

T.C.
İSTABUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**DOWN SENDROMLU ERGEN ÇOCUK SAHİBİ OLAN
AİLELERİN CİNSİYETE BAĞLI OLARAK ANKSİYETE,
DEPRESYON, BAŞ ETME YÖNTEMLERİ VE YAŞAM
KALİTESİ BAKIMINDAN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sedanur KORKMAZ

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Yücel YILMAZ

İstanbul - 2021

TEZ TANITIM FORMU

- YAZAR ADI** : Sedanur Korkmaz
- SOYADI**
- TEZİN DİLİ** : Türkçe
- TEZİN ADI** : Down Sendromlu Ergen Çocuk Sahibi Olan Ailelerin Cinsiyete Bağlı Olarak Anksiyete, Depresyon, Baş Etme Yöntemleri ve Yaşam Kalitesi Bakımından Karşılaştırılması
- ENSTİTÜ** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
- ANABİLİM DALI** : Psikoloji
- TEZİN TÜRÜ** : Yüksek Lisans
- TEZİN TARİHİ** : 02.07.2021
- SAYFA SAYISI** : 107
- TEZ DANIŞMANI** : Dr. Öğr. Üyesi Yücel YILMAZ
- DİZİN TERİMLERİ** : Down Sendromu, Anksiyete, Depresyon, Yaşam Kalitesi, Stresle Başa Çıkma
- TÜRKÇE ÖZET** : Bu araştırmanın amacı down sendromlu ergen çocuk sahibi olan ailelerin çocukların cinsiyete bağlı olarak anksiyete, depresyon, baş etme yöntemleri ve yaşam kalitesi bakımından incelenmesidir. Araştırma kapsamında down sendromlu ergen çocuk sahibi olan ailelerin, anksiyete, depresyon, baş etme yöntemleri ve yaşam kalitesi düzeylerinin cinsiyet, yaş, çocuk sayısı ve eğitim düzeyi değişkenleri açısından anlamlı derecede farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenmiştir. Araştırmanın örneklemini, Türkiye Down Sendromu Derneğine kayıtlı olan 184 ebeveyn oluşturmaktadır. Bu ebeveynlerin 92 tanesinin Down Sendromlu kız çocuğu (%50) bulunurken 92 tanesinin ise

Down Sendromlu erkek çocuğu (%50) bulunmaktadır. Araştırma genel tarama modellerinden, ilişkisel tarama modeli ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veriler beş b6l6mden oluşan veri formu ile toplanmıştır. Birinci b6l6mde “Kişisel Bilgi Formu”, ikinci b6l6mde “Beck Anksiyete 6leği”, 66nc6 b6l6mde “Beck Depresyon 6leği”, d6rd6nc6 b6l6mde “Stresle Başa ıkma Tarzları 6leği”, beşinci b6l6mde ise “Yaşam Doyumu 6leği” uygulanmıştır. Araştırma sonucunda kız ve erkek down sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin anksiyete ve yaşam kalitesi değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken; kız çocuğa sahip olan ebeveynlerin daha y6ksek depresyon bildirdikleri g6r6lm6řt6r. Bununla birlikte erkek çocuğa sahip olan ebeveynlerin, kendine g6venli yaklaşım ve iyimser yaklaşımı daha fazla kullandıkları g6r6lm6řt6r.

DAğITIM LİSTESİ : 1. İstanbul Gelişim 6niversitesi Lisans6st6 Eğitim Enstit6s6ne
2. Y6K Ulusal Tez Merkezine

İmza

Sedanur KORKMAZ

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**DOWN SENDROMLU ERGEN ÇOCUK SAHİBİ OLAN
AİLELERİN CİNSİYETE BAĞLI OLARAK ANKSİYETE,
DEPRESYON, BAŞ ETME YÖNTEMLERİ VE YAŞAM
KALİTESİ BAKIMINDAN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Sedanur KORKMAZ

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Yücel YILMAZ

İSTANBUL – 2021

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının ederlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Sedanur KORKMAZ

2021



JÜRİ ÜYELERİNİN KABUL VE ONAY SAYFASI

İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Sedanur KORKMAZ'ın "Down Sendromlu Ergen Çocuk Sahibi Olan Ailelerin Cinsiyete Bağlı Olarak Anksiyete, Depresyon, Baş Etme Yöntemleri ve Yaşam Kalitesi Bakımından Karşılaştırılması" adlı tez çalışması, jürimiz tarafından KLİNİK PSİKOLOJİ anabilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Başkan

*Dr. Öğr. Üyesi Yücel YILMAZ
(Danışman)*

Üye

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Erkal ERZİNCAN

Üye

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Selim ARPACIOĞLU

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 2021

İmzası

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

ÖZET

Bu araştırmanın amacı down sendromlu ergen çocuk sahibi olan ailelerin çocukların cinsiyete bağlı olarak anksiyete, depresyon, baş etme yöntemleri ve yaşam kalitesi bakımından incelenmesidir. Araştırma kapsamında down sendromlu ergen çocuk sahibi olan ailelerin, anksiyete, depresyon, baş etme yöntemleri ve yaşam kalitesi düzeylerinin cinsiyet, yaş, çocuk sayısı ve eğitim düzeyi değişkenleri açısından anlamlı derecede farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenmiştir. Araştırmanın örneklemini, Türkiye Down Sendromu Derneğine kayıtlı olan 184 ebeveyn oluşturmaktadır. Bu ebeveynlerin 92 tanesinin Down Sendromlu kız çocuğu (%50) bulunurken 92 tanesinin ise Down Sendromlu erkek çocuğu (%50) bulunmaktadır. Araştırma genel tarama modellerinden, ilişkisel tarama modeli ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veriler beş bölümden oluşan veri formu ile toplanmıştır. Birinci bölümde “Kişisel Bilgi Formu”, ikinci bölümde “Beck Anksiyete Ölçeği”, üçüncü bölümde “Beck Depresyon Ölçeği”, dördüncü bölümde “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği”, beşinci bölümde ise “Yaşam Doyumu Ölçeği” uygulanmıştır. Araştırma sonucunda kız ve erkek down sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin anksiyete ve yaşam kalitesi değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken; kız çocuğa sahip olan ebeveynlerin istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek depresyon bildirdikleri görülmüştür. Bununla birlikte erkek çocuğa sahip olan ebeveynlerin, kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşımı daha fazla kullandıkları görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Down Sendromu, Anksiyete, Depresyon, Yaşam Kalitesi, Stresle Başa Çıkma

SUMMARY

The aim of this study is to compare the children of families with adolescent children with Down syndrome in terms of anxiety, depression, coping methods and quality of life depending on gender. Within the scope of the study, it was also examined whether families with adolescent children with Down syndrome differ significantly in terms of gender, age, number of children and education level in terms of anxiety, depression, coping methods and quality of life levels. The sample of the study consists of 184 parents who are registered with the Turkish Down Syndrome Association. While 92 of these parents have girls with Down Syndrome (50%), 92 of them have a boy with Down Syndrome (50%). The research was carried out with relational scanning model, one of the general scanning models. The data in the study were collected with a data form consisting of five parts. In the first part, "Personal Information Form", in the second part "Beck Anxiety Scale", in the third part "Beck Depression Inventory", in the fourth part "Coping with Stress Scale" and in the fifth part "Life Satisfaction Scale" were used. As a result of the study, there was no significant difference between anxiety and quality of life variables of parents who have a boy with a girl and a child with Down syndrome; It has been observed that parents who have a daughter report higher levels of depression. On the other hand, it was observed that parents who have male children use self-confident and optimistic approaches more.

Keywords: Down Syndrome, Anxiety, Depression, Quality of Life, Coping With Stress

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar LİSTESİ.....	vi
EKLER LİSTESİ.....	vii
ÖN SÖZ.....	viii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

1.1. DOWN SENDROMU.....	5
1.1.1. Epidemiyoloji.....	6
1.1.2. Etiyoloji.....	6
1.1.3. Tedavi.....	7
1.1.4. Down Sendromlu Çocuğa Sahip Ailelerde Görülen Duygusal Problemler	9
1.2. ANKSİYETE.....	12
1.2.1. Epidemiyoloji.....	14
1.2.2. Etiyoloji.....	15
1.2.3. Tanısı.....	16
1.3. DEPRESYON.....	17
1.3.1. Epidemiyoloji.....	18
1.3.2. Etiyoloji.....	20
1.3.3. Tanısı.....	21
1.4. STRESLE BAŞA ÇIKMA.....	26
1.4.1. Stres.....	26
1.4.2. Stresle Başa Çıkma.....	30
1.4.3. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri.....	31
1.4.4. Başa Çıkmayı Etkileyen Faktörler.....	33
1.5. YAŞAM KALİTESİ.....	34
1.5.1. Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörler.....	36
1.5.2. Yaşam Kalitesini Açıklayan Kuramlar.....	38

1.5.2.1. Calman'ın Beklenti Kuramı.....	38
1.5.2.2. Lehman'ın Yaşam Kalitesi Kuramı.....	39
1.5.2.3. Skantze ve Malm'in Yaşam Kalitesi Kuramı.....	39
1.5.2.4. Toronto ve Oklahoma Yaşam Kalitesi Sistem Kuramı.....	40
1.5.3. Yaşam Kalitesinin Önemi.....	41

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	42
2.2. ARAŞTIRMA GRUBU.....	42
2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	43
2.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	43
2.3.2. Beck Anksiyete Ölçeği.....	44
2.3.3. Beck Depresyon Envanteri.....	44
2.3.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği.....	44
2.3.5. Yaşam Doyumu Ölçeği.....	45
2.4. VERİLERİN TOPLANMASI VE ANALİZİ.....	45

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. DEĞİŞKENLERE AİT BETİMSSEL İSTATİSTİKLER.....	47
3.2. KIZ VE ERKEK DOWN SENDROMLU ÇOCUĞA SAHİP OLAN EBEVEYNLERİN ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR.....	48
3.3. KIZ VE ERKEK DOWN SENDROMLU ÇOCUĞA SAHİP OLAN EBEVEYNLERİN DEPRESYON DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR.....	49
3.4. KIZ VE ERKEK DOWN SENDROMLU ÇOCUĞA SAHİP OLAN EBEVEYNLERİN STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR.....	49
3.5. KIZ VE ERKEK DOWN SENDROMLU ÇOCUĞA SAHİP OLAN EBEVEYNLERİN YAŞAM DOYUMU DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR.....	50
3.6. DOWN SENDROMLU ÇOCUĞA SAHİP OLAN EBEVEYNLERİN ANKSİYETE, DEPRESYON, STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI VE YAŞAM DOYUMU DÜZEYLERİNİN DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİNE YÖNELİK BULGULAR.....	51

3.6.1. Cinsiyete Göre Anksiyete, Depresyon, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ve Yaşam Doyumu.....	51
3.6.2. Yaşa Göre Anksiyete, Depresyon, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Yaşam Doyumu.....	52
3.6.3. Çocuk Sayısına Göre Anksiyete, Depresyon, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Yaşam Doyumu.....	55
3.6.4. Eğitim Düzeyine Göre Anksiyete, Depresyon, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Yaşam Doyumu.....	58

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

SONUÇLAR.....	67
KAYNAKLAR.....	70
EKLER.....	87

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Depresyon Tanı Ölçütleri.....	22
Tablo 2: Araştırma Grubuna Ait Demografik Bilgilerin Frekans ve Yüzdeler Değerleri.....	43
Tablo 3: Değişkenlere Ait Betimsel İstatistikler.....	47
Tablo 4: Anksiyete Düzeyleri Arasındaki Farka Yönelik Bağımsız Gruplar T Testi Sonuçları.....	48
Tablo 5: Depresyon Düzeyleri Arasındaki Farka Yönelik Bağımsız Gruplar T Testi Sonuçları.....	49
Tablo 6: Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki Farka Yönelik Bağımsız Gruplar T Testi Sonuçları.....	50
Tablo 7: Yaşam Kalitesi Düzeyleri Arasındaki Farka Yönelik Bağımsız Gruplar T Testi Sonuçları.....	51
Tablo 8: Cinsiyet Değişkenine Göre Bağımsız Gruplar T Testi Sonuçları.....	52
Tablo 9: Yaşa Göre Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	53
Tablo 10: Yaşa Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	54
Tablo 11: Çocuk Sayısına Göre Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri..	55
Tablo 12: Çocuk Sayısına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	56
Tablo 13: Eğitim Düzeyine Göre Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	58
Tablo 14: Eğitim Düzeyine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	59

EKLER LİSTESİ

EK- 1 Kişisel Bilgi Formu.....	87
EK- 2 Beck Anksiyete Ölçeği.....	88
EK- 3 Beck Depresyon Envanteri.....	89
EK- 4 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği.....	91
EK- 5 Yaşam Doyumu Ölçeği.....	92



ÖN SÖZ

Bu tezin yazılmasında her zaman yanımda olan ve tez konusundan, oluşturma sürecine kadar beni daima yılmadan yönlendiren, destekleyen kıymetli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Yücel YILMAZ' a teşekkürlerimi sunarım.

Verilerimi toplamam için Türkiye Down Sendromu Derneğine, Merve Hıra'ya teşekkürü bir borç bilirim.

Bu çalışmayı yapmam için beni cesaretlendiren halam Şefika DEMİR'e, eniştem Orhan DEMİR'E, Down Sendromlu Milli Sporcu kuzenim Furkan DEMİR'e teşekkür ederim.

Maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen babam Hayati KORKMAZ'a, amcam Nihat KORKMAZ'a, annem Sebahat KORKMAZ'a, Yengem Ayşe KORKMAZ'a, abilerim Samet KORKMAZ ve Salih KORKMAZ'a, kardeşlerim Ensar KORKMAZ, Fatmanur KORKMAZ, Elisa Zeynep KORKMAZ'a, teşekkür ederim.

Dualarında eksik etmeyen babannem Fatma KORKMAZ'a sonsuz teşekkür ederim.

Ayrıca bugünlere gelmemde çok emeği olan üstün bilgileriyle beni yetiştiren ilk hocam merhum dedem Enver KORKMAZ'a rahmet ve mağfiret diler, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sedanur KORKMAZ

GİRİŞ

Down sendromu (DS) -trizomi 21-, bireylerde en yaygın olarak gözlemlenen kromozom bozukluğu türü olmakla birlikte, her sosyoekonomik düzey, yaş veya ırktan bireyde görülebilmektedir. DS'na sahip olan bebeklerde, normal gelişim gösteren bebeklerdekinin aksine 46 kromozom değil 47 kromozom (Trizomi 21) bulunduğu görülmektedir. Bu durum 21. kromozomda olması gereken 2 kromozom yerine 3 kromozomun bulunması ile ortaya çıkmaktadır.

DS'lu çocuğa sahip olan aileler içerisindeki duygusal süreç, farklı engel türüne sahip olanlarıkiyle benzer bir şekildedir. Anne ve babanın engelli bir çocuğa sahip olduklarında temelde şok, kabullenmeme, üzüntü, öfke, suçluluk, endişe, beklenemeyen krizler, dış çevrenin göstereceği tepkilerden kaçınma, öz güven ve öz saygıda azalma, hayal kırıklığı gibi bazı duygusal tepkileri ortaya koydukları görülmektedir (Akandere, Acar ve Baştuğ, 2009). Ancak DS rahatsızlığı henüz hamilelik sürecinde ortaya çıkmakta ve tespit edilmektedir. Bu nedenle ailelerde görülen bu duygusal sorunlar erken yaşanmakta ve çocuk dünyaya gelene kadar yoğun duygusal tepkilerin aşılması ailenin sürece hazırlanması olanağı doğmaktadır.

İlgili alan yazın incelendiğinde DS'na sahip çocuğu olan annelerin, farklı engel türüne sahip çocuğu bulunan annelere göre daha az oranda stres ve daha yüksek oranda ebeveyn hazzı yaşadıkları görülmektedir. Aynı zamanda DS çocuğa sahip olan annelerin genel anlamda daha olumlu bir profil ortaya koydukları özellikle vurgulanmaktadır (Çengelci, 2009).

Bu noktada engel türünden ortaya çıkan farklılıkların ebeveynlerin yaşamış oldukları stres üzerinde etkili olduğu görülmektedir. DS'na sahip olan çocukların da kendi içlerinde, kendilerine has mizaç yapıları bulunmaktadır. Bu mizaç farklılıklarının, aileler için hem olumlu hem de olumsuz bir etki bıraktığı görülmektedir. DS'na sahip olan bir bireyin aile içerisinde dahil olması, aile ilişkilerinde ve fonksiyonlarında değişimleri ortaya çıkarmaktadır. Bu noktada aslında travmatik bir deneyim süreci de aileleri beklemektedir. Anne ve babaya normalden çok daha fazla sorumluluk yüklenmekte bu noktada anne biraz daha ağır bir yük taşımaktadır. Bu nedenle annenin destekleme ve rahatlama ihtiyacı ailelerde göz ardı edilmemesi gereken önemli bir sorundur. DS sahip olan çocukların

ebeveynlerine, bilhassa annelerine, verilen destek hem uyum sağlamayı hem de zorlukların üstesinden gelmeyi daha olumlu bir şekilde etkilemektedir (Çavuşoğlu, 2011).

DS'lu bir çocuğa sahip olan ailelerde anksiyete duygusunun yoğun olarak yaşanılacağı düşünülmektedir (Kaygusuz, 1993). Anksiyete, kişilerin sürekli olarak hazırda bulunmalarına yol açan ve sebebi net bir biçimde bilinmeyen, yaşanan gerçek bir olay veya durumlarla ilgili ya da ilgisiz bilinçdışı bir şekilde ortaya koyulan tepkiler olarak tanımlanmaktadır (Cebeci, 2009). Bireylerin yaşamış oldukları anksiyete, net ve açık bir biçimde ayırt edilebilen bir uyarıcı bir nesne ile ilişkili olabileceği gibi ilişkisiz de olabilmektedir. Korku ve endişe arasında yaşanan temel bir duygu durumu olarak da açıklanması mümkündür. Bir noktada anksiyete, kişilerin etrafında meydana gelen değişimlere hazır olmasını ya da değişimlere yanıt oluşturmasını sağlayan bir duygu durumudur. Bu noktada anksiyete pek çok psikopatolojik bozukluk ile eş tanımlı olmakta ya da pek çok organik rahatsızlıkta görülebilmektedir (Eşel, 2003).

Anksiyete ve kaygının bırakmış olduğu etkiler, özel gereksinimli çocuğa sahip olan ebeveynler tarafından büyük bir yaygınlıkla tecrübe edilmektedir (Tura, 2017). Özel gereksinimli çocuğu bulunan ebeveynlerin sağlıklı gelişim gösteren çocuğu bulunan ebeveynlere oranla çok daha ileri düzeyde ve yüksek yaygınlıkta anksiyete yaşadıkları alan yazında vurgulanmaktadır (Akça ve Özyürek, 2019; Chudleigh vd., 2011). Anksiyetenin neden olduğu etkileri deneyimleyen ve anksiyeteyi sıklıkla yaşadığı araştırmalar tarafından ortaya koyulan özel gereksinimli çocuğa sahip olan ebeveynlerin yaşamının oldukça olumsuz etkilendiği görülmektedir.

DS'lu çocuğa sahip olan ailelerin sıklıkla yaşayacakları düşünülen bir diğer duygu durum hali ise depresyondur. Depresyon ise en genel anlamıyla, sağlıklı bireylerde hayal kırıklığı yaratan veya istenmeyen yaşam durumları karşısında meydana gelen; keder ve sıkıntı duygularını kapsayan tepkilerin bireyin hayatını olumsuz etkileyecek derecede şiddetli olarak hissedilmesi sonucunda bireyin işlevsizliğine yol açan belirtilerden meydana gelen bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (Çelik ve Hocaoğlu, 2016; Işık, Işık ve Işık Taner, 2003).

Ailelerin karşılaşmış oldukları anksiyete ve depresyon durumları ile baş etmede kullanacakları veya engelli bir çocuğa sahip olmanın yaratmış olduğu olumsuz süreç ile baş etme noktasında kullanmış oldukları stresle başa çıkma davranışlarının önemli olduğu düşünülmektedir.

Stresle baş edebilme, stresin tamamen etkisini yitirmesinden ziyade stresin yönetilmesi ya da belirli bir seviyede tutulması şeklinde açıklanabilir (şimşek, 2005). Kişiler stresle baş ederken çoğunlukla başa çıkma yöntemlerini ya da savunma tepkilerini kullanmaktadır (Morris, 2002).

Stresle baş etme en temel anlamıyla, ortaya çıkan bir tehdit karşısında kişinin yaşamını devam ettirmesini sağlayan, endişe ve korku duygusu ile birlikte ortaya çıkan, “savaş veya kaç” davranışı gösterme şeklinde açıklanabilir (Folkman ve Lazarus, 1988).

Stresle baş etme, kişilerin strese neden olan olay ya da durumlara uyum sağlama yeteneğini içermektedir. Stresle baş etme, uyum sağlama aşamasında kişilerin, bilişsel bir çaba ve davranışlar sergileyerek strese neden olan kaynakları kontrolü altında bulundurması ve duygu düzenleme becerileri kazanması amacıyla işlev göstermektedir (Compas vd., 2001).

DS’lu çocuğa sahip olan ailelerin yaşam kalitesinin incelenmesinin de bir hayli önemli olduğu düşünülmektedir. Yaşam kalitesi, en genel anlamda öznel iyi olma olarak açıklanmaktadır. Bireylerin hayatlarını değerlendirmek üzere onları yönlendiren bir psikoloji alanı olarak kabul edilmektedir (Eroğlu, 2011). Yaşam kalitesi, bireylere dair bedensel sağlık, psikolojik hal, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, bireysel inançlar ve tüm bunlar arasındaki ilişkileri bütünleştiren geniş kapsamlı bir kavramdır. Bu noktada yaşam kalitesi, “yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında bireylerin amaçları, beklentileri, standartları, endişeleri ile ilgili olarak yaşamdaki konumunun yine birey tarafından algılanması” olarak tanımlanmaktadır (Hagerty vd., 2001).

Yaşam kalitesi bireylerin huzurlu ve mutlu bir hayat sürmeleri açısından oldukça önem arz etmektedir. Yaşam kalitesi, bireylerin kendilerini daha iyi tanımlarına, hayatları ile ilgili yaşamış oldukları olay veya durumları değerlendirmelerine, hayatlarında bir denge kurarak haz ve mutluluklarının artmasına

katkı sunmaktadır (Erkiral, 2014). Bu noktada da DS'lu çocuğa sahip olan ebeveynlerin yaşam kalitesi düzeyleri üzerinde etki sahibi olabilecek değişkenlerin incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

İlgili alan yazın taramasından hareketle bu araştırmanın temel konusu down sendromlu ergen çocuk sahibi olan ailelerin çocukların cinsiyete bağlı olarak anksiyete, depresyon, baş etme yöntemleri ve yaşam kalitesi bakımından karşılaştırılması olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda aşağıdaki sorulara yanıt aranacaktır:

1. Kız ve erkek down sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmakta mıdır?
2. Kız ve erkek down sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin depresyon düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmakta mıdır?
3. Kız ve erkek down sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin stresle başa çıkma tarzları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmakta mıdır?
4. Kız ve erkek down sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin yaşam kalitesi düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmakta mıdır?
5. Down sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma tarzları ve yaşam kalitesi düzeyleri cinsiyet değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
6. Down sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma tarzları ve yaşam kalitesi düzeyleri yaş değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
7. Down sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma tarzları ve yaşam kalitesi düzeyleri çocuk sayısı değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
8. Down sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma tarzları ve yaşam kalitesi düzeyleri eğitim düzeyi değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

BİRİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Araştırmanın bu bölümünde araştırma kapsamında incelenecek olan değişkenler ile ilgili kuramsal açıklamalar yer almaktadır. Bu doğrultuda ilk olarak Down Sendromu ardından anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma ve yaşam kalitesi kavramları hakkında betimleyici açıklamalar yapılmaktadır.

1.1. DOWN SENDROMU

Down sendromu (DS) -trisomy 21-, bireylerde en yaygın olarak gözlemlenen kromozom bozukluğu türü olmakla birlikte, her sosyo-ekonomik düzey, yaş veya ırktan bireyde görülebilmektedir. DS'na sahip olan bebeklerde, normal gelişim gösteren bebeklerdekinin aksine 46 kromozom değil 47 kromozom (Trisomy 21) bulunduğu görülmektedir. Bu durum 21. kromozomda olması gereken 2 kromozom yerine 3 kromozomun bulunması ile ortaya çıkmaktadır. DS'nı ortaya çıkarken nedenler tam olarak bilinmemektedir fakat bunun bir kromozom sorunu olduğu hakkında kesin bilgiler mevcuttur. DS, günümüzde kontrol altına alınamayan bir sebeple ortaya çıkan, hücre bölünmesi noktasında rahatsızlığa yol açan bir durum olarak kabul edilmektedir (Batu, 2011). DS'na sahip olan bireyler, fiziksel olarak birbirine oldukça benzemektedirler. Ancak aralarında hem mizaç hem karakter hem de ihtiyaçlar noktasında göz ardı edilmemesi gereken bireysel farklılıklar bulunmaktadır.

DS'nu ilk defa tanımlayan John Langdon Down, 1866 senesinde bu kromozom rahatsızlığına "mongolizm" ismini vermiştir. Ancak bu kavramsallaştırmanın ırkçılık ve ayrımcılık içeren bir yaklaşım olması nedeniyle uzun seneler önce kullanımının bırakıldığı, bunun yerine "Down Sendromu" adının daha yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir. Görülen bu kromozom rahatsızlığının nedenine ilk vurgu yapanlar 1961 senesinde Lejeune ve arkadaşlarıdır. Lejeune ve arkadaşları, bireylerde görülen bu farklılığın kromozom sayısı kaynaklı olduğunu ifade etmişlerdir (Tapan, 2005).

