim (Yıldırım, Conk 2005) diğer nedenler arasındadır. Bunlardan başka önemli diğer nedenler şunlardır; kişilik algısı ve özellikle kendilik algısı, diğer insanlardan alınan onay ve yaşanan memnun edici ilişkiler, olumsuz kişiler arası ilişki (Batıgün, Şahin, Demirel 2011); evlilik sorunları, annelerin boş zaman ve sosyal etkinliklerinin kısıtlılığı, ev kadınlığı rolünden mutlu olmama (Uyaroğlu, Bodur 2009), çocuklarının kendilerine daha çok bağımlı olmaları kendi kendilerini yönetememeleri, aile yaşantılarına daha çok sorumluluk getirmeleri ve aileye genel olarak daha fazla zorluk (Uğuz, Toros, İnanç, Çolakkadioğlu 2004); bakımla ilgili yeterli destek alamama, çevresi tarafından suçlanma, sosyal yaşamlarının, iş yaşamlarının etkilenmesi ve aile içi ilişkilerde değişiklik, ruhsal olarak da yeterli destek alamama, kendilerine bir şey olması durumunda engelli çocuğunun durumunun ne olacağı ile ilgili endişe (Şen 2004) duymadır.

Araştırmalarda ayrıca belirtilen başka nedenler de şoyledir; toplumun bakış açısından rahatsız olma, sosyal çevrede iletişim kurmada zorlanma, gelecek kaygısı yaşama, zihinsel engelli çocuğun tedavi aşamasında zorluklar yaşama, zihinsel engelli çocuğun durumu hakkında diğer aile üyelerine ve çevreye sürekli açıklamada bulunma, zihinsel engelli çocuğun engeli hakkında çocuğun davranışını kontrol etmede zorluk çekme, zihinsel engelli çocuğa bazı becerileri öğretebilme hakkında bilgi gereksinimi duyma, aile sorunları hakkında düzenli olarak konuşma, danışmanlık ihtiyacı hissetme, zihinsel engelli ocuk ile ilgili sorunları paylaşmada güçlük yaşama, zihinsel engelli çocuğa ilişkin sürekli bir kaza ya da yaralanma korkusu yaşama, zihinsel engelli çocuğun kardeşleriyle uyum sorunu yaşama, zihinsel engelli ocuk dışında diğer çocuklarına yeterli ilgiyi göstermeme (zsoy, zkahraman, allı 2006) gibi pek çok sebep zihinsel engelli ocuk annelerinin yaşadıkları ruhsal sorunlar ve stres üzerinde etkili olmaktadır. Araştırma bulguları, bu etkenler içinde dikkat edilmesi gereken bir durum olarak sosyal fobinin de gözden kaçırılmaması gerektiğini ortaya çıkarmıştır.

### 5.3. zet

Araştırma bulguları yukarıda belirtilen etkenlerle birlikte ruhsal sorunlar ve stres için sosyal fobinin de değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Engelli ocuk annelerinin değerlendirilmesinde yaşanan stres ve diğer ruhsal sorunların sadece çocuğun engeline bağlanmaması, aynı zamanda sosyal fobi başta olmak üzere pek çok faktörün göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Annede sosyal fobinin olması annedeki stresi arttırabileceği gibi, bilgilendirilmeye ve sosyal destek ve etkileşime ihtiyaç duyan annenin bu ihtiyaçlarını giderememesine sebep olabilir. Gerek sağlık kuruluşlarında gerekse eğitim kurumlarında ya da sosyal ortamlarda zihinsel engelli ocuk annesinin sosyal kaygı duyabileceği ve bu nedenle önemli sorunlar yaşayabileceğinin bilinmesi ve bunun dikkate alınması annelere yardımcı olabilmek için çok önemlidir. Özellikle ruhsal sorunlar ve stresi etkilediği düşünülen sosyal desteğin ve yaşamın yeterli olup olmadığı; kendini ve yaptığı işi olumsuz değerlendirme; kendine ilişkin yetersizlik ve güvensizlik hissetme; kendini suçlama ve çaresiz hissetme; eğitim olanaklarından ve sosyal

olanaklardan yeterince yararlanamama; kişilik algısının zayıf olması, kendilik algısının olumsuz olması; boş zaman ve sosyal etkinliklerin kısıtlı olması; diğer insanlardan alınan onay ve memnun edici ilişkiler yetersiz olması; çevre, eğitim kurumları, öğretmenler, sağlık kuruluşları ile yeterli iletişim kuramama gibi pek çok faktör sosyal fobi ile ilişkili olabilmektedir.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular zihinsel engelli çocuk annelerinde stres ve sosyal fobi gibi ruhsal rahatsızlıkların olabileceğini, stres ve sosyal fobi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir.

