



T.C

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

UYGULAMA PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUKLARIN AİLELERİNDE  
DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİLERİ

YASEMİN TAŞ

DANIŞMAN: DOÇ. DR. FERİDE GÖKBEN HIZLI SAYAR

İstanbul – 2017



T.C

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

UYGULAMA PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUKLARIN AİLELERİNDE  
DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİLERİ

YASEMİN TAŞ

164101044

YÜKSEK LİSANS

TEZİ

DANIŞMAN: DOÇ. DR. FERİDE GÖKBEN HIZLI SAYAR

İstanbul – 2017



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 164101044
Öğrenci Adı Soyadı	: Yasemin TAŞ
Anabilim Dalı	: Uygulamalı Psikoloji
Tez Danışmanı	: Doç.Dr. Gökben HIZLI SAYAR
Tezin Başlığı	: ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUKLARIN AİLELERİNDE DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİLERİ

Toplantı Tarihi	: 30.12.2017	Saat	: 16:00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="radio"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir.			
<input checked="" type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın tez çalışması başarılı bulunarak <b>KABUL</b> edilmesine,			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonunda tez çalışmasının <b>DÜZELTİLMESİNE</b> , düzeltme için adaya ..... ay <b>EK SÜRE</b> verilmesine ( <i>en fazla 3 ay</i> )			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonunda tezin <b>REDDİLMESİNE</b>			
<input checked="" type="radio"/> <b>OY BİRLİĞİ</b> <input type="radio"/> <b>OY ÇOKLUĞU</b>			
İle karar verilmiştir.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="radio"/> Değişmedi. <input type="radio"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="radio"/> GELMEDİ		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="radio"/> <b>OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.</b>			

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Doç.Dr. Gökben HIZLI SAYAR	
Üye	Yrd.Doç.Dr. Hüseyin ÜNÜBOL	
Üye	Doç.Dr. Korkut ULUCAN	

## YEMİN

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Zihinsel Engelli Çocukların Ailelerinde Depresyon ve Anksiyete Belirtileri**” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

19/12/2017

**Yasemin TAŞ**

İmza

## TEŐEKKÖR

Yüksek lisans tezimin tamamlanmasında bana olan desteğini hiçbir zaman esirgemeyen danışman hocam Doç. Dr. Feride Gökben Hızlı Sayar'a tez sürecindeki yardımlarından dolayı ve yüksek lisans tezime baştan beri yardımlarını esirgemeyen eşim Yrd. Doç. Dr. Ümit Taş'a teşekkür ederim.

Yasemin TAŞ

Aralık 2017



# İÇİNDEKİLER

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA TUTANAĞI.....	ii
YEMİN .....	iii
TEŞEKKÜR .....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
ÖZET .....	ix
SUMMARY .....	x
KISALTMALAR.....	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xii
BÖLÜM I .....	1
GİRİŞ .....	1
1.1.GİRİŞ .....	1
1.2. ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUKLARIN AİLELERİNDE PROBLEM DURUM .....	2
BÖLÜM II.....	4
LİTERATÜR TARAMASI .....	4
2.1. ZİHİNSEL ENGELLİLİK .....	4
2.1.1.Tarihsel süreçleri .....	4
2.1.2. Zihinsel engellilerde yaygınlık oranı .....	6
2.1.3. Zihinsel engellide tanılama .....	6
2.1.4. Zihinsel engellinin tanımı .....	7
2.1.5. Zekânın tanımı ve özellikleri .....	8
2.2. ZİHİNSEL ENGELLİ OLMA NEDENLERİ .....	10
2.2.1. Kalıtım .....	13
2.2.2. Kafatası anomalileri .....	15
2.2.3. Çevresel nedenler .....	16

2.2.4. Doğumsal travmalar .....	17
2.2.5. Doğum sonrası oluşan nedenler .....	18
<b>2.3. ZİHİNSEL ENGELLİLİK GÖSTEREN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR .....</b>	<b>19</b>
2.3.1. Yaygın gelişimsel bozukluk (YGB).....	19
2.3.2. Otizm .....	19
2.3.3. Asperger sendromu .....	21
2.3.4. Epilepsi ( Sara hastalığı) .....	21
2.3.5. Mental retardasyon .....	22
2.3.6. Rett sendromu .....	22
<b>2.4. ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUKLARIN GELİŞİM EVRELERİ .....</b>	<b>23</b>
2.4.1. Zihinsel engelli çocuklarda bilişsel gelişim .....	23
2.4.2. Psikomotor gelişimleri .....	23
2.4.3. Zihinsel engelli çocukların dil gelişimi .....	24
2.4.4. Zihinsel engelli çocukların sosyal gelişimleri .....	24
<b>2.5. ZİHİNSEL ENGELİN SINIFLANDIRILMASI .....</b>	<b>25</b>
2.5.1. Hafif derecede zekâ geriliği .....	25
2.5.2. Orta derece zekâ geriliği .....	25
2.5.3. Ağır derece( şiddetli) zekâ geriliği.....	26
2.5.4. Çok ağır derecede zekâ geriliği.....	26
<b>2.6. ZİHİNSEL ENGELLİLERDE EĞİTSEL SINIFLANDIRMA .....</b>	<b>27</b>
2.6.1. Eğitilebilir zihinsel engelli bireyler.....	27
2.6.2. Öğretilebilir zihinsel engelliler .....	27
<b>2.7. ÜLKEMİZDEKİ ZİHİNSEL ENGELLİLER.....</b>	<b>28</b>
<b>2.8. ZİHİNSEL ENGELLİĞİN DAVRANIŞ ANALİZİ .....</b>	<b>29</b>
<b>2.9. ZİHİNSEL ENGELLİLİK VE AİLE .....</b>	<b>29</b>
2.9.1. Aile tanımı .....	29
2.9.2. Sosyal bağlamlar .....	29
2.9.3. Engelli çocuğu olan ailelerin tutum ve davranışları .....	31
2.9.4. Zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin işlevselliğinin değerlendirilmesi .....	32
2.9.5. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin yaşam boyutu .....	35
2.9.6. Zihinsel engelli çocukların ailelerinde bakım yükü ve evde bakım .....	37
2.9.7. Zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin stres durumu .....	39
2.9.8. Zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin genel olarak tükenmişlik.....	44
2.9.9. Tükenmişlik boyutları .....	46
2.9.10. Duygusal tükenme .....	46
2.9.11. Duyarsızlaşma.....	47
<b>2.10. TÜKENMİŞLİK BELİRTİLERİ .....</b>	<b>47</b>
<b>2.11. TÜKENMİŞLİK NEDENLERİ .....</b>	<b>49</b>
<b>2.12. ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP AİLELERDE TÜKENMİŞLİK .....</b>	<b>49</b>

<b>2.13. TÜKENMİŞLİĞİN SONUÇLARI.....</b>	<b>50</b>
<b>2.14. TÜKENMİŞLİK VE BAŞA ÇIKMA YOLLARI .....</b>	<b>50</b>
<b>BÖLÜM III.....</b>	<b>52</b>
<b>YÖNTEM VE ARAÇLAR.....</b>	<b>52</b>
<b>3.1. Kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları .....</b>	<b>52</b>
<b>3.2. ENGELLİ ÇOCUK SAHİBİ OLAN VE OLMAYAN AİLELERİN .....</b>	<b>54</b>
<b>KARŞILAŞTIRILMASI.....</b>	<b>54</b>
3.2.1. Betimsel istatistikler .....	54
3.2.2. Engelli çocuğu olan ve olmayan ailelerin BDE ve BA istatistikleri .....	64
3.2.3. Engelli çocuğu olan ailelerin BDE ve BA istatistikleri.....	85
3.2.4. Engelli çocuğu olan ve olmayan ailelerin BDE ve BA istatistiklerinin karşılaştırılması .....	88
<b>3.3. ENGELLİ ÇOCUĞU OLAN AİLELERİN BA VE BDE ÖLÇEKLERİNİN DEMOGRAFİK BİLGİLERE GÖRE DUYARLILIKLARIN SPSS TEK YÖNLÜ ANOVA VEYA BAĞIMSIZ ÖRNEKLER TESTİ ( T-TEST) İLE BELİRLENMESİ .....</b>	<b>89</b>
3.3.1. Annenin yaşı ile BA ve BDE arasındaki ilişki: .....	90
3.3.2. Diğer çocuklarda engel durumu ile BA ve BDE arasındaki ilişki: .....	92
3.3.3. Çocuğun ilköğretime gitme durumu ile BA ve BDE arasındaki ilişki: .....	93
3.3.4. Anne ve baba arasında akrabalık durumu ile BA ve BDE arasındaki ilişki: .....	94
3.3.5. Ankete katılanın cinsiyet durumu ile BA ve BDE arasındaki ilişki: .....	95
3.3.6. Babanın yaşı ile BA ve BDE arasındaki ilişki: .....	96
<b>3.4. ENGELLİ ÇOCUK AİLELERİN DEMOGRAFİK BİLGİLERİ İLE BDE VE BA ÖLÇEKLERİ ARALARINDA ANLAMLI BULUNMAYAN İLİŞKİLER .....</b>	<b>98</b>
3.4. 1. Çocuğa bakacak bir yardımcının varlığı durumu ile BA ve BDE arasındaki ilişki: .....	98
3.4.2. Annenin eğitimi ile BA ve BDE arasındaki ilişki: .....	99
3.4.3. Çocuk sayıları ile BA ve BDE arasındaki ilişki:.....	100
3.4.4. Babanın eğitimi ile BA ve BDE arasındaki ilişki: .....	101
3.4.5. Ailenin gelir durumu ile BA ve BDE arasındaki ilişki: .....	102
3.4.6. Engelli çocuğun yaşı ile BA ve BDE arasındaki ilişki: .....	103
3.4.7. Engelli çocuğun cinsiyeti ile BA ve BDE arasındaki ilişki: .....	104
3.4.8. Çocukta tuvalet eğitimi ile BA ve BDE arasındaki ilişki:.....	105
3.4.9. Çocuğun hastalığı hakkında bilgi sahibi olmak ile BA ve BDE arasındaki ilişki: .....	106
3.4.10. Çocuğun engelinin fark edildiği yaş ile BA ve BDE arasındaki ilişki: .....	107
3.4.11. Çocuğun konuşma zamanı ile BA ve BDE arasındaki ilişki: .....	108
3.4.12. Engel fark edildiğinde doktora gitme yaşı ile BA ve BDE arasındaki ilişki: .....	109
3.4.13. Çocuğun yürüme zamanı ile BA ve BDE arasındaki ilişki: .....	111
3.4.14. Özel eğitim alma süresi ile BA ve BDE arasındaki ilişki: .....	113
3.4.15. Çocuğun engel türü ile BA ve BDE arasındaki ilişki: .....	115
3.4.16. Engelli çocuğun yaşı ile BA ve BDE arasındaki ilişki:.....	116



<b>BÖLÜM IV .....</b>	<b>118</b>
<b>TARTIŞMA.....</b>	<b>118</b>
<b>4.1. Engelli çocuğu olan ve olmayan aileler arasındaki ilişki .....</b>	<b>118</b>
<b>4.2. Demografik bilgilere göre ailelerin anksiyete ve depresyon düzeyleri .....</b>	<b>120</b>
4.2.1. Engelli çocuğa sahip olan annenin yaşı ile BDE ve BA ölçekleri ilişkişi .....	121
4.2.2. Birden fazla çocuklarında engelin varlığı durumu ile karşılaştırılması.....	121
4.2.3. Anne ve baba arasında akrabalık durumunun karşılaştırılması .....	121
4.2.4. Engelli çocuğunun ilköğretime gitmesi durumunun karşılaştırılması.....	122
4.2.5. Engelli çocuğa sahip olan anne veya babanın karşılaştırılması .....	123
4.2.6. Babanın yaşı ile BDE ve BA ölçeklerinin karşılaştırılması .....	123
<b>BÖLÜM V .....</b>	<b>125</b>
<b>SONUÇLAR, YORUMLAR VE ÖNERİLER .....</b>	<b>125</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>127</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>137</b>

## ÖZET

### ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUKLARIN AİLELERİNDE DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİLERİ

**Bu araştırmanın amacı** engelli çocuk sahibi ailelerin yaşadıkları depresyon ve anksiyete belirtilerinin düzeyini ve bu belirtilerin ailenin sosyodemografik özellikleri ve çocuğun engeline ait klinik özelliklerle ilişkisini saptamaktır.

Bu düşünceden hareketle, incelemeler ve araştırmalar İl Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı okullar ve İstanbul Anadolu yakasındaki özel eğitim merkezlerinde yapılmıştır. Bu amaçla engelli çocuğa sahip 98 ebeveyne ve bu çocuklarla yaş-cinsiyet açısından eşleştirilmiş ancak zihinsel engeli olmayan çocukların 88 ebeveynine sosyodemografik belirti ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır.

Araştırmanın sonuçlarına göre çocuğun engellilik düzeyinden bağımsız olarak, genç anne ve babaların anksiyete düzeyleri daha yüksektir. Yine engel düzeyinden bağımsız olarak çocuğu örgün eğitime devam etmeyen ailelerin anksiyete düzeyleri, örgün eğitime devam edenlerin ailelerine göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırma değerlendirilerek rapor edilmesi, uygulamalarda ailenin gereksinimleri doğrultusunda girişimlerin planlanması ve uygulanması öncelik taşımaktadır. Zihinsel engelli çocuğu olan ailelerde tükenmişlik belirtilerinin, çocuğun ve ailenin içinde bulunduğu durumun olumsuz etkilerinin minimum düzeye indirilmesi, çocuğun sağlıklı gelişimi ve ailenin gereksinimlerinin yeterli düzeyde desteklenmesi ve uygun hizmetler sunulması ve tükenmişlik, kaygı boyutunu minimum seviyeye indirmek için gerekli önlemler alınmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** zihinsel engel, aile, depresyon, anksiyete

## **SUMMARY**

### **DEPRESSION AND ANXIETY SYMPTOMS IN FAMILIES HAVING A CHILD WITH MENTAL DISABILITIES**

The aim of this study is to determine the level of depression and anxiety symptoms experienced by families having a child with disabilities and their relationship to the sociodemographic characteristics of the family and the relationship of the child's disabilities to the clinical features. This act was carried out at the schools affiliated to the Provincial Directorate of National Education and special education centers near Istanbul Anatolia. For this purpose, sociodemographic symptom scale, Beck Depression Scale and Beck Anxiety Scale were administered to 98 parents of disabled children and 88 parents of age-sex matched but not mentally disabled children.

According to the results of the study, the anxiety levels of young mothers and fathers are higher, regardless of the level of disability of the child. Again, regardless of the level of disability, the anxiety levels of the families whose children did not continue to be educated were found to be higher than those who continued to form formal education. The research is evaluated and reported, and the planning and implementation of the initiatives are prioritized in line with the requirements of the family in practice. Measures should be taken to reduce the adverse effects of burnout symptoms in the families having children with mental disabilities to a minimum, to provide adequate support for the child's healthy development and family needs, to provide appropriate services, and to reduce the burnout, anxiety dimension to a minimum level.

**Key Words:** Mental retardation, family, depression, anxiety

## KISALTMALAR

AOB: Atipik otistik bozukluk

AS: Asperger Sendromu

BA: Beck Anksiyete

BAtoplam: Beck Anksiyete ölçeği toplam puanları

BDE: Beck Depresyon Envanteri

BDEtoplam: Beck Depresyon Envanteri ölçeği toplam puanları

DS: Down Sendromu

DSM-IV-TR: Amerikan Psikiyatri Birliği Psikiyatrik Hastalıklar El Kitabı 4. Baskı düzeltilmiş metni

FKÜ: Fenilketonüri GABA Gama Amino

MEB: Milli Eğitim Bakanlığı

OB: Otistik bozukluk

OSB: Otistik spektrum bozuklukları

RS: Rett Sendromu

SP: Serebral Palsi

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences ( istatistiksel analize yönelik bir bilgisayar programı)

YGB: Yaygın Gelişimsel Bozukluklar

ZK: Zekâ Katsayısı

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1. Kavram haritası .....	5
Tablo 2.2. DSM-IV-TR' de tanımlanan zekâ gerilikleri düzeyleri .....	25
Tablo 2.3. Hafif derecede/ eğitilebilir zihinsel engellilerin özellikleri ve eğitim gereksinimleri .....	25
Tablo 2.4. Orta derecede öğretilebilir zihinsel engellilerin özellikleri ve eğitim gereksinimleri .....	26
Tablo 2.5. Ağır derece zihinsel engellilerin özellikleri ve eğitim gereksinimleri .....	26
Tablo 2.6. Çok ağır derecede (tam bağımlı) zihinsel engelliler .....	27
Tablo 3.1. Güvenilirlik katsayısı aralıkları .....	52
Tablo 3.2. Engelli BDE güvenilirlik testinde kullanılan örnek sayısı .....	52
Tablo 3.3. Engelli BDE güvenilirlik testi sonucu.....	53
Tablo 3.4. Engelli BA güvenilirlik testinde kullanılan örnek sayısı.....	53
Tablo 3.5. Engelli BA güvenilirlik testi sonucu .....	53
Tablo 3.6. Normal BDE güvenilirlik testinde kullanılan örnek sayısı.....	53
Tablo 3.7. Normal BDE güvenilirlik sonucu.....	53
Tablo 3.8. Normal BA güvenilirlik testinde kullanılan örnek sayısı .....	54
Tablo 3.9. Normal BA güvenilirlik sonucu .....	54
Tablo 3.10. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ve olmayan annelerin .....	54
yaş gruplarına göre frekans ve yüzdeleri.....	54
Tablo 3.11. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan annelerin eğitim .....	55
düzeylerine göre frekans ve yüzdeleri.....	55
Tablo 3.12. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan annelerin .....	55
çocuk sayılarına göre frekans ve yüzdeleri .....	55
Tablo 3.13. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan annelerin diğer çocuklarında .....	56
engel durumuna göre frekans ve yüzdeleri .....	56
Tablo 3.14. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan babaların .....	56
yaş gruplarına göre frekans ve yüzdeleri.....	56
Tablo 3.15. Zihinsel çocuğun babasının eğitim düzeyi frekans ve yüzdeleri.....	57
Tablo 3.16. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin .....	57
ekonomik durumuna göre frekans ve yüzdeleri .....	57
Tablo 3.17. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin .....	58
engelli çocuğunun yaşı frekans ve yüzdeleri.....	58
Tablo 3.18. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli .....	58
çocuğunun cinsiyetinin frekans ve yüzdeleri .....	58
Tablo 3.19. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli .....	59
çocuğunun engel türünün frekans ve yüzdeleri.....	59
Tablo 3.20. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun .....	59
ilköğretime gitme durumu frekans ve yüzdeleri.....	59
Tablo 3.21. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun .....	60
özel eğitim alma süresinin frekans ve yüzdeleri .....	60
Tablo 3.22. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun .....	60
bakıcısının olup olmadığının frekans ve yüzdeleri.....	60
Tablo 3.23. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun .....	61
yürüme zamanının frekans ve yüzdeleri.....	61
Tablo 3.24. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun .....	61
konuşma zamanının frekans ve yüzdeleri .....	61
Tablo 3.25. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun .....	62
engeli fark etme yaşının frekans ve yüzdeleri.....	62
Tablo 3.26. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engeli fark .....	62

edildiğinde doktora gitme yaşının frekans ve yüzdeleri.....	62
Tablo 3.27. Zihinsel engelli çocuğun anne ve babalarının arasında akrabalık .....	63
durumlarının var olup ya da olmadığı frekans ve yüzdeleri.....	63
Tablo 3.28. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun hastalığı .....	63
hakkında bilgi sahibi olup olmadığı frekans ve yüzdeleri.....	63
tablo 3.29. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun .....	64
tuvalet eğitiminin olup olmadığı frekans ve yüzdeleri.....	64
Tablo 3.30. Zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin Beck anksiyete envanterinin istatistikleri .....	65
Tablo 3.31. Normal çocuğa sahip ailelerin Beck anksiyete istatistikleri .....	69
Tablo 3.32. Zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin Beck depresyon envanterinin istatistikleri .....	74
Tablo 3.33. Normal çocuğa sahip ailelerin Beck depresyon envanterinin istatistikleri.....	78
Tablo 3.34. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ve olmayan annelerin yaş.....	82
gruplarına göre BDE ve BA ölçeklerinden aldıkları sonuçlar.....	82
Tablo 3.35. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ve olmayan annelerin .....	83
eğitiminin göre BDE ve BA ölçeklerinden aldıkları sonuçlar.....	83
Tablo 3.36. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ve olmayan ailelerin gelir düzeylerine .....	84
göre BDE ve BA ölçeklerinden aldıkları aritmetik ortalama ve standart .....	84
sapma sonuçları.....	84
Tablo 3.37. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ve olmayan ailelerin çocuk .....	84
sayılarına göre BDE ve BA ölçeklerinden aldıkları sonuçlar.....	84
Tablo 3.38. Engelli çocuğa sahip olan ailelerin diğer çocuklardaki engel durumlarına .....	85
göre BDE ve BA ölçeklerinden aldıkları aritmetik ortalama ve standart .....	85
sapma sonuçları.....	85
Tablo 3.39. Engelli çocuğa sahip olan ailelerin, babaların yaşına göre BDE ve BA .....	85
ölçeklerinden aldıkları aritmetik ortalama ve standart sapma sonuçları.....	85
Tablo 3.40. Engelli çocuğa sahip olan ailelerin, engelli çocuğun cinsiyetine göre .....	86
BDE ve BA ölçeklerinden aldıkları aritmetik ortalama ve standart .....	86
sapma sonuçları.....	86
Tablo 3.41. Engelli çocuğa sahip olan ailelerin, engelli çocuğun engel türüne göre .....	86
BDE ve BA ölçeklerinden aldıkları aritmetik ortalama ve standart .....	86
sapma sonuçları.....	86
Tablo 3.42. Engelli çocuğa sahip olan ailelerin, engelli çocuğun ilköğretime .....	87
gitmesine göre BDE ve BA ölçeklerinden aldıkları aritmetik.....	87
ortalama ve standart sapma sonuçları.....	87
Tablo 3.43. Engelli çocuğa sahip olan ailelerin, engelli çocuğun özel eğitim alma .....	87
süresine göre BDE ve BA ölçeklerinden aldıkları aritmetik ortalama .....	87
ve standart sapma sonuçları.....	87
Tablo 3.44. Engelli çocuğa sahip olan ailelerin, engelli çocuğun bakımında .....	88
yardımcısı oluşuna göre BDE ve BA ölçeklerinden aldıkları .....	88
aritmetik ortalama ve standart sapma sonuçları .....	88
Tablo 3.45. Engelli çocuğa sahip olan ve olmayan ailelerin BDE ve BA .....	88
ölçeklerinin t-testi ile karşılaştırılması .....	88
Tablo 3.46. Engelli çocuğa sahip olan annenin yaşı ile BDE ve BA .....	90
ölçeklerinin ANOVA karşılaştırılması .....	90
Tablo 3.47. Engelli çocuğa sahip olan annenin yaşı ile BDE ve BA .....	91
ölçeklerinin ANOVA Post Hoc testi karşılaştırılması.....	91
Tablo 3.48. Engelli çocuğa sahip olan annenin diğer çocuklarda engel .....	92
durumu ile BDE ve BA ölçeklerinin T-Test karşılaştırılması .....	92
Tablo 3.49. Engelli çocuğa sahip olan annenin çocuğun ilköğretime gitmesi .....	93
ile BDE ve BA ölçeklerinin T-Test karşılaştırılması.....	93

Tablo 3.50. Engelli çocuğa sahip olan anne ve baba arasında akrabalık .....	94
durumu ile BDE ve BA ölçeklerinin T-Test karşılaştırılması .....	94
Tablo 3.51. Engelli çocuğa sahip olan anne veya babanın BDE ve BA .....	95
ölçeklerinin T-Test karşılaştırılması.....	95
Tablo 3.52. Engelli çocuğa sahip olan babanın yaşı ile BDE ve .....	96
BA ölçeklerinin T-Test karşılaştırılması .....	96
Tablo 3.53. Engelli çocuğa sahip olan babanın yaşı ile BDE ve BA .....	97
ölçeklerinin ANOVA Post Hoc Testi karşılaştırılması.....	97
Tablo 4.1. Ebeveynlerin demografik bilgileri ile anksiyete ve depresyon .....	125
arasındaki ilişkilerin varlığı veya yokluğu .....	125



# BÖLÜM I

## GİRİŞ

### 1.1.GİRİŞ

Aile insan türünün devamlılığını sağlayan, ilk toplumsal süreci başlatan bir kurumdur. Toplumun yapısını oluşturan en küçük birimi olmakla birlikte, ailenin genel ve temel işlevlerinden biri aile bireylerini sağlıklı bir şekilde organize edebilmektir. Karşılıklı ilişkileri belirli kurallara bağlayan, toplumların kurallarını kuşaktan kuşağa aktaran biyolojik, ekonomik, sosyal, psikolojik ve hukuksal boyutu olmakla beraber aile bireyleri gelişim ve değişime uyum sağlamak için örgütlenmişlerdir. Ailenin ortak özelliklerinden biri de değişimin ve gelişiminin aşamalı ve düzgün gerçekleşmiş olmasıdır. Aile yaşamını, her bir evrede gerçekleştirmesi gereken görevleri vardır. Sosyolog Evelyn Duvall ve Reuben Hill 1940'larda, aile yaşamını her bir evrede gerçekleştirilmesi gereken farklı görevleri içeren belirli evrelere bölerek ailelere bir gelişim çerçevesi uyguladı.

Ailelerin sağlıklı evlat edinmeleri, sağlıklı nesillerini kuşaklara taşımak en büyük hayalleridir. Aile çocuğunun en iyi şekilde gelişimini sağlaması geleceğini temin etmesi en büyük ideali olmaktadır. Çocuğun aileye katılmasıyla sosyal hayatlarında yaşamsal boyutlarında değişkenlikler görülür. Bu durumda genellikle ailelerin çocuklarına ilişkin beklentileri vardır. Anne ve baba kendisinin olmak istediği mesleki ve becerileri çocuklarında beklenti haline dönüştürebilir. Hayalleri umutları bu beklentiler üzerine kuruludur.

Annelerin sosyal destek faktörleri ile umutsuzluk düzeyleri arasında negatif bir ilişki olduğu, annelerin aileden algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça umutsuzluk düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir. Annelerin sosyal destek faktörleri ile umutsuzluk düzeyleri arasında negatif bir ilişki olduğu, annelerin aileden algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça umutsuzluk düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir.



Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2012’de yer alan bir başka araştırmada zihinsel yetersizliğe sahip çocuğu olan anne-babaların kaygı düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla zihinsel engelli çocuğu olan anne- babaların çocukları ile birlikte sosyal ortamda geçirdikleri zamanda yaşayabilecekleri durumluk kaygı düzeyleri ile sürekli yaşadıkları kaygı düzeyleri incelenmiştir.

Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi (2012)’de yer alan bir başka araştırmada zihinsel yetersizliğe sahip çocuğu olan anne-babaların kaygı düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla zihinsel engelli çocuğu olan anne- babaların çocukları ile birlikte sosyal ortamda geçirdikleri zamanda yaşayabilecekleri durumluk kaygı düzeyleri ile sürekli yaşadıkları kaygı düzeyleri incelenmiştir.

## **1.2. ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUKLARIN AİLELERİNDE PROBLEM DURUM**

İnsan özgür ve bireysel yaşantısından kurtulup, kendine yaşam tarzına uygun sevebileceği eşler seçer, aile olur.

Evlilik sürecinde ailenin önemli bir gereksinimi evlat sahibi olmak istemesidir. Evlilik soyunun devam etmesini sağlayan, çocukların dünyaya gelişiyle süregelen toplumsal bir kurumdur. İnsanlar çocuk sahibi olmalarıyla neslinin devam sürecini garantiye almış olurlar.

Çocuğun aileye katılmasıyla sosyal hayatlarında yaşamsal boyutlarında değişkenlikler görülür. Bu durumda genellikle ailelerin çocuklarına ilişkin beklentileri vardır. Anne ve baba kendisinin olmak istediği mesleki ve becerileri çocuklarında beklenti haline dönüştürebilir. Hayalleri umutları bu beklentiler üzerine kuruludur.

Aile, değişen çevre koşulları ya da aileye yeni bireyin katılımı ile uyum sürecinin başlaması, aile bireylerinin bu duruma uyum sağlaması ailenin sağlıklı gelişimine katkı sağlamaktadır. Aile, çevresel ve gelişimsel bir güçlüklerle karşılaştığında ve değişen koşullara uyum sağlayamadığında aile içi problemler önlerine çıkmaktadır. Yaşamın her bir dönüm noktasında oluşan olumsuz koşullar aile içerisinde baş edilemezse uyum sağlamada başarısızlık söz konusu olmaktadır. En uygun gelişim, ailenin kaygı düzeyleri düşük olduğunda ve aile bireylerinin karşılıklı duygusal bağlantı içerisinde olduğunda gerçekteşir.

Ailenin yaşam döngüsü içerisinde geçirdiği evrelerde normal uyum içerisinde olup bireylerin karşılıklı olumlu iletişimlerinde sağlıklı aile yapısını oluştururken bazen de bu yaşam döngüsünün geçiş noktalarında ailelerin sorunlar yaşadıkları görülmüştür.

Normal gelişimsel bir bebek beklenirken bazı aileler yetersiz gelişim gösteren çocuklara sahip olur. Engelli tanısı konulan bir çocuğa sahip olması ailenin tüm beklentilerini tersine çevirmiştir. Ailenin tüm yaşantısal umudu, beklentileri, duygu durumu değişmiştir. Psikolojik bir karmaşa serüvenine girmiştir.

Dünyaya gelen bebekte herhangi bir engel tespiti durumunda pek çok aile karmaşık endişelere düşüncelere sahip olur. (MEB Özel Eğitim Hizmetleri Tanıtım El Kitabı, 2006).

Çocuğunun engelinin niteliği, ailenin hayat tarzını bir hayli engellemiştir. Sosyal çevre ile ilişkileri doğrudan etkilenmiştir. Aslında aileler için zorlu süreç bundan sonra başlamıştır. Ailelerin karşılaştıkları durum itibarıyla tepki vermeleri ve aralarındaki benzerlikler ya da farklar bulunmaktadır. (Akkök, 2003). Bazı aileler bu durumu kabullenme, uyum sağlama daha soğukkanlı karşılamaya razıdırlar. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan aileler uyumun sağlanması, durumu kabullenmeme stres, kaygı gibi olumsuz süreçlerden geçerler. Bu durumda çocuğun tanısı önemlidir. Fiziksel bir belirtisi yoksa, okul sürecinde bazı aksaklıklar ortaya çıkmışsa, çocuğun mental yetersizliği ortaya çıkmıştır. Bu süreç içerisinde çocuğun ağır, orta ağır, hafif mental tanıları belirginleşirse, ailenin bu süreçte çocuğunun gelişimini nasıl tamamlayacağını, nasıl eğiteceğini, tanımını daha iyi nasıl anlama çabasına girmiştir. Bütün bunlar aileyi yoran, duygusal bir zorlanma aşamasıdır. Zihinsel yetersizlik, diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi, kişide kalıcı yetersizlikler bırakan, yaşam boyu gözlem, kontrol, bakım, tedavi ve rehabilitasyon gerektiren önemli bir bozukluk olup, aile üyelerinin tümünü ve aile yaşamını ekonomik, sosyal, duygusal, davranışsal ve bilişsel yönlerden etkileyen bir sorundur.

Çocuğunun büyüme evresinde artık aile pek çok mercilere başvurmuş, yorulmuş ve nihayetinde aile tükenme ve kırılma evresi sahasına sokulmuştur. Eğitimciler, araştırmacılar aileye yönelik pek çok çalışmalar yapmışlardır. Bir derece aileyi iyileştirme adına adımlar atılmıştır.

## BÖLÜM II

### LİTERATÜR TARAMASI

#### 2.1. ZİHİNSEL ENGELLİLİK

##### 2.1.1. Tarihsel süreçleri

Tarihsel süreç içerisinde zihinsel engellilerin, en eski kaynakların kayıtları 300 yıl gibi bir süreyi kapsamaktadır. 1800 yıllara kadar zihinsel engelli bireylere en sert katı tutum sergilenirken, 1800 'lü başlarında ise daha ılıman olduğu bir dönem olduğudur.

Zihinsel engelli tarihine baktığımızda 18.yüzyılda, Fransız devriminin sonrasında da etkisi görülür. Rönesans dönemi insanın doğallığını, özgürlüğünü ortaya çıkaran, hümanizm felsefi akım ortaya çıkmıştır. 18.Yüzyıl aydınlanma felsefesi toplumsal olarak yaşamın kökten değişeceğini inanıp aklı öne çıkarmıştır. İnsanın 18.yüzyılda başlattığı aydınlanma süreci bu yüzyılın sonlarına doğru meydana gelen Fransız devrimi ve devamında gelen modernleşme dönemini beslemektedir. Bu dönemde Avrupa'da zihinsel yetersiz bireylerin eğitimleri konusunda Sequin, Esquirol, Gaspard, Galton gibi araştırmacıların yaptıkları çalışmalar önemli akımlara öncülük etmişlerdir (Çetinkaya, 2010).

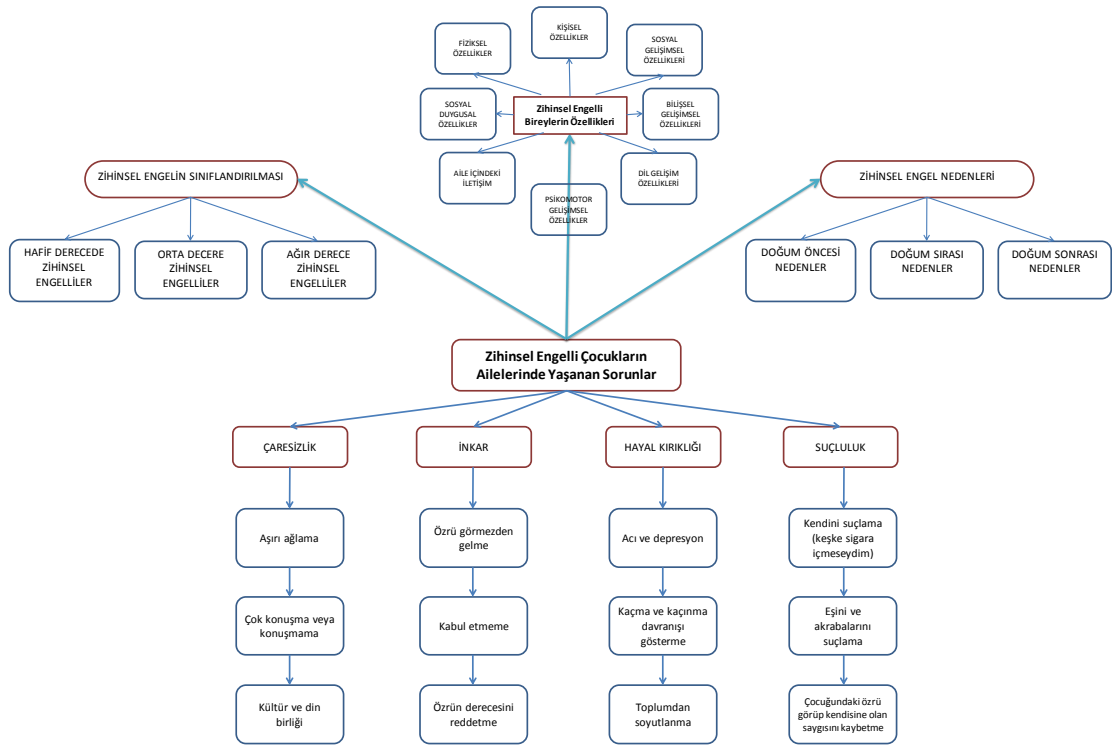
19. Yüzyıl'da önemli çalışmalar yapılırken, Avrupa'da ise zihinsel engelli eğitiminde çalışmalar yapılmıştır. 20.Yüzyıl'da, zihinsel engellilerin tarihi açıdan gelişmeler görülmektedir. Önemli kuramcılar tarafından özel eğitim kuramları, ilkeleri yasalarının uygulanması ile zihinsel yetersizliklere ışık tutulmuş, Genel hatlarıyla incelenmiş ve önemli gelişmeler sağlanmıştır.

19.Yüzyılda Abendberger'in ilk yatılı okulu İsviçre'de açılmıştır, çocukluk psikozu hakkında ilk kaynakların yayınlanması, özel sınıfların açılması bu döneme ilkler damgasını vurmuştur. 19.Yüzyıla göre 20.Yüzyıl birçok araştırmacının çalışmaları görülmektedir. Bu dönemde öne çıkan isimler Binet, Nirje, Montessori gibi yaptıkları çalışmaları ön plana çıkarmıştır. Yine bu dönemde zihinsel engelliğin hafif düzeyde tanımlanmasıyla önemli bir gelişmeler de saptanmıştır. Özel eğitim desteği alan bireylerin, bireysel farklılıkları ne olursa olsun normalleştirme adı altında normal çocuklar ile aynı ortamda aynı yaşam haklarına eşit düzeyde sahip olma gerekliliği

üzerinde durulmuştur. Yarı zaman kaynaştırma çalışmaları ve daha sonra bütünleştirme çalışmaları yapılmıştır. Çocuğun engel durumuna göre böyle bir eğitim gereksinimi görülmüştür. Son yüzyılda teknolojiye bağlı olarak engelli bireylerde artış görülmesi bu çalışmaların ne kadar yerinde ve doğru olduğunu göstermektedir.

20.Yüzyılda özellikle tıp alanında yapılan çalışmalarda, Fenilketonuri, Heller Demansı, erken bebeklik otizmi ve çocukluk şizofrenisi gibi ortaya koyulan çalışmalarda engelli bireyler için önemli gelişmeler elde edilmiştir. Yüzyılın son çeyreğinde engelli bireyler için düzenlemeler ve uyarlanmalar en üst düzeye ulaşmıştır. Test geliştirme, eğitim uyarlanmaların çeşitlendirilmesi tam bütünleştirme çalışmaları gibi önemli hizmetler 20. Yüzyılın son çeyreğinde çalışmalar daha da artmıştır. (Çetinkaya, 2010)

**Tablo 2.1. Kavram haritası**



### **2.1.2. Zihinsel engellilerde yaygınlık oranı**

Zihinsel yetersizliğin yaygınlık oranı tahmini genellikle zeka ölçütüne dayalı olarak yapılmakta olup nüfusun %3 ünün zihinsel yetersizlik gösterdiği kabul edilmektedir. Zeka ölçütünün yanı sıra uyum ölçütü de dikkate alınmakta ve bu oran %1 lere düşeceği de tahmin edilmektedir. Zihinsel yetersizliğin yaygınlığı pek çok etmeden etkilenmektedir. Bunların başında aile ve ailenin başında sosyo-ekonomik durumu gelmektedir. Sosyo-ekonomik yönden düşük, dezavantajlı çevrelerde dünyaya gelen ve yetişen çocuk zihinsel olarak yetersiz tanılanma olasılığı genel nüfusu için tahmini sınırların üzerindedir.

Genel bir eğilime bakıldığında zihinsel yetersizliğin ağırlık derecesi arttıkça yaygınlık oranında azalma görülmektedir. Bu yönüyle zihinsel yetersizlik gösteren nüfusun yaklaşık olarak %88'i hafif, %9'unu orta, %3'ünü ağır grup oluşturmaktadır.

### **2.1.3. Zihinsel engellide tanılama**

Zihinsel yetersizliğin tanılanması bireyin zekâsının, uyumsal davranışlarının değerlendirilmesi gerek görülür.

Erken çocukluk döneminde çocuğun gelişimi süresince bireysel farklılıkları aile tarafından fark edildiğinde çocuklarında problem olduğunu algırlar. Çocuklarının bireysel farklılığından doğan gelişim yetersizliğine, bir engelinin bulunup bulunmadığına dair tıbbi tanısının gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Çocuğun tıbbi tanısı konulduğunda tedavisini başlatmak ve bununla birlikte eğitim sürecini de programlanmalıdır. Tıbbi tedavisi, rehabilitasyon sürerken destek eğitim hizmetleri de verilmelidir. Zihinsel engelli tanımına paralel olarak çocuğun bilişsel düzeyde yetersizlik olduğuna dair zekâ ve uyumsal davranışlarının da ayrı ayrı incelenmesi gerekmektedir. Bu inceleme çocuğun uyumsal davranışları öğretmen gözlemi ve standart başarı ve zekâ testlerinin sonuçları üzere yapılmalıdır.

