



T.C

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

**FİZİKSEL VE/ VEYA ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUK
ANNELERİNİN DEPRESYON DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

ŞEBNEM AYDIN

YÜKSEK LİSANS

TEZİ

DANIŞMAN: YRD. DOÇ. DR. OĞUZ TAN

İstanbul - 2016

T.C
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

FİZİKSEL VE/ VEYA ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUK
ANNELERİNİN DEPRESYON DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

ŞEBNEM AYDIN

144102014

YÜKSEK LİSANS

TEZİ

DANIŞMAN: YRD. DOÇ. DR. OĞUZ TAN

İstanbul - 2016



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 144102014
Öğrenci Adı Soyadı	: Şebnem AYDIN
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd.Doç.Dr. Oğuz TAN
Tezin Başlığı	: Fiziksel ve/veya Zihinsel Engelli Çocuk Annelerin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 08.10.2016	Saati	: 12.00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
<p>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. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,</p> <p><input type="radio"/> OY BİRLİĞİ <input type="radio"/> OY ÇOKLUĞU</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.</p> <p><input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)</p> <p><input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.</p>			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="radio"/> Değişmedi.	<input type="radio"/> Değişti.	
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="radio"/> GELMEDI		
<p>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,</p> <p><input type="radio"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.</p>			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd.Doç.Dr. Oğuz TAN	
Üye	Yrd.Doç.Dr. Hüseyin ÜNÜBOL	
Üye	Yrd.Doç.Dr. Mesut KARAHAN	

Yemin Metni

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “ Fiziksel ve/ veya Zihinsel Engelli Çocuk Annelerinin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi ” 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.

Tarih: 21/09/2016

Adı SOYADI :

Şebnem AYDIN

İmza



İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET	i
SUMMARY	ii
KISALTMALAR	iii
TABLolar LİSTESİ	iv
BÖLÜM I GİRİŞ	1
1.1.PROBLEM DURUMU.....	1
1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI.....	4
1.3.ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	4
1.4.PROBLEM CÜMLESİ.....	5
1.5.ALT PROBLEMLER.....	6
1.6.ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI.....	7
1.7.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIK LARI.....	7
BÖLÜM II LİTERATÜR TARAMASI	8
2.1 ZİHİNSEL ENGELLİLİK.....	8
2.1.1. ZEKA GERİLİĞİ (MENTAL RETARDASYON).....	9
2.1.2. OTİZM.....	10
2.1.3.DOWN SENDROMU.....	12
2.2.SEREBRAL PALSİ.....	13
2.3. DEPRESYON.....	15
2.3.1. Tanı Ölçütleri.....	16

2.3.2. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	19
BÖLÜM III YÖNTEM.....	20
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	20
3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	20
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	21
3.3.1. Beck Depresyon Envanteri.....	21
3.3.2. Kişisel Bilgi Formu.....	21
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI.....	21
3.5. VERİLERİN ANALİZİ.....	21
BÖLÜM IV BULGULAR.....	22
BÖLÜM V SONUÇ VE TARTIŞMA	40
BÖLÜM VI ÖNERİLER.....	48
KAYNAKLAR.....	50
EKLER	70
ÖZGEÇMİŞ.....	81

ÖZET

Aile, toplumun en temel birimidir. Ailenin, herhangi bir üyesindeki sorun, diğer üyeleri de etkileyecektir. Çocuktaki bir engellilik de, sadece çocukla sınırlı kalmayıp, üyelerin hepsini belirli koşullarda etkiler. Çocuğun engellilik durumunda genellikle kadınlar bakım veren rolü almaktadırlar. Bu durum annelerde depresif belirtilerin oluşmasına neden olabilmektedir. Çocuklardaki engelin şiddeti de ruh sağlığını etkilemektedir. Engelli çocuğun bakımını üstlenen annelerde bu durum sosyal izolasyona neden olabilmektedir. Bu sebeple araştırmada, fiziksel ve zihinsel engelli (serebral palsi) ve zihinsel engelli (mental retardasyon, otizm, down sendromu) çocuğa sahip annelerin depresyon düzeylerini karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Araştırmanın evrenini, İstanbul ili sınırları dahilinde yaşayan 2- 17 yaş aralığındaki 30 serebral palsi, 30 mental retardasyon, otizm, down sendromu tanılarını almış çocuğa sahip, 25- 45 yaş aralığındaki gönüllü 60 anne oluşturmaktadır. Fiziksel ve/ veya zihinsel engelli çocuk annelerine Beck Depresyon Envanteri uygulanmış ve anne-çocuğa ilişkin demografik bilgiler için Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır. Araştırmada, iki veya daha fazla değişken arasındaki birlikte değişimin varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde Mann-WhitneyU testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.

Analiz sonuçlarına göre depresyon ölçeği puanları açısından çocuğu fiziksel ve zihinsel engelli olan annelerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=317.50$, $p=0.040$]. Çocuğu fiziksel ve zihinsel engelli olan annelerin çocuğu zihinsel engelli olan annelere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Rehabilitasyon merkezleri, hastaneler ya da belediyeler tarafından fiziksel ve zihinsel engelli çocuk annelerindeki bakım yükü stresinin azaltılması için psikososyal destek sağlanmalı,projeler geliştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: serebral palsi, mental retardasyon, otizm, down sendromu, depresyon

SUMMARY

The family is the most important unit in society. The problem of any member of the family affects the other ones. Disability of child is not just limited with the child. It affects the family members under certain conditions. In case of disability of the child, caregiver role belongs to women generally. This situation may causes depressive symptoms in mothers. Also degree of disability affects the child's sanity. It could cause social isolation for mother who looks after disabled child. This study aims to comparing the level of depression of mothers who have children with physical and mental disabled (serebral palsy) and mentally disabled (mental retardation, autism, down syndrome).

There are 60 volunteer mothers aged 25-45 whose children have serebral palsy, mental retardation, otism, down syndrom and who lives in Istanbul and with children ages 2 to 17 in this study. Beck Depression Inventory has applied to mothers whose children have physically or mentally disability. Personal Information Form was used for demographic information on mother-child. Relational scanning model which used for determining existence and rating of co-changes between two or more variables is used in this study. Mann-WhitneyU test is used to obtain analysis of data in research, Kruskal Wallis H test is used to compare parameters among groups in case of there are more than two groups.

According to results of analysis, there is a significant difference against mothers whose child have mental and physical disability, in depression scale scores. [U=317.50, p=0.040]. It has been detected that mothers whose child is physically and mentally disabled have more intensity of depression than mothers whose child is mentally disabled. For reducing duty stress of care, these mothers should be supported psychologically by rehabilitaion centers, hospitals or municipalities.

Keywords: Cerebral palsy, mental retardation, autism, down syndrome, depression.

KISALTMALAR

DS Down Sendromu

SP Serebral Palsi

MD Majör Depresif Bozukluk



TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4.1 Araştırmaya Katılan Annelerin Çeşitli Değişkenlere İlişkin Dağılımı.....	23
Tablo 4.2 Çocuğu Fiziksel ve Zihinsel Engelli Olan Annelerin Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gruba Göre Dağılımı.....	25
Tablo 4.3 Çocuğu Zihinsel Engelli Olan Annelerin Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gruba Göre Dağılımı.....	25
Tablo 4.4 Annelerin Çocuklarının Sahip Olduğu Engel Türüne Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	26
Tablo 4.5 Fiziksel ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Yaşlarına Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	26
Tablo 4.6 Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Yaşlarına Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.7 Fiziksel ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Eğitim Düzeyleri İle Annelerin Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması.....	27

Tablo 4.8 Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Eğitim Düzeyleri İle Annelerin Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.9 Fiziksel ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Gelir Düzeylerine Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.10 Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Gelir Düzeylerine Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.11 Fiziksel ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sigara İçip İçmediklerine Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.12 Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Annelerin Sigara İçip İçmediklerine Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.13 Fiziksel ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sahip Olduğu Çocuk Sayısı İle Annelerin Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.14 Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sahip Olduğu Çocuk Sayısı İle Annelerin Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması.....	32

Tablo 4.15 Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Çocuğunun Engel Türü İle Annelerin Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.16 Fiziksel ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Çocuğun Durumu Kendine Yardımcı Olan Bir Yakının Olup Olmamasına Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.17 Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Çocuğun Durumu Kendine Yardımcı Olan Bir Yakının Olup Olmamasına Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.18 Fiziksel ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Eşleriyle Arasında Akrabalık Bağının Olup Olmamasına Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.19 Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Eşleriyle Arasında Akrabalık Bağının Olup Olmamasına Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması.....	35

Tablo 4.20 Fiziksel ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Çocuğunun

Tablo 4. 20 Fiziksel ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Çocuğunun

Yaşları İle Annelerin Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından

“Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması.....36

Tablo 4.21 Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Çocuğunun

Yaşları İle Annelerin Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından

“Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması.....36

Tablo 4.22 Fiziksel ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin

Çocukların Özel Eğitim Okulu Dışında Başka Okula Gitme

Durumlarına Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları

Açısından “Mann Whitney U”Testi İle Karşılaştırılması.....37

Tablo 4.23 Fiziksel ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin

Çocukların Özel Eğitim Süresine Göre Grupların Depresyon

Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U”Testi İle

Karşılaştırılması.....38

Tablo 4.24 Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Çocukların

Özel Eğitim Süresine Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin

Puanları Açısından “Mann Whitney U”Testi İle Karşılaştırılması.....39

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Bu bölümde problem durumu, araştırmanın amacı ve önemi, problem cümlesi, alt problemler, sayıtlılar, sınırlılıklar bulunmaktadır.