#### **5.4. Çalışmanın Literatüre Katkıları**

Bulgular annelerin yaşadıkları stresin ve ruhsal sorunların sadece engelli bir çocuğa sahip olmak açısından değerlendirilemeyeceğini, aynı zamanda sosyal fobi gibi başka etkenlerin de dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Yapılan başka araştırmalar da bu değerlendirmeyi doğrulamakta söz konusu araştırmalarda elde edilen sonuçlar annelerin stresle birlikte başka ruhsal sorunlar da yaşayabileceğini, ayrıca yaşanan stres ve ruhsal sorunların çeşitli faktörlerden etkilenebileceğini göstermektedir.

Literatürde Engelli çocuk ailelerinin özellikle de annelerin yaşadıkları sorunlar hakkında pek çok araştırma yapılmıştır. Araştırmaların önemli bir kısmı da engelli annelerinin yaşadıkları ruhsal sorunlar üzerine yapılmıştır. Bu araştırma sonucunda ele alınması gereken ruhsal sorunlar içinde sosyal fobinin de önemli bir yer aldığı anlaşılmaktadır.

#### **5.5. Çalışmanın Sınırlılıkları**

Bu çalışmaya sadece özel eğitim alan zihinsel engelli çocukların anneleri katılmıştır, özel eğitim almayanlar çalışma dışında kalmıştır; diğer engel gruplarından farklı olarak sadece zihinsel engelli çocukların anneleri değerlendirilmiştir, ayrıca 7-11 yaş aralığında olmayan farklı yaş grupları araştırmaya alınmamıştır.

Araştırmada kullanılan ölçekler katılımcılar tarafından doldurulmuş, ancak eğitim seviyesinin düşük olmasından dolayı deneklerin önemli bir kısmı soruları anlamakta zorlanmış, anlaşılmayan yerler araştırmacı tarafından tekrar okunmuş ve ölçek cümlelerinin dışına çıkılmayacak şekilde dışarıdan eklemeler yapılmadan açıklanmıştır.

Araştırmaya katılan denek sayısı 108 kişi ile sınırlı kalmış, yeterli sayının olmaması nedeniyle katılımcıların medeni durum ve çalışma durumu değişkenleri değerlendirilememiştir.

## **5.6. Öneriler**

Engelli bir çocuğa sahip olmak anneler için sosyal izolasyon yaşayabilecekleri, kendilerini suçlayabilecekleri, kendilerine olan güveni kaybedebilecekleri, kendileri ve çevreleriyle olan ilişkilerin olumsuz yönde değişebileceği bir durumdur. Bununla birlikte sosyal fobinin varlığı durumun daha da ağırlaşmasına sebep olabilir. Engelli bir çocuğa sahip olmak anneler için sosyal fobi belirtilerinin ortaya çıkmasına sebep olabileceği gibi, önceden var olan sosyal fobinin daha da kuvvetlenmesine sebep olabilir. Engelli bir çocuğa sahip olan annelerin çocuklarının eğitiminde, yetiştirilmesinde ve bakımında çevreleriyle, öğretmenlerle ve uzmanlarla iyi iletişim kurmaları ve sunulan hizmetlerden en iyi şekilde yararlanmaları gerekir. Annelerin gerekli olan kişilerle iyi iletişim kurmaları, gerekli eğitim ve hizmetlerden yararlanmaları, hem kendi sağlıkları hem de çocuklarının sağlığı açısından çok önemlidir. Hem çocuklarının eğitimi ve bakımı, hem de kendilerinin iyi hissetmeleri ve başarılı olmaları bunlara bağlıdır. Ancak annenin engelli bir çocuktan önce yaşadığı sosyal fobi ya da engelli çocuktan sonra ortaya çıkan sosyal fobi belirtileri annenin çevresiyle gereken iletişimleri kuramamasına sebep olabilir. Bilgiye ihtiyaç duyan, çocuğunun eğitimini takip etmesi gereken anne çocuğunun öğretmeniyle yeterli iletişimi kuramayabilir, bir uzmana başvurmadan çekinerek sorunlarını erteleyebilir. Desteklenmeye, anlayışa, yardıma ihtiyaç duyacak olan anne çevresinin olumsuz bakış ve eleştirilerinden diğerlerine göre daha fazla etkilenebilir, ailesinden gereken yardımları istemekten çekinebilir, kendini daha fazla suçlu hissederek içine kapabilir ve

bu durumda yaşadıklarını içine atarak ruhsal sorunlar yaşama riskini daha da arttırabilir.