Zekânın ölçülmesi: Çocuğun bilişsel işlev düzeyinin tespit edilmesi için zekâ testlerinin yapılması, zihinsel engelli çocuğun tanılanmasında yaygın olarak kullanılan güvenilirliği geçerliliği en yüksek olan Stanford-Binet ve Wechsler (WISC-AR) ölçekleridir.

Uyumsal Davranış Ölçeği: Davranışların ölçülmesi günümüzde dahi zordur. En geçerli davranış ölçeği, Uyumsal Davranış ölçeği (ABS) ve Vinelandt Sosyal Olgunluk ölçeğidir (MEB Çocuk Gelişimi, ).

#### **2.1.4. Zihinsel engellinin tanımı**

Zekâ kavramı, çevresel etkenler, genetik geçişler ve toplumsal bileşenleri olan geçmişteki izlenimleri anımsama yeni karşılaştığı eğilimlerden ders çıkarma, sorunları çözebilme, bilgi kazanımlarında kavramsal düşünme, yeni beceriler öğrenebilme ve üretebilme gibi özellikleri içine almaktadır.

Zihinsel engelli yer alan grupta bireylerin tanımlanmasında herkesin anlaştığı geçerli bir tanım bulunmamaktadır. Bu grupta yer alan bireyler için “geri zekâli” “özel gereksinimli bireyler” “gelişim geriliği gösteren bireyler” “gelişimsel yetersizliği olan bireyler” “zihinsel engelli olan bireyler” gibi sıfatlar kullanılmaktadır (Oğultürk, 2012).

Zihinsel engelli bireyler zekânın zayıflığı veya yetersiz olduğu anlamında yorumlarsak, zekânın gelişiminde yavaşlama, durağan hali ya da gerilemeye bağlı olarak yaşlılarına göre davranış ve uyum açısından sürekli bir gerilik yetersizlik gösteren kişilere “geri zekâli” olarak tanımlanmıştır (Çetinkaya, 2010).

Zihin engelliğin en yaygın kabul gören tanımı, Amerikan Zihinsel Engelliler Derneği (AAMD Amerikan Association on Mental Deficiency,1992) tarafından yapılan tanımdır. Tanıma göre zihinsel engellilik, şu andaki işlevlerinde önemli derecede sınırlılıklar görülmektedir. Bu zihinsel işlevlerde önemli ölçüde normal altı ve bunun yanında zihinsel işlevlerle ilgili uyumsal beceri kısımlarından ( İletişim kurma, özbakım becerileri, ev ortamı, sosyal beceriler, toplumsal yaşama katılım, toplumsal fayda sağlama, kendini yönetebilmek, sağlık ve güvenlik, işlevsellik, akademik beceriler, boş zamanı değerlendirme ve iş becerileri) iki ya da daha fazla sınırlılıklar gösteren bireylere “Zihinsel Engelli” denmektedir (Özokçu, 2008).

Zihinsel Engelli Bireylerin özellikleri: Zihinsel engelli çocuklarda aynı diğer gelişimi normal çocuklar gibi aynı duygusal, psikolojik, fizyolojik, sosyal gereksinimlere sahiptirler. Zihinsel engelli çocukların, gelişimi normal olan çocuklardan ayıran en ayırt edici fark bilişsel öğrenme hızlarındaki geriliktir (Oğultürk, 2012).

### 2.1.5. Zekânın tanımı ve özellikleri

Bilişsel gelişim, genel anlamda zihinsel süreçleri içerir. Zihin algı, dikkat, bellek, duygular, dil, karar verme, düşünme, akıl yürütme, problem çözme, anımsama, okuma ve yazma, yaratıcılık kavramlarını içine alan geniş bir ifade olarak ele alınır. Bilişsel gelişim, doğumla başlar ve çevresinde olup bitenleri merak eder ve anlamaya çalışır. Dünya ile etkileşimi, bilginin edinilip saklanmasını sağlayan, yorumlanmasına, yeniden düzenlenmesine, değerlendirmesine yardımcı olan bütün zihinsel işlevleri içine alan bir gelişimsel alandır. Bilişsel işleyişinin temel amacı, soyut şekilde akıl yürütme, varsayımsal durumlar hakkında mantıksal düşünme, kuralları karmaşık ve daha yüksek yapıda örgütlenme olarak görülür.

Piaget'e göre bilişsel gelişim, organizmanın doğumundan ölümüne kadar farklı basamaklardan geçerek düzenli olarak niteliksel bir değişim içine girmesi olarak tanımlanır. Bilişsel gelişim ve zekâ birbirinin destekleyicidir. Bilişsel etkinlikler zekâ gelişimine katkı sağlar. Zekâ düzeyi ise bilişsel etkinliklerin ürünü ile ilişkili olarak ortaya çıkar. Çocuklarda gelişimsel beceriler, temel düzeyde aynı yaşta aynı oranda gelişmeyebilir. Bazı çocukların bilişsel düzeyleri diğer çocuklara oranla daha avantajlı ya da dezavantajlı olabilir. Bu çocuklar, yaşlılarından daha erken konuşabilir matematiksel ve mantıksal işlemleri daha çabuk yapabilir. Bazı çocuklar daha geç anlayabilir. Bazıları daha kolay hatırlayabilir. Çocukluktaki bu gelişmeler bilişsel düzeydeki temel değişiklikler zekâ olarak anlamlandırdığımız bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.

Zekâ, insan beyninin karmaşık yeteneğini ortaya koyar. Zihnin birçok yeteneğinin uyumlu çalışması sonucu ortaya çıkan yetenekler bileşenidir. Yeteneklerin uyumlu olması ve birbiriyle ilişkili çalışması sonucu zihinsel fonksiyonlar yürütülür. Zekânın yansıması bireylerin davranışlarında gösterir. Bilinçli her davranış zekânın ürünüdür. Zekâyı tanımlamak için şu kelimelerin “Sonuçları olumlu olma yeteneğine sahip olma”, “hemen ve çabuk öğrenme”, “sebat”, “yaratıcı hayal gücü”, “iyi bir şekilde duygusal ve estetik ayırıştırma yeteneği” kullanılması önerilmektedir.

Binet'e göre zekâ, iyi akıl yürütme, iyi hüküm verme ve kendi kendini aşma kapasitesi olarak açıklanmıştır. Weshler'e göre zekâ, “Bireyin amaçlı davranma,

mantıklı düşünme ve çevresiyle ilişkilerinde etkili olma kapasitesinin tümüdür.” olarak tanımlanır. Thorndike’a göre zekâ, birçok düşünsel yeteneklerin karışımından meydana gelir. Thorndike zekâyı, mekanik, sosyal ve soyut olmak üzere üçe ayırarak incelemiştir. Mekanik zekâyı, alet, cihaz kullanma ve makine işletebilmede; sosyal zekâyı, insanları anlama, kişiler arası ilişkileri görüp bunlara göre davranabilmede ve soyut zekâyı, sözcükler, sayılar, formüller gibi sembollerle düşünmede, bilimsel ilkeleri kavramada etkin olan zekâ olarak tanımlar.

Zekâ geriliği, Amerikan Psikiyatri Derneği (2000) DSM-IV-TR’de zeka geriliğini kişisel bakım, iş, sağlık ve güvenlik gibi belirli beceri alanlarında “genel entelektüel işleyişin ortalamanın kayda değer oranda altında olması ve uyum işlevlerinde buna eşlik eden kayda değer eksiklikler” olarak tanımlamıştır. Tanının konulması için bu sorunlar 18 yaşın altında başlamış olması gerekmektedir. Zekâ geriliği zekânın yanı sıra başarı düzeyim bağlamında da olması gerekir. Tanım nedensel etkenler üzerine söylenemez ve bunların temelinde biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel olup bunların bir kombinasyonu olabilir. Tanımın gereği olarak 17 yaşından sonra başlayan ve zekâ geriliğinin bir dengi olan herhangi bir problem zekâ geriliği olarak değil, demans olarak ele alınmalıdır. Bu önemli bir farktır (Butcher ve arkadaşları., 2013).

Zekâ geriliği dünyanın dört bir tarafında çocuklarda görülmektedir (Fryers, 2000). Amerikan zekâ özürülüler örgütü (Amerikan Association on Mental Retardation) tarafından son 30 yıl içerisinde zekâ kavramı beş kez tanımlanmıştır. Son olarak 2002 tarihinde önerilen tanıma göre, zekâ geriliği, hem zihinsel işlevler, hem kavramsal, sosyal becerilerde, pratik ve uyum becerilerinde anlamlı sınırlılıklar ve noksanlıklar görülmüştür (Oğultürk, 2012).

Anne ve babaların bu durumda büyük güçlükler çekerken toplumda da sosyal ve ekonomik sorun oluştururlar. ABD’de tanı konan zekâ geriliği nokta yaygınlık oranı yaklaşık olarak % 1’dir. Bu da yaklaşık olarak 2,6 milyonluk bir popülasyona tahmini olarak denk gelmektedir. Bu nedenle, yaygınlığı saptamak bir hali güçtür, çünkü zekâ geriliğinin değişik tanımları arasında farklılıklar söz konusudur. (Roeleveld ve arkadaşları, 1997). ABD’deki çoğu eyalette IQ düzeyleri 70’ in altında olup sosyal açıdan kendisine yetemeyen, sürekli sorunlu davranışlar sergileyen kişilerde zihinsel



gerilik sınıflandırılmasına yönelik yasalar bulunmaktadır. Bu sorunlu davranışlarından ötürü yönetilmesi mümkün olmadığından bir kuruma yerleştirilirler. Resmî olmasa da IQ puanları 70 ve 90 arasındaki kişiler genellikle “sınırdan” ya da aralığın üst kısmında) “donuk- normal” olarak isimlendirilir.

Beş ve altı yaşlarında zihinsel gerilik tanılarına çok sık rastlanır. Çocuk okula bu yaşlarda başlar. Okulda yaşadığı güçlüklerden dolayı tanısız değerlendirilmeye yol açar. 15 yaşına geldiğinde tavan yapar. Bu yaştan sonra düşüşler görülür.

Erken çocukluk döneminde hafif entelektüel bozulma görülen ve zihinsel geriliğinin büyük bir bölümünü oluşturan bireyler genellikle normal görülmektedir. Ortalamanın altındaki çocuklarda entelektüel işlevleri, okulda yaşadığı güçlüklerden dolayı tanısız bir değerlendirme yapıldığında ortaya çıkmaktadır. Eğitimleri için yeterli olanaklar sağlandığında bu gruptaki çocuklar genellikle temel okul becerilerinde başarı kaydedebilirler. Sosyal açıdan da uyumlu davranışlar sergileyebilirler (Eripek, 1992).

## **2.2. ZİHİNSEL ENGELLİ OLMA NEDENLERİ**

Kalıtım: Zekâ insana ait doğuştan gelen bir özellik olduğunu, bilişsel potansiyelin insan davranışını nasıl yönettiğini öğrenme, algılama, karar verme, düşünme mekanizması nasıl işlediği hususunda bilim adamların zihinlerini kurcalamış. Günümüze kadar da bu çalışmalar süre gelmiştir. Zekânın doğuştan geldiği araştırmalarda görülmüş, kalıtım ve çevrenin etkisiyle de şekillenmiştir. Kalıtım çocuğun zekâsında en büyük etkendir annenin gebelik döneminde sağlıklı beslenmesi, bebeğin doğumuyla sağlıklı gelişimi yeterli dengeli beslenmesi de çocuğun zekâsının olumlu gelişmesinde büyük bir etkendir. Anne ve babanın kendisini negatif etkilemesi, kendi genetik yapılarını bozması ile gelecek çocuğa aktarması çocuğun zekâsının olumsuz yönde etkilendiği görülmektedir. Çocuğun zekâ potansiyeli anne ve babanın zekâ potansiyeline benzer özellikler taşır. Zekâ büyük ölçüde kalıtımın etkisiyle belirlenir. Kalıtım, zekânın kapasitesinin şekillenmesinde önemli bir role sahiptir. Çocuğun zekâ potansiyeli anne babasının zekâ potansiyeline benzerdir. Gebelik süresince annenin iyi beslenmesi önemlidir. Bebek doğduktan sonra bebeğin yeterli ve dengeli beslenmesi de zekâ gelişimini olumlu yönde etkilemektedir. Genetik faktörler

zekânın üzerinde rolü büyüktür; fakat sadece genetik etken denilemez. Bir başka etken nedenler arasında çevrenin de rolü büyüktür.

Çevre: Çocuğun doğuştan getirdiği zihinsel becerilerini kullanmak için uygun bir ortamdır. Kapsamlı uyaranlarla donanımlı olan çevre, çocuğun zekâ potansiyelinin ortaya çıkmasına ve geliştirmesine olanak tanıyan önemli bir araçtır. Çevredeki uyarıcılar, genetiğe yüklenmiş zekâ potansiyelinin ortaya çıkmasını da en önemli etkenlerdendir. Bunun içinde çocuk doğuştan getirdiği zihinsel potansiyelini kullanmak ve yeteneklerini geliştirmek için çevreye ihtiyaç duyar. Çevrede pek çok uyarıcının bilişsel zekâyı bir miktar arttırdığı gözlenmiştir. Zekânın olumlu olumsuz çevresel koşullarda değişebileceği de gözlenmiştir. Örneğin, orta çevresel, sosyo-ekonomik düzeyine sahip bir bireyin, zekâ bölümü 100 ise, olumsuz çevre koşulları içinde yetişen bir bireyin zekâ bölümü 85'e düşerken, aynı zekâ bölümüne sahip bir kişi zengin potansiyele sahip uyarıcılar içinde bulunduğu da zekâ bölümü 115'e kadar yükselebilmektedir. Erken çocukluk dönemi zekâ gelişiminin en hızlı olduğu bir dönemdir. Çevresel uyarıcılar bu noktada önem teşkil etmektedir (Megep, 2007).

Zekâ geriliğinin kaynağı ve nedeni organik, sosyal veya kültürel olmaktadır.

Organik gerilik: Genetik bir bozukluk veya beyin hasarı sonucu ortaya çıkabilen zekâ geriliğidir. Organik sözcüğünün genel bir tanımı, vücudun doku veya organlarıyla ilgilidir. Bu tarz bir hasar fiziksel hasarı da belirtir. Organik geriliği olan pek çok bireyin ZK'sı 0 ila 50 arasında yer almaktadır (Santrock, 2017)

Kromozoma bağlı genetik etkenler ise Down Sendromu (DS) ve Frajil-X Sendromu olarak bilinen kalıtsal durumda daha az görülebilen fakat daha şiddetli zekâ tiplerinin etiolojisinde daha net açık görülür. Frajil X sendromundan sorumlu olan gen (FMR-1) 1991 yılında saptandığı görülmüştür. Bu durumdan kaynaklı beyindeki gelişimi etkileyen metabolizma farklılıklarından genetik sapmalar sorumlu olmaktadır. Metabolizmadaki değişikliklere yol açan genetik kusurlar, zihinsel geriliğinin yanı sıra diğer pek çok gelişimsel anormalliklerin de nedenidir. Bu nedenle genel olarak bilinen gen-kromozom kusurları ile ilintili zekâ geriliği tipleri orta ve şiddetlidir.

Bazı zihinsel gerilik vakaları, organik beyin patolojisine bağlı olarak ortaya çıkar (Kaski, 2000). Bu vakalar genellikle orta ya da genellikle şiddetlidir. Ender olarak

görülen ağır zihinsel gerilik ise belirgin organik bozukluk her zaman görülmektedir. Organik nedene bağlı gerilik, esas olarak, demansa benzer, fakat önceki işleyiş geçmiş farklılık gösterir.

Kültürel ve ailesel zekâ geriliği: Bu tip zekâ geriliğinde hiç bir organik hasar nedeni bulunmayan zekâ geriliğidir. Genellikle bireylerin ZK'sı 50 ila 70 aralığındadır. Araştırmacılar bu türden zekâ bozukluklarının; puanlarının bireylerdeki normal çeşitliliği ile ortanın altı düşünel bir ortamın altında büyümesinin etkisi olduğunu ve bunun sonucunda ortaya çıktığını söylemektedirler (Santrock, 2017).

Zihinsel engelliğin yaygınlığı ve nedenleri: Geçmişten, günümüze kadar zihinsel engelli çocukların yaygınlık oranların belirlenmesinde yapılan araştırmalarda pek çok araştırmalar yapılmıştır. Yapılan araştırmalar neticesinde düşük oran % 0.5, olurken en yüksek oran ise % 23 olmaktadır. Zihinsel engelliliğin geleneksel yaygınlık oranı % 3 leri gösterirken ülkemizde ise, yaklaşık olarak 7 milyon bireyin zihinsel yetersizliği olduğu tahmin edilmektedir. Geleneksel yaygınlık değeri %3' ten hareket eden Kauffman ve Payne yetersizliği psikolojik sınıflandırma yaparak ağırlık derecelerine göre dağılımını yapmışlardır. Hafif grupta %2.3 orta grupta %0.6 ağır ve çok ağır grupta %0.1 olmaktadır. Araştırmalarda zihinsel engelli çocukların öğrenme ve davranışlarında hizmet verilen programlarda erkeklerin kızlara göre sayıca fazla olduğu görülmüştür. Zihinsel yetersizliği olan bireylerin % 90 'ını oluşturan hafif derecede zihinsel geriliği olan bireyler okula başlamadan fark edilmeyebilir. Okula başladıklarında akademik çalışmalarda karşılaşılan güçlükler karşısında yetersizlikleri ortaya çıkınca fark edilirler. Okula başladıklarında ve fark edildiklerinde zihinsel engelli oranında ciddi derece bir artış olduğu görülür ( Megep, 2015).

Hafif derecede zihinsel engelli bireylerin pek çoğunda (tüm zihinsel engellilerin yaklaşık %90'ını oluşturur), belirgin bir biyolojik nedene rastlanmadığı için, nedenlerinin belirlenmesi çoğu zaman güç olmaktadır. Ancak orta ve ağır derecede zihinsel engelliliğe genellikle biyolojik etkenlerin neden olduğu saptanmıştır.

## 2.2.1. Kalıtım

Genel olarak bilinen nedenler üç ana başlık altında toplanabilir:

### 2.2.1.1. Genetik bir bozukluk

Engelli olma nedenlerinden biri anne ve babasından kalıtım yoluyla çocuğa geçmesidir. Genetik geçiş, genetik özelliklere bağlı olarak geçer. Fenilketonüri (FKU) genetik bir bozukluktan kaynaklıdır. Organik sözcüğünün genel bir tanımı, vücudun doku veya organlarıyla ilgilidir. Fenilalanin maddesinin karaciğerde toplanması sonucu beyinde hasar oluşturur. Yeni doğan bebeklerin fenilketonüri testinin uygulanması ve bu bozukluğu taşıyanların ergenlik döneminin sonuna kadar kendilerine uygulanan özel diyetin yapılması gerekir. Bu durumda beyinde oluşacak hasarı ve ortaya çıkacak zihinsel engelliliği önemli derecede engellemiş olmaktadır (Kırcaali, 1998). Bu tarz bir hasar fiziksel hasarı da belirtir. Organik geriliği olan pek çok bireyin ZK'sı 0 ila 50 arasında yer almaktadır (Butcher ve arkadaşları., 2013).

### 2.2.1.2. Kromozomal nedenleri

Döllenme sırasında ya da hemen sonrası anne ve babadan gelen kromozomlarla ilgili sorunlar nedeniyle (eksik oluşu, fazla ya da bozukluk) bazı engel olma durumuna yol açabilir (Kırcaali, 1998).

Down sendromu: İlk olarak 1866 yılında Langdon Down tarafından tanımlanan Down sendromu, orta ve şiddetli zekâ geriliği ile ilişkili klinik bir durumdur. Down sendromunun genel nüfustaki yaygınlığı 10.000'de 5,9 olarak bildirilmiştir. Hayatta kalma, gelişimsel başarı, yaşamla ilgili görevleri yerine getirmede ileri dönemlerinde görülen zatürree ve diğer solunum yolu enfeksiyonları, sağlık sorunlarıyla karşılaşılır. Hamile olan kadınlarda, amniyosentez ve koryon vilüsü yoluyla Down sendromunda rol oynayan genetik malzeme, genellikle normalde olduğu gibi 46 değil, 47 kromozom veren 21. Kromozom trizomisi, rahimde saptanabilmektedir. Kromozom sayısının fazladan üçüncü bir gen olması nedenine bağlı olarak ortaya çıkmış ve kromozomal zihinsel engellilik durumu ortaya çıkarmıştır (Butcher ve arkadaşları., 2013).

Down sendromu olan çocuklar, yaşadıkları zorluklara karşın genellikle kendileriyle baş edebilme becerisine sahip olabilirler. Sosyal davranış becerilerini ve ailelerine ya da buldukları kurumsal ortamlara yardımcı olmasını sağlayacak el becerilerini öğrenebilirler. Down sendromlu çocuklar aşırı uysal, sevecen olurlar. Bu çocuklar söz dinleyen olsa dahi, normal çocuklardan fazla değildir. Ayrıca çeşitli alanlarda onlarla eşit oranla ya da daha fazla sorun çıkarabilirler. Bu çocuklar genel olarak, bir çocuğun sosyal ilişkilerinin niteliği hem IQ düzeyine hem de destek sunan aile ve çevresine bağlıdır (Alderson, 2001).

### 2.2.1.3. Angelman sendromu

Angelman sendromu (AS), ilk olarak 1965 yılında tanımlanmış olup nörojenetik bir bozukluktur. Anneden gelen kromozom 15'teki bozukluktan kaynaklandığı bilinmektedir. Angelman Sendromu olarak bilinen bu hastalık çocukların karakteristik duruşlarını ve genellikle gülümseme halinden dolayı 'Happy Puppet Syndrome' adı verilmektedir. Bu sendromu yaşayan çocukların ortak özellikleri arasında gelişimsel ve mental retardasyon, çok az konuşabilme ve hiç konuşamama, sürekli gülümseme ifadesi gibi birbirine benzeyen fiziksel özelliklerdir. Angelman sendromunun tipik belirtileri hareket, denge bozuklukları, gelişimsel gerilik, sürekli mutlu ifadesi, el çırpma, ağız suyunun akması, dil ve emme sorunları, Koordine edilmeyen hareketler bulunmaktadır. Bu hastalığın tedavisi bulunmamaktadır. Ancak iyi bir eğitim, medikal tedavi ile en iyi duruma gelebilir (Ayata, 2016).

### 2.2.1.4. Fenilketonüri

Fenilketonüri (FKU) bebek doğumda normal görülür, fakat birçok besin maddesinde bulunan bir amino asit olan fenilalanini parçalamaya yarayan karaciğer enziminden yoksundur. Genetik hata fakat önemli miktarda fenilalanin yendiğinde zekâ geriliğine neden olabilir. Tanı konulmadığında bu durum kaçınılmazdır (Grodin ve Laurie, 2000). Bu bozukluk yaklaşık 12.000 doğumda bir görülmektedir. Durum geri döndürülebilir. Bu durumda saptanıp tedavi edilmezse kandaki fenilalanin oranı yükselir, neticede beyin hasarına neden olur. Bu bozukluk genellikle doğumdan sonra 6 ila 12. Aylarda kendini gösterir. Yaşamın erken haftasında bebekte kusma, sıra dışı

koku, bebek egzaması ve nöbetler görülebilir. Genellikle fark edilen ilk belirtiler hastalığın ilerleme derecesine bağlı olarak orta düzeyden ileri dereceye zekâ geriliğidir. Beyin hasarı kaynaklı motor koordinasyon eksikliği ve diğer nörolojik sorunlar da yaygın görülür. Tedavi görmeyen FKU kişilerin gözleri, cildi ve saçları çok soluk olur (Dyer,1999). Çoğunlukla, FKU hastalarına bilişsel düzeyi önlemek amacıyla ömür boyu sürecek kısıtlanmalı diyet verilir (Butcher ve arkadaşları., 2013).

## **2.2.2. Kafatası anomalileri**

### **2.2.2.1. Makrosefali**

Zekâ geriliği, kesin olarak ortaya konmamış nedensel etkenlere dayalı kafa büyüklüğü, Makrosefali (büyük beyinlilik) olarak bilinen, beyinde büyüklük ve ağırlık, görsel bozulmalar, kasılmalar ve diğer nörolojik belirtiler beyin dokusunu destekleyen yapıyı oluşturan glial hücrelerinin anormal büyümesinden kaynaklanır (Butcher ve arkadaşları., 2013).

### **2.2.2.2. Mikrocefali**

(Küçük beyinlilik) anlamına gelen beyindeki bozulmalar ve kafatasının normal boyutta olmamasından kaynaklıdır. Bu tip bozulmalarda zekâ geriliği söz konusudur.

Mikrocefalinin en belirgin özelliği başın küçük olmasıdır. Mikrocefalik çocuklarda orta, şiddetli, ağır zekâ geriliği görülür. Genellikle dil gelişimi az ve zihinsel kapasiteleri sınırlıdır. Mikrocefaline sebep, beynin gelişimini etkileyen birçok etken olabilir. Örneğin: hamilelik döneminde annenin geçirdiği rahim içi enfeksiyonları, pelviste radyasyona maruz kalma gibi; genetik etken olarak bir tek resesif genin rol oynuyor olabileceği üzerinde de durulmaktadır (Robinson ve Robinson, 1976).

### **2.2.2.3. Hidrosefali**

Kafatası içinde toplanan anormal düzeyde serebrospinal sıvının beyin dokularına zarar vermesi nedeniyle kafatası genişletmesidir. Ender görülen rahatsızlıklardandır (Materro ve arkadaşları, 2001). Bozukluk beyin tümörü, subdural hematoma, menenjit ya da diğer sebeplerden dolayı bebeklik ya da erken çocukluk dönemlerinde

başlayabilir. Bu bozukluğun sebebi serebrospinal yolların tıkanması ve sıvının beyin belirli yerlerinde toplanmasıdır (Butcher ve arkadaşları., 2013).

### **2.2.3. Çevresel nedenler**

Annenin hamilelik sırasında hastalık geçirmesi, sağlıklı beslenememesi, ilaç kullanması gibi nedenlere bağlı olarak çoğunlukla zihinsel engelli durumu ortaya çıkmaktadır (Kırcaali, 1998).

Kötü beslenme, uzun bir süredir fetüsün erken gelişiminde protein gibi temel besinlerin yetersiz olması, onarılamaz fiziksel ve zihinsel hasar arasında bağlantı olduğu düşünülmektedir (Ricciuti, 1993). Kötü beslenmenin zihinsel gelişimi dolaylı olarak, çocukta öğrenme ile ilgili merak, tepki ve motivasyonu değiştirerek etkilediğini gösteren verilerin arttığına dikkat çekiyor (Butcher, 2013).

#### **2.2.3.1. İyonlaştırıcı radyasyon**

İyonlaştırıcı radyasyon üreme hücreleri ve diğer bedensel hücreler ve dokular üzerindeki zararlı etkileri bilimin dikkatini çekmiştir. Radyasyon döllenmiş yumurtayı doğrudan etkilemiş ve anne ve babanın ya da her ikisinin de cinsellik hücrelerinde kusurlu çocuğa yol açabilecek gen mutasyonlarına neden olabilir (Butcher ve arkadaşları., 2013).

#### **2.2.3.2. Enfeksiyonlar ve zehirli maddeler**

Zekâ geriliği viral ensefalit ya da genital herpes gibi enfeksiyondan kaynaklı çok çeşitli durumlarla ilişkili olabilir (Kaski, 2000). Hamile olan kadın frengi ya da HIV-1 virüsü taşıyor olması veya kızamıkçık çıkarıyorsa çocuğun beyin hasarı oluşma riski vardır.

Karbon monoksit ve kurşun gibi zehirli maddeler fetüsün gelişimi sırasında ya da doğum sonrası beyin hasarına neden olabilir (Kaski, 2000).Bazen ender örneklerde tetanosa karşı serum veya tifo aşısı gibi bağışıklık üyeleri de beyin hasarına neden olabilir. Bunun gibi benzer şekilde uyuşturucular ve aşırı alkol hamile kadınlar tarafından kullanıldığında da doğuştan gelen sakatlıklara neden olabilir (West ve

arkadaşları, 1998). Bebeğe uyuşturucu verilmesi de beyin hasarına neden olabilir. Bazı ender vakalarda görülen anne ve fetüsün kan gruplarının uyuşmaması da beyin hasarı nedenlerindedir. Yapılan erken teşhis ve kan nakli bu tip uyuşmazlıkların önüne geçmesinde hasarı en aza indirmiştir.

#### **2.2.4. Doğumsal travmalar**

Doğum sırasında ya da hemen doğum sonrası ortaya çıkan sorunlardır. Doğumda fiziksel yaralanmalar zekâ geriliğine yol açabilir (Kaski, 2000). Gebelik sırasında sıvı dolu plasenta bebeği sağlıklı bir şekilde korur, kafatası doğumdaki baskılara dayanabilecek şekilde tasarlanmıştır. Böyle görünmesine rağmen doğum sırasında ve sonrasında kazalar görülebilir. Doğumda fetüsün yanlış duruşundan kaynaklı zorluklar veya başka komplikasyonlar bebeğin beyinde düzelmeyecek hasarlar bırakabilir. Beyin içinde kanama büyük çoğunlukla bu tip travmaların en yaygını olarak görülür. Hipoksi, geciken nefes alma veya başka sebeplerden dolayı beyne yeterince oksijen gitmemesi de beyne zarar verebilen bir doğum travmasıdır. (Butcher ve arkadaşları., 2013).

##### **2.2.4.1. Erken doğum**

Çok erken doğum, düşük kiloya bağlı olarak gelişen engelli durumu ortaya çıkmaktadır. En yaygın biçimi zihinsel engelliler ve işitme engellileridir (Kırcaali, 1998).

##### **2.2.4.2. Oksijen yetmezliği**

Doğum anında, uzun süren doğum, zor doğum yapma gibi nedenlerden dolayı zihinsel engelli olma durumu ortaya çıkmaktadır. Örneğin; bu gibi nedenlerden serebral palsy gibi engellilik durumu ortaya çıkmaktadır.



## 2.2.5. Doğum sonrası oluşan nedenler

Beden sağlığıyla ilgili olan nedenler: Yetersiz beslenme, geçirilen kazalar, hastalığa bağlı olan nedenler, bazı engel durumuna sebep olabilmektedir. Örneğin; Menenjit, geçirilen kazalarda beyin travmalarına bağlı zihinsel engelin oluşması (Kırcaali, 1998).

### 2.2.5.1.Eğitsel nedenleri

Aile ve eğitim ortamları çocukların eğitsel gereksinimlerini karşılamadığı durumlarda engellilik durumu ortaya çıkmaktadır. Çocuğun gelişimi için doğduğu andan itibaren uygun yaşamın sağlanması gerekir. Ailenin çocuğun eğitiminde rolü çok büyüktür. Çocuk çevresinde olup biteni merak eder ve çevresini keşfe çıkar. Aile çocuğa ne kadar destek sunar, öğrenmesine yardımcı olursa çocuğun gelişimini sağlamış olur.

### 2.2.5.2. Duygusal ve toplumsal nedenler

Çocuğun gereksinimlerini karşılayan anne çocuğun ihtiyaçlarına cevap vermediği takdirde çocukta bağlanma sorunu gelişebilir. Çocuk sevmek ve kabul görme duygusu yaşar. Çocuğun toplumsal gereksinimleri yeterince karşılanmadığında yeterince önemsenmediğinde ihmal edildiğinde çocukta engelli durumu ortaya çıkar. Öğrenme güçlüğü, duygu ve davranışsal bozukluklar görülür. Bu ise en yaygın engel türü olarak görülür (Kırcaali, 1998).

Bazı zihinsel gerilik vakaları, organik beyin patolojisine bağlı olarak ortaya çıkar (Kaski, 2000). Bu vakalar genellikle orta ya da genellikle şiddetlidir. Ender olarak görülen ağır zihinsel gerilik ise belirgin organik bozukluk her zaman görülmektedir. Organik nedene bağlı gerilik, esas olarak, demansa benzer, fakat önceki işleyiş geçmişî farklılık gösterir.

## **2.3. ZİHİNSEL ENGELLİLİK GÖSTEREN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR**

### **2.3.1. Yaygın gelişimsel bozukluk (YGB)**

Yetileri son derece olumsuz etkileyen bir dizi durum olarak yaygın gelişimsel bozuklukları, anlaşılması ve tedavisi zor olan bir rahatsızlıktır. Hastane ortamlarında vakaların yaklaşık %3,2 'sini oluşturan bir bozukluktur (Sverd ve arkadaşları, 1995). Beyinde doğumla belirginleşen ya da çocuğun gelişimiyle ortaya çıkan bazı yapısal farklılıkların ortaya çıkması sonucu olduğu düşünülmektedir (Siegel, 1996). Çocuklarda yaygın gelişimsel bozukluk tanısını getiren DSM-IV-TR ve az da olsa farklı ölçütler getiren ICD-10 (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından yayınlanan Uluslararası Hastalık Sınıflandırma Sistemi doğrultusunda geniş görüş birliği bulunmaktadır. DSM-IV-TR'de çeşitli yaygın gelişimsel bozukluklara yer vermiştir. Örneğin otizm, çocuklukta ortaya çıkan en şiddetli karmaşık bozukluklardan biridir. Asperger bozukluğu, çocuklukta sosyal etkileşimlerde ortaya çıkan çok belirgin stereotip (yinelenen) davranış ve rutinlere uyma şeklinde kendini gösterip şiddetli ve kalıcı bir bozukluktur (Butcher ve arkadaşları, 2013).

Otizm, otizm spektrum bozuklukları ya da yaygın gelişimsel bozukluklarla eşanlamlı olup ileri düzeyde karmaşık gelişimsel bozukluktur. Otizm spektrum bozukluğu beş ayrı kategoride yer alır.

- Otizm (OB) Otistik bozukluk
- Asperger sendromu (AS)
- Başka türlü adlandırılmayan otistik/ yaygın gelişimsel bozukluk
- Çocukluk dezente gratif bozukluğu
- Rett sendromu (RS)

### **2.3.2. Otizm**

Otizmin henüz kesin sebebi bilinmemektedir. Genetik faktörler, beyinde oluşan hasar, hamilelikte ya da doğum sırasında oluşan sorunlar, ailenin ya da çocuğun zehirli kimyasal maddelere maruz kalması gibi pek çok nedenler olabilir.

Otizimli çocukların özellikleri: Amerikan Psikiyatri birliği tarafından 2000 yılında yayınlanmış olan DSM-IV-TR kılavuzunda, otizm spektrum bozukluğu içinde yer alan otizm tanısı için, çocuğun aşağıda sıralan 12 belirtiden en az altısına sahip olması ve bu belirtilerden en az ikisinin sosyal etkileşimde niteliksel bozulma, en az birer tanesinin diğer kategoride ( iletişim bozukluğu ve sınırlı yinelenen ilgi ve davranışlar) yer almasıdır.

Sosyal etkileşim için gerekli sözel olmayan davranışlarda yetersizlik göstermesi, yaşına uygun akran ilişkileri geliştirememesi, başkalarıyla eğlenme, başarı ya da ilgi paylaşımında sınırlılık, sosyal-duygusal davranışlarda sınırlılık, dil gelişimde gecikme, sıra dışı ya da yinelenen dil kullanmak, sınırla alanda yoğun ve sıra dışı ilgilere sahip olmak, belli düzen ve rutinlere ilişkin aşırı ısrarcılık, yinelenen kendini uyarıcı davranışlar, gelişimsel düzeye uymayan oyun, nesnelere ilgili sıra dışı ilgiler ve takıntılar, hareket eden nesnelere ilgi, nesne takıntıları.

Otistik çocukların yaklaşık %70-90 'ında zekâ geriliği vardır. Yaygın gelişimsel bozukluklarının en şiddetli olanlarından biri genellikle otizm ya da çocukluk otizmi adı ile anılan otistik bozukluktur (Schopler ve arkadaşları, , 2001). Bu gelişim bozukluğunda dil, algı, motor gelişiminde eksiklikler; bozuk gerçeklik testi ve sosyal durumlarda işlevsellikte yetersizlik dahil olmak üzere geniş sorunlu davranış olarak bilinmektedir. Otistik çocuklarda sosyal eksiklik; hiç kimseye karşı sevecenlik ya da temas gereksinimi sergilemezler ve anne, babalarının kim olduklarını bilmiyor ya da umursamıyor gibi davranabilirler. Otistik çocukların duygularını dışa vurmamakta, başkalarına tepki vermemesinin aslında sosyal anlayış eksikliğinden kaynaklandığı belirtilmektedir (Sigman, 1996).

Konuşmama; Otistik çocukların taklit eksikliği olduğu düşünölmektedir. Bu işlev bozukluğu karakteristik özelliği olan konuşmama ya da sınırlı konuşma durumunu açıklayabilir. Konuştuklarında ise hemen hiç bir zaman iletişim amacıyla olmaz sorulara sürekli "evet" diyerek yanıt verme ve sürekli tekrarlanan biçimde ya da ekolali şeklinde, birkaç sözcüğün papağan gibi tekrarlanmasından ibaret olduğudur.

Öz uyarım; Kendine yönelik uyarımlar otistik çocuklarda sıklıkla görülen başını vurma, dönme, sallanma gibi yinelenen tekrarlanan hareketler biçiminde olur (Shreibman ve Charlop, 1998)

Zihinsel yetenek; Bilişsel görevlerde diğer çocuklarla karşılaştırıldığında otistik çocuklarda çoğunlukla belirgin bir eksiklik görülmektedir. Örneğin, otistik çocuklar, hem normal hem de zihinsel geriliği olan çocuklarla karşılaştırıldığında, bellek görevlerinde kayda değer eksiklik görülmektedir. Zihinsel durumları temsil etmede dikkate değer bir eksiklik görülür. Nesnelere manipüle edebilir olsalar da sosyal akıl yürütme yetersizliği söz konusudur (Carpentieri ve Morgan 1996; Butcher ve arkadaşları, 2013).

### **2.3.3. Asperger sendromu**

Asperger sendromu genel olarak otistik çocuklarda rastlanan sosyal iletişim ve sosyal becerilerde sorunlar görülür. Asperger sendromu olanların ilgi alanları çok dar olduğu, bu kişilerde az konuda çok fazla bilgiye sahip oldukları da görülebilir. Otistiklerden değişik olarak zaman içerisinde konuşma becerileri kazanabilirler. Ancak davranışsal sorunlar yoğun olarak görülür. Asperger sendromu olan çocuklarda empati becerisi yoktur. Kolay arkadaşlıklar kuramazlar. Arkadaşlık kurma hususunda sürekli sıkıntı yaşarlar. Empati becerilerinden yoksun olduklarından dolayı sosyal ve duygusal yönden büyük derecede bireyi etkiler (Ayata, 2016).

### **2.3.4. Epilepsi ( Sara hastalığı)**

Epilepsi, beyinde sinir hücrelerinden kaynaklanan, kişinin sinir hücrelerinde büyük hasar oluşturan nörolojik bir bozukluğun yaşanmasıdır. Epilepsinin nedenleri arasında kazaların travmatik etkisi, başka nedenden doğan travmalar, felç, beyinde tümör, menenjit, hamilelik müddetince yeterli beslenememe gibi durumlar sebep gösterebilir. Beyinde elektrik sinyallerinin normalden farklı yayılması sonucu, ani nöbetlerin gelmesidir. Epilepsi nöbetlerinin farklı çeşitleri vardır. Bayılma, titreme gibi nöbetlerin yanı sıra bazı kişilerde kişinin kendisi bile nöbetleri hissetmez. Bu durum da teşhisin edilmesini güçleştiriyor. Epilepsi nöbetleri nöbetin türüne göre gelişir. Nöbetler birkaç saniye ya da birkaç dakika sürebilir. Nöbet sırasında hasta kaskatı kesilmekte

sonrasında vücutta, kollarda ve bacaklarda titreme, ritmik hareketler görülmektedir. Nöbet geçtikten sonra kişi kendine yavaş yavaş gelir. Kendine gelme süresi nöbetin büyüklüğüne bağlı değişmektedir (Ayata, 2016).