1.1.Problem Durumu

Aile, toplumun en temel birimidir. Ailenin, herhangi bir üyesindeki bir sorun, diğer tüm üyeleri de etkileyecektir. Çocuktaki kronik bir hastalık, bundan dolayı sadece çocukla sınırlı kalmayacak, üyelerin hepsini belirli koşullarda etkileyecektir (Karakavak G, Çırak Y. ,2006). Çocuğun kronik bir hastalığa sahip olması, aile üyelerinin ciddi düzeyde stres yaşamasına neden olur. Bu stres, sosyal desteğin azlığı, iletişim zorlukları, maddi zorluklar ve aile yaşantısının bozulması gibi etkenlerle daha da artmaktadır. Kronik hastalıklı çocuğu olan anne-babalar, çocuklarının bakımı ve idaresi için farklı taleplerle karşı karşıyadır. (Cimete G, Kuğuoğlu S. ,2002)

Stres ve depresyon ilişkisi incelendiğinde, bireyin depresyon belirtileri göstermesinin hemen öncesinde (yaklaşık %80'ninde) son zamanlarda geçirilmiş stres yaratan bir olayın (bir yitim, bir başarısızlık ya da engelli bir çocuğun doğumu) var olduğu görülmektedir(Köroğlu, E. ,2004).

Özürlü çocukların aileleriyle çalışanlar, özürlü çocuğun aileye katılımının aile için oldukça büyük ve önemli bir darbe olduğunu ve bu darbe karşısında ailenin şok, kızgınlık, inkâr, keder ve kaygı gibi çok farklı duygular yaşadığını, hatta çoğu ailenin

çocuklarının özründen dolayı kendisini sosyal yaşamdan soyutladığını belirtmişlerdir (Kargın, 1990; Akkök 1994; Witcher 1987). Bazı ailelerse bu tepkilerin tam tersi olarak karşılaştıkları bu probleme ya da yeni duruma oldukça yapıcı bir şekilde yaklaşmakta, gerçekleri daha çabuk kabul etmekte ve çocukları için yararlı olacak yardım ve hizmetlere yönelmektedirler (Eripek, 1996, s. 139). Yapılan başka çalışmalarda da engelli çocuğu olan anne babaların yüksek düzeyde öfke, depresyon, şok, inkar, izolasyon, hayal kırıklığı yaşadığı ve kendilerini suçladıkları belirlenmiştir (Barlow, Powell ve Gilchrist 2006).Smith ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada da, özürlü bir çocuğa sahip olan anne-babaların, çocuğu özürlü olmayan anne-babalara göre daha fazla duygusal güçlüklerle sahip olduğu ve daha fazla depresyon belirtileri gösterdikleri saptanmıştır.(Smith TB, ve ark. ,1993). Zihinsel bozukluğa sahip çocukları olan ailelerin % 95'inde çocuklarının hastaneye yatırılışına karşı yoğun stres reaksiyonlarının görüldüğü; % 35'inde anksiyete, incinebilirlik gibi nörotik tepkilerinin olduğu; % 20'sinde yüksek düzeyde depresyon ve uyku sorunlarının görüldüğünü belirtilmektedir. Yine bu ailelerin % 45'inde bozuk aile dinamikleri ve % 50'sinde ise stresle ilgili bir bozukluk bulunmuştur (Pejovic-Milovancevic M. ve ark. ,2003). Engelli çocuğa sahip aileler çocuklarını yetiştirme sürecinde sık sık fiziksel ve psikolojik rahatsızlık yaşamaktalar ve bu durum onların yaşam niteliğini etkilemektedir (Leung ve Li-Tsang, 2003). Dökmen'e (2009) göre de hasta, yaşlı ve engelliler ile ilgilenenlerin ruh sağlıkları risk altındadır. Engelli çocukların yaşamış oldukları engelin şiddeti de ailelerin ruh sağlığını etkilemektedir (Khamis, 2007).

Engelliliğe neden olan durumlarda genellikle kadınlar bakım veren rolü almaktadırlar ve tüm bakım verenlerin üçte ikisi kadındır.(Donelan K ve ark. ,2001; Fine M, Asch A.1988). Engelli çocuğun bakımını üstlenen bu annelerde stres, depresyon ve anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu (Dereli ve Okur 2008; Scharer ve ark. 2009; Uğuz, Toros, İnanç ve Çolakkadıoğlu 2004) ve bu durumun yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Bumin, Günal ve Tükel 2008). Yapılan başka araştırmalarda da ailede yetersizliği olan bir çocuğun bulunmasının aileye getirdiği yükten annelerin daha çok etkilendiği (Bahar ve diğerleri, 2009; Sarı, 2007, Hodge ve diğerleri, 2011); özellikle bakım yükünün annelerde fiziksel rahatsızlıklar yaşanmasına

(Sarı, 2007) ve sosyal izolasyona neden olduğu bildirilmiştir. (Luescher, Dede, Gitten, Fennel ve Maria, 1999; Özşenol ve diğerleri, 2003; Sarı, 2007).

Engelli çocuğun bebekken bakıcı sağlama sorunları, okula giderken yaşanan zorluklar, akranları tarafından fark edilmesinin getirdiği problemler, ergenlikte ise çocuğun yaşamını sürdürmeye ilişkin bilgi eksikliği annenin stres yaşamasına neden olabilir. Bunların yanında, annenin bir yandan engelli çocuğun gereksinimleri ile ilgilenme, çocuğu tehlikelerden korumak için denetleme, bir yandan da ailenin diğer bireylerinin gereksinimlerini karşılamaya çalışması nedeniyle aile ilişkilerinde yaşanan gerginlik annenin stres düzeyini artırmaktadır. Ayrıca toplumun engellilere ilişkin tutum ve yargıları nedeniyle sosyal aktivitelere katılımı azalma, çocuğun şimdiki ve gelecekteki durumuna ilişkin belirsizlik, ebeveynlerde çocukların geleceğine ilişkin daha çok kaygı yaratmaktadır. Çocukların gelecekteki yaşantıları ne olacak ve çocuklara bakamayacak duruma geldiklerinde çocuklarına kim bakacak düşüncesi endişelerini artırmaktadır. Bu nedenlerle engelli çocuğun annelerinde sosyal izolasyon, depresyon, suçluluk, anksiyete gibi sosyal ve duygusal sorunlar gelişebilmektedir (Dyson 1997, Bilal ve Dağ, 2005, Özkan 2002, Yıldırım ve ark., 2006)

Türkiye’de zihinsel yetersizliği olan çocukların annelerinin yaşadığı stres ve tükenmişlik ve algıladıkları sosyal destekler ile ilgili belirlenmesine yönelik birçok araştırma bulunmaktadır (Bahar ve diğerleri, 2009; Cavkaytar, Batu ve Çetin, 2008; Deniz, Dilmaç, Arıca, 2009; Duygun ve Sezgin, 2003; Ersoy, 2009; Gülşen ve Özer, 2009; Kaner, 2003; Karadağ, 2009; Lüle, 2008; Özkan, 2002; Verep, 2005). Bu çalışmalarda, yetersizliği olan çocuğa sahip annelerde depresyon düzeylerinin yüksek olduğu (Bahar ve ark., 2009), yetersizliği olan çocuğun doğumuyla birlikte annelerin sosyal yaşamlarının kısıtlandığı ve sosyal desteğe gereksinim duydukları (Cavkaytar ve diğerleri 2008; Ersoy ve Çürük, 2009), duygusal tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu (Duygun ve Sezgin, 2003) sosyal destek arttıkça yaşanan stresin azaldığı ve yaşam doyumlarının arttığı (Kaner, 2004) belirtilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada da zihinsel yetersizliği olan çocuk annelerinin, babalara göre daha fazla stres yaşadığı vurgulanmıştır (Hodge, Hoffman ve Sweeney, 2011; Kaner, 2004; Macias, Saylor, Haire ve Bell, 2007; Tehee, Honan ve Hevey, 2009).

Çocuk özellikle annenin kişisel başarısı ya da başarısızlığı olarak değerlendirilmektedir. Sağlıklı olmayan bir çocuk başarısız bir çocuk olarak düşünülebildiği için, anne çevresi tarafından suçlanabilmekte ve hatta aşağılanabilmektedir. Bu durum da , annenin duygularını etkilemekte, annenin suçluluk, mutsuzluk ve stres durumlarını diğer aile üyelerinden daha çok yaşamalarına sebep olabilmektedir (Dereli ve Okur, 2008, Sarı, 2007, Yıldırım ve ark., 2006).