21. kromozomda ortaya çıkan bozulmanın yol açtığı tek tip DS bozukluğu bulunmamaktadır. Ancak DS bu vakaların %95'lik bir bölümünü açıklamaktadır.

Diğer ortaya çıkan DS temelli bozuklukları ise “translokasyon” ve “mozaik” türleri isimleri verilmektedir. Bu konularda ortaya koyulan açıklamalar da 1960’ların ardından önem kazanmıştır (Batu, 2011).

1.1.1. Epidemiyoloji

DS’na sahip bebeklerin doğum oranı kaynaklar arasında farklılıklar göstermektedir ancak genellikle 600 canlı çoğumda 1 veya 1000 canlı doğumda 1 olarak açıklanmaktadır (Erdem ve Ege, 2011). Turan (2002) ise DS’nun her 800 canlı doğumdan 1’inde görüldüğünü açıklamaktadır.

DS’na sahip olan bireylerin %95’i “standart trisomi 21” türüne sahiptir. Bu tip DS ile dünyaya gelen bebeklerin, 21. Kromozomlarında farklılık görülmektedir. Normal doğumda 2 adet 21. Kromozom bulunurken, DS’na sahip olan bebeklerin doğumlarında 3 adet 21. Kromozom bulunduğu bilinmektedir (Turan, 2002).

DS’na sahip olan bireylerin %4’ü “translokasyon” türüne sahiptir. Bu tip DS ile dünyaya gelen bebeklerin, standart trisomi ile aynı özelliklere sahip olduğu fakat translokasyonun meydana çıkış amacının farklı olduğu bilinmektedir (Turan, 2002).

DS’na sahip olan bireylerin %1’i ise “mozaik” türüne sahiptir. Bu tip DS ile dünyaya gelen bebeklerin vücutlarının yalnızca bir kısmı bu rahatsızlıktan etkilenmiş, kalan diğer hücreleri ise etkilenmemiş, normaldir (Turan, 2002).

1.1.2. Etiyoloji

DS’nun nedenleri ile ilgili ilk yapılan açıklamalarda, kromozoma bağlı bir rahatsızlık olduğu bilinmemekteydi. Bu dönem içerisinde DS’nun nedeni olarak geç yaşta anne olma durumu gösterilmekteydi. Geç yaşta gebelik ile ilgili olarak günümüzde bilinen ise DS’na yol açabileceği ve bu riski arttırdığı ancak DS oluşumunda etkili olan tek faktör olmadığıdır (Batu, 2011).

DS, en sık olarak görülen kromozomal rahatsızlıktır ve zekâ geriliğinin ortaya çıkmasında etkisi olan en yaygın genetik sebeptir (Kara vd., 2013). 3 tip DS’nun bulunduğu bilinmektedir. Farklı DS grupları farklı etiyojileri barındırmaktadır.

1. Standart Trisomi 21: Klasik DS olarak bilinir. 1959 senesinde Lejeune ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. G grubunda bulunan kromozomlarından 21. kromozomun normal şartlarda 2 tane olması gerekirken 3 tane olmasıyla ortaya çıkar.

2. Translokasyon: İlk kez 1960 yılında Polani ve arkadaşları tarafından DS'na sahip olan bir kız çocuğunda görülmüştür. 21. Kromozom tıpkı standart trisomi de olduğu gibi 3 tanedir ancak kromozomun bir tanesi D veya G grubuna bulunmaktadır. Yapılan araştırmalar bu tip DS'nun görülme yaygınlığının hamilelik yaşına bağlı olmadığını göstermektedir.

3. Mozaik: 1961 senesinde ilk kez Clarke ve arkadaşları tarafından tespit edilen mozaik tip DS'nda, hücrelerin bir kısmı normalken bir kısmında kromozom rahatsızlığı görülmektedir. Yani bazı hücrelerde 46 kromozom bulunurken bazılarında 21. Kromozomdan 3 tane bulunmaktadır. Bu tipe sahip olan DS bireylerde belirtiler daha az ve daha hafif görülmektedir (Akın, 1995).

DS2'nun ortaya çıkmasında çoğu zaman gebelikte 35 yaş kritik sınır olarak kabul edilmektedir. Fakat görülen DS vakalarının 35 yaş altında doğum yapan annelerin çocuklarında daha yaygın olduğu da görülmektedir. Annenin yaşı arttıkça DS riski de artmaktadır. Bu durumun temel nedeni ise yumurta hücrelerinin bölünmesinde yaş ilerledikçe sorun yaşanması ihtimalinin artmasıdır. Ancak DS için risk faktörü yalnızca annenin yaşı değildir. Bunun dışında gebelik süresince oluşabilecek tüm nedenlerin tespit edilmesi için kullanılan yeni tarama yöntemlerinin kullanımı 1980'lerin sonuna uzanmaktadır (Agudelo ve Goeta, 1998). Bununla birlikte DS, "otozomal kromozom" rahatsızlıkları arasında en yaygın görülen rahatsızlıktır. Bu noktada otozomal hastalıkların nedenlerinden olan akraba evlilikleri DS için de risk faktörü taşımaktadır (Ütine ve Boduroğlu, 2013).

1.1.3. Tedavi

Sağlıklı gelişim gösteren çocuklarda dil gelişimi ve psikomotor gelişim sürecinin aynı yönde ilerlediği ve benzer seyir gösterdiği bilinmektedir. Sağlıklı gelişim gösteren çocukların duyu organları ve has hareketleri bir bütün halinde, koordineli olarak çalışmakta ve bu doğrultuda bilişsel ve dilsel gelişimin iskelet sistemi oluşturulmaktadır. Fakat DS'na sahip olan çocuklarda görülen hipotoni sebebiyle kaslar yeterli ölçüde gelişim gösteremezler. Bununla birlikte bu çocukların

erken yaşta eğitime başlamaları gibi unsurlar da dil ve biliş gelişimi üzerinde olumsuz etki bırakmaktadır. Yapılan pek çok araştırma DS'na sahip olan çocukların doğum sonrasında hemen eğitime başlamalarının (özellikle ilk 1 ayda başlama) ve ebeveynlerin eğitim süreci içerisinde yer almalarının dilsel ve bilişsel gelişim süreçlerinin çok daha hızlı ve büyük adımlarla ilerlemesine katkı sağlamaktadır (Bilginer, 2002).

Leo Weisgerber (1932) tarafından yapılan açıklamada “Dilin özü iletişimdir” yargısı ortaya atılmıştır. Bu söz, bütün dilsel eylemlerin iletişim kurma amacıyla gerçekleştirildiğini ve bireylerin bu şekilde toplumsal yaşamın temellerini de dil edinimi doğrultusunda meydana getirdiğini belirtmektedir (aktaran Bilginer, 2002). Bu noktada DS'na sahip olan bireylerde görülen zekâ geriliğinden kaynaklı olarak ortaya çıkan dilsel bozukluk, iletişim sorunlarına da neden olmaktadır. Bu noktada DS bireylerin toplumdan kopma ortaya çıkabilmektedir. Bu noktada DS bireylerin eğitiminde ve tedavisinde en önemli kavramlardan bir tanesi dil gelişimi olarak ele alınmalıdır (Bilginer, 2002).

DS'na sahip olan çocukların eğitim süreçlerine en erken süre içerisinde başlamak gerekmektedir. Bu noktada en uygun zamanın doğum sonrasında ilk haftalar olduğu belirtilmektedir. Hayden (1975) tarafından yapılan araştırma kapsamında da bu görüş desteklenmektedir. Yapılan araştırmada DS'na sahip olan çocuklar dört aşamalı bir eğitim sürecinden geçmektedir.

İlk aşama olan eğitim süreci, bebekler henüz 5 haftalıkken başlamakta ve 18 aylık olana kadar devam etmektedir. Bu aşamada, duyuşsal ve görsel uyarıcılara tepki verilmesi ve verilen bu tepkinin artırılması amaçlanmaktadır. Aynı zamanda 6 aylık olan bebeklerde de el-göz koordinasyonu geliştirme eğitimleri uygulanmaktadır. Bu aşamanın ardından bebeklerde, göz teması, desteksiz ayakta durma, ses karşısında tepki verme, eşyaları alma ve tutma, ısırma ve çiğneme gibi becerilerin kazanıldığı görülmektedir (Hayden, 1975).

İkinci aşama ise 18 aylıkken başlamakta ve 3 yaşında sona ermektedir. Bu aşamada çocuklardan ben dilini kullanmaları ve istek ve ihtiyaçlarını dile getirmeleri beklenmektedir ve eğitimler bu doğrultuda düzenlenmektedir. Aynı zamanda evet-hayır kelimelerinin anlamları ve kullanım yerleri öğretilmektedir. Dönemin önemli

hedeflerinden bir tanesi ise çocukların kendi isimlerine tepki verebilmelerinin geliştirilmesidir (Hayden, 1975).

Bu eğitimler sonucunda çocuklardaki zekâ seviyesinin yaş ilerledikçe düşmediği sonucuna ulaşılmıştır. Bir diğer ifade ile erken yaşta eğitim ile DS çocukların da başarıya ulaşmaları mümkün gözükmektedir. Ancak Hayden (1975), programın başarıya ulaşmasında bazı ön koşulla olduğunu ifade etmektedir. Bunlar:

1. Anne-babanın da eğitim sürecine katılması gerekmektedir.
2. Anne-baba ve uzmanın iş birliği ve koordinasyon içerisinde çalışması gerekmektedir.
3. Eğitimin, uzun bir süreci kapsaması ve hedeflerinin belirlenmiş olması gerekmektedir.

Bununla birlikte tedavi sürecinde atlanılmaması gereken bir nokta daha bulunmaktadır. Eğitim alan/rehabilitasyon sürecine dahil olan DS çocuk, yalnızca eğitim alan bir birey değildir. Bununla birlikte iletişim ve eğitim sürecine aktif bir biçimde katılım gösteren bir birey olarak kabul edilmesi başarıya ulaşılmasında kritik bir önem taşımaktadır.

1.1.4. Down Sendromlu Çocuğa Sahip Ailelerde Görülen Duygusal Problemler

DS'lu çocuğa sahip olan aileler içerisindeki duygusal süreç, farklı engel türüne sahip olanlarıkiyle benzer bir şekildedir. Anne ve babanın engelli bir çocuğa sahip olduklarında temelde şok, kabullenmeme, üzüntü, öfke, suçluluk, endişe, beklenemeyen krizler, dış çevrenin göstereceği tepkilerden kaçınma, öz güven ve öz saygıda azalma, hayal kırıklığı gibi bazı duygusal tepkileri ortaya koydukları görülmektedir (Akandere, Acar ve Baştuğ, 2009). Ancak DS rahatsızlığı henüz hamilelik sürecinde ortaya çıkmakta ve tespit edilmektedir. Bu nedenle ailelerde görülen bu duygusal sorunlar erken yaşanmakta ve çocuk dünyaya gelene kadar yoğun duygusal tepkilerin aşılması ailenin sürece hazırlanması olanağı doğmaktadır.

İlgili alan yazın incelendiğinde DS'na sahip çocuğu olan annelerin, farklı engel türüne sahip çocuğu bulunan annelere göre daha az oranda stres ve daha

yüksek oranda ebeveyn hazzı yaşadıkları görülmektedir. Aynı zamanda DS çocuğa sahip olan annelerin genel anlamda daha olumlu bir profil ortaya koydukları görülmektedir (Çengelci, 2009).

Bu noktada engel türünden ortaya çıkan farklılıkların ebeveynlerin yaşamış oldukları stres üzerinde etkili olduğu görülmektedir. DS'na sahip olan çocukların da kendi içlerinde, kendilerine has mizaç yapıları bulunmaktadır. Bu yapıların, aileler için hem olumlu hem de olumsuz bir etki bıraktığı görülmektedir. DS'na sahip olan bir bireyin aile içerisinde dahil olması, aile ilişkilerinde ve fonksiyonlarında değişimleri ortaya çıkarmaktadır. Bu noktada aslında travmatik bir deneyim süreci de aileleri beklemektedir. Anne ve babaya normalden çok daha fazla sorumluluk yüklenmekte bu noktada anne biraz daha ağır bir yük taşımaktadır. Bu nedenle annenin destekleme ve rahatlama ihtiyacı ailelerde göz ardı edilmemesi gereken önemli bir sorundur. DS sahip olan çocukların ebeveynlerine, bilhassa annelerine, verilen destek hem uyum sağlamayı hem de zorlukların üstesinden gelmeyi daha olumlu bir şekilde etkilemektedir (Çavuşoğlu, 2011).

Bu noktada hem fiziksel hem de duygusal anlamda sunulan bakım desteği de bir hayli önemli bir faktör olarak açıklanmaktadır. Engelli çocuğa sahip olan ailelerde, verilen sosyal desteğin hem anneler hem de ailenin diğer fertleri üzerinde oldukça olumlu etki gösterdiği görülmektedir. Yapılan araştırmalar, annelerin yaşları yükseldikçe sosyal destek arama düzeylerinin de düştüğünü göstermiştir. Bu noktada DS'na sahip olan çocukla yaşamak öğrenildikçe, sosyal destek ihtiyacının azaldığı söylenmektedir (Kırbaş, 2013).

Bununla birlikte yapılan araştırmalarda, çocukların etkileşime duyarlı olmalarının ebeveynlerin daha az stres ve kaygı yaşamalarına katkı sağladığı görülmektedir (Çengelci, 2010). Aynı zamanda DS'na sahip olan çocuklar genel olarak iletişime açık olarak nitelendirilirler. Bu noktada diğer engel türlerine oranla daha kolay çocuklar olarak kabul edilmektedirler (Çengelci, 2009).

DS'na sahip olan çocukların iletişime kapalı olmamaları, esprili, sevecen ve eğlenceli bir mizaca sahip olmaları DS çocukların ebeveynlerinin mevcut olan olumsuz durumu şakaya vurarak ele alabilmelerine neden olmaktadır. DS'a sahip olan çocukların ebeveynlerinin sergilemiş oldukları bu davranış örüntüleri bir başa çıkma yöntemi olarak da tercih edilebilmektedir. Bu yöntemle ailenin çocuklarıyla

kurmuş oldukları bağı da geliştiği görülmektedir. Bu noktada DS'na sahip olan çocukların ebeveynlerinin farklı engel çeşitlerine oranla daha şanslı bir konumda oldukları düşünülmektedir. Ancak herhangi bir engele sahip olan çocukların gelişim süreçlerinde gözden kaçırılmaması gereken oldukça önemli pek çok faktör bulunmaktadır. Çocuklarda bulunan engel çeşidinin aile üzerinde farklı etkiler bıraktığı gibi bu durum eğitim sürecine etki eden bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Örneğin, otizm rahatsızlığına sahip olan çocukların özel eğitim almaları sürecinde ilerleme sergileyebilirlerken; DS'na sahip çocuklarda bu ilerleme daha yavaş olmaktadır. Bu gibi durumlar da ebeveynler üzerinde eki bırakmaktadır (Çengelci, 2009).

Ebeveynlerin psikolojik durumları eğitim sürecindeki gerileme ve ilerlemeden etkilenecek değişim gösterebilmektedir. Engelli çocuğa sahip ebeveynler için çocuklarının yaşamış olduğu gelişmeler, onlar için bir umut kaynağı olmaktadır. Ancak beklenti ve isteklerin çocuk tarafından yerine getirilmediği durumlarda ise ebeveynlerde hayal kırıklığına yol açabilmektedir. Bu noktada asıl önemli olan ebeveynlerin ne kadar gerçekçi ve tutarlı bir beklenti içerisinde olduğudur. Ebeveynler beklentileri, çocuğun yeterlilik ölçüsünde belirlediklerinde daha az stresle baş etmek durumunda kalacaklardır (Çengelci, 2010).

İlgili alan yazın incelendiğinde yaşı küçük olan annelerin, yaşı büyük olan annelere oranla daha yüksek düzeyde umutsuzluk bildirdikleri görülmektedir. Bunun nedenleri incelendiğinde küçük yaştaki annelerin uyum sürecinde karşılarına çıkan kaynakları yeterli ve etkili bir biçimde kullanamıyor olmalarının umutsuzluğu tetiklediği aynı zamanda ileri yaştaki annelerde tecrübe ve olgunluk gibi niteliklerin umutlu olmak üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu şeklinde açıklamalar yapıldığı görülmektedir (Akandere vd., 2009).

Olkin (1999), engellilerin yaşadıkları ayrımcılık ile ilgili şunları söylemiştir:

“Engelliler, önyargı, ayrımcılık ve damgalanmakla yüz yüze kalmaktadır. Çünkü engelli olmayan çoğunluk tarafından geleneksel olarak hor görülen, ekonomik kaynaklara ulaşma imkânları çok sınırlı olan engellilere ne medya, sanat ve prestijli alanlarda, ne de temsili mümkün kılan siyasi mevkilerde yeterince rastlamak mümkündür. Kısacası, sosyal konum olarak da güçsüz olan engelliler yaşamın tüm önemli olanaklarından yoksundurlar.”

Engelli çocuğa sahip olan ebeveynleri oldukça rencide eden bu damgalayıcı ve dışlayıcı tutum ve tavırların bir nedeni olarak bazı ebeveynler, kendilerini toplumdan izole etmekte ve gerekmedikçe engelli çocukları ile birlikte dışarı çıkmamakta, misafirliğe gitmemektedirler. Ancak bu Şekilde kendilerini koruyabileceklerine inanmaktadırlar (Aslan ve Şeker, 2011).

Ailelere yalnızca bakım sağlama yükünü yüklemek, onları daha fazla kendi aile yaşantılarına mecbur bırakabilmekte ve mahkm edebilmektedir. Bu noktada sosyal destek adına toplumda kendini gösterebilecek, özgüvenli ve kendi tecrübelerini geleneksel bakış açısından uzak bir biçimde aktarabilecek kendine has özelliklere sahip ebeveynlere toplumsal olarak ihtiyaç duyulmaktadır.

Engelli çocuğa sahip olan ebeveynlerin, anksiyete seviyelerinde, görmüş oldukları sosyal desteğin önemi oldukça büyüktür. Bu noktada hem aile içerisindeki tüm bireylerin hem arkadaş çevresinin hem de toplumun diğer kesimlerinin engelli çocuğa sahip olan ebeveynlere destek sağlamaları noktasında bilinçlendirilmeleri ve desteğin sağlanması noktasında uygulamaya geçilebilmesi, ebeveynlerin kaygısı üzerinde oldukça olumlu bir etkiye sahip olmaktadır (Coşkun ve Akkaş, 2009).

1.2. ANKSİYETE

Günümüzde bireylerin var oluşları üzerinde bir tehdit uyandıran, farklı durumlarda karşılarına çıkan stresler ile mücadele etmek durumunda sıklıkla kaldıkları görülmektedir. Öyle ki, neredeyse insanlık tarihi boyunca, bireylerin uyum sağlamakta bu denli zorlandıkları ve bu kadar izole ve yalnız yaşadıkları bir dönemin daha olmadığı ifade edilmektedir. Günümüzde bireylerin yalnız bir Şekilde yaşamlarını sürmelerinin hayatın acısını yaşamaları bir taraftan sanayileşmeden doğan sahte rahatlık, bireylerin arasındaki mücadele ve rekabeti arttırmıştır. Bir diğer taraftan manevi bağların değerinin azalması, aile ve toplum içerisindeki etkileşim ve iletişimin zayıflamasına yol açmıştır. Eskiden yaşanılan savaşlar ve günümüzde hala yaşanmaya devam eden soğuk savaşlar, toplumların yapısında hızlı bir değişim yaşanması, bireylerin daha çok izole yaşamaya itilmeleri, temel olan değerler, normlar, kuşlular, inançlar ve kararsızlıklar günümüz yüzyılında bireylerin sıkıntı

içerisinde yaşamalarına yol açtığı görülmektedir (Işık ve Taner, 2006; Kasatura, 1998).

Berksun (2003), anksiyete kavramını bireylerin karşılaşma ihtimallerinin olduğu tehdit ve tehlikelere yönelik olarak bireylerin farklı alanlarında beden, duygu ve davranışlarda bazı değişimlerin görülmesine ve bu durumun bireyin işlevselliğini olumsuz olarak etkilemesi olarak ifade etmektedir. Anksiyetesi nedeniyle işlevselliği sekteye uğrayan bireylerde korku ve endişenin sıklığı sürekli olarak artış göstermektedir. Ortaya çıkan ve bireyin hissettiği gerginliğe yol açan durumları birey sürekli olarak düşünmekte ve bu durum bireyin günlük işlerde veya iş yaşamında dikkatin toplanmasını zorlaştırmakta veya engellemektedir. Yaşanan bu durumun, bireylerin hayatında çeşitli problemlere yol açabildiği görülmektedir.

Anksiyete, kişilerin sürekli olarak hazırda bulunmalarına yol açan ve sebebi net bir biçimde bilinmeyen, yaşanan gerçek bir olay veya durumlarla ilgili ya da ilgisiz bilinçdışı bir şekilde ortaya koyulan tepkiler olarak tanımlanmaktadır (Cebeci, 2009). Bireylerin yaşamış oldukları anksiyete, net ve açık bir biçimde ayırt edilebilen bir uyarıcı ile ilişkili olabileceği gibi ilişkisiz de olabilmektedir. Korku ve endişe arasında yaşanan temel bir duygu durumu olarak da açıklanması mümkündür. Bir noktada kişilerin etrafında meydana gelen değişimlere hazır olmasını ya da değişimlere yanıt oluşturmasını sağlayan bir duygu durumudur. Bu noktada anksiyete pek çok psikopatolojik bozukluk ile eş tanımlı olmakta ya da pek çok organik rahatsızlıkta görülebilmektedir (Eşel, 2003).

Anksiyete, bir noktada bireyin vücut sisteminin ortaya koyduğu biyolojik bir koruma mekanizması olduğunu da söylemek mümkündür. Bu noktada birey için tehdit oluşturan bir olayın kendisinden kaçmak ya da o olayla savaşmak tepkilerini vermek üzere meydana gelmektedir (Beck ve Stanley, 1997).

Anksiyete bazı temel noktalarda koruyucu olmakla birlikte bazı noktalarda patolojik olmaktadır. Anksiyetenin patolojik boyutunu açıklamak için ise;

- Ortada tehlike doğurabilecek herhangi dışsal bir durum yokken ortaya çıkması
- Uzun süreli olması

- Sonlandırılmaması özelliklerinin var olduğu durumlara işaret edilmektedir (Uzby ve Yüksel, 2002).

Anksiyete ve depresyonun yaratmış olduğu duyguların yoğun bir şiddetle yaşanması veya uzunca bir süre bireyde bulunması bireye acı vermekte, hayat kalitesini azaltmakta, sosyal yaşantısında işlevselliği bozmakta ve işgücü kaybına yol açmaktadır (Ceylan vd., 2003).

Anksiyete ve kaygının bırakmış olduğu etkiler, özel gereksinimli çocuğa sahip olan ebeveynler tarafından büyük bir yaygınlıkla tecrübe edilmektedir (Tura, 2017). Özel gereksinimli çocuğu bulunan ebeveynlerin sağlıklı gelişim gösteren çocuğu bulunan ebeveynlere oranla çok daha ileri düzeyde ve yüksek yaygınlıkta anksiyete yaşadıkları alan yazında vurgulanmaktadır (Akça ve Özyürek, 2019; Chudleigh vd., 2011). Anksiyetenin neden olduğu etkileri deneyimleyen ve anksiyeteyi sıklıkla yaşadığı araştırmalar tarafından ortaya koyulan özel gereksinimli çocuğas sahip olan ebeveynlerin yaşamının oldukça olumsuz etkilendiği görülmektedir.

1.2.1. Epidemiyoloji

Yapılan geniş örneklemlili araştırma sonuçlarına bakıldığında bireylerin yaklaşık olarak %34'ünün hayatları süresince bir anksiyete bozukluğundan etkilendikleri görülmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu ve özgül fobiler anksiyete bozuklukları içerisinde en yaygın görülenleridir. Kronik bir seyirde devam eden anksiyete bozuklukları, diğer anksiyete bozuklukları ve diğer psikolojik rahatsızlıklar ile yüksek bir uyumluluk oranı göstermektedir. Bu rahatsızlıkların toplumda görülme oranına bakıldığında kadınlardaki görülme sıklığının erkeklerden yaklaşık olarak iki kat daha fazla olduğu bilinmektedir (Bandelow ve Michaelis, 2015).

Anksiyete ile ilgili olarak yapılan bir meta analiz çalışmasında, özgün araştırmalar arasındaki anksiyete bozukluğu yaygınlığının yüksek heterojenlik göstermesine rağmen; kadınlarda (%4.5-11.0), ergenlerde ve genç yetişkinlerde (%3.7-9.3), yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerdeki bireylerde (%3.7-10.4) ve kronik hastalığı olan bireylerde (%1.4-70.0) daha yaygın olarak görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (Remes, Brayne ve Lafortune, 2014).

Yapılan bir diğler araştırmada ise Batı ÷lkelerindeki anksiyete yaygınlığının hayat boyunca ortaya çıkan yaygınlık oranının %13.6 ve %28.8 arasında değiştiğini ifade edilmektedir. Yine aynı çalışmada 10 ile 25 yaş aralığındaki bireylerin, anksiyete bozukluğunun gelişimi bakımından en yüksek risk grubunu meydana getirdiği belirtilmektedir (Michael, Zetsche ve Margraf, 2007).

Bireylerde ortaya çıkan anksiyete bozukluklarına dair yapılan bir diğler meta analiz çalışmasında ise “birleştirilmiş bir yıllık” yaygınlık oranının %10.6 ve “yaşam boyu yaygınlık” oranının %16.6 olduğu gör÷lmüştür (Somers, Goldner, Waraich ve Hsu, 2006). Amerika Birleşik Devletleri’nde gerçekteştirilen bir araştırmada ulusal eştani incelenmiş ve yıllık yaygın oranı %18.1 (Kessler, Chiu, Demler ve Walters, 2005a) ve yaşam boyu yaygınlık oranı ise %28.8 olarak gör÷lmüştür (Kessler vd., 2005b). Bu oranlar ile anksiyete bozuklukları en sık olarak rastlanılan psikolojik rahatsızlık kümesi olarak bulunmuştur.