### **2.3.5. Mental retardasyon**

Zekâ geriliği bulunan çocuklar kendi yaşlıları gibi temel gereksinimlere ihtiyaç duyarlar, temelde aynı sosyal, duygusal, fizyolojik ihtiyaçlardır. Genellikle kendi aralarında da bireysel farklılıklar vardır. Zihinsel engelli çocuğun belirgin özelliği gelişim hızlarının akranlarından farklı olmasıdır. Gelişimlerinin gecikmeli olması önemli bir faktördür. Bir bebeğin zihinsel engelinin olması, bebeğin emeklemesi, yürümesi, konuşmayı öğrenmesi yaşlılarına göre daha geç tamamlayacağı anlamındadır. Mental retardasyonu olan çocuklar özelliklerine bakıldığında öğrenmede güçlük çekme, konuşmada gecikme, yavaş hareket, konuşmada bozukluk, dikkati toplamada zorluk, günlük hayata dair becerilerde yetersizlik ve sosyal becerilerde eksiklikler gözlemlenmektedir (Ayata, 2016).

### **2.3.6. Rett sendromu**

Rett sendromu sadece kız çocuklarında görülür. Hastalığın çocuklarda görülmesinin sebebi, hastalığa yol açan gen X kromozomunda bulunmaktadır. Bu hastalığın en belirgin belirtisi bebeğin başının büyümesi durmasıdır. Normal olarak dünyaya gelen bebeğin ilk aylardan itibaren kafasının gelişmemeye başlaması, kafa çapına bakıldığında küçülmenin gözlemlenmiş olmasıdır. Bu hastalar göz temasından kaçınırlar, konuşmada güçlük, hiç öğrenememe veya konuşma kaybı, sosyal iletişim ve sosyal becerilerde sorunlar görülmektedir (Ayata, 2016).

## **2.4. ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUKLARIN GELİŞİM EVRELERİ**

### **2.4.1. Zihinsel engelli çocuklarda bilişsel gelişim**

Dikkat, kelime anlamı itibarıyla duyguları, düşünceleri, bir olay ya da birebir nesne üzerinde yoğunlaşmadır (MEB Çocuk Gelişim Eğitimi, 2013). Zihinsel engelli çocukların çoğunluğu bilişsel düzeyde hatırlamada güçlük çekerler. Kısa süreli bellekteki bilgileri uzun süreli belleğe aktarmada güçlük yaşanmaktadır. Genelleme yapmada sorun yaşarlar. Öğrenme ile ilgili bilgileri sınıflamada sorun yaşarlar. İşitsel ve görsel olarak zayıftırlar. Zihinsel engelli bireylerde dikkat sorunu sıklıkla görülür. Genel anlamla dikkatleri dağınık ve kısa sürelidir. Dikkatin kısa ve dağınık olması bu çocuklarda yoğun olarak öğrenme problemi görülür. Dikkat sorunu olan çocukların öğrenmeleri daha uzun sürece bağlı kalabilir. Soyut işlemleri kavramsal olarak algılamaları geç ve güçtür. Yeni durumlara uyum sağlama, genelleme yapmada, kazanılmış bilgileri transfer etmede problem yaşarlar. Normal gelişime sahip çocuklara göre hazırlanmış eğitim programlarından yeterli bir şekilde yararlanamazlar. (Ahmetoğlu, 2004).

### **2.4.2. Psikomotor gelişimleri**

Psikomotor gelişim, fiziksel büyüme, merkezi sinir sistemine bağlı olarak paralel gelişir. Bireyin isteme bağlı olarak hareketlilik kazanma halidir. Temelinde hareket becerilerinin kazanılması içeren ve doğum öncesini de içine alan bu dönemden başlayarak ömür boyu süren bir süreçtir. Bedeni kullanma ile nesne kullanımı hareketlerini çocuklar süreç içerisinde öğrenirler. Yetişkinler için bu kazanımlar sıradan kolay hareketler olurken, çocuklar bu hareketleri kazanımda, zamana ve yetişkinler tarafından desteklenerek becerileri kazanma gereksinimleri duyarlar (MEB Çocuk Gelişim Eğitimi, 2013).

Zihinsel engelli çocuklar doğdukları ilk yıllarında bedensel gelişimleri çok yavaştır. Bu çocuklarda zaman geçtikçe belirgin olarak motor gelişimlerinde farklılıklar gözlemlenir. Zamanında yürüyememe, el kasların geç gelişmesi, başlarını dik tutmaları gibi bazı engel durumlarıyla karşılaşılır (Ataman,2003). Zihinsel engelli çocukların fiziksel görünüşleri ve sağlık durumları derecelerine göre farklılıklar göstermektedirler.

Hafif düzeyde zihinsel engelli çocukların motor becerileri ve fiziksel görünüşleri bir derece normal çocuklara benzerken orta ve ağır düzeyde olan zihinsel engelli çocukların motor becerileri ve fiziksel görünüşleri akranlarına göre farklılıklar gösterirler.

### **2.4.3. Zihinsel engelli çocukların dil gelişimi**

Zihinsel engelli çocuklarda sağlıklı normal çocuklar gibi konuşmayı öğrenebilirler. Ancak zihinsel geriliğe sahip oldukları için konuşmaları daha geç seyreder. Konuşma düzeyinde sıkıntılar görülmektedir. Zihinsel engellilik düzeyi, gerilikleri arttıkça dil ve konuşma daha da sorun haline gelmektedir. Hafif düzeyde zihinsel engelli çocukların, kelimelere ses ekleme eğilimi görülüp sesleri yanlış ifade ederler. Sözlü yönergeleri, verilen talimatları yerine getirme ve anlamada yetersizlik gösterirler. Sözcük dağarcıkları daha sınırlı, kurdukları kelimeler yaşitlarının gerisinde olup kelimelerin kullanımı yanlış yerde, yanlış telaffuz kullanırlar. Hafif engelinden dolayı bu çocuklar insanlarla iletişim kurabilmektedirler. Orta ve ağır engelli çocuklar ise hafif engelli çocuklara oranla dil ve konuşma daha sınırlı olup daha az kelime ve cümle kurarak isteklerini, düşüncelerini sınırlı bir şekilde ifade edebilmektedirler (Kulaksızoğlu, 2003).

### **2.4.4. Zihinsel engelli çocukların sosyal gelişimleri**

Zihinsel engelli çocuklar, normal sağlıklı çocuklara oranla daha çok duygusal ve sosyal problemler yaşarlar. Grup içerisinde arkadaşlarına daha bağımlı, sorumluluk almak istemeyen ve daha çok kendilerinden küçük çocuklarla iletişim kuran çocuklardır. Arkadaşlık kurmada etkileşim başlatma ve sürdürmede duygularının farkında olmada, davranışlarını kontrol etmede, sosyal kurallara uymada ve kavramada problemler yaşamaktadırlar. Bu çocuklarda öz güven eksikliği, sosyal ortamlara uyum sağlamada zorluk yaşarlar. İç görüleri yoktur. Empati kurmadan yoksundurlar. Sürekli ilgileri üzerine toplamak isterler. Başkalarının duygularına, düşüncelerine kayıtsız kalmaktadırlar, Kendilerinden beklenen davranışları yerine getirmede güçlük yaşarlar. İnatçı, bencil, saldırgan davranışlar içerisinde, yeme sorunları olan işlevsellikleri daha zayıf olan bireylerdir (Çiftçi, 2007).

## 2.5. ZİHİNSEL ENGELİN SINIFLANDIRILMASI

Zihinsel engel düzeyi ile IQ zekâ düzeyi arasındaki bağlantı, Tablo 2.2’de gösterilmiştir (Butcher ve arkadaşları, 2013).

**Tablo 2.2. DSM-IV-TR’ de tanımlanan zekâ gerilikleri düzeyleri**

Tanı Konan Zekâ Geriliği Düzeyi	IQ Aralığı olarak Karşılığı
Hafif Derecede Zihinsel Engelliler,	50-55’den yaklaşık 70’e
Orta Derecede Zihinsel Engelliler,	35-40’tan 50-55’e
Ağır Derecede Zihinsel Engelliler,	20-25’ten 35-40’a
Çok Ağır Derecede Zihinsel Engelliler,	20-25’ten daha aşağı

### 2.5.1. Hafif derecede zekâ geriliği

Hafif zekâ geriliği olan bireyler zekâ geriliği tanısı konulanlar arasında sayı olarak en büyük kitleyi oluştururlar. Bu gruptaki bireyler eğitim hususunda eğitilebilir. Bu kişiler yardım aldıklarında sosyal açıdan uyumlu davranışlar gösterirler. Basit, akademik ve mesleki açıdan beceri geliştirip ustalaşabilirler. Kendilerine yetebilirler. Yetişkinlik dönemindeki işlevsel düzeyi ortalama 8 ila 11 yaşlarındaki çocuklara denk gelir.

Erken tanı, anne ve babanın yardımı ile özel eğitim destek programları sayesinde sınırdan ya da hafif düzeyde olan bireyler mesleki açıdan beceri kazandırılır, sosyal açıdan uyumlu , akademik becerileri gelişmiş ve kendine yeten bireyler olarak tanımlanırlar (Yıldırım, 2012).

**Tablo 2.3. Hafif derecede/ eğitilebilir zihinsel engellilerin özellikleri ve eğitim gereksinimleri**

*Zekâ Bölümleri(IQ): 52	69
*Zekâ Yaşları(ZY) : 08	11
*Dikkat Süreleri : 15 dk	20 dk.

### 2.5.2. Orta derece zekâ geriliği

Orta derece zekâ geriliği olan bireyler eğitilebilme olasılığı olanlardır. Basit küçük görevleri yerine getirme, sorumluluklar verilir. Belirli akademik beceri kazandırma ise eğitim alma durumlarında ustalaşabilirler. Orta sınıf zekâ engeli olanlar yetişkinlik dönemlerinde 4 ila 7 yaş çocukların yaş düzeylerine gelebilirler. Bazılarında



az da olsa okuma yazma konuşma öğrenebilseler bile öğrenmeleri yavaştır. Kavramlaştırma düzeyleri sınırdadır sayılır. Çoğunlukla sakar, hantal görünümünde, bedensel deformasyonları yanında zayıf motor koordinasyonuna sahiptirler. Bazılarında saldırgan ve düşmanca davranışlar sergiler. Fakat daha tehlikesiz olurlar. Orta zekâ geriliğine sahip bireyler anne ve babalarının yardımıyla ve yeterli eğitim aldıklarında gündelik kişisel bakımlarını, sosyal uyum becerilerini, korunaklı aileye ve çevreye sahip olduklarında kısmi olarak bağımsızlık düzeyine gelebilirler.

**Tablo 2.4. Orta derecede öğretilebilir zihinsel engellilerin özellikleri ve eğitim gereksinimleri**

*Zeka Bölümleri (IQ): 36	51
*Zekâ Yaşları (ZY) : 6	8.5
*Dikkat Süreleri: 10	15 Dakika

### **2.5.3. Ağır derece( şiddetli) zekâ geriliği**

Bu sınıftaki bireylere bazen “bağımlı zekâ geriliği” olarak da adlandırılır. Bu bireylerde motor beceriler ve konuşma becerileri şiddetli biçimde gerilik gösterir. Duyusal kusurlar ve motor becerilerinde azalma yaygındır. Sınırlı olarak kendilerine öz bakım becerileri geliştirebilirler. Bu durumda bağımlılıklarını bir derece azaltmaktadır. Fakat başkalarına her zaman bağımlı olabilirler. Birçoğu kendilerine sunulan eğitimden bir derece yarar görebilir ve denetim altında basit mesleki görevleri yerine getirebilirler.

**Tablo 2.5. Ağır derece zihinsel engellilerin özellikleri ve eğitim gereksinimleri**

*Zekâ Bölümleri (IQ): 20-35, (0-19 çok ağır)
*Zekâ Yaşları (ZY) : 4-6, (4 altı çok ağır)
*Dikkat Süreleri: En çok 10 dakika

### **2.5.4. Çok ağır derecede zekâ geriliği**

Bu sınıfa giren ağır zekâ geriliği “yaşam destek geriliği olarak da isimlendirilir. Bu kişilerde şiddetli uyum davranışları ve eksiklikleri vardır. Basit görevlerde ustalaşabilirler. Konuşmaları geliştirilse bile ilkel düzeydedir. Fiziksel şekil bozuklukları şiddetlidir. Merkezi sinir sistemi patolojisi görülür. Büyüme geriliği, sessizlik, sağırılık ve diğer fiziksel anormallikler yaygın görülür. Ağır derecede zekâ geriliğine sahip kişiler bütün yaşamları boyunca gözetim altında bakıma ihtiyaç

gösterirler. Sağlık sorunları olup hastalıklara direnç gösteremezler. Buna karşın yaşam belirtileri kısıdır. Gelişimleri geç olduğundan, diğer gözlenebilen anormallikleri belirtileri nedeniyle ağır derecede zekâ geriliği bebeklikte tanısı konulur.

**Tablo 2.6. Çok ağır derecede (tam bağımlı) zihinsel engelliler**

IQ	Psikolojik Tanı	Eğitsel Tanı
25- Altı	Çok ağır	Tam Bağımlı

## **2.6. ZİHİNSEL ENGELLİLERDE EĞİTSEL SINIFLANDIRMA**

Zihinsel engelli çocuklar eğitilebilir özelliklere göre sınıflandırılır. Eğitsel sınıflandırmada eğitilebilir gereksinimlerine göre eğitilir ve öğretilir. Günümüzde eğitsel sınıflandırma yöntemi çok yaygın olmamakla beraber hâlen kullanılmaya devam edilmektedir (Eripek, 1996).

### **2.6.1. Eğitilebilir zihinsel engelli bireyler**

Eğitilebilir zekâ düzeyine sahip çocuklar 50 ila 60 arası zekâ puanına sahiptirler. Bu çocuklar eğitim alma dönemlerinde akademik yetersizlik gösterirler. İlkokul son sınıf seviyesinde akademik beceriye sahip olabilir ve akranlarına göre daha gecikmiş olup daha ileri yaşlarda ancak ulaşabilirler. Eğitilir olması, daha temel düzeyde bir eğitilir kast edilmiştir. Bu durumda bu çocuklar okuma yazma ve matematik becerilerini öğrenebilir. Özel eğitimden yararlandırılarak normal okul programlarından faydalandırılır. Özel eğitim destekli programlarda çocuklar temel akademik becerilerinin yanı sıra özbakım becerilerini de öğrenirler. İleri yaşlarda kısmen kendi geçimlerini sağlamaları ve bu çocuklara yönelik bağımsız iş becerilerini kazanmaları için iş okulları olup bu okullarda eğitilirler.

### **2.6.2. Öğretilen zihinsel engelliler**

Öğretilen zihinsel engelli çocuklar 35 ila 50 arası zekâ puanına sahiptirler. Zihinsel engelli çocuklar okul öncesi dönemde fark edilir. Akranlarına göre gelişimsel bakımından önemli derecede farklılıklar görülür. Öğretilen grubuna giren zihinsel engelli çocuklar akademik becerilerde eğitilemeyeceği ancak günlük aktivitelerinde

özbakım becerileri, sosyal uyum, iletişim becerilerinde öğretilbileceğidir. Bu çocuklarda özellikle öz bakım, iletişim, sosyal becerilere daha fazla önem verilmektedir. Bu çocuklar yetişkinlik dönemlerinde, daha korumalı işyerleri, ev, yatılı okullarda çalışarak kendi yaşamlarında geçimlerini sağlar ve üretime katkı sağlarlar. Ancak bu çocuklar aile ve kendilerine bakım verenlerin yardımlarına muhtaçtırlar (Ersoy ve Avcı, 2000).

## **2.7. ÜLKEMİZDEKİ ZİHİNSEL ENGELLİLER**

Ülkemizdeki engellilerin %0.48'i zihinsel engellidir. Yaklaşık olarak 331,243 kişiye denk gelmektedir. Zihinsel engellilerin iç dağılımı ise şöyledir;

DİE (Devlet İstatistik Enstitüsü) tarafından gerçekleştirilen Türkiye Özürlüler Çalışması verilerine göre Türkiye genelinde 331,243 zihinsel engelli kişi olup, bunların 214,205'i eğitim çağı olan 29 yaş ve altında (% 65), 59,679 kişi ise eğitim ve yakın bakım çağı olan 9 yaş altındadır. (Bu değerlendirmede 30 yaş üstü zihinsel engelli kişiler eğitim ve rehabilitasyon şansını kaybetmiş kişiler olarak alınacaktır).

Resmi (yayınlanan) kaynaklara göre ülkemizde kurumsal olarak eğitim ve bakım hizmeti alan zihinsel engelli kişilerin kurumsal dağılımı şöyledir.

MEB özel eğitim kurumları, mesleki eğitim merkezleri, özel alt sınıflar ve kaynaştırma eğitimi veren sınıflar dahil toplam 41,499 zihinsel engelli eğitim almaktadır.

SHÇEK (Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu) resmi kuruluşlarında 3,960 zihinsel engelli bakım ve barınma hizmeti alırken, özel rehabilitasyon merkezlerinde yaklaşık 40,000 kişi eğitim almakta olup, SHÇEK çatısı altında toplam 44,000 zihinsel engelli hizmet almaktadır.

Anadolu Üniversitesi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Ankara Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi, Trakya Üniversitesi'nde toplam sayısı 600 – 1000 civarında olan öğretilbilir zihinsel engelli kısmi süreli – seanslı eğitim almaktadır.

Bütün bu sayılar bir araya getirildiğinde ülkemizde kurumsal olarak eğitim ve/veya bakım hizmeti alan zihinsel engelli kişi sayısı yaklaşık 87,000 kişidir (Metintaş, M., 2007).

## **2.8. ZİHİNSEL ENGELLİĞİN DAVRANIŞ ANALİZİ**

Eğitimde zihinsel engelli çocukların aşamalı eğitiminde öğretilecek konu ve davranışların analizini sağlayarak alt ana konu ve davranışları çocuğa sırasıyla öğretmek çocuğun gelişimi açısından önemlidir. Aşamalı öğretme biçiminde diğer bir konuyu öğretmede kolaylık sağlayacaktır.

## **2.9. ZİHİNSEL ENGELLİLİK VE AİLE**

### **2.9.1. Aile tanımı**

Aile bir alt sistemler topluluğu olarak tanımlarsak birbiriyle ilintili, birbirlerini etkileyen nesil, cinsiyet ve rol terimleri içerisinde tanımlanan bütünsel karmaşık küçük bir toplumdur. Her bir aile üyesi çeşitli alt sistemlere girer ( Parke ve arkadaşları, 2008). Baba çocuk bir alt sistemi oluştururken, anne ile baba bir diğer alt sistemi oluşturur. Anne, baba, çocuk diğer bir alt sistemi temsil eder. Sistemler böyle devam eder. Bu alt sistemler karşılıklı birbirlerini etkilerler. Jay Belsky (1981), evlilik ilişkileri, anne, baba ve bebek davranışı ve gelişimin doğrudan etkisi hem de dolaylı etkileri olduğunu vurgular. Doğrudan etkinin anne ve baba davranışının çocuk üzerindeki etkisidir. Dolaylı etkileşim ise eşler arasındaki ilişkinin, eşlerden birinin çocuğa karşı davranışını nasıl etkilediğidir (Schacht ve arkadaşları, 2009). Örneğin evlilikteki çatışma, anne ve babalığın etkisini azaltabilir. Böyle bir durumda ebeveynler arasındaki çatışma, çocuğun davranışını dolaylı etkiler. İki insanın anne ve baba olması aralarındaki ilişkiyi derinden etkiler. (Santrock, 2017).

### **2.9.2. Sosyal bağlamlar**

Anne ve babalığa geçişte, anne ve babalık için büyük çapta uyumun olması gerekir. Anne ve babalar çocuklarını sosyalleştirdikleri gibi, çocuklar da anne ve babalarını sosyalleştirirler. Belsky'nin modeli doğrudan ve dolaylı etkileri

anlatmaktadır. Annenin rolü çocukla etkileştiği zaman annenin başrolü bakıcılıktır. Babanın rolü ise çocukla oynamak onu eğlendirmektir (Santrock, 2017).

Aileye katılan yeni doğmuş çocukların aile yaşamında olumlu değişimler oluştururken bunun yanı sıra karmaşıklığı da sebep olabilir. Aile üyelerinin yaş ve cinsiyetlerine uygun kendilerine atfedilmiş rolleri vardır. Aile üyelerinin rol beklentileri her zaman sosyal durumla uyumlu olmayabilir. Her aile içte ve dışta kendilerini etkileyen güçlerle ilgili aile rollerini ve davranışlarını değiştirmeye meyillidir (Özsoy, S.A. ve arkadaşları., 2006).

Aile sosyal çevreyle etkileşim halinde yapısal ve organizasyonel yapısı olan bir müessesedir. Ailedeki tüm bireyler sosyal uyum ile ilişki içerisinde duygusal bağ kurabilen ve bir takım sorumlulukları üstlenebilen, kişiler arası ilişkiler yoluyla alt sistemlerle ilişkili bir sistemdir.

Anne hamileliği sürece doğacak çocuğunu zihninde biçimlendirir. Bu biçim annenin kendisinin eşinin ve yakınlarının beklentisi içerisinde oluşmaktadır. Toplumun biçimlendirdiği ideal çocuk algısından da etkilenmektedir. Ancak aileler doğacak çocuklarını zihinsel engelli olarak akıllarından dahi geçirmezler. Doğumu izleyen ilerleyen günlerde veya okul yıllarında çocuklarının zihinsel engelli olduğunu öğrendiklerinde tüm beklentileri alt üst olur.

Aile fonksiyonlarının kavramsal yapısı üç temel yapıdan oluşmaktadır. Ailenin açık sosyo kültürel sisteme dönüşümü, ailenin yaşam sürecinde ihtiyaçlarının belirlenmesi, ailede her bir üyenin psikososyal gelişimi ve sürekliliğini korumaktır. Ailenin değişen durumlara adaptasyon sağlaması gerekir. Aile fonksiyonları derken diğer aile üyeleri, evde yaşayan, akraba ve arkadaş çevresi de bazı sorunların ortaya çıkmasına da sebep olabilir. Bu durumda ailenin kurallara uyması, karmaşanın olmaması etkili iletişimin yeterli olması gereklidir.

Aile sisteminin temel işlevi çocuklarının ihtiyaçlarının giderilmesi onların bakımı ve toplumsal çevreye uyum sağlamanın ilk hazırlığının sağlanmasıdır. Ancak zihinsel engelli bir çocuğa sahip olmak aile yaşamını önemli ölçüde etkileyen bir durumdur. Bu durumda engelli çocuk aileye yük olmaktadır. Aile yükünü etkileyen pek çok etken bulunmaktadır. Aile üyelerinin ve ev rutinlerinin, rollerinin bozulması, ailenin

ekonomik gücü, engelli çocuğa bakım verme endişesi, tıbbi giderler, duygusal stres gibi etkenler ailenin etkilenmesinde önemli yer tutmaktadır. Bu aileler zihinsel engelli çocuğa sahip oldukları ve bu durumda tek başlarına kaldıklarında, aileler ve çocukları toplum için büyük bir risk grubu oluşturmuşlardır. Bu ailelerin yaşadıkları sorunlar belirlenip planlı bir şekilde gereksinimleri karşılanmalıdır. Neden olarak zihinsel engelli çocuğun getirdiği ek bir yük günlük yaşamda olağan sayılabilecek zorluklar aile içerisindeki mevcut sorunları artırabileceği gibi ailede stres kaynağı olduğu da vurgulanmıştır (Özsoy ve arkadaşları., 2006).

### **2.9.3. Engelli çocuğu olan ailelerin tutum ve davranışları**

Tutum: bir bireye atfedilen bir eğilimdir, gözlenebilen ortaya konan bir davranış değil, davranışa hazırlayıcı bir eğilimdir. Bir tutumun meydana getirdiği sadece bir davranış eğilimi ya da sadece bir duygu değil, düşünce- duygu- davranış eğilimi bütünleşmesidir (Kağıtçıbaşı, 2008).

Anne ve babanın çocuğuna karşı olan tutumları genellikle “demokratik, otoriter, aşırı koruyucu ve ilgisiz olmak üzere dört grupta incelenebilir. Değişik anne ve baba tutumları, çocuğun kişiliğinin gelişiminde farklı şekillerde etki etmektedir.

Aileler çocuklarının engelini öğrendikten sonra, anne ve baba çocuğa yönelik bazı tutum ve davranışlarda bulunmaktadır.

#### **2.9.3.1. Engelli çocuğa fazla koruyucu tutum**

Özellikle zihinsel engeli olan çocuklarda fazla koruyucu aileler kendilerince çocuk için en uygun gördükleri en güvenli konulara dikkat ederler. Çocuk ailesi dışında alay edilme, ayıplama, aşağılama gibi durumlarla karşılaşmaktadır. Aile bu gibi durumdan dolayı engelli çocuğu yaşadığı ortam içinde tutmaktadır. Aile çocuğun tüm gereksinimlerini karşılar. Bu gereksinimler aile içinde karşılanır. Aile çocuğun ihtiyaçlarını yaşadığı ortam içinde karşıladığında dolayı çocuğun ailesine bağımlı olmasına neden olabilir.

### 2.9.3.2. Engelli çocuğa ayrıcalıklı aile tutumları

Çocuğun engelinden dolayı aile bazı haklar ve ayrıcalıklar tanır. Bu tutum diğer çocuklarının ihmal edilmesi sonucunu doğurur. Engelli kenara itmesi ve diğer çocuklarına aşırı ilgi göstermesi de bu tutumun içine girmektedir.

### 2.9.3.3. Engelli çocuğuna aşırı ilgi tutumu

Bu tutumda aile normal yaşantısının dışına çıkar bütün ilgi ve alakasını engelli çocuklarına verirler. Aile içinde herkes engelli çocuğa birçok konuda fedakârlık yapar. Kendilerini engelli çocuğa adarlar.

### 2.9.3.4. Özürlü çocuğu ret eden tutum

Engelli çocuk bir sorun olarak görülür ve ondan kurtulmak istenir gereksinimleri karşılanmaz ihmal edilir.

Aile çocuğunun engelini kabul etmez. Çocuklarının sağlıklı olduğuna kendileri de inanır bu nedenle kendi çevrelerine de bunu ispatlamaya çalışırlar.

### 2.9.3.5. Engelli çocuktan yararlanma tutumu

Aile engelli çocuğunu kabul eder çevresine engelli çocuğuna acımasını sağlar ve çevrelerinden yardım etmelerine çalışırlar.

### 2.9.3.6. Engelli çocuğuna normal tutum

Normal tutuma sahip ebeveynler çocuklarının engelini kabul ederler. Çocuklarına sağlanacak tüm imkânlardan faydalanır, çocuğunun gelişimine katkı sağlarlar. (MEB Temel Eğitim Genel Müdürlüğü)

## **2.9.4. Zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin işlevselliğinin değerlendirilmesi**

Aile işlevselliği kavramı değişik ve geniş anlamlarda kullanılır. (Toly, 2009) genellikle ebeveyn stilleri, görevleri, rolleri, uyum, inançları, yapı, yeterlilik, sınırları,

çatışmalar, iletişim ve problem çözme gibi alanları kapsadığını belirtir (Headman, 2003). İlk olarak sistem teorisini koymuş birçok psikolog temel kavram, önermelerden yola çıkmışlardır. Kavramların ortaya çıkmasıyla 1970'li yıllarda McMaster Üniversitesinde daha da geliştirilmiş ve şu anki bilinen adıyla McMaster aile işlevselliği modeli adını almıştır (Headman, 2003).

McMaster aile işlevselliği modeli ve önemli bir diğer aile işlevselliği kuramı olan Beavers aile işlevselliği sistem modeli: McMaster aile işlevselliği modeli aile işlevselliği temel kavramlarının tanımlanması ve klinik çalışmalarda uygulayıcılara etkili bir müdahale sistemi çerçevesi sunulması amacıyla geliştirilmeye başlanmış olup bu model:

- a. çok boyutlu bir aile işlevselliği modelini,
- b. aile işlevselliği yapısını değerlendirmeye uygun değerlendirme araçlarını,
- c. iyi yapılandırılmış bir müdahale sürecini içermektedir.

Sisteminin yapı ve işlevlerine odaklanan McMaster Aile İşlevselliği Modeli, Sistem Teorisi'nin şu temel varsayımlarına dayanır:

1. Ailenin her bir parçası bir biri ile ilişki içindedir.
2. Ailenin herhangi bir parçası, diğer parçalardan bağımsız şekilde anlaşılabilir.
3. Aile işlevselliği, her bir üye ya da alt grubun tek başına basit bir şekilde değerlendirilmesi tam olarak anlaşılabilir (Miller ve arkadaşları, 2000).
4. Aile yapısı ve düzeni, aile üyelerinin davranışlarını güçlü bir şekilde etkileyen önemli faktörlerdir.
5. Aile içindeki transaksyonel kalıplar, aile üyelerinin davranışlarını önemli ölçüde şekillendirir. Model, aile işlevselliği ile ilgili bütün boyutları kapsamamak ve aileleri sınıflandırmamakla beraber (Amado, 2005), klinik anlamda kullanışlı problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü şeklinde altı aile işlevselliği boyutu tanımlamıştır. (Deniz, İ ve Göller, L., 2017).



Toplumun küçük bir birimi olan aile bireysel ve sosyal yaşam açısından büyük önem taşımaktadır. Aile, kişilerin fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı olabilmesi için, ilgi, sevgi, şefkat, ilişkiler de yakınlık, bakım bulabilecekleri en doğal ortamıdır. Kişi içinde yaşadığı ailesinin aracılığıyla toplumsal hayata bağlanır. Bağlandığı hayat ile öğrenir, eğitilir, etkilenir, etkiler. Aile sistemindeki kuramlar, kişilerin gelişimlerini ve işlevini etkiler. Sorumluluk alma, yaşamdan doyum alma, aidiyet, özgüven kazandırma, ihtiyaçlarını karşılama olanağını sağlar. Ailede işlevselliği yüksek olması ile kişilerin sağlıklı görevlerini yapabilmeleri, ruh sağlığı yerinde, mutlu bireyler olması, aile üyelerinin ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Sağlıklı bir şekilde çalışan ve güçlü aile işlevselliğine sahip bireyler daha az psikolojik problemler yaşarlar. Aileye desteği daha etkindir (Petrocelli ve arkadaşları, 2003). Stres oluşturan durumlara daha sağlıklı uyum sağlarlar (Toly, 2009). Aile işlevselliği, aile bireylerinin birbirleriyle, alt sistemlerle ve toplumla olan ilişkilerinde elde ettikleri doyum düzeyi yüksektir. Aile işlevselliği yüksek olan aile bireylerinin birbirleriyle ve diğer insanlarla kurdukları ilişkiler daha güçlü ve daha sağlıklıdır (Aslantürk, 2009).

Aileye yeni bireylerin katılmasıyla, aile işlevlerinde, günlük yaşamın rutinlerinde ve bireylerin rollerinde değişiklik gelmektedir. Aile içindeki bireylerin, eşler arasındaki ilişkileri, meslekleri, yakın çevrelerinden ve toplumdan beklentileri değişir. Anne ile bağ kuran bebeğin yoğun bir şekilde ihtiyacının karşılanması, aile bireylerinin kendi gereksinimlerini bırakarak bebeğe yoğunlaşması, bireylerin kendilerine ayırdıkları zamanın azalması gibi nedenlerle aile işlevselliği bebek yönüne çevrilmiştir (Özşenol ve arkadaşları, 2003). Bu durumda çocuk sahibi olmakla, ailenin sağlıklı uyum sürecine girmesi ile zorlayıcı ve önemli bir yaşamsal süreçtir.

Aileye çocukların katılmasıyla ebeveynlere doğal zorlukları da beraberinde getirmiştir. Çocuk sahibi olmanın aileye getirdiği zorlukların yanında ek olarak aileye engelli çocuğun katılması ile aile için yaşamsal zorlayıcı, stres oluşturan süreç başlamıştır ( Akandere, Acar, Baştuğ: 2009; Doğru ve Arslan 2006). Ailenin engelli çocuğa sürekli bağımlılık ilişkisi içinde olmanın çocuğun özel bakımı, eğitim gereksinimi, yarın ne olacak endişesi, ebeveynlerin yaşadıkları stres, fiziksel, ruhsal olarak olumsuz etkilemektedir. Ailenin yaşam alanı daralmıştır (Kaytez, Durualp ve Kadan, 2015). Ebeveynlerin engellenmiş duygusu, yüksek düzeyde depresyon sebebi

olarak ortaya çıkmış ve sağlık sorunları ile karşı karşıya kalmışlardır. Bu nedenle aile bireylerinde zaman zaman da işlevsellikte azalmalar görülmüştür.

Engelli çocuğa sahip olmanın stres oluşturuıcı özelliğine karşın sosyal desteğe erişimin olması, aile işlevselliğini önemli ölçüde etkiler. Sosyal destek ailenin yaşadıkları zorluklar karşısında başa çıkmada önemli ölçüde yardımcı olmaktadır. Sağlıklı aile işlevselliğine sahip aile bireyleri diğer yaşadıkları zorluklarla başa çıktığı gibi engelli çocuğa sahip olmanın zorluğu ile de başa çıkabilmektedir ve sağlıklı aile işlevselliğine sahip aileler yaşadıkları sorunlar karşısında başa çıkmalarında olduğu gibi, engelli çocuğa sahip olan ailenin olumsuz yaşantıları ve aile işlevselliği düşük ailelere oranla daha rahat başa çıkabilmektedirler (Özşenol ve arkadaşları, 2003). Ailenin açık kuralları ve rollerinin olması, aile üyeleri arasında iletişimde birbirlerine yakın olması, birbirlerine saygı göstermesi, zorluklar karşısında birbirlerine yardımcı olması, aile bireylerinin sınırlarının olması, duygularını rahat ifade edebilmesi gibi faktörler, aileyi zorlayıcı yaşam şartları ile başa çıkmasını kolaylaştıran aile işlevliğini artırıcı etkenler olduğudur. Bu anlamda engelli çocukların aile işlevselliğine yönelik araştırmaların önemli olduğu söylenebilir. (Deniz ve arkadaşları, 2017).

### **2.9.5. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin yaşam boyutu**

Aile Sistemi ana binanın temelini oluşturan bir yapıdır. Aile çekirdek yapısı, kendi geçmişinden alıp, gelecek kuşaklara aktaracağı kültürel yapısını sağlıklı bir biçimde yansıtmak ister. Aile, neslin devamını, aktarımını sağlayan çocukların gelişiminde eğitiminde en önemli role sahiptir. Çocukların, doğumundan sonraki büyüme ve gelişiminde fiziksel, dil, motor beceriler, zihinsel, sosyal ve duygusal gelişimi yönünde bazı becerileri kazanabilme sağlıklı hayatını devam ettirebilmede yetişkin gücüne ihtiyaçları vardır. Yaşamla ilgili davranış kalıpları, sosyal etkileşim, genel toplumsal kurallar ailede öğrenilir (Aysan, F. ve Özben, Ş., 2007).

Aile: Özel eğitime ihtiyacı olan bireyin anne, baba ve kardeşleri ya da kanunen bakmakla yükümlü olan kişi veya kurum temsilcisini ifade eder (MEB Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği).

Aile yaşamış olduğu toplumun kültürel yapısına göre şekillenir. Anne ve babalar, çocuklarını yetiştirirken toplumun kültürü değerleri içine alır. Aile, kültürden,

değerlerden otoriteden, inançlardan, önyargılardan, geleneksel kültürden tümüyle etkilenir. Anne ve babanın yaşam kalitesini etkileyen önemli değişkenlerden biri ailenin çocuk sahibi olmasıdır. Aileye yeni bir bireyin girmesi uyum problemini de beraberinde getirir. Ailede ne kadar uyum ve denge mükemmel olsa dahi aileye yeni dahil olmuş çocuğun strese yol açtığı, uyum problemi olması ne kadar kaçınılmaz ise kendi iç dengelerini kuramamış ailelerde, aileye yeni katılan çocuğun çok daha büyük problemlere gerginliklere neden olması kaçınılmazdır. Engelli bir çocuğun aileye girmesi ve bu çocukları ailenin kabullenmesi çok zordur. Engelli doğan çocuğun ailelerin tepkilerini açıklayan modeller vardır. Bu modellerden aşama modeline göre, anne baba engelli bir çocuğa sahip olduklarını bildikleri andan itibaren karışık duygulanım içerisine girerler. Anne ve babalar öğrendikleri ilk evrede: yoğun şok yaşarlar. Ebeveynler sağlıklı bir bebeklerinin olmasını beklerken farklı özellikleri olan bir bebeğin dünyaya gelmesiyle aile karmaşık duygu, düşünce ve davranışlar içine girer. İkinci evrede: ebeveynlerin çoğu çocuklarının engeli olduğunu öğrendiklerinden itibaren derin üzüntü yaşarlar. Çocuklarının engelli olduğu ilk defa aileye açıklanış şekli ve verilen bilgiler ailenin bulunduğu duygusal süreci hafif ya da ağır atlatmasına neden olur. Yas, yoğun üzüntü, hayal kırıklığı, kaygı, ret, suçluluk ve savunma mekanizmalarını yoğun olarak yaşarlar. Bu evre tepkisel aşama olarak adlandırılır. Üçüncü evreyi: Ne/ neler yapabilirim? Sorusunun sorulduğu bu evre uyum ve duruma alışma aşamasını oluşturur. Aileler daha sonra bilgi ve becerilerini geliştirirler. Aileler çocuklar ve kendileri için planlar yapmaya, ileri yaşamda kendilerini neler beklediğini düşünmeye başlarlar (Aysan, F. ve Özben, Ş., 2007).

Sürekli üzüntü modeli: Aileler patoloji olmayan üzüntü kaygı durumuna girerler. Kişisel yapılanma modeli: Aileler duygusallıktan öte bilişi temel almaktadırlar. Tepkilerini farklı algılara ve farklı yorumlara bağlarlar. Geçmişteki deneyimler ve beklentileri kendilerinin ve çocuklarına ilişkin deneyimler ailelerin tepkilerini, belirler.

Çaresizlik Güçsüzlük ve anlamsızlık modeline: Farklı bir çocuğa sahip olmanın oluşturduğu duygular yakın çevrenin tepkileriyle de ilişkilidir (Akkök, 1997).

Engelli çocuk aile içinde çatışmaların nedeni olmaktadır (Baltaş, A. ve Baltaş, Z., 1986). Ailede özürlü çocuğun varlığı, ailede başa çıkılması gereken yeni bir sürecin başlamasına sebep olmaktadır. Aile bu etkinin altında kaldığından dolayı farklı tutum

ve davranış içine girerler. Çocuğun engeline sebep olan problemin tanımı, nereden kaynaklı olduğu, çözüm için neyin yapılması gerekli olduğu, aile içi ilişkilerin nasıl tekrar düzenleneceği gibi hususlar ailenin kaygı duymasının nedenlerindedir. Engelli çocuğunun nasıl eğitim alacağı kendisi öldükten sonra bakım verilip verilmeyeceği, aileye yeni katılacak çocuğunda engelli olup olmayacağı gibi konular aile içi tartışma nedenleri arasında yer almaktadır (Özsoy, 1997).

Çocuğunun engelini öğrenen aileler, çocuğunun bu durumuyla ilgili bir uyum sürecine girer. Bu uyum sürecinde Örneğin, çocuğunun zihinsel engeli olduğunu öğrendiğinde ailede yadsıma, öfke, pazarlık, depresyon ve kabul dönemleri başlar Çocuklarının engelini öğrendiklerinde aile durumu dışarı vuramaz bastırır. Bastırdıkları öfkeleri genellikle depresyona sebep olur. Bazen aileler çocuklarının özürlerini kendilerinden kaynaklı olduğunu söylerler. Engeli olduğunu ilk öğrendiklerinde ailelerde yadsıma özellikleri gözlenir (Fışiloğlu, A. ve Fışiloğlu, H. 1993). Engelli çocuğun yaşı, cinsiyeti, engelinin tanısı, anne ve babanın yaşı, ekonomi düzeyi, aldıkları sosyal destek gibi özellikler ailenin duygu durumlarında belirleyici olmaktadır. Wolstenberger, zihinsel engelini öğrenen anne ve babanın ilk krizi öğrendiklerinde yaşadıkları, ikinci krizi engelli çocuğu hakkında beklentileri karşısında, üçüncü krizi karşılaştığı sorunlarla baş etmede mücadelesinde yaşadıklarını belirtmektedir ( Duman, 1995). Engelli bir çocukla yaşamak ebeveynlerin gelecek planlarını, beklentilerini değiştirmektedir. Ailenin değişen yaşantılarında kaygı, depresyon, öfke, stres ve değişen duygu durumları olumsuz bir şekilde ömür boyu etkilemektedir (Aysan, F. ve Özben, 2007).