Özürlü çocuğu olan aile bireylerinin sosyal ve psikolojik sorunlarının ayrıntılı bilinmesi ve çözüm önerilerinin bulunmaya çalışılması oldukça önem taşımaktadır (Akmeşe, Mutlu ve Günel, 2007). Yetersizliği olan çocuğa verilecek hizmetlerin etkili olabilmesi için, öncelikle ailenin gereksinimlerinin, aile işlevlerinin, aile içi dinamiklerin, yaşadığı zorlanmaların, başa çıkma mekanizmalarının, sahip olduğu içsel ve dışsal kaynakların ve bunların etkileşimlerinin çok boyutlu olarak incelenmesi ve müdahale ve eğitim hizmetlerinin de bu doğrultuda planlanıp yürütülmesi gerekmektedir (Kaner, 2004).

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı zihinsel ve/veya fiziksel engelli çocuk annelerinin depresyon düzeylerini karşılaştırmak ve etkili faktörleri belirlemektir.

1.3.Araştırmanın Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 15 yaş üstü dünya nüfusunun % 15,6'sının ve 0-14 yaş grubunun % 5,1'inin engelliliğin herhangi bir çeşidiyle yaşadığını belirtmektedir.

Az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde ise engelli olma durumu % 0,4-% 12,0 arasında değişmektedir. WHO & WB ,2011)

Ülkemizde Ulusal Engelliler Veri Tabanı'na kayıtlı engellilerin %29.2'si zihinsel engelliler, %25.6'sı süregen hastalığı olan engelliler, %8.8'i ortopedik engelliler, %8.4'ü görme engelliler, %5.9'u işitme engelliler, %3.9'u ruhsal açıdan engelliler, %0.2'si dil ve konuşma engellileri ve %18'i birden fazla engele sahip olanlardır.Engellilik prevalansı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2002 Türkiye Özürlüler Araştırması verilerine göre %12.29 oranı ile ülkemizde yüksektir.Özel eğitim okullarında 49.206 ,özel eğitim sınıflarında 36.742 ,kaynaştırma eğitiminde 202.541 toplamda 288.489 öğrenci vardır (TÜİK ,2010).Ayrıca topluma her yıl yaklaşık olarak 2700-4000 SP'li çocuğun katıldığı belirtilmektedir. Bu rakamlar hastalığın kesin bir tedavisinin olmaması özelliği ile birlikte düşünüldüğünde çocuk sağlığı, aile ve toplum açısından önemli sorunlar ortaya çıkmaktadır (Tüzün H, Eker L. ,2001).

Zihinsel engelli(mental retardasyon., otizm, down sendromu) çocuk annelerinin ve fiziksel ve zihinsel engelli(serebral palsi) çocuk annelerinin depresyon düzeylerinin karşılaştırılacağı bu çalışmada; uzun süreli bakım sorumluluğunu üstlenen annelerde ciddi ruhsal sorunlar görülebileceği öngörülerek, annelerin ruhsal durumlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.Bu çalışmanın annelerin farkındalık durumlarına, profesyonellerin ve diğer aile üyelerinin engelli annelerine yaklaşımlarına katkıda bulunacağı ve yeni çalışmalarda yol gösterici veriler sağlayacağı düşünülmektedir.

1.4.Problem Cümlesi

Zihinsel ve fiziksel engelli çocuk anneleri ile zihinsel engelli çocuk annelerinin depresyon düzeyleri farklı mıdır?

1.5 Alt Problemler

Alt problemler:

Zihinsel ve fiziksel engelli çocuk anneleri ile zihinsel engelli çocuk annelerinin depresyon düzeyleri,

a) Annenin yaşına

b) Annenin eğitim düzeyine

c) Sosyoekonomik düzeyine

d) Sigara içme durumlarına

e) Annenin çocuk sayısına

f) Çocuğun bakımında başka yardımcı olup olmadığına

g) Eşiyle kan bağı durumuna

h) Çocuğun yaşına

ı) Çocuğun özel eğitim süresine

i) Çocuğun özel eğitim dışında okula gitme durumuna göre anlamlı bir fark göstermekte midir?

1.6. Araştırmanın Sayıtları

Bu araştırmada çocukları zihinsel ve/veya fiziksel engelli olan annelerin ölçek maddelerini yanıtlarken samimi oldukları, gerçek duygu ve düşüncelerini yansıttıkları varsayılmıştır. Araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin bu araştırmada kullanılabilceği ve ölçek yoluyla elde edilen verilerin geçerli ve güvenilir olduğu varsayılmıştır.

1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma; Özel Bağımsız Yaşam Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi'ne devam eden, 2- 17 yaş aralığındaki 30 fiziksel ve zihinsel engelli (serebral palsi) ve 30 zihinsel engelli (mental retardasyon, otizm, down sendromu) tanısını almış çocuğa sahip, 25-45 yaş aralığındaki sağlıklı, gebe olmayan, 60 kadın ile sınırlıdır.

İKİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR TARAMASI

2.1 ZİHİNSEL ENGELLİLİK

Zihinsel engel durumu, doğum öncesi, doğum sırası veya doğum sonrasında çeşitli sebeplerden dolayı genel zihinsel işlevlerde önemli ölçüde gerilik, tutukluluk olarak açıklanabilir. Bu gelişim geriliğinden dolayı adaptasyon, uyum, kendilik değerlerinde problem yaşanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre dünya nüfusunun % 3'ü zihinsel engele sahip olmakla beraber başka bir ifadeyle dünyada 170 milyon kişi zihinsel yetersizlikle başa çıkmaya çalışmaktadır. Zihinsel engelli bireylerde konuşma, hafıza, akıl yürütme, karar verme, odaklanma, kendi değer ve özelliklerinin farkında olma gibi kognitif fonksiyonlarda gözle görülür bozuklukları tespit etmek mümkün olduğu gibi özellikle hafıza ve dikkati toplamadaki sorunlar göze çarpmaktadır. Bu sorunlar bireyin hem özel hem sosyal yaşamını oldukça güçleştirmektedir. Zihinsel gerilik derecesi, Intelligence Quaitent (IQ) testi sonucunda "eğitilebilir" "öğretilebilir" ve "tamamen bakıma muhtaç" dereceleri arasında olmaktadır. Zihinsel engelli çocuğa sahip olmak ailelere çok fazla sorumluluk yüklemektedir. Zihinsel geriliği olan bireylerin birçok alandaki gelişimine destek verecek imkanların sağlanmasında ailenin rolü büyüktür (Öngün B. ,2011).

2.1.1. Zeka Geriliği (Mental Retardasyon)

Zeka geriliği olan bireylerin yaklaşık %85'i hafif düzeyde zeka geriliği kategorisine girer. Prevalansı toplumda %1 civarındadır. En yüksek insidans okul çağındaki çocuklarda olup, 10-14 yaş arasında pik yapar. Zeka geriliği erkeklerde kadınlardan yaklaşık 1,5 kat daha fazla görülür. (Kaplan, 2005).

Anlıksal(Entellektüel) Yetersizlik

Anlıksal Yetersizlik(Anlıksal Gelişimsel Bozukluk)

Anlıksal yetersizlik (anlıksal gelişimsel bozukluk), kavramsal, toplumsal ve kılımsal (uygulamalı) alanlarda, hem anlıksal, hem de uyumsal işlev eksikliklerini kapsayan, gelişimsel evre sırasında başlayan bir bozukluktur.Aşağıdaki üç ölçütün karşılanması gerekir:

- A. Hem klinik değerlendirme, hem de bireye göre uygulanan, kabul gören bir zeka ölçümü ile doğrulanan, uslamlama (akıl yürütme), sorun çözme, tasarlama, soyut düşünme, yargılama, okulda öğrenme ve deneyimlerinden öğrenme gibi anlıksal işlevlerde eksiklikler.
- B. Kişisel bağımsızlık ve toplumsal sorumluluk için gelişimsel ve toplumsal kültürel ölçüleri karşılayamama ile sonuçlanan, uyum işlevselliğinde eksiklikler.Süregiden bir dayanak sağlanmadıkça, uyumsal eksiklikler, ev, okul, iş ve toplum gibi değişik çevrelerde iletişim, toplumsal katılım ve bağımsız yaşama gibi günlük yaşamın bir ya da birden çok etkinliğinde işlevselliği kısıtlar.

C.Anlıksal ve uyumsal eksiklikler, gelişimsel evre sırasında başlar. (DSM V, 2014)

2.1.2 Otizm

Otizm çeşitli alanlarda zorluklar ve anormallikler ile karakterize olan nörogelişimsel bir bozukluktur(Atasoy, 2008). “Otizm” tanısı ilk kez Leo Kanner tarafından 1943 yılında “Erken Bebeklik Otizmi” olarak tanımlanmıştır. Son 60 yıl içinde ise, gerek adı gerekse tanısal ölçütleri birçok açıdan değişikliğe uğrayan bu bozukluk, kısaca kendi iç dünyasına kapanarak sosyal izolasyon gösteren bireyleri tanımlamaktadır (Schopler & Mesibov, 1995).