÷lkemizde gerçekteştirilen bir araştırmada ise bir hastanenin çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran 12 ile 19 yaşları arasında bulunan 755 ergenin, en yaygın olarak anksiyete bozukluğu tanısı aldığı gör÷lmüştür. Aynı çalışmada, bu tanıyı alan ergenlerin baş ağrısı ve öfkeliplik Şeklindeki bedensel semptomlarla psikiyatri kliniğine başvuru yaptıkları gör÷lmüştür (Akdemir ve Çuhadaroğlu Çetin, 2008).

1.2.2. Etiyoloji

Anksiyete, otonomik ve somatik semptomlarla birlikte gör÷len, kişiye özel bir rahatsızlık ve huzursuzluk hali olarak gör÷lmektedir. Normal Şartlarda anksiyete, gerçekte olan ya da gerçekte olması olası bir tehlike durumuna yönelik olarak meydana gelebilmektedir. Fakat strese yol açacak herhangi bir tehlike durumu veya bir uyarıcı olmaksızın da meydana gelen ve bireylerin günlük etkinlikleri üzerinde ket vurucu olan anksiyeteler de gör÷lmektedir. Bunlar, “anksiyete bozuklukları” olarak açıklanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007).

Anksiyeteyi tanımlamak adına verilen tepkiler incelendiğinde, ortaya koyulan davranış ör÷ntülerinin anksiyetenin azalmasına değil tam tersi olarak artmasına yol açtığı gör÷lmektedir. Bireylerin yaşamaları mümkün olan tehlike veya tehditlerden

kaçınmak veya kaçmak, donuk kalmak veya engellenmek anksiyetenin en temel semptomları arasında ifade edilmektedir (Işık ve Taner, 2006).

Anksiyetenin meydana gelişinde dört ana unsurun etkili olduğu belirtilmektedir. Bunlar;

1. Bireyin kişilik örüntülerinin gelişmemiş olması,
2. Yaş (Son çocukluk dönemi veya yaşlılık dönemindeki bireylerin daha yatkın oldukları bilinmektedir)
3. Menopoz ya da andropoz döneminde olunması ve
4. Genetik özelliklerin bulunması olarak açıklanmaktadır (Ziyalar, 2006).

1.2.3. Tanısı

DSM-V tarafından yapılan sınıflamada anksiyete bozuklukları adı altında; “ayrılma kaygısı bozukluğu, seçici konuşmazlık, özgül ve sosyal fobi, agorafobi, panik bozukluğu maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu, tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu ile tanımlanmamış kaygı bozukluğu” tanı kategorilerinin bulunduğu görülmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Anksiyeteye yönelik olarak bireylerde ortaya çıkan fizyolojik semptomlar şu şekildedir:

1. Taşikardi, kalp ritminde bozulma ve kalp çarpıntısı
2. Derin nefes alıp-verme veya nefes darlığı
3. Mide bulantısı
4. Kan basıncında değişimler
5. Bitkinlik
6. Cinsel problemler
7. Baş, Karın vücudun diğer bölgelerinde ağrı

8. Baygınlık

9. Uyku ve yorgunluk problemleri (Işık ve Taner, 2006).

Anksiyete bozuklukları, kişilerde, birbiri çevresinde toplanan farklı semptomlara bağlı bir biçimde ortaya çıkmaktadır. Bunların dışında;

1. Bireyin yaşamış olduğu kaygının tehlike arz etmesi, tehlike durumunda olmasa dahi normal kabul edilmeyen bir seviyede olması,

2. Bireyin psikolojik durumuna yönelik üç haftayı geçen sürede herhangi bir müdahalede bulunulmaması,

3. Panik atak belirtilerinin meydana gelmesi ve bu belirtilerin görülme sıklığında artış yaşanması,

4. Fiziksel yakınmaların şiddetinde artış yaşanması,

5. Ani ölüm korkusunun, bireyin işlevselliğini bozacak bir ölçüde yaşanması gibi semptomlar da anksiyetenin belirlenmesinde önemli kabul edilmektedir (Tüylü, 2017).

1.3. DEPRESYON

Depresyon en genel anlamıyla, sağlıklı bireylerde hayal kırıklığı yaratan veya istenmeyen yaşam durumları karşısında meydana gelen; keder ve sıkıntı duygularını kapsayan tepkilerin bireyin hayatını olumsuz etkileyecek derecede şiddetli olarak hissedilmesi sonucunda bireyin işlevsizliğine yol açan belirtilerden meydana gelen bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (Çelik ve Hocaoğlu, 2016; Işık, Işık ve Işık Taner, 2003).

Depresyon geçmişte de günümüzde de bireylerin hayatlarında önemli olumsuz etkiler bırakan ve bu etkilerin incelenmesi adına oldukça fazla çalışmaların gerçekleştirildiği önemli bir psikolojik rahatsızlıktır. Depresyon psikiyatri literatürüne “psikiyatrinin soğuk algınlığı” olarak da geçmiştir (Fennel, 1989; Parker, 2004). Bu söylem bir noktada depresyonun yaygınlığına da işaret etmektedir.

1950’li yıllarda bir psikiyatrist olan Sir Aubrey Lewis, depresif duygulara sahip olan bireyleri “üzgün ve üzümlükleri yüzünden hasta” olarak tanımlamıştır. Bu tanımlamanın depresyonun tanımlanmasında önemli bir etkiye sahip olduğu ifade edilmektedir (Cembrowicz ve Kingham, 2002). Depresyonun psikiyatri alanındaki en sık kullanımı ise “ruhsal bir çökkünlük hali” şeklinde gerçekleştirilmektedir (Yelkenci, 2013).

Depresyon ve depresyonun yol açtığı psikolojik rahatsızlıklar ile ilgili tanımlamalar antik çağlara dayanmaktadır. Hipokrat ve öğrencilerinin depresyon ile ilgili yapmış oldukları tanımlamalarda, belirtilerinin açıklanmasında ve depresyonun psikolojik açıdan ele alınmasında “melankoli” sözcüğünü kullandıkları görülmektedir. Yapılan bu tanımlamalarda depresyon semptomlarının sonucunda oluşan üzüntü halinin devam etmesi melankoli olarak ifade edilmektedir (Stefanis ve Stefanis, 2002).

1.3.1. Epidemiyoloji

Depresyonun yaygınlığının incelenmesi oldukça eski tarihlere kadar uzanmaktadır. En yaygın psikolojik problemlerden bir tanesi olan depresyon, genellikle belirti tarama ölçekleri ile değerlendirilmektedir. Yapılan topluluk araştırmaları sonucunda çocuk ve ergenlerin yarısının, yetişkinlerin ise yüzde yirmisinin, geçmiş bir haftaları ve altı ayları içerisinde depresif belirtiler ifade ettikleri görülmektedir (Kessler, Avenevoli ve Ries, 2001).

Yapılan araştırmalar, depresyonun yaygınlığı ile yaş arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğunu göstermektedir. Depresif semptom tarama ölçeklerinde en yüksek puanların genç ve yaşlılarda; en düşük puanların ise orta yaş grubundaki bireylerde olduğu ifade edilmektedir (Kessler, Foster, Webster ve House, 1992). Yapılan bir diğer çalışmada ise depresyonun çocuk dönemindeki yaygınlığı yüzde 2,5 iken ergenlik dönemindeki yaygınlığı yüzde 8,5 olarak belirtilmektedir (Miller, 1998).

Depresyonun yaygınlığı cinsiyete göre de farklılık göstermektedir. Yapılan bir araştırmada erkeklerin yüzde 12,7’si depresyon için risk taşıırken kadınlarda bu oranın yüzde 21,3’e yükseldiği görülmektedir (Kessler vd., 1994).

Albrecht ve Herrick (2006) tarafından gerçekleştirilen araştırmada bireylerin depresyona yakalanma yaygınlıklarının tüm hayatları boyunca yüzde 15 oranında olduğu belirtilmektedir.

Ancak son yıllarda gerçekleştirilen araştırmalar incelendiğinde depresyon yaygınlık oranının arttığı dikkat çekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından gerçekleştirilen araştırmada, dünya nüfusunun yaklaşık olarak yüzde 4,5’inde depresyon olduğu görülmektedir (WHO, 2017). Bu bulgudan hareketle dünya genelinde hayatını sürdürmekte olan 322 milyon bireyin depresyon belirtileri gösterdiği de vurgulanmaktadır. Yine aynı araştırmada, 2005 senesinden beri depresyon yaygınlığının yüzde 18,4 oranında yükseldiği ifade edilmektedir (WHO, 2017).

Çocukluk döneminde görülen depresyonun yaygınlığı incelendiğinde üç farklı zamanda yapılmış olan çalışmadan benzer bulgular elde edildiği görülmektedir. Fleming ve Offord (1990) tarafından gerçekleştirilen araştırmada çocukluk dönemindeki depresyon yaygınlığı yüzde 3; Lewinsohn ve arkadaşları (1999) tarafından gerçekleştirilen araştırmada yüzde 2,9; Costello, Foley ve Angold (2006) tarafından gerçekleştirilen araştırmada ise yüzde 2,8 olarak ifade edilmektedir.

Ergenlik döneminde görülen depresyonun yaygınlığı incelendiğinde de benzer sonuçların elde edildiği görülmektedir. Kessler ve Walters (1998) tarafından yapılan araştırmada, ergenlik dönemindeki bireylerde yaşam boyu depresyon yaygınlığı yüzde 14; Kessler ve arkadaşları (2005) tarafından gerçekleştirilen araştırmada ise yüzde 15,4 olarak görülmüştür. Cohen ve arkadaşları (2003) tarafından gerçekleştirilen araştırmada ise yetişkinlik dönemi depresyonuna sahip bireylerin yüzde 74’ünün ergenlik veya çocukluk döneminde depresyon tanısı aldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Lewinsohn ve arkadaşları (1998) ise bireylerin yüzde 28’inin 19 yaşına gelene dek depresyon geçmişine sahip olduklarını ifade etmişlerdir.

Yetişkinlik döneminde görülen depresyonun yaygınlığı incelendiğinde ise, bu dönemde bulunan bireylerin depresyon yaygınlık oranlarının ebeveyn kaybı, aile dağılması, istismar veya ihmal gibi olumsuz yaşam durumları ve travmatik çocukluk yaşantıları ile arttığı dikkat çekmektedir (Kendler, Kuhn ve Prescott, 2004). Kessler ve arkadaşları (2005) tarafından gerçekleştirilen araştırmada, 30 yaşının üzerindeki

bireylerin ortalama depresyon yaygınlıkları yaklaşık olarak yüzde 20; 45 ile 59 yaş arasındaki bireylerin ise yaklaşık olarak 19 bulunmuştur.

Kültürel farklılıklar da depresyonun yaygınlığını ve klinik seyrini etkilemektedir. Gerçekleştirilen bir araştırmada, siyah ve beyaz ırka sahip olan bireylerin depresyon yaygınlıkları karşılaştırılmıştır. Araştırma sonucunda beyaz ırka sahip olan bireylerin depresyon yaygınlıklarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine aynı araştırmada, eşinden ayrılmış ve eşini kaybetmiş bireylerin depresyon yaygınlıklarının daha yüksek; yalnız yaşayan kadınların depresyon yaygınlıklarının daha düşük; yalnız yaşayan erkeklerin depresyon yaygınlıklarının ise daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Araştırmada sosyo ekonomik düzey ile depresyon arasında da düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Yani ekonomik gelir seviyesi düştükçe depresyon yaygınlık oranı artmaktadır (Merikangas ve Rihmer, 2017).

1.3.2. Etiyoloji

Depresyon, oldukça farklı nedenlerden kaynaklı olarak ortaya çıkabilmektedir. Bu durumda toplumsal, kalıtsal, fiziksel ve biyolojik birçok unsurun etkili olduğu bilinmektedir (Karaoğlan, 2020). Bu nedenle depresyon, tek bir sebepten kaynaklı olarak ortaya çıkmamakta, birden çok unsurun bir arada bulunması neticesinde ortaya çıkmaktadır (Kesen, 2014).

Kişilerin depresyon yaşamaları halinde bedensel sorunlar yaşama durumlarının artış gösterebileceği belirtilmektedir (Mete, 2008). Aynı zamanda bireylerde görülen kronik problemlerin de önemli bir kısmının altında depresyonun yattığı bilinmektedir. Bu doğrultuda depresyon, bireyde var olan bir problemin ilerlemesine yol açabileceği gibi fiziksel olarak yaşanan bir sorun sonucunda da ortaya çıkabilmektedir (Köse, 2009).

Depresyona neden olan faktörler temelde üç ana başlık altında incelenmektedir. Bunlar; biyolojik, fizyolojik ve psiko-sosyal faktörler olarak gruplandırılmaktadır (Kesen, 2014; Köse, 2009).

Depresyon yaşanmasında etkili olan önemli faktörlerden bir tanesi biyolojik faktörlerdir. Genetik temelli yapılan araştırmalar, kişilerin aile bireylerinde var olan psikolojik sorunlara yakalanma olasılıklarının daha fazla olduğunu göstermektedir (Köse, 2009).

Depresyon yaşanmasında etkili olan bir diğerk faktör ise fizyolojik yani biyokimyasal faktörlerdir. Kimyasallar ve depresyon arasındaki ilişkiler ele alındığında gerçekleştirilen araştırmaların iki farklı kimyasal grubuna işaret ettiği görölmektedir. Bunlar; indolaminler ve katekolaminlerdir (Kesen, 2014). Sodyum, potasyum, çinko, magnezyum, kalsiyum seviyesinin ve serotonin, noradrenali ve kan şekeri düzeyinin depresyon oluğuunda önemli bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir (Köse, 2009).

Bireylerin depresyon yaşamları üzerinde etkili olan son faktör ise psikososyal faktörlerdir. Toplumsal ve sosyal şartların kişinin istek, ihtiyaç ve beklentilerini karşılamaması sonucunda da depresyon görölebilmektedir (Kesen, 2014).

Depresyonun ilk kez ortaya çıkmasında genellikle olumsuz ve stresli yaşam koşulları en önemli rolü oynamaktadır. Fakat gerçekleştirilen araştırmalar sonucunda bu koşulların depresyon sırasında ortaya çıkan atakları çoğaltmada veya depresyonun yeniden ortaya çıkmasında etkili olmadığı görölmüştür (Kesen, 2014). Depresyon ataklarının yükselmesi veya depresyonun yeniden bireyde görölmesinin sebebi ise bireyin beyinde bıraktığı kalıcı etkiler olarak bilinmektedir. Bireyin yaşamındaki stres azalsa ve olumsuz koşullar yoluna girse bile bireylerde yeniden depresyon görölebilmektedir (Köse, 2009).

Bununla birlikte bireylerin erken çocukluk dönemlerinde yaşamış oldukları kayıp ve yas yaşantılarının, yetişkinlik döneminde depresyon yaşama ihtimallerini arttırdığı belirtilmektedir (Kesen, 2014).

Son olarak toplumslla problemler ve aile yapısından kaynaklanan sorunların ise doğrudan depresyona neden olmadığı fakat bu gibi sorunların depresyonun süresini, yoğunluğunu ve uyum sağlama yaşantılarını olumsuz etkilediği görölmektedir (Köse, 2009).

1.3.3. Tanısı

Günümüzde depresyon tanısı DSM-V'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) yer alan ölçütler temel alınarak konulmaktadır (Mitchell vd., 2016). DSM-V'te yer alan tanı ölçütleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1: Depresyon Tanı Ölçütleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında, aşağıdaki semptomlardan en az beşinin ya da daha fazlasının bulunması; semptomlardan en az birinin depresif ruh hali veya ilgi kaybı olması

1. Depresif ruh hali-üzüntü, çökkünlük, boşluk, çaresizlik hissi; neredeyse her gün
 2. İlgi ve zevk kaybı; neredeyse her gün
 3. İştah kaybı ya da kilo değişikliği; neredeyse her gün
 4. Psikomotor gerileme veya ajitasyon; neredeyse her gün
 5. Yorgunluk, enerji kaybı; neredeyse her gün
 6. Dikkati toplayamama; neredeyse her gün
 7. Değersizlik veya suçluluk düşünceleri; neredeyse her gün
 8. Tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri; neredeyse her gün
 9. Uykusuzluk veya aşırı uyuma; neredeyse her gün
-

B. İşlev kaybı vardır.

C. Semptomlar madde kullanımına veya genel tıbbi duruma bağlı değildir.

D. Başka ruhsal hastalıkla açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir manik veya hipomanik nöbet yoktur.

Pek çok psikolojik problemde depresyon ile ilgili semptomların bulunduğu bilinmektedir. Bu durumdan kaynaklı olarak depresyon tanısı konulmadan önce tanı koyucuların, depresif semptomların depresyona mı yoksa başka bir probleme mi ait olup olmadığını belirlemeleri gerekmektedir. Depresyonun ayırıcı tanısında ilk olarak somatik bozukluklar, anksiyete, bipolar bozukluk, uyum bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu tanılarının ayrımının yapılması gerekmektedir (Mevsim ve Yılmaz, 2017).

Beck ve Alford (2009) tarafından depresyonun semptomlarını aşağıdaki şekilde gruplandırılmaktadır:

A. Duygusal Semptomlar: Duygusal semptomlar depresyonda olan bireylerin değişiklik gösteren duygularını ve bu duygulara bağlı olarak meydana gelen davranış değişikliklerini içermektedir.

1) Karamsarlık: Depresyonda olan bireyler genel olarak kendilerini üzgün, mutsuz, kaygılı, yalnız, yetersiz ve aşağılanmış hissetmektedirler.

2) Kendine Yönelik Negatif Duygular: Depresyonda olan bireylerin kendilerine ilişkin değerlendirmeleri genellikle olumsuzdur. Kendilerini kötü, değersiz ve yetersiz hissetmektedirler.

3) Doyum Sağlayamama: Depresyonda olan bireyler yapmış oldukları etkinliklerden ve yaşamdan doyum sağlayamazlar. Depresyon sürecinin başında bireyler ilk olarak birkaç etkinlikten keyif almamaya başlamaktadır. Ardından süreç ilerledikçe bu doyum sağlayamama durumu yaşamın tümüne yayılım göstermekte ve bireyin günlük yaşam aktivitelerine karşı ilgisi azalmaktadır. Bireyler bilhassa sorumluluk ve zorunluluk gerektiren işlere yönelik olarak bu ilgi kaybını yaşamaktadır.

4) Duygusal Olarak Bağlanmanın Azalması: Depresyon sonucunda bireylerin çevresinde bulunan diğer bireylere karşı bir ilgisizlik durumu meydana gelmektedir. Bu ilgisizlik sonucunda bireyler diğerleri ile ilgili olan etkinliklere katılım göstermekten kaçınmaktadırlar.

5) Ağlama Atakları: Depresyonda olan bireyler, önceki yaşamlarıyla kıyaslandığında çok daha fazla ağlama atağı geçirmektedirler.

6) Neşede Azalma: Depresyonda olan bireyler, esprilere yanıt vermekte önceki yaşamına oranla daha tepkisizlerdir. Genel olarak yaşamlarında memnuniyetsiz bir tutum sergilerler ve eğlenmekten uzak dururlar.

B. Bilişsel Semptomlar: Depresyondaki bireylerde kendilerine, tecrübelerine ve geleceklerine dair bilişsel çarpıtmalar sıklıkla görülmektedir. Bu bireylerde sıklıkla kendini suçlama yönelimi bulunmaktadır.

1) Öz Saygıda Azalma: Depresyonda bulunan bireyler kendilerini yetersiz ve eksik hissetmektedirler. Bu noktada bireyler yaptıkları hataları yoğun olarak büyütme eğilimi gösterirler ve yalnızca kendilerini suçlarlar.

2) Geleceğe Yönelik Olumsuz Beklenti: Depresyondaki bireyler olumsuz bir bakış açısına sahiptirler. Umutsuzluk ve karamsarlık duygusunu yoğun olarak hissetmektedirler. Bu noktada da gelecekle ilgili her zaman başlarına en kötüsünün geleceğini düşür ve buna inanırlar.

3) Yoğun Öz Eleştiri ve Kendini Suçlama: Depresyondaki bireyler yalnızca kendileri ile alakalı olan olaylar ile ilgili değil aynı zamanda kendileri ile alakalı olmayan olaylar ile ilgili olarak da sorumluluk hissederler. Kendi suçları olsun veya olmasın tüm yaşanan olumsuzluklarda kendilerini sorumlu tutma eğilimi içerisinde olurlar.

4) Kararsızlık: Depresyondaki bireyler genel olarak en basit seçimlerde bile karar vermekte zorlanırlar. Bazı zamanlarda ise hiç düşünmeden konudan bağımsız ve alakasız kararlar verebilmektedirler.

5) Beden Algısında Meydana Gelen Bozulma: Depresyondaki bireylerin fiziksel görünümüne olan bakış açısı değişmektedir. Bilhassa kadınlarda fiziksel görünüme olan ilgi artmaktadır. Bireyler zamanlarının çoğunu ayna karşısında geçirme eğilimine sahiptirler. Bireyler, kendi fiziksel görünüşünden memnun değildirler.

C. Motivasyonel Semptomlar: Motivasyonel semptomlar bireyin yönelim şekli ile ilgilidir. Depresyonda olan bireyler, sorumluluklarının en az seviyede olduğu etkinliklere yönelip daha az enerji gerektiren işleri yerine getirme eğiliminde olurlar. Genellikle yoğun enerji harcayacakları işlerden kaçınmaktadırlar.

1) İstek ve Beklentilerin Azalması: Depresyondaki bireyler günlük yaşamlarını devam ettirmek için gerekli olan yeme içme gibi temel ihtiyaçlarını dahi karşılamada isteksiz bir tutum sergilerler. Bu isteksizlik içsel bir motivasyon eksikliğinden kaynaklanmaktadır.

2) Geri Çekilme, Kaçış ve Kaçınma İsteği: Depresyondaki bireyler günlük yaşamın gerektirdiği etkinlik ve işlerden uzaklaşmak ve kaçınmak isterler.

Sorumluluklarını yerine getirmekten kaçmakta, sakinlik ve dinginliğin hakim olduğu bir yaşamı tercih etmektedirler.

3) Öz Kıyım Arzusu: Depresyondaki bireyler yoğun yaşanan depresif duyguların ardından “keşke ölseydim” veya “kendimi öldürmek istiyorum” gibi düşünce ve söylemler içerisinde olabilmektedirler.

4) Bağımlı Davranışlarda Artış: Depresyondaki bireyler, kendi kendilerine yetebilmelerine rağmen, bakıma muhtaç ve desteklenmeyi ister bir hale gelebilir ve bunu sıklıkla dile getirir. Bireyler, yalnızca kendi ihtiyaç ve isteklerinin karşılanması adına, diğerlerinin kendisi için davranışlarda bulunmasını isteyebilirler.

D. Fiziksel Belirtiler: Fiziksel belirtiler bireyin günlük yaşamını etkileyen ve davranışlarında meydana gelen değişiklikleri içermektedir.

1) İştahta Azalma: Depresyonun başındaki bireylerde yemek yemeden keyif almama ile başlamaktadır. İlerleyen dönemlerde ise yemek yeme isteğinin tamamen kaybolması ile kendini göstermektedir.

2) Uyku Bozuklukları: Depresyondaki bireyler sıklıkla uyku problemleri yaşamaktadırlar. Bu problemler, gece sıklıkla uyanma, aşırı uyuma veya hiç uyumama olarak bireylerde görülebilmektedir.

3) Cinsel İstekte Azalma: Yemek yeme isteğinde azalma, bireylerin diğerleri ile ilgisinin azalması gibi nedenlerden dolayı, depresyondaki bireylerin cinsel isteklerinde azalma veya kaybolma görülebilmektedir.

4) Yoğun Yorgunluk: Depresyondaki bireyler, her sabah yorgun bir biçimde uyaandıklarını ifade etmektedirler. Aynı zamanda bu yorgunluk günlük işlere de yansımaktadır. Bireyler, genellikle etkinliklere katılmada ve aktivitelerde isteksizlik hissederler. İçsel bir yorgunluk hissini dışında, diğer bireyler tarafından yapılan destek ve zorlamalar sonucunda da oldukça az etkinliği yerine getirmektedirler.

E. Hezeyanlar: Hezeyan yani yanılgılar, ağır depresyon vakalarında daha sık olarak görülmektedir. Genellikle mantıkdışı inançlar sonucunda meydana gelmektedirler.

1) Değersizlik Hissi: Depresyondaki bireylerde, “Ben doğmasaydım daha iyi olurdu, Ölmeliyim, işe yaramayan biriyim” gibi mantıkdışı düşünce ve inançların bireyde var olması durumudur.

2) Suç ve Ceza Yanılgısı: Depresyondaki bireylerde, yaşamları boyunca kötü suçlar işledikleri ve bu suçlar karşılığında cezalandırıldıklarına ve bu cezayı hak ettiklerine dair yanılgılar meydana gelebilmektedir.

3) Gerçekte Var Olmayan Yanılgılar: Yoğun depresyon yaşayan bireylerde, bir organının eksik olduğuna veya gittiğine dair yanılgılar meydana gelebilmektedir. Bu noktada bireylerde “benim kalbim yok, dünya boş ve ben de boş bir kabuğum” gibi düşünce inançlar hâkim olabilmektedir.

4) Fiziksel Yanılgılar: Yoğun depresyon yaşayan bireyler, kendi bedenlerinin giderek daha kötüye gittiğine ve çaresi olmayan bir hastalığa yakalandıklarını düşünebilmektedirler.