### **2.9.6. Zihinsel engelli çocukların ailelerinde bakım yükü ve evde bakım**

Bakım veren; engelli hastalara fiziksel, sosyal, ekonomik duygusal açıdan destek sağlayan ve bakım vermekle yükümlü olan kişilerdir. Türk Dil Kurumu (TDK) bakma işi, bakım, bir şeyin iyi geliştirilmesi, iyi durumda kalması için harcanan emek, beslenmesi, giyinmesi gereksinimlerinin karşılanması vb. ihtiyaçlarının karşılanmasını üstlenmesi ve en iyi şekilde sağlanmasını ifade etmektedir. Hasta olan kişiye birinci derecede bakım hizmetini veren, günlük bakımını devamlı bir şekilde bakımını temin eden kişidir ve düzenin işlemesinden sorumlu kişidir.

Zihinsel engellilik kişilerde kalıcı yetersizlik gösteren hayat boyu gözlem gerektiren önemli bir bozukluktur. Zihinsel engelli olmak sadece bireyin kendisini ilgilendiren bir sorun olmayıp aile üyelerini ve yakın çevresini de ilgilendiren bir durumdur. Ekonomik, psikolojik, sosyal, davranışsal ve bilişsel yönden de etkileyen bir sorundur (Gönener, H.D. ve arkadaşları, 2010).

Evde bakım engelli bireylerin ev ortamında bakım ihtiyaçlarının karşılanması kişilere sağlanan sağlık hizmetleridir. Evde bakım hizmeti vermek, profesyonel bir kişinin hasta bireye ve ailesine, hastanın evinde günlük yaşam aktiviteler ile yardım sağlamasıdır. Evde bakım, hastaların kendi evlerinde sağlık bakımları ve sosyal hizmetleri içeren bir sistemi tanımlamaktadır. Evde bakım hizmetindeki amaç kişilerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlıklarını en üst düzeye çıkartmak ve hastalığının etkilerini en aza indirmektir. Yaşam kalitesini yükseltmektir. Evde bakımın bir başka boyutu da, sağlık, tıbbi hizmetlerin sosyal hizmetler ile bütünleştirilerek kişilere yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Sağlık hizmetleri geliştirilerek holistik yaklaşımı da temel alıp sektörler ve disiplinler arası işbirliğini gerekli kılar. Uzun süreli bakım ihtiyacı gerektiren engellilik durumu, bu sorunu yaşayan birey ve ailelere yeterli sağlık hizmetleri, sosyal destek sağlanmadığında ailelerin yaşamları olumsuz etkilenmektedir. Aileler psikoloji, ekonomik, psikolojik olarak da sorunları beraber getirmektedir. Gelişmiş ülkeler bakım yükünün ekonomik ve sosyal nedenlerle altından kalkamayacak boyutlarda olduklarını öngördüklerinden ailenin desteklenmesi gerektiğini hedef alan bakım sigortası kapsamında yasal düzenlemelere sosyal politikalar da içinde yer vermişlerdir. Almanya, Hollanda, Avusturya, Japonya gibi ülkelerde sosyal güvenlik sistemi içinde bakım sigortaları uygulamaları görülmektedir. Evde bakımı cazip hale getiren faktörler; Evde bakım hizmeti sağlandığında kişilerin kendi alışık olduğu ortamda bakım hizmetleri sağlandığında kişilerin yaşam kalitesinin yükselmesini sağlamaktadır.

Evde bakıma ihtiyacı olan kişilerin bakım sorumluluğunun üzerlerinden alınması, yaşam şartlarının sınırlandırılmasını engellemek ve bu durumda aile bireylerinin engelli hastasına bakımla zorlanmayıp tükenmişlik sendromu yaşamalarının ortadan kaldırılmasına neden olur. Evde bakım aileye göre planlanmakta ve hizmet sunulmaktadır. Evde bakım aile fertlerinin bakıma katılmalarını sağlarken ailenin tüm

fertlerinin de hasta bakımı hakkında eğitilmelerini sağlar. Evde bakım kişilerin alışık olduğu hobilerini ve aktivitelerini de gerçekleştirmesine de olanak sağlar (Gönener, 2010).

### **2.9.7. Zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin stres durumu**

Latince “ stringere” kelimesinden türeyen stres kelimesi, güçlülüğü, sıkıntıyı, üzüntü ve zorluğu ifade eder. Stres yaşayan insanda noradrenalin hormonu salgılanmakta, kan şekeri düzeyi, tansiyon, kalp atışları yükselmekte ve solunum hızlanmaktadır. Fizyolojik belirtileri, ağız kuruluğu, tükürük salgılama durmakta, avuç içi terleme ve kaslarda gerginlik oluşmaktadır. Stresin sıklıkla yaşanmasında bireyin metabolizma dengesi bozulmaktadır (Rout, 2002). Stres tanımı insanların sıklıkla sorunlarla karşılaşması durumunda ve stresörlerden kaynaklanmaktadır. Bireyin dış uyarıcılara diğer bir ifadeyle stresörlere gösterdiği duygusal ve fiziksel tepkidir. Bundan dolayı kişiler davranışsal ve fiziksel değişime uğramalarıdır (Özen, H.Ö., 2011).

Hemen hemen her insan yaşamlarının bir döneminde stres yaşar. Stres, insanların güç durumda kaldıklarında, korkutucu durumlara maruz kaldığında, bir takım olumsuz duyguları ve tepkileri tetiklenir. Ancak her stres tepkisi olumsuz değildir. İnsanlar aslında hayatta kalabilmek için biraz da olsa strese gereksinim duyarız. Stresi aslında baş etmemizi sağlayan nörolojik ve fiziksel tepkiler olarak tanımlarız. Stres ile ilgili çalışmalar, genellikle vücudun strese karşı tepkileri ve stres algısını tetikleyen bilişsel mekanizmalar üzerine odaklanmıştır. Stresin en önemli özelliği ve stres tepkisini tetikleyen çok çeşitli durumları ( Aşırı yorgunluk, ağrı hissi, belirsiz olma durumu) olarak vurgulanmaktadır. Stresi detaylı bir şekilde açıklayan model ise biyopsiko-sosyal modeldir. Bu modele göre stres, birbiri ile bağlı, dışsal ve içsel bileşenden oluşur. Stresin dışsal bileşeni, kişinin stres duygusunu tanımasından önce gelen ve bir stres tepkisini ortaya çıkaran çevresel olaylardır. İnsanlar kendilerini engellenmiş hissettiklerinde ya da bir şeye canları sıkıldığında çoğunlukla bu dış stres kaynaklarının farkına varabilir. Bir diğer modelin içsel bileşenleri, stres hissi ile ilişkili nörolojik ve fizyolojik tepkileri gibi içsel biyolojik mekanizmalardan oluşmaktadır. Hans Selye’ye göre stres “ özgül olmayan’dır” ve bu durumda çeşitli uyarılar ve durumlardan kaynaklanabilir. Hans stres tepkisinin üç aşamadan geçtiğini, bunlardan alarm tepki aşaması, direnç aşaması ve bitkinlik aşamasını belirtmektedir. Hans bu genel tepki

setine bir genel uyum sendromu (GUS) olarak adlandırmaktadır (Selye, 1976). Bu şekilde alarm tepkisi, sempatik sinir sistemi uyarıldığı ve adrenal korteks ve hipofiz bezi gibi diğer sistemlerin dahil edildiği savaş ya da kaç tepkisine eşittir. Direnç aşaması, sürekli bir tetikte olma halidir. Eğer tehdit ortadan kaldırılmaz ise, bu durum bitkinlik aşamasına geçilmesine neden olur. Bu aşamada, vücudun enerji kaynakları sonunda tükendiği için çökme meydana gelir. Selye'nin modeli, stres ortadan kaldırıldığında vücut tekrar iyileşmeye başlar ve vücut fonksiyonları normale dönüşür. Ancak tehdit uzun süreli devam ederse, sempatik sinir sistemi uyarılması aktif halde kalır ve sağlığı olumsuz yönde etkilemiş olur. Uzun süreli ve kronik strese maruz kalma bağışıklık sistemini çökeltir. Kişinin hastalıklara daha fazla duyarlı hale gelmesine yol açar. (Barnes, J., 2014).

Engelli çocuğa sahip ebeveynler, kendi içinden ve çevresinden gelen çeşitli engellerle karşılaşır ve bunun sonucunda zorlanır. Zorlanmayla karşılaşıldığında kişide içsel olarak kızgınlık, öfke ya da anksiyete vb. gibi duygular yaşar. Engelli çocuğa sahip aileler herhangi bir zorlanma oluşturan durumla (stresör) karşı karşıya kaldığında iç dengeyi korumaya çalışır. Zorlanmayla karşı karşıya kalındığında çeşitli hormonlar salgılanır, kalp atışı hızlanır, heyecanlanır. Ancak baş edebilme gücünü kendinde bulabilirse çeşitli davranış biçimleri gösterebilir. Bulduğu duruma uyum sağlamaya çalışır. Kendini yetersiz gördüğü durumlarda ise savunmaya yönelik davranışlar geliştirebilir. Bu zorlanmanın ortaya çıktığı çevre koşulları etkilidir. Ancak zorlanma faktörleri çoksa Örneğin; Engelli çocuğunun tanısı, şiddeti ve sosyal destek eksikliği eşler arası çatışma gibi nedenlerle bu durum bireyin uyum yapma yeteneğini kısıtlamış olur. Engelli aileler çok sayıda sorunla birden karşılaşması baş etmelerini güçleştirir ve stresi artırır. Engelli çocuğa sahip ailelerin bireysel yaşam şartları ve toplumsal yaşam şartları engelli çocuğu olan ailelerde stres oluşturur. Engelli çocuğu olan aileler ve engelliye bakım veren yakınları, toplumun stres oluşturacak faktörleri araştırması gerekir. Stres oluşturacak faktörlerin ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmaların yapılmasıdır.

Ev içi düzenlenmelerin yapılması, ev ortamı engellinin aktivite ve mobilitesini artıracak, engelliye hastalık durumuna göre bağımsız kılacak şekilde düzenlenmelidir. Aile ve bakım verenler aşırı koruyucu tutuma girmemelidirler. Engellinin yapabileceği

işlere olanak tanınmalı, duygularını açıklamasına izin verilmeli, toplumdan soyutlamamalı, engellinin yaşamını güçleştiren stres oluşturan durumdan ortadan kaldırılmalıdır. Engelli çocuğa sahip aileler kendilerini tehdit eden durumlardan sakınırlarsa kendilerinin az da olsa stres oluşturan faktörlerden korunmuş olurlar. Günümüzde stres, bireylerin verimliliğinin ve üretkenliğinin düşmesi, yaşamdan aldığı zevki azaltması, kişilerin yaşamla bağı koparan bir etken olduğu belirtilmiştir. (MEB Engelli psikolojisi, 2013).

Araştırmalarda zihinsel engelli çocuğa sahip anne ve babaların engelli çocuğa sahip olmayan ailelere göre daha çok stres altında olup anksiyeteleri daha yüksek olduğu görülmüştür (Esdaile, S.A., ve arkadaşları, 2003; Ryde- Brandt, B., 1990). Engelli çocuğa sahip annelerde somatik yakınmalar, depresyon, anksiyete gibi psikolojik sorunlar, engelli çocuğa sahip olmayan annelere göre daha sık görülmektedir ( Miller, ve arkadaşları, 1992; Hanson, ve arkadaşları, 1994). Ailenin sosyo-ekonomik düzeyi meslekleri, evlilik ilişkilerinde uyumluluk, ailenin sosyal güvencesi olup olmadığı, zihinsel engelli çocuğun engelinin şiddeti, engelinin süregenliği, tıbbi yardım ihtiyacının fazla olması, (Örneğin; yinelenen hastalıkları, ameliyatları ) gibi çeşitli nedenler anne ve babanın engelli çocuğu kabullenmesi, algılama şekli, engelli çocuğa uyumu, anne ve babaların stres düzeyini etkilemektedir (Pelchat, D. ve arkadaşları, 1999; Timko, C. ve arkadaşları, 1992; Minnes, P.M., 1988; Toros, O.F. ve arkadaşları., 2004).

Magill-Evans ve arkadaşları (2001) 90 serebral palsili (13-15 ve 19-23 yaşlarında iki grup), 75 sağlıklı ergenlerde ve anne-babalarında yaptıkları çalışmada; serebral palsili (SP) olan 19-23 yaşlarındaki gençlerde, SP'li olan her iki yaş grubundaki ergen ve gençlerin anne ve babalarında, ilerideki yaşamlarında umut, bağımsızlık ve başarı beklentilerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu saptamışlardır. Florian ve Findler de (2001) SP'li çocuğa sahip olan annelerde sağlıklı kontrol grubuna göre özgüvenlerinin ve evlilik içi uyum düzeylerinin daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Ryde-Brandt (1990) 11 psikotik bozukluğu, 13 Down sendromu, 13 çeşitli bedensel engeli olan çocuklara sahip annelerin ve 13 sağlıklı çocuğun annelerindeki anksiyete düzeyini belirlemek için karşılaştırmış. Sonuçta psikotik bozukluğu olan çocuklara sahip annelerinin anksiyete düzeyini diğer gruplardan anlamlı düzeyde daha yüksek



olduğu saptanmıştır. Bagenholm ve Gillberg, yaşları 5 ila 20 arasındaki engelli (mental retardasyon ve otizm) kardeşe sahip çocuklar ve anneleri ile görüşmeler yapılmıştır (Bagenholm A and Gillberg C.,1991), bu durumun kendilerindeki psikolojik etkilerini araştırmışlar ve bu araştırmalardaki veriler Holroyd Stres ve Kaynakları ölçeği ile toplanmış. Çocuklar ilerideki yaşamları ile ilgili kaygıları olduğunu ve kendilerinde yalnızlık hissettiklerini belirtmişlerdir. Engelli kardeşe sahip çocuklar ise kendi kardeşlerinin neden diğer çocuklardan farklı olduğunu belirtmişlerdir. Engelli çocuğa sahip annelerin sağlıklı annelere göre daha stresli olduğu bulunmuştur. Down sendromu olan çocuklarla, konjenital kalp hastalığı, yarı damak, yarı dudak ve sağlıklı kontrol grubu ile yapılan çalışmada; Down sendromu ve konjenital kalp hastalığı olan çocuğa sahip anne ve babalarda stres düzeyi kontrol grubu ve yarı damak, yarı dudaklı çocuğa sahip anne ve babalara göre daha yüksek olarak saptanmıştır (Pelchat, D. ve arkadaşları 1999). Araştırmaların çoğunda engelli çocuğa sahip annelerin babalardan daha çok stres altında oldukları ve yapılan çalışmalarda ise babaların da annelere benzer oranda etkilendiği bildirilmektedir (Goldberg, S. ve arkadaşları, 1990).

Engellilik genellikle bireylerin kendi kontrolleri dışında karşılaştıkları bir yaşam olgusudur. Bir özrü nedeni ile yetersizliği, yaşa cinsiyete sosyal kültürel faktörlere bağlı olarak kişilerin yapması gereken rollerin kısıtlanması ve yerine getirememesi durumudur. Dünyada gelişmiş ülkelerde nüfusun % 10'unun, gelişmekte olan ülkelerde %13'ünün engelli olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye özür lülük araştırmasında (2002) raporuna göre engellilik sıklığı %12.29, erkeklerde %11.1 ve kadınlarda %13.45 olup, toplam geneli engelli nüfusun % 10.3'ünü 0-19 yaş grubu oluşturmaktadır ( Özcebe, H., 2008).

Aileye engelli bireyin katılmasıyla başlayan süreç, ciddi psikososyal, ekonomik problemleri de beraberinde getirir. Bu süreçte ebeveynler birbirlerini suçlamakta, ne yapacaklarını bilememekte ve yeni duruma uyum güçlüğü yaşamaktadırlar. Aile içi düzenin değişmesi, ailede kişiler arası ilişkilerin etkilenmesi, çevrenin engelli bireyli çocuğa olumsuz bakışın gündeme gelmesidir (Özbeşler, C., 2008). Yapılan çalışmalarda engelli çocuğa sahip ailelerin, aile yapısında, aile işlevlerinin bozulması, aile içi baş etmede güçlükler yaşaması gibi nedenler bildirilmektedir (İçmeli, C. ve arkadaşları., 2008; Khamis, V., 2007; Taanila, A. ve arkadaşları, 2002).

Zihinsel engeli olan çocuğun annelerinde yüksek düzeyde öfke, şok, depresyon, inkar, ret, hayal kırıklığı, birbirlerini suçladıkları belirtilmiştir (Barlow, J. ve arkadaşları, 2006). Yapılan çalışmalarda engelli bireyin bakımını annelerin üstlendiğini, bakım veren annelerde stres, depresyon, anksiyetelerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Dereli, F. ve Okur, S., 2008; Scharer, K. ve arkadaşları, 2009; Toros, O.F. ve arkadaşları., 2004). 2004). Bu durum ailenin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Bumin, G. ve arkadaşları., 2008). Annelerde stres kaynağı olarak bilgi eksikliği, sağlık personelinin yardım alamama, uzun süren bakım, tıbbi harcamalar, çocuğun zihinsel ve davranış sorunları, sosyal izolasyon, annenin sağlık durumu, sosyal destek eksikliğinden dolayı olduğu belirlenmiştir ( Bilgin, S. ve Gozum, S., 2009; Fen Gau, S.S. ve arkadaşları, 2008; Fırat, S. ve arkadaşları., 2002; Mirza, I. ve arkadaşları, 2009; Tsai, S.M. and Wang, H., 2009).

Ailelerin ihtiyaçları doğrultusunda desteklendiğinde, çocukların eğitimlere katılması ile çocuğun gelişimini olumlu yönde etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının, ailenin başa çıkma stratejilerini belirlemesine yardımcı olduğunda ve uygun girişimlerle ailenin duruma uyum sağlaması sağlanırsa ailenin başa çıkmasını olumlu yönde etkilemiş olur. Sağlık personeli, Hekim, sağlık çalışanları bu süreçte işbirliği yaparsa engelli çocuk ve aile için önemli bir gelişme sağlamış olurlar ( Taanila, A. ve arkadaşları, 2002).

Yurt dışında yapılan çalışmalarda, zihinsel engelli çocuğu olan annelerin çocuğun gereksinimlerini karşılamada yüksek düzeyde zorlandığını, hekim, hemşire ve sosyal çalışanlar tarafından yeterince bilgilendirilmemiş ve yardım edilmediği saptanmıştır (Tsai, S.M. and Wang, H., 2009). Ülkemizde yapılan çalışmalarda engelli çocuğu olan ailelerde %81,5'inin sağlık personelinin destek almak istedikleri bildirilmiştir (Sen, E. ve Yurtsever, S., 2007). Yapılan çalışmalarda engelli çocukların annelerine destek verildiğinde annelerin bilgi düzeylerinin arttığı (Çetinkaya, Z. ve Öz, F., 2000). Çocukları ile daha kolay etkileşime geçtiği, çocuklarının problemlerinde başa çıkma girişimlerinde buldukları belirlenmiştir ( Charter, K. ve arkadaşları, 2009).

Uzun süreli bakım zorunda kalan engelli çocuğu olan ailelerde ciddi ruhsal sorunlar olduğu görülmektedir. Ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda engelli çocuğu olan annelerde daha çok stres, zorlanma, öfke ve yalnızlık ve çaresiz

durumda olduklarıdır (Fen Gau, S.S. ve arkadaşları, 2008; Sen, E. ve Yurtsever, S., 2007; Tsai ve Wang 2009). Engelli çocuğa sahip annelerde somatik yakınmalar, depresyon ve anksiyete bozuklukları sıklıkla görüldüğü belirlenmiştir ( Al- Kuwari 2007; Bahar, Savaş ve Parlar 2009; Barlow ve arkadaşları, 2006).

Yapılan çalışmalarda, engelli çocuğu olan ailelere yönelik profesyonel destek verildiğinde anne ve babaların stresinin azaldığını, iyilik düzeylerinin arttığı, depresyon düzeylerinin azaldığı görülmüştür (Hastings ve Beck, 2004).

Mental retardasyonlu çocuğu olan annelerin ruhsal belirti gösterme durumu diğer engel türüne sahip annelerin göre yüksek bulunmuş, ancak engel türünün ruhsal durumu etkilemediği görülmüştür ( Al- Kuwari 2007; Dereli ve Okur 2008). Yapılan bazı çalışmalarda farklı sonuçlar çıkarılmıştır. Fırat ve ark. (2002) 'nin çalışmasında ise otizmlili çocuğu olan annelerin zihinsel engelli çocuğun annesine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş; Toros (2002)'un çalışmasında otistik çocuğu olan annelerin depresyon düzeyi, otistik ve serebral palsili çocuğu olan annelerin anksiyeteleri daha yüksek bulunmuştur. Engelli çocuğu olan annelerin çocuğun gereksinimlerinin karşılanması, bakımı ile ilişkili yaşadıkları zorlukları inceleyen çalışmada, serebral palsili ve mental retardasyonlu çocuğu olan annelerin üzgün, otizmlili çocuğu olan annelerin ise öfke ve yalnızlık duyguları olduğu gözlenmiştir ve aynı çalışmada serebral palsili çocuğu olan annelerin çocuğun beslenme, boşaltım gibi aktivitelerde, otizmlili ve mental retardasyonlu çocuğu olan annelerin iletişim- dikkat gibi sorunlar saptanmıştır (Sen, E. ve Yurtsever, S., 2007). Yurt dışında yapılan çalışmalarda Down sendromu çocuğu olan annelerin iyilik düzeylerinin otizmlili çocuğu olan annelere göre daha yüksek bulunmuştur (Yıldırım, A. ve arkadaşları., 2012).

### **2.9.8. Zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin genel olarak tükenmişlik**

Tükenmişlik kavramı ilk kez 1974 yılında Herbert J. Freudenberger'in stresle ilgili ve Journal of Social Issues' de yazdığı bir makale ile literatüre girmiştir. Burada "mesleki tehlike" olarak nitelendirilmiştir. Freudenberger, tükenmişliği, insanın karşılanamayan istekleri sonucunda başarısızlık, yıpranma, aşırı yüklenme sonucu güç ve enerji kaybı veya bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu olarak tanımlanmaktadır (Freudenberger, H., 1974). Freudenberger' den sonra konuya ilişkin çalışmaları ve

özellikle tükenmişliğe ilişkin geliştirdiği Ölçek ile anılan Maslach'a (Maslach, C, 2003) göre tükenmişlik, işyerindeki stres artırıcı unsurlara karşı bir tepki olarak uzun sürede ortaya çıkan psikolojik bir sendromdur. Kimi yazarlara göre tükenmişlik stresle etkin şekilde başa çıkmadaki başarısızlığın bir sonucu olarak değerlendirilmektedir (Friesen, D. and Sarros, J.C., 1989; Torun, A., 1997; Kaçmaz, N., 2005). Bir başka tanıma göre, çalışma ortamında yaşanan stresin ortadan kaldırılmaması sonucu fiziksel sonuçlar da oluşturabilen psikolojik bir sorundur (Tepeci, M. ve Birdir, K., 2003). Literatürde stresin üç aşaması: alarm- direniş ve tükenme olarak ifade edilmektedir. Alarm döneminde birey herhangi bir dış uyaranı stres yapıcı bir faktör olarak algılar. Bedensel ve ruhsal sınırlarının zorlandığını hisseden birey bu uyarandan kaçarak ya da mücadele ederek yeniden eski uyum düzeyine dönmeye çalışır. Fiziksel ve duygusal enerjinin harekete geçirilerek stres faktörünün olumsuz etkilerine karşı çıkıldığı direniş dönemi sonrasında başarılı bir şekilde sorunla başa çıkılmış ise genel uyum düzeyine dönülerek direniş aşaması sonlanır. Ancak uyaran çok şiddetli ise ve birey olumsuz etkileri ortadan kaldıramaz durumda ise, aynı zamanda stres faktörüne uzun süre maruz kalmış ise tükenme dönemi ortaya çıkar (Torun, A., 1997). Tükenmişlik kavramı, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşme hissi olarak üç alt boyuttan oluşmaktadır. Freudenberger (1974) tükenmişliğin sadece duygusal boyutunu tanımlamıştır. Freudenberger, tükenmişliği uzun süren stres ve enerji sarf etmenin sonucunda yavaş yavaş oluşan bir durum olarak görmekte ve tükenmişliğin kişilerin enerjilerini, olaylarla baş edebilme mekanizmalarını, kişinin kendi içsel kaynaklarını tükettiğini ve bireyin kendisine yüklediği ya da ailesi, işi, arkadaşları, değerler sistemi, içinde yaşadığı toplum tarafından kendisine yüklenen aşırı beklentiler sonucu oluştuğunu ileri sürmektedirler. Freudenberger'e göre tükenmişlik, çok daha fazla stres yükünün eşlik ettiği duygudurum olduğu ve kişilerin tutumlarını, davranışlarını ve motivasyonlarını etkilediğini belirtmektedirler.

Tükenmişlik tanımı Maslach tarafından genişletilmiş daha geniş bir konu olan duyarsızlaşmanın bir parçası olan problemi ele almıştır. Bu konu üzerinde bazı çalışmalar ve değerlendirmeler yapmıştır. Maslach, duyarsızlaşmanın, bireylerin diğer insanlarla kopma sürecine girdiklerinde, insanlarla işbirliği yapmama ve hizmette bulunduğu bireylerin ihtiyaçlarını yok saymanın fiziksel ve duygusal yönden istismara neden olabilen önemli bir durum haline geldiğini belirtmektedir ( Yılmaz, A., 2003).

Tükenmişlik sendromu sosyal ve psikolojik boyutlarını belirlemek Maslach'ın bu çalışmasının ilk amacıdır. Tükenmişlik sendromu, bütün hastalık modellerine sahip olan kişilere bakımı sağlayan, bakıcının tükenmişlik durumunun sık görülmesi durumu kaçınılmazdır. Duyguların dışa vurulması seviyesi ile hasta insanlardan beklentilerin seviyesi arasında yakın ilişki görülmektedir. Beklentilerin seviyesi düzeyleri arttıkça hastalar tarafından bu beklentiler karşılanmadıkça özellikle aile içinde ve hasta kişinin kendisinde yaşanan hayal kırıklığı, öfke ve üzüntülerin tepkileri de şiddetli olmaktadır. Böylelikle hasta kendisinden beklenenleri karşılayabilecek ilgiyi, isteği ve bilişsel becerilerini hastalığı nedeniyle yerine getiremediği müddetçe aile içinde karşılaşacağı duygu dışavurumun şiddeti artacaktır. Böylelikle hastalığının seyrini olumsuz yönde etkilenmesine sebep olacaktır. Bu beklentilerin gerçekçi seviyeye indirgenmesi için aileye ve hasta olan kişiye kılavuzluk yapmak, önerilerde bulunmak gerecektir.

### **2.9.9. Tükenmişlik boyutları**

Christina Maslach ve arkadaşları tarafından geliştirilen tükenmişlik boyutunun üç boyutu olduğu düşünülmüş ve ele alınmıştır (Polatçı, S., 2007).

### **2.9.10. Duygusal tükenme**

Duygusal tükenme, stres boyutunu içeren tükenmişlik sendromunun birinci boyutudur. Duygusal tükenme özellikle hizmet sektöründe yoğun iş temposuna sahip işyerlerinde çalışan bireylerde görülmektedir. Duygusal açıdan yoğun iş temposuna uyan ve çalışan kişiler kendilerini zorlamakta ve diğer insanların taleplerine, beklentilerine maruz kalmaktadırlar. Bu yoğunluğun karşısında kendilerinde duygusal tükenmeler baş gösterir. Bu durumla karşı karşıya kalan bireyler kendilerini çaresiz, darda kalmış, enerjisi bitmiş olduklarını hissederler. Bu şartlara maruz kalan birey, psikolojik olarak başkalarına yardım edecek durumda değildirler. Böyle bir durumda bireyin bu olumsuz duygulardan kurtulabilmek için ve bu durumu asgari düzeye indirmek için insanlardan uzaklaşarak onlarla az iletişim içine girmektedir (Polatçı, S. ve arkadaşları, 2014).

### **2.9.11. Duyarsızlaşma**

Duyarsızlaşma, tükenmişlik sendromu bireyler arası iletişim boyutunu temsil eder. Tükenmişliğin ikici boyutunu oluşturmaktadır. Çalışan insanlar işlerini yaparken etkileşim halinde oldukları insanlara ait belirgin özelliklerini, dikkat edici özelliklerini istemli bir şekilde görmek istememeleridir. Aralarında herhangi bir samimiyet kurmak istememe çabalarıdır. Duyarsızlaşmada birey diğer başka insanlar ile kendi arasına duvar oluşturmakta ve diğer insanların hislerine duygularına kayıtsız kalması, Soğuk davranışlar göstermesidir. Kişinin oluşturduğu bu tutum ve davranışların altında başkalarına karşı yabancılaşma ve kişinin kendisinin geliştirdiği savunma mekanizması yer almaktadır (Polatçı, S., 2007).

### **2.10. TÜKENMİŞLİK BELİRTİLERİ**

Tükenmişlik belirtileri ile ilgili Maslach ve Jackson (1986) tarafından oluşturulan çalışmalarda tükenmişliğe ait üç özellikten bahsedilmiştir. (Duygusal tükenmişlik) kişilerin kendilerini işe vermede yetersizlikleri, (duyarsızlaşma) hizmet edilen kişilere karşı negatif hisler besleme ve ( kişisel başarı hissi düşüklüğü) kişinin kendisinin yaptığı işi ve yerine getirmekte olduğu işi negatif değerlendirme hissi eğilimidir (Duygun, T., 2001).

Duygusal tükenme: (emotional exhaustion) yorgunluk ve duygusal açıdan kişilerin kendilerini yoğun bir şekilde yıprandıklarını hissetme durumu ve duygularındaki artış olarak değerlendirilmesidir.

Kişisel başarı hissi, kişinin kendisini ne şekilde değerlendirdiği; kişisel başarı (personal accomplishment) düşüklüğü, kişinin kendisini gerçekte olduğundan çok olumsuz olarak değerlendirmesi şeklinde belirtilmektedir (Kokurcan, A., 2014).

Bu özelliklere sahip bireylerde gözlemlenen bulgular dört kategoride toplanır (Duygun, T., 2001):

1. Duygusal belirtiler: Anksiyete, düşük öz saygı, öfke, kızgınlık, mutsuzluk, izole edilmişlik hissi, kötümser olmak, şüphe, unutkanlık, depresyon ve kafa karışıklığı,

2. Davranışsal belirtiler: Alkol ve ilaç kullanmak, karşılaşılan olaylara tepkili olmak, sabırsız davranışlar, şiddetli öfke, rahatsızlık hissi, aile çatışmaları, kurallar karşısında esnek davranmama, iletişimin yüzeysel olması, intihara teşebbüs
3. Somatik belirtiler: Yorgunluk hissi, uyku sorunları, baş ağrıları, mide ülseri, sırt ve belde oluşan ağrılar, kilo kaybetme, nefes almada ve vermede güçlük, üriner sistemde sorunlar, sık sık hasta olma ve yoğunlaşma bozuklukları
4. Savunma belirtileri: Yadsıma (Denial) gerçeğin tehdit edici yönlerine bireyin göz yumması ve görmezden gelmesi. Yansıtma; Bireyin kabul edilemeyecek istek ve ihtiyaçlarını diğer bireylere yönlendirmesi, başkalarını suçlama, yer değiştirme ve mantığa bürünmesidir.

Tükenmişlik sebeplerinden kişilerin sahip olduğu idealleri ile ilişkili olduğudur. Tükenmişlik yaşayan kişi bağlandığı bir ilişkiden ya da yaşam stilinden umduklarına sahip olmadığı ve buna bağlı olarak hayal kırıklığı ve yorgunluk hissetmesidir. Eğer insanın beklentileri, beklentilerinin çok üzerindeyse kişi kafasındaki bu hedefe ulaşabilmek için ısrarcı davranışlarda bulunuyorsa ve bu durumdan rahatsız olacak ve içinde sıkıntı hissederek kendi içinde yoğun çatışmalar yaşayacaktır. Sonuçta sahip olduğu kendi öz varlığının, hayat enerjisinin ve işlevselliğinin tükenişi olacaktır.

Tükenmişlik, aile ilintili olarak aile tükenmişliği aile bireylerinin birlikteliklerinin bütünlüğünü bozar. Aile birlikteliğini bozan bazı buhranlar, travmatik olayların işleyişi aile bireylerinin birbirleriyle uyumu reddetmeleri şeklinde ifade edilmektedir. Ailenin idealleri, bireyler arası ilişkilerde karşılık beklemeden sevgi ve desteğin verildiği yer olan aile ve aile içi ilişkiler, etkileşim ve strese yol açan sorunların giderilmesinde aile bireylerinin işbirliği kurarak birlikte olmalarının zorlukları belirtilmiştir. Freudenberger tarafından gerçekleştirilen gerçek kavramlaştırma ve dengeli olarak aile tükenmişliği aile fertlerinin beklenen ödülü elde etmede başarısız olması sonucunda oluşan nihai yorgunluk, engellenmişlik hissi olarak tanımlanmaktadır.

Hasta bakımı sağlayan aile üyelerinde tükenmişlik hastayla birlikte yaşıyor olmak ve gündelik hayatlarında karşılaşılan güçlükler, yaşamlarına etki eden sorunlar, olumsuz olay, durumlar vb. hastalığın aile üzerinde yapmış olduğu etkileri aile bireylerin üzerinde tükenmişlik sendromu nedeni olabilmektedir (Yılmaz, A., 2003).

## 2.11. TÜKENMİŞLİK NEDENLERİ

Tükenmişlik sendromunun nedenleri Arasında şunlar sayılabilir (Kafadar, M.T., 2014):

- **Çevresel nedenler**

Hasta bakımı yükünün fazla olması, hasta bakım saatlerinin uzun olması, aynı işi sürekli yapma, devamlı olarak yavaş ve ağır ilerleme kaydeden hastalarla çalışıyor olma çevresel faktörler arasında sıralanabilir.

- **Kişisel nedenler**

Maslach'ın teorisine, her durumda kişiler tükenmişlik yaşamayabilirler. Bireylerin örgütlenmesinde ortaya çıkan değişiklikler genel yapıyı etkiler. Kişilik özellikleri ve beklentiler, otoriter tutum içinde olmak, belirsizliğe toleransın düşük olması, Dış denetim kaynaklı, yüksek başarı hissi, öğrenilmiş çaresizlik, Öz yeterlilik, Psikolojik dayanıklılık gösterme gibi.

- **Stres faktörü**

Araştırmacıların çoğu stres faktörünün tükenmişlik sendromunun gelişmesinde büyük etkisi olduğunu belirtirler. Stres kavramı kişisel algılamaya bağlı öznel bir duygudur. Bazı insanlar tarafından kendini ispat ettirme, kendini gösterecek imkânı şeklinde algılanabilecek bir olay, başka insanlarca üstesinden gelebilmesi mümkün olmayan sorun şeklinde algılanabilir.

## 2.12. ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP AİLELERDE TÜKENMİŞLİK

Engelli çocuğa sahip ailelerde çocuğun doğumuyla başlayıp engelini öğrendikten sonra aileler karmaşık duygular yaşamaktadırlar. Çocuğun durumundan dolayı aile çocuğunu kabul edene kadar geçen süreçte, aile kabullenme, ret etme, öfke, inkâr, suçlama, depresyon ve uzlaşma gibi bir takım aşamalar geçirir. Ailelerde bu karmaşık duygular çocuğun engeline hafif, orta, ağır durumuna bağlı olmadan çocuğun durumunun tanılanmasından sonra kabule doğru geliştiğidir. Engelli çocuğa sahip



ailelerde, çocuklarının engeli hakkında bilgi edinemediklerinde, çocuklarının engelinin kısa sürede değişme gelişme göstermelerini istememekte, çocuklarının tedavi sürecinin kısa zamanda sonuç alamadıklarında tedavilerinin çok uzun süreç gerektiğini öğrendiklerinde hayal kırıklığı yaşadıkları ve bu durumda çocuklarının tedavi, rehabilitasyonu olumsuz etkilemesinde, ailelerin rehabilitasyon merkezlerine getirmek istememeleri, engelli çocuğundan dolayı diğer aile üyeleriyle yeterince ilgilenememe durumu göstermekte, ailelerin ben öldükten sonra engelli çocuğum ne olacak, kendi kendine yeterli olabilecek mi kaygısı taşımakta, çaresizlik, baş edememe, güçsüzlük, anlamsızlık gibi karmaşık duygular içinde olması gibi durumlarda yoğun kaygı yaşamaktadırlar.

### **2.13. TÜKENMİŞLİĞİN SONUÇLARI**

Netice olarak tükenmişlik boyutu yalnızca tükenmişliği yaşayan kişi değil, aynı zamanda bu kişinin ilişki içinde olan herkesi olumsuz etkiler. Tükenmişliğin işlevsellik üzerinde etkisi: Mashlach'a göre tükenmişlik sendromunun oluşturduğu en fazla gözlemlenen durum kişinin iş performansının düşmesidir. Bu düşüş bireyin özelliğini kendi dayanma gücünü de gösterir. Tükenmişlik işlevsizlik, isteksizlik ise işe devamsızlık ile ilişkilendirilebilir. Tükenmişlik düzenli olarak işlevsellik içinde kişilerin iş performanslarında düşüşe neden olabilmekte ve kişinin iş tatminini azaltabilir.

Kişisel sonuçlar: Duygusal olarak ortaya çıkan yorgunluk hissi, bununla beraber fiziksel sorunların, yakınmaların oluşmasına yol açmaktadır. Tükenmişlik yaşayan kişilerde ortaya çıkan yorgunluk hissi, kendini boşlukta gibi hissetme, yeni bir güne başlayacak enerjiye sahip olmama hali, Bireylerin uyku sorunları, kronik yorgunluk hissi, gerginlik durumu, bu durumda kişiler fiziksel ve psikolojik hastalıklara açık hale gelirler. Tükenmişlik kişilerin sadece fiziksel anlamda sağlıklı olmasıyla alakalı olmayıp ruh sağlığı ile de ilgilidir (Kafadar, M.T., 2014).

### **2.14. TÜKENMİŞLİK VE BAŞA ÇIKMA YOLLARI**

Tükenmişliği önlemek gidermek için mevcut olan sorunun ve öneminin kabul edilmesidir. Bu konu hakkında geliştirilmiş olan metotların çoğunluğu stres ile

mücadele alanından sağlanmış olan tecrübelerine dayanmaktadır. Tükenmenin ne olduğu bu durumun belirtilerinin ne olduğu bilinmesi ile bireyin kendinde oluşan sorunu tanıması ve soruna çözüm araması gerekmektedir.

Bireysel boyutta yapılması gerekenler: Buradaki en önemli nokta birey kendindeki tükenmişliğini bilmesi ve birey kendi üzerinde etkisi anladığında sorunun çözümünü aramasına yönelmiş olmasıdır. Bireyler yaptıkları işlerle ilgili gerçekçi hedefler ve beklentiler geliştirmelidir. Bireyin işe başlamadan önce yapacağı işlerin güçlü yanlarını, riskli taraflarını bilmeli karşısına çıkabilecek problemlere karşı savunma geliştirmelidir. Bu şekilde kendi ile ilgili tedbirleri almasına neden olacaktır. Sürpriz sorunlara karşı kişinin geliştirdiği savunma mekanizmaları ile sorunlarla baş edebilmesini sağlayacaktır (Arı, G.S. ve Çınabal, E., 2008).

## BÖLÜM III

### YÖNTEM VE ARAÇLAR

Tezin amacı doğrultusunda, Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete (BA) Ölçekleri anket formları hazırlanıp, engelli çocuk sahibi ailelere elden dağıtılmış ve engelsiz çocuk sahibi ailelere de internet ortamında bu ankete katılım sağlanmıştır.

Engelli çocuk sahibi ailelerin sayısı 98, engelsiz çocuk sahibi normal ailelerin sayısı ise 88 olarak gerçekleşmiştir.

#### 3.1. Kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları

Aşağıdaki bütün tablolar, SPSS Versiyon 24 ile elde edilmiştir. Ölçeklerin güvenilirliğine Cronbach Alpha katsayısı ile bakılmıştır. Güvenilirlik katsayısı 0 ile +1 arasında değişiklik gösterir. Güvenilirlik katsayısının +1'e yakın değer alması güvenilirliğin yüksek olduğu, maddeler arası tutarlılığın yüksek olduğu anlamına gelir. Güvenilirlik katsayılarına karşılık gelen açıklamalar Tablo 3.1.'de verilmiştir.