Otizm, Kanner'den bağımsız olarak, 1944'de Viyanalı çocuk hekimi Hans Asperger tarafından tanımlanmıştır (Korkmaz, 2005; Özusta, 1999). Asperger otizmin nedenlerinin organik olabileceğini düşünmüş, otistik bozukluk için de normallığe yakın olan durumları incelemiştir. 1970'lerin sonunda Eric Schopler ve Kanner'in görüşlerinin tersine otizmi duygusal bir bozukluk olarak değil “nörogelişimsel bir bozukluk” olarak yeniden değerlendirmiştir.

Otizimde en yaygın kullanılan tanısal ölçütler, DSM V(Amerikan Psikiyatri Birliği), ICD (Uluslararası Hastalık Sınıflandırılması) ve WHO (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından kabul edilmiş ölçütler olup, uzmanlar tarafından otizmle ilgili yapılan araştırmalarda bu ölçütler kabul görmektedirler. Aşağıda bu ölçütler DSM V'e göre detaylı olarak verilmiştir;

A. O sırada ya da öyküden alınan bilgilere (ayrıntılılamaktan çok örnekleyen) göre, aşağıdakilerle kendini gösteren, değişik biçimleriyle toplumsal iletişim ve toplumsal etkileşimde süregiden eksiklikler:

1. Sözelimi, olağandışı toplumsal yaklaşım ve karşılıklı konuşamadan, ilgilerini, duygularını ya da duygulanımını paylaşamamaya, toplumsal etkileşimi başlatamamaya ya da toplumsal etkileşime girememeye dek değişen aralıkta, toplumsal- duygusal karşılıklık eksikliği.

2. Sözelimi, sözel ve sözel olmayan tümleşik iletişim yetersizliğinden, göz iletişimi ve beden dilinde olağandışılıklara ya da el-kol devinimlerini anlama ve kullanma eksikliklerine, yüz ifadesinin ve sözel olmayan iletişimin hiç olmamasına dek değişen aralıkta, toplumsal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişim davranışlarında eksiklikler.

3. Sözelimi, değişik toplumsal ortamlara göre davranışlarını ayarlama güçlüklerinden, imgesel oyunu paylaşma ya da arkadaş edinme güçlüklerine, yaşıtalarına ilgi göstermemeye dek değişen aralıkta, ilişkiler kurma, ilişkilerini sürdürme ve ilişkileri anlama eksiklikleri.

B. O sırada ya da öyküden alınan bilgilere (ayrıntılardan çok örnekleyen) göre, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, sınırlı, yineleyici davranış örüntüleri, ilgiler ya da etkinlikler:

1. Basmakalıp ya da yineleyici devinsel (motor) eylemler, nesne kullanımları ya da konuşma (örn. yalın devinimsel basmakalıp davranış örnekleri, oyuncakları ya da oynar nesnelere sıraya dizme, yankılama(ekolali), kendine özgü deyişler).

2. Aynılık konusunda direnme, sıradanlık dışına esneklik göstermeme ya da törensel sözel ya da sözel olmayan davranışlar (örn. küçük değişiklikler karşısında aşırı sıkıntı duyma, geçişlerde güçlükler yaşama, katı düşünce örüntüleri, törensel selamlama davranışları, her gün aynı yoldan girmek ve aynı yemeği yemek isteme).

3. Yoğunluğu ve odağı olağandışı olan, ileri derecede kısıtlı, değişkenlik göstermeyen ilgi alanları (örn. alışılmadık nesnelere aşırı bağlanma ya da bunlarla uğraşıp durma, ileri derecede sınırlı ya da saplantılı ilgi alanları).

4. Duyusal girdilere karşı çok yüksek ya da düşük düzeyde tepki gösterme ya da çevrenin duyusal yanlarına olağandışı bir ilgi gösterme (örn. ağrı/ ısıya karşı aldırıışsızlık, özgül birtakım seslere ya da dokulara karşı ters tepki gösterme, nesnelere aşırı koklama ya da nesnelere aşırı dokunma, ışıklardan ya da devinimlerden görsel büyülenme).

C. Belirtiler erken gelişim evresinde başlamış olmalıdır (toplumsal gerekler sınırlı yeterliğin üzerine çıkana dek tam olarak kendini göstermeyebilir ya da daha sonraki yıllarda, öğrenilen yöntemlerle maskelenebilir).

D. Belirtiler, toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında klinik açıdan belirgin bir bozulmaya neden olur.

E. Bu bozukluklar, anlıksal yetiyitimi (anlıksal gelişimsel bozukluk) ya da genel gelişimsel gecikme ile daha iyi açıklanamaz. Anlıksal yetiyitimi ve otizm açılımı kapsamında bozukluk sıklıkla bir arada ortaya çıkar. Otizm açılımı kapsamında bozukluk ve anlıksal yetiyitimi eş tanısı koymak için, toplumsal iletişim, genel gelişim düzeyine göre beklenenin altında olmalıdır. (DSM V ,2014)

2.1.3. DOWN SENDROMU

Vücuttaki hücrelerin 46 yerine fazladan bir kromozoma, yani 47 kromozoma sahip olmasıdır. Halk arasında daha çok mongol (mongoloid) olarak bilinirken, son zamanlarda “Down Sendromu” terimi genel kullanımda yaygınlık kazanmıştır. Down Sendromu bir hastalık değil genetik kökenli doğumsal bir kromozom bozukluğu olarak bilinir. (Dost Yaşam, 2002). 19.yüzyılda İngiliz Doktor John Langdon Down, DS’ lu insanlar için ayrıntılı bir tanımlama yayınlamıştır. Bu akademik çalışma 1866 yılında basılmıştır. Down bu çalışma ile bu sendromun babası olarak tanınmış ve onun adı ile anılmıştır.(Gen Bilim, 2010).

Bu çocukların beden ve görünüşleri birbirine benzemektedir. Bu nedenle genellikle doğumdan sonraki birkaç gün içinde fark edilirler. Down Sendromlu çocukların taklit etme yeteneği dikkat çeker. Mutlu, eğlenceli, sevgi dolu, dışa dönük ve oldukça sosyaldirler. Çoklu zekâ kuramına göre değerlendirildiğinde sosyal zekâları diğer zekâ türlerinden daha yüksektir. Arkadaşlık ilişkilerini çok çabuk geliştirirler.

Yeni tanıştığı insanlarla çabuk kaynaşır ve girdiği yeni ortama kolayca ısınırlar. Kimisi kolay öfkelenip saldırgan davranışlarda bulunabilir. Müzikten, eğlenceden ve oyun oynamaktan büyük keyif alırlar. Akademik beceri gerektiren durumlarda güçlük yaşarlar. Birçoğu düztabanlıdır. Vücutları esnek ve kasları zayıftır (Özbey, 2007).

Down sendromlu çocuklar iletişime açık olmaları nedeniyle kolay çocuklar olarak değerlendirilebilmektedir (Hodapp, Ly, Fidler ve Ricci, 2001). DS tanısı almış çocukların, erken tanılanması, erken eğitim almalarına ve ailenin kendini doğru konumlamasına yardımcı olmaktadır. Ayrıca diğer engel türlerine göre DS'lu çocuğa sahip ebeveynler çocuklarını pozitif kişilik özellikleri ile tanımlamakta ve uyumsuz davranışlarının az olduğunu belirtmektedir (Ricci ve Hodapp, 2003).

2.2 SEREBRAL PALSİ

Serebral Palsi (SP) ilk defa 1861 yılında İngiliz Ortopedist Dr. William Little tarafından tanımlanmış ve "Little" hastalığı olarak isimlendirilmiştir. Dr. William Little, hastalığın zor gerçekleşen doğumlar sırasında meydana geldiğini bildirmiştir. Sigmund Freud da 1890'lı yıllarda SP üzerinde çalışmalar yapmış ve doğum anında olduğu gibi, gebelik sırasında da bu hastalığın oluşabileceğini belirtmiştir. Daha sonra ise Burgess (1988) ve Phelps (1947) tarafından bu hastalık "Serebral Palsi" olarak adlandırılmıştır (Livanelioğlu A., Kerem Günel M. ,2009)

SP beyin korteksindeki istemli hareketi başlatan üst motor nöronların (ÜMN) zedelenmesi sonucu gelişir. Klinik bulgular lezyonun tipine ve genişliğine, oluştuğu zamana, bulunduğu bölgeye ve sinir sisteminin zedelenmeye karşı gösterdiği uyuma göre değişir(Yakut A. ,2008). SP serebrum, serebellum ve beyin sapını içine alan gelişimsel ve motor bir bozukluktur . Üst motor merkezlerin prenatal, natal veya postnatal dönemde değişik nedenlerle etkilenmesi sonucu ortaya çıkan kalıcı ve ilerleyici olmayan bir bozukluk olarak tanımlanır (Ünay B. ,2009; Mutlu A. Ve ark.