5) Yoksulluk: Depresyondaki bireyler, maddi durumları iyi olmasına rağmen paralarının olmadığına ve yoksul olduklarına dair inançlar geliştirebilmektedirler.

F. Halisünasyon: Ağır depresyon görülen bireylerde, halisünasyonların da depresyon ile birlikte ortaya çıktığı bilinmektedir. Bireyler, var olmayan olay veya nesnelere yaşadığına, gördüğüne ve duyduğuna inanmakta ve bunu ifade etmektedirler.

1.4. STRESLE BAŞA ÇIKMA

1.4.1. Stres

Stres, Latince’de “estricia” kelimesinden oluşan bir kavramdır (Baltaş ve Baltaş, 2012). Stres kavramı ilk olarak mühendislik ve fizik alanlarında Robert Hooke tarafından 17. yy’da kullanılmıştır. Bu kullanımdan çok sonra bireyler ile alakalı bir kavram olarak kullanılmaya başlanmıştır. Hooke stresi, bir obje ile o objeye yöneltilen kuvvet arasındaki ilişkiyi açıklamak için kullanmıştır. Fizik bilimiyle ilgilenen diğer bir bilim insanı Young ise stresi; nesnenin uyguladığı güç ya da direnç olarak açıklamaktadır (Hisli Şahin, 2010).

Ruhsal ve kişisel anlamda ise ilk olarak stres; dert, bela, felaket ve keder anlamlarının karşılığı olarak kullanılmıştır. 19. yy'da ise değişime maruz kalan bu kavram ve kişilerin fiziksel ve psikolojik olarak güçlük çekmesini ve zorlanmasını gösteren bir kavram olarak ele alınmıştır. 20. yy'ın ortasında itibaren de günümüzde kullanıldığı gibi literatürde psikolojik bir kavram olarak yerini almıştır (Gümüşay, 1997).

Stres kavramının varlığı insanlık kadar eski olmasına rağmen yapılan açıklamalarda henüz stresle ilgili bir netlik saptanamamıştır. Literatürde yer alan çalışmalarda stres kavramını açıklamanın ne denli zor olduğu özellikle belirtilmiştir. Kişisel unsurlardan çok fazla etkilenmesi bu durumun en önemli sebeplerinden biridir. Bütün insanların kendilerine özel bir stres yaşantısı olmakla beraber, aynı yaşantı farklı kişiler için bir stres unsuru olmayabilmektedir (Akman, 2004).

19. yy'da stres, bazı tıbbi rahatsızlıkların temelinde yatan bir neden olarak görülmüştür. Burada stres tamamiyle bedensel ve fizyolojik bir davranış olarak kabul edilmiştir. Cannon stresi, oksijen seviyesinin düşmesi, kan şekerinin azalması ya da vücudun aşırı soğuması gibi koşullar ile birlikte vücut dengesinin değişmesi olarak açıklamaktadır ve “savaş veya kaç” tepkisinden ilk söz eden kişidir. Bu durumda stresle alakalı ilk çalışmaları literatüre Cannon'un kazandırdığını söylemek mümkündür (Köknel, 1989). Alan yazında stres ile ilgili çalışmalarda en geniş tanımlamalara yer veren kişi ise Selye'dir. Selye, stresi bedensel ve fizyolojik bir olgu olarak açıklamıştır. Bireylerde meynada gelen zorlanma ve güçlük çekme ile birlikte oluşan davranış olarak ifade etmektedir (Morgan, 1991).

Stres kavramını tanımlamak için yapılan çalışmalarda ortak bir noktaya varılamamıştır (Day, 1992; Güney, 2015). Stres, kişilerin ihtiyaçlarını karşılarken ya da doyum noktasına ulaştırmaya çabalarken kişisel ya da dış çevreden doğan zorluk ve engellerle karşı karşıya kalması nedeniyle meydana gelen zorlanma hali olarak tanımlanmıştır (Geçtan, 1984). Stresin diğer bir tanımında ise stresin psikolojik ve toplumsal boyutta meydana gelebileceği ve kişinin dengesini bozan bir etmen olarak görüldüğü vurgulanmakta, stresin analiz edilmesinde birey için ne ifade ettiğinin ve stresin ne kadar şiddetli olduğunun dikkate alınması belirtilmektedir (Öztürk, 2001).

Duygusal nedenleri içinde bulundurmasından dolayı stres, anlaşılmak ve tanımlanmak açısından oldukça zordur. Çünkü duygusal bir yapıya sahip olduğu için farklı bakış açılarıyla açıklanması gerekir. Stres kavramı, literatürde yapılan çalışmalarda temel olarak farklı iki bakış açısıyla tanımlanabilir. Bunlardan biri, stresin nedenlerinin incelenmesi bir diğeri bakış açısı ise stresin doğurduğu sonuçları incelemeye odaklanmıştır. Bu nedenle stresi tanımlamak ya da açıklamak oldukça güçtür (Baltaş ve Baltaş, 2012; Stranks, 2005).

Aynı zamanda, strese yol açan olay veya durumlar arasında da kişilerarası farklılıkların olduğu da alan yazında vurgulanan noktalardan bir tanesidir. Birbirine benzeyen olay ya da durumlar, kişiler için farklı duyguları ortaya çıkarabilmektedir. Yaşanılan bir olay ya da durum, bir kişi için mutluluk ifade ederken bir başka kişi için stres kaynağı olabilmektedir. Stresin oldukça karmaşık bir kavram olması da bu durumdan kaynaklanmaktadır. Starnks (2005) da stresi bu doğrultuda ele almış ve stresi, kişinin yaşamış olduğu olay veya durumlara yönelik olarak ortaya koyduğu davranış, olay ya da durumla baş etme amacıyla ortaya koyulan savunma tepkileri ve sürekli ve uzun süreli olarak yaşanan kaygı ve endişe durumu şeklinde ifade etmektedir.

Stres genel olarak “bedenin denge durumundan ayrılması” şeklinde açıklanmaktadır (Lazarus, 1993). Stres ile ilgili yapılan açıklamalar incelendiğinde stresin, birey için huzursuzluk ve stres yaratan durum ya da olaylar karşısında gösterilen bir tepki (Aydın, 2007), kişilerin eylemlerinde ve çevresi ile olan ilişkisinde oldukça önemli bir etkisi bulunan içsel veya dışsal uyaranlara verilen bir tepki (Altınok, 2009), farklı nedenlerden dolayı ortaya çıkan ve bireyin sinir sisteminde problemlere yol açan, dengesizlik ve psikolojik bir gerilim hali olarak yansıyan ve kişinin sağlığı açısından olumsuz olan bir kavram (Kocatürk, 2006) şeklinde açıklandığı görülmektedir.

Stres ile ilgili olarak gerçekleştirilen çalışmalar incelendiğinde bir takım ortak noktaların yer aldığı görülmektedir. Bu ortak noktalar;

- Stresin kişiye has bir deneyim olarak ortaya çıkması
- Kişinin kaldırabileceğinden daha yoğun bir baskı ve talebe yönelik ortaya çıkması ve

- Kişinin başa çıkma becerilerinden ve başa çıkma noktasındaki inançlarından ve yeterlilik duygusundan etkilenmesidir (Blaug, Kenyon ve Lehi, 2007).

Stres hakkında yapılan açıklamalar incelendiğinde çoğu zaman stresin olumsuz tarafına odaklanıldığı ve bu doğrultuda açıklamaların yapıldığı dikkat çekmektedir. Oysa ki stres, kişiler için itici yani olumlu bir güç ve bir savunma sistemi olarak da var olabilmektedir (Özcan, Ünal ve Çakıcı, 2014). Stres ile başa çıkma becerileri de burada, bireylerin stresi olumlu strese çevirmesi noktasında, önem kazanmaktadır.

Stresle başa çıkma becerileri, alan yazında özellikle üzerinde durulan oldukça önemli konulardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Başa çıkma, kişide stres sonucunda ortaya çıkan olumsuz sonuçların ortadan kaldırılması veya azaltılmasında bireyin sergilemiş olduğu bilişsel tepkiler olarak tanımlanmaktadır (Mena, Padilla, ve Maldonado, 1987). Kişilerin stresle başa çıkma davranışları ne kadar etkili ve sağlıklıysa, stres sonucunda ortaya çıkan olumsuz sonuçlardan etkilenme durumlarının da o kadar azalacağı bilinmektedir.

Olumlu bir kavram olarak açıklanan stres, kişinin bedensel olarak bir savunma sistemi oluşturarak karşılaşmış olduğu problem ve zorlukların altından kalkmasına katkı sunmaktadır. Başa çıkma becerilerini geliştirmek, zorlayıcı yaşam olaylarına uyum sağlama, karşılaşılan güçlüklerde kolay pes etmeme ve bu gibi durumlarda direnç göstermeye olumlu etkide bulunarak bireye katkıda bulunmaktadır. Bireyler bu sayede hem daha işlevsel olarak yaşamlarını sürdürmekte hem de daha mutlu olmaktadır (Conlan, 2001; Jarinto, 2010).

Literatür inceleniğinde bazı araştırmacıların stresin olumlu tarafı üzerinde özellikle durdukları görülmektedir. Bu araştırmacılar, stres hakkında sürekli olarak olumsuz açıklamaların yapılmasına bir noktada meydan okumaktadırlar. Bu bakış açısına göre stres ile ilgili olarak, olumsuz bir anlamı akla getirilmemesi gerektiği, stresin tüm bireyler için kaçınılmaz olduğu bu sebeple de stresin olumlu bir bakış açısıyla ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Ancak bu sayede stresin doğru yönlendirilebileceği, birey üzerinde gelişim, değişim, büyüme ve motivasyon sağlayabileceği düşünülmektedir (Tuğrul Daş, 2000).

Olumsuz ve olumlu stres arasında bulunan fark, kişinin kişisel gelişimi ile ilgili olarak ortaya çıkmaktadır. Kişi, strese yol açan durum ya da olaya yönelik olarak olması gereken ve beklenilenden daha fazla ya da daha az stres hissediyorsa bu durum olumsuz stres olarak açıklanmaktadır. Olumlu stres ise bireyin stresin yaratmış olduğu gerilimi olması gerektiği ölçüde yaşaması ve başa çıkma konusunda da belirli bir motivasyona sahip olması olarak belirtilmektedir. Kişilerin sergilemiş oldukları en yüksek performansın da olumlu stres sonucunda mümkün olabildiği görülmektedir (Braham, 2004). Olumsuz stres yaşamak, kişide kendine olan saygının, işlevselliğin ve buna bağlı olarak da performansın düşmesine sebep olmakta; kişinin hayal kırıklığına uğraması ve yetersiz duygularıyla dolması ile sonuçlanmaktadır (EğİN, 2015).

1.4.2. Stresle Başa Çıkma

Stresle başa çıkma, bireyin yaşamış olduğu stres durumunun tamamen yok edilmesi değil stresin yönetilerek belirli bir seviyede tutulması şeklinde açıklanmaktadır (Yücel, 2005). Bir diğer ifadeyle bireylerin yaşadıkları olumsuz stresi, olumlu bir biçime dönüştürebilme becerisidir. Kişiler stresle baş ederken çoğu zaman savunma mekanizmalarını ya da baş etme stratejilerini kullanırlar (Morris, 2002).

Stresle başa çıkma, ortaya çıkan bir tehdit ya da tehlike karşısında korku hissiyle beraber ortaya çıkan “savaş ya da kaç” tepkisinin, kişinin yaşamına devam etmesine katkı sunacak bir şekilde yönetilmesidir (Folkman ve Lazarus, 1988). Günümüz yaşam koşulları değerlendirildiğinde strese yol açan tehdit ya da tehlike durumunun maddi ve toplumsal sorunlar olduğu görülmektedir.

Stresle baş etme, kişinin strese neden olan durum ya da olaya karşı geliştirmiş oldukları uyum sağlama becerilerini kapsamaktadır. Uyum sağlama sürecinde stresle baş etme noktasında bireyler davranışlarını ve bilişsel çabalarını ortaya koyarak strese neden olan etkenleri denetim altında tutmaya ve duygularını düzenlemeye çabalamaktadırlar (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, Wadsworth, 2001).

Etkili stresle başa çıkma sonucuna bireyler, psikolojik açıdan kendilerini daha iyi ve sağlıklı hissetmektedirler. Fakat bazı olay veya durumlarda kişiler başa çıkma davranışları sergilemek yerine kaçma davranışı da ortaya koyabilmektedir (Baltaş ve

Baltaş, 2012). Bu durum o an için bireylere kendilerini daha iyi hissettirmektedir. Ancak sağlıklı olan ise stres kaynağı olan durum ya da olaylardan kaçmak değil, bu gibi durumlarla baş etmek adına sağlıklı davranışların ortaya koyulmasıdır. Çünkü stres ve strese yol açan olay veya durumlar, birey için kaçınılmazdır. Strese yol açan olay veya durumların kaçınılmaz olması ve uzun süreli olarak devam etmesi kişiler için oldukça zorlayıcı olabilmekte ve kişilerin psikolojik yapıları üzerinde bir tehdit oluşturabilmektedir. Bu nedenle bireylerin sağlıklı başa çıkma yöntemlerinin ele alınması ve bu konuda bilgilendirilmesi büyük bir önem arz etmektedir (Yıldırım, 1991).

1.4.3. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri

Stresle başa çıkma ve stresle başa çıkma yöntemleri farklı pek çok araştırmacı tarafından incelenmiş ve değişik bakış açıları kapsamında ele alınmıştır.

Baş çıkma, temelde duygu odaklı ve problem odaklı başa çıkma olmak üzere iki temel grupta açıklanmaktadır (Folkman ve Lazarus, 1980). Duygu odaklı başa çıkma, pasif bir başa çıkma yöntemi şeklinde açıklanmaktadır. Bu başa çıkma yöntemlerini kullanan bireyler, stres sonucunda yaşamış olduğu olumsuz duygu ve zorlayıcı yaşam olaylarının azaltılması ya da tamamen yok edilmesi için hiçbir çaba harcamamaktadır. Kendini suçlama, kabullenme ve sosyal destek arama davranışlarından meydana gelmektedir. Problem odaklı başa çıkma ise pasif olmaktan çok aktif bir başa çıkma yöntemi olarak ifade edilmektedir. Bu başa çıkma yöntemlerini kullanan bireyler, ortaya çıkan sorunları çözebilmek amacıyla doğrudan harekete geçmekte ve davranış sergilemektedir. Etkili sorun çözme ve yüzleşme davranışlarından meydana gelmektedir (Folkman vd., 1986; Parlak, 2003).

Billings ve Moos tarafından ortaya atılan stresle baş etme yaklaşımında ise problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkmada etkili olan üç temel unsur üzerine odaklanıldığı görülmektedir. Bu unsurlar;

- Aktif davranışsal-Problem odaklı
- Aktif bilişsel-Problem odaklı
- Kaçma-Duygu odaklı olarak açıklanmaktadır (Folkman ve Moskowitz, 2004).

Stresle başa çıkma Pearlin ve Schooler (1978) tarafından üç basamaklı olarak açıklanmıştır. Birinci basamakta birey, strese neden olan durum veya olayı henüz bir yaşantıya dönüşmeden fark ederek yok etmektedir. İkinci basamakta birey kontrol altına alamadığı ve kendisi için zorlayıcı olan olayın gerçekleşmesi sonucunda stres yaşamayı engellemeye yönelik çaba harcamaktadır. Üçüncü basamakta ise birey, stres yaşamayı engelleyememiş ve stresle baş etmeyi stresi kontrol altında tutmak amacıyla kullanmaktadır.

Endler ve Parker (1990) ise stresle baş etmeyi, üç temel grupta ele almışlardır. Bunlar, görev odaklı baş etme, duygu odaklı baş etme ve kaçınmadır. Görev odaklı baş etme, stresle baş etmek için bir planlama yapmak ve bu planma doğrultusunda davranış örüntüleri sergilemek; duygu odaklı baş etme stresle baş etmeye yönelik hayaller kurma ve ortaya çıkan duygusal tepkilere yönelme; kaçınma ise stres sonucunda ortaya çıkan rahatsızlık duygusu ve olumsuz düşüncelerden uzaklamaya yönelik davranış örüntülerinin sergilenmesi olarak açıklanmaktadır.

Freud da stresle baş etme ile ilgili olarak bazı açıklamalarda bulunmuştur. Freud'a göre stresle baş etme, kişiler için tehdit uyandıran, onlara zarar veren ve onları zorlayan durum ya da olaylardan kişilerin kaçınmasıdır. Stres sürecinde kişiler başa çıkma davranışları olarak savunma mekanizmalarını kullanmaktadırlar. Ancak bu şekilde kişiler strese yol açan durumların etkilerini azaltabilmekte veya yok edebilmektedir (Tomar, 2002).

Stresle baş etme yöntemleri “etkili” ve “etkisiz” başa çıkma şeklinde iki farklı grupta da ele alınabilmektedir. Etkili başa çıkma, kendini rahatlatma (otojenik eğitim), meditasyon, nefes egzersizi yapma, gevşeme egzersizi yapma şeklindeki davranışları içermektedir. Etkisiz başa çıkma davranışları ise kaçma ve yansıtma gibi savunma mekanizmalarının yoğun bir biçimde kullanılmasını kapsamaktadır (Folkman ve Lazarus, 1980).

Fizyolojik bakış açısı doğrultusunda belirtilen etkili yöntemler, kas gevşetme egzersizleri, biyolojik beslenme ve otojenik eğitim şeklinde açıklanmaktadır (Hart, 1990; Onur, 2011).

Davranışsal bakış açısı doğrultusunda belirtilen yöntemler, zamanı etkili kullanma, çatışmaları etkili çözümlenme ve tartışma becerisinin geliştirilmesine

yönelik olarak ortaya koyulan teknikleridir. Bu tekniklerle kişilerin diğerleri ile olan ilişkilerinden doğan iletişim problemlerinin üstesinden gelinmesi hedeflenmektedir (Hart, 1990).

Bilişsel bakış açısında ise stresin birey tarafından algılanma biçimine odaklanıldığı görülmektedir. Bu doğrultuda da düşünce değiştirme yöntemlerinden sıklıkla yararlanılarak ve kişilerin pozitif düşünme sistemlerinin geliştirilmesi hedeflenmektedir. Bu bakış açısında çoğu zaman akılcı bilişsel yeniden yapılandırmanın kullanıldığı görülmektedir (Hart, 1990). Sıklıkla kullanılan diğer teknikler ise hayal kurma ve olumlu kendi kendine diyalogdur (Cox, 1998).

Bu noktada sıklıkla akılcı bilişsel yeniden yapılandırma yöntemine başvurulmaktadır (Hart, 1990). Olumlu kendi kendine diyalog ve hayal etme de bilişsel yaklaşımlar kapsamında kullanılan baş etme yöntemleridir (Cox, 1998).

1.4.4. Başa Çıkmayı Etkileyen Faktörler

Bireylerin stres karşısında vermiş oldukları tepkiler gibi başa çıkma davranışları da kişiseldir ve birçok faktörün etkisi altında ortaya çıkmaktadır. Araştırmanın bu bölümünde bu faktörlerden oldukça temel olanlarına yer verilmiştir.

Baş çıkmayı etkileyen faktörlerden birinin cinsiyet olduğu belirtilmektedir. Cinsiyet kişilerin değerlendirme ve algılama süreçleri üzerinde etkili olmaktadır. Bu doğrultuda birçok araştırmanın gerçekleştirildiği görülmektedir.

Kadın ve erkeklerin sahip oldukları toplumsal roller kapsamında başa çıkma davranışlarının değişiklik gösterdiği belirtilmektedir (Folkman ve Lazarus, 1980). Bu konuda gerçekleştirilen çalışmalar, kadınların sağlıklı baş etme becerileri açısından daha eksik büyütüldüklerini göstermektedir. Kadınlar, pasif eylemde bulunmaya ve duygularını gizlemeye daha eğilimlidirler. Çünkü bu yönde büyümekte ve tembihlenmektedirler. Bu noktada da duygu odaklı başa çıkmayı daha fazla kullandıkları görülmektedir. Erkekler ise bu durumun tam zıttı olarak aktif ve problem odaklı başa çıkma davranışlarını daha fazla sergilemektedirler (Ptacek vd., 2004; Rosario vd., 1988; Sigmon vd., 1995; Stone ve Neale, 1984).

Baş çıkma üzerinde etkisi bulunan diğer bir unsur ise kültürel açıdan görülen farklılıklardır. Batı kültüründe temel olarak bireysellik ve bağımsızlaşmanın

vurgulandığı görülmektedir. Bu doğrultuda kişiler kendilerini ifade etmeye yönelik olarak daha fazla davranış sergilemektedirler (Morling ve Fiske, 1999). Buradan hareketle Batı toplumundaki bireylerin problem odaklı başa çıkma stratejilerini daha sık tercih ettikleri düşünülmektedir. Doğu kültürü ele alındığında ise, bu kültürde yaşayan bireylerin toplumsal özelliklere ve birbirine bağımlı olan ilişkilere daha fazla eğildikleri görülmektedir. Bu toplumlarda bireyler, toplumsal birlik ve beraberlik içerisinde yaşamaktadırlar. Doğu toplumunda büyüyen bireylerin duygu odaklı başa çıkma stratejilerini daha sık kullandıkları görülmektedir (Flammer vd., 1995; Lam ve Zane, 2004; Lee ve Mason, 2014; McCarty vd., 1999; Morling ve Fiske, 1999; Lam ve Zane, 2004; Zaff vd., 2002)

Baş çıkma konusunda etkili olan bir diğer unsur ise durumun kontrol edilip edilememesi durumudur (Endler vd., 2000). Kişiler üzerinde kontrol sahibi olmayacakları durum veya olaylarla baş etmede duygu odaklı yöntemleri tercih etmektedirler (Compas vd., 1991; Forsythe ve Compas, 1987; Terry, 1994). Bu durumun temel nedeninin ise problem odaklı baş etme yöntemlerinin kullanılmasının durumu değiştiremeyeceğinin düşünülmesi şeklinde açıklanmaktadır (Folkman ve Lazarus, 1985).

1.5. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi ile ilgili yapılan ilk açıklamalara bakıldığında “iyi bir hayat ve refah duygusu” şeklinde açıklandığı görülmektedir. Ancak günümüzde bu kavramın bireylerin hayatlarında yaşamış oldukları doyum ya da doyumsuzluğu açıklamak için kullanılmaktadır (Mucha, 2016).

Geniş bir çerçeveden bakıldığında yaşam kalitesinin açıklanması adına farklı alanlardaki kişiler tarafından farklı tanımlamaları yaptığı görülmektedir. Mesela, bir ekonomist açısından yaşam doyumu, genel mutluluk olarak ifade edilmektedir. Çevre bilimciler için yaşam kalitesi, hava kalitesi, toprak mineralleri, orman, saf su; tüketici için tüketici hakları ve memnuniyeti, politikacı için siyasi özgürlüğün ve sosyal hizmetlerin etkili olması, yönetici için müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerini karşılama düzeyi olarak açıklanabilmektedir (Sirgy, Samli ve Meadow, 1982). Felsefe ile ilgilenenlere göre ise yaşam kalitesi, esenlik ve mutluluk temelinde açıklanmaktadır.

Günümüze bakıldığında yaşam kalitesinin “pozitif psikoloji” yaklaşımı çerçevesinde açıklandığı görülmektedir. Pozitif psikolojinin temel amacı, bireylerin karşılaşmış oldukları olumsuz olay ya da durumlar karşısında onarıcı bir bakış açısı kazanmalarını sağlamaktır. Yaşam kalitesi, en genel anlamda öznel iyi olma olarak açıklanmaktadır. Bireylerin hayatlarını değerlendirmek üzere onları yönlendiren bir psikoloji alanı olarak kabul edilmektedir (Eroğlu, 2011).

Yaşam kalitesi kişilerin, yaşamış oldukları toplumun refahına ve düzenine ne ölçüde katkı sağladığını açıklamaktadır. Yaşam kalitesi kişilerin, toplumun menfaatlerine yönelik olarak çalışmaları, kendilerini diğerlerine adanmaları noktasındaki memnuniyetlerini ve bireysel ilerleme ile ilgili harcamış oldukları çabalarını açıklayan bir oluşumdur (Sirgy, Samli ve Meadow, 1982).

Bireylerin algılamış oldukları yaşam kalitesi, onların yaşamları ile alakası duygusal düşünceleri, inançları ve yargılamaları yani, kendi hayatlarına yönelik geliştirmiş oldukları tutumları şeklinde açıklanmaktadır. Bireylerin geliştirmiş olduğu bu tutumlar bit bütün halinde (genel yaşam kalitesi) ya da kişisel yaşam alanları (okul yaşamının kalitesi, aile yaşamının kalitesi gibi) doğrultusunda gerçekleşebilmektedir. Yaşamdan memnun olmanın ve mutluluğun kıstasları, bireylerin algılamış oldukları yaşam kalitesini ölçülebilir bir forma dönüştürmektedir (Rice, Frone ve McFarlin, 1992).

Yaşam kalitesi, bireylere dair bedensel sağlık, psikolojik hal, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, bireysel inançlar ve tüm bunlar arasındaki ilişkileri bütünleştiren geniş kapsamlı bir kavramdır. Bu noktada yaşam kalitesi, “yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında bireylerin amaçları, beklentileri, standartları, endişeleri ile ilgili olarak yaşamdaki konumunun yine birey tarafından algılanması” olarak tanımlanmaktadır (Hagerty vd., 2001).

Toplumsal sistem içerisinde, yaşam kalitesi kişiler arasında farklılık göstermektedir. Yaşam kalitesi, çevresel, kültürel ve sosyal faktörlerin bir araya gelmesi neticesinde meydana gelmektedir. Her bireyin farklı koşullarda olmasından kaynaklı olarak da bireyden bireye değişiklik göstermektedir. Yaşam kalitesi, kişinin fiziksel, bilişsel, duygusal ve çevresel unsurların, devletlerin önem seviyesi açısından örgütlenmesini içeren öznel bir yapı olarak ifade edilmektedir (Kiefer, 2008).