**Tablo 3.1. Güvenilirlik katsayısı aralıkları**

Ölçüt	Açıklama
$1 > \alpha > 0,90$	Yüksek Derece Güvenilir
$0,90 > \alpha > 0,60$	Oldukça Güvenilir
$0,60 > \alpha > 0,40$	Düşük Derecede Güvenilir
$0,40 > \alpha > 0,00$	Güvenilir Değil

Engelli çocuğu olan 98 aile üzerinde gerçekleştirilen ve her biri 21 sorudan oluşan Beck Depresyon Envanteri güvenilirlik sonucu Tablo 3.2 ve Tablo 3.3' de verilmiştir.

**Tablo 3.2. Engelli BDE güvenilirlik testinde kullanılan örnek sayısı**

Durum İşlem Özeti			
		N	%
Durumlar	Geçerli	98	100,0
	İstisna <sup>a</sup>	0	,0
	Toplam	98	100,0

**Tablo 3.3. Engelli BDE güvenilirlik testi sonucu**

<b>Güvenilirlik İstatistikleri</b>	
Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
,935	21

Engelli çocuğu olan 98 aile üzerinde gerçekleştirilen ve her biri 21 sorudan oluşan Beck Anksiyete güvenilirlik sonucu Tablo 3.4 ve Tablo 3.5' te verilmiştir.

**Tablo 3.4. Engelli BA güvenilirlik testinde kullanılan örnek sayısı**

	Örnek Sayısı	%
Durumlar		
Geçerli	98	100,0
İstisna <sup>a</sup>	0	,0
Toplam	98	100,0

**Tablo 3.5. Engelli BA güvenilirlik testi sonucu**

<b>Güvenilirlik İstatistikleri</b>	
Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
,903	21

Yukarıdaki sonuçlar,  $\alpha > 0.90$  olduğundan dolayı her iki anketin de yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

Yine aynı şekilde, engelli çocuğu olmayan 88 aile için Tablo 3.6, 3.7 ve 3.8' de sonuçlar listelenmiş ve  $\alpha(0,941) > 0.90$  dolayı BA anketinin yüksek derecede güvenilir olduğunu ve BDE'nin  $\alpha(0,887) > 0,60$  dolayı oldukça güvenilir olduğu gösterilmiştir.

**Tablo 3.6. Normal BDE güvenilirlik testinde kullanılan örnek sayısı**

	Örnek	%
Durumlar		
Geçerli	88	100,0
İstisna <sup>a</sup>	0	,0
Toplam	88	100,0

**Tablo 3.7. Normal BDE güvenilirlik sonucu**

<b>Güvenilirlik İstatistikleri</b>	
Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
,887	21

**Tablo 3.8. Normal BA güvenilirlik testinde kullanılan örnek sayısı**

		N	%
Durumlar	Geçerli	88	100,0
	İstisna <sup>a</sup>	0	,0
	Toplam	88	100,0

**Tablo 3.9. Normal BA güvenilirlik sonucu**

<b>Güvenilirlik İstatistikleri</b>	
Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
,941	21

## **3.2. ENGELLİ ÇOCUK SAHİBİ OLAN VE OLMAYAN AİLELERİN KARŞILAŞTIRILMASI**

### **3.2.1. Betimsel istatistikler**

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ve olmayan ailelerin demografik özellikleri, aşağıda tablolar yardımıyla verilmiştir.

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ve olmayan annelerin yaş gruplarına göre frekans ve yüzdeleri Tablo 3.10'da verilmiştir.

**Tablo 3.10. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ve olmayan annelerin yaş gruplarına göre frekans ve yüzdeleri**

Yaş Grubu	Engellinin Annesinin yaşı		Normal Çocuk Annesinin yaşı	
	Frekans	%	Frekans	%
20-32	19	19,4	12	13,6
32-42	46	46,9	41	46,6
42-52	30	30,6	29	33,0
52 ve üzeri	3	3,1	6	6,8
Toplam	98	100,0	88	100,0

Zihinsel engelli çocuğu olan annelerin 19'unun ( % 19,4) 20-32 yaş dilimleri arasında, 46'sının (%46,9) 32-42 yaş dilimleri arasında, 30'unun (%30,6) 42-52 yaş dilimleri arasında, 3'ünün (%3,1) 52 ve üzeri yaş dilimleri arasında görölmektedir.

Zihinsel engeli olmayan annelerin 12'sinin (%13,6) 20-32 yaş dilimleri arasında, 41'inin (%46,6) 32-42 yaş dilimleri arasında, 29'unun ( % 33,0) 42-52 yaş dilimleri arasında,6'sının (%6,8) 52 ve üzeri yaş dilimleri arasında olduğu görölmektedir.

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan annelerin eğitim düzeylerine göre frekans ve yüzdeleri Tablo 3.11'de verilmiştir.

**Tablo 3.11. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan annelerin eğitim düzeylerine göre frekans ve yüzdeleri**

	Frekans	%
Okur - yazar değil	3	3,1
İlkokul	48	49,0
Ortaokul	8	8,2
Lise	24	24,5
Üniversite	15	15,3
Toplam	98	100,0

Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Olan Annelerin Eğitim Düzeylerine Göre 3'ünün (% 3,1) Okur-yazar değil,48'inin (% 49,0) İlkokul mezunu, 8'inin (%8,2) Ortaokul mezunu, 24'ünün (%24,5) Lise mezunu, 15'inin (%15,3)Üniversite mezunu olup Tablo 6'da frekans ve yüzdeleri verilmiştir.

Zihinsel Engelli Ailelerin Çocuk Sayılarına Göre Frekans ve Yüzdeleri Tablo 3.12'de verilmiştir.

**Tablo 3.12. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan annelerin çocuk sayılarına göre frekans ve yüzdeleri**

	Frekans	%
1-2	60	61,2
3-4	27	27,6
5 ve üstü	11	11,2
Toplam	98	100,0

Zihinsel engelli ailelerin çocuk sayılarına göre 60'ının (% 61,2) 1-2 zihinsel engelli çocuk sayısı, 27'si (%27,6) 3-4 zihinsel engelli çocuk sayısı,11'i (%11,2) 5 ve üstü zihinsel engelli çocukların sayısı olduğu görülmektedir.

Zihinsel Engelli Ailelerin Diğer Çocuklarında Engel Durumuna Göre Frekans ve Yüzdeleri Tablo 3.13'de verilmiştir.

**Tablo 3.13. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan annelerin diğer çocuklarında engel durumuna göre frekans ve yüzdeleri**

	Frekans	%
Var	7	7,1
Yok	91	92,9
Toplam	98	100,0

Zihinsel engelli ailelerin diğer çocuklarında engel durumuna göre 7'sinin (%7,1) Zihinsel engelli ailelerin diğer çocuklarında engel durumu var, 91'inde (%92,9) diğer çocuklarında engelinin yok olduğu görülmektedir.

Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Olan Babaların Yaş Gruplarına Göre Frekans ve Yüzdeleri Tablo 3.14'de verilmiştir.

**Tablo 3.14. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan babaların yaş gruplarına göre frekans ve yüzdeleri**

	Frekans	%
25-35	14	14,3
35-45	49	50,0
45-55	21	21,4
55 ve üzeri	14	14,3
Toplam	98	100,0

Zihinsel engelli çocuğu olan babaların yaş gruplarına göre 14'ünün ( % 14,3) 25-35 yaş dilimleri arasında, 49'unun (% 50,0 ) 35-45 yaş dilimleri arasında, 21'inin (%21,4 ) 45-55 yaş dilimleri arasında, 14'ünün (%14,3) 55 ve üzeri yaş dilimleri arasında olduğu görülmektedir.

Zihinsel Engelli Çocuğun Babasının Eğitim Düzeyi Frekans ve Yüzdeleri Tablo 3.15’de verilmiştir.

**Tablo 3.15. Zihinsel çocuğun babasının eğitim düzeyi frekans ve yüzdeleri**

	Frekans	%
Okur - yazar değil	3	3,1
İlkokul	48	49,0
Ortaokul	8	8,2
Lise	24	24,5
Üniversite	15	15,3
Toplam	98	100,0

Zihinsel engelli çocukların babalarından 3’ünün (%3,1) eğitim düzeyi okur-yazar olmadığı, 48’inin (%49,0) eğitim düzeyi ilköğretim mezunu, 8’inin (%8,2) eğitim düzeyi ortaokul mezunu, 24’ünün (%24,5) eğitim düzeyi lise mezunu, 15’inin (%15,3) eğitim düzeyi üniversite mezunu olduğu görülmektedir.

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin ekonomik durumuna göre frekans ve yüzdeleri Tablo 3.16’da verilmiştir.

**Tablo 3.16. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin ekonomik durumuna göre frekans ve yüzdeleri**

	Frekans	%
Gelir durumu iyi	17	17,3
Gelir durumu normal	61	62,2
Gelir durumu az	20	20,4
Toplam	98	100,0

Zihinsel engelli çocuğa sahip engelli ailelerin gelir durumuna göre 17’sinin (%17,3) gelir durumu iyi, 61’inin (%62,2) gelir durumu normal, 20’sinin (%20,4) gelir durumu az, (%20,4) Gelir durumu az olduğu görülmektedir.



Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Olan Ailelerin Engelli Çocuğunun Yaşı Frekans ve Yüzdeleri Tablo 3.17’ de verilmiştir.

**Tablo 3.17. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun yaşı frekans ve yüzdeleri**

	Frekans	%
1-3	7	7,1
4-6	19	19,4
7-12	50	51,0
13 ve üstü	22	22,4
Toplam	98	100,0

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun yaşı 7’snin (% 7,1) 1-3 yaş dilimleri arasında, 19’unun (% 19,4) 4-6 yaş dilimleri arasında, 50’snin (%51,0) 7-12 yaş dilimleri arasında, 22’snin (% 22,4) 13 ve üstü yaş dilimleri arasında olduğu görülmektedir.

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun cinsiyetinin frekans ve yüzdeleri Tablo 3.18’ de verilmiştir.

**Tablo 3.18. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun cinsiyetinin frekans ve yüzdeleri**

	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Geçerli	1	1,0	1,0	1,0
Erkek	58	59,2	59,2	60,2
Kız	39	39,8	39,8	100,0
Toplam	98	100,0	100,0	

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun cinsiyetinin 59’inin (%60,2) erkek, 39’unun (% 39,8) kız olduğu görülmektedir.

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun engel türünün frekans ve yüzdeleri Tablo 3.19' da verilmiştir.

**Tablo 3.19. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun engel türünün frekans ve yüzdeleri**

	Frekans	%
Down sendromu	19	19,4
Mental retardasyon (zihinsel yetersizlik)	42	42,9
Otizm	27	27,6
Serebral palsi	10	10,2
Toplam	98	100,0

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun 19'unun (%19,4) down sendromu, 42'sinin (%42,9) mental retardasyon, 27'sinin (% 27,6) otizm, 10'unun (% 10,2) serebral palsi olduğu görülmektedir.

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun ilköğretime gitme durumu frekans ve yüzdeleri Tablo 3.20' de verilmiştir.

**Tablo 3.20. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun ilköğretime gitme durumu frekans ve yüzdeleri**

	Frekans	%
Gidiyor	66	67,3
Gitmiyor	32	32,7
Toplam	98	100,0

Engelli çocukların 66'sinin (% 67,3) ilköğretime gidiyor, 32'sinin (% 32,7) ilköğretime gitmiyor olduğu görülmektedir.

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun özel eğitim alma süresinin frekans ve yüzdeleri Tablo 3.21'de verilmiştir.

**Tablo 3.21. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun özel eğitim alma süresinin frekans ve yüzdeleri**

	Frekans	%
1 yıl	8	8,2
1-2 yıl	2	2,0
2-3 yıl	23	23,5
3 ve üzeri	65	66,3
Toplam	98	100,0

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocukların 8'inin (%8,2) 1 yıl özel eğitim alma süresi, 2'sinin (%2,0) 1- 2 yıl özel eğitim alma süresi, 23'ünün (%23,5) 2-3 yıl özel eğitim 65'inin (% 66,3) 3 yıl ve üzeri almış olduğu görülmektedir.

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun bakımında yardımcısının olduğu ya da olmadığı frekans ve yüzdeleri Tablo 3.22'de verilmiştir.

**Tablo 3.22. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun bakımının olup olmadığının frekans ve yüzdeleri**

	Frekans	%
Var	22	22,4
Yok	76	77,6
Toplam	98	100,0

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun bakımında 22'sinin (%22,4) yardımcısı var olduğu, 76'sının (%77,6) yardımcısı yok olduğu görülmektedir.

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun yürüme zamanının frekans ve yüzdeleri tablo 3.23'de verilmiştir.

**Tablo 3.23. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun yürüme zamanının frekans ve yüzdeleri**

	Frekans	%
Yürümüyor	13	13,3
12-18	31	31,6
18-24	24	24,5
24 ay ve üzeri	30	30,6
Toplam	98	100,0

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuklarının 13'ünün (%13,3) yürümüyor, 31'inin ( 31,6) 12-18 ay dilimleri arasında, 24'ünün (% 24,5) 18-24 ay dilimleri arasında, 30'nun (%30,6) 24 ay ve üzeri olduğu görülmektedir.

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun konuşma zamanının frekans ve yüzdeleri Tablo 3.24'de verilmiştir.

**Tablo 3.24. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun konuşma zamanının frekans ve yüzdeleri**

	Frekans	%
Konuşmuyor	35	35,7
1-2	14	14,3
2-3	15	15,3
3-4	34	34,7
Toplam	98	100,0

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuklarının 35'inin (%35,7) konuşmuyor, 14'ünün (%14,3) 1-2 yaş dilimleri arasında, 15'inin (%15,3) 2-3 yaş dilimleri arasında, 34'ünün (%34,7) 3-4 yaş dilimleri arasında görülmektedir.

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun engelini fark etme yaşının frekans ve yüzdeleri Tablo 3.25'de verilmiştir.

**Tablo 3.25. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun engelini fark etme yaşının frekans ve yüzdeleri**

	Frekans	%
1	47	48,0
1-2	14	14,3
2-3	19	19,4
3-5	18	18,4
Toplam	98	100,0

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin, engelli çocuğunun engelini fark etme yaşının 47'sinin (%48,0) 1 yaş dilimi, 14'ünün (%14,3) 1-2 yaş dilimleri arasında, 19'u (%19,4) 2-3 yaş dilimleri arasında, 18'inin (%18,4) 3-5 yaş dilimleri arasında olduğu görülmektedir.

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engeli fark edildiğinde doktora gitme yaşının frekans ve yüzdeleri Tablo 3.26'da verilmiştir.

**Tablo 3.26. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engeli fark edildiğinde doktora gitme yaşının frekans ve yüzdeleri**

	Frekans	%
1-8 ay içinde	53	54,1
8-12 ay içinde	6	6,1
1 yıldan sonra ki zaman	39	39,8
Toplam	98	100,0

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engeli fark edildiğinde doktora gitme yaşının 53'ünün (%54,1) 1-8 ay içinde, 6'sının (%6,1) 8-12 ay içinde, 39'unun (% 39,8) 1 yıldan sonra ki zaman içinde fark edildiği görülmektedir.

Zihinsel engelli çocuğun anne ve babalarının arasında akrabalık durumlarının var olup ya da olmadığının frekans ve yüzdeleri Tablo 3.27'de verilmiştir.

**Tablo 3.27. Zihinsel engelli çocuğun anne ve babalarının arasında akrabalık durumlarının var olup ya da olmadığının frekans ve yüzdeleri**

	Frekans	%
Var	15	15,3
Yok	83	84,7
Toplam	98	100,0

Zihinsel engelli çocuğun anne ve babalarının arasında 15'inin (%15,3) zihinsel akrabalık durumunun var olduğu, 83'ünün (% 84,7) anne ve babasının akrabalık durumunun olmadığı görölmektedir.

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun hastalığı hakkında bilgi sahibi olup olmadığının frekans ve yüzdeleri Tablo 3.28'de verilmiştir.

**Tablo 3.28. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun hastalığı hakkında bilgi sahibi olup olmadığının frekans ve yüzdeleri**

	Frekans	%
Var	80	81,6
Yok	18	18,4
Toplam	98	100,0

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin 80'ninin (%81,6) çocuklarının engeli hakkında bilgisinin var olduğu, 18'inin (%18,4) engeli hakkında bilgi sahibi olmadığı görölmektedir.

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun tuvalet eğitimin olup olmadığının frekans ve yüzdeleri Tablo 3.29'da verilmiştir.

**Tablo 3.29. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun tuvalet eğitiminin olup olmadığının frekans ve yzdelikleri**

<b>Çocukta tuvalet eğitimi</b>		
	Frekans	%
Var	71	72,4
Yok	27	27,6
Toplam	98	100,0

Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin engelli çocuğunun 71'inin (%72,4) tuvalet eğitiminin var olduğu, 27'snin (%27,6) tuvalet eğitiminin olmadığı gürmektedir.

### **3.2.2. Engelli çocuğu olan ve olmayan ailelerin BDE ve BA istatistikleri**

Çalışmada kullanılan "Beck Anksiyete Ölçeği" (BAÖ) ve katılımcılardan, yani zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesini amaçlayan, 21 maddelik, öz-bildirim türü bir Ölçek olup her madde için 0 = hiç, 1= hafif düzeyde beni etkilemedi, 2 = Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim ve 3 = ciddi düzeyde dayanmakta zorlandım, Ölçek üzere alınan seçeneklerinden biri işaretlenmiş olup ilgili değişkenlerin ortalamalarına, standart sapmalarına ve yzdelik dağılımlarına yer verilmektedir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir.

Tablo 3.30'da "Beck Anksiyete Ölçeği" ile ilgili tanımlayıcı istatistiki bilgilere yer verilmiştir.

**Tablo 3.30. Zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin Beck anksiyete envanterinin istatistikleri**

	ARİTM ORT	STD. SAPMA	"0" seçeneğini işaretleyen		"1" seçeneğini işaretleyen		"2" seçeneğini işaretleyen		"3" seçeneğini işaretleyen	
			Kişi sayısı	%	Kişi sayısı	%	Kişi sayısı	%	Kişi sayısı	%
Uyuşma ve karıncalanma	0,806	0,927	48	48,98%	26	26,53%	19	19,39%	5	5,10%
Sıcak / ateş basmaları	0,653	0,875	56	57,14%	24	24,49%	14	14,29%	4	4,08%
Bacaklarda halsizlik, titreme	0,694	0,946	56	57,14%	23	23,47%	12	12,24%	7	7,14%
Gevşeyememe	0,643	0,955	59	60,20%	24	24,49%	6	6,12%	9	9,18%
Çok kötü şeyler olacak korkusu	0,704	0,976	57	58,16%	21	21,43%	12	12,24%	8	8,16%
Bas dönmesi veya sersemlik	0,796	0,973	49	50,00%	29	29,59%	11	11,22%	9	9,18%
Kalp çarpıntısı	0,684	0,948	57	58,16%	22	22,45%	12	12,24%	7	7,14%
Dengeyi kaybetme korkusu	0,439	0,800	69	70,41%	20	20,41%	4	4,08%	5	5,10%
Dehşete kapılma	0,571	0,885	64	65,31%	16	16,33%	14	14,29%	4	4,08%
Sinirlilik	1,347	0,964	18	18,37%	44	44,90%	20	20,41%	16	16,33%
Boğuluyormuş gibi olma korkusu	0,633	0,957	62	63,27%	17	17,35%	12	12,24%	7	7,14%
Ellerde titreme	0,306	0,582	74	75,51%	18	18,37%	6	6,12%	0	0,00%
Titreklilik	0,235	0,639	83	84,69%	10	10,20%	2	2,04%	3	3,06%
Kontrolü kaybetme korkusu	0,439	0,826	71	72,45%	16	16,33%	6	6,12%	5	5,10%
Nefes almada güçlük	0,561	0,862	62	63,27%	22	22,45%	9	9,18%	5	5,10%
Ölüm korkusu	0,684	0,980	59	60,20%	19	19,39%	12	12,24%	8	8,16%
Korkuya kapılma	0,714	0,963	55	56,12%	24	24,49%	11	11,22%	8	8,16%
Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	0,796	0,952	50	51,02%	24	24,49%	18	18,37%	6	6,12%
Baygınlık	0,347	0,814	79	80,61%	10	10,20%	3	3,06%	6	6,12%
Yüzün kızarması	0,571	0,919	64	65,31%	19	19,39%	8	8,16%	7	7,14%
Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)	0,500	0,815	65	66,33%	21	21,43%	8	8,16%	4	4,08%
Minimum değerler	0,235	0,582	18	18,37%	10	10,20%	2	0,020	0	0,00%
Maksimum değerler	1,347	0,980	83	84,69%	44	44,90%	20	0,204	16	16,33%

Katılımcıların verdiği cevaplar doğrultusunda en düşük ve en yüksek ortalamaya sahip sorular aşağıda verilmiştir.

En düşük ortalamaya sahip soru 0,235 ortalama değeri ile 13. Soruda görülmektedir (Titreklilik).



En yüksek ortalamaya sahip soru 1,347 ortalama değeri ile 10. Soruda görülmektedir (Sinirlilik).

Tablo 3.30'da zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 1'de (Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma ve karıncalanma) hissettiğine dair verdiği cevaplar doğrultusunda 48'snin (%48,98), 26'snin (%20,53), 19'unun (%19,39), 5'nin (%5,10),  $X=0,806$  aritmetik ortalaması, 9,927 standart sapması (ss) hesaplanmıştır.

Tablo 3.30'da zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 2'de (Sıcak / ateş basmaları) verilen cevap doğrultusunda 56'snin (%57,14) , 24'ünün (% 24,49)1 , 14'ünün (%14,29), 4'ünün (%4,08),  $X=0653$  aritmetik ortalaması, 0,875 standart sapması (ss)'nı hesaplanmıştır.

Tablo 3.30'da zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 3'de (Bacaklarda halsizlik, titreme) 56'snin (% 57,14), 23'ünün ((%23,47), 12'snin (%12,24), 7'sinin(% 7,14)  $X=0,694$  aritmetik ortalaması, 0,946 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.30'da zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 4'de (Gevşeyememe) 59'unun (%60,20), 24'ünün (%24,49), 6'snin (%6,12), 9'unun (% 9,18)  $X=0,643$  aritmetik ortalaması, 0,955 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.30'da zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 5'de (ok kötü Şeyler olacak korkusu) 57'sinin (%58,16), 21'inin (%21,43), 12'snin (%12,24), 8'inin (%8,16)  $X=0,704$  aritmetik ortalaması, 0,976 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.30'da zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 6'da ( Baş dönmesi veya sersemlik) 49'unun (%50,00), 29'unun (%29,59), 11'nin (%11,22), 9'unun (%9,18)  $X=0,796$  aritmetik ortalama,0,973 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.30'da zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 7'de (Kalp çarpıntısı) 57'snin (%58,16), 22'snin (%22,45), 12'snin

(%12,24), 7'snin (%7,14)  $X= 0,684$  aritmetik ortalama, 0,948 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.30'da zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 8'de ( Dengeyi kaybetme korkusu) 69'sunun (%70,41), 20'snin (%20,41) 4'ünün (%4,08), 5'inin (%5,10)  $X= 0,439$  aritmetik ortalama, 0,800 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.30'da zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 9'da (Dehşete kapılma) 64'ünün (%65,31),16'sının (%16,33),14'ünün (%14,29),4'ünün (% 4,08)  $X=0,571$  aritmetik ortalama, 0,885 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.30'da zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 10'da (Sinirlilik) 18'snin (%18,37), 44'ünün (%44,90), 20'snin (%20,41),16'sının (%16,33)  $X=1,347$  aritmetik ortalama, 0,964 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.30'da zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 11'de ( Boğuluyormuş gibi olma duygusu) 62'sinin (%63,27), 17'snin (%17,35), 12'sinin (%12,24), 7'snin (%7,14)  $X= 0,633$  aritmetik ortalama, 0,957 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.30'da zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 12'de ( Ellerde titreme) 74'ünün (%75,51), 18'inin (%18,37), 6'sının (%6,12), 0 (%0,00)  $X= 0,306$  aritmetik ortalama, 0,582 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.30'da zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 13'de (Titreklik) 83'ünün (%84,69), 10'unun (%10,20),2'snin (%2,04),3'ünün (%3,06)  $X= 0,235$  aritmetik ortalama, 0,639 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.30'da zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 14'de (Kontrolü kaybetme korkusu) 71'inin (%72,45), 16'sının (%)

16,33), 6'sının (%6,12), 5'inin (5,10)  $X= 0,439$  aritmetik ortalama, 0,826 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.30'da zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 15'de ( Nefes almada güçlük) 62'sinin (%63,27), 22'sinin (%22,45), 9'unun (% 9,18), 5'inin (%5,10)  $X= 0,561$  aritmetik ortalama, 0,862 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.30'da zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 16'de ( Ölüm korkusu) 59'unun (%60,20), 19'unun (%19,39), 12'sinin(%12,24), 8'inin (%8,16)  $X= 0,684$  aritmetik ortalama, 0,980 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.30'da zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 17'de (Korkuya kapılma) 55'inin (% 56,12), 24'ünün (%24,49), 11'inin (%11,22), 8'inin (%8,16)  $X= 0,714$  aritmetik ortalama, 0,963 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.30'da zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 18'de (Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi) 50'sinin (% 51,02), 24'ünün (%24,49),18'inin (%18,37),6'sının (%6,12)  $X= 0,796$  aritmetik ortalama, 0,952 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.30'da zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 19'de (Baygınlık) 79'unun (%80,61), 10'u (%10,20),3'ü (%3,06), 6'sı (%6,12)  $X= 0,347$  aritmetik ortalama, 0,814 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.30'da zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 20'de (Yüzün kızarması) 64'ünün (%65,31),19'unun (%19,39), 8'sinin (%8,16), 7'sinin (%7,14)  $X= 0,571$  aritmetik ortalama, 0,919 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.30'da zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 21'de ( Terleme (sıcağa bağlı olmayan) 65'inin (%66,33), 21'inin (%21,43),8'inin (%8,16), 4'ünün (%4,08)  $X= 0,500$  aritmetik ortalama, 0,815 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.31’de normal çocuğa sahip aileler için “Beck Anksiyete Ölçeği” ile ilgili tanımlayıcı istatistikleri bilgileri yer verilmiştir.

**Tablo 3.31. Normal çocuğa sahip ailelerin Beck anksiyete istatistikleri**

	ARİTM ORT	STD. SAPMA	"0" seçeneğini işaretleyen		"1" seçeneğini işaretleyen		"2" seçeneğini işaretleyen		"3" seçeneğini işaretleyen	
			Kişi sayısı	%	Kişi sayısı	%	Kişi sayısı	%	Kişi sayısı	%
Uyuşma	0,81818	0,82414	37	42,05%	32	36,36%	17	19,32%	2	2,27%
Ateş Basması	0,95455	0,88290	31	35,23%	35	39,77%	17	19,32%	5	5,68%
Titreme	0,73864	0,87749	46	52,27%	21	23,86%	19	21,59%	2	2,27%
Gevşeyememe	0,96591	0,92784	34	38,64%	28	31,82%	21	23,86%	5	5,68%
Kötü Şeyler Hissi	0,80682	0,89517	39	44,32%	33	37,50%	10	11,36%	6	6,82%
Baş Dönmesi	0,95455	0,90857	32	36,36%	34	38,64%	16	18,18%	6	6,82%
Kalp çarpıntısı	0,97727	0,95865	34	38,64%	29	32,95%	18	20,45%	7	7,95%
Denge korkusu	0,53409	0,74199	54	61,36%	21	23,86%	13	14,77%	0	0,00%
Dehşete kapılma	0,45455	0,80099	61	69,32%	18	20,45%	5	5,68%	4	4,55%
Sinirlilik	1,53409	0,84349	9	10,23%	34	38,64%	34	38,64%	11	12,50%
Boğuluyormuş gibi olma korkusu	0,53409	0,75732	53	60,23%	25	28,41%	8	9,09%	2	2,27%
Ellerde titreme	0,42045	0,72273	61	69,32%	19	21,59%	6	6,82%	2	2,27%
Titreklilik	0,17045	0,53005	78	88,64%	6	6,82%	3	3,41%	1	1,14%
Kontrolü kaybetme korkusu	0,44318	0,80026	62	70,45%	17	19,32%	5	5,68%	4	4,55%
Nefes almada güçlük	0,64773	0,89750	52	59,09%	19	21,59%	13	14,77%	4	4,55%
Ölüm korkusu	0,68182	0,90396	49	55,68%	23	26,14%	11	12,50%	5	5,68%
Korkuya kapılma	0,70455	0,85982	45	51,14%	28	31,82%	11	12,50%	4	4,55%
Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	1,20455	0,99607	26	29,55%	28	31,82%	24	27,27%	10	11,36%
Baygınlık	0,11364	0,31919	78	88,64%	10	11,36%	0	0,00%	0	0,00%
Yüzün kızarması	0,71591	0,81578	43	48,86%	29	32,95%	14	15,91%	2	2,27%
Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)	0,65909	0,90828	51	57,95%	21	23,86%	11	12,50%	5	5,68%
Minimum değerler	0,11364	0,31919	9	0,102273	6	6,82%	0	0	0	0
Maksimum değerler	1,53409	0,99607	78	0,886364	35	39,77%	34	0,3863636	11	0,125

Katılımcıların verdiği cevaplar doğrultusunda en düşük ve en yüksek ortalamaya sahip sorular aşağıda verilmiştir.

En düşük ortalamaya sahip soru 0,11364 ortalama değeri ile 19. Soruda görülmektedir (Baygınlık).

En yüksek ortalamaya sahip soru 1,53409 ortalama değeri ile 10. Soruda görülmektedir (Sinirlilik).

Tablo 3.31’de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 1’de (Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma ve karıncalanma)

hissettiğine dair verdiği cevaplar doğrultusunda 37'snin (%42,05), 32'snin (%36,36), 17'snin (%19,32), 2'snin (%2,27),  $X= 0,81818$  aritmetik ortalaması, 0,82414 standart sapması (ss) hesaplanmıştır.

Tablo 3.31'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 2'de (Sıcak / ateş basmaları) verilen cevap doğrultusunda 31'inin (%35,23) , 35'inin (%39,77) , 17'snin (%19,32), 5'inin (%5,68),  $X= 0,95455$  aritmetik ortalaması 0,88290 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.31'de zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 3'de (Bacaklarda halsizlik, titreme) 46'snın (% 52,27), 21'inin ((%23,86), 19'unun (%21,59), 2'sinin(% 2,27)  $X= 0,73864$  aritmetik ortalaması, 0,87749 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.31'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 4'de (Gevşeyememe) 34'ünün (%38,64), 28'inin (%31,82), 21'inin (%23,86), 5'inin (%5,68)  $X= 0,96591$  aritmetik ortalaması, 0,92784 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.31'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 5'de (Çok kötü şeyler olacak korkusu), 39'unun (%44,32), 33'ünün (%37,56), 10'unun ( %11,36) 6'snın (6,82)  $X=0,80682$  aritmetik ortalaması, 0,89517 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.31'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 6'da ( Baş dönmesi veya sersemlik) 32'snin (%36,36), 34'ünün (%38,64), 16.'sının (%18,18), 6'snın (%6,82)  $X= 0,95455$  aritmetik ortalama, 0,90857 standart sapması (ss) hesaplanmıştır.

Tablo 3.31'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 7'de (Kalp çarpıntısı) 34'ünün (%38,64), 29'unun (%32,95), 18'snin (%20,45), 7'snin (%7,95)  $X= 0,97727$  aritmetik ortalama, 0,95865 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.31'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 8'de ( Dengeyi kaybetme korkusu) 54'ünün (%61,36), 21'inin

(%23,86) 13'ünün (%14,77), 0'ının (%0,00)  $X=0,53409$  aritmetik ortalama, 0,74199 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.31'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 9'da (Dehşete kapılma) 61'inin (%69,32), 18'sinin (%20,45), 5'inin (%5,68), 4'ünün (% 4,55)  $X= 0,45455$  aritmetik ortalama, 0,80099 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.31'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 10'da (Sinirlilik) 9'unda (%10,23), 34'ünün (%38,64), 34'ünün (%38,64), 16'sının (%16,33)  $X= 1,53409$  aritmetik ortalama, 0,84349 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.31'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 11'de ( Boğuluyormuş gibi olma duygusu) 53'ünün (%60,23), 25'inin (%28,41), 8'inin (%9,09), 2'sinin (%2,27)  $X= 0,53409$  aritmetik ortalama, 0,75732 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.31'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 12'de ( Ellerde titreme) 61'inin (%69,32), 19'inin (%21,59), 6'sının (%6,82), 2 (%2,27)  $X= 0,42045$  aritmetik ortalama, 0,72273 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.31'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 13'de (Titreklik) 78'inin (%88,64), 6'sının (%6,82), 3'ünün (%3,41), 1'inin (%1,14),  $X= 0,17045$  aritmetik ortalama, 0,53005 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.31'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 14'de (Kontrolü kaybetme korkusu) 62'sinin (%70,45), 17'sinin (% 19,32), 5'inin (%5,68), 4'ünün (4,55)  $X= 0,44318$  aritmetik ortalama, 0,80026 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.31'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 15'de ( Nefes almada güçlük) 52'sinin (%59,09), 19'unun (%21,59),

13'ünün (% 14,77), 4'ünün (%4,55)  $X= 0,64773$  aritmetik ortalama, 0,89750 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.31'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 16'de ( Ölüm korkusu) 49'unun (%55,68), 23'ünün (%26,14), 11'inin (%12,50), 5'inin (%5,68),  $X= 0,68182$  aritmetik ortalama, 0,90396 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.31'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 17'de (Korkuya kapılma) 45'inin (% 51,14), 28'inin (%31,82), 11'inin (%12,50), 4'ünün (%4,55),  $X= 0,70455$  aritmetik ortalama, 0,85982 standart sapması (ss) hesaplanmıştır.

Tablo 3.31'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 18'de (Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi) 26'sının (% 29,55), 28'sinin (%31,82),24'ünün (%27,27),10'unun (%6,12),  $X= 1,20455$  aritmetik ortalama, 0,99607 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.31'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 19'de (Baygınlık) 78'inin (%88,64), 10'u (%11,36),0'ı (%0,00), 0'ı (%0,00)  $X= 0,11364$  aritmetik ortalama, 0,31919 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.31'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 20'de (Yüzün kızarması) 43'ünün (%48,86),29'unun (%32,95), 14'ünün (%15,91), 2'sinin (%2,27)  $X= 0,71591$  aritmetik ortalama, 0,81578 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.31'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Anksiyete Envanterinde katılımcılardan soru 21'de ( Terleme (sıcağa bağlı olmayan) 51'inin (%57,95), 21'inin (%23,86), 11'inin (%12,50), 5'inin (%5,68)  $X=0,65909$  aritmetik ortalama, 0,90828 standart sapması hesaplanmıştır.

Beck Depresyon Envanteri depresyonda görülen vejetatif, duygusal, bilişsel ve güdüsel belirtileri ölçen bir Ölçektir. Beck, Steer ve Garbin (1988) BDE'nin psikiyatri hastalarında ve normal örneklerde depresif belirtilerin şiddetini değerlendirmede dünyada en yaygın olarak kullanılan araçlardan biri olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmada kullanılan “Beck Depresyon Envanteri” (BDE) ve katılımcılardan, zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin yaşadığı depresif belirtilerinin sıklığının belirlenmesini amaçlayan, Ölçekteki 21 madde klinik gözlemlerden yola çıkılarak oluşturulmuştur. Ölçek üzere alınan seçeneklerinden biri işaretlenmiş olup ilgili değişkenlerin ortalamalarına, standart sapmalarına ve yüzdelik dağılımlarına yer verilmektedir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı depresyon belirtisinin şiddetini gösterir. Çalışmada kullanılan Beck Depresyon Ölçeği’nde karamsarlık belirtisi, başarısızlık duygusunu içeren, doyum almama, suçluluk duygusu, huzursuzluk, yorgunluk, iştah azalması, kararsızlık, uyku bozukluğu, sosyal çekilme gibi depresif belirtilere ilişkin olarak 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde depresyona özgü bir davranışı belirtmiştir. Maddeler azdan çoğa doğru derecelendirilmiştir. Kendini durumsal değerlendirmede 0 ile 3 arasında bir puan verilmektedir. Katılımcılardan, zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin depresyon ve kaygı düzenlerini belirlemek amaç edinilmiştir. Katılımcıların objektif olarak sayısal değerlerini ve alt boyutları ile ilgili değişkenlerin ortalamalarına, standart sapmalarına ve yüzdelik dağılımlarına yer verilmekte olup Tablo 3.32’de verilmiştir



**Tablo 3.32. Zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin Beck depresyon envanterinin istatistikleri**

	ARİTM ORT	STD. SAPMA	"0" seçeneğini işaretleyen		"1" seçeneğini işaretleyen		"2" seçeneğini işaretleyen		"3" seçeneğini işaretleyen	
			Kişi sayısı	%	Kişi sayısı	%	Kişi sayısı	%	Kişi sayısı	%
Üzüntü	0,796	1,074	52	53,06%	36	36,73%	0	0,00%	10	10,20%
Karamsarlık	0,694	0,999	58	59,18%	22	22,45%	8	8,16%	10	10,20%
Başarısızlık	0,327	0,639	74	75,51%	17	17,35%	6	6,12%	1	1,02%
Memnuniyetsizlik	0,745	0,889	49	50,00%	30	30,61%	14	14,29%	5	5,10%
Suçluluk	0,582	0,672	50	51,02%	40	40,82%	7	7,14%	1	1,02%
Cezalandırılma durumu	0,367	0,913	82	83,67%	5	5,10%	2	2,04%	9	9,18%
Kendini hor görme/beğenmeme	0,520	0,749	61	62,24%	24	24,49%	12	12,24%	1	1,02%
Kendini suçlama	0,582	0,657	50	51,02%	39	39,80%	9	9,18%	0	0,00%
İntihar eğilimi/düşünceleri	0,102	0,336	89	90,82%	8	8,16%	1	1,02%	0	0,00%
Ağlama nöbetleri	1,020	0,984	35	35,71%	37	37,76%	15	15,31%	11	11,22%
Sinirlilik	0,765	0,871	44	44,90%	40	40,82%	7	7,14%	7	7,14%
Sosyal içe dönüklük	0,520	0,802	63	64,29%	22	22,45%	10	10,20%	3	3,06%
Kararsızlık	0,602	0,809	56	57,14%	28	28,57%	11	11,22%	3	3,06%
Bedensel imge	0,500	0,707	60	61,22%	28	28,57%	9	9,18%	1	1,02%
Çalışmaya ket vurma	0,786	0,815	40	40,82%	44	44,90%	9	9,18%	5	5,10%
Uyku	0,980	0,861	31	31,63%	44	44,90%	17	17,35%	6	6,12%
Yorgunluk	1,010	0,780	21	21,43%	63	64,29%	6	6,12%	8	8,16%
İştah kaybı	0,378	0,696	71	72,45%	19	19,39%	6	6,12%	2	2,04%
Kilo kaybı	0,480	0,876	70	71,43%	15	15,31%	7	7,14%	6	6,12%
Bedensel yakınmalar	0,398	0,729	70	71,43%	20	20,41%	5	5,10%	3	3,06%
Cinsel dürtü kaybı	0,806	0,960	48	48,98%	29	29,59%	13	13,27%	8	8,16%
Minimum değerler	0,102	0,336	21	21,43%	5	5,10%	0	0,00%	0	0,00%
Maksimum değerler	1,020	1,074	89	90,82%	63	64,29%	17	17,35%	11	11,22%

Katılımcıların verdiği cevaplar doğrultusunda en düşük ve en yüksek ortalamaya sahip sorular aşağıda verilmiştir.

En düşük ortalamaya sahip soru 0,102 ortalama değeri ile 9. Soruda görülmektedir (İntihar eğilimi/ düşünceleri)

En yüksek ortalamaya sahip soru 1,020 ortalama değeri ile 10. Soruda görülmektedir (Ağlama nöbetleri).