,2007; Yakut A. ,2008). SP'nin tanımı ve tedavisinde önemli bir araştırmacı olan Bobath, SP'yi "Henüz gelişmemiş beyinde ortaya çıkan lezyonun SSS oluşumunu etkilemesi" olarak tanımlamaktadır (Kerem GM. ,2009) . SP için son önerilen tanımlama ise "Gelişmekte olan fetüste ya da yaşamın ilk aylarında beyindeki lezyon ve zedelenme sonucu gelişen, ilerleyici olmayan ve yaşla birlikte değişebilen hareketi kısıtlayıcı kalıcı motor fonksiyon kaybı, postür ve hareket bozukluğu" olduğudur . SP'de beynin etkilenen bölgesinin özelliklerine ve harabiyetin kapladığı alana göre farklı klinik tablolar ortaya çıkmakta ve uygulanan tedavi de buna göre düzenlenmektedir (Yakut A. ,2008) . SP ile sonuçlanan bozukluğun ortaya çıkışı için hayatın ilk 2-3 yılı en önemli olmasına rağmen kesin belirlenmiş bir üst yaş sınırı yoktur. Doğum öncesi, doğum esnası ya da doğum sonrası 2 yaşa kadar olan dönemde serebral kortikal ve subkortikal bir hasarın yarattığı ilerleyici olmayan statik bir lezyondan kaynaklanmaktadır (Oğuz.H.,2004 ; Jan MMS. ,20006). Fakat ortaya çıkan sorun ömür boyu devam eder. SP aslında tek bir hastalık değildir. Serebral kaynaklı bir grup motor bozukluğun klinik tanımlamasıdır.Hastalığa, motor bozukluklarının yanı sıra serebral disfonksiyonlara bağlı olarak duyu, kognitif, iletişim, algı, davranış bozuklukları, öğrenme güçlükleri, dil-konuşma bozuklukları, ağız-diş sorunları, ikincil kas iskelet sorunları ve epilepsi eşlik edebilmektedir (Levitt S. ,2004; Russell Dianne J .,2002; Anlar B. ve ark. ,2008).

Eşlik eden bu durumlar; çocuğun özür tablosunu artırmakla kalmayıp, günlük yaşam aktivitelerini ve sosyal katılımını olumsuz yönde etkilemektedir(Aicardi J, Bax M. ,1998).

SP'nin oranı ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yayınlarda bu oranın 1000'de 1,2-1,5 olduğu görülmüştür (Albright, A.L. ,1996). Türkiye'de bu konuda yapılmış en kapsamlı çalışmada ise bu oran, her 1000 canlı doğumda 4,4 olarak belirtilmiştir (Serdaroğlu A. ve ark. ,2006).

2.3. DEPRESYON

Duygudurum bozuklukları, belirti ve araz kümelerinden oluşan, süresi haftalardan aylara kadar uzayabilen, kişinin her zamanki işlevselliğinin belirgin derecede değiştiği, dönemsel ya da döngüsel biçimde yinelemeye eğilimi olan sendromlardır (Rihmer Z, Angst J. ,2007). Duygudurum bozukluklarının klinik görünümünü belirleyen sendromlardan biri de depresyondur. Depresyon sözcüğü, çökme, kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılan elemkeder duygularını içeren duygusal bir yaşantıdır. Kelimenin kökeni olan “depress” sözcüğü ise, Latince “depressus”tan, yani “alçakta olmak, bastırmak”tan gelmektedir (Işık E. ve ark. 2013). Bu gibi duygular, olumsuz yaşam olaylarına karşı yaygın olarak verilebilen bir tepki olarak izlenebilir. Ortaya çıkan her benzer duygu durumunu, depresyon olarak kabul etmemelidir. Depresyonda bu gibi duygular hem sürekli, hem de kişinin günlük yaşamını ve işlevselliğini bozacak düzeyde yoğun olarak izlenir. (Olchanski, N. ve ark. 2013).

Depresyon tipik olarak olağan etkinliklerden ve daha önce kişiye zevk veren durumlardan artık eskisi gibi zevk alamama ve bunlara karşı ilginin kaybolmasıyla kendini gösteren, çökkünlük, karamsarlık yanında keder ve elem duygularıyla seyreden depresif bir duygudurumu, gerek mental gerekse fiziksel alanda enerji azlığı ile kendini gösteren psikomotor yavaşlama, düşünce içeriği kısıtlılığı ile belirgin bilişsel yavaşlama ve işlevsellikte azalma ile kendini gösterir. Major depresif bozukluk (MDB) (tek uçlu depresyon) en sık görülen duygudurum bozukluğudur. Bir majör depresif dönemin süresi, iki hafta ile iki yıl arasındadır. (Işık E. ve ark. 2013).

2.3.1. TANI ÖLÇÜTLERİ

Klinik Görünüm Depresyonda gözlenen klinik belirtiler şu şekilde sınıflandırılabilir:

Çökkün duygudurumu: Depresyonun temel özelliklerindedir. Depresif bozukluk tanısının konulabilmesi için depresif duygudurum ve ilgi kabı/zevk alamamama belirtilerinden en az birinin mevcut olması gereklidir. Çökkün duygudurumu (disfori) kendini kederli ve elemli hissetme, mutsuzluk, hüznün, moral bozukluğu, umutsuzluk, karamsarlık, kendini boşlukta hissetme, sıkıntı hissi ile karakterize olabilir ve devamlılık gösterir. Çökkün duygudurumu olan bir kişi günlerinin çoğunluğunda ve günün büyük bir bölümünde yukarıdaki belirtileri sergiler. (Işık E. ve ark. 2013).

İlgi azlığı ve anhedoni: Çökkün duygudurum ya da ilgi azlığından en az biri bulunmadıkça depresyondan söz edilemez. Hastanın çevresine ve işine olan ilgisi azalır, daha önce zevk alarak yaptığı etkinliklerden zevk alamaz hale gelir.

Sıkıntı hissi, bunaltı (anksiyete): Bunaltı hissi, gerginlik, engellenmeye karşı tahammülsüzlük ve unutkanlık, sinirlilik artışı gibi belirtilerle kendini gösterebilir. Bunaltıya sıklıkla çarpıntı, ağız kuruluğu, terleme, karın ağrısı ve ishal gibi bedensel yakınmalar da eşlik eder. Bunaltılı hastalarda baş ağrısı ve dönmesi de sıklıkla izlenir.

Bilişsel bozukluklar: Akut dönemde özellikle dikkati odaklama, bellek, bilgi işleme süreci ve yürütücü işlevlerde bozukluklar ortaya çıkabilmektedir. Tedaviye rağmen bilişsel belirtilerin devam edebildiği, kalıntı belirtiler olarak sürebildiği birçok çalışmada vurgulanmıştır.

Düşünce süreci ve akışı: Düşünce akışındaki yavaşlama sonucu sorulara yanıt vermede zorluk ya da bazen yanıt verememe gözlenebilir.

Düşünce içeriği: Suçluluk-değersizlik fikirleri, depresyon hastalarının yarısından fazlasında gözlenebilir. Benlik saygılarındaki azalma sonucu değersizlik ve yetersizlik duyguları yaşarlar.

Olumsuz düşünceler: Depresif hastalarda dünyayı, çevreyi, kendini ve geleceği olumsuz görme şeklinde olumsuz düşünceler olabilir. Hastalar yaşadıklarını olumsuz olarak algılar, bilişsel çarpıtmalarla bu düşüncelerini desteklerler.

Umutsuzluk: Depresif hastalarda buldukları dönem, şartlar ve özellikle de gelecekle ilgili umutsuzluk düşünceleri izlenir.

Kararsızlık: Depresyonda düşünce süreci yavaşlaması ve olumsuz düşünceler sebebiyle karar vermede zorluk ya da karar verememe gözlenir.

Hipokondriak uğraşlar ve ağrı: Hastaların yaklaşık 1/4'ünde hipokondriak uğraşlar görülebilir. Ayrıca hastaların %63 ünde de baş, boyun, bel, ense ya da eklem ağrıları gibi ağrı şikayetleri de olabilmektedir.

Obsesif ruminasyonlar ve fobiler: Hastalar çeşitli alanlardaki takıntılı ve genelde kendilerinde suçluluk duygusu oluşturacak düşüncelerini takıntılı bir biçimde sürekli düşünür hale gelebilirler. Daha önceden var olan obsesif ya da fobik düşünceler de depresif dönemde artabilir.

İntihar düşünceleri ve girişimleri: Depresif bozukluk intiharın en yüksek oranda görüldüğü psikiyatrik hastalıktır. Depresyonlu hastaların yaklaşık %75 inde pasif ölüm düşünceleri ve intihar düşüncesi bulunur.

Konsantrasyon güçlüğü: Hastalar dikkatlerini odaklamada zorluk çekerler. Konsantrasyon güçlüğü düşünce yavaşlaması ve psikomotor yavaşlama nedeni ile olabileceği gibi bunlar bulunmadan da gözlenebilmektedir.

Bellek bozukluğu: Unutkanlık ve hatırlamada güçlükler depresyonda sıkça gözlenir.

Algı bozukluğu: Depresyonda nadiren de olsa sanrı ve varsanılar izlenebilir. Bunlar da genelde duygudurumla uyumludur ve suçlayıcı ya da intihara yönlendirici temalar içerir.

Dikkat bozukluğu: Depresyonda gerek istemli gerekse de istemsiz dikkat azalır (Işık E. ve ark. 2013).