Gerek eğitim kurumlarında gerekse sağlık kuruluşlarında engelli çocuk anneleriyle ilgili değerlendirmeler yapıldığında sosyal fobinin dikkatle incelenmesi annelere daha iyi bir yardım verilmesi ve onların yaşadıkları sorunların daha iyi anlaşılması için önemlidir.

Eğitim kurumlarındaki öğretmenlerin ve uzmanların konuyla ilgili bilgi sahibi olması, söz konusu durumlarda aileleri desteklemeleri ve ilgili yerlere yönlendirmeleri önemlidir. Milli Eğitim Bakanlığı'nın denetiminde olan okullar ve özel eğitim merkezlerinde verilen aile rehberliği programlarında araştırmada belirtilen konunun göz önünde bulundurulması ailelere ve özellikle annelere verilecek rehberlik ve danışmanlık hizmetlerinin yeterli olması açısından önemli katkı sağlayacaktır.

Benzer çalışmaların daha geniş deneklerle çalışılması daha iyi sonuçların elde edilmesini sağlayacaktır. Zihinsel engelliliğin dışında diğer engel gruplarına yönelik benzer çalışmalar yapılması konuyla ilgili literatüre önemli katkılar sağlayacaktır.

## KAYNAKLAR

### Kitaplar

**Amerikan Psikiyatri Birliği (2007).** *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR)*. E **Köroğlu (çev.)**, Ankara: **Hekimler Yayın Birliği**, (orijinal baskı tarihi 2000)

**Aydemir Ö., Köroğlu E. (Ed.). (2009).** *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Ankara: **HYB Basım Yayın**.

**Balat, G.U. (2003).** **Zihinsel Engelli Çocukların Eğitime Aile Katılımı.** **A. Kulaksızoğlu (Ed.). Farklı Gelişen Çocuklar içinde. İstanbul: Epsilon Yayınevi, 272-286.**

**Baltaş, A., Baltaş, Z. (2008),** *Stres ve Başağıkma Yolları*. İstanbul: **Remzi Kitabevi**.

**Bandura, A. (1995).** *Self-efficacy in changing societies*. **Cambridge: Cambridge University Press.**

**Budak, S. (2000).** *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara: **Bilim ve Sanat Yayınları**.

**Burkovik, Y. (2006).** *Sosyal Fobi*. İstanbul: **Timaş Yayınları**.

**Cüceloğlu, D. (2002).** *İnsan ve Davranışı*. İstanbul: **Remzi Kitabevi**.

**Güven, Y. (2003).** **Özel Eğitime Giriş.** **A. Kulaksızoğlu (Ed.). Farklı Gelişen Çocuklar içinde. İstanbul: Epsilon Yayınevi, 57-80.**

**Özen, A. (2010).** **Aile Eğitimi.** **İ.H. Diken (Ed.). Özel Eğitime Gereksinimi**

*Olan Öğrenciler ve Özel Eğitim içinde. Ankara: Pegem Akademi, 109-132.*

**Stranks, J. (2005).** *Stress At Work Management And Prevention.* Elsevier Book Aid International.

**Tekinarslan, İ.Ç. (2010).** *Zihinsel Yetersizliği Olan Öğrenciler.* İ.H. Diken (Ed.). *Özel Eğitime Gereksinimi Olan Öğrenciler ve Özel Eğitim içinde. Ankara: Pegem Akademi, 135-164.*

**Yöndem, Z.D. (2006).** *Kişilik Dinamikleri ve Stresle Baş Etme.* İstanbul: Morpa Yayınları.

#### **Bildiri ve Makaleler**

Abel, M.H. (2002). Humor, Stres and Coping Strategies. *Humor.* 15.4, 365-381.

Akandere, M. ve Acar, M., Baştuğ, G. (2009). Zihinsel ve Fiziksel Engelli Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.* 22.9,23-32.

Akkok, F. ve Aşkar P., Karancı, A.N. (1992). Özürlü Bir Çocuğa Sahip Anne-Babalardaki Stresin Yordanması. *Özel Eğitim Dergisi.* 1.2, 8 – 12.

Aksoy, A. ve Kutluca, F. (2005). Çalışma Hayatında Stres Kaynakları, Stres Belirtileri ve Stres Sonuçlarının İncelenmesi. Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi. 49., 458-486.