Tablo 3.32’de zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 1’de (Üzüntü) 52’snin (%53,06), 36’sının (%36,73),0 (%0,00) 10’nun (%10,20),  $X= 0,796$  aritmetik ortalama, 1,074 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.32’de zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 2’de (Karamsarlık) 58’snin (%59,18), 22’snin (%22,45),8’inin (%8,16),10’unun (%10,20)  $X= 0,694$  aritmetik ortalama, 0,999 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.32’de zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 3’de (Başarısızlık) 74’ünün (%75,51),17’snin (%17,35), 6’sının (%6,12),1’inin (% 1,02)  $X= 0,327$  aritmetik ortalama,0,639 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.32’de zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 4’de (Memnuniyetsizlik) 49’unun (% 50,00),30’unun (%30,61),14’ünün (% 14,29), 5’inin (%5,10)  $X= 0,745$  aritmetik ortalama, 0,889 Standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.32’de zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 5’de (Suçluluk) 50’snin (%51,02),40’inin (%40,82),7’snin (%7,14), 1’inin (%1,02)  $X=0,582$  aritmetik ortalama, 0,672 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.32’de zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 6’de (Cezalandırma durumu) 82’inin (%83,67), 5’inin (%5,10), 2’sinin (%2,04), 9’unun (%9,18)  $X=0,367$  aritmetik ortalama, 0,913 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.32’de zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 7’de (Kendini hor görme/ beğenmeme) 61’inin (%62,24), 24’ünün (%24,49),12’snin (%12,24), 1’inin (%1,02)  $X= 0,520$  aritmetik ortalama, 0,749 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.32’de zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 8’de (Kendini suçlama) 50’snin (%51,02), 39’unun(%39,80), 9’unun (%9,18),0 (0,00)  $X=0,582$  aritmetik ortalama,0,657 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.32’de zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 9’de ( İntihar eğilimi/düşünceler) 89’unun (%90,82), 8’inin (%8,16),1’inin (%1,02),0 ‘ının(%0,00)  $X=0,102$  aritmetik ortalama, 0,336 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.32’de zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 10’da (Ağlama nöbetleri) 35’inin (%35,71),37’snin (%37,76),15’inin (%15,31),11’inin (%11,22)  $X= 1,020$  aritmetik ortalama, 0,984 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.32’de zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 11’de (Sinirlilik) 44’ünün (%44,90),40’ının (%40,82), 7’snin (%7,14),7’sinin(%7,14)  $X= 0,765$  aritmetik ortalama,0,871 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.32’de zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 12’de (Sosyal içe dönüklük) 63’ünün (%64,29), 22’snin (%22,45),10’unun (%10,20),3’ünün (%3,06)  $X= 0,520$  aritmetik ortalama,0,802 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.32’de zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 13’de (Kararsızlık) 56’snın (% 57,14), 28’snin (%28,57),11’inin (%11,22), 3’ünün (%3,06)  $X=0,602$  aritmetik ortalama, 0,809 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.32’de zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 14’de (Bedensel imge) 60’ının (%61,22), 28’inin (%28,57),9’unun (% 9,18),1’inin (%1,02)  $X= 0,500$  aritmetik ortalama,0,707 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.32’de zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 15’de (Çalışmaya ket vurma) 40’ının (%40,82), 44’ünün (44,90), 9’unun (% 9,18),5’inin (%5,10)  $X=0,786$  aritmetik ortalama, 0,815 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.32’de zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 16’de (Uykusuzluk) 31’inin (%31,63),44’ünün (%44,90),17’snin (% 17,35), 6’snın (%6,12)  $X=0,980$  aritmetik ortalama,0,861 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.32’de zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 17’de ( Yorgunluk) 21’inin (%21,43), 63’ünün (%64,29),6’snın (%6,12), 8’inin (%8,16)  $X= 1,010$  aritmetik ortalama, 0,780 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.32’de zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 18’de (İştah kaybı) (/% 71’inin (%72,45), 19’unun (%19,39),6’snın (%6,12), 2’snin (%2,04)  $X= 0,378$  aritmetik ortalama, 0,696 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.32’de zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 19’de ( Kilo kaybı) 70’inin (% 71,43),15’inin (% 15,31), 7’snin ( % 7,14), 6’snın (% 6,12)  $X= 0,480$  aritmetik ortalama, 0,876 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.32’de zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 20’de ( Bedensel yakınmalar) 70’inin (% 71,43), 20’snin (% 20,41), 5’inin (% 5,10), 3’ünün (%3,06)  $X= 0,398$  aritmetik ortalama, 0,729 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.32’de zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 21’de ( Cinsel dürtü kaybı) 48’inin (%48,98), 29’unun (%29,59),13’ünün (% 13,27),8’inin (%8,16) X= 0,806 aritmetik ortalama, 0,960 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.33’de normal çocuğa sahip aileler için “Beck Depresyon Envanteri Ölçeği” ile ilgili tanımlayıcı istatistiki bilgilere yer verilmiştir.

**Tablo 3.33. Normal çocuğa sahip ailelerin Beck depresyon envanterinin istatistikleri**

	ARİTM ORT	STD. SAPMA	"0" seçeneğini işaretleyen		"1" seçeneğini işaretleyen		"2" seçeneğini işaretleyen		"3" seçeneğini işaretleyen	
			Kişi sayısı	%	Kişi sayısı	%	Kişi sayısı	%	Kişi sayısı	%
Üzüntü	0,61364	0,68534	43	48,86%	37	42,05%	7	7,95%	1	1,14%
Karamsarlık	0,42045	0,85395	67	76,14%	10	11,36%	6	6,82%	5	5,68%
Başarısızlık	0,40909	0,72137	63	71,59%	15	17,05%	9	10,23%	1	1,14%
Memnuniyetsizlik	0,69318	0,71692	38	43,18%	41	46,59%	7	7,95%	2	2,27%
Suçluluk	0,77273	0,70674	33	37,50%	43	48,86%	11	12,50%	1	1,14%
Cezalandırılma durumu	0,61364	1,09787	62	70,45%	12	13,64%	0	0,00%	14	15,91%
Kendini hor görme-beğenmeme	0,64773	0,74340	44	50,00%	32	36,36%	11	12,50%	1	1,14%
Kendini suçlama	0,75000	0,69893	33	37,50%	46	52,27%	7	7,95%	2	2,27%
İntihar eğilimi/düşünceleri	0,05682	0,23282	83	94,32%	5	5,68%	0	0,00%	0	0,00%
Ağlama nöbetleri	0,75000	0,77682	35	39,77%	45	51,14%	3	3,41%	5	5,68%
Sinirlilik	0,90909	1,05739	39	44,32%	32	36,36%	3	3,41%	14	15,91%
Sosyal içe dönüklük	0,51136	0,67797	50	56,82%	33	37,50%	3	3,41%	2	2,27%
Kararsızlık	0,51136	0,71107	53	60,23%	26	29,55%	8	9,09%	1	1,14%
Bedensel imge	0,44318	0,64072	55	62,50%	28	31,82%	4	4,55%	1	1,14%
Çalışmaya ket vurma	0,65909	0,72534	42	47,73%	35	39,77%	10	11,36%	1	1,14%
Uykusuzluk	0,57955	0,75386	49	55,68%	29	32,95%	8	9,09%	2	2,27%
Yorgunluk	0,95455	0,77176	22	25,00%	54	61,36%	6	6,82%	6	6,82%
İştah kaybı	0,07955	0,34646	83	94,32%	3	3,41%	2	2,27%	0	0,00%
Kilo kaybı	0,23864	0,66080	76	86,36%	5	5,68%	5	5,68%	2	2,27%
Bedensel yakınmalar	0,56818	0,73961	49	55,68%	30	34,09%	7	7,95%	2	2,27%
Cinsel dürtü kaybı	0,63636	0,91201	54	61,36%	16	18,18%	14	15,91%	4	4,55%
Minimum değerler	0,05682	0,23282	22	25,00%	3	3,41%	0	0,00%	0	0,00%
Maksimum değerler	0,95455	1,09787	83	94,32%	54	61,36%	14	15,91%	14	15,91%

En düşük ortalamaya sahip soru 0,05682 ortalama değeri ile 9. Soruda görülmektedir (İntihar eğilimi/ düşünceleri)

En yüksek ortalamaya sahip soru 1,020 ortalama değeri ile 10. Soruda görülmektedir (Yorgunluk).

Tablo 3.33'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 1'de (Üzüntü) 43'ünün (%48,86), 37'sinin (%42,05), 7'sinin (%7,95), 1'inin (%1,14),  $X= 0,61364$  aritmetik ortalama, 0,68534 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.33'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 2'de (Karamsarlık) 67'sinin (%76,14), 10'unun (%11,36), 6'sının (%6,82), 5'inin (%5,68)  $X=0,42045$  aritmetik ortalama, 0,85395 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.33'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 3'de (Başarısızlık) 63'ünün (%71,59), 15'inin (%17,05), 9'unun (%10,23), 1'inin (% 1,14)  $X= 0,40909$  aritmetik ortalama, 0,72137 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.33'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 4'de (Memnuniyetsizlik) 38'inin (%43,18), 41'inin (%46,59), 7'sinin (%7,95), 2'sinin (%2,27)  $X= 0,69318$  aritmetik ortalama, 0,71692 Standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.33'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 5'de (Suçluluk) 33'ünün (%37,50), 43'ünün (%48,86), 11'inin (%12,50), 1'inin (%1,14)  $X= 0,77273$  aritmetik ortalama, 0,70674 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.33'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 6'de (Cezalandırma durumu) 62'sinin (%70,45), 12'sinin (%13,64), 0'ının (%0,00), 14'ünün (%15,91)  $X= 0,61364$  aritmetik ortalama, 1,09787 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.33'de zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 7'de (Kendini hor görme/ beğenmeme) 44'ünün (%50,00), 32'sinin

(%36,36), 11'inin (%12,50), 1'inin (%1,14),  $X= 0,64773$  aritmetik ortalama, 0,74340 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.33'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 8'de (Kendini suçlama) 33'ünün (%37,50), 46'sının (%52,27), 7'sinin (%7,95), 2'sinin (% 2,27)  $X=0,75000$  aritmetik ortalama, 0,69893 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.33'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 9'de ( İntihar eğilimi/düşünceler) 83'ünün (%94,32), 5'inin (%5,68), 0'nın (%0,00), 0 'ının (%0,00)  $X= 0,05682$  aritmetik ortalama, 0,23282 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.33'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 10'da (Ağlama nöbetleri) 35'inin (%39,77),45'inin (%51,14),3'ünün (%3,41 ),5'inin (%5,68)  $X=0,75000$  aritmetik ortalama, 0,77682 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.33'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 11'de (Sinirlilik) 39'unun (%44,32), 32'sinin (%36,36), 3'ünün (%3,41), 14'ünün (%15,91),  $X= 0,90909$  aritmetik ortalama, 1,05739 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.33'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 12'de (Sosyal içe dönüklük) 50'sinin (%56,82), 33'ünün (%37,50),3'ünün (%3,41),2'sinin (%2,27)  $X= 0,51136$  aritmetik ortalama, 0,67797 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.33'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 13'de (Kararsızlık) 53'ünün (% 60,23), 26'sının (%29,55), 8'inin (%9,09, 1'inin (%1,14)  $X= 0,51136$  aritmetik ortalama, 0,71107 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.33'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 14'de (Bedensel imge) 55'inin (%62,50), 28'inin (%31,82), 4'ünün

(% 4,55),1'inin (%1,14)  $X=0,44318$  aritmetik ortalama, 0,64072 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.33'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 15'de (Çalışmaya ket vurma) 42'inin (%47,73), 35'inin (39,77), 10'unun (%11,36),1'inin (%1,14)  $X=0,65909$  aritmetik ortalama, 0,72534 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.33'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 16'de (Uykusuzluk) 49'unun (%55,68),29'unun (%32,95),'inin (% 9,09), 2'snin (%2,27)  $X=0,57955$  aritmetik ortalama, 0,75386 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.33'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 17'de ( Yorgunluk) 22'snin (%25,00), 54'ünün (%61,36), 6'snin (%6,82), 6'snin (%6,82)  $X= 0,95455$  aritmetik ortalama, 0,77176 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.33'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 18'de (İştah kaybı) 83 (/94,32) 3'ünün (%3,41), 2'snin (%2,27),0'ının (%0,00),  $X=0,07955$  aritmetik ortalama, 0,34646 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.33'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 19'de ( Kilo kaybı) 76'inin (%86,36), 5'inin (% 5,68), 5'inin (%5,68) 2'snin ( % 2,27),  $X= 0,23864$  aritmetik ortalama 0,66080 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.33'de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 20'de ( Bedensel yakınmalar) 49'unun (% 55,68), 30'unun (%34,09), 7'snin (% 7,95), 2'snin (%2,27)  $X=0,56818$  aritmetik ortalama, 0,73961 standart sapması hesaplanmıştır.



Tablo 3.33’de normal çocuğa sahip ailelerde Beck Depresyon Envanterinde katılımcılardan soru 21’de ( Cinsel dürtü kaybı) 54’ünün (%61,36),16’sının (%18,18), 14’ünün (% 15,91), 4’ünün (% 4,55), X= 0,63636 aritmetik ortalama, 0,91201 standart sapması hesaplanmıştır.

Tablo 3.34’te zihinsel engelli çocuğa sahip olan ve olmayan annelerin yaş gruplarına göre Beck depresyon envanteri ve Beck anksiyete ölçeklerinden aldıkları sonuçlar toplu olarak verilmiştir.

**Tablo 3.34. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ve olmayan annelerin yaş gruplarına göre BDE ve BA ölçeklerinden aldıkları sonuçlar**

Yaş grubu		Normalin Annesinin		Engellinin Annesinin	
		Beck Depresyon	Beck Anksiyete	Beck Depresyon	Beck Anksiyete
20-32	Aritmetik Ortalama	10,3333	15,0833	16,32	20,32
	Frekans	12	12	19	19
	Standart Sapma	7,93534	6,92109	10,231	15,370
32-42	Aritmetik Ortalama	12,2195	14,7317	12,04	11,20
	Frekans	41	41	46	46
	Standart Sapma	9,43534	12,09964	8,779	9,563
42-52	Aritmetik Ortalama	12,2759	13,3793	12,70	11,83
	Frekans	29	29	30	30
	Standart Sapma	8,37896	8,92994	11,704	13,249
52 ve üzeri	Aritmetik Ortalama	9,8333	11,0000	8,33	10,00
	Frekans	6	6	3	3
	Standart Sapma	7,96032	11,71324	5,686	3,464
Toplam	Aritmetik Ortalama	11,8182	14,0795	12,96	13,12
	Frekans	88	88	98	98
	Standart Sapma	8,70928	10,39587	10,004	12,317

Tablo 3.35’te zihinsel engelli çocuğa sahip olan ve olmayan annelerin eğitimlerine göre Beck depresyon envanteri ve Beck anksiyete ölçeklerinden aldıkları sonuçlar toplu olarak verilmiştir.

**Tablo 3.35. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ve olmayan annelerin eğitimlerin göre BDE ve BA ölçeklerinden aldıkları sonuçlar**

Eğitimi		Normalin Annesinin		Engellinin Annesinin	
		Beck Depresyon	Beck Anksiyete	Beck Depresyon	Beck Anksiyete
Okur - yazar değil	Aritmetik Ortalama			18,67	14,67
	Frekans	0	0	3	3
	Standart Sapma			7,572	3,786
İlkokul	Aritmetik Ortalama	16,7500	18,6250	12,81	12,08
	Frekans	8	8	48	48
	Standart Sapma	8,36233	11,10904	10,065	11,129
Ortaokul	Aritmetik Ortalama	12,2000	11,8000	13,50	15,00
	Frekans	5	5	8	8
	Standart Sapma	7,79102	10,94075	11,964	15,446
Lise	Aritmetik Ortalama	13,8929	14,1429	12,63	12,83
	Frekans	28	28	24	24
	Standart Sapma	10,13370	13,28802	10,487	12,250
Üniversite	Aritmetik Ortalama	10,0256	14,1538	12,53	15,60
	Frekans	39	39	15	15
	Standart Sapma	7,79840	8,59173	9,234	15,950
Lisans Üstü	Aritmetik Ortalama	8,1250	10,3750		
	Frekans	8	8	0	0
	Standart Sapma	5,76783	5,15302		
Toplam	Aritmetik Ortalama	11,8182	14,0795	12,96	13,12
	Frekans	88	88	98	98
	Standart Sapma	8,70928	10,39587	10,004	12,317

Tablo 3.36’da zihinsel engelli çocuğa sahip olan ve olmayan annelerin gelir düzeylerine göre Beck depresyon envanteri ve Beck anksiyete ölçeklerinden aldıkları sonuçlar toplu olarak verilmiştir.

**Tablo 3.36. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ve olmayan ailelerin gelir düzeylerine göre BDE ve BA ölçeklerinden aldıkları aritmetik ortalama ve standart sapma sonuçları**

Gelir Düzeyi		Normalin Ailesinin		Engellinin Ailesinin	
		Beck Depresyon	Beck Anksiyete	Beck Depresyon	Beck Anksiyete
Gelir durumu iyi	Aritmetik Ortalama	10,7000	13,3000	12,00	16,88
	Frekans	10	10	17	17
	Standart Sapma	9,16576	12,35628	8,881	17,503
Gelir durumu normal	Aritmetik Ortalama	11,5070	13,8310	12,39	11,70
	Frekans	71	71	61	61
	Standart Sapma	8,46990	10,36200	10,620	10,853
Geliri durumu az	Aritmetik Ortalama	16,5714	17,7143	15,50	14,25
	Frekans	7	7	20	20
	Standart Sapma	10,35788	8,26064	8,930	11,140
Toplam	Aritmetik Ortalama	11,8182	14,0795	12,96	13,12
	Frekans	88	88	98	98
	Standart Sapma	8,70928	10,39587	10,004	12,317

Tablo 3.37’de zihinsel engelli çocuğa sahip olan ve olmayan annelerin çocuk sayılarına göre Beck depresyon envanteri ve Beck anksiyete ölçeklerinden aldıkları sonuçlar toplu olarak verilmiştir.

**Tablo 3.37. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan ve olmayan ailelerin çocuk sayılarına göre BDE ve BA ölçeklerinden aldıkları sonuçlar**

Çocuk Sayısı		Normalin Ailesinin		Engellinin Ailesinin	
		BeckDepresyon	BeckAnksiyete	BeckDepresyon	BeckAnksiyete
1-2	Aritmetik Ortalama	11,1786	13,5179	11,73	11,72
	Frekans	56	56	60	60
	Standart Sapma	8,77208	9,97632	9,496	12,739
3-4	Aritmetik Ortalama	12,4000	14,2667	15,22	15,96
	Frekans	30	30	27	27
	Standart Sapma	8,57663	10,95109	9,967	10,864
5 ve üstü	Aritmetik Ortalama	21,0000	27,0000	14,09	13,82
	Frekans	2	2	11	11
	Standart Sapma	5,65685	9,89949	12,502	13,152

### 3.2.3. Engelli çocuğu olan ailelerin BDE ve BA istatistikleri

Tablo 3.38’de zihinsel engelli çocuğa sahip olan annelerin diğer çocuklardaki engel durumlarına göre Beck depresyon envanteri ve Beck anksiyete Ölçeklerinden aldıkları sonuçlar toplu olarak verilmiştir

**Tablo 3.38. Engelli çocuğa sahip olan ailelerin diğer çocuklardaki engel durumlarına göre BDE ve BA ölçeklerinden aldıkları aritmetik ortalama ve standart sapma sonuçları**

Diğer çocuklarda engel durumu		BeckDepresyon	BeckAnksiyete
Var	Aritmetik Ortalama	19,29	22,14
	Frekans	7	7
	Standart Sapma	8,499	15,529
Yok	Aritmetik Ortalama	12,47	12,43
	Frekans	91	91
	Standart Sapma	9,985	11,858
Toplam	Aritmetik Ortalama	12,96	13,12
	Frekans	98	98
	Standart Sapma	10,004	12,317

Tablo 3.39’da zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin babaların yaşına göre Beck depresyon envanteri ve Beck anksiyete ölçeklerinden aldıkları verilmiştir.

**Tablo 3.39. Engelli çocuğa sahip olan ailelerin, babaların yaşına göre BDE ve BA ölçeklerinden aldıkları aritmetik ortalama ve standart sapma sonuçları**

Babanın Yaş Grubu		BeckDepresyon	BeckAnksiyete
25-35	Aritmetik Ortalama	17,71	20,07
	Frekans	14	14
	Standart Sapma	9,667	16,429
35-45	Aritmetik Ortalama	12,65	14,39
	Frekans	49	49
	Standart Sapma	9,628	12,322
45-55	Aritmetik Ortalama	9,05	7,48
	Frekans	21	21
	Standart Sapma	6,960	7,188
55 ve üzeri	Aritmetik Ortalama	15,14	10,21
	Frekans	14	14
	Standart Sapma	13,490	10,162

Tablo 3.40’da engelli çocuğun cinsiyetine göre Beck depresyon envanteri ve Beck anksiyete ölçeklerinden aldıkları aritmetik ortalama ve standart sapma sonuçları verilmiştir.

**Tablo 3.40. Engelli çocuğa sahip olan ailelerin, engelli çocuğun cinsiyetine göre BDE ve BA ölçeklerinden aldıkları aritmetik ortalama ve standart sapma sonuçları**

Engelli Çocuğun Cinsiyeti		BeckDepresyon	BeckAnksiyete
Erkek	Aritmetik Ortalama	12,54	13,80
	Frekans	59	59
	Standart Sapma	9,947	13,286
Kız	Aritmetik Ortalama	13,59	12,10
	Frekans	39	39
	Standart Sapma	10,187	10,772
Toplam	Aritmetik Ortalama	12,96	13,12
	Frekans	98	98
	Standart Sapma	10,004	12,317

Tablo 3.41’de engelli çocuğun engel türüne göre Beck depresyon envanteri ve Beck anksiyete ölçeklerinden aldıkları aritmetik ortalama ve standart sapma sonuçları verilmiştir.

**Tablo 3.41. Engelli çocuğa sahip olan ailelerin, engelli çocuğun engel türüne göre BDE ve BA ölçeklerinden aldıkları aritmetik ortalama ve standart sapma sonuçları**

Çocuğun Engel Türü		BeckDepresyon	BeckAnksiyete
Down sendromu	Aritmetik Ortalama	11,68	11,89
	Frekans	19	19
	Standart Sapma	11,610	8,692
Mental retardasyon (zihinsel yetersizlik)	Aritmetik Ortalama	14,12	12,50
	Frekans	42	42
	Standart Sapma	10,451	12,657
Otizm	Aritmetik Ortalama	13,67	16,00
	Frekans	27	27
	Standart Sapma	9,106	14,728
Serebral palsi	Aritmetik Ortalama	8,60	10,30
	Frekans	10	10
	Standart Sapma	6,293	9,417

Tablo 3.42’de engelli çocuğun ilköğretime gitmesine göre Beck depresyon envanteri ve Beck anksiyete ölçeklerinden aldıkları aritmetik ortalama ve standart sapma sonuçları verilmiştir.

**Tablo 3.42. Engelli çocuğa sahip olan ailelerin, engelli çocuğun ilköğretime gitmesine göre BDE ve BA ölçeklerinden aldıkları aritmetik ortalama ve standart sapma sonuçları**

Çocuğun İlköğretime Gitme Durumu		BeckDepresyon	BeckAnksiyete
Gidiyor	Aritmetik Ortalama	11,53	12,05
	Frekans	66	66
	Standart Sapma	8,862	12,091
Gitmiyor	Aritmetik Ortalama	15,91	15,34
	Frekans	32	32
	Standart Sapma	11,627	12,671
Toplam	Aritmetik Ortalama	12,96	13,12
	Frekans	98	98
	Standart Sapma	10,004	12,317

Tablo 3.43’de engelli çocuğun ilköğretime gitmesine göre Beck depresyon envanteri ve Beck anksiyete ölçeklerinden aldıkları aritmetik ortalama ve standart sapma sonuçları verilmiştir.

**Tablo 3.43. Engelli çocuğa sahip olan ailelerin, engelli çocuğun özel eğitim alma süresine göre BDE ve BA ölçeklerinden aldıkları aritmetik ortalama ve standart sapma sonuçları**

Özel Eğitim Alma Süresi		BeckDepresyon	BeckAnksiyete
0-1	Aritmetik Ortalama	10,00	12,38
	Frekans	8	8
	Standart Sapma	10,730	10,596
1-2	Aritmetik Ortalama	10,50	11,50
	Frekans	2	2
	Standart Sapma	7,778	10,607
2-3	Aritmetik Ortalama	13,48	12,00
	Frekans	23	23
	Standart Sapma	9,704	11,755
3 ve üzeri	Aritmetik Ortalama	13,22	13,66
	Frekans	65	65
	Standart Sapma	10,214	12,941

Tablo 3.44’de engelli çocuğun bakımında yardımcısı oluşuna göre Beck depresyon envanteri ve Beck anksiyete ölçeklerinden aldıkları aritmetik ortalama ve standart sapma sonuçları verilmiştir.

**Tablo 3.44. Engelli çocuğa sahip olan ailelerin, engelli çocuğun bakımında yardımcısı oluşuna göre BDE ve BA ölçeklerinden aldıkları aritmetik ortalama ve standart sapma sonuçları**

Çocuğun Bakımında Yardımcısı Var mı?		BeckDepresyon	BeckAnksiyete
Var	Aritmetik Ortalama	14,86	16,23
	Frekans	22	22
	Standart Sapma	13,224	14,719
Yok	Aritmetik Ortalama	12,41	12,22
	Frekans	76	76
	Standart Sapma	8,894	11,484
Toplam	Aritmetik Ortalama	12,96	13,12
	Frekans	98	98
	Standart Sapma	10,004	12,317

### 3.2.4. Engelli çocuğu olan ve olmayan ailelerin BDE ve BA istatistiklerinin karşılaştırılması

Öncelikli olarak engelli çocuğu olan ve olmayan aileler arasında anlamlı fark olup olmadığı aşağıdaki Tablo 3.45’de t-test sonucu belirlenmiştir.

**Tablo 3.45. Engelli çocuğa sahip olan ve olmayan ailelerin BDE ve BA ölçeklerinin t-testi ile karşılaştırılması**

Grup İstatistikleri					
	Engel/Normal	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ortalama
BeckAnksiyeteToplam	1	98	13,12	12,317	1,244
	2	88	15,03	10,947	1,167
BDEtoplam	1	98	12,96	10,004	1,011
	2	88	11,82	8,709	,928

1: Engelli çocuğu olanlar 2: Engelsiz çocuğu olanlar

Bağımsız Örnek Testi		Varyans Eşitliği için Levene Testi		Ortalama Eşitliği için T-Testi						
		F	Sig.	t	df	Anlam .(2-kuyruklu)	Ortalama Fark	Std. Hata Fark	95% Fark Güven Aralığı	
									Alt	Üst
BAtoplam	Eşit varyanslar olursa	1,67	0,197	-1,11	184	0,267	-1,912	1,717	-5,298	1,475
	Eşit varyanslar olmazsa			-1,12	183,98	0,264	-1,912	1,706	-5,277	1,454
BDEtoplam	Eşit varyanslar olursa	0,95	0,331	0,82	184	0,410	1,141	1,383	-1,587	3,869
	Eşit varyanslar olmazsa			0,83	183,83	0,407	1,141	1,372	-1,566	3,848

Hem Beck Anksiyete ölçeği, hem de Beck Depresyon Envanter ölçeği ile Engelli çocuklu ve Engelli çocuğu olmayan aileler arasında yapılan varyans testinde significance(anlamlılık) = 0.197 ve 0.331 bulunmuştur. Bu değerler, 0.05'den büyük olduklarından dolayı, gruplar eşit varyansa sahip olup Anlam.(2-kuyruklu)>0.05 nedeniyle de aralarında anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir. Yani diğer bir deyişle, engelli çocuk sahibi olmak, ailelerin depresyon ve anksiyete seviyelerinde belirgin bir farka yol açmamaktadır.

### 3.3. ENGELLİ ÇOCUĞU OLAN AİLELERİN BA VE BDE ÖLÇEKLERİNİN DEMOGRAFİK BİLGİLERE GÖRE DUYARLILIKLARIN SPSS TEK YÖNLÜ ANOVA VEYA BAĞIMSIZ ÖRNEKLER TESTİ ( T-TEST) İLE BELİRLENMESİ

Anketlerde toplanan sonuçların SPSS programında değerlendirilebilmesi için, bağımsız değişkenlerin iki olduğu durumlarda t-test, ikiden fazla olduğu durumlarda tek yönlü Anova testi kullanılmıştır. Anova testinde, gruplar arası sonucunda sig < 0.05 ise çoklu karşılaştırma(post hoc) testindeki sig (significance: anlamlılık) değerlerine bakılmıştır. Eğer buradaki sig < 0.05 ise, bu değerlere sahip gruplar arasında anlamlı farklılık var demektir.



### 3.3.1. Annenin yaşı ile BA ve BDE arasındaki ilişki:

Annenin yaşı ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki, Tablo 3.46'daki "Varyans homojenlik testi" deki BAtoplam Significance (Anlamlılık) (0.049) < 0.05 olduğundan dolayı, yaş alt grupları için post hoc testi uygulanmıştır.

**Tablo 3.46. Engelli çocuğa sahip olan annenin yaşı ile BDE ve BA ölçeklerinin ANOVA karşılaştırılması**

Tanımlayıcılar									
		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	95% Ortalama için Güven Aralığı		Minimum	Maksimum
						Alt Sınır	Üst Sınır		
BAtoplam	0	19	19,315	14,487	3,323	12,3329	26,298	0,00	46,00
	1	46	10,913	9,2131	1,358	8,1771	13,649	0,00	44,00
	2	30	11,466	12,667	2,312	6,7366	16,196	0,00	45,00
	3	3	10,000	3,4641	2,000	1,3947	18,605	6,00	12,00
	Toplam	98	12,683	11,718	1,183	10,334	15,033	0,00	46,00
BDEtoplam	0	19	16,32	10,231	2,347	11,38	21,25	0	36
	1	46	12,04	8,779	1,294	9,44	14,65	0	35
	2	30	12,70	11,704	2,137	8,33	17,07	0	49
	3	3	8,33	5,686	3,283	-5,79	22,46	2	13
	Toplam	98	12,96	10,004	1,011	10,95	14,96	0	49

0: 20-32 yaş 1: 32-42 yaş 2: 42-52 yaş 3: 52 ve üzeri

#### Varyans homojenlik testi

	Levene İstatistikleri	df1	df2	Sig.
BAtoplam	2,720	3	94	,049
BDEtoplam	,746	3	94	,527

#### ANOVA

		Karelerin Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
BAtoplam	Gruplar Arası	1045,970	3	348,657	2,670	<b>,052</b>
	Gruplar İçinde	12275,224	94	130,587		
	Toplam	13321,194	97			
BDEtoplam	Gruplar Arası	318,852	3	106,284	1,064	,368
	Gruplar İçinde	9388,985	94	99,883		
	Toplam	9707,837	97			

**Tablo 3.47. Engelli çocuğa sahip olan annenin yaşı ile BDE ve BA ölçeklerinin ANOVA Post Hoc testi karşılaştırılması**

Çoklu Karşılaştırmalar							
LSD							
Bağımlı Değişken		Ortalama Fark (I-J)	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı		
					Alt Sınır	Üst Sınır	
BAtoplam	0	1	<b>8,40275*</b>	<b>3,11639</b>	<b>,008</b>	2,2151	14,5904
		2	<b>7,84912*</b>	<b>3,35051</b>	<b>,021</b>	1,1966	14,5016
		3	9,31579	7,09945	,193	-4,7803	23,4119
	1	0	-8,40275*	3,11639	,008	-14,5904	-2,2151
		2	-,55362	2,68175	,837	-5,8783	4,7711
		3	,91304	6,80941	,894	-12,6072	14,4333
	2	0	-7,84912*	3,35051	,021	-14,5016	-1,1966
		1	,55362	2,68175	,837	-4,7711	5,8783
		3	1,46667	6,91969	,833	-12,2725	15,2059
	3	0	-9,31579	7,09945	,193	-23,4119	4,7803
		1	-,91304	6,80941	,894	-14,4333	12,6072
		2	-1,46667	6,91969	,833	-15,2059	12,2725
BDEtoplam	0	1	4,272	2,726	,120	-1,14	9,68
		2	3,616	2,930	,220	-2,20	9,43
		3	7,982	6,209	,202	-4,35	20,31
	1	0	-4,272	2,726	,120	-9,68	1,14
		2	-,657	2,345	,780	-5,31	4,00
		3	3,710	5,955	,535	-8,11	15,53
	2	0	-3,616	2,930	,220	-9,43	2,20
		1	,657	2,345	,780	-4,00	5,31
		3	4,367	6,052	,472	-7,65	16,38
	3	0	-7,982	6,209	,202	-20,31	4,35
		1	-3,710	5,955	,535	-15,53	8,11
		2	-4,367	6,052	,472	-16,38	7,65

Çoklu karşılaştırma sonucu, Tablo 3.47' deki Sig. (Anlamlılık) Değerleri incelendiğinde sig. < 0.05 olan satırlardan:

- 0 – 1 arasında yani yaşları 20-32 arasında olanlar ile yaşı 32-42 arasında olanlar arasında,
- 0 – 2 arasında yani yaşları 20-32 arasında olanlar ile yaşı 42-52 arasında olanlar arasında,

anlamli farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre 20-32 grubundaki annelerin 32-42 ve 42-52 grubundaki annelere göre anksiyete ortalama değerleri daha fazladır.

### 3.3.2. Diğer çocuklarda engel durumu ile BA ve BDE arasındaki ilişki:

**Tablo 3.48. Engelli çocuğa sahip olan annenin diğer çocuklarda engel durumu ile BDE ve BA ölçeklerinin T-Test karşılaştırılması**

Grup İstatistikleri					
Diğer çocuklarda engel durumu		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ortalama
BAtoplam	0	91	11,9890	11,21556	1,17571
	1	7	21,7143	15,19555	5,74338
BDEtoplam	0	91	12,47	9,985	1,047
	1	7	19,29	8,499	3,212

0: Yok 1: Var

Bağımsız Örnek Testi									
	Varyans Eşitliği için Levene Testi		Ortalama Eşitliği için T-Testi						
	F	Sig.	t	df	Anlam.(2-kuyruklu)	Ortalama Fark	Std. Hata Fark	95% Fark için Güven Aralığı	
								Alt	Üst
BAtoplam	1,022	,315	-2,155	96	<b>,034</b>	-9,7252	4,5125	-18,682	-,76799
			-1,659	6,513	,144	-9,7252	5,8624	-23,800	4,35039
BDEtopl m	,162	,688	-1,755	96	,082	-6,813	3,883	-14,520	,894
			-2,017	7,336	,082	-6,813	3,379	-14,729	1,102

Diğer çocuklarda engel durumu ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki, Tablo 3.48' deki "Bağımsız Örnek Test" deki BAtoplam Anlam.(2-kuyruklu) (0.034) < 0.05 olduğundan dolayı, birden fazla engelli çocuğu olan aileler için anksiyete seviyelerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

### 3.3.3. Çocuğun ilköğretime gitme durumu ile BA ve BDE arasındaki ilişki:

**Tablo 3.49. Engelli çocuğa sahip olan annenin çocuğun ilköğretime gitmesi ile BDE ve BA ölçeklerinin T-Test karşılaştırılması**

Grup İstatistikleri				
Çocuğun ilköğretime Gitme Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ortalama
BAtoplam	32	14,7188	11,90076	2,10378
	66	11,6970	11,59173	1,42684
BDEtoplam	32	15,91	11,627	2,055
	66	11,53	8,862	1,091

N=32 ilköğretime gitmeyenler N=66 ilköğretime gidenler

Bağımsız Örnek Testi									
	Varyans Eşitliği için Levene Testi		Ortalama Eşitliği için T-Testi					95% Fark Güven Aralığı	
	F	Sig.	t	df	Anlam.(2-kuyruklu)	Ortalama Fark	Std. Hata Fark	Alt	Üst
BAtoplam	,013	,910	1,200	96	,233	3,02178	2,51866	-1,97773	8,02129
			1,189	60,022	,239	3,02178	2,54200	-2,06294	8,10650
BDEtoplam	1,712	,194	2,064	96	<b>,042</b>	4,376	2,120	,169	8,583
			1,881	49,065	,066	4,376	2,327	-,300	9,052

Çocuğun ilköğretime gidip gitmeme durumları arasında, BDEtoplam Anlam.(2-kuyruklu)  $0.042 < 0.05$  olduğundan dolayı anlamlı bir fark görünmektedir. BDEtoplam ortalaması yüksek olan 0 grubu yani çocuğu ilköğretime gitmeyenlerin depresyon düzeylerinin, çocuğu ilköğretime gidenlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Anksiyete düzeyleri açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

### 3.3.4. Anne ve baba arasında akrabalık durumu ile BA ve BDE arasındaki ilişki:

Tablo 3.50. Engelli çocuğa sahip olan anne ve baba arasında akrabalık durumu ile BDE ve BA ölçeklerinin T-Test karşılaştırılması

Grup İstatistikleri					
	Anne Ve Baba Arasında Akrabalık Durumu		Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ortalama
	0	N			
BAtoplam	0	83	13,94	12,880	1,414
	1	15	8,60	7,317	1,889
BDEtoplam	0	83	13,20	10,279	1,128
	1	15	11,60	8,500	2,195

0: Akrabalık yok 1: Akrabalık var

Bağımsız Örnek Testi									
	Varyans Eşitliği için Levene Testi		Ortalama Eşitliği için T-Testi						
	F	Sig.	t	df	Anlam.(2-kuyruklu)	Ortalama Fark	Std. Hata Fark	95% Fark Güven Aralığı	
								Alt	Üst
BAtoplam	4,512	0,036	1,557	96	0,123	5,34	3,43	-1,47	12,149
			2,263	32,33	<b>0,03</b>	5,34	2,36	0,535	10,144
BDEtoplam	1,458	0,23	0,57	96	0,57	1,605	2,817	-3,986	7,196
			0,65	22,11	0,522	1,605	2,468	-3,512	6,721

Anne ve baba arasında akrabalık durumu ile anksiyete arasındaki ilişki; Tablo 3.50'deki "Bağımsız Örnek Test" deki BA toplam'ın "Eşit varyanslar olmazsa" satırındaki Anlam.(2-kuyruklu) (0.03) < 0.05 kullanılır. BA ortalaması büyük olan 0 grubu yani akrabalık olmayanların anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

### 3.3.5. Ankete katılanın cinsiyet durumu ile BA ve BDE arasındaki ilişki:

**Tablo 3.51. Engelli çocuğa sahip olan anne veya babanın BDE ve BA ölçeklerinin T-Test karşılaştırılması**

Grup İstatistikleri					
Cinsiyeti		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ortalama
BAtoplam	0	18	6,3889	7,08884	1,67086
	1	80	14,1000	12,11402	1,35439
BDEtoplam	0	18	8,28	7,053	1,662
	1	80	14,01	10,299	1,151

0: Baba 1: Anne

Bağımsız Örnek Testi										
		Varyans Eşitliği için Levene Testi		Ortalama Eşitliği için T-Testi						
		F	Sig.	t	df	Anlam. (2-kuyruklu)	Ortalama Fark	Std. Hata Fark	95% Fark Güven Aralığı	
									Alt	Üst
BAtoplam	Eşit varyanslar olursa	5,0	,028	-2,59	96	,011	-7,71111	2,970	-13,607	-1,814
	Eşit varyanslar olmazsa			-3,58	42,7	<b>,001</b>	-7,71111	2,150	-12,049	-3,372
BDEtoplam	Eşit varyanslar olursa	2,6	,111	-2,24	96	,027	-5,735	2,557	-10,811	-,659
	Eşit varyanslar olmazsa			-2,83	35,4	,008	-5,735	2,022	-9,838	-1,631

Ebeveynin cinsiyeti ile anksiyete arasındaki ilişki, Tablo 3.51'deki "Bağımsız Örnek Test" deki BAtoplam için, t-testinde varyans homojenliğinin sağlanıp sağlanmadığını gösteren Sig = 0.028 < 0.05 olduğundan dolayı, verilerin düzgün olmayan varyans dağılımında kullanılan ve farklı post hoc analizlerinin uygulandığı 2.satırdaki "Eşit varyanslar olmazsa" satırındaki Anlam.(2-kuyruklu) (0.001) < 0.05 kullanılır. BA ortalaması büyük olan 1 grubu yani annelerin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Ebeveynin cinsiyeti ile depresyon arasındaki ilişki ise, “Bağımsız Örnek t-test ” deki BDEtoplam için “Eşit varyanslar olursa” satırındaki Sig=0.111 > 0.05 olduğundan dolayı, Anlam.(2-kuyruklu) (0.027) < 0.05 değeri alınır. Bu değer ise, BDE ortalaması büyük olan 1 grubu yani annelerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

### 3.3.6. Babanın yaşı ile BA ve BDE arasındaki ilişki:

**Tablo 3.52. Engelli çocuğa sahip olan babanın yaşı ile BDE ve BA ölçeklerinin T-Test karşılaştırılması**

Tanımlayıcılar									
		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	95% Ortalama için Güven Aralığı		Minimum	Maksimum
						Alt Sınır	Üst Sınır		
BAtoplam	0	14	19,0714	15,35961	4,10503	10,2031	27,9398	0,00	46,00
	1	49	13,9388	11,82231	1,68890	10,5430	17,3345	0,00	45,00
	2	21	7,4286	7,17336	1,56536	4,1633	10,6938	0,00	27,00
	3	14	9,7857	9,48828	2,53585	4,3073	15,2641	0,00	33,00
	Toplam	98	12,6837	11,71887	1,18378	10,3342	15,0332	0,00	46,00
BDEtoplam	0	14	17,71	9,667	2,584	12,13	23,30	4	36
	1	49	12,65	9,628	1,375	9,89	15,42	0	35
	2	21	9,05	6,960	1,519	5,88	12,22	0	24
	3	14	15,14	13,490	3,605	7,35	22,93	2	49
	Toplam	98	12,96	10,004	1,011	10,95	14,96	0	49

0: 25-35 1: 35-45 2: 45-55 3: 55 ve üzeri

Varyans homojenlik testi				
	Levene İstatistikleri	df1	df2	Sig.
BAtoplam	3,388	3	94	,021
BDEtoplam	1,016	3	94	,389

ANOVA						
		Karelerin Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
BAtoplam	Gruplar Arası	1345,949	3	448,650	3,522	,018
	Gruplar İçinde	11975,245	94	127,396		
	Toplam	13321,194	97			
BDEtoplam	Gruplar Arası	709,211	3	236,404	2,469	,067
	Gruplar İçinde	8998,626	94	95,730		
	Toplam	9707,837	97			

**Tablo 3.53. Engelli çocuğa sahip olan babanın yaşı ile BDE ve BA ölçeklerinin ANOVA Post Hoc Testi karşılaştırılması**

Çoklu Karşılaştırmalar							
LSD							
Bağımlı Değişken		Ortalama Fark (I-J)	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı		
					Alt Sınır	Üst Sınır	
BAtoplam	0	1	5,13265	3,42048	,137	-1,6588	11,9241
		2	11,64286*	3,89438	<b>,004</b>	3,9105	19,3752
		3	9,28571*	4,26608	<b>,032</b>	,8153	17,7561
	1	0	-5,13265	3,42048	,137	-11,9241	1,6588
		2	6,51020*	2,94388	<b>,029</b>	,6651	12,3553
		3	4,15306	3,42048	,228	-2,6384	10,9445
	2	0	-11,64286*	3,89438	,004	-19,3752	-3,9105
		1	-6,51020*	2,94388	,029	-12,3553	-,6651
		3	-2,35714	3,89438	,546	-10,0895	5,3752
	3	0	-9,28571*	4,26608	,032	-17,7561	-,8153
		1	-4,15306	3,42048	,228	-10,9445	2,6384
		2	2,35714	3,89438	,546	-5,3752	10,0895
BDEtoplam	0	1	5,061	2,965	,091	-,83	10,95
		2	8,667*	3,376	<b>,012</b>	1,96	15,37
		3	2,571	3,698	,489	-4,77	9,91
	1	0	-5,061	2,965	,091	-10,95	,83
		2	3,605	2,552	,161	-1,46	8,67
		3	-2,490	2,965	,403	-8,38	3,40
	2	0	-8,667*	3,376	,012	-15,37	-1,96
		1	-3,605	2,552	,161	-8,67	1,46
		3	-6,095	3,376	,074	-12,80	,61
	3	0	-2,571	3,698	,489	-9,91	4,77
		1	2,490	2,965	,403	-3,40	8,38
		2	6,095	3,376	,074	-,61	12,80

\*. Ortalama Fark Anlam Eşiği 0.05

0: 25-35 1: 35-45 2: 45-55 3: 55 ve üzeri



Tek yünlü ANOVA testindeki çoklu karşılaştırma sonucu, Tablo 3.53'deki Sig. Değerleri incelendiğinde sig. < 0.05 olan satırlardan:

0 – 1 arasında yani yaşları 25-35 arasında olanlar ile yaşı 45-55 arasında olanlar arasında,

0 – 2 arasında yani yaşları 25-35 arasında olanlar ile yaşı 55 ve üzeri arasında olanlar arasında,

anlamli farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre, 25-35 grubundaki babaların 45-55 ile 55 ve üzeri grubundaki babalara göre anksiyete değerleri daha fazladır.