Bedensel (Vejetatif Belirtiler)

Enerji azlığı: Depresyonda sıklıkla enerji azlığı, yorgunluk, halsizlik görülür. Açıklanamayan yorgunluk başlangıç belirtisi de olabilir. Bu belirtiler tedaviye zor yanıt vermekte ve bazı hastalarda kalıntı belirtiler olarak sürebilmektedir.

İştah azlığı-kilo kaybı/ iştah artışı-kilo alımı: Yaklaşık %85 olguda iştah azalması ve kilo kaybı izlenirken, atipik depresyonda ise tersine iştah artışı ve kilo alımı izlenir. Yiyeceklerden tat alamaz ve açlık hissetmezler. Depresyonda mide-barsak hareketleri de azalır ve kabızlık sıkça izlenir.

Cinsel istek kaybı: Depresyon başlangıç dönemlerinde belirir ve en geç düzelen belirtilerdendir. Ayrıca antidepresan ilaçlar da benzeri tablolara yol açabilir.

Uyku düzensizlikleri: Depresyonda %90 oranında insomnia gözlenirken, %6-36 oranında hipersomnia bildirilmiştir. Özellikle atipik depresyonlarda hipersomnia gözlenir ve çoğunlukla iştah artışı ile birliktelik gösterir.

Sirkadien ritm bozuklukları: Hem unipolar depresyonlarda hem de bipolar bozukluklarda sirkadien ritm bozuklukları sıkça izlenmektedir (Işık E. ve ark. 2013).

Davranışsal Belirtiler

Psikomotor retardasyon: Depresif bozukluklarda özellikle de genç hastalarda sıkça izlenen bir tablodur. Psikotik özellikli ve melankolik tipte daha belirgindir ve çoğunlukla toplumsal geri çekilme eşlik eder.

Psikomotor ajitasyon: Ajitasyon yaşanan sıkıntı ve bunaltının motor dışı vurumudur. Anksiyeteli depresyonun %46 vakada izlendiğinden söz edilmektedir. (Işık E. ve ark. 2013).

2.3.2. DEPRESYON EPİDEMİYOLOJİSİ

Depresyon tüm dünyada en sık görülen psikiyatrik bozukluktur (Cimilli C. ,2001). Her yaşta görülebilir ancak orta yaşlarda ve özellikle de 25-44 yaşları arasında daha sık izlenen bir hastalıktır. Yaşam boyu majör depresyon yaygınlığını Angst (1992) % 4.4-%19.6 ve Kessler (1994) % 17 olarak belirtmiştir (Angst, J. 1992; Kessler, R. C. ve ark. 1994). Son dönemde yayınlanmış bir çalışmada ise depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı %1,5 ile %19 bildirilmiştir (Olchanski, N. ,2013). Ülkemizdeki depresyon yaygınlığı ise %8-20 bulunmuştur (Doğan O. ve ark. ,1995)

Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili çalışmalarda genel olarak varılan ortak sonuç, depresyonun sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda şekindedir. Çeşitli çalışmalarda kadınlarda MDB riski erkeklerin 2 katı olarak saptanmıştır (Kessler, R. C., & Walters, E. E. ,1998; Horwath, E. ve ark. , 2002; . Myer, L. ve ark. ,2008; McIntosh, E ve ark. ,2010) Ancak yaş ilerledikçe kadın ile erkek arasındaki bu fark azalmaktadır. Depresif bozukluklar yaşamları süresince erkeklerin %5-12'sini, kadınların ise %10-25'ini etkilemektedir (Klose, M., & Jacobi, F. ,2004). MDB'nin kadınlarda erkeklerin 2 katı olmasının nedenleri olarak hormonal farklılıklar, genetik duyarlılık ya da MAO yüksekliği ve tirod hastalıkları, menstruasyon gibi biyolojik etmenler yanında, çocukluğundan itibaren şiddete maruz kalma, girişken olma yönünden baskılanma, boyun eğen, pasif ve bağımlı olmayı öğrenme, kadına verilen toplumsal roller ve ondan beklentiler (ev işleri, çocuk doğurma, çocuk yetiştirme, eşe karşı sorumluluklar), düşük eğitim ve gelir olanakları, işsizlik, düşük sosyoekonomik düzey, ayrımcılığa maruz kalma gibi riskler gösterilmektedir McIntosh, E ve ark. ,2010; Akiskal HS. , 2000; Noble, R. E. ,2005; Lee L. ve ark. ,2005 ; Ross E. ve ark. ,2005; Andrade, L. ve ark. ,2003).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde evren, örneklem, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, bu araçların uygulanması ve elde edilen verilerin analizleri hakkında bilgiler sunulmuştur.

3.1 Araştırmanın Modeli

Araştırma çocukları zihinsel ve/ veya fiziksel engelli olan annelerin depresyon düzeylerinin karşılaştırılarak incelenmesi olduğundan ilişkiisel tarama modeli kullanılmıştır.

3.2 Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni, İstanbul ilinde yaşayan çocukları Özel Bağımsız Yaşam Özel Rehabilitasyon Merkezi' nde eğitim alan annelerdir. Araştırmanın örneklemini 2-17 yaş aralığındaki 30 mental retardasyon., otizm, down sendromu ; 30, serebral palsi tanılarını almış çocuğa sahip, 60 anne oluşturmaktadır.

3.3 Veri Toplama Araçları

3.3.1. Beck Depresyon Envanteri: Erişkinlerde depresyon riskini, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek üzere geliştirilmiştir (Beck ,1961). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmış ve ölçeğin kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir.

3.3.2. Kişisel Bilgi Formu: Anne ve çocuğa ilişkin sosyo-demografik bilgileri belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan bilgi formu, 11 maddeden oluşmaktadır.

3.4 Verilerin Toplanması

Araştırmada gereksinim duyulan veriler, veri toplama araçları engelli annelerine verilip, gerekli olanlara yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanarak, elde edilmiştir.

3.5 Verilerin analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical PackageforSocialSciences) for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır.

Depresyon ölçeğinden elde edilen puanların normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek örneklem Kolmogorov-Smirnov testi

sonucunda ölçeğin dağılımının normal dağılmadığı saptanmıştır. Ölçek normal dağılım göstermediği için istatistik değerlendirmelerde nonparametrik testler kullanılmıştır. Bunun için Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Mann-WhitneyU testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde fiziksel ve/veya zihinsel engelli çocuk annelerinin depresyon ölçeğinden elde edilen bilgiler ile araştırmacı tarafından hazırlanan genel bilgi formundan elde edilen bulgular yer almaktadır. Araştırmaya katılan annelerin demografik değişkenlere göre dağılımları Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1:Araştırmaya Katılan AnnelerinÇeşitli Değişkenlere İlişkin Dağılımı (n=60)

Demografik Özellikler	Çocuğu fiziksel ve zihinsel engelli olan anneler(n=30)		Çocuğu zihinsel engelli olan anneler(n=30)	
	Sayı	%	Sayı	%
Yaş				
25-35 yaş arası	19	63.3	19	63.3
36-45 yaş arası	11	36.7	11	36.7
Eğitim düzeyi				
Okur yazar ve altı	8	26.7	4	13.3
İlkokul mezunu	10	33.3	15	50.0
Ortaokul mezunu	8	26.7	5	16.7
Lise mezunu	4	13.3	6	20.0
Gelir düzeyi				
1000 TL – 2000 TL arası	18	60.0	18	60.0
2001 TL ve üzeri	12	40.0	12	40.0
Sigara kullanma durumu				
Evet	12	40.0	11	36.7
Hayır	18	60.0	19	63.3
Çocuğun engel türü				
Mentalretardasyon	-	-	11	36.7
Otizm	-	-	10	33.3
Downsendromu	-	-	9	30.0
Serebralpalsi	30	100.0	-	-
Çocuk sayısı				
1 çocuk	3	10.0	6	20.0
2 çocuk	15	50.0	11	36.7
3 çocuk	6	20.0	8	26.7
4 çocuk ve üzeri	6	20.0	5	16.6

Demografik Özellikler	Çocuğu fiziksel ve zihinsel engelli olan anneler (n=30)		Çocuğu zihinsel engelli olan anneler(n=30)	
	Sayı	%	Sayı	%
Çocuğun bakımında başka yardımcı olan				
Var	5	16.7	7	23.3
Yok	25	83.3	23	76.7
Eşle akrabalık bağı durumu				
Var	6	20.0	8	26.7
Yok	24	80.0	22	73.3
Çocuğun yaşı				
2-5 yaş arası	7	23.3	10	33.3
6-9 yaş arası	10	33.3	14	46.7
10-17 yaş arası	13	43.4	6	20.0
Çocuğun özel eğitim dışında başka okula gitme durumu				
Evet	8	26.7	18	60.0
Hayır	22	73.3	12	40.0
Çocuğun özel eğitim alma süresi				
2 yıl ve altı	9	30.0	8	26.7
3 yıl ve üzeri	21	70.0	22	73.3
Depresyon düzeyleri				
Minimal depresyon	7	23.3	14	46.7
Hafif düzeyde depresyon	14	46.7	10	33.3
Orta düzeyde depresyon	7	23.3	4	13.3
Şiddetli düzeyde depresyon	2	6.7	2	6.7

Araştırma dahilinde kişisel bilgi formunu ve anket sorularını yanıtlayan 60 annenin 30'u (%50.0) çocuğu fiziksel ve zihinsel engelli olan annelerden ve 30'u (%50.0) çocuğu zihinsel engelli olan annelerden oluşmaktadır. Fiziksel ve zihinsel engelli çocuğu olan annelerin 19'u (%63.3) 25-35 yaş arasında olduğu, 10'u (%33.3) ilkokul mezunu olduğu, 18'inin (%60.0) geliri 1000 TL – 2000 TL arasında olduğu, 18'i (%60.0) sigara kullanmadığı, 15'inin (%50.0) iki çocuğu olduğu, 25'ine (%83.3) çocuğunun bakımında kendisine yardım eden kimsenin olmadığı, 24'ünün (%80.0) eşyle arasında akrabalık bağı olmadığı, 13'ünün (%43.4) çocuğu 10-17 yaş arasında olduğu, 22'sinin (%73.3) çocuğu özel eğitim dışında başka okula gitmediği, 21'inin (%70.0) çocuğu 3 yıl ve üzeri özel eğitim almakta olduğu ve 14'ü (%46.7) hafif düzeyde depresyonlu olduğu görülmüştür.