Argyarakouli, E. and Zafiropoulou, M. (2003). Self-esteem of Greek mothers of children with intellectual disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education.* 50.2, 181-195.

- Aysan, F. ve Özben, Ş.(2007). Engelli Çocuğu Olan Anne Babaların Yaşam Kalitelerine İlişkin Değişkenlerin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*. 22.1, 1-6.
- Bahar, A. ve Bahar, G., Savaş, H.A., Parlar, S. (2009). Engelli Çocukların Annelerinin Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Stresle Basa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 4.11, 98-112.
- Batıgün, A.D. ve Şahin, N.H., Demirel, E.K. (2011). Bedensel Hastalıkları Olan Bireylerde Stres, Kendilik Algısı, Kişilerarası Tarz ve Öfke İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 22., 2-10.
- Bayık, A. ve Özsoy, S.A., Ardahan, M. (2006). Kadınların Stres Verici Yaşam Olaylarıyla Karşılaşma Durumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 9.2, 1-12.
- Bayramkaya, E. ve Toros, F., Özge, C. (2005). Ergenlerde Sosyal Fobi İle Depresyon, Öz Kavram, Sigara Alışkanlıkları Arasındaki İlişki. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 15., 165-173.
- Beckman, P.J. (1983). Influence of Selected Child Characteristics on Stress in Families of Handicapped Infants. *American Journal of Mental Deficiency*, 88.2, 150-156.
- Beidel, D.C.(1998). Social Anxiety Disorder: Etiology and Early Clinical Presentation. *Journal of Clinical Psychiatry*. 59.17, 27-32.
- Bezler, K. and Schneier, F.R.(2004). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: issues in conceptualization, assessment, and treatment. *J Psychiatr Pract*. 10., 296-306.
- Bilal, E. ve Dağ, İ. (2005). Eğitilebilir Zihinsel Engelli Olan ve Olmayan,



Çocukların Annelerinde Stres, Stresle Başa Çıkma ve Kontrol Odağının Karşılaştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 12.2, 56-68.

Clark, D.M. (2001). A Cognitive Perspective on Social Phobia. *International Handbook of Social Anxiety*. 406-409.

Cummings, T. S. and Bayley, H. C., Herbert, E. R. (1976). Effect of the child's deficiency on the mother: A study of mothers of mentally retarded, chronically ill and neurotic children. *American Journal of Orthopsychiatry*. 36., 595- 608.

Çakaloz, B. ve Kurul, S. (2005). Duchenne Muskuler Distrofli Çocukların Aile İşlevlerinin ve Annelerinde Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Araştırılması. *Klinik Psikiyatri*. 8.24, 30.

Çoşkun, Y. ve Akkaş, G. (2009). Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD)*. 10.1, 213-227.

Davidson, J.R.T. and Huges, D.L., George, L.K. (1993). The epidimiological of social phobia: Findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med*. 23., 709-718.

Dilbaz, N. (1997). Sosyal Fobi. *Psikiyatri Dünyası*. 1., 18-24.

Dilbaz, N. (2000). Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı. *Klinik Psikiyatri*. 2., 3-21.

Dilbaz, N. ve Güz H. (2002). Sosyal Kaygı Bozukluğunda Cinsiyet Farklılıkları. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 39.2.3.4, 79-86.

Duygun, T. ve Sezgin, N. (2003). Zihinsel Engelli ve Sağlıklı Çocuk Anneler

- inde Stres Belirtileri, Stresle Başa çıkma Tarzları ve Algılanan Sosyal Desteğin Tükenmişlik Düzeyine Olan Etkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*. 18.52, 37 -52.
- Ellis, A. (1991). Rational-emotive treatment of simple phobias. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 28.3, 452-456.
- Emerson E. (2003). Mothers of children and adolescents with intellectual disability: Social and economic situation, Mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. *Journal of Intellectual Disability Research*. 47.4/5, 385-399.
- Emerson, E. and Robertson, J., Wood, J. (2004). Levels of psychological distress experienced by family carers of children and adolescents with intellectual disabilities in an urban conurbation. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 17., 77-84.
- Er, M. (2006). Çocuk, Hastalık, Anne-babalar ve Kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 49., 155–168.
- Faerstein, L. (1981). Stres and coping in families of learning disabled children: A literature review. *J Learn Disabil*. 14., 420-423.
- Flynt, S.W. and Wood, T.A. (1989). Stress and coping of mothers of children with moderate mental retardation, *Am. J. Mental Retard*. 94.3, 278-283.
- Gabbard, G.O. (1992). Psychodynamics of panic disorder and social phobia. *Bull Menninger Clin*. 56.2 A, 3-13.
- Glidden, L.M. and Schoolcraft, S.A. (2003). Depression: its trajectory and correlates in mothers rearing children with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*. 47., 250-263.
- Hall, S.S. and Burns, D.D., Reis, A.L. (2007). Modelling family dynamics in

children with fragile X syndrome. *J Abnorm Child Psychol.* 35., 29-42.