### 3.4. ENGELLİ ÇOCUK AİLELERİN DEMOGRAFİK BİLGİLERİ İLE BDE VE BA ÖLÇEKLERİ ARALARINDA ANLAMLI BULUNMAYAN İLİŞKİLER

Engelli çocuk ailelerin bazı demografik bilgileri ile BDE ve BA ölçekleri yoluyla depresyon veya anksiyete arasındaki ilişki bulunamamıştır. Başka bir yoruma gerek olmadığından dolayı aşağıda sadece tablolar halinde verilmiştir.

#### 3.4. 1. Çocuğa bakacak bir yardımcının varlığı durumu ile BA ve BDE arasındaki ilişki:

Grup İstatistikleri					
Çocuğun Bakımında Yardımcısı Var mı?		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ortalama
BAtoplam	0	76	11,7368	10,78563	1,23720
	1	22	15,9545	14,29778	3,04830
BDEtoplam	0	76	12,41	8,894	1,020
	1	22	14,86	13,224	2,819

0: Yok 1: Var

Bağımsız Örnek Testi										
		Varyans Eşitliği için Levene Testi		Ortalama Eşitliği için T-Testi						
		F	Sig.	t	df	Anlam .(2- kuyru klu)	Ortalama Fark	Std. Hata Fark	95% Fark Güven Aralığı	
									Alt	Üst
BAtoplam	Eşit varyanslar olursa	4,53	,036	-1,496	96	,138	-4,217	2,8192	-9,8137	1,3783
	Eşit varyanslar olmazsa			-1,282	28,2	,210	-4,217	3,2898	-10,953	2,5182
BDEtoplam	Eşit varyanslar olursa	8,02	,006	-1,014	96	,313	-2,456	2,422	-7,263	2,351
	Eşit varyanslar olmazsa			-,819	26,7	,420	-2,456	2,998	-8,611	3,699

### 3.4.2. Annenin eğitimi ile BA ve BDE arasındaki ilişki:

Varyans homojenlik testi				
	Levene İstatistikleri	df1	df2	Sig.
BAtoplam	1,241	4	93	,299
BDEtoplam	,329	4	93	,858

Tanımlayıcılar									
		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	95% Ortalama için Güven Aralığı		Minimum	Maksimum
						Alt Sınır	Üst Sınır		
BAtoplam	,00	3	14,3333	4,04145	2,3333	4,2938	24,3729	12,00	19,00
	1,00	48	11,7708	10,7964	1,5583	8,6359	14,9058	0,00	45,00
	2,00	8	14,1250	14,3172	5,0618	2,1555	26,0945	1,00	44,00
	3,00	24	12,4167	11,6017	2,3682	7,5177	17,3157	0,00	44,00
	4,00	15	14,9333	14,9688	3,8649	6,6439	23,2228	1,00	46,00
	Toplam	98	12,6837	11,7188	1,1837	10,3342	15,0332	0,00	46,00
BDEtoplam	,00	3	18,67	7,572	4,372	-,14	37,48	10	24
	1,00	48	12,81	10,065	1,453	9,89	15,74	0	42
	2,00	8	13,50	11,964	4,230	3,50	23,50	0	36
	3,00	24	12,63	10,487	2,141	8,20	17,05	0	49
	4,00	15	12,53	9,234	2,384	7,42	17,65	0	28
	Toplam	98	12,96	10,004	1,011	10,95	14,96	0	49

0: Okur-yazar değil 1: İlkokul 2: Ortaokul 3: Lise 4: Üniversite

ANOVA						
		Karelerin Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
BAtoplam	Gruplar Arası	142,406	4	35,602	,251	,908
	Gruplar İçinde	13178,788	93	141,707		
	Toplam	13321,194	97			
BDEtoplam	Gruplar Arası	106,499	4	26,625	,258	,904
	Gruplar İçinde	9601,338	93	103,240		
	Toplam	9707,837	97			

### 3.4.3. Çocuk sayıları ile BA ve BDE arasındaki ilişki:

Tanımlayıcılar									
		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	95% Ortalama için Güven Aralığı		Minimum	Maksimum
						Alt Sınır	Üst Sınır		
BAtoplam	1	60	11,3167	12,0683	1,5580	8,1991	14,4342	0,00	46,00
	2	27	15,4444	10,3378	1,9895	11,3549	19,5340	0,00	45,00
	3	11	13,3636	12,7536	3,8453	4,7956	21,9316	1,00	41,00
	Toplam	98	12,6837	11,7188	1,1837	10,3342	15,0332	0,00	46,00
BDEtoplam	1	60	11,73	9,496	1,226	9,28	14,19	0	49
	2	27	15,22	9,967	1,918	11,28	19,16	1	36
	3	11	14,09	12,502	3,769	5,69	22,49	2	42
	Toplam	98	12,96	10,004	1,011	10,95	14,96	0	49

1: 1-2 çocuk sahibi 2: 2-3 çocuk sahibi 3: 4 ve üzeri çocuk sahibi

Varyans homojenlik testi				
	Levene İstatistikleri	df1	df2	Sig.
BAtoplam	,247	2	95	,782
BDEtoplam	,965	2	95	,385

ANOVA						
		Karelerin Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
BAtoplam	Gruplar Arası	322,998	2	161,499	1,180	,312
	Gruplar İçinde	12998,195	95	136,823		
	Toplam	13321,194	97			
BDEtoplam	Gruplar Arası	242,528	2	121,264	1,217	,301
	Gruplar İçinde	9465,309	95	99,635		
	Toplam	9707,837	97			

### 3.4.4. Babanın eğitimi ile BA ve BDE arasındaki ilişki:

Tanımlayıcılar									
		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	95% Ortalama için Güven Aralığı		Minimum	Maksimum
						Alt Sınır	Üst Sınır		
BAtoplam	,00	3	14,3333	4,04145	2,3333	4,2938	24,372	12,00	19,00
	1,00	48	11,7708	10,7964	1,5583	8,6359	14,905	0,00	45,00
	2,00	8	14,1250	14,3172	5,0618	2,1555	26,094	1,00	44,00
	3,00	24	12,4167	11,6017	2,3682	7,5177	17,315	0,00	44,00
	4,00	15	14,9333	14,9688	3,8649	6,6439	23,222	1,00	46,00
	Toplam	98	12,6837	11,7188	1,1837	10,334	15,033	0,00	46,00
BDEtoplam	,00	3	18,67	7,572	4,372	-,14	37,48	10	24
	1,00	48	12,81	10,065	1,453	9,89	15,74	0	42
	2,00	8	13,50	11,964	4,230	3,50	23,50	0	36
	3,00	24	12,63	10,487	2,141	8,20	17,05	0	49
	4,00	15	12,53	9,234	2,384	7,42	17,65	0	28
	Toplam	98	12,96	10,004	1,011	10,95	14,96	0	49

0: Okur-yazar değil 1: İlkokul 2: Ortaokul 3: Lise 4: Üniversite

Varyans homojenlik testi				
	Levene İstatistikleri	df1	df2	Sig.
BAtoplam	1,241	4	93	,299
BDEtoplam	,329	4	93	,858

ANOVA						
		Karelerin Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
BAtoplam	Gruplar Arası	142,406	4	35,602	,251	,908
	Gruplar İçinde	13178,788	93	141,707		
	Toplam	13321,194	97			
BDEtoplam	Gruplar Arası	106,499	4	26,625	,258	,904
	Gruplar İçinde	9601,338	93	103,240		
	Toplam	9707,837	97			

### 3.4.5. Ailenin gelir durumu ile BA ve BDE arasındaki ilişki:

Tanımlayıcılar									
		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	95% Ortalama için Güven Aralığı		Minimum	Maksimum
						Alt Sınır	Üst Sınır		
BAtoplam	0	20	13,9000	10,79912	2,41476	8,8459	18,9541	0,00	45,00
	1	61	11,3443	10,37607	1,32852	8,6868	14,0017	0,00	44,00
	2	17	16,0588	16,41825	3,98201	7,6173	24,5003	0,00	46,00
	Toplam	98	12,6837	11,71887	1,18378	10,3342	15,0332	0,00	46,00
BDEtoplam	0	20	15,50	8,930	1,997	11,32	19,68	6	36
	1	61	12,39	10,620	1,360	9,67	15,11	0	49
	2	17	12,00	8,881	2,154	7,43	16,57	2	28
	Toplam	98	12,96	10,004	1,011	10,95	14,96	0	49

0: Gelir durumu az 1: Gelir durumu normal 2: Gelir durumu iyi

Varyans homojenlik testi				
	Levene İstatistikleri	df1	df2	Sig.
BAtoplam	4,666	2	95	,012
BDEtoplam	,137	2	95	,872

ANOVA						
		Karelerin Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
BAtoplam	Gruplar Arası	332,682	2	166,341	1,217	,301
	Gruplar İçinde	12988,512	95	136,721		
	Toplam	13321,194	97			
BDEtoplam	Gruplar Arası	164,279	2	82,140	,818	,445
	Gruplar İçinde	9543,557	95	100,458		
	Toplam	9707,837	97			

Post Hoc Testleri							
Çoklu Karşılaştırmalar							
LSD							
						95% Güven Aralığı	
Bağımlı Değişken		Ortalama Fark (I-J)	Std. Hata	Sig.	Alt Sınır	Üst Sınır	
BAtoplam	0	1	2,55574	3,01287	,398	-3,4256	8,5370
		2	-2,15882	3,85726	,577	-9,8165	5,4988
	1	0	-2,55574	3,01287	,398	-8,5370	3,4256
		2	-4,71456	3,20683	,145	-11,0809	1,6518
	2	0	2,15882	3,85726	,577	-5,4988	9,8165
		1	4,71456	3,20683	,145	-1,6518	11,0809
BDEtoplam	0	1	3,107	2,583	,232	-2,02	8,23
		2	3,500	3,306	,292	-3,06	10,06
	1	0	-3,107	2,583	,232	-8,23	2,02
		2	,393	2,749	,886	-5,06	5,85
	2	0	-3,500	3,306	,292	-10,06	3,06
		1	-,393	2,749	,886	-5,85	5,06

0: Gelir durumu az 1: Gelir durumu normal 2: Gelir durumu iyi

### 3.4.6. Engelli çocuğun yaşı ile BA ve BDE arasındaki ilişki:

Tanımlayıcılar									
		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	95% Ortalama için Güven Aralığı		Minimum	Maksimum
						Alt Sınır	Üst Sınır		
BAtoplam	0	7	15,7143	13,27547	5,0176	3,4365	27,9920	0,00	40,00
	1	19	14,6316	13,20021	3,0283	8,2693	20,9939	0,00	46,00
	2	50	11,4400	11,08255	1,5673	8,2904	14,5896	0,00	45,00
	3	22	12,8636	11,74043	2,5030	7,6582	18,0691	0,00	44,00
	Toplam	98	12,6837	11,71887	1,1837	10,3342	15,0332	0,00	46,00
BDEtoplam	0	7	15,71	12,065	4,560	4,56	26,87	4	36
	1	19	16,11	11,455	2,628	10,58	21,63	1	42
	2	50	11,26	8,630	1,221	8,81	13,71	0	35
	3	22	13,23	10,770	2,296	8,45	18,00	1	49
	Toplam	98	12,96	10,004	1,011	10,95	14,96	0	49

0: 1-3 yaş 1: 4-6 yaş 2: 7-12 yaş 3: 13 ve üstü

Varyans homojenlik testi						
	Levene İstatistikleri	df1	df2	Sig.		
BAtoplam	,279	3	94	,840		
BDEtoplam	1,304	3	94	,278		
ANOVA						
		Karelerin Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
BAtoplam	Gruplar Arası	214,433	3	71,478	,513	,675
	Gruplar İçinde	13106,761	94	139,434		
	Toplam	13321,194	97			
BDEtoplam	Gruplar Arası	387,135	3	129,045	1,301	,279
	Gruplar İçinde	9320,702	94	99,156		
	Toplam	9707,837	97			

### 3.4.7. Engelli çocuğun cinsiyeti ile BA ve BDE arasındaki ilişki:

Tanımlayıcılar									
		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	95% Ortalama için Güven Aralığı		Minimum	Maksimum
						Alt Sınır	Üst Sınır		
BDEtoplam	0	59	12,54	9,947	1,295	9,95	15,13	0	49
	1	39	13,59	10,187	1,631	10,29	16,89	0	42
	Toplam	98	12,96	10,004	1,011	10,95	14,96	0	49
BeckAnksiyeteToplam	0	59	13,80	13,286	1,730	10,33	17,26	0	47
	1	39	12,10	10,772	1,725	8,61	15,59	0	49
	Toplam	98	13,12	12,317	1,244	10,65	15,59	0	49

0: Erkek 1: Kız

Varyans homojenlik testi				
	Levene İstatistikleri	df1	df2	Sig.
BDEtoplam	,233	1	96	,631
BeckAnksiyeteToplam	3,017	1	96	,086

ANOVA						
		Karelerin Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
BDEtoplam	Gruplar Arası	25,757	1	25,757	,255	,614
	Gruplar İçinde	9682,080	96	100,855		
	Toplam	9707,837	97			
BeckAnksiyeteToplam	Gruplar Arası	67,382	1	67,382	,442	,508
	Gruplar İçinde	14647,149	96	152,574		
	Toplam	14714,531	97			

### 3.4.8. Çocukta tuvalet eğitimi ile BA ve BDE arasındaki ilişki:

Grup İstatistikleri					
Çocukta Tuvalet Eğitimi		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ortalama
BAtoplam	0	27	15,7407	12,7417	2,45216
	1	71	11,5211	11,1814	1,32699
BDEtoplam	0	27	15,07	10,265	1,976
	1	71	12,15	9,857	1,170

0: Tuvalet eğitimi yok 1: Tuvalet eğitimi var

Bağımsız Örnek Testi										
		Varyans Eşitliği için Levene Testi		Ortalama Eşitliği için T-Testi						
		F	Sig.	t	df	Anlam.(2-kuyruklu)	Ortalama Fark	Std. Hata Fark	95% Fark Güven Aralığı	
									Alt	Üst
BAtoplam	Eşit varyanslar olursa	,760	,385	1,605	96	,112	4,2196	2,6283	-,9976	9,4368
	Eşit varyanslar olmazsa			1,513	42,116	,138	4,2196	2,7881	-1,4067	9,8459
BDEtoplam	Eşit varyanslar olursa	1,038	,311	1,295	96	,198	2,919	2,254	-1,555	7,393
	Eşit varyanslar olmazsa			1,271	45,358	,210	2,919	2,296	-1,704	7,542



**3.4.9. Çocuğun hastalığı hakkında bilgi sahibi olmak ile BA ve BDE arasındaki ilişki:**

Grup İstatistikleri					
Çocuğun Hastalığı Hakkında Bilgi		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ortalama
BAtoplam	0	18	11,222	11,4252	2,6929
	1	80	13,012	11,8294	1,3225
BDEtoplam	0	18	16,28	10,867	2,561
	1	80	12,21	9,716	1,086

0: Yok 1: Var

Bağımsız Örnek Testi										
		Varyans Eşitliği için Levene Testi		Ortalama Eşitliği için T-Testi						
		F	Sig.	t	df	Anlam.(2-kuyruklu)	Ortalama Fark	Std. Hata Fark	95% Fark Güven Aralığı	
									Alt	Üst
BAtoplam	Eşit varyanslar olursa	,006	,941	-,584	96	,561	-1,7902	3,0676	-7,879	4,298
	Eşit varyanslar olmazsa			-,597	25,866	,556	-1,7902	3,0002	-7,958	4,378
BDEtoplam	Eşit varyanslar olursa	,014	,905	1,569	96	,120	4,065	2,590	-1,077	9,207
	Eşit varyanslar olmazsa			1,461	23,501	,157	4,065	2,782	-1,683	9,814

### 3.4.10. Çocuğun engelinin fark edildiği yaş ile BA ve BDE arasındaki ilişki:

Tanımlayıcılar									
		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	95% Ortalama için Güven Aralığı		Minimum	Maksimum
						Alt Sınır	Üst Sınır		
BAtoplam	0	47	13,6596	11,5047	1,6781	10,2816	17,037	0,00	44,00
	1	14	11,7857	10,8711	2,9054	5,5089	18,062	1,00	39,00
	2	19	10,8947	10,7543	2,4672	5,7113	16,078	1,00	44,00
	3	18	12,7222	14,3437	3,3808	5,5893	19,855	0,00	46,00
	Toplam	98	12,6837	11,7188	1,1837	10,3342	15,033	0,00	46,00
BDEtoplam	0	47	13,66	10,979	1,601	10,44	16,88	0	49
	1	14	10,93	8,740	2,336	5,88	15,97	0	27
	2	19	13,00	10,724	2,460	7,83	18,17	0	42
	3	18	12,67	7,738	1,824	8,82	16,51	0	31
	Toplam	98	12,96	10,004	1,011	10,95	14,96	0	49

0: 0-1 yaş 1: 1-2 yaş 2: 2-3 yaş 3: 3 ve üzeri

Varyans homojenlik testi				
	Levene İstatistikleri	df1	df2	Sig.
BAtoplam	,799	3	94	,497
BDEtoplam	1,255	3	94	,294

ANOVA						
		Karelerin Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
BAtoplam	Gruplar Arası	116,883	3	38,961	,277	,842
	Gruplar İçinde	13204,311	94	140,471		
	Toplam	13321,194	97			
BDEtoplam	Gruplar Arası	82,355	3	27,452	,268	,848
	Gruplar İçinde	9625,482	94	102,399		
	Toplam	9707,837	97			

Çoklu Karşılaştırmalar							
LSD							
Bağımlı Değişken			Ortalama Fark (I-J)	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
BAtoplam	0	1	1,87386	3,60866	,605	-5,2912	9,0389
		2	2,76484	3,22211	,393	-3,6327	9,1624
		3	,93735	3,28523	,776	-5,5855	7,4602
	1	0	-1,87386	3,60866	,605	-9,0389	5,2912
		2	,89098	4,17455	,831	-7,3977	9,1797
		3	-,93651	4,22346	,825	-9,3223	7,4493
	2	0	-2,76484	3,22211	,393	-9,1624	3,6327
		1	-,89098	4,17455	,831	-9,1797	7,3977
		3	-1,82749	3,89836	,640	-9,5678	5,9128
	3	0	-,93735	3,28523	,776	-7,4602	5,5855
		1	,93651	4,22346	,825	-7,4493	9,3223
		2	1,82749	3,89836	,640	-5,9128	9,5678
BDEtoplam	0	1	2,731	3,081	,378	-3,39	8,85
		2	,660	2,751	,811	-4,80	6,12
		3	,993	2,805	,724	-4,58	6,56
	1	0	-2,731	3,081	,378	-8,85	3,39
		2	-2,071	3,564	,563	-9,15	5,01
		3	-1,738	3,606	,631	-8,90	5,42
	2	0	-,660	2,751	,811	-6,12	4,80
		1	2,071	3,564	,563	-5,01	9,15
		3	,333	3,328	,920	-6,28	6,94
	3	0	-,993	2,805	,724	-6,56	4,58
		1	1,738	3,606	,631	-5,42	8,90
		2	-,333	3,328	,920	-6,94	6,28

### 3.4.11. Çocuğun konuşma zamanı ile BA ve BDE arasındaki ilişki:

		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	95% Ortalama için Güven Aralığı		Minimum	Maksimum
						Alt Sınır	Üst Sınır		
BAtoplam	0	35	16,4000	12,2431	2,06947	12,1943	20,605	0,00	44,00
	1	14	7,2143	6,27790	1,67784	3,5895	10,839	0,00	21,00
	2	15	12,0000	14,7503	3,80851	3,8316	20,168	0,00	46,00
	3	34	11,4118	10,5919	1,81650	7,7161	15,107	0,00	44,00
	Toplam	98	12,6837	11,7188	1,18378	10,3342	15,033	0,00	46,00
BDEtoplam	0	35	15,11	11,411	1,929	11,19	19,03	1	49
	1	14	9,36	8,149	2,178	4,65	14,06	0	33
	2	15	11,47	8,096	2,090	6,98	15,95	0	31
	3	34	12,88	9,726	1,668	9,49	16,28	0	42
	Toplam	98	12,96	10,004	1,011	10,95	14,96	0	49

0: Konuşmuyor 1: 1-2 yaş 2: 2-3 yaş 3: 3-4 yaş

Varyans homojenlik testi				
	Levene İstatistikleri	df1	df2	Sig.
BAtoplam	2,390	3	94	,074
BDEtoplam	2,068	3	94	,110

ANOVA						
		Karelerin Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
BAtoplam	Gruplar Arası	964,201	3	321,400	2,445	,069
	Gruplar İçinde	12356,992	94	131,457		
	Toplam	13321,194	97			
BDEtoplam	Gruplar Arası	377,817	3	125,939	1,269	,290
	Gruplar İçinde	9330,020	94	99,256		
	Toplam	9707,837	97			

### 3.4.12. Engel fark edildiğinde doktora gitme yaşı ile BA ve BDE arasındaki ilişki:

Tanımlayıcılar									
		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	95% Ortalama için Güven Aralığı		Minimum	Maksimum
						Alt Sınır	Üst Sınır		
BAtoplam	0	53	13,6981	11,8135	1,6227	10,441	16,9543	0,00	44,00
	1	39	12,2308	12,2161	1,9561	8,2707	16,1908	0,00	46,00
	2	6	6,6667	4,76095	1,9436	1,6704	11,6630	0,00	12,00
	Toplam	98	12,6837	11,7188	1,1837	10,334	15,0332	0,00	46,00
BDEtoplam	0	53	14,28	11,424	1,569	11,13	17,43	0	49
	1	39	11,72	8,104	1,298	9,09	14,35	0	33
	2	6	9,33	6,218	2,539	2,81	15,86	0	15
	Toplam	98	12,96	10,004	1,011	10,95	14,96	0	49

0: 1-8 ay içinde 1: 8-12 ay içinde 2: 1 yıldan sonra

Varyans homojenlik testi						
	Levene İstatistikleri	df1	df2	Sig.		
BAtoplam	1,771	2	95	,176		
BDEtoplam	3,776	2	95	,026		
		Karelerin Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.

BAtoplam	Gruplar Arası	279,768	2	139,884	1,019	,365
	Gruplar İçinde	13041,426	95	137,278		
	Toplam	13321,194	97			
BDEtoplam	Gruplar Arası	231,851	2	115,926	1,162	,317
	Gruplar İçinde	9475,985	95	99,747		
	Toplam	9707,837	97			

Post Hoc Testleri							
Çoklu Karşılaştırmalar							
LSD							
Bağımlı Değişken			Ortalama Fark (I-J)	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
BAtoplam	0	1	1,46734	2,47186	,554	-3,4399	6,3746
		2	7,03145	5,04677	,167	-2,9877	17,0505
	1	0	-1,46734	2,47186	,554	-6,3746	3,4399
		2	5,56410	5,13806	,282	-4,6362	15,7644
	2	0	-7,03145	5,04677	,167	-17,0505	2,9877
		1	-5,56410	5,13806	,282	-15,7644	4,6362
BDEtoplam	0	1	2,565	2,107	,226	-1,62	6,75
		2	4,950	4,302	,253	-3,59	13,49
	1	0	-2,565	2,107	,226	-6,75	1,62
		2	2,385	4,380	,587	-6,31	11,08
	2	0	-4,950	4,302	,253	-13,49	3,59
		1	-2,385	4,380	,587	-11,08	6,31

### 3.4.13. Çocuğun yürüme zamanı ile BA ve BDE arasındaki ilişki:

Tanımlayıcılar									
		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	95% Ortalama için Güven Aralığı		Minimum	Maksimum
						Alt Sınır	Üst Sınır		
BAtoplam	0	13	15,2308	14,2194	3,94376	6,6381	23,823	1,00	44,00
	1	31	14,2581	12,9201	2,32053	9,5189	18,997	0,00	46,00
	2	24	9,0000	10,4839	2,14003	4,5730	13,427	0,00	44,00
	3	30	12,9000	9,94935	1,81650	9,1848	16,615	0,00	41,00
	Toplam	98	12,6837	11,7188	1,18378	10,3342	15,033	0,00	46,00
BDEtoplam	0	13	10,15	7,978	2,213	5,33	14,97	0	27
	1	31	12,52	9,416	1,691	9,06	15,97	0	33
	2	24	11,88	8,007	1,634	8,49	15,26	0	36
	3	30	15,50	12,428	2,269	10,86	20,14	0	49
	Toplam	98	12,96	10,004	1,011	10,95	14,96	0	49

0: Yürümüyor 1: 12-18 ay 2: 18-24 ay 3: 24 ay ve üzeri

Varyans homojenlik testi				
	Levene İstatistikleri	df1	df2	Sig.
BAtoplam	1,192	3	94	,317
BDEtoplam	2,415	3	94	,071

ANOVA						
		Karelerin Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
BAtoplam	Gruplar Arası	488,251	3	162,750	1,192	,317
	Gruplar İçinde	12832,943	94	136,521		
	Toplam	13321,194	97			
BDEtoplam	Gruplar Arası	330,277	3	110,092	1,104	,352
	Gruplar İçinde	9377,559	94	99,761		
	Toplam	9707,837	97			

Post Hoc Testleri							
Çoklu Karşılaştırmalar							
LSD							
Bağımlı Değişken			Ortalama Fark (I-J)	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
BAtoplam	0	1	,97270	3,86076	,802	-6,6929	8,6383
		2	6,23077	4,02367	,125	-1,7583	14,2199
		3	2,33077	3,87973	,549	-5,3725	10,0341
	1	0	-,97270	3,86076	,802	-8,6383	6,6929
		2	5,25806	3,17683	,101	-1,0496	11,5657
		3	1,35806	2,99242	,651	-4,5835	7,2996
	2	0	-6,23077	4,02367	,125	-14,2199	1,7583
		1	-5,25806	3,17683	,101	-11,5657	1,0496
		3	-3,90000	3,19985	,226	-10,2534	2,4534
	3	0	-2,33077	3,87973	,549	-10,0341	5,3725
		1	-1,35806	2,99242	,651	-7,2996	4,5835
		2	3,90000	3,19985	,226	-2,4534	10,2534
BDEtoplam	0	1	-2,362	3,300	,476	-8,92	4,19
		2	-1,721	3,440	,618	-8,55	5,11
		3	-5,346	3,317	,110	-11,93	1,24
	1	0	2,362	3,300	,476	-4,19	8,92
		2	,641	2,716	,814	-4,75	6,03
		3	-2,984	2,558	,246	-8,06	2,10
	2	0	1,721	3,440	,618	-5,11	8,55
		1	-,641	2,716	,814	-6,03	4,75
		3	-3,625	2,735	,188	-9,06	1,81
	3	0	5,346	3,317	,110	-1,24	11,93
		1	2,984	2,558	,246	-2,10	8,06
		2	3,625	2,735	,188	-1,81	9,06

### 3.4.14. Özel eğitim alma süresi ile BA ve BDE arasındaki ilişki:

Tanımlayıcılar									
		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	95% Ortalama için Güven Aralığı		Minimum	Maksimum
						Alt Sınır	Üst Sınır		
BAtoplam	0	8	12,1250	10,2460	3,62254	3,5591	20,690	0,00	27,00
	1	2	11,0000	9,89949	7,00000	-77,9434	99,943	4,00	18,00
	2	23	11,6087	11,1385	2,32255	6,7920	16,425	0,00	40,00
	3	65	13,1846	12,3160	1,52761	10,1329	16,236	0,00	46,00
	Toplam	98	12,6837	11,7188	1,18378	10,3342	15,033	0,00	46,00
BDEtoplam	0	8	10,00	10,730	3,794	1,03	18,97	4	36
	1	2	10,50	7,778	5,500	-59,38	80,38	5	16
	2	23	13,48	9,704	2,023	9,28	17,67	0	33
	3	65	13,22	10,214	1,267	10,68	15,75	0	49
	Toplam	98	12,96	10,004	1,011	10,95	14,96	0	49

0: 1 yıl 1: 1-2 yıl 2: 2-3 yıl 3: 3 ve üzeri

Varyans homojenlik testi				
	Levene İstatistikleri	df1	df2	Sig.
BAtoplam	,253	3	94	,859
BDEtoplam	,256	3	94	,857

ANOVA						
		Karelerin Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
BAtoplam	Gruplar Arası	51,056	3	17,019	,121	,948
	Gruplar İçinde	13270,138	94	141,172		
	Toplam	13321,194	97			
BDEtoplam	Gruplar Arası	92,613	3	30,871	,302	,824
	Gruplar İçinde	9615,224	94	102,290		
	Toplam	9707,837	97			



Post Hoc Testleri							
Çoklu Karşılaştırmalar							
LSD							
Bağımlı Değişken			Ortalama Fark (I-J)	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
BAtoplam	0	1	1,12500	9,39320	,905	-17,5254	19,7754
		2	,51630	4,87692	,916	-9,1669	10,1995
		3	-1,05962	4,45178	,812	-9,8987	7,7795
	1	0	-1,12500	9,39320	,905	-19,7754	17,5254
		2	-,60870	8,75921	,945	-18,0003	16,7829
		3	-2,18462	8,52981	,798	-19,1208	14,7515
	2	0	-,51630	4,87692	,916	-10,1995	9,1669
		1	,60870	8,75921	,945	-16,7829	18,0003
		3	-1,57592	2,88267	,586	-7,2995	4,1477
	3	0	1,05962	4,45178	,812	-7,7795	9,8987
		1	2,18462	8,52981	,798	-14,7515	19,1208
		2	1,57592	2,88267	,586	-4,1477	7,2995
BDEtoplam	0	1	-,500	7,996	,950	-16,38	15,38
		2	-3,478	4,151	,404	-11,72	4,76
		3	-3,215	3,789	,398	-10,74	4,31
	1	0	,500	7,996	,950	-15,38	16,38
		2	-2,978	7,456	,690	-17,78	11,83
		3	-2,715	7,261	,709	-17,13	11,70
	2	0	3,478	4,151	,404	-4,76	11,72
		1	2,978	7,456	,690	-11,83	17,78
		3	,263	2,454	,915	-4,61	5,13
	3	0	3,215	3,789	,398	-4,31	10,74
		1	2,715	7,261	,709	-11,70	17,13
		2	-,263	2,454	,915	-5,13	4,61

### 3.4.15. Çocuğun engel türü ile BA ve BDE arasındaki ilişki:

Tanımlayıcılar									
		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	95% Ortalama için Güven Aralığı		Minimum	Maksimum
						Alt Sınır	Üst Sınır		
BAtoplam	0	42	12,1429	12,1867	1,88045	8,3452	15,9405	0,00	45,00
	1	27	15,2963	13,8919	2,67350	9,8008	20,7918	1,00	46,00
	2	10	9,7000	8,47283	2,67934	3,6389	15,7611	0,00	24,00
	3	19	11,7368	8,38545	1,92375	7,6952	15,7785	0,00	33,00
	Toplam	98	12,6837	11,7188	1,18378	10,334	15,0332	0,00	46,00
BDEtoplam	0	42	14,12	10,451	1,613	10,86	17,38	0	42
	1	27	13,67	9,106	1,752	10,06	17,27	0	33
	2	10	8,60	6,293	1,990	4,10	13,10	0	19
	3	19	11,68	11,610	2,663	6,09	17,28	0	49
	Toplam	98	12,96	10,004	1,011	10,95	14,96	0	49

0: Mental retardasyon (zihinsel yetersizlik) 1: Otizm 2: Serebral palsi 3: Down Sendromu

Varyans homojenlik testi				
	Levene İstatistikleri	df1	df2	Sig.
BAtoplam	2,081	3	94	,108
BDEtoplam	,859	3	94	,465

ANOVA						
		Karelerin Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
BAtoplam	Gruplar Arası	302,637	3	100,879	,728	,538
	Gruplar İçinde	13018,557	94	138,495		
	Toplam	13321,194	97			
BDEtoplam	Gruplar Arası	290,927	3	96,976	,968	,411
	Gruplar İçinde	9416,910	94	100,180		
	Toplam	9707,837	97			

Post Hoc Testleri							
Çoklu Karşılaştırmalar							
Bağımlı Değişken		Ortalama Fark (I-J)	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı		
					Alt Sınır	Üst Sınır	
BAtoplam	0	1	-3,15344	2,90292	,280	-8,9173	2,6104
		2	2,44286	4,14090	,557	-5,7790	10,6647
		3	,40602	3,25373	,901	-6,0543	6,8664
	1	0	3,15344	2,90292	,280	-2,6104	8,9173
		2	5,59630	4,35649	,202	-3,0536	14,2462
		3	3,55945	3,52401	,315	-3,4376	10,5565
	2	0	-2,44286	4,14090	,557	-10,6647	5,7790
		1	-5,59630	4,35649	,202	-14,2462	3,0536
		3	-2,03684	4,59769	,659	-11,1657	7,0920
	3	0	-,40602	3,25373	,901	-6,8664	6,0543
		1	-3,55945	3,52401	,315	-10,5565	3,4376
		2	2,03684	4,59769	,659	-7,0920	11,1657
BDEtoplam	0	1	,452	2,469	,855	-4,45	5,35
		2	5,519	3,522	,120	-1,47	12,51
		3	2,435	2,767	,381	-3,06	7,93
	1	0	-,452	2,469	,855	-5,35	4,45
		2	5,067	3,705	,175	-2,29	12,42
		3	1,982	2,997	,510	-3,97	7,93
	2	0	-5,519	3,522	,120	-12,51	1,47
		1	-5,067	3,705	,175	-12,42	2,29
		3	-3,084	3,910	,432	-10,85	4,68
	3	0	-2,435	2,767	,381	-7,93	3,06
		1	-1,982	2,997	,510	-7,93	3,97
		2	3,084	3,910	,432	-4,68	10,85

### 3.4.16. Engelli çocuğun yaşı ile BA ve BDE arasındaki ilişki:

Tanımlayıcılar									
		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	95% Ortalama için Güven Aralığı		Minimum	Maksimum
						Alt Sınır	Üst Sınır		
BDEtoplam	0	7	15,71	12,065	4,560	4,56	26,87	4	36
	1	19	16,11	11,455	2,628	10,58	21,63	1	42
	2	50	11,26	8,630	1,221	8,81	13,71	0	35
	3	22	13,23	10,770	2,296	8,45	18,00	1	49
	Toplam	98	12,96	10,004	1,011	10,95	14,96	0	49
BAtoplam	0	7	16,43	14,409	5,446	3,10	29,75	0	43
	1	19	15,42	14,088	3,232	8,63	22,21	0	49
	2	50	11,72	11,436	1,617	8,47	14,97	0	46
	3	22	13,27	12,368	2,637	7,79	18,76	0	47
	Toplam	98	13,12	12,317	1,244	10,65	15,59	0	49

0: 1-3 yaş 1: 4-6 yaş 2: 7-12 yaş 3: 13 ve üzeri

	Levene İstatistikleri	df1	df2	Sig.
BDEtoplam	1,304	3	94	0,278
BAtoplam	0,416	3	94	0,742

ANOVA						
		Karelerin Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
BDEtoplam	Gruplar Arası	387,135	3	129,045	1,301	0,279
	Gruplar İçinde	9320,702	94	99,156		
	Toplam	9707,837	97			
BAtoplam	Gruplar Arası	275,741	3	91,914	0,598	0,618
	Gruplar İçinde	14438,790	94	153,604		

Bağımlı Değişken	Ortalama Fark (I-J)	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı			
				Alt Sınır	Üst Sınır		
BDEtoplam	0	1	-0,391	4,403	0,929	-9,13	8,35
		2	4,454	4,018	0,270	-3,52	12,43
		3	2,487	4,321	0,566	-6,09	11,07
	1	0	0,391	4,403	0,929	-8,35	9,13
		2	4,845	2,684	0,074	-0,48	10,17
		3	2,878	3,119	0,358	-3,31	9,07
	2	0	-4,454	4,018	0,270	-12,43	3,52
		1	-4,845	2,684	0,074	-10,17	0,48
		3	-1,967	2,548	0,442	-7,03	3,09
	3	0	-2,487	4,321	0,566	-11,07	6,09
		1	-2,878	3,119	0,358	-9,07	3,31
		2	1,967	2,548	0,442	-3,09	7,03
BAtoplam	0	1	1,008	5,480	0,855	-9,87	11,89
		2	4,709	5,002	0,349	-5,22	14,64
		3	3,156	5,378	0,559	-7,52	13,83
	1	0	-1,008	5,480	0,855	-11,89	9,87
		2	3,701	3,340	0,271	-2,93	10,33
		3	2,148	3,882	0,581	-5,56	9,86
	2	0	-4,709	5,002	0,349	-14,64	5,22
		1	-3,701	3,340	0,271	-10,33	2,93
		3	-1,553	3,171	0,625	-7,85	4,74
	3	0	-3,156	5,378	0,559	-13,83	7,52
		1	-2,148	3,882	0,581	-9,86	5,56
		2	1,553	3,171	0,625	-4,74	7,85

## BÖLÜM IV

### TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı engelli çocuk sahibi ailelerin yaşadıkları depresyon ve anksiyete belirtilerinin düzeyini ve bu belirtilerin ailenin sosyo-demografik özellikleri ve çocuğun engeline ait klinik özelliklerle ilişkisini saptamaktır. Bu bölümde, anket sonuçları için yapılan analizlerden elde edilen bulgular, ilgili literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

Ankete katılan ailelere, hem demografik bilgileri (yaş, annenin ve babanın eğitim düzeyi, çocuk sayıları, diğer çocuklarında engel durumu, ailenin sosyo-ekonomik durumu, engelli çocuğun cinsiyeti, çocuğun engel düzeyi, türü, vb.), zihinsel engelli çocukların ailelerin depresyon ve anksiyete belirtilerini incelemek amacıyla hareket edilip araştırmalar Milli Eğitim'e bağlı Devlet okullarında ve özel rehabilitasyon merkezlerinde yapılmıştır. Bu merkezlere kayıtlı zihinsel engelli çocukların ailelerine ulaşılmış ve 98 ailenin katılımı sağlanmıştır. Ailelere Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Envanteri ölçeklerini içeren formlar elden verilip yine elden teslim alınmıştır. Yakın çevrede normal çocuğu olan 88 ailenin aynı ölçek değerlendirmeleri ise internet ortamında toplanmıştır.