Zihinsel engelli çocuğu olan annelerin 19'u (%63.3) 25-35 yaş arasında olduğu, 15'İ (%50.0) ilkokul mezunu olduğu, 18'inin (%60.0) geliri 1000 TL – 2000 TL arasında olduğu, 19'u (%63.3) sigara kullanmadığı, 11'inin (%36.7) çocuğu mentalretardasyon olduğu, 11'inin (%36.7) iki çocuğu olduğu, 23'üne (%76.7) çocuğunun bakımında kendisine yardım eden kimsenin olmadığı, 22'sine (%73.3) eşiyle arasında akrabalık bağı olmadığı, 14'ünün (%46.7) çocuğu 6-9 yaş arasında olduğu, 18'inin (%60.0) çocuğu özel eğitim dışında başka okula gitmediği, 22'sinin (%73.3) çocuğu 3 yıl ve üzeri özel eğitim almakta olduğu ve 14'ü (%46.7) minimal düzeyde depresyonlu olduğu görülmüştür.

Tablo 4.2: Çocuğu Fiziksel ve Zihinsel Engelli Olan Annelerin Depresyon lçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gruba Göre Dağılımı

	Ort. ve SS
Depresyon lçeği	14.93±7.55

Çocuğu fiziksel engelli olan annelerin depresyon lçeğinin ortalaması (14.93±7.55) olduğu saptanmıştır. **Ortama değere baktığımızda çocuğu fiziksel engelli olan annelerin hafif düzeyde depresyonlu olduğu görülmektedir.**

Tablo 4.3: Çocuğu Zihinsel Engelli Olan Annelerin Depresyon lçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gruba Göre Dağılımı

	Ort. ve SS
Depresyon lçeği	12.16±8.07

Çocuğu zihinsel engelli olan annelerin depresyon lçeğinin ortalaması (12.16±8.07) olduğu saptanmıştır. **Ortama değere baktığımızda çocuğu zihinsel engelli olan annelerin hafif düzeyde depresyonlu olduğu görülmektedir.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde birinci olarak “Annelerin çocuklarının sahip olduğu engel türü ile annelerin depresyon ölçeğinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.4: Annelerin Çocuklarının Sahip Olduğu Engel Türüne Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
<i>Depresyon ölçeği</i>	Fiziksel engelli	30	14.93	7.55			
	Zihinsel engelli	30	12.16	8.07	317.50	-1.96	.040*
	Toplam	60					

* $p < 0.05$

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi; annelerin çocuklarının sahip olduğu engel türüne göre gruplar arasında depresyon ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). **Depresyon ölçeği puanları açısından çocuğu fiziksel engelli olan annelerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [U=317.50, p=0.040]. Çocuğu fiziksel ve zihinsel engelli olan annelerin çocuğu zihinsel engelli olan annelere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde ikinci olarak “Çocuğu fiziksel engelli olan annelerin yaşları ile annelerin depresyon ölçeğinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.5: Fiziksel ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Yaşlarına Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Depresyon ölçeği</i>	25-35 yaş arası	19	15.47	7.25			
	36-45 yaş arası	11	14.00	8.33	83.00	-0.930	.372
	Toplam	30					

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi; çocuğu fiziksel ve zihinsel engelli olan annelerin yaşlarına göre depresyon ölçeğinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış yaş açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde üçüncü olarak “Çocuğu zihinsel engelli olan annelerin yaşları ile annelerin depresyon ölçeğinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.6: Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Yaşlarına Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
<i>Depresyon ölçeği</i>	25-35 yaş arası	19	11.31	7.02			
	36-45 yaş arası	11	13.63	9.83	95.00	-.410	.703
	Toplam	30					

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi; çocuğu zihinsel engelli olan annelerin yaşlarına göre depresyon ölçeğinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış yaş açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde dördüncü olarak “Fiziksel engelli çocuğu olan annelerin eğitim düzeyleri ile annelerin depresyon ölçeğinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.7: Fiziksel ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Eğitim Düzeyleri İle Annelerin Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>X²</i>	<i>p</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Depresyon ölçeği	Okur yazar ve altı	8	19.75	10.85				
	İlkokul mezunu	10	12.10	5.08				
	Ortaokul mezunu	8	12.87	6.40	3	5.61	.132	-
	Lise mezunu	4	16.50	.57				
	Toplam	30						

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi;fiziksel ve zihinsel engelli çocuğu olan annelerin eğitim düzeylerine göre depresyon ölçeğinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi yapılmış ve eğitim düzeyi açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde beşinci olarak “Zihinsel engelli çocuğu olan annelerin eğitim düzeyleri ile annelerin depresyon ölçeğinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.8: Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Eğitim Düzeyleri İle Annelerin Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi ile Karşılaştırılması

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>X²</i>	<i>p</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Depresyon ölçeği	Okur yazar ve altı	4	20.25	13.17				
	İlkokul mezunu	15	10.53	5.19				
	Ortaokul mezunu	5	10.00	3.87	3	3.78	.285	-
	Lise mezunu	6	12.66	11.02				
	Toplam	30						

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi;zihinsel engelli çocuğu olan annelerin eğitim düzeylerine göre depresyon ölçeğinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi yapılmış ve eğitim düzeyi açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde altıncı olarak “Fiziksel ve zihinsel engelli çocuğu olan annelerin gelir düzeyleri ile annelerin depresyon ölçeğinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.9: Fiziksel ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Gelir Düzeylerine Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
<i>Depresyon ölçeği</i>	1000-2000 TL arası	18	15.33	7.27			
	2001 TL ve üzeri	12	14.33	8.24	100.50	-.319	.750
	Toplam	30					

Tablo 4.9’da görüldüğü gibi; fiziksel engelli çocuğu olan annelerin gelir düzeylerine göre depresyon ölçeğinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış gelir düzeyi açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yedinci olarak “Zihinsel engelli çocuğu olan annelerin gelir düzeyleri ile annelerin depresyon ölçeğinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.10: Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Gelir Düzeylerine Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
<i>Depresyon ölçeği</i>	1000-2000 TL arası	18	14.11	9.23			
	2001 TL ve üzeri	12	9.25	4.97	70.00	-1.61	.113
	Toplam	30					

Tablo 4.10’da görüldüğü gibi; zihinsel engelli çocuğu olan annelerin gelir düzeylerine göre depresyon ölçeğinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış gelir düzeyi açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde sekizinci olarak “Fiziksel engelli çocuğu olan annelerin sigara içip içmedikleriyle annelerin depresyon ölçeğinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.11: Fiziksel ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sigara İçip İçmediklerine Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Depresyon ölçeği</i>	Evet	12	16.83	9.56			
	Hayır	18	13.66	5.83	95.50	-.532	.032*
	Toplam	30					

* $p < 0.05$

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi; fiziksel engelli çocuğu olan annelerin sigara içip içmediklerine göre gruplar arasında depresyon ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). **Depresyon ölçeği puanları açısından sigara içen annelerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [U=95.50, p=0.032]. Sigara içen annelerin sigara içmeyen annelere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde dokuzuncu olarak “Zihinsel engelli çocuğu olan annelerin sigara içip içmedikleri ile annelerin depresyon ölçeğinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.12: Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Annelerin Sigara İçip İçmediklerine Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Depresyon ölçeği</i>	Evet	11	14.09	9.48			
	Hayır	19	11.05	7.18	84.50	-.863	.037*
	Toplam	30					

* $p < 0.05$

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi; zihinsel engelli çocuğu olan annelerin sigara içip içmediklerine göre gruplar arasındadepresyon ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). **Depresyon ölçeği puanları açısından sigara içen annelerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [U=84.50, p=0.037]. Sigara içen annelerin sigara içmeyen annelere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde onuncu olarak “Fiziksel engelli çocuğu olan annelerin sahip olduğu çocuk sayısı ile annelerin depresyon ölçeğinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.13: Fiziksel ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sahip Olduğu Çocuk Sayısı İle Annelerin Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi ile Karşılaştırılması