Sağlık olanaklarının gelişmesi ve toplumun duyarlılık ve tutumlarında yaşanan değişimler, DS'lu çocuğu olan ebeveynlerin yaşam kalitelerinde artışın meydana gelmesine katkı sunmaktadır. Bu noktada DS'lu bireyler ve aileleri için iyi olma ile alakalı olan konuların çalışmalara dahil edilmesine ihtiyaç duyulmuştur (McIntyne vd., 2004; Bittles vd., 2007).

1.5.1. Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörler

İlgili alan yazın incelendiğinde yaşam kalitesi üzerinde etkili olan unsurlar; “yaş, cinsiyet, gelir, eğitim, yaşanan konut, medeni durum, boş zaman, aile, sosyal destek, iş yaşamı” olarak açıklanmaktadır (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Bireyin içinde bulunduğu yaş ve bu yaş döneminde meydana gelen sorunlar bireyin yaşam kalitesi üzerinde etkili olmaktadır. Yaş ilerledikçe bireylerin almış oldukları sorumluluklar yükselmekte ve başarması gereken bir takım gelişim görevleri meydana gelmektedir (Düzgün, 2002). Bireyler yaşamlarının her döneminde sorun veya çatışmalar ile karşılaşabilmektedirler. Ancak yapılan araştırmalara bakıldığında en sık yaşlılık döneminin çalışıldığı görülmektedir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte bireyler bedensel acıdan güç kaybı yaşamakta, çocukları evden ayrılmakta, yalnızlık yaşamakta ve boş zamanı değerlendirme veya ekonomik sıkıntı çekme gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır (Bilir, Özcebe, Vaizoğlu, Aslan, Subaşı ve Telatar, 2005). Tüm bu problemler yaşlı kişilerin yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz bir etki bırakmaktadır.

İlgili alan yazın incelendiğinde cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir farklılığın olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Cinsiyetler arası farklılıklar gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha net bir şekilde görülmektedir. Bu toplumlarda kadınla genel olarak iş gücüne katılmamakta, ekonomik açıdan eşlerine bağlı olmaktadır. Çalışan kadınlarda ise aile ve iş yaşamı arasındaki dengeyi kurma noktasında zorluk yaşanabilmektedir. Kadınlar toplumsal olarak iş hayatında çalışan rolünü üstlenirken evde anne ve eş rolünü üstlenmektedir. Bu doğrultuda da bulaşık, mutfak, temizlik gibi ev işlerinin yükü de kadının omuzlarına binmektedir. Bu noktada kadınların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu ifade edilmektedir (Torlak ve Yavuzçehre, 2008).

Aile, bireyin doğduğu ve büyüdüğü, yaşama gözlerini açtığı, onu koruyan, kollayan, yetiştiren duygusal ve fiziki kazanımların olduğu bir ortamdır. Kişileri topluma hazırlayan kurumdur. Ailenin sahip olduğu hem maddi hem de manevi koşullar bireyi farklı açılardan etkilemektedir. Ailenin sosyo-ekonomik düzeyinin yüksek olması, anne ve babanın bir arada yaşaması, aile üyeleri arasında duygusal bağın kurulması kişilerin yaşam kalitesi algılarının yükselmesine katkı sunmaktadır (Bozkurt, 2019).

İlgili alan yazın incelendiğinde evli ve bekar bireylerin yaşam kalitelerinde farklılık olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar, evli bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu ifade etmektedir (Avcı ve Pala, 2004; Bölükbaş ve Arslan, 2003; Özata, 2019). Bu durum genel olarak mutlu bir aile ile açıklanmaktadır. Sorun çözümünde eşten destek almak, manevi ve maddi paylaşımında bulunulması gibi etkenler bireylerin yaşam kalitelerinin yükselmesinde etkili olmaktadır.

Bununla birlikte boşanmış kişilerin yaşam kalitelerinin evli bireylerden daha düşük olduğu görülmüştür ancak bazı çalışmalarda anlaşmazlık üzerine ayrılan bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Bozkurt, 2019).

Bireyler evlerinden uzak kaldıklarında en iyi ve rahat şartlarda dahi olsalar, evlerine döndüklerinde kendilerini daha huzurlu hissetmektedirler. Konut bireyler tarafından etrafı duvarla kaplı üzeri örtülü bir binadan daha çok sıcak bir yuva anlamı taşımaktadır. Aydıner Boylu (2007) tarafından yapılan araştırmada, bireylerin maddi gelirleri yükseldikçe yaşamış oldukları evin nitelikleri de artmakta ve bu durumun da yaşam kalitesini arttırdığı bulunmuştur. Bireylerin hayatlarını sürdürdükleri evin fiziki özellikleri, ışık, ısı, kalorifer, genişlik, kullanışlılık gibi özellikleri ile birlikte kira veya ev sahibi olma durumunun da yaşam kalitesine etki ettiği bilinmektedir (Aydıner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016; Torlak ve Yavuzçehre, 2008).

Birey toplum içinde doğar, büyür, gelişir ve yaşamı sonlandırır. Bireyin hayatını devam ettirdiği toplum tarafından kabul görmek ve beğenilmek istemektedir. Bireyin içerisinde bulunduğu sosyal çevreden destek almasının bireyin mutlu, kendine güvenli ve huzurlu bir yaşam sürmesine katkı sağladığı görülmektedir. Bireyin sosyal çevresi, çocukluk döneminde anne ve babadan ibaretken ergenlik döneminde arkadaş çevresine doğru kaymaktadır. Yetişkinlik döneminde ise eş

ve/veya iş arkadaşları bireyin sosyal çevresini oluşturmaktadır. Sosyal çevresi tarafından destek gören bir bireyin yaşam kalitesinde de artış görülmesi beklenmektedir. Üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilen bir araştırmada, öğrenci topluluğuna dahil olan öğrencilerin yaşam kalitesi düzeylerinin dahil olmayan öğrencilere oranla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Eriş, 2012).

1.5.2. Yaşam Kalitesini Açıklayan Kuramlar

Yaşam kalitesinin açıklamasına yönelik olarak geliştirilen “Calman’ın Beklenti Kuramı”, “Lehman’ın Yaşam Kalitesi Kuramı”, “Skantze ve Malm’ın Yaşam Kalitesi Kuramı”, ve “Toronto ve Oklahoma Yaşam Kalitesi Sistem Kuramı” alan yazında sıklıkla bahsedilen kuramlardan birkaçı olarak karşımıza çıkmaktadır. Aşağıda bu kuramlara ait bilgiler yer almaktadır.

1.5.2.1. Calman’ın Beklenti Kuramı

Calman’a (1984) göre yaşam kalitesi, bireyin hayattan beklenti ve istekleri ile mevcut olarak ulaşılmış oldukları arasında fark ile ifade edilmektedir. Yani, yaşam kalitesi, bireyin beklenti ve umutları ile bu iki durumun tecrübeye dönüştürülmesi arasındaki farklılıktan ortaya çıkmaktadır. Calman, yaşama yönelik oluşan beklentilerin, bireyin yaşamış olduğu çevreyi algılayış biçiminden kaynaklı olarak oluştuğunu ifade etmektedir. Bireyin hayata yönelik beklentilerinin karşılanma seviyesi yüksekse bireyin hayata uyumu kolaylaşmaktadır. Ancak eğer ki beklentilerin karşılanma seviyesi düşükse bireyin hayata uyumu zorlaşmaktadır. Bireylerin hayata uyum süreci başarılı ve olumlu bir biçimde süregeliyorsa, birey zorlayıcı yaşam olaylarıyla karşı karşıya kalsa dahi yaşam kalitesiyle yaşamını devam ettirme ihtimaline sahip olabilmektedir. Bu nedenle bu kurama göre bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi için beklenti ve umut ile içerisinde bulunan gerçekler arasındaki var olan boşluk azaltılmaya çalışılmalıdır. Bireylerin yaşam kalitelerinin yüksek olması, çoğu zaman baş etme becerileri, mutluluk, memnuniyet, hoşnutluk ve tamamlama özellikleri ile ölçülmektedir. Bu noktada Calman tarafından ortaya koyulan Beklenti Kuramı, yaşam kalitesinin yükselmesinde kişisel gelişimin önem arz ettiği görülmektedir.

1.5.2.2. Lehman'ın Yaşam Kalitesi Kuramı

Lehman'a (1996) göre yaşam kalitesi subjektif ve objektif süreçler kullanılarak açıklanmaktadır. Yaşam kalitesinin subjektif göstergeleri, bireylerin kendi hayatlarına dair duyguları, yaşamdan beklentilerinin benliği üzerindeki etkileri, tecrübeleri ve mevcut şartları algılayış şekli ile ilgiliyken; objektif göstergeleri, bireyin işlevsel olan kuralları ve yaşam şekli ile ilgili olan göstergelerdir.

Lehman, yaşam kalitesinin nitelendirilmesinde bireyin bir işte çalışması, hobilere sahip olması, toplumsal yaşamda aktif olarak yer alması ya da bu alanlarda girişimlerde bulunmasının değil; bireysel sağlanan doyumun önemli olduğunu ifade etmektedir. Bireysel olarak sağlanan doyumda ise, kişinin değer yargıları ve yaşam görüşü, bakış açısı önemli görülmektedir. Bireysel olarak ortaya koyulan bu farklılığın ise iyilik halinin hem nitel hem de nicel olarak bireyler arasında değişiklik göstermesinden kaynaklandığı açıklanmaktadır. Bireylerin üzerinde durdukları ve önem gösterdikleri yaşam alanlarının bireyin iyilik hali üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Örneğin aynı iş yerinde çalışan iki kişiden bir tanesi için doyum kaynağı arkadaşlık ilişkileriyken; diğer kişi için başarılı olmak doyum kaynağı olabilmektedir. Aynı zamanda bireyin yaşamında ortaya çıkan ani hastalanma, aşık olma veya haksızlığa maruz kalma gibi yaşam olayları, bireylerin iyilik halini tamamen ve aniden değişime uğratabilmektedir (Ware Jr ve Sherbourne, 1992).

1.5.2.3. Skantze ve Malm'in Yaşam Kalitesi Kuramı

Skantze ve Malm (1994) bireylerin kişisel yaşamlarına ilişkin algıların, dış çevreden ziyade, kendi içsel düşüncelerini kaynak olarak oluşturduklarını düşünmektedirler. Bu yaklaşıma göre, yaşam kalitesi, bireysel özellikler, nesnel yaşam ölçütleri, sağlık ve kişisel yaşam kalitesi arasında gerçekleşen etkileşime bağlı olarak ortaya çıkan, dinamik bir kavram şeklinde açıklanmaktadır. Bu bakış açısına göre, yaşam ölçütleri, yaşam kalitesi amaçlarına erişmek adına bir araç şeklinde kabul edilmektedir.

Bu yaklaşımda iyi olma hali ile mutluluk eş anlamlı kavramlar olarak birbirlerinin yerine kullanılabilir. Fakat bireyin kendisini başarılı ve daha mutlu hissetmesi sonucunda illaki yaşam kalitesi yükselecektir gibi bir yaklaşımın da doğru olmadığı vurgulanmaktadır. Bununla birlikte iyi olma hali, hayattaki genel

işlevsellik seviyesi ile ilişkili bir kavram olarak açıklanmaktadır. Bireyin genel işlevsellik seviyesi ise bireyin günlük yaşamında yapması gereken iş, görev, etkinlik yani sorumluluklarını yerine getirip getirmediğidir. Bireylerin yeterli olan işlevselliğe sahip olmaları, hayattan memnuniyet duymaları bireyde iyi olma halini meydana getirmektedir (Kessler vd., 1994).

1.5.2.4. Toronto ve Oklahoma Yaşam Kalitesi Sistem Kuramı

Yaşam kalitesi kavramına ilişkin “Toronto Üniversitesi Yaşam Kalitesi Araştırma Merkezi” tarafından yapılan açıklamada, yaşam kalitesinin, bireyin hayatındaki temel psikolojik gereksinimlerin karşılanma seviyesi ve hayatındaki önemli imkân ve fırsatlardan keyif alma derecesi olduğu açıklanmaktadır (Andrews ve Withey, 1976). Bu yaklaşıma göre, kişilerin hayatlarının her döneminde doyurulması gereken bir takım temel gereksinimler bulunmaktadır. Bunlar, yaşam kalitesi ile bağlantılandırılarak üç temel başlık halinde tanımlanmışlardır. Bunlar; var olmak-being, ait olmak-belonging ve oluşmak-becoming olarak isimlendirilmektedir (Bubolz ve Sontag, 1993).

Bu gereksinimlerin giderilmesinde bireyin ailesinin ve sosyal çevresinin imkanları önemli bir yer tutmaktadır. Bireyin, “var olabileceği”, “ait olabileceği” ve “kendini gerçekleştirebileceği” kendisi açısından destekleyici bir aile ortamının ve sosyal çevresinin olması, bireyin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etki bırakmaktadır (Bubolz ve Sontag, 1993).

Sistem kuramında, kişinin hayatındaki farklı alanlarla bağlantılı olan faktörlerin yaşam kalitesinin belirleyicileri şeklinde kuram içerisine dahil edildiği görülmektedir. Oklahoma bakış açısına göre bireyin yaşam kalitesinin küçük detayları her bir yaşam bölümüne sunmuş olduğu katkıların incelenmesi ile belirlenebilmektedir. Bu bölümlerden en önemlisi ise ailedir. Aile, bireylerin hayatlarını temsil eden kişisel özellikler, kültürel özellikler, ekonomik düzey, bireyler arasında geliştirilen pozitif iletişim ve iletişim kurma tecrübeleri, yaşam kalitesinin de gelişmesine ve birey tarafından olumlu olarak algılanmasına katkı sunmaktadır. Ayrıca, iş hayatındaki arkadaş ilişkileri, kişilerarası ilişkiler, sağlık ve eğitim fırsatlarından yararlanabilme, bireyin içerisinde bulunduğu çevreye dair

algularını biçimlendirmekte ve bireyin yaşam kalitesi üzerinde etki sahibi olmaktadır (Campbell, Converse ve Rodgers, 1976; Bubolz ve Sontag, 1993).

Bireyin gereksinimlerinin giderilmesinde ailenin bireye sunmuş olduğu destek hem sübjektif hem de objektif olarak bireyin hem ailesel hem de toplumsal seviyedeki yaşam kalitesini etkilemektedir. Ailedeki bireyler arasında kurulan destekleyici ve yakın ilişkiler, bireyin ailedeki kişiler ile kaliteli zaman geçirmeleri ve aile bireylerinin sağlık ve eğitim hizmetlerinden faydalanma imkanlarının bulunması, ailede oluşan problemlerin çözümünde etkili çözüm yollarının ortaya koyulabilmesi gibi konforlu ve güvenli bir çevrede yaşaması, bireyin ailesel seviyedeki yaşam kalitesini meydana getirmektedir (Andrews ve Withey, 1976; Campbell, Converse ve Rodgers, 1976).

1.5.3. Yaşam Kalitesinin Önemi

Yaşam kalitesi bireylerin huzurlu ve mutlu bir hayat sürmeleri açısından oldukça önem arz etmektedir. Yaşam kalitesi, bireylerin kendilerini daha iyi tanımalarına, hayatları ile ilgili yaşamış oldukları olay veya durumları değerlendirmelerine, hayatlarında bir denge kurarak haz ve mutluluklarının artmasına katkı sunmaktadır. Bu noktada yaşam kalitesi, kişilerin istek ve beklentileri kapsamında hayatını ne yönde devam ettirip yaşayacakları konusunda bireylere farkındalık kazandırarak onlar için yol gösterici olabilmektedir. Bununla birlikte yaşam kalitesi, kişinin ekonomik, sosyal, kültürel ve psikolojik gelişmelerden ne şekilde etkilendiğinin görülebilmesi adına önemli bir işaret olarak kabul edilmektedir (Erkiral, 2014).

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, katılımcı grubu, araştırmada kullanılan ölçme araçları, verilerin toplanması ve verilerin analizi ile ilgili açıklamalar bulunmaktadır.

2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırma betimsel desende gerçekleştirilmiştir. Araştırmada Down Sendromuna sahip çocuğu olan ebeveynlerin, çocuklarının cinsiyetine göre anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma ve yaşam kalitesi düzeylerinin farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek için ilişkisel tarama modelinden yararlanılmıştır. İlişkisel tarama modeli, genel tarama modellerinden bir tanesidir. Genel tarama modellerinde, önceden belli olan bir evren hakkında nesnel bir bilgiye ulaşmak hedeflenmektedir. Bu hedef doğrultusunda yapılan araştırmalar ya evrenin tamamı ya da evrenden seçilen bir örneklem üzerinden yürütülmektedir. İlişkisel tarama modelinde ise iki veya ikiden fazla değişkenin bir arada değişip değişmediğinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Aynı zamanda bu model ile değişimin yönü ve büyüklüğü de belirlenebilmektedir. Bu model yoluyla yapılan araştırmalar sonucunda elde edilen bulguların gerçek neden sonuç ilişkisini yansıtmadığı bilinmektedir. Fakat bu ilişki ile ilgili ipucu vermektedirler. Aynı zamanda araştırma sonucunda incelenen değişkenlerin bir tanesinde ortaya çıkan durumun bilinmesiyle diğer değişkenler ile ilgili olarak tahminde bulunulmasına olanak sağlamaktadır (Karasar, 2018).

2.2. ARAŞTIRMA GRUBU

Araştırmanın evreni, Down Sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerden oluşmaktadır. Down Sendromu tanısı bulunmayan çocukların ebeveynleri araştırma örneğine dahil edilmemektedir.

Araştırmanın örneğini ise Türkiye Down Sendromu Derneğine kayıtlı olan 184 ebeveyn oluşturmaktadır. Bu ebeveynlerin 92 tanesinin Down Sendromlu

kız çocuğu (%50) bulunurken 92 tanesinin ise Down Sendromlu erkek çocuğu (%50) bulunmaktadır.

Örnekleme grubunu oluşturan bireylere ait demografik bilgilere Tablo 2’de yer verilmiştir.

Tablo 2: Araştırma Grubuna Ait Demografik Bilgilerin Frekans ve Yüzdeler Değerleri

Değişken	f	%
<i>Cinsiyet</i>		
Kadın	115	62.5
Erkek	69	37.5
<i>Yaş</i>		
20-30	17	9.2
31-40	69	37.5
41-50	67	36.4
51 ve üzeri	31	26.9
<i>Eğitim Düzeyi</i>		
İlkokul	16	8.7
Ortaokul	19	10.3
Lise	71	38.6
Üniversite	78	42.4
<i>Çocuk Sayısı</i>		
1 çocuk	17	9.2
2 çocuk	53	28.8
3 çocuk	85	46.2
4 ve üzeri çocuk	29	15.8
<i>Toplam</i>	184	100

2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada veriler beş bölümden oluşan veri formu ile toplanmıştır. Birinci bölümde “Kişisel Bilgi Formu”, ikinci bölümde “Beck Anksiyete Ölçeği”, üçüncü bölümde “Beck Depresyon Ölçeği”, dördüncü bölümde “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği”, beşinci bölümde ise “Yaşam Doyumu Ölçeği” uygulanmıştır. Aşağıda bu ölçeklerle ilgili detaylı açıklamalar yer almaktadır.

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmanın amacı doğrultusunda araştırmaya katılan bireylerin demografik bilgilerini öğrenmek amacıyla oluşturulmuştur (Ek-1). Kişisel bilgi formunda, cinsiyet, yaş, çocuk sayısı, Down Sendromlu çocuğun cinsiyeti ve eğitim düzeyi bilgilerini öğrenmeye yönelik sorular yer almaktadır.

2.3.2. Beck Anksiyete Ölçeği

Ölçek, bireylerin kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla Beck, Epstein, Brown ve Steer tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmaları ise Ulusoy, Şahin ve Erkmen (1998) tarafından yapılmıştır (Ek-2). Ölçek 4'lü derecelendirmeye sahip likert tipi bir ölçektir ve 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0 iken maksimum puan 63'tür. Artan puanlar, bireylerin kaygı düzeylerinin de arttığını göstermektedir. 8-15 puan arası hafif kaygı; 16-25 puan arası orta düzeyde kaygı; 26-35 puan arası ise şiddetli kaygıyı ifade etmektedir. Uyarlama çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .92 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise iç tutarlılık katsayısı .91 olarak bulunmuştur.

2.3.3. Beck Depresyon Envanteri

Ölçek, bireylerin depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmaları ise Hisli (1989) tarafından yapılmıştır (Ek-3). Ölçek 4'lü derecelendirmeye sahip likert tipi bir ölçektir ve 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0 iken maksimum puan 63'tür. Artan puanlar, bireylerin depresyon düzeylerinin de arttığını göstermektedir. 0-9 puan arası minimal depresyon; 10-16 puan arası hafif depresyon; 17-29 puan arası orta depresyon; 30-63 puan arası ise şiddetli depresyonu ifade etmektedir. Bununla birlikte ölçekte kesme puan 17 olarak belirlenmiştir. Uyarlama çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .80 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise iç tutarlılık katsayısı .92 olarak bulunmuştur.

2.3.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Ölçek, bireylerin stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla Lazarus ve Folkman (1984) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmaları ise Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır (Ek-4). Ölçek 4'lü derecelendirmeye sahip likert tipi bir ölçektir ve 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, kendine güvenli yaklaşım (8, 10, 14, 16, 20, 23, 26); çaresiz yaklaşım (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28); boyun eğici yaklaşım (5, 13, 15, 17, 21, 24); iyimser yaklaşım (2, 4, 6, 12, 18) ve sosyal destek arama yaklaşımı (1, 9, 29, 30) olmak üzere beş farklı başa

çıkma tarzını ölçmektedir. Artan puanlar, bireylerin ilgili başa çıkma tarzını daha sık kullandığını göstermektedir. Uyarlama çalışmasında alt ölçeklere ilişkin iç tutarlık katsayıları; kendine güvenli yaklaşım için .80, çaresiz yaklaşım için .73, boyun eğici yaklaşım için .72, iyimser yaklaşım için .68, sosyal destek arama için .47 olarak bulunmuştur. Bu araştırma kapsamında ise kendine güvenli yaklaşım için .92, çaresiz yaklaşım için .77, boyun eğici yaklaşım için .63, iyimser yaklaşım için .86, sosyal destek arama için .59 olarak bulunmuştur.

2.3.5. Yaşam Doyumu Ölçeği

Ölçek, bireylerin yaşam doyumu düzeylerini belirlemek amacıyla Diener ve arkadaşları (1985) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmaları ise Şimşek (2011) tarafından yapılmıştır (Ek-5). Ölçek 10'lu derecelendirmeye sahip likert tipi bir ölçektir ve 9 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0 iken maksimum puan 90'dır. Artan puanlar, bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin de arttığını göstermektedir. Uyarlama çalışmasında ölçeğin iç tutarlık katsayısı .87 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise iç tutarlık katsayısı .94 olarak bulunmuştur.

2.4. VERİLERİN TOPLANMASI VE ANALİZİ

Araştırmada, araştırmanın konusu ve amacı doğrultusunda verilerin toplanması adına ilk olarak veri toplama araçları belirlenmiştir. Veri toplama araçlarının belirlenmesinin ardından kullanılması planlanan veri toplama araçları için gerekli olan kullanım izinleri ölçek sahiplerinden alınmıştır. Alınan izinler doğrultusunda kullanılacak olan tüm ölçme araçları bir araya getirilerek veri toplama seti oluşturulmuştur. Araştırmaya katılan bireylere soruları cevaplamaya başlamadan önce bilgilendirilmiş onay formu sunulmuştur. Bu formda araştırmanın hangi amaçla gerçekleştirildiği, verilerin gizliliği ve nasıl doldurulacağı ile ilgili bilgiler bulunmaktadır. Aynı zamanda araştırmaya katılmaya gönüllü olup olmadıklarının da belirtilmesi bu formda istenmektedir. Bu doğrultuda araştırmaya yalnızca gönüllü olan anneler dahil edilmiştir. İçerisinde bulunduğumuz pandemi süreci nedeniyle daha güvenli olması adına veriler elektronik ortamdan elde edilmiştir. Bu amaçla ölçme araçlarında yer alan sorular Google Form kullanılarak link haline getirilmiştir. Araştırmada 184 bireye ulaşılmış, ulaşılan bireylerin verileri hatasız doldurdukları

görülmüştür. Veriler 2021 yılının Mart ve Nisan aylarında toplanmış, bireylerin veri toplama araçlarını tamamlamaları ortalama olarak 20 dakikalarını almıştır.

Verilerin analiz edilmesinde IBM SPSS 22 paket programından yararlanılmıştır. Hata payı ise .05 olarak kabul edilmiştir. Araştırmada Down Sendromuna sahip çocuğu olan ebeveynlerin, çocuklarının cinsiyetine göre anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma ve yaşam kalitesi düzeyleri arasında farklılık olup olmadığı “bağımsız gruplar t testi analizi” kullanılarak incelenmiştir. Bununla birlikte demografik değişkenler arasında farklılık olup olmadığının incelenmesinde ise “bağımsız gruplar t testi analizi” ve “tek yönlü varyans analizi-ANOVA” kullanılmıştır.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın amaçları kapsamında incelenen verilerden elde edilen istatistiksel sonuçlara dair bulgular bulunmaktadır. Bu doğrultuda bu bölümde ilk olarak incelenen değişkenler ile ilgili betimsel istatistikler ardından araştırmanın amaçlarından yola çıkılarak elde edilen bulgular yer almaktadır.