Hanson, M.J. and Hanline, M.F. (1994). Parenting a Child with a Disabilities: A Longitudinal Study of Parental Stress and Adaptation. *J Early Intervent.* 14., 234-248.

Hastings, R.P. and Beck, A. (2004). Practitioner review: stress intervention for parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 45.8, 1338.1349.

Hayden, M. F. and Goldman, J. (1996). Families of adult with mental retardation: Stress levels and need for services. *Social Work,* 41.6, 657-668.

Hovardoğlu, S. (1997). Stres Belirtileri ile Durumsal ve Sürekli Kaygının Yordanması. *Kriz Dergisi.* 5.2, 127-134.

Karadağ, G. (2009). Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Yaşadıkları Güçlükler ile Aileden Algıladıkları Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 8.4, 315-322.

Kelly, A.F. and Hewson P.H. (2000). Factors associated with recurrent hospitalization in chronically ill children and adolescents. *JPediatric Child Health.* 36., 13-18.

Keskin, G. ve Orgun, F. (2007). Bir grup üniversite öğrencisinde sosyal fobi yaşama durumlarının ve başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 8., 262-270.

Keskin, G. ve Bilge A., Engin E., Dülgerler, Ş. (2010). Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Anne-babaların Kaygı, Anne-baba Tutumları ve Başa Çıkma Stratejileri Açısından Değerlendirilmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry.* 11., 30-37.

- Kuloğlu, A.N. (1990). Otistik çocukların ve öğretilbilir zihinsel özürlü çocukların anne babalarında kaygı düzeyleri. *Psikoloji Dergisi*. 7.25, 14-20.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*. 1., 141-169.
- Lepine, J.P. (1993). Diagnosis and epidemiology of social phobia. *Eur Neuropsychopharmacol*. 3., 186-187.
- Miller, A.C. and Gordon, R.M. (1992). Daniele, R.J., Stress, appraisal and coping in mothers of disabled and nondisabled children. *J Pediatr Psychol*. 17., 587-605.
- Nachshen, J.S. and Minnes, P.(2005). Empowerment in parents of school-aged children with and without developmental disabilities. *J Intellect Disabil Res*. 49., 889-904.
- Özekeş, M. ve Girli, A., Yurdakul, A., Sarısoy, M. (1998). Evlilik İlişkinde Engelli Çocuğa Sahip Olmanın Rolü. 10. Ulusal Psikoloji Kongresi. İzmir: 1-5.
- Özsoy, S.A. ve Özkahraman, Ş., Çallı, F. (2006). Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Ailelerin Yaşadıkları Güçlüklerin incelenmesi. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*. 3.9, 69-77.
- Perugi, G. and Nassini, S., Socci, C., Lenzi, M., Toni, C., Simonini, E., Akiskal, H.S. (1999). Avoidant personality in social phobia and panic-agoraphobic disorder: a comparison. *J Affect Disord*. 54., 277-282
- Quine, L. and Pahl, J. (1985). Examining the causes of stress in families with severely mentally handicapped children. *British Journal of Social Work*. 15., 501-517.

- Sarı, H.Y. (2007). Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Ailelerde Aile Yüklenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 11.2, 62-74.
- Schneier, F.R. and Johnson J., Horning C.D., Liebowitz, M.R., Weissman, M.M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry*, 49., 282-288.
- Selye, H.(1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *Journal of Clinical Endocrinology*. 6., 117-231.
- Shapiro, J. (1983). Family reactions and coping strategies in response to the physically ill or handicapped child. *A review. Soc Sci Med*. 17., 913-931
- Solyom L. and Ledwidge B, Solyom C. (1986). Delineating social phobia. *Br J Psychiatry*, 149., 464-470.
- Swartz, H.A. and Shear, M.K., Wren, F., Greeno, C.G., Sales, E., Sullivan, B.K. (2005). Depression and anxiety among mothers who bring their children to a pediatric mental health clinic. *Psychiatr Serv*. 56., 1077-1083.
- Tonge B.J. and Einfeld S.L., Gray K.M. (2004). The family burden of emotional and behavioural problems in children with intellectual disability, IASSID World Congress Abstracts. *Journal of Intellectual Disability Research*. 48., 370.
- Tuğrul, C.D. (2000). Stres ve Depresyon. *Psikiyatri Dünyası*. 4., 12-17.
- Türkçapar, M.H. (1999). Sosyal Fobinin Psikolojik Kuramı. *Klinik Psikiyatri*. 2., 247-253.
- Uğuz, Ş. ve Toros, F., İnanç, B.Y., Çolakkadıoğlu, O. (2004). Zihinsel ve/veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri*. 7., 42-47.