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>X²</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Depresyon ölçeği	1 çocuk	3	14.66	3.21				
	2 çocuk	15	15.86	7.17				
	3 çocuk	6	10.16	7.16	3	2.35	.502	-
	4 çocuk ve üzeri	6	17.50	9.69				
	Toplam		30					

Tablo 4.13’de görüldüğü gibi;fiziksel ve zihinsel engelli çocuğu olan annelerin sahip olduğu çocuk sayısına göre depresyon ölçeğinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi yapılmış ve çocuk sayısı açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on birinci olarak “Zihinsel engelli çocuğu olan annelerin sahip olduğu çocuk sayısı ile annelerin depresyon ölçeğinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.14: Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sahip Olduğu Çocuk Sayısı İle Annelerin Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>X²</i>	<i>p</i>	<i>Anlamli fark</i>
Depresyon ölçeği	1 çocuk	6	10.00	3.22				
	2 çocuk	11	9.00	4.04				
	3 çocuk	8	12.62	9.63	3	7.57	.041*	4
	4 çocuk ve üzeri	5	21.00	11.13				
	Toplam	30						

*p<0.05

Tablo 4.14’de görüldüğü gibi; zihinsel engelli çocuğu olan annelerin sahip olduğu çocuk sayıları arasında depresyon ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [k-w=7.57; p=0.041]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığının hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. **Depresyon ölçeği puanları açısından 4 çocuğu ve üzeri olan annelerin aleyhine anlamlı bir fark vardır. Dört çocuğu ve üzeri olan annelerin diğer annelere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on ikinci olarak “Zihinsel engelli çocuğu olan annelerin çocuğunun engel türü ile annelerin depresyon ölçeğinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.15: Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Çocuğunun Engel Türü İle Annelerin Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>X²</i>	<i>p</i>	<i>Anlamli fark</i>
Depresyon ölçeği	Mentalretardasyon	11	12.81	8.23				
	Otizm	10	14.10	10.64				
	Downsendromu	9	9.22	3.07	2	1.97	.372	-
	Toplam	30						

Tablo 4.15’de görüldüğü gibi; zihinsel engelli çocuğu olan annelerin çocuklarının engel türüne göre depresyon ölçeğinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak

anlamli bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi yapılmış ve çocukların engel türü açısından anlamli bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on nc olarak ‘‘Fiziksel engelli çocuğu olan annelerin çocuğun durumu için kendine yardımcı olan bir yakınının olup olmaması ile annelerin depresyon leğinin puanları arasında anlamli bir farklılık var mıdır?’’ yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.16: Fiziksel ve Zihinsel Engelli ocuğu Olan Annelerin ocuğun Durumu Kendine Yardımcı Olan Bir Yakınının Olup Olmamasına Göre Grupların Depresyon leğinin Puanları Açısından ‘‘Mann Whitney U’’Testi İle Karşılaştırılması

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
<i>Depresyon leği</i>	Var	5	14.80	7.36			
	Yok	25	14.96	7.74	61.00	-.084	.933
	Toplam	30					

Tablo 4.16’da görüldüğü gibi; fiziksel engelli çocuğu olan annelerin çocuğun durumu için kendine yardımcı olan bir yakınının olup olmamasına göre depresyon leğinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamli bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış yardımcı kişinin olup olmaması açısından anlamli bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on dördüncü olarak ‘‘Zihinsel engelli çocuğu olan annelerin çocuğun durumu için kendine yardımcı olan bir yakınının olup olmaması ile annelerin depresyon leğinin puanları arasında anlamli bir farklılık var mıdır?’’ yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.17: Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Çocuğun Durumu Kendine Yardımcı Olan Bir Yakının Olup Olmamasına Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
<i>Depresyon ölçeği</i>	Var	7	10.57	3.59			
	Yok	23	12.65	9.02	76.50	-.197	.844
	Toplam	30					

Tablo 4.17’de görüldüğü gibi; zihinsel engelli çocuğu olan annelerin çocuğun durumu için kendine yardımcı olan bir yakınının olup olmamasına göre depresyon ölçeğinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış yardımcı kişinin olup olmaması açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on beşinci olarak “Fiziksel ve zihinsel engelli çocuğu olan annelerin eşleriyle arasında akrabalık bağının olup olmaması ile annelerin depresyon ölçeğinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.18: Fiziksel ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Eşleriyle Arasında Akrabalık Bağının Olup Olmamasına Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
<i>Depresyon ölçeği</i>	Var	6	18.66	8.98			
	Yok	24	14.00	7.06	54.50	-.912	.374
	Toplam	30					

Tablo 4.18’ de görüldüğü gibi;fiziksel ve zihinsel engelli çocuğu olan annelerin eşleriyle arasında akrabalık bağıllık olup olmamağına göre depresyon ölçeğinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış akrabalık bağı açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on altıncı olarak “Zihinsel engelli çocuğu olan annelerin eşleriyle arasında akrabalık bağının olup olmaması ile annelerin depresyon ölçeğinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.19: Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Eşleriyle Arasında Akrabalık Bağının Olup Olmamasına Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U”Testi İle Karşılaştırılması

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
<i>Depresyon ölçeği</i>	Var	8	8.75	5.41			
	Yok	22	13.40	8.61	57.50	-1.43	.152
	Toplam	30					

Tablo 4.19’ da görüldüğü gibi;zihinsel engelli çocuğu olan annelerin eşleriyle arasında akrabalık bağıllık olup olmamağına göre depresyon ölçeğinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış akrabalık bağı açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on yedinci olarak “Fiziksel engelli çocuğu olan annelerin çocuğunun yaşları ile annelerin depresyon ölçeğinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.20: Fiziksel ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Çocuğunun Yaşları ile Annelerin Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi ile Karşılaştırılması

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>X²</i>	<i>p</i>	<i>Anlamli fark</i>
Depresyon ölçęi	2-5 yaş arası	7	14.14	4.09				
	6-9 yaş arası	10	18.20	9.88				
	10-17 yaş arası	13	12.84	6.50	2	1.43	.488	-
	Toplam	30						

Tablo 4.20’de görüldüğü gibi; fiziksel ve zihinsel engelli çocuğu olan annelerin çocuklarının yaşları göre depresyon ölçeğinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi yapılmış ve çocukların yaşları açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on sekizinci olarak “Zihinsel engelli çocuğu olan annelerin çocuğunun yaşları ile annelerin depresyon ölçeğinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.21: Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Çocuğunun Yaşları ile Annelerin Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi ile Karşılaştırılması

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>Sd</i>	<i>X²</i>	<i>p</i>	<i>Anlamli fark</i>
Depresyon ölçęi	2-5 yaş arası	10	13.90	7.14				
	6-9 yaş arası	14	9.85	4.88				
	10-17 yaş arası	6	14.66	14.00	2	1.92	.382	-
	Toplam	30						

Tablo 4.20’de görüldüğü gibi; zihinsel engelli çocuğu olan annelerin çocuklarının yaşları göre depresyon ölçeğinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi yapılmış ve çocukların yaşları açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on dokuzuncu olarak “Fiziksel ve zihinsel engelli çocuğu olan annelerin çocukların özel eğitim okulu dışında başka okula gitme durumları ile annelerin depresyon ölçeğinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.22: Fiziksel ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Çocukların Özel Eğitim Okulu Dışında Başka Okula Gitme Durumlarına Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U”Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
<i>Depresyon ölçeği</i>	Evet	8	20.12	9.67			
	Hayır	22	13.04	5.80	57.50	-1.43	.150
	Toplam	30					

Tablo 4.21’ de görüldüğü gibi;fiziksel engelli çocuğu olan annelerin çocuklarının özel eğitim okulu dışında başka okula gitme durumlarına göre depresyon ölçeğinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış başka okula gitme durumu açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirminci olarak “Zihinsel engelli çocuğu olan annelerin çocukların özel eğitim okulu dışında başka okula gitme durumları ile annelerin depresyon ölçeğinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.22: Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Çocukların Özel Eğitim Okulu Dışında Başka Okula Gitme Durumlarına Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U”Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
<i>Depresyon ölçeği</i>	Evet	18	9.88	5.38			
	Hayır	12	15.58	10.29	70.50	-1.59	.111
	Toplam	30					

Tablo 4.22’ de görüldüğü gibi; zihinsel engelli çocuğu olan annelerin çocuklarının özel eğitim okulu dışında başka okula gitme durumlarına göre depresyon ölçeğinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış başka okula gitme durumu açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi birinci olarak “Fiziksel engelli çocuğu olan annelerin çocukların özel eğitim alma süreleriyle annelerin depresyon ölçeğinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.23: Fiziksel ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Çocukların Özel Eğitim Süresine Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
<i>Depresyon ölçeği</i>	2 yıl ve altı	9	15.00	3.67			
	3 yıl ve üzeri	21	14.90	8.79	75.50	-.854	.387
	Toplam	30					

Tablo 4.23’ de görüldüğü gibi; fiziksel engelli çocuğu olan annelerin çocukların özel eğitim süresi göre depresyon ölçeğinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış başka özel eğitim süresi açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi ikinci olarak “Zihinsel engelli çocuğu olan annelerin