3.1. DEĞİŞKENLERE AİT BETİMSSEL İSTATİSTİKLER

Araştırmanın gerçekleştirildiği örneklem grubunda bulunan ebeveynlerin anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma tarzları ve yaşam doyumu puanlarına ait ortalama, standart sapma, standart hata, ranj, minimum ve maksimum değerlerine Tablo 3'te yer verilmiştir.

Tablo 3: Değişkenlere Ait Betimsel İstatistikler

	n	\bar{X}	SS	Shx	Ranj	Maks	Min.
Anksiyete	184	11.36	8.81	.64	40	40	0
Depresyon	184	11.21	9.32	.68	40	40	0
Güvenli Yaklaşım	184	21.40	4.76	.35	21	28	7
Çaresiz Yaklaşım	184	18.82	4.71	.34	23	31	8
Boyun Eğici Yaklaşım	184	14.86	3.30	.24	18	24	6
İyimser Yaklaşım	184	14.81	3.44	.25	15	20	5
Sosyal Destek Arama	184	11.11	2.45	.18	12	16	4
Yaşam Doyumu	184	61.55	18.47	1.36	76	90	14

Tablo 3'te görüldüğü gibi Beck Anksiyete Ölçeği'nin aritmetik ortalaması 11.36 (SS=8.81)'dir. Ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan 63, en düşük puan ise 0'dır. Bu noktada araştırmaya katılan bireylerin anksiyete düzeylerinin ortalama olarak hafif olduğu görülmektedir. Beck Depresyon Ölçeği'nin aritmetik ortalaması ise 11.21 (SS=9.32)'dir. Ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan 63, en düşük puan ise 0'dır. Bu noktada araştırmaya katılan bireylerin depresyon düzeylerinin de ortalama olarak hafif olduğu görülmektedir.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin alt boyutlarına bakıldığında güvenli yaklaşım alt boyutunun aritmetik ortalaması 21.40 (SS=4.76)'tır. Bu boyuttan elde edilebilecek en yüksek puan 28, en düşük puan ise 7'dir. Çaresiz yaklaşım alt boyutunun aritmetik ortalaması 18.82 (SS=4.71)'dir. Bu boyuttan elde edilebilecek en yüksek puan 32, en düşük puan ise 8'dir. Boyun eğici yaklaşım alt boyutunun aritmetik ortalaması 14.86 (SS=3.30)'dır. Bu boyuttan elde edilebilecek en yüksek puan 24, en düşük puan ise 6'dır. İyimser yaklaşım alt boyutunun aritmetik ortalaması 14.81 (SS=3.44)'dir. Bu boyuttan elde edilebilecek en yüksek puan 20, en düşük puan ise 5'tir. Sosyal destek arama alt boyutunun aritmetik ortalaması 11.11 (SS=2.45)'dir. Bu boyuttan elde edilebilecek en yüksek puan 16, en düşük puan ise 4'tür. Görüldüğü gibi araştırmaya katılan bireylerin kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama puanlarının diğer puanlara oranla ortalama olarak daha yüksektir.

Yaşam Doyumu Ölçeği'nin aritmetik ortalaması ise 61.55 (SS=18.47)'tir. Ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan 90, en düşük puan ise 0'dır. Bu noktada araştırmaya katılan bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin ortalamasının biraz üstünde olduğu görülmektedir.

3.2. KIZ VE ERKEK DOWN SENDROMLU ÇOCUĞA SAHİP OLAN EBEVEYNLERİN ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR

Kız ve erkek Down Sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin anksiyete seviyeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını tespit etmek için bağımsız gruplar için t-testi analizi gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda ilk olarak varyansların homojenliği Levene testi kullanılarak incelenmiştir. Yapılan test sonucunda varyansların homojen olduğu görülmüştür. Ardından bağımsız gruplar t-testi analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4: Anksiyete Düzeyleri Arasındaki Farka Yönelik Bağımsız Gruplar T Testi Sonuçları

	Çocuğun Cinsiyeti	n	\bar{X}	SS	Sd	t	p
Anksiyete	Kız	92	11.85	9.12	.95	.760	.448
	Erkek	92	10.86	8.51	.88		

Tablo 4’te görüldüğü gibi kız ve erkek Down Sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($t=.760$; $p>.05$).

3.3. KIZ VE ERKEK DOWN SENDROMLU ÇOCUĞA SAHİP OLAN EBEVEYNLERİN DEPRESYON DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR

Kız ve erkek Down Sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin depresyon seviyeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını tespit etmek için bağımsız gruplar için t-testi analizi gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda ilk olarak varyansların homojenliği Levene testi kullanılarak incelenmiştir. Yapılan test sonucunda varyansların homojen olduğu görülmüştür. Ardından bağımsız gruplar t-testi analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 5’te yer almaktadır.

Tablo 5: Depresyon Düzeyleri Arasındaki Farka Yönelik Bağımsız Gruplar T Testi Sonuçları

	Çocuğun Cinsiyeti	n	\bar{X}	SS	Sd	t	p
Depresyon	Kız	92	12.70	9.21	.96	2.254	.025*
	Erkek	92	9.68	9.22	.47		

Tablo 5’te görüldüğü gibi kız ve erkek Down Sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($t=2.254$; $p<.05$). Farklılık incelendiğinde kız çocuğa sahip olan ebeveynlerin, erkek çocuğa sahip olan ebeveynlere oranla daha fazla depresyon belirtisi gösterdikleri görülmektedir.

3.4. KIZ VE ERKEK DOWN SENDROMLU ÇOCUĞA SAHİP OLAN EBEVEYNLERİN STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR

Kız ve erkek Down Sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin stresle başa çıkma tarzları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını tespit etmek için bağımsız gruplar için t-testi analizi gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda ilk olarak varyansların homojenliği Levene testi

kullanılarak incelenmiştir. Yapılan test sonucunda varyansların homojen olduğu görülmüştür. Ardından bağımsız gruplar t-testi analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 6’da yer almaktadır.

Tablo 6: Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki Farka Yönelik Bağımsız Gruplar T Testi Sonuçları

	Çocuğun Cinsiyeti	n	\bar{X}	SS	Sd	t	p
Kendine Güvenli Yaklaşım	Kız	92	20.50	4.57	.47	-2.627	.009*
	Erkek	92	22.31	4.79	.49		
Çaresiz Yaklaşım	Kız	92	19.36	4.61	.48	1.585	.115
	Erkek	92	18.27	4.77	.49		
Boyun Eğici Yaklaşım	Kız	92	14.65	3.09	.32	-.890	.374
	Erkek	92	15.08	3.51	.36		
İyimser Yaklaşım	Kız	92	14.10	3.31	.32	-2.832	.005*
	Erkek	92	15.52	3.61	.37		
Sosyal Destek Arama	Kız	92	10.76	2.35	.24	-1.898	.059
	Erkek	92	11.46	2.67	.27		

Tablo 6’da görüldüğü gibi kız ve erkek Down Sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin çaresiz yaklaşım ($t=2.585$; $p>.05$), boyun eğici yaklaşım ($t=-.890$; $p>.05$) ve sosyal destek arama yaklaşımı ($t=-1.898$; $p>.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bununla birlikte kendine güvenli yaklaşım ($t=-2.627$; $p<.05$) ve iyimser yaklaşım ($t=-2.832$; $p<.05$) arasında erkek çocuğa sahip olan ebeveynler lehine anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Yani erkek çocuğa sahip olan ebeveynlerin kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşımı daha fazla sergiledikleri görülmüştür.

3.5. KIZ VE ERKEK DOWN SENDROMLU ÇOCUĞA SAHİP OLAN EBEVEYNLERİN YAŞAM DOYUMU DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR

Kız ve erkek Down Sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin yaşam doyumu seviyeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını tespit etmek için bağımsız gruplar için t-testi analizi gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda ilk olarak varyansların homojenliği Levene testi kullanılarak incelenmiştir. Yapılan test sonucunda varyansların homojen olduğu

görülmüştür. Ardından bağımsız gruplar t-testi analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 7’de yer almaktadır.

Tablo 7: Yaşam Kalitesi Düzeyleri Arasındaki Farka Yönelik Bağımsız Gruplar T Testi Sonuçları

	Çocuğun Cinsiyeti	n	\bar{X}	SS	Sd	t	p
Yaşam	Kız	92	59.80	19.78	2.06	-1.287	.200
Doyum	Erkek	92	63.30	17.00	1.77		

Tablo 7’de görüldüğü gibi kız ve erkek Down Sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin yaşam kalitesi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($t=-1.287$; $p>.05$).

3.6. DOWN SENDROMLU ÇOCUĞA SAHİP OLAN EBEVEYNLERİN ANKSİYETE, DEPRESYON, STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI VE YAŞAM DOYUMU DÜZEYLERİNİN DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİNE YÖNELİK BULGULAR

Down Sendroma sahip çocuğu bulunan ebeveynlerin anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma tarzları ve yaşam doyumunu düzeyleri cinsiyet, yaş, çocuk sayısı ve eğitim düzeyi değişkenleri açısından incelenmiştir. Cinsiyet değişkeni incelenirken bağımsız gruplar t testi analizi; yaş, çocuk sayısı ve eğitim düzeyi değişkenleri için ise ANOVA testi kullanılmıştır. Aşağıda yapılan analizlere ait bulgular yer almaktadır.

3.6.1. Cinsiyete Göre Anksiyete, Depresyon, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ve Yaşam Doyumu

Down Sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma tarzları ve yaşam doyumunu düzeyleri arasında ebeveyn cinsiyeti değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını tespit etmek için bağımsız gruplar için t-testi analizi gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda ilk olarak varyansların homojenliği Levene testi kullanılarak incelenmiştir. Yapılan test sonucunda varyansların homojen olduğu görülmüştür. Ardından bağımsız gruplar t-testi analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 8’de yer almaktadır.

Tablo 8: Cinsiyet Değişkenine Göre Bağımsız Gruplar T Testi Sonuçları

	Cinsiyet	n	\bar{X}	SS	Sd	t	p
Anksiyete	Kadın	115	12.34	8.94	.83	1.970	.047*
	Erkek	69	9.72	8.39	1.01		
Depresyon	Kadın	115	11.35	9.09	.84	.261	.795
	Erkek	69	10.98	9.76	1.17		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Kadın	115	21.09	5.10	.47	-1.148	.252
	Erkek	69	21.92	4.09	.49		
Çaresiz Yaklaşım	Kadın	115	18.03	4.70	.43	-2.980	.003*
	Erkek	69	20.13	4.46	.53		
Boyun Eğici Yaklaşım	Kadın	115	14.26	3.21	.29	-3.307	.001*
	Erkek	69	15.88	3.23	.38		
İyimser Yaklaşım	Kadın	115	14.53	3.65	.34	-1.451	.149
	Erkek	69	15.28	3.03	.36		
Sosyal Destek Arama	Kadın	115	10.81	2.46	.22	-2.062	.041*
	Erkek	69	11.60	2.60	.31		
Yaşam Doymu	Kadın	115	59.36	19.77	1.84	-2.094	.038*
	Erkek	69	65.20	15.54	1.87		

Tablo 8’de görüldüğü gibi Down Sendromlu çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon ($t=.261$; $p>.05$), kendine güvenli yaklaşım ($t=-1.148$; $p>.05$) ve iyimser yaklaşım ($t=-1.451$; $p>.05$) puanlarında cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bununla birlikte anksiyete ($t=1.970$; $p<.05$), çaresiz yaklaşım ($t=-2.890$; $p<.05$), boyun eğici yaklaşım ($t=-3.370$; $p<.05$), sosyal destek arama ($t=-2.062$; $p<.05$) ve yaşam doymu ($t=-2.094$; $p<.05$) puanlarında cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Farklılık incelendiğinde kadınların erkeklere oranla anlamlı düzeyde daha fazla anksiyete bildirdikleri; erkeklerin ise kadınlara oranla anlamlı düzeyde daha fazla çaresiz, boyun eğici ve sosyal destek arama yaklaşımı sergiledikleri ve daha yüksek yaşam doymu bildirdikleri görülmüştür.

3.6.2. Yaşa Göre Anksiyete, Depresyon, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Yaşam Doymu

Down Sendromlu çocuğa sahip ebeveynlerin anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma tarzları ve yaşam doymu düzeyleri ile yaş değişkeni arasında

istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını tespit etmek için ANOVA testi kullanılmıştır. Down Sendromlu çocuğa sahip ebeveynlere ait aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 9’da ANOVA sonuçları da Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 9: Yaşa Göre Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Yaş	N	\bar{X}	SS
Anksiyete	20-30	17	13.35	9.88
	31-40	69	8.75	8.32
	41-50	67	12.32	8.50
	51 ve üzeri	31	14.00	8.85
Depresyon	20-30	17	14.00	11.06
	31-40	69	8.17	7.82
	41-50	67	12.29	9.27
	51 ve üzeri	31	14.12	10.01
Kendine Güvenli Yaklaşım	20-30	17	22.58	5.25
	31-40	69	22.75	4.04
	41-50	67	19.98	4.92
	51 ve üzeri	31	20.83	4.81
Çaresiz Yaklaşım	20-30	17	20.41	6.02
	31-40	69	20.04	4.35
	41-50	67	17.92	4.24
	51 ve üzeri	31	17.16	4.92
Boyun Eğici Yaklaşım	20-30	17	15.52	3.74
	31-40	69	16.18	3.20
	41-50	67	13.97	2.76
	51 ve üzeri	31	13.51	3.36
İyimser Yaklaşım	20-30	17	15.05	3.86
	31-40	69	15.65	3.21
	41-50	67	14.11	3.50
	51 ve üzeri	31	14.32	3.34
Sosyal Destek Arama	20-30	17	11.82	2.40
	31-40	69	12.07	2.13
	41-50	67	10.28	2.64
	51 ve üzeri	31	10.38	2.48
Yaşam Doyumu	20-30	17	61.41	14.05
	31-40	69	66.10	14.14
	41-50	67	57.50	22.95
	51 ve üzeri	31	60.25	16.70

Tablo 10: Yaşa Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Anksiyete	Gruplar Arası	815.133	3	271.711	3,650	,014*
	Gruplar İçi	13399.470	180	74.442		
	Toplam	14214.603	183			
Depresyon	Gruplar Arası	1111.878	3	370.626	4,508	,004*
	Gruplar İçi	14799.427	180	82.219		
	Toplam	15911.304	183			
Kendine Güvenli Yaklaşım	Gruplar Arası	294.321	3	98.107	4,582	,004*
	Gruplar İçi	3854.108	180	21.412		
	Toplam	4148.429	183			
Çaresiz Yaklaşım	Gruplar Arası	285.274	3	95.091	4,521	,004*
	Gruplar İçi	3785.808	180	21.032		
	Toplam	4071.082	183			
Boyun Eğici Yaklaşım	Gruplar Arası	238.401	3	79.467	8,098	,000*
	Gruplar İçi	1766.468	180	9.814		
	Toplam	2004.870	183			
İyimser Yaklaşım	Gruplar Arası	89.305	3	29.768	2,568	,056
	Gruplar İçi	2086.412	180	11.591		
	Toplam	2175.717	183			
Sosyal Destek Arama	Gruplar Arası	134.528	3	44.843	7,701	,000*
	Gruplar İçi	1048.075	180	5.823		
	Toplam	1182.603	183			
Yaşam Doyumunu	Gruplar Arası	2576.367	3	858.789	2,580	,055
	Gruplar İçi	59905.089	180	332.806		
	Toplam	62481.457	183			

Tablo 10’da görüldüğü gibi Down Sendromlu çocuğa sahip ebeveynlerin iyimser yaklaşım ($F=2,568$; $p>.05$) ve yaşam doyumunu ($F=2,580$; $p>.05$) düzeyleri arasında yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Bununla birlikte anksiyete ($F=3,650$; $p<.05$), depresyon ($F=4,508$; $p<.05$), kendine güvenli yaklaşım ($F=4,582$; $p<.05$), çaresiz yaklaşım ($F=4,521$; $p<.05$), boyun eğici yaklaşım ($F=8,098$; $p<.05$) ve sosyal destek arama ($F=7,701$; $p<.05$) arasında yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmüştür. Farklılığın puan ortalamaları açısından hangi gruplar arasında oluştuğunu tespit etmek için Post-Hoc tekniklerine bakılmıştır. Kullanılacak olan tekniğin seçilmesinden önce ilk olarak gruplar arası dağılımın homojenliği test edilmiştir.

Bunun için Levene testi kullanılmıştır. Yapılan test sonucunda grupların varyanslarının homojen dağılım sergilediği görülmüştür. Bu durumda yaygın olarak tercih edilen Tukey testi kullanılarak karşılaştırma analizi gerçekleştirilmiştir. Tukey testinde, bağımlı değişkenler anksiyete, depresyon, kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama iken bağımsız değişken yaş olarak alınmıştır. Ortaya çıkan farkın tüm değişkenler için 30-40 yaş arasında bulunan ebeveynler ile 41-50 yaş aralığında bulunan bireyler arasında olduğu görülmüştür. 41-50 yaş aralığında bulunan bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin 31-40 yaş arasındaki ebeveynlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunduğu görülmüştür. Bununla birlikte 31-40 yaş aralığında bulunan ebeveynlerin, kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek aramayı 41-50 yaş arasındaki ebeveynlere oranla daha fazla kullandıkları görülmüştür.

3.6.3. Çocuk Sayısına Göre Anksiyete, Depresyon, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Yaşam Doymu

Down Sendromlu çocuğa sahip ebeveynlerin anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma tarzları ve yaşam doymu düzeyleri ile çocuk sayısı değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını tespit etmek için ANOVA testi kullanılmıştır. Down Sendromlu çocuğa sahip ebeveynlere ait aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 11’de ANOVA sonuçları da Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 11: Çocuk Sayısına Göre Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Çocuk Sayısı	N	\bar{X}	SS
Anksiyete	1 çocuk	17	14.35	6.59
	2 çocuk	53	10.18	8.64

	3 çocuk	85	11.55	9.14
	4 çocuk ve üzeri	29	11.20	9.22
Depresyon	1 çocuk	17	17.58	11.39
	2 çocuk	53	10.15	9.24
	3 çocuk	85	10.38	8.17
	4 çocuk ve üzeri	29	11.86	10.26
Kendine Güvenli Yaklaşım	1 çocuk	17	20.47	4.81
	2 çocuk	53	22.62	3.03
	3 çocuk	85	20.74	5.44
	4 çocuk ve üzeri	29	21.69	4.89
Çaresiz Yaklaşım	1 çocuk	17	19.58	4.91
	2 çocuk	53	20.16	5.06
	3 çocuk	85	17.77	4.40
	4 çocuk ve üzeri	29	18.96	4.32
Boyun Eğici Yaklaşım	1 çocuk	17	14.41	3.22
	2 çocuk	53	15.43	3.09
	3 çocuk	85	14.50	3.16
	4 çocuk ve üzeri	29	15.17	4.08
İyimser Yaklaşım	1 çocuk	17	14.11	2.84
	2 çocuk	53	15.86	2.34
	3 çocuk	85	14.37	3.93
	4 çocuk ve üzeri	29	14.58	3.65
Sosyal Destek Arama	1 çocuk	17	10.88	2.20
	2 çocuk	53	11.66	2.02
	3 çocuk	85	10.88	2.95
	4 çocuk ve üzeri	29	10.93	2.20
Yaşam Doyumu	1 çocuk	17	57.35	13.71
	2 çocuk	53	66.33	14.70
	3 çocuk	85	58.51	20.66
	4 çocuk ve üzeri	29	64.17	61.55

Tablo 12: Çocuk Sayısına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Anksiyete	Gruplar Arası	228,837	3	76,279	,982	,403

	Gruplar İçi	13985,766	180	77,699		
	Toplam	14214,603	183			
Depresyon	Gruplar Arası	820,758	3	273,586	3,263	,023*
	Gruplar İçi	15090,547	180	83,836		
	Toplam	15911,304	183			
Kendine Güvenli Yaklaşım	Gruplar Arası	133,228	3	44,409	1,991	,117
	Gruplar İçi	4015,201	180	22,307		
	Toplam	4148,429	183			
Çaresiz Yaklaşım	Gruplar Arası	199,774	3	66,591	3,096	,028*
	Gruplar İçi	3871,308	180	21,507		
	Toplam	4071,082	183			
Boyun Eğici Yaklaşım	Gruplar Arası	34,348	3	11,449	1,046	,374
	Gruplar İçi	1970,522	180	10,947		
	Toplam	2004,870	183			
İyimser Yaklaşım	Gruplar Arası	84,890	3	28,297	2,436	,066
	Gruplar İçi	2090,828	180	11,616		
	Toplam	2175,717	183			
Sosyal Destek Arama	Gruplar Arası	22,266	3	7,422	1,151	,330
	Gruplar İçi	1160,337	180	6,446		
	Toplam	1182,603	183			
Yaşam Doyumu	Gruplar Arası	2496,326	3	832,109	2,497	,061
	Gruplar İçi	59985,131	180	333,251		
	Toplam	62481,457	183			

Tablo 12’de görüldüğü gibi Down Sendromlu çocuğa sahip ebeveynlerin anksiyete ($F=,982$; $p>.05$), kendine güvenli yaklaşım ($F=1,991$; $p>.05$), boyun eğici yaklaşım ($F=1,046$; $p>.05$), iyimser yaklaşım ($F=2,436$; $p>.05$), sosyal destek arama ($F=1,151$; $p>.05$) ve yaşam doyumu ($F=2,497$; $p>.05$) düzeyleri arasında çocuk sayısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Bununla birlikte depresyon ($F=3,263$; $p<.05$) ve çaresiz yaklaşım ($F=3,096$; $p<.05$) arasında çocuk sayısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmüştür. Farklılığın puan ortalamaları açısından hangi gruplar arasında oluştuğunu tespit etmek için Post-Hoc tekniklerine bakılmıştır. Kullanılacak olan tekniğin seçilmesinden önce ilk olarak gruplar arası dağılımın homojenliği test edilmiştir. Bunun için Levene testi kullanılmıştır. Yapılan test sonucunda grupların varyanslarının homojen dağılım sergilediği görülmüştür. Bu durumda yaygın olarak tercih edilen Tukey testi kullanılarak karşılaştırma analizi gerçekleştirilmiştir. Tukey testinde, bağımlı değişkenler depresyon ve çaresiz yaklaşım iken bağımsız değişken

çocuk sayısı olarak alınmıştır. Ortaya çıkan farkın depresyon değişkeni için 1 çocuğu olanlar ile 2 ve 3 çocuğu olan ebeveynler arasında olduğu görülmüştür. Tek çocuğu olan ebeveynlerin depresyon düzeylerinin 2 ve 3 çocuğu bulunan ebeveynlere oranla daha yüksek depresyon düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Çaresiz yaklaşım değişkeni için ise farkın 2 ve 3 çocuğu olan ebeveynler arasında olduğu görülmüştür. 2 çocuğu olan ebeveynlerin, 3 çocuğu olan ebeveynlere oranla çaresiz yaklaşımı daha fazla kullandıkları görülmüştür.

3.6.4. Eğitim Düzeyine Göre Anksiyete, Depresyon, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Yaşam Doyumu

Down Sendromlu çocuğa sahip ebeveynlerin anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma tarzları ve yaşam doyumu düzeyleri ile eğitim düzeyi değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını tespit etmek için ANOVA testi kullanılmıştır. Down Sendromlu çocuğa sahip ebeveynlere ait aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 13'te, ANOVA sonuçları da Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 13: Eğitim Düzeyine Göre Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Eğitim Düzeyi	N	\bar{X}	SS
Anksiyete	İlkokul mezunu	16	15.50	7.32
	Ortaokul mezunu	19	17.78	5.86
	Lise Mezunu	71	10.12	9.04
	Üniversite Mezunu	78	10.07	8.65
Depresyon	İlkokul mezunu	16	11.68	7.91
	Ortaokul mezunu	19	16.73	8.55
	Lise Mezunu	71	11.78	10.01
	Üniversite Mezunu	78	9.25	8.62
Kendine Güvenli Yaklaşım	İlkokul mezunu	16	19.43	5.91
	Ortaokul mezunu	19	16.73	3.60
	Lise Mezunu	71	20.49	4.78
	Üniversite Mezunu	78	23.78	3.25
Çaresiz Yaklaşım	İlkokul mezunu	16	16.68	3.78
	Ortaokul mezunu	19	17.36	3.33
	Lise Mezunu	71	18.54	5.20
	Üniversite Mezunu	78	19.85	4.48
Boyun Eğici Yaklaşım	İlkokul mezunu	16	13.25	3.10
	Ortaokul mezunu	19	13.26	2.72
	Lise Mezunu	71	14.32	3.38
	Üniversite Mezunu	78	16.08	3.00
İyimser Yaklaşım	İlkokul mezunu	16	13.87	4.34
	Ortaokul mezunu	19	12.31	2.70
	Lise Mezunu	71	14.12	3.28
	Üniversite Mezunu	78	16.24	2.96
Sosyal Destek Arama	İlkokul mezunu	16	9.43	2.30
	Ortaokul mezunu	19	9.68	2.58
	Lise Mezunu	71	10.74	2.49
	Üniversite Mezunu	78	12.14	2.19
Yaşam Doyumu	İlkokul mezunu	16	46.31	27.45
	Ortaokul mezunu	19	50.00	20.21
	Lise Mezunu	71	63.70	17.75
	Üniversite Mezunu	78	65.53	13.44

Tablo 14: Eğitim Düzeyine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Anksiyete	Gruplar Arası	1296,048	3	432,016	6,019	,001*
	Gruplar İçi	12918,556	180	71,770		
	Toplam	14214,603	183			
Depresyon	Gruplar Arası	905,480	3	301,827	3,621	,014*
	Gruplar İçi	15005,824	180	83,366		
	Toplam	15911,304	183			
Kendine Güvenli Yaklaşım	Gruplar Arası	975,766	3	325,255	18,453	,000*
	Gruplar İçi	3172,663	180	17,626		
	Toplam	4148,429	183			
Çaresiz Yaklaşım	Gruplar Arası	202,197	3	67,399	3,136	,027*
	Gruplar İçi	3868,885	180	21,494		
	Toplam	4071,082	183			
Boyun Eğici Yaklaşım	Gruplar Arası	228,264	3	76,088	7,709	,000*
	Gruplar İçi	1776,605	180	9,870		
	Toplam	2004,870	183			
İyimser Yaklaşım	Gruplar Arası	325,631	3	108,544	10,561	,000*
	Gruplar İçi	1850,086	180	10,278		
	Toplam	2175,717	183			
Sosyal Destek Arama	Gruplar Arası	175,675	3	58,558	10,468	,000
	Gruplar İçi	1006,928	180	5,594		
	Toplam	1182,603	183			
Yaşam Doyumu	Gruplar Arası	7819,846	3	2606,615	8,584	,000*
	Gruplar İçi	54661,611	180	303,676		
	Toplam	62481,457	183			

Tablo 14’te görüldüğü gibi Down Sendromlu çocuğa sahip ebeveynlerin anksiyete ($F=6,019$; $p<.05$), depresyon ($F=3,621$; $p<.05$), kendine güvenli yaklaşım ($F=18,453$; $p<.05$), çaresiz yaklaşım ($F=3,136$; $p<.05$) boyun eğici yaklaşım ($F=7,709$; $p<.05$), iyimser yaklaşım ($F=10,561$; $p<.05$), sosyal destek arama ($F=10,468$; $p<.05$) ve yaşam doyumu ($F=8,584$; $p<.05$) düzeyleri arasında eğitim düzeyi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmüştür.