Uyaroğlu, A. K. ve Bodur, S. (2009). Zihinsel Yetersizliği Olan ocukların Anne-Babalarında Kaygı Düzeyi ve Bilgilendirmenin Kaygı Düzeyine Etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 8.5, 405-412.

Wilton, K. and Renault, J. (1986). Stress Level in Families with Intellectually Handicapped Preschool Children. *Journal of Mentally Deficiency Research*. 30., 163-169.

Witt, W.P. and Riley, A.W., Coiro, M.J. (2003). Childhood functional status, family stressors, and psychosocial adjustment among school-aged children with disabilities in the United States. *Arch Pediatric Adolesc Med*. 157., 687-695.

Yıldırım, F. ve Conk, Z. (2005). Zihinsel Yetersizliği Olan ocuğu Sahip Anne/Babaların Stresle Bağa ıkma Tarzlarına ve Depresyon Düzeylerine Planlı Eğitimin Etkisi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 9.2, 1-10.

## **Tezler**

Ersoy, Ö.(1997). İşitme ve zihinsel engelli çocuğu olan annelerin kaygı düzeyleri ve çocuklarını kabullenme durumlarına “destekleyici eğitim programlarının” etkisi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi SBE.

Kavak, V.(2009). Panik Bozuklu Tanısı Almış Hastalarda Sosyal Fobi Görölme Sıklığının İncelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özdemir, N. (2004). Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobi İle Benlik Saygısı Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Gaziantep:Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Şen, E. (2004). Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Yaşadığı Güçlükler. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Mersin: Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Türe, H. (2009). Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sosyal Kaygı Düzeyini Etkileyen Faktörler. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Yargıcı , S. (2007). Kadınlarda Farklı Egzersiz Yöntemlerinin Seçilmiş Fiziksel, Fizyolojik uygunluk ve Psikolojik Parametreler Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim dalı.
- Yurtsever, H. (2009). Kişilik Özelliklerinin Stres Düzeyine Etkisi ve Stresle Başa Çıkma Yolları: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi SBE.

## EKLER

### Ek 1. BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı;

Yüksek Lisans tezi için sizlere bir dizi anket veriliyor. Bu anketleri cevaplandırırken lütfen, maddeleri dikkatlice okuyup size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz ve anketin başındaki yönergelerde belirtildiği şekilde değerlendiriniz. Çalışmadan elde edeceğimiz sonuçlar, sizlere daha iyi bir hizmet sunmamıza katkıda bulunacaktır. Sizlerden elde ettiğimiz bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Sonuçların güvenilirliği için tüm sorulara cevap vermeniz oldukça önemlidir.

Çalışmamıza katıldığınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

1) Çocuğunuzun Tanısı:

.....

2) Çocuğunuzun Doğum Tarihi:

.....

3) Kaç Yaşındasınız?

( ) 20-35                      ( ) 36-50                      ( ) 51 ve üstü

4) Eğitim Durumunuz?

( ) İlkokul                      ( ) Ortaokul                      ( ) Lise  
( ) Üniversite                      ( ) Okur-yazar

5) Medeni Durumunuz Nedir?

( ) Evli                      ( ) Dul(eşi vefat etmiş)                      ( ) Boşanmış  
( ) Diğer ( Lütfen belirtiniz.....)

6) Çalışma Durumunuz:

( ) Ev hanımı                      ( ) Çalışıyor



## Ek-2. Stres Belirtileri Ölçeği 2

SB ÖLÇEĞİ 2				
ADINIZ SOYADINIZ:				
Tarih:				
Geçen hafta sizin için stres yaratan faktörler ya da özel durumlar (regl, hastalık, sınav, sunu vb.):				
AÇIKLAMA: Aşağıdaki belirtiler, geçen hafta ne kadar sıklıkla sizi etkiledi? Her belirti için size uygun gelen ifadenin bulunduğu seçeneği X ile işaretleyiniz.				
	HİÇ	ARA SIRA	SIK SIK	SÜREKLİ
1. Sıddetli baş ağrısı				
2. Uyku bozuklukları				
3. Yorgunluk				
4. Aşırı yeme				
5. Kabızlık				
6. Bel ağrıları				
7. Alerjik reaksiyonlar				
8. Sinirlilik / korku				
9. Kâbuslar				
10. Yüksek tansiyon				
11. Deride döküntüyle sıddetli kasıntı				
12. Alkol / ilaç tüketimi				
13. Fazla önemli olmayan enfeksiyonlar				
14. Hazımsızlık				
15. Hızlı soluma				
16. Sıkıntı verici düşünceler				
17. Deride kızarıklıklar				
18. Adet kanamalarında düzensizlik				
19. Bulantı veya kusma				
20. İletişim kurma güçlüğü				
21. Migren ağrısı				
22. Sabahları erken uyanma				
23. İstah kaybı				
24. İshal				
25. Boyun ve sırt ağrıları				
26. Astım krizi				
27. Şiddetli karın ağrısıyla birlikte ishal				
28. Depresyon / kendini kötü hissetme				
29. Eklem ağrıları				
30. Üşüme veya titreme				
31. Önemsiz / zararsız birkaç kaza				
32. Mide ağrısı				
33. El ve ayaklarda üşüme hissi				
34. Kalp çarpıntısı				
35. Cinsel problemler				
36. Kızgınlık duyguları				
37. Dikkati toplamada güçlük				
38. Ağlama				

### Ek-3. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği

Lütfen aşağıdaki formu dikkatle okuyun.

Belirtilen durumlarda duyduğunuz kaygının şiddetine göre, her maddeye 1 ile 4 arasında puan verin. Puanlamayı aşağıdaki tariflere göre yapın. Teşekkürler.

#### Kaygı Puanı

1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak

- (1) Yok ya da çok hafif      (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde              (4) şiddetli

2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak

- (1) Yok ya da çok hafif      (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde              (4) şiddetli

3. Dikkatleri üzerinde toplamak

- (1) Yok ya da çok hafif      (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde              (4) şiddetli

4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak

- (1) Yok ya da çok hafif      (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde              (4) şiddetli

5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak

- (1) Yok ya da çok hafif      (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde              (4) şiddetli

6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek

- (1) Yok ya da çok hafif      (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde              (4) Şiddetli

7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak

- (1) Yok ya da çok hafif      (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde              (4) Şiddetli

8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek

- (1) Yok ya da çok hafif      (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde              (4) Şiddetli

9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi

- (1) Yok ya da çok hafif      (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde              (4) Şiddetli

10. Gözlendiği sırada çalışmak

- (1) Yok ya da çok hafif      (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde              (4) Şiddetli

11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak

- (1) Yok ya da çok hafif      (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde              (4) Şiddetli

12. Bir eğlenceye gitmek

- (1) Yok ya da çok hafif      (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde              (4) Şiddetli

13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak

- (1) Yok ya da çok hafif      (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde              (4) Şiddetli

14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması

- (1) Yok ya da çok hafif (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde (4) Şiddetli

15. Gözlendiği sırada yazı yazmak

- (1) Yok ya da çok hafif (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde (4) Şiddetli

16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak

- (1) Yok ya da çok hafif (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde (4) Şiddetli

17. Umumi yerlerde yemek yemek

- (1) Yok ya da çok hafif (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde (4) Şiddetli

18. Evde misafir ağırlamak

- (1) Yok ya da çok hafif (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde (4) Şiddetli

19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak

- (1) Yok ya da çok hafif (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde (4) Şiddetli

20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek

- (1) Yok ya da çok hafif (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde (4) Şiddetli

21. Umumi telefonları kullanmak

- (1) Yok ya da çok hafif (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde (4) Şiddetli

22. Yabancılara konuşmak

- (1) Yok ya da çok hafif (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde (4) Şiddetli

23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak

- (1) Yok ya da çok hafif (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde (4) Şiddetli

24 Umumi tuvalette idrar yapmak

- (1) Yok ya da çok hafif (2) Hafif  
(3) Orta düzeyde (4) Şiddetli

Bu sayfada aynı durumlar tekrar sıralanmıştır. Bu defa bu durumlardan kaçınıyorsanız, kaçınmanın şiddetine göre yine 1 ile 4 arasında puan verin. Puanlamayı aşağıdaki tariflere göre yapın. Teşekkürler.