SPSS programı yardımıyla, Beck ölçek puanları ile ailenin demografik verileri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığının tespiti yapılmıştır. Anlamlı ilişkilerin varlığı durumunda SPSS içinde T-testi ve tek yönlü ANOVA testleri ile bu anlamlı farkın yorumları yapılmıştır.

#### **4.1. Engelli çocuğu olan ve olmayan aileler arasındaki ilişki**

Hem Beck Anksiyete ölçeği, hem de Beck Depresyon Envanter ölçeği ile engelli çocuklu ve engelli çocuğu olmayan aileler arasında yapılan varyans testinde significance(anlamlılık) = 0.197 ve 0.331 bulunmuştur. Bu değerler, 0.05'den büyük olduklarından dolayı, gruplar eşit varyansa sahip olup Anlamlılık (2-kuyruklu) >0.05

nedeniyle de aralarında anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir. Yani diğer bir deyişle yaptığım bu araştırmada; engelli çocuk sahibi olmak, ailelerin depresyon ve anksiyete seviyelerinde belirgin bir farka yol açmamaktadır.

Daha önce yapılmış bazı araştırmalarda ise, zihinsel engelli çocuğa sahip anne ve babaların engelli çocuğa sahip olmayan ailelere göre daha çok stres altında olup, anksiyetelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Esdaille, S.A., ve arkadaşları, 2003; Ryde- Brandt, B., 1990). Engelli çocuğa sahip annelerde somatik yakınmalar, depresyon, anksiyete gibi psikolojik sorunlar, engelli çocuğa sahip olmayan annelere göre daha sık görülmektedir ( Miller ve arkadaşları, 1992; Hanson ve arkadaşları, 1994).

Ailenin sosyo-ekonomik düzeyi meslekleri, evlilik ilişkilerinde uyumluluk, ailenin sosyal güvencesi olup olmadığı, zihinsel engelli çocuğun engelinin şiddeti, engelinin süreğenliği, tıbbi yardım ihtiyacının fazla olması, (Örneğin; yinelenen hastalıkları, ameliyatları) gibi çeşitli nedenler anne ve babanın engelli çocuğu kabullenmesi, algılama şekli, engelli çocuğa uyumu, anne ve babaların stres düzeyini etkilemektedir (Pelchat, D. ve arkadaşları, 1999; Timko, C. ve arkadaşları, 1992; Minnes, P.M., 1988; Toros, O.F. ve arkadaşları, 2004).

Yapılan çalışmalarda engelli çocuğa sahip ailelerin, aile yapısında, aile işlevlerinin bozulması, aile içi baş etmede güçlükler yaşaması gibi nedenler bildirilmektedir (İçmeli, C. ve arkadaşları, 2008; Khamis, V., 2007; Taanila, A. ve arkadaşları, 2002).

Yaptığım bu araştırmada BA ve BDE ölçeklerinde engelli çocuğu olan ve olmayan aileler arasında, önceki araştırma sonuçlarına ters olarak anlamlı bir fark bulunmayışı şu ihtimalleri akla getirmektedir:

- a. Önceki araştırma tarihleri eskidir. Gelişen bugünkü sosyo-ekonomik şartlarda, bütün ailelerde stres ve anksiyeteyi sonuç verebilecek çok farklı nedenler oluşmaktadır. Yani, engelli çocuğu olmayan ailelerde bile, farklı nedenlerden dolayı anksiyete ve depresyon düzeyleri yükselmekte ve engelli çocuk sahibi ailelere yakın seyretmektedir.
- b. Önceki sonuçlar, Türk toplum kültürünü yansıtmamaktadır. Eskidenberi Anadolu'da var olan inanç değerleri, kadere rıza ve sabrı netice vermektedir. Bunun sonucu olarak ta, engelli çocuklu ailelerin anksiyete ve depresyon ölçek düzeyleri, normal ailelere benzer seyretmektedir.

- c. Veya yapılan araştırmalarda kullanılan örneklem uzayları, bütün kitleleri yeteri kadar temsil edememektedirler. Bunun çözümü ise, çok daha fazla sayıdaki ve coğrafyadaki ailelere ulaşarak yapılan çalışmanın, örneklem uzayın bütünü temsil ettiğinden emin olunmasıdır.

#### **4.2. Demografik bilgilere göre ailelerin anksiyete ve depresyon düzeyleri**

Engelli çocuğun yaşı, cinsiyeti, engelinin tanısı, anne ve babanın yaşı, ekonomi düzeyi, aldıkları sosyal destek gibi özellikler ailenin duygu durumlarında belirleyici olmaktadır. Wolstenberger, zihinsel engelini öğrenen anne ve babanın ilk krizi öğrendiklerinde yaşadıkları, ikinci krizi engelli çocuğu hakkında beklentileri karşısında, üçüncü krizi karşılaştığı sorunlarla baş etmede mücadelesinde yaşadıklarını belirtmektedir (Duman, 1995). Engelli bir çocukla yaşamak ebeveynlerin gelecek planlarını, beklentilerini değiştirmektedir. Ailenin değişen yaşantılarında kaygı, depresyon, öfke, stres ve değişen duygu durumları olumsuz bir şekilde ömür boyu etkilemektedir (Aysan, F. ve Özben, 2007).

Zihinsel engellilik kişilerde kalıcı yetersizlik gösteren hayat boyu gözlem gerektiren önemli bir bozukluktur. Zihinsel engelli olmak sadece bireyin kendisini ilgilendiren bir sorun olmayıp aile üyelerini ve yakın çevresini de ilgilendiren bir durumdur. Ekonomik, psikolojik, sosyal, davranışsal ve bilişsel yönden de etkileyen bir sorundur (Gönener, H.D. ve arkadaşları, 2010).

Normal tutuma sahip ebeveynler çocuklarının engelinin kabul ederler. Çocuklarına sağlanacak tüm imkânlardan faydalanır, çocuğunun gelişimine katkı sağlarlar. (MEB Temel Eğitim Genel Müdürlüğü) Ne/ neler yapabilirim? Sorusunun sorulduğu uyum ve duruma alışma aşamasını oluşturur. Aileler daha sonra bilgi ve becerilerini geliştirirler. Aileler çocuklar ve kendileri için planlar yapmaya, ileri yaşamda kendilerini neler beklediğini düşünmeye başlarlar (Aysan, F. ve Özben, Ş., 2007).

#### **4.2.1. Engelli çocuğa sahip olan annenin yaşı ile BDE ve BA ölçekleri ilişkisi**

ANOVA Post Hoc testi karşılaştırılmasında (Çoklu karşılaştırılma sonucunda);

0: 20-32 yaş 1: 32-42 yaş 2: 42-52 yaş 3: 52 ve üzeri olmak üzere

- 0 – 1 arasında yani yaşları 20-32 arasında olanlar ile yaşı 32-42 arasında olanlar arasında,
- 0 – 2 arasında yani yaşları 20-32 arasında olanlar ile yaşı 42-52 arasında olanlar arasında, anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuca göre 20-32 grubundaki annelerin 32-42 ve 42-52 grubundaki annelere göre anksiyete ortalama değerleri daha fazladır.

Bu sonuç göstermektedir ki, annelerin yaşları ilerledikçe, engelli çocuklarını daha fazla kabullenmekte, anksiyete ve depresyon düzeyleri düşmektedir. Bu sonuç, daha önce rapor edilen çalışmalara destek sağlamaktadır.

#### **4.2.2. Birden fazla çocuklarında engelin varlığı durumu ile karşılaştırılması**

Ankete katılan 98 ailenin 91'i sadece bir engelli çocuğa, kalanları da birden fazla engelli çocuğa sahiptirler. BA toplam ile arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığına baktığımızda, Anlamlılık (2-kuyruklu) ( $0,034 < 0,05$ ) olduğundan dolayı, birden fazla engelli çocuğu olan aileler için anksiyete seviyelerinin daha yüksektir.

Birden fazla engelli demek, sıkıntıların ve stresin katlanması demektir. Bu da tabii olarak anksiyeteye yansımaktadır.

#### **4.2.3. Anne ve baba arasında akrabalık durumunun karşılaştırılması**

Engelli çocuğa sahip olan anne ve baba arasında akrabalık durumunda depresyon ve anksiyeteleri, iki değişkenli t-testi ile belirlenmiştir. 83 ailede akrabalık bulunmamaktadır. BA ölçeği ile anne ve baba arasında akrabalık durumu arasında, Anlamlılık (2-kuyruklu) ( $0,03 < 0,05$ ) olduğundan için anlamlılık bulunmuş olduğundan BA



ortalaması büyük (13,94) olan 0 grubu, yani aralarında akrabalık olmayan ailelerin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Bu sonuç; akraba oluşun ebeveynlerin birbirlerine karşı verdiği bağlılığın ve geleneksel akraba ilişkilerinin anksiyete ve depresyonu azaltıcı etkiye yol açtığı düşüncesini vermektedir. Nitekim, Özşenol ve arkadaşlarının 2003 tarihli yayınladıkları çalışmalar göstermiştir ki, engelli çocuğa sahip olmanın stres oluşturuca özelliğine karşın sosyal desteğe erişimin olması, aile işlevselliğini önemli ölçüde etkilemekte ve sosyal destek, ailenin yaşadıkları zorluklar karşısında başa çıkmada önemli ölçüde yardımcı olmaktadır. Sağlıklı aile işlevselliğine sahip aile bireyleri diğer yaşadıkları zorluklarla başa çıktığı gibi, engelli çocuğa sahip olmanın zorluğu ile de, aile işlevselliği düşük ailelere oranla daha rahat başa çıkabilmektedirler.

#### **4.2.4. Engelli çocuğunun ilköğretime gitmesi durumunun karşılaştırılması**

Özel eğitimden yararlandırılarak normal okul programlarından faydalandırılır. Özel eğitim destekli programlarda çocuklar temel akademik becerilerinin yanı sıra özbakım becerilerini de öğrenirler. İleri yaşlarda kısmen kendi geçimlerini sağlamaları ve bu çocuklara yönelik bağımsız iş becerilerini kazanmaları için iş okulları olup bu okullarda eğitilirler (Ersoy ve Avcı, 2000).

Engelli çocukları olan ailelerden 32'sinin çocuğu bu özel eğitimlerin verildiği ilköğretime gitmemekte, 66'sı ise ilköğretime gitmektedirler. BA ve BDE ölçekleriyle t-testi karşılaştırılmasında, çocuğun ilköğretime gidip gitmeme durumları arasında, BDE toplam Anlamlılık (2-kuyruklu)  $0.042 < 0.05$  olduğundan dolayı anlamlı bir fark görülmektedir. BDE toplam ortalaması yüksek olan 0 grubu, yani çocuğu ilköğretime gitmeyenlerin depresyon düzeylerinin, çocuğu ilköğretime gidenlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Anksiyete düzeyleri açısından ise anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Bu anlamlı ilişki, engelli çocuğun ilköğretime gitmesiyle, sorumluluk ve eğitimin okul ile paylaşılması anlamında depresyonu azalttığı sonucunu vermektedir.

#### 4.2.5. Engelli çocuğa sahip olan anne veya babanın karşılaştırılması

Ebeveynin cinsiyeti ile anksiyete arasındaki ilişki, BAtoplam için, t-testinde varyans homojenliğinin sağlanıp sağlanmadığını gösteren  $Sig = 0.028 < 0.05$  olduğundan dolayı, verilerin düzgün olmayan varyans dağılımında kullanılan ve farklı analizlerinin uygulandığı “Eşit varyansların olmaması” satırındaki “Anlamlılık (2-kuyruklu) (0.001) < 0.05” kullanılır. BA ortalaması büyük olan 1 grubu, yani annelerin babalara göre anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Anneler, çocukla en fazla ilgilenen olması nedeniyle, çocuğunun bütün sıkıntılarını kendisinde hissetmektedir. Bazen bunları paylaşmamak ve çözüm bulamamak, başka sağlıklı çocuklarla kıyaslamak gibi nedenler bu sonucu doğurabilir.

Araştırmaların çoğunda engelli çocuğa sahip annelerin babalardan daha çok stres altında oldukları ve yapılan çalışmalarda ise babaların da annelere benzer oranda etkilendiği bildirilmektedir (Goldberg, S. ve arkadaşları, 1990).

Zihinsel engeli olan çocuğun annelerinde yüksek düzeyde öfke, şok, depresyon, inkar, ret, hayal kırıklığı, birbirlerini suçladıkları belirtilmiştir (Barlow, J. et al, 2006). Yapılan çalışmalarda engelli bireyin bakımını annelerin üstlendiğini, bakım veren annelerde stres, depresyon, anksiyetelerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Dereli, F. ve Okur, S., 2008; Scharer, K. et al, 2009; Toros, O.F. ve arkadaşları, 2004).

Annelerde stres kaynağı olarak bilgi eksikliği, sağlık personelinden yardım alamama, uzun süren bakım, tıbbi harcamalar, çocuğun zihinsel ve davranış sorunları, sosyal izolasyon, annenin sağlık durumu, sosyal destek eksikliğinden dolayı olduğu belirlenmiştir ( Bilgin, S. ve Gozum, S., 2009; Fen Gau, S.S. ve arkadaşları, 2008; Firat, S. ve arkadaşları, 2002; Mirza, I. ve arkadaşları, 2009; Tsai, S.M. and Wang, H., 2009).

#### 4.2.6. Babanın yaşı ile BDE ve BA ölçeklerinin karşılaştırılması

Tek yönlü ANOVA testindeki çoklu karşılaştırma sonucu,

Anlamlılık değerleri incelendiğinde sig. < 0.05 olan satırlardan:

0 – 1 arasında yani yaşları 25-35 arasında olanlar ile yaşı 45-55 arasında olanlar arasında,

0 – 2 arasında yani yaşları 25-35 arasında olanlar ile yaşı 55 ve üzeri arasında olanlar arasında,

anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre, 25-35 grubundaki babaların 45-55 ile 55 ve üzeri grubundaki babalara göre anksiyete değerleri daha fazladır.

25-35 grubundaki babaların 45-55 ile 55 ve üzeri grubundaki babalara göre anksiyete değerleri daha fazladır.

Bu sonuç, annelerde olduğu gibi babaların da yaşları ilerledikçe, engelli çocuğu daha fazla kabullenmekte olduklarını göstermektedir.



## BÖLÜM V

### SONUÇLAR, YORUMLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonucunda, aşağıdaki Tablo 4.1’de ebeveynlerin demografik bilgileri ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkilerin varlığı veya yokluğu özetlenmiştir.

**Tablo 5.1. Ebeveynlerin demografik bilgileri ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkilerin varlığı veya yokluğu**

	<b>Anksiyeteye etkisi</b>	<b>Depresyona etkisi</b>
Annenin Yaşı	<b>Var</b>	Yok
Annenin Eğitimi	Yok	Yok
Çocuk Sayısı	Yok	Yok
Diğer çocuklarda engel durumu	<b>Var</b>	Yok
Babanın Yaşı	<b>Var</b>	Yok
Babanın Eğitimi	Yok	Yok
Ailenin Ekonomik Durumu	Yok	Yok
Çocuğun Yaşı	Yok	Yok
Engelli Çocuğun Cinsiyeti	Yok	Yok
Çocuğun Engel Türü	Yok	Yok
Çocuğun İlköğretime Gitme Durumu	Yok	<b>Var</b>
Özel Eğitim Alma Süresi	Yok	Yok
Çocuğun Bakımında Yardımcısı Var mı?	Yok	Yok
Çocuğun Yürüme Zamanı	Yok	Yok
Çocuğun Konuşma Zamanı	Yok	Yok
Çocuğun Engeli Fark etme Yaşı	Yok	Yok
Engel Fark edildiğinde Doktora Gitme Yaşı	Yok	Yok
Anne Ve Baba Arasında Akrabalık Durumu	<b>Var</b>	Yok
Çocuğun Hastalığı Hakkında Bilgi	Yok	Yok
Çocukta Tuvalet Eğitimi	Yok	Yok
Formu dolduranın Cinsiyeti (Anne veya Baba)	<b>Var</b>	<b>Var</b>

Tablo 4.1’den görüldüğü gibi; Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Envanteri ölçeklerine verilen cevaplardan,

- Annenin yaşının anksiyeteye,
- Diğer çocuklarda engel durumu anksiyeteye,

- c. Babanın yaşı anksiyeteye,
- d. Çocuğun ilköğretime gidip gitmemesi depresyona,
- e. Anne ve baba arasında akrabalık durumu anksiyeteye,
- f. Anket formunu dolduranın anne veya baba oluşu hem anksiyete, hem depresyona,

etki ettikleri görülmüş ve anlamlı farklılıklar meydana getirmişlerdir:

- a. 20-32 grubundaki annelerin 32-42 ve 42-52 grubundaki annelere göre anksiyete ortalama değerleri daha fazladır.
- b. Birden fazla engelli çocuğu olan ailelerin anksiyete düzeyleri daha fazladır.
- c. 25-35 grubundaki babaların 45-55 ile 55 ve üzeri grubundaki babalara göre anksiyete değerleri daha fazladır.
- d. Çocuğun ilköğretime gitmeyenlerin anksiyete düzeyleri daha fazladır.
- e. Anne ve baba arasında akrabalığı olmayan ailelerde anksiyete düzeyleri daha fazladır.
- f. Annelerin anksiyete düzeyleri babalara göre daha fazladır.

Bu sonuçlarla görülmektedir ki genç anne ve babaların anksiyete düzeyleri daha yüksektir. Bunun önüne geçilebilmesi, engelli çocuk sahibi anne ve babaların eğitime tabi tutularak psikolojik terapi sağlanmalıdır.

Çocuğu ilköğretime gitmeyen ailelerin depresyon düzeyleri, gidenlere göre daha yüksektir. Dolayısıyla ailelerin çocuklarını okula göndermelerini teşvik etmek gerekmektedir. Çocuğun ilköğretime gitmesi, sorumluluk ve eğitimin okul ile paylaşılması anlamında depresyonu azaltmaktadır.

Ebeveynler arasında akrabalık olmaması, anksiyeteyi artırmaktadır. Akrabalık ilişkisinin kuvvetiyle, engelli çocuğun verdiği sıkıntılara aile içinde bir dayanışma sergilenecek anksiyete düzeyinin düşürüldüğü söylenebilir. Akraba evliliklerinin bazı genetik hastalıklara yol açtığı düşünülürse, sadece anksiyeteyi düşürmek için bu konuda bir teşvik yapılması, riskleri de beraberinde getirmektedir. Konunun uzmanları tarafından fayda-zarar ilişkilerinin beraber düşünüldüğü çok geniş bir araştırma sonrasında neler yapılabileceği belirlenmelidir.

## KAYNAKLAR

Ahmetoğlu, E. ve Aral, N. (2004). Zihinsel engelli çocukların kardeş ilişkilerinin anne ve kardeş algılarına göre değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Ev Ekonomisi Yüksekokulu No: 6, Bilimsel Araştırma ve İncelemeler: 6, Ankara Üniversitesi Basımevi, 237s., Ankara.

Akandere, M., Acar, M. ve Baştuğ, G. (2009). Zihinsel ve fiziksel engelli çocuğa sahip anne ve babaların yaşam doyumu ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler

Akçatepe, G., Genel Eğitim Okullarında Özel Gereksinimi Olan Öğrenciler Ve Özel Eğitim, Kök Yayıncılık, 2009.

Akkök.F. (1997). “Farklı Özelliği Olan Çocuk Anne Babaların Yaşadıkları”, Farklılıkla Yaşamak.(Ed.Nuray Karancı), Türk Psikologları Derneği Yayınları Ankara.

Alderson, P. (2001). Down’s syndrome: Cost, quality and value of life. Soc. Sci. Med, 53,627-38.

Arı,G.S. ve Çınabal E., Tükenmişlik Kavramı: Birey ve Örgütler Açısından Önemi, Celal Bayar Üniversitesi İİBF, Yönetim Ekonomi Dergisi, Cilt:15 sayı:1, Manisa 2008.

Arslantürk C.T. (2009). Engelli çocuğa sahip annelerin kendi ebeveynlerinden algıladıkları destek ile ailenin fonksiyonelliği arasındaki ilişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi M.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Ataman, A. (2003). Özel gereksinimli çocuklar ve özel eğitim. A. Ataman (Ed.), Özel Gereksinimli Çocuklar ve Özel Eğitime Giriş, Gündüz Eğitim ve Yayıncılık, Ankara.

Ayata R., Zihinsel engelli Bireylerin Meslek edindirilmesinde Aile Tutumlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Haziran 2016.

Aysan, F. Ve Özben, Ş., Engelli Çocuğu Olan Anne Babaların Yaşam Kalitelerine İlişkin Değişkenlerin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı: 22:1-6, 2007.

Bagenholm A ve Gillberg C (1991) Psychosocial effects on siblings of children with autism and mental retardation: a population-based study. J Ment Defic Res, 35:291-307.

Baltaş.A.ve Z. (1986).Stres ve Başa çıkma yolları, Remzi Kitapevi, İstanbul.

Barlow, J., Powell, L., Gilchrist, M. (2006). The influence of the training and support programme on the self-efficacy and psychological well-being of parents of children with disabilities: A controlled trial. Complementary Therapies in Clinical Practice, 12: 55-63.

Barnes, J., Temel Biyolojik Psikoloji - Essential Biological Psychology, NOBEL Akademik Yayıncılık, 2014.

Bilgin, S., Gozum, S. (2009). Reducing burnout in mothers with intellectually disabled child: An education programme. Journal of Advanced Nursing, 65: 2552-2561.

Bumin, G., Günal, A., Tükel, Ş. (2008). Anxiety, depression and quality of life in mothers of disabled children. S. D. Ü. Tıp Fak. Derg., 15: 6-11

Butcher, J N., Mineka S., Hooley J. M., Anormal Psikoloji , Kaknüs Yayınları, 2013.

Carpentieri ,S ve Morgan S. B. (1996). Adaptive and intellectuel functioning in autistic and nonautistic retarded children J.Autism and Devel Dis. 26 (6), 611-20

Çağlar, Ç. 2010, ODTÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi ISSN: 1309-9302, Cilt: 1 Sayı: 2.

Çetinkaya, Z., Öz, F. (2000). Serebral palsli çocuğu olan annelerin bilgi gereksinimlerinin karşılanmasına planlı bilgi vermenin etkisi. C.Ü. HYO Derg., 4(2): 44-51.

Çiftçi, H. (2007). Zihinsel engelli çocuklara renk kavramını kazandırmada eş zamanlı ipucuyla öğretimin bireysel ve grup eğitimindeki etkisinin karşılaştırılması. Yayınlanmamış doktora tezi. Gazi Üniversitesi, 168s., Ankara.

Deniz, İ., ve Göller L., 2017. “Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Aile İşlevselliği Ve Evlilik Doyumları Arasındaki İlişki”, Eğitim Kuram ve Uygulama Araştırmaları Dergisi, Cilt 3, Sayı 1, ss 53-69.

Dereli, F., Okur, S. (2008). Engelli çocuğa sahip olan ailelerin depresyon durumunun belirlenmesi. Yeni Tıp Dergisi, 25: 164-168.

Duman,H.(1995).Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Anne Bbaların Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılarak Çocuğa Yönelik beklentilerinin Belirlenmesi.DEÜ.Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Duygun, T. “Zihinsel Engelli ve Sağlıklı Çocuk Annelerinde Stres Belirtileri Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Algılanan Sosyal Desteğin Tükenmişlik Düzeyine Olan Etkisi”, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2001

Dyer, C.A.(1999) Pathophysiology of phenylketonuria. Mental Retardation ve Developmental Disabilities Research Reviews, 5,104-12

Eğın,A., Çalışma Hayatında İş Stresi Ve Tükenmişlik, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2015.

Eripek, S. (1996 a). Zihinsel engelli çocuklar. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, s.

Eripek, S. 1992, “Zeka Geriliği Olan Çocuklar”, Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 5 (1-2), ss 79-94,.

Ersoy, Ö., Avcı, N. (2000). Özel gereksinimi olan çocuklar ve eğitimleri. Özel Eğitim. (s. 7– 25). İstanbul: Ya-Pa Yayınları

Esdaile SA, Greenwood KM (2003) A comparison of mothers’ and fathers’ experience of parenting stress and attributions for parent child interaction outcomes. Occup Ther Int, 10:115-126.



Fen Gau, S. S., Chiu, Y. N., Soong, W. T., Lee, M. B. (2008). Parental characteristics, parenting style, and behavioral problems among Chinese children with down syndrome, their siblings and controls in Taiwan. *J Formos Med Assoc*, 107: 693- 703

Fıfıloğlu, A. Ve H.(1993). “İşitme engelli çocuğun ailesi” VII.Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel alışmaları (22-25) Eylül 1992, Ankara Hacettepe Üniversitesi) VII.Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını, Ankara

Firat, S., Diler, R. S., Avcı, A., Seydaoglu, G. (2002). Comparison of psychopathology in the mothers of autistic and mentally retarded children. *J Korean Med Sci*, 17: 679-85.

Freudenberger, H. J. (1974), “ Staff Burn-Out”, *Journal of Social Issues*, Vol.30, Number 1, 159-165.

Friesen,D. and Sarros, J. C. (1989), “Sources of Burnout Among Educators”, *Journal of Organizational Behavior*, 10 (2), April, 179-188.

Fryers, T.(2000) Epidemiology of mental retardation. In M.G. Gelder, J. J.Lopez- Ibor, Jr., ve N Andreason (Eds.) *New Oxford texbook of psychiatry* (pp. 1941-45).New York Oxford University Press.

Genç, H., Zihinsel Engelli ocuklara Sahip Anne Ve Babaların Yaşam Doyumlarının Ve Aleksitimik Düzeylerinin İncelenmesi , Yüksek Lisans Tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Dalı, Tokat 2015.

Goldberg S, Morris P, Simmons RJ ve ark. (1990) Chronic illness in infancy and parenting stress: a comparison of three groups of parents. *J Pediatr Psychol*, 15:347-358

Gönener, H.D., Güler, Y., Altay, B., Açıl, D.A., “Zihinsel Engelli ocukların Evde bakımı ve Hemşirelik Yaklaşımları”, *Gaziantep Tıp Fakültesi*, Cilt:16 Sayı:2, ss 57-65, 2010.

Grodin, M., ve Laurie, G.T. (2000). Susceptibility genes and neurological disorders: Learning the right lessons from the Human Genome Project. *Arch. Neurol.*, 57,1569-74.

Güler Sağlam arı ve Emine Çınabal "Tükenmişlik Kavramı... Birey ve Örgütler Açısından Önemi" Yönetim Ekonomi yıl:2008 cilt:15 sayı:1 Celal Bayar Üniversitesi Manisa

Hanson MJ, Hanline MF (1994) Parenting a child with a disabilities: a longitudinal study of parental stress and adaptation. *J Early Intervent*, 14:234-248.

Headman, N.C. (2003). The role of family functioning in treatment engagement and posttreatment delinquency involvement. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Florida State University, College of Human Science, Tallahassee.

İbrahim Deniz, Levent Göller, Ekuad Jetpr, Eğitim Kuram ve Uygulama Araştırma Dergisi Cilt 03(2017) Sayı 01,53-69.....Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Aile İşlevselliği Ve Evlilik Doyumları Arasındaki İlişki

İçmeli, C., Ataoğlu, A., Canan, F., Özçetin, A. (2008). Zihinsel özürülü çocukları olan ebeveynler ile sağlıklı çocuklara sahip ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarının karşılaştırılması. *Düzce Tıp Fakültesi Derg.*, 3: 21-28.

Jay Belsky (1981) Early human experience: A family perspective. *Developmental Psychology*.17,3-23.

Kaçmaz, N., (2005), "Tükenmişlik (Burnout) Sendromu" ,İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt.68, sayı:1,29-32.

Kafadar, M. T. "Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Bakım Veren Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu ve Sosyal İşlevsellik Düzeyleri", Uzmanlık Tezi, Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kırıkkale, 2014

Kağıtçıbaşı, Ç. *Günümüzde İnsan ve İnsanlar* Evrim Yayınevi, İstanbul, 2008.

Kaski, M. (2000). Aetiology of mental retardation: General issues and prevention. In M. G. Gelder, J.J. Lopez Ibor, Jr., ve N Andreason (Eds.), *New Oxford textbook of psychiatry* (pp. 1947-52). New York: Oxford University Press.

Khamis, V. (2007). Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Social Science & Medicine*, 64: 850–857.

Kırcaali G., Engelli Oluş Nedenleri, Özel Gereksinimli Bireyler Ve Özel Eğitim, Özel Eğitim, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 1018, 1998.

Kokurcan, A. “Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Yakınlarında Tükenmişlik”, Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, TIP Fakültesi, Ankara, 2014.

Kulaksızoğlu, A. (2003). Farklı gelişen çocuklar. Epsilon Yayıncılık, 358s., İstanbul.

MASLACH, Christina. (2003), “Job Burnout: New Directions in Research and Intervention” Current Directions in Psychological Science, Vol.12, 5, 189-192.

Materro, M., Junque, C., Poca, M.A., ve Sahuquillo, J. ( 2001). Neuropsychological findings in congenital and acquired childhood hydrocephalus. Neuropsychology, 11,169-78.

Megep (Mesleki Eğitim Ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi), Zihinsel Engelliler, Milli Eğitim Bakanlığı Çocuk Gelişimi Ve Eğitimi, Ankara, 2007.

Metintaş M., "Türkiye'de Zihinsel Engelliğin Dağılımı" SOMET Zihinsel Gelişim Derneği ESOGÜ Tıp Fakültesi <http://www.sometzihinsel.org/makaleler/158-tuerkyede-zhnsel-engelln-dailimi.html>

Miller AC, Gordon RM, Daniele RJ ve ark. (1992) Stress, appraisal and coping in mothers of disabled and nondisabled children. J Pediatr Psychol, 17:587-605

Miller, I.W.; Christine, E.R.; Gabor, I.K. Bishop, D.; Epstein, N.B. (2000) the McMaster Approach to Families: Theory, assesment, treatment and research. Journal of family Therapy, 22, 168-189

Milli Eğitim Bakanlığı Çocuk Gelişim Eğitimi, Psiko-Motor Gelişim, Ankara,2013.

Milli Eğitim Bakanlığı Engelli Psikolojisi, Ankara, 2013

Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Hizmetleri Tanıtım El Kitabı, 2006.

Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği Genel Hükümler 1. Bölüm 4.Madde (b) şıkkı

Milli Eğitim Bakanlığı Temel Eğitim Genel Müdürlüğü Anne Baba Tutumları,  
<https://tegm.meb.gov.tr/dosya/okuloncesi/Annebaba%20Tutumlar%C4%B1.pdf>

Milli Eğitim Bakanlığı Zihinsel Engelliler, Çocuk Gelişimi, Ankara 2015.

Minnes PM (1988) Family resources and stress associated with having a mentally retarded child. *Am J Ment Retard*, 93:184- 192.

Mirza, I., Tareen, A., Davidson, L. L., Rahman, A. (2009). Community management of intellectual disabilities in Pakistan: A mixed methods study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53: 559-570. O’Keeffe, N., O’Hara, J. (2008). Mental health needs of parents with intellectual disabilities. *Curr Opin Psychiatry*, 21: 463-8.

Oğultürk, N., Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Aile İşlevlerini Etkileyen Etmenler, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı Ankara, 2012.

Özbesler, C. (2008). Engelli bireylerin sosyal sorunları. *Engelli Dostu Belediye Sempozyumu*. Ankara, 25-31.

Özcebe, H. (2008). Halk sağlığı ve engellilik yaklaşımı. *Engelli Dostu Belediye Sempozyumu*. Ankara,

Özen, H.Ö., Üniversitede Ve Devlet Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Stres Düzeylerinin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Zonguldak 2011.

Özokçu O., Birlikte Eğitim Ortamlarındaki Zihin Engelli Öğrencilere Sosyal Becerilerin kazandırılmasında Doğrudan Öğretim Yönteminin Etkililiğinin İncelenmesi, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Özel Eğitim Anabilim Dalı, Ankara 2008.

Özsoy S.A., Özkahraman Ş., Çallı F. 2006, “Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Ailelerin Yaşadıkları Güçlükler”, *Aile ve Toplum Dergisi*, ISSN: 1303-0256, Cilt: 3 Sayı: 9.

Özsoy,Y.M.Özyürek ve S.Eripek.(1997). Özel Eğitime Giriş. Karatepe Yayınları, Ankara.

Parke,R.D., Leidy,M.S., Schofield, T.J., Miller, M.A. ve Morris,K.L. (2008) Socialization.In.M.M. Haith ve J.B. Benson (Eds.) Encyclopedia of infant and childhood development. Oxford. U.K: Elsevier.

Pelchat D, Richard N, Bouchard JM ve ark. (1999) Adaptation of parents in relation to their 6-month-old infant's type of disability. Child Care Health Dev, 25:377-397.

Polatçı, S. “Tükenmişlik Sendromu ve Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler”, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Osman Paşa Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tokat, 2007

Ricciuti, H.N.(1993). Nutrition and mental development. Curr. Dir. Psychol. Sci., 2(2), 43-46.

Robinson, N.M., ve Robinson, H.B. (1976). The mentally retarded child (2nded.)New York: McGraw- Hill

Roeleveld. N., Zielhuis, G.A. ve Gabreels, F. (1997).The prevalence of mental retardation: A critical review of recent literature. Develop Med. Child Neurol., 39(2),125-32.

Rout, Usha (2002); R. Stress Management for Primary Health Care Professionals. Hingham, MA, USA: Kluwer Academic Publishers, 2002. p 18).

Ryde-Brandt B (1990) Anxiety and defence strategies in mothers of children with different disabilities. Br J Med Psychol, 63:183-192

Santrock, J.W., Yaşam Boyu Gelişim Psikolojisi, Nobel Akademik Yayıncılık, 2017.

Schacht P.M. Cummings, E.M, ve Nunes, M.L. (2009). Cognitive and behavioral status of low birth weight preterm children raised in a developing country at preschool age. Journal of Pediatrics.85.

Scharer, K. ve ark. (2009). A comparison of two types of social support for mothers of mentally ill children. JCAPN, 22: 86-98.

Schopler, E , Yirmiya, N., Shulman, C., ve Marcus, L.M. (Eds.) (2001) The research basis for autism intervention. Boston: Kluwer.

Selye, H, (1976); The Stress of Life, McGraw-Hill, New York. Krohne H. W. (2002); Stress and Coping Theories, 2002, [http:// userpage. fu-berlin. de/~schuez / folien / Krohne\\_Stress. pdf](http://userpage.fu-berlin.de/~schuez/folien/Krohne_Stress.pdf)).

Sen, E., Yurtsever, S. (2007). Difficulties experienced by families with disabled children. JSPN, 12: 238-252

Shreibman, L, ve ve Charlop-Christie, M.H. (1998) Autistic disorder. In T.H. Ollendick ,M.Hersen, ve arkadaşları(Eds.) Handbook of child psychopathology( 3rd ed . pp. 157-79) New York:Plenum.

Siegel, B. (1996). The world of the autistic child. New York: Oxford University Press.

Sigman, M (1996). Behavioral research in childhood autism. In M.F. Lenzenweger ve J.L. Haugaard (Eds), Frontiers of developmental psychopathology (pp.190-208). New York. Oxford University Press.

Sverd, J., Sheth,R, Fuss,J., ve Levine, J. (1995). Prevalence of pervasive developmental disorder in a sample of psychiatrically hospitalized children and adolescents Child Psychiat. Human Devel., 25(4), 221-40.

Taanila, A., Syrjala, L., Kokkonen, J., Jarvelin, M. R. (2002). Coping of parents with physically and/or intellectually disabled children. Child: Care, Health & Development, 28: 73-86.

Tepeci, M. ve Birdir, K., (2005), "Otel Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu", 11.Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, 22 Mayıs,Afyon,958–972.

Timko C, Stovel KV, Moos RH (1992) Functioning among mothers and fathers of children with juvenile rheumatic disease: a longitudinal study. *J Pediatr Psychol*, 17:705-724.

Toly, V.A.B. (2009). Normalization and family functioning in families with a child who is technology dependent. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Case Western Reserve University, Frances Paynen Bolton School of Nursing, Cleveland, Ohio.

Toros, O.F., İnanç, B.Y., Çolakkadıoğlu, O. 2004, “Zihinsel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon Ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi”, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7:42-47.

Torun, Alev (1997), “Stres ve Tükenmişlik”, *Endüstri ve Örgüt Psikolojisi içinde*, Ed.Suna Tevrüz, 2.Baskı, Türk Psikologlar Derneği ve Kalite Derneği Ortak Yayını, İstanbul, 43- 53.

Tsai, S. M., Wang, H. H. (2009). The relationship between caregiver’s strain and social support among mothers with intellectually disabled children. *J Clin Nurs*, 18: 539-48.

West, J.R., Perotta, D.M., ve Erickson, C.K. (1998) Fetal alcohol syndrome: A review for Texas physicians. *Medical Journal of Texas*,94, 61-67.

Yıldırım, A., Aşilar, R.H., Karakurt, P. 2012, “Engelli Çocukların Annelerinin Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi”, *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*, Cilt 20 Sayı 3: 200-209, ISSN 1304-4869.

Yılmaz, A. Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarında Tükenmişlik ve Stresle Başa Çıkılmalarının Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara, 2003.

## ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Yasemin TAŞ

Doğum Yeri ve Tarihi: Üsküdar/ İstanbul, 1962

Üniversite :

Newport Üniversitesi : Davranış Bilimleri 30/03/2014 Mezun

Anadolu Üniversitesi: Sosyoloji 25/05/2015 Mezun

Atatürk Üniversitesi : Çocuk Gelişimi Mezun 20/08/2017

Üsküdar Üniversitesi : Aile Danışmanlığı Sertifika programı

Üsküdar Üniversitesi : Uygulama Psikoloji Yüksek Lisans (Tezli)

Üsküdar Üniversitesi : Adli Psikoloji ve Davranış Delilleri Yüksek Lisans (Tezsiz)