Farklılığın puan ortalamaları açısından hangi gruplar arasında oluştuğunu tespit etmek için Post-Hoc tekniklerine bakılmıştır. Kullanılacak olan tekniğin seçilmesinden önce ilk olarak gruplar arası dağılımın homojenliği test edilmiştir. Bunun için Levene testi kullanılmıştır. Yapılan test sonucunda grupların varyanslarının homojen dağılım sergilediği görülmüştür. Bu durumda yaygın olarak tercih edilen Tukey testi kullanılarak karşılaştırma analizi gerçekleştirilmiştir. Tukey

testinde, bağımlı değişkenler anksiyete, depresyon, kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama ve yaşam doyumu iken bağımsız değişken eğitim düzeyi olarak alınmıştır. Ortaya çıkan farkın anksiyete değişkeni için ortaokul mezunu olan ebeveynler ile lise ve üniversite mezunu olan ebeveynler arasında olduğu; ortaokul mezunlarının lise ve üniversite mezunlarına oranla daha yüksek anksiyete düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Depresyon değişkeni için farkın ortaokul mezunu ve lise mezunu olan ebeveynler arasında olduğu, ortaokul mezunlarının daha yüksek depresyon düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Çaresiz yaklaşım değişkeni için bakıldığında farkın ilkokul mezunu olan ebeveynler ile üniversite mezunu olan ebeveynler arasında olduğu, ilkokul mezunu olanların çaresiz yaklaşımı daha fazla kullandıkları görülmüştür.

Bununla birlikte kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama ve yaşam doyumu değişkenleri için farklılığın üniversite mezunu olanlar ile ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olanlar arasında olduğu görülmüştür. Üniversite mezunu olan ebeveynlerin kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımları puanlarının diğer gruplara oranla anlamlı derece daha yüksek olduğu görülmüştür. Aynı zamanda üniversite mezunu olan ebeveynlerin yaşam doyumu düzeyleri de diğerlerine oranla daha yüksek bulunmuştur.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar alan yazın çerçevesinde tartışılmakta ve yorumlanmaktadır. Tartışma ve yorumlar, araştırma sorularının ve bulgular bölümünde izlenen sıraya göre verilmektedir.

Araştırmadan elde edilen ilk bulguda kız ve erkek Down Sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür (Tablo 4). Bir diğer ifadeyle Down Sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynler çocuğun cinsiyeti fark etmeksizin benzer oranda anksiyete yaşamaktadırlar. Alan yazın incelendiğinde araştırmanın bu bulgusunun diğer çalışmalar ile tutarlı olduğu görülmektedir (Akkök, 1989; Duman, 1995). Çengelci (2009) tarafından Down Sendromlu ve Otizmlı çocukların aileleri ile yapılan araştırma sonucunda da çocuğun cinsiyetinin ebeveynlerde anksiyete bulgusuyla anlamlı bir ilişki içerisinde olmadığı görülmüştür. Benzer şekilde Çoşkun ve Akkaş (2009) tarafından gerçekleştirilen araştırmada engelli çocuğa sahip olan annelerin kaygı puanlarının çocuğun cinsiyetine göre farklılık göstermediği görülmüştür. Ebeveynler için engelli bir çocuğa sahip olmak cinsiyetten bağımsız olarak başlı başına oldukça kaygı yaratan bir durumdur ve bu anlamda bulgularımızın mevcut bilgilerle uyumlu olduğu görülmüştür.

Araştırma sonucunda, kız ve erkek Down Sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Kız çocuğa sahip olan ebeveynlerin, erkek çocuğa sahip olan ebeveynlere oranla daha fazla depresyon belirtisi gösterdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Alan yazın incelendiğinde engelli kız çocuğuna sahip olan ailelerin depresyon düzeylerinin farklılaşmadığını gösteren sonuçlar (Akkök vd., 1992; Metintaş vd., 1996) bulunduğu gibi daha fazla depresyon bildirdikleri çalışmaların olduğu görülmektedir (Aydoğan ve Darıca, 2000; Ergin vd., 2007). Bu araştırma doğrultusunda ise kız çocuğuna sahip olan ebeveynlerin daha fazla depresyon bildirdikleri görülmüştür. Toplumsal cinsiyet rolleri dikkate alındığında, anne babaların çocuklarından beklentilerinin de bu doğrultuda şekillendiği görülmektedir. Bu noktada bakım ihtiyacı fazla olan engelli çocuklarda toplumsal rollerden kaynaklı

olarak kız çocukları adına daha fazla umutsuzluk ve mutsuzluk yaşandığı görülmektedir. Bu durumun nedeni, erkek çocuklarının bakım ihtiyaçlarının diğer kişiler tarafından giderilmesinin doğal ve normal olarak kabul edilmesi fakat kız çocukları için kendi bakımlarını karşılama noktasında bağımlı hale gelmelerinin ailelerde daha fazla mutsuzluk ve umutsuzluk duygularını uyandırdığı ifade edilmektedir (Aydoğan ve Darıca, 2000; Ergin vd., 2007).

Kız ve erkek Down Sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin stresle başa çıkma tarzları karşılaştırıldığında ise kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir (Tablo 6). Erkek çocuğa sahip olan ebeveynlerin kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşımı daha fazla sergiledikleri sonucuna ulaşılmıştır. Temel olarak bakıldığında, bu sonuç depresyon bulgusu ile tutarlı gözükmemektedir. Erkek çocuğa sahip olan ebeveynler biraz daha umutlu olmaları nedeniyle etkili başa çıkma tarzlarından olan kendine güvenli ve iyimser yaklaşımı tercih edebilmektedir. Alan yazın incelendiğinde çocuğun cinsiyeti ile başa çıkma tarzları arasında anlamlı bir farklılık görülmemen çalışmalar bulunduğu görülmektedir (Ayyıldız vd., 2012; Çan Aslan, 2010; Sarıkaya, 2011). Bu noktada çalışmanın bu bulgusunun alan yazından farklılaştığı görülmektedir.

Araştırmanın bir diğer bulgusu ise kız ve erkek Down Sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin yaşam kalitesi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür (Tablo 7). Bir diğer ifadeyle Down Sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynler çocuğun cinsiyeti fark etmeksizin benzer oranda yaşam doyumuna sahiptirler. Alan yazın incelendiğinde araştırmanın bu bulgusunun yapılan diğer çalışmalar ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Sarıkaya (2011) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hem annelerin hem de babaların yaşam kalitesi düzeyleri arasında çocuğun cinsiyetine göre anlamlı bir farklılık görülmediği sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte benzer bazı sonuçların da alan yazında yer aldığı görülmektedir (Deveci ve Ahmetoğlu, 2018; İlhan, 2014).

Down Sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma tarzı ve yaşam kalitesi puanlarının, cinsiyete göre değişip değişmediği incelendiğinde depresyon, kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım ile anlamlı bir farklılık göstermediği görülmüştür (Tablo 8). Bununla birlikte anksiyete, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal destek arama ve

yaşam kalitesi puanları arasında cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bir farklılık görüldüğü bulunmuştur (Tablo 8). Kadınların anksiyete düzeylerinin daha yüksek, yaşam doyumu düzeylerinin daha düşük olduğu görülürken; erkeklerin çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımlarını daha yüksek oranda kullandıkları görülmüştür. Alan yazın incelendiğinde bu konuda yapılan farklı çalışmaların olduğu görülmektedir. Alan yazında engelli çocuğu sahip olan anne babalarla yapılan araştırmalarda annelerin babalardan daha fazla psikolojik problemler yaşadığını gösteren pek çok araştırma bulunmaktadır (Beckman, 1989; Emerson, 2003; Özkan, 2001; Tonge vd., 2004; Toros, 2002). Ancak farklılık bildirmeyen çalışmaların da bulunduğu görülmektedir (Çan Aslan, 2010; Sarıkaya, 2011). Ortaya çıkan farklılıkların örneklem kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Down Sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma tarzı ve yaşam kalitesi puanlarının, yaşa göre değişip değişmediği incelendiğinde iyimser yaklaşım ve yaşam doyumu düzeyleri arasında yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür (Tablo 10). Bununla birlikte anksiyete, depresyon, kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama arasında yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Tüm değişkenler için farkın 30-40 yaş arasında bulunan ebeveynler ile 41-50 yaş aralığında bulunan bireyler arasında olduğu görülmüştür. 41-50 yaş aralığında bulunan bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin 31-40 yaş arasındaki ebeveynlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunduğu görülmüştür. Bununla birlikte 31-40 yaş aralığında bulunan ebeveynlerin, kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek aramayı 41-50 yaş arasındaki ebeveynlere oranla daha fazla kullandıkları görülmüştür. Alan yazın incelendiğinde, farklı araştırma bulgularının olduğu görülmektedir. Çan Aslan (2010) tarafından yapılan araştırmada, anne ve babalarının başa çıkma tarzlarının yaşa göre değiştiği sonucuna ulaşılmıştır. Aynı araştırmada 37-47 yaş grubundaki annelerin olumsuz başa çıkma tarzlarını daha fazla kullandıklarını sonucuna ulaşılmıştır. Sarıkaya (2011) tarafından yapılan diğer bir araştırmada ise başa çıkma tarzları açısından anlamlı bir farklılık görülmezken yaşam doyumu puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Bu noktada araştırmanın alan yazından farklı bulguları ortaya koyduğu görülmektedir.

Down Sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma tarzı ve yaşam kalitesi puanlarının, çocuk sayısına göre değişip değişmediği incelendiğinde anksiyete, kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama ve yaşam doyumu düzeyleri arasında çocuk sayısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür (Tablo 12). Bununla birlikte depresyon ve çaresiz yaklaşım arasında çocuk sayısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmüştür. Depresyon değişkeni için farkın 1 çocuğu olanlar ile 2 ve 3 çocuğu olan ebeveynler arasında olduğu görülmüştür. Tek çocuğu olan ebeveynlerin depresyon düzeylerinin 2 ve 3 çocuğu bulunan ebeveynlere oranla daha yüksek depresyon düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Bu durumda sahip olunan tek çocuğun engelli olmasının etkisi olduğu düşünülmektedir. Ebeveynlerin engelli bir çocuk dışında sağlıklı çocuklarının da bulunması durumunun depresyon düzeylerini düşürebileceği düşünülmektedir. Çaresiz yaklaşım için ise farkın 2 ve 3 çocuğu olan ebeveynler arasında olduğu görülmüştür. 2 çocuğu olan ebeveynlerin, 3 çocuğu olan ebeveynlere oranla çaresiz yaklaşımı daha fazla kullandıkları görülmüştür. Alan yazın incelendiğinde Ayyıldız ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan araştırmada başa çıkma tarzları ile çocuk sayısı değişkeni arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Ortaya çıkan farklı sonuçların araştırmaya katılan bireylerin farklı kişilik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Down Sendromlu çocuğa sahip olan ebeveynlerin anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma tarzı ve yaşam kalitesi puanlarının, eğitim düzeyine göre değişip değişmediği incelendiğinde tüm değişkenler için anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmüştür (Tablo 14). Anksiyete değişkeni için farkın ortaokul mezunu olan ebeveynler ile lise ve üniversite mezunu olan ebeveynler arasında olduğu; ortaokul mezunlarının lise ve üniversite mezunlarına oranla daha yüksek anksiyete düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Depresyon değişkeni için farkın ortaokul mezunu ve lise mezunu olan ebeveynler arasında olduğu, ortaokul mezunlarının daha yüksek depresyon düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Çaresiz yaklaşım değişkeni için bakıldığında farkın ilkököl mezunu olan ebeveynler ile üniversite mezunu olan ebeveynler arasında olduğu, ilkököl mezunu olanların çaresiz yaklaşımı daha fazla kullandıkları görülmüştür. Bununla birlikte kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama ve yaşam doyumu değişkenleri için

farklılığın üniversite mezunu olanlar ile ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olanlar arasında olduğu görülmüştür. Üniversite mezunu olan ebeveynlerin kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımları puanlarının diğer gruplara oranla anlamlı derece daha yüksek olduğu görülmüştür. Aynı zamanda üniversite mezunu olan ebeveynlerin yaşam doyumu düzeyleri de diğerlerine oranla daha yüksek bulunmuştur. Tüm sonuçlar incelendiğinde genel olarak eğitim düzeyinin artmasının daha olumlu verilere işaret ettiği görülmektedir. Alan yazın incelendiğinde bulgunun diğer çalışmalarla tutarlılık gösterdiği görülmektedir (Ayyıldız vd., 2012; Çan Aslan, 2010; Ergin vd., 2007; Sarıkaya, 2011).



SONUÇLAR

Bu araştırmada down sendromlu ergen ocuk sahibi olan ailelerin çocukların cinsiyete bağlı olarak anksiyete, depresyon, baş etme yöntemleri ve yaşam kalitesi bakımından karşılaştırılmıştır. Bu doğrultuda araştırma sonuçları aşağıda yer almaktadır:

1. DS'lu çocuğa sahip olan ebevenylerin, anksiyete düzeyleri DS'lu çocuğun cinsiyetine göre farklılaşmamaktadır. Ebeveynlerin anksiyete düzeyleri çocuğun cinsiyetinden bağımsızdır.

2. DS'lu çocuğa sahip olan ebevenylerin, depresyon düzeyleri DS'lu çocuğun cinsiyetine göre farklılaşmaktadır. DS kız çocuğa sahip olan ebeveynlerin daha depresif oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

3. DS erkek çocuğa sahip olan ebeveynlerin stresle başa çıkma yöntemi olarak kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım daha fazla kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır.

4. DS'lu çocuğa sahip olan ebeveynlerin yaşam kalitesi düzeyleri sahip oldukları DS ocuğun cinsiyetinden bağımsız olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

5. DS'lu çocuğa sahip olan ebeveynlerin depresyon, kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım düzeylerinin cinsiyet değişkeni açısından farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

6. DS'lu çocuğa sahip olan ebeveynlerde, kadınların anksiyete düzeylerinin daha yüksek, yaşam doyumunu düzeylerinin daha düşük olduğu görülürken; erkeklerin çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımlarını daha yüksek oranda kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır.

6. DS'lu çocuğa sahip olan ebeveynlerin iyimser yaklaşım ve yaşam doyumunu düzeyleri arasında yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür.

7. DS'lu çocuğa sahip olan ebeveynlerde, 41-50 yaş aralığında bulunan bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin 31-40 yaş arasındaki ebeveynlere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

8. DS'lu çocuğa sahip olan ebeveynlerde, 31-40 yaş aralığında bulunan ebeveynlerin, kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek aramayı 41-50 yaş arasındaki ebeveynlere oranla daha fazla kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır.

9. DS'lu çocuğa sahip olan ebeveynlerin anksiyete, kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama ve yaşam doyumunu düzeyleri arasında çocuk sayısı değişkeni ağıısından anlamlı bir farklılık sonucuna ulaşılmıştır.

10. DS'lu çocuğa sahip olan ebeveynlerde, tek çocuğu olan ebeveynlerin depresyon düzeylerinin 2 ve 3 çocuğu bulunan ebeveynlere oranla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

11. DS'lu çocuğa sahip olan ebeveynlerde, ortaokul mezunlarının lise ve üniversite mezunlarına oranla daha yüksek anksiyete ve depresyon düzeyine sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

12. DS'lu çocuğa sahip olan ebeveynlerde, ilkokul mezunu olanların çaresiz yaklaşımı daha fazla kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır.

13. DS'lu çocuğa sahip olan ebeveynlerde, üniversite mezunu olan ebeveynlerin kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımlarını daha fazla kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır.

14. DS'lu çocuğa sahip olan ebeveynlerde, üniversite mezunu olan ebeveynlerin yaşam doyumunu düzeylerinin diğerlerine oranla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

ÖNERİLER

Araştırmada kız çocuk sahibi olan ebeveynlerin daha yüksek depresyon ve olumsuz başa çıkma bildirdikleri görülmüştür. Bu doğrultuda kız çocuk sahibi olan ebeveynlere doğum anından itibaren sağlıklı başa çıkma tarzlarının öğretilmesi ve psikolojik olarak iyi oluşun artırılması adına destekleyici programların verilmesi önerilmektedir.

Araştırma farklı engel türüne sahip olan çocukların ebeveynleriyle gerçekleştirilerek genellenmesi sağlanabilir. Farklı engel türleriyle karşılaştırmalı çalışmalar gerçekleştirilebilir.

Araştırma, çocuğun yaşı, çocuğun eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik düzey gibi farklı demografik değişkenler açısından incelenebilir.

Araştırma katılan örneklem grubu Türkiye Down Sendromu Derneğine kayıtlı olan ebeveynlerden oluşmaktadır. Bu ebeveynlerin dernek kanalıyla daha fazla bilgiye erişebildikleri, aynı zamanda bir arada olmanın etkisiyle daha fazla sorun paylaşabildikleri düşünülmektedir. Bu noktada araştırmanın yalnızca bu örnekleme sınırlanmış olmasının bulgular üzerinde etki sahibi olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle araştırmanın daha farklı bir sahadan alınması durumunda daha farklı sonuçlara ulaşılabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmanın sonuçları, nicel araştırma kapsamında DS'lu çocuğa sahip olan ebeveynlerin ölçme araçlarına verdikleri yanıtlar doğrultusunda oluşturulmuştur. DS'lu çocuk sahibi olan ailelerin çocukların cinsiyete bağlı olarak anksiyete, depresyon, baş etme yöntemleri ve yaşam kalitesi bakımından nasıl farklılaştığı ve bu durumun değişkenleri nasıl etkilediği nitel araştırma yöntemleri ile derinlemesine incelenebilir. Nitel araştırmalar kapsamında görüşme, gözlem gibi farklı tekniklerden yararlanılarak ayrıntılı bilgilere ulaşılabilir.

KAYNAKLAR

Agudelo, C. ve Goeta, K. (1998). Triple-Marker Test as Screening for Down Syndrome: A Meta-Analysis. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 53, 369-376.

Akandere, M., Acar, M., & Baştuğ, G. (2009). Zihinsel ve fiziksel engelli çocuğa sahip anne ve babaların yaşam doyumunu ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (22), 23-32.

Akça, F., & Özyürek, A. (2019). Zihinsel Yetersizlikten Etkilenmiş ve Normal Gelişen Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Sıkıntıyı Tolere Etme, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyleri/The Distress Toleratation Status, Depression, Anxiety and Stress Levels of Parents Who Have Normally Developed Children and Who Have Intellectual Disability Children. *Journal of History Culture and Art Research*, 8(1), 347-361.

Akdemir, D., & Çetin, F. Ç. (2008). Çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümüne başvuran ergenlerin klinik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 15(1), 5-13.

Akın, G. (1995). Kan Yakını Evliliklerin Van Populasyonunda Sıklığı ve Bazı Etkileri Üzerine Araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih- Coğrafya Fakültesi Dergisi*(1), (27r), 1-2, 249-258.

Akkok, F., Aşkak, P., & Karancı, A. N. (1992). Özürlü Bir Çocuğa Sahip Anne-Babalardaki Stresin Yordannması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 1(02).

Akkök, F. (1989). Özürlü Bir Çocuğa Sahip Anne Ve Babaların Kaygı Ve Endişe Düzeyini Ölçme Aracının Güvenirlik Ve Geçerlik Çalışması. *Psikoloji Dergisi*, 23 (7), 26-39.

Akman, S. (2004). Stresin nedenleri ve açıklayıcı kuramlar. *Türk psikoloji bülteni*, 10(34-35), 40-56.

Albrecht, A. T., & Herrick, C. R. (2006). *100 questions & answers about depression*. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett.

Altınok, V. (2009). İş stresinin ortaöğretim öğretmenleri üzerindeki etkisi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 29(2), 513-532.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2007). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, dördüncü baskı yeniden gözden geçirilmiş tam metin (DSM-IV-TR). Köroğlu E (Çeviri Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Amerikan Psikiyatri Birliği, (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı* Köroğlu E (Çeviri Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Andrews, F. & Withey, S.B. (1976). *Social indicators of well-being: Americans perceptions of quality of life*. New York: Plenum Press.

Aslan, M., & Şeker, S. (2013). Engellilere yönelik toplumsal algı ve dışlanmışlık (Siirt Örneği). Erişim Adresi: <https://acikerisim.siirt.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12604/699/aslan-seker.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Erişim Tarihi: 12.03.2021.

Avcı, K. ve Pala, K. (2004). Uludağ üniversitesi tıp fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(2), 81-85.

Aydın, İ.(2007). *İş Yaşamında stres*. 3. Baskı, Ankara: Pegem Akademi.

Aydiner Boylu, A. (2013). Yaşlılıkta yaşam kalitesi ve konut ilişkisi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(1), 145-156.

Aydiner Boylu, A., & Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 8(15), 137-150.

Aydoğan (Akıncı) A, Darıca N (2000). Özürlü Çocuğa Sahip Anne-Babaların Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. *Çocuk Forumu Dergisi* 3(2):25-31.

Ayyıldız, T., Şener, D. K., Kulakçı, H., & Veren, F. (2012). Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Stresle Baş Etme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11(2)

Baltaş, Z. ve Baltaş, A. (2012). *Stres ve Başa Çıkma Yolları*, İstanbul: Remzi Kitabevi.

Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 327.

Batu, E. S. (2011). *0-6 Yaş Arası Down Sendromlu Çocuklar Ve Gelişimleri*. Ankara: Kök Yayıncılık.

Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, J. G., & Stanley, M. A. (1997). Anxiety disorders in the elderly: The emerging role of behavior therapy. *Behavior therapy*, 28(1), 83-100.

Beckman, P.J. (1989) Influence Of Selected Child Characteristic On Stressin Families Of Handicapped Infants. *American Journal Of Mental Deficiency*, 88, (2), 150- 154.

Berksun, O. E. (2003). *Anksiyete ve anksiyete bozuklukları*. İstanbul: Turgut Yayıncılık.

Bilginer, H. (2002). Down Sendromlu Çocuklarda Dil Gelişimi. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 19(1), 165-179.

Bilir, N., Özcebe, L. H., Vaizoğlu, S. A., Aslan, D., Subaşı, N., & Telatar, T. G. (2005). Van ilinde 15 yaş üzeri erkeklerde SF-36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 25(5), 663-668.

Bittles, A. H., Bower, C., Hussain, R., & Glasson, E. J. (2007). The four ages of Down syndrome. *European journal of public health*, 17(2), 221-225.

Blaug, R., Kenyon, A., Lekhi, R. (2007). *Stress at Work*. London: The Work Foundation.

Bozkurt, T. (2019). Koroner arter bypass greft ameliyatı olan hastalarda görülen semptomların bakım memnuniyeti üzerine etkisi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, İstanbul.

Bölükbaş, N., & Arslan, H. (2003). Huzur evinde kalan yaşlıların psikososyal yönlerinin incelenmesi. *Düşünen Adam*, 16(4), 235-39.

Braham, J. B. (2004). Stres Yönetimi: Ateş Altında Sakin Kalabilmek, (Çev.: Vedat G. DİKER), Hayat Yayınları, İstanbul.

Bubolz, M. M. and M. S. Sontag: 1993, 'Human ecology theory', in P. Boss, W. J. Doherty, R. LaRossa, W. Schumm and S. Steinmetz (eds.), *Sourcebook of Families Theories and Methods: A Contextual Approach* (Plenum Press, New York), pp. 419–447.

Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients--an hypothesis. *Journal of medical ethics*, 10(3), 124-127.

Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. Russell Sage Foundation.

Cembrowicz, S., & Kingham, D. (2002). *Beating depression: The "at your fingertips" guide: the complete guide to depression and how to overcome it*. London: Class Pub.

Ceylan, A., Özen, S., Palanci, Y., Saka, G., Aydın, Y. E., Kivrak, Y., & Tangolar, Ö. (2003). Lise son sınıf öğrencilerinde anksiyete-depresyon düzeyleri ve zararlı alışkanlıklar: Mardin çalışması*/Anxiety-depression levels and harmful habits at last year of high school students (the research of Mardin province). *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(3), 144.

Chudleigh, C., Naismith, S. L., Blaszczyński, A., Hermens, D. F., Hodge, M. A. R., & Hickie, I. B. (2011). How does social functioning in the early stages of psychosis relate to depression and social anxiety?. *Early intervention in psychiatry*, 5(3), 224-232.