**Kaçınma Puanı**

1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınırım  
(3) Çoğunlukla Kaçınırım (4) Her zaman kaçınırım

2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınırım  
(3) Çoğunlukla Kaçınırım (4) Her zaman kaçınırım

3. Dikkatleri üzerinde toplamak

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınırım  
(3) Çoğunlukla Kaçınırım (4) Her zaman kaçınırım

4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınıyorum  
(3) Çoğunlukla Kaçınıyorum (4) Her zaman kaçınıyorum

5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınıyorum  
(3) Çoğunlukla Kaçınıyorum (4) Her zaman kaçınıyorum

6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınıyorum  
(3) Çoğunlukla Kaçınıyorum (4) Her zaman kaçınıyorum

7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınıyorum  
(3) Çoğunlukla Kaçınıyorum (4) Her zaman kaçınıyorum

8. Satın aldığı bir malı, ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınıyorum  
(3) Çoğunlukla Kaçınıyorum (4) Her zaman kaçınıyorum

9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınıyorum  
(3) Çoğunlukla Kaçınıyorum (4) Her zaman kaçınıyorum

10. Gözlendiği sırada çalışmak

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınıyorum  
(3) Çoğunlukla Kaçınıyorum (4) Her zaman kaçınıyorum

11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınıyorum  
(3) Çoğunlukla Kaçınıyorum (4) Her zaman kaçınıyorum

12. Bir eğlenceye gitmek

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınıyorum  
(3) Çoğunlukla Kaçınıyorum (4) Her zaman kaçınıyorum

13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınıyorum  
(3) Çoğunlukla Kaçınıyorum (4) Her zaman kaçınıyorum

14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınıyorum  
(3) Çoğunlukla Kaçınıyorum (4) Her zaman kaçınıyorum

15. Gözlendiği sırada yazı yazmak

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınıyorum  
(3) Çoğunlukla Kaçınıyorum (4) Her zaman kaçınıyorum

16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınıyorum  
(3) Çoğunlukla Kaçınıyorum (4) Her zaman kaçınıyorum

17. Umumi yerlerde yemek yemek

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınıyorum  
(3) Çoğunlukla Kaçınıyorum (4) Her zaman kaçınıyorum

18. Evde misafir ağırlamak

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınıyorum  
(3) Çoğunlukla Kaçınıyorum (4) Her zaman kaçınıyorum

19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınıyorum  
(3) Çoğunlukla Kaçınıyorum (4) Her zaman kaçınıyorum

20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınıyorum  
(3) Çoğunlukla Kaçınıyorum (4) Her zaman kaçınıyorum

21. Umumi telefonları kullanmak

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınıyorum  
(3) Çoğunlukla Kaçınıyorum (4) Her zaman kaçınıyorum

22. Yabancılarla konuşmak

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınıyorum  
(3) Çoğunlukla Kaçınıyorum (4) Her zaman kaçınıyorum

23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınıyorum  
(3) Çoğunlukla Kaçınıyorum (4) Her zaman kaçınıyorum

24. Umumi tuvalette idrar yapmak

- (1) Kaçınmak yok ya da çok ender (2) Zaman zaman kaçınıyorum  
(3) Çoğunlukla Kaçınıyorum (4) Her zaman kaçınıyorum



## ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

ADI VE SOYADI: Mesur EREZ  
DOĞUM TARİHİ: 07.10.1979  
MEDENİ HALİ: Evli  
E-MAIL: mesurerez@gmail.com  
TELEFON (CEP) : (0537)2482306  
(İŞ) : (0212) 4294343

### EĞİTİM DURUMU

2009-2012: İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji  
Anabilim Dalı, Yüksek Lisans.

2000-2004: İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi  
Psikoloji Bölümü

1993-1996: Eyüp Alibeyköy Lisesi

### YABANCI DİL: İngilizce

### İŞ TECRÜBESİ

2012 - Devam Ediyor: Rehber Öğretmen

Kocaragıppaşa İlkokulu- Bağcılar/İstanbul

2010-2012: Psikolog

Bağcılar Bölge Özel Eğitim Merkezi

2007-2010: Psikolog

Anahtar Psikolojik Danışmanlık Merkezi -Bağcılar/İstanbul

2006-2007: Psikolog/Müdür

Doğa Huzur Evi -Kartal/İstanbul

2004-2006: Psikolog

Mehmet Yıldırım Rehabilitasyon ve Danışmanlık Merkezi- Aksaray/İstanbul