Cohen, P., Cohen, J., & Brook, J. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence-II. Persistence of disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 34(6), 869-877. doi: 10.1111/j.1469-7610.1993.tb01095.x

Compas, B. E, Banez, G. A., Malcarne, V., & Worsham, N. (1991). Perceived control and coping with stress: A developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 47(4), 23-34.

Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H. & Wadsworth, M. E. (2001). Coping With Stress During Childhood And Adolescence: Problems, Progress, And Potential In Theory And Research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127. doi:10.1037/0033-2909.127.1.87.

Conlan, R. (2001). *Zihnin Halleri*. (Çev.: Derya DUMAN), Phoenix Yayınları, Ankara.

Costello, E. J., Foley, D. L., & Angold, A. (2006). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(1), 8-25. doi: 10.1097/01.chi.0000184929.41423.c0

Coşkun, Y., & Akkaş, G. (2009). Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygi Düzeyleri İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(1), 213-227.

Coşkun, Y., & Akkaş, G. (2009). Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygi düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(1), 213-227.

Cox, R. C. (1998). *Sport Psychology Conceptes and Applications*. Fourth Edition., 104-252.

Çan Aslan, Ç. (2010). *Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Anne Ve Babaların Psikolojik Belirtileri, Sosyal Destek Algıları Ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Karşılaştırılması* (Master's Thesis, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Çavuşoğlu, H. (2011). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*, 9. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Basımevi.

Çelik, F. H ve Hocaoğlu, Ç. (2016). Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*, 6(1), 51-66.

Çengelci, B. (2009). Otizm Ve Down Sendrom’lu Çocuğa Sahip Annelerin Kaygı Umutsuzluk Ve Tükenmişlik Duygularının Karşılaştırılması. *Ege Eğitim Dergisi*, 10(2), 1-23.

Çengelci, B. (2009). Otizm ve Down Sendrom’lu Çocuğa Sahip Annelerin Kaygı Umutsuzluk ve Tükenmişlik Duygularının Karşılaştırılması. *Ege Eğitim Dergisi*, 10(2), 1-23.

Çengelci, T. (2010). İlköğretim beşinci sınıf sosyal bilgiler dersinde değerler eğitiminin gerçekleştirilmesine ilişkin bir durum çalışması (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.

Day, A. (1992). Üniversite Öğrencilerinde Stres Algısı ve Stres Audit Ölçeği’nin Geçerliği, Güvenirliği. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.

Deveci, M., & Ahmetoğlu, E. (2018). Zihin Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyinin İncelenmesi. *Balkan Ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2), 123-131.

Duman, H. (1995). Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Anne Babaların Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılarak Çocuğa Yönelik Beklentilerinin Belirlenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Eğın, A. (2015). Çalışma Hayatında İş Stresi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul.

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 Childs Difficulties”, *Journal Of Intellectual Disability Research*, 47 (4/5), 385-399.

Endler, N. S., Speer, R. L., Johnson, J. M., & Flett, G. L. (2000). Controllability, coping, efficacy and distress. *European Journal of Personality*, 14(3), 245–264.

Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844–854.

Erdem, R. ve Ege, P. (2011). Down Sendromlu Bireylerin Zihin Kuramı Gelişimi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 12(1), 23-36.

Ergin, D., Nesrin, Ş. E. N., Eryılmaz, N., Eryılmaz, N. E., Pekuslu, S., & Kayacı, M. (2007). Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Depresyon Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 41-48.

Eriş, H. M. (2012). Üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesi düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Erkiral, C. (2014). Hemşirelerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.

Eroğlu, E. (2011). Örgütlerde iletişim kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (26), 137-149.

Eşel, E. (2003). Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 13(2), 78-87.

Fennell, M. (1989). Depression. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems* (pp. 169-235). New York: Oxford University Press

Flammer, A., Ito, T., Luthi, R., Plaschy, N., Reber, R., & Zurbriggen, L. (1995). Coping with control-failure in Japanese and Swiss adolescents. *Swiss Journal of Psychology*, 54, 277-288.

Fleming, J. E., & Offord, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(4), 571-580. doi: 10.1097/00004583-199007000-00010

Folkman, S, Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *The Annual Review of Psychology*, 55, 745-777.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). Coping As A Mediator Of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466-475. doi:10.1037/0022-3514.54.3.466.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotional coping during three stages of a college examination. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 48, 150-170.

Folkman, S., Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health And Social Behavior*, 21, 219-239.

Folkman.S., Lazarus.R.S., Gruen.R.J., Delongis.A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol. Mar.*, 50(3), 571-579.

Forsythe, C. J., & Compas, B. E. (1987). Interaction of cognitive appraisals of stressful events and coping: testing the goodness of fit hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 473-485.

Geçtan, E. (1984). Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar. Ankara: Maya Yayınları.

Gümüşay, T. (1997). Bir Metal Fabrikasında Çalışan İşçiler Üzerinde Stres Özsayı Verimlilik İlişkisinin İncelenmesi, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Güney, S. (2015). *Davranış Bilimleri*. 9. Baskı, Ankara: Nobel Yayıncılık.

Hart, K. E. (1990). Introducing stress and stress management to managers, *Journal of Managerial Psychology*, 5(2), 9-16.

Hayden, A. (1975). The Mulidisciplinary Preschool Programm for Down's Syndrome Children At The University of Washington Model Preshcool Center. *Exceptional Infant*(3), 169-185.

Hisli-Şahin, N. (2010). *Stresle Başa Çıkma (Olumlu Bir Yaklaşım)*, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları

Işık, E., & Taner, Y. I. (2006). *Çocuk, ergen ve erişkinlerde anksiyete bozuklukları*. İstanbul: Asimetrik Paralel Kitabevi.

Işık, E., Işık, U. ve Işık Taner, Y. (2013). *Çocuk, Ergen, Erişkin Ve Yaşlılarda Depresif Ve Bipolar Bozukluklar*. Ankara: Rotatıp Kitabevi.

İlhan, K. (2014).Engelli Çocuğu Olan Anne Ya Da Babalarda Aile Desteği Ve Aile Stresi İle İlgili Değişkenlerin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Jarinto, K. (2010). Eustress: A key to improving job satisfaction and health among Thai managers comparing US, Japanese, and Thai companies using SEM analysis. Japanese, and Thai Companies Using SEM Analysis (December 29, 2010).

Kara, M., Kargün, K., Köse, H., Aygün, A. D., & Şen, A. (2013). Double Trizomiye (48, XXX,+ 21) Sahip Down Sendromlu Bir Çocuk: Olgu Sunumu. *Firat Tıp Dergisi*, 18(2).

Karaoğlan, Ç. (2020). Şiddet gören kadınların depresyon, psikolojik dayanıklılık ve benlik saygıları üzerine bir araştırma (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Uludağ Üniversitesi, Bursa.

Kasatura İ. (1998). *Kişilik ve Özgüven*. İstanbul: Evrim Yayınevi.

Kaygusuz, E. (1993). Otistik ve Down sendromlu çocukların annelerinde depresyon ve durumluk sürekli anksiyete düzeylerinin incelenmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), İstanbul Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Kendler, K. S., Kuhn, J., & Prescott, C. A. (2004). The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major

depression. *The American Journal of Psychiatry*, 161(4), 631-636. doi: 10.1176/appi.ajp.161.4.631

Kesen, N. F. (2014). Üniversite öğrencilerinin duygu stillerinin beş faktör kişilik özellikleri depresyon, anksiyete ve strese göre incelenmesi (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.

Kessler, R. C., & Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression and Anxiety*, 7(1), 3-14. doi: 10.1002/(SICI)1520-6394(1998)7:1<3::AID-DA2>3.0.CO;2-F

Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Ries, M. K. (2001). Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1002-1014. doi: 10.1016/S0006-3223(01)01129-5

Kessler, R. C., Brandenburg, N., Lane, M., Roy-Byrne, P., Stang, P. D., Stein, D. J., & Wittchen, H. U. (2005). Rethinking the duration requirement for generalized anxiety disorder: Evidence from the national comorbidity survey replication. *Psychological Medicine*, 35(7), 1073–1082. doi: 10.1017/S0033291705004538

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005a). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617-627.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005b). Corrections: Errors in Byline, Author Affiliations, and Acknowledgment in: Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication.

Kessler, R. C., Foster, C., Webster, P. S., & House, J. S. (1992). The relationship between age and depressive symptoms in two national surveys. *Psychology and Aging*, 7(1), 119-126. doi: 10.1037/0882-7974.7.1.119

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the national

comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19. doi: 10.1001/archpsyc.1994.03950010008002

Kırbaş, Z. Ö. (2013). Down Sendromlu Çocukların Annelerinin Aile İşlevlerini Algılama Ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

Kiefer, R. A. (2008). An integrative review of the concept of well-being. *Holistic Nursing Practice*, 22(5), 244-252.

Kocatürk, U. (2006). *Tıp terimleri sözlüğü*. 4. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Köknel, Ö. (1989). *Stres ve Hastalıkları* (Nevzat Tarhan, Ed.). İstanbul: Gri Ajans

Köse, H. (2009). Dağcılar ve Sedenterlerde öz bilinç ile depresyon, anksiyete ve stres ilişkisi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi, Sakarya.

Lam, A. G., & Zane, N. W. S. (2004). Ethnic differences in coping with interpersonal stressors. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35(4), 446-459.

Lazarus, R. S. (1993). From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks, *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.

Lee McIntyre, L., Kraemer, B. R., Blacher, J., & Simmerman, S. (2004). Quality of life for young adults with severe intellectual disability: Mothers' thoughts and reflections. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29(2), 131-146.

Lee, H., & Mason, D. (2014). Cultural and gender differences in coping strategies between Caucasian American and Korean American older people. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 29(4), 429-446.

Lehman, M. M. (1996, October). Laws of software evolution revisited. In *European Workshop on Software Process Technology* (pp. 108-124). Springer, Berlin, Heidelberg.

Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M., Seeley, J. R., & Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(1), 109-117. doi: 10.1037/0021-843X.107.1.109

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Klein, D. N., & Seeley, J. R. (1999). Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*(1), 56-63. doi: 10.1097/00004583-199901000-00020

Mccarty, C. A., Weisz, J. R., Wanitromanee, K., Eastman, K., Suwanlert, S., & Chaiyasit, W. (1999). Culture, coping, and context: Primary and secondary control among Thai and American youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*, 809-818.

Mena, F., Padilla, A. ve Maldonado, M. (1987). Acculturative stress and specific coping strategies among immigrant and later generation college students. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 9*(2), 207-225.

Merikangas, K. R., & Rihmer, Z. (2017). Mood disorders: Epidemiology. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, P. Ruiz & H. I. Kaplan (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (10th ed., pp. 4139-4154). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Mete, H. E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri, 11*(3), 3-18.

Metintaş, Sarıboyacı, Arslantaş Vd. (1996). Eskişehir İlinde Özel Eğitim Gören Zihin Engelli Çocukların Annelerinde Depresyon. *Sevgi Çiçekleri Zihinsel Yetersizlik Araştırma, Eğitim Ve Haber Dergisi 1*(1):3-7.

Mevsim, V ve Yılmaz, O. (2017). Birinci Basamakta Depresyon Tanı ve Ayırıcı Tanısı. *Türkiye Klinikleri J Family Medicine-Special Topics, 8*(1), 21-28.

Michael, T., Zetsche, U., & Margraf, J. (2007). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry, 6*(4), 136-142.

Miller, J. A. (1998). *Çocuklarda depresyon* (M. Işık, çev. ed.). İstanbul: Özgür Yayınları. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. (Çalışmanın orijinali 1998`de yayımlanmıştır).

Mitchell J, Trangle M, Degnan B, Gabert T, Haight B, Kessler D et al. Adult Depression in Primary Care. Institute for Clinical Systems Improvement (Internet) 2016 March (cited 02.04.2021), 1-132. Available from: <https://www.icsi.org/guideline/depression/>.

Morgan, C. T. (1991). *Psikolojiye Giriş*. (Rükzan Eski, Sirel Karakaş, Çev. Ed.). Konya: Eğitim Kitabevi Yayınları.

Morling, B., & Fiske, S. T. (1999). Defining and measuring harmony control. *Journal of Research in Personality*, 33, 379-414.

Morris, C. G. (2002). *Psikolojiyi Anlamak: Psikolojiye Giriş*. (H. B. Ayvaşık ve M. Sayıl, çev.) Ankara: Türk Psikologlar Derneği.

Mucha, B. (2016). The Impact of Working Life Conditions on the Quality of Life. *Journal of Quality and Environmental Studies*, 3(2), 12-22.

Onur, B. (2011). *Gelişim Psikolojisi Yetişkinlik – Yaşlılık – Ölüm* (9. Basım). Ankara: İmge Yayınları.

Özata, M. (2019). Akıllı telefon bağımlılığı belirtilerinin uyku kalitesi ve yaşam kalitesi üzerine etkisi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, Ankara.

Özcan, E. M., Ünal, A. ve Çakıcı, A. B. (2014). Sağlık çalışanlarında işe bağlı stres: konya numune hastanesi saha çalışması. *Aksaray Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(1), 125-131.

Özkan, S. (2001). Zihinsel Engelli Ve Normal Çocuğa Sahip Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek Ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü Özel Eğitim Anabilim Dalı

Öztürk, O. (2001). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitapları Yayınevi.

Parker, G. (2004). *Dealing with depression: a commonsense guide to mood disorders*. Crows Nest, N.S.W: Allen & Unwin.

Partlak, N., (2003). Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları ve İntihar Olasılıkları Arasındaki İlişki. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Pearlin L. I (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.

Ptacek, J. T., Smith, R. E., & Dodge, K. L. (1994). Gender differences in coping with stress: when stressor and appraisals do not differ. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(4), 421–430.

Remes, O., Brayne, C., & Lafortune, L. (2014). The prevalence of anxiety disorders across the life course: a systematic review of reviews. *The Lancet*, 384, 66.

Rice, R. W., Frone, M. R., & McFarlin, D. B. (1992). Work—nonwork conflict and the perceived quality of life. *Journal of Organizational behavior*, 13(2), 155-168.

Rosario, M., Shinn, M., Mørch, H., & Huckabee, C. B. (1988). Gender differences in coping and social supports: Testing socialization and role constraint theories. *Journal of Community Psychology*, 16(1), 55–69.

Sarıkaya, S. (2011). *Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Ebeveynlerin Stresle Başa Çıkma Düzeylerinin Ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi* (Doctoral Dissertation, Deü Eğitim Bilimleri Enstitüsü).

Sigmon S. T., Stanton, A. L., & Snyder, C. R. (1995). Gender differences in coping: A further test of socialization and role constraint theories. *Sex Roles*, 33(9-10), 565–587.

Sirgy, M. J., Samli, A. C., & Meadow, H. L. (1982). The interface between quality of life and marketing: A theoretical framework. *Journal of Marketing & Public Policy*, 1(1), 69-84.

Skantze, K., & Malm, U. (1994). A new approach to facilitation of working alliances based on patients' quality of life goals. *Nordic Journal of psychiatry*, 48(1), 37-55.

Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 100-113.

Stefanis, C, N., & Stefanis N. C. (2002). Diagnosis of depressive disorders: A review. In M. Maj & N. Sartorius (Eds.), *Depressive disorders volume I* (2nd ed., pp. 1-51). Chichester: Wiley.

Stone, A. A., & Neale, J. M. (1984). New measure of daily coping: Development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4(6), 892-906.

Stranks, J. (2005). *Stress at work*. London: Routledge.

Şimşek, M. A. (2005). Stres Yönetimi Programının Bursa İlinde Sanayi Alanında Çalışan Personelin Stres Düzeyine Etkisi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Uludağ Üniversitesi, Bursa.

Tapan, E. (2005). *Devam Eden Hikayemiz Ben Mutlu Bir Down Annesiyim-2*. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.

Terry, D. J. (1994). Determinants of coping: the role of stable and situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 895-910.

Tomar, H. (2002). 17 Ağustos Marmara Depreminden Sonrasında Farklı Meslek Gruplarındaki Bireylerde Görülen Stres Yaşantıları ve Başa Çıkma Davranışları. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon.

Tonge, B.J., Einfeld, S.L., Gray, K.M., Vd. (2004). The Family Burden Of Emotional And Behavioural Problems İn Children With İntellectual Disability, Iassid Worlg Congerss Abstracts, Journal Of Intellectual Disability Research, 48:370.

Torlak, S., S., & Yavuzçehre, Ş. P. (2008). Denizli kent yoksullarının yaşam kalitesi üzerine bir inceleme. *Çağdaş Yerel Yönetimler*, 17(2), 23-44.

Toros, F. (2002). Zihinsel Veya Bedensel Engelli Çocukların Anne Ve Babalarında Anksiyete, Depresyon Ve Evlilik Uyumunun Değerlendirilmesi. 3p Dergisi, 10 (3)

Tuğrul Daş, C. (2000) Stres ve Depresyon, *Türk Psikiyatri Dizini, Psikiyatri Dünyası Dergisi*, 4(1), 12-17.

Tura, G. (2017). Engelli Çocuğu Olan Ve Çocuğu Engelli Olmayan Annelerin Anksiyete, Depresyon Ve Psikolojik Sağlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(18), 30-36.

Turan, A. (2002). *Sevgi Dili Konuşan Çocuklar*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.

Tüylü, İ. (2017). Yetişkin seperasyon anksiyetesinin somatik belirtiler üzerine etkisi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.

Uzbay, İ. T., & Yüksel, N. (2002). Anksiyete tedavisinde kullanılan ilaçların farmakolojisi ve kullanım güvenliği. *Turk. J. Clin. Psych*, 5, 14-26.

Ütine, G. E. ve Boduroğlu, K. (2013). Konjenital Anomalilerden Korunma. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 56(1), 28-37.

Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 473-483.

WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2017). Depression and other common mental disorders global health estimates. *World Health Organization*. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

Yelkenci, İ. (2013). Üniversite sınavına hazırlanan öğrencilerin depresyon ile anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek lisans tezi). İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul.

Yıldırım, İ. (1991). Stres ve stresle başa çıkmada gevşeme teknikleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (6), 175-189.

Zaff, S. F., Blount, R. C., Philips, L. A., & Cohen, L. (2002). The role of ethnic identity and self construal in coping among African American and Caucasian American 7th graders: an exploratory analysis of within group variance. *Adolesence*, 37, 751-773.

Ziyalar, A. (2006). *Erişkin Psikopatolojisi*. İstanbul: Yüce Yayın Dağıtım.

EKLER

EK- 1 Kişisel Bilgi Formu

Yaş:	<input type="checkbox"/> 20-30	<input type="checkbox"/> 31-40	<input type="checkbox"/> 41-50	<input type="checkbox"/> 51-60	<input type="checkbox"/> 61-65	<input type="checkbox"/> 65-70	<input type="checkbox"/> 71-75	<input type="checkbox"/> >76
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Erkek	Telefon: 0 (_ _ _) _ _ _ _ _ _					
Çocuk sayısı / yaşları / eğitim durumları								

Yaşadığı Yer:	<input type="checkbox"/> Büyük şehir	<input type="checkbox"/> Şehir	<input type="checkbox"/> İlçe	<input type="checkbox"/> Köy				
Sosyal Güvence:	<input type="checkbox"/> Özel Sigorta	<input type="checkbox"/> SGK	<input type="checkbox"/> Yeşil Kart	<input type="checkbox"/> Yok				
Medeni Durum:	<input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> Bekar	<input type="checkbox"/> Eşi vefat etmiş	<input type="checkbox"/> Boşanmış				
Alkol Kullanımı:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Nadiren	<input type="checkbox"/> Haftada 1 kadeh	<input type="checkbox"/> Günde 1 kadeh				
Sigara Kullanımı:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Bırakmış	<input type="checkbox"/> Tek-tük	<input type="checkbox"/> Haftada 1 paket	<input type="checkbox"/> Günde 1 paket paket/yıl		
Yaşadığı Ev:	<input type="checkbox"/> Apartman dairesi	<input type="checkbox"/> Müstakil	<input type="checkbox"/> Misafirhane - otel	<input type="checkbox"/> Bakım evi				
Kaldığı ev:	<input type="checkbox"/> Kendisine ait	<input type="checkbox"/> Allesine ait	<input type="checkbox"/> Kira					
Yaşama ortamı:	<input type="checkbox"/> Tek başına	<input type="checkbox"/> Eşyle	<input type="checkbox"/> Eşi ve çocuklarıyla	<input type="checkbox"/> Bakıcı ile				
Eğitim Durumu	<input type="checkbox"/> Okur-yazar değil	<input type="checkbox"/> İlkokul	<input type="checkbox"/> Ortaokul mezunu	<input type="checkbox"/> Lise mezunu	<input type="checkbox"/> Üniversite			
İşi:	<input type="checkbox"/> Çalışmıyor	<input type="checkbox"/> Emekli	<input type="checkbox"/> Masa-başı iş	<input type="checkbox"/> Bedensel iş				
Gelir Düzeyi	<input type="checkbox"/> Asgari Ücret Altı	<input type="checkbox"/> Asgari Ücret	<input type="checkbox"/> Asgari Ücretin 2 Katı	<input type="checkbox"/> Asgari Ücretin >3 Katı				
Kronik Hastalıklar:	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon	<input type="checkbox"/> Diyabet	<input type="checkbox"/> Osteoartrit	<input type="checkbox"/> Hiperlipidemi				

EK- 2 Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK- 3 Beck Depresyon Envanteri

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o madde numarasının karşısında, size uygun ifadeye karşılık gelen seçeneği bulup işaretleyiniz.

- 1- a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
b) Kendimi üzgün hissediyorum.
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
- 2- a) Gelecekte umutsuz değilim.
b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
- 3- a) Kendimi başarısız görmüyorum.
b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığım olduğunu görüyorum.
d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4- a) Herşeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
b) Herşeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
c) Artık hiçbirşeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
d) Bana zevk veren hiçbirşey yok. Her şey çok sıkıcı.
- 5- a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
- 6- a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
b) Bazı şeyler için cezalandırılabilirim hissediyorum.
c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- a) Kendimden hoşnutum.
b) Kendimden pek hoşnut değilim.
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum.
- 8- a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
- 9- a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum fakat bunu yapamam.
c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
d) Bir fırsatım bulsam kendimi öldürürüm.
- 10- a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.

- 11- a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
c) Çoğu zaman sinirliyim.
d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenmiyorum.
- 12- a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
- 13- a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
b) Şu sıralar kararlarımı vermeyi erteliyorum.
c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15- a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiçbir iş yapamıyorum.
- 16- a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
d) Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum.
- 18- a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
d) Artık hiç iştahım yok.
- 19- a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
Daha az yiyerek kilo kaybetmeye çalışıyorum: Evet () Hayır ()
- 20- a) Sağlığım beni pek endişelendiriyor.
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
c) Ağrı, sızı gibi sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka birşey düşünmüyorum.
- 21- a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
d) Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı.

EK- 4 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarımızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına işaret koyun.

	Bir sıkıntımd olduğunda...	%0	%30	%70	%100
1.	Bir mucize olmasını beklerim.				
2.	Kimsenin bilmesini istemem.				
3.	İyimser olmaya çalışırım.				
4.	Olayları büyütmeyip üzerinde durmaya çalışırım.				
5.	Başta gelen çekilir diye düşünürüm.				
6.	Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7.	Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum.				
8.	Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9.	İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.				
10.	Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendime bulurum.				
11.	Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12.	Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				

13.	İş olacağına varır diye düşünüyorum.				
14.	Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunu için uğraşırım.				
15.	Problemin çözümü için adak adarım.				
16.	Herşeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17.	Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18.	Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19.	Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.				
20.	Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21.	Mücadeleden vazgeçerim.				
22.	Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23.	Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24.	Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim.				
25.	"Keşke daha güçlü olsaydım" diye düşünürüm.				
26.	Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim.				
27.	"Benim suçum ne" diye düşünürüm.				
28.	"Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm.				
29.	Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30.	Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

EK- 5 Yaşam Doymumu Ölçeği

Yaşam Doymumu Ölçeği Satisfaction with Life as a Whole and The PWI-A Scale

Aşağıdaki sorular 0-10 arasındaki puanları içeren bir derecelendirme üzerinden sizin hangi düzeyde bir yaşam doyumuna sahip olduğunuzu sormaktadır. Lütfen her soruyu dikkatle yanıtlayınız.

0:Tümüyle Doyumsuzluk; 5:Kararsız; 10:Tümüyle Doyum

No	Yaşam Doymumu Ölçeği	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Kendi yaşamınızı ve kişisel koşullarınızı düşündüğünüzde yaşamınızdan bir bütün olarak ne kadar memnunsunuz?											
2.	Yaşam standartlarınızdan ne kadar memnunsunuz?											
3.	Sağlığınızdan ne kadar memnunsunuz?											
4.	Yaşamınızda başardıklarınızdan ne kadar memnunsunuz?											
5.	Kişisel ilişkilerinizden ne kadar memnunsunuz?											
6.	Kendinizi güvende hissetme düzeyinizden ne kadar memnunsunuz?											
7.	Kendinizi bir topluluğun üyesi olarak hissetmekten ne kadar memnunsunuz?											
8.	Geleceğinizin güvenliğinden ne kadar memnunsunuz?											
9.	Din ya da maneviyatınızdan ne kadar memnunsunuz?											
No	Satisfaction with Life as a Whole and The PWI Scale (Written Format)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Thinking about your own life and personal circumstances, how satisfied are you with your life as a whole ?”											
2.	How satisfied are you with your standard of living ?											
3.	How satisfied are you with your health ?											
4.	How satisfied are you with what you are achieving in life ?											
5.	How satisfied are you with your personal relationships ?											
6.	How satisfied are you with how safe you feel ?											
7.	How satisfied are you with feeling part of your community ?											
8.	How satisfied are you with your future security ?											
9.	”How satisfied are you with your spirituality or religion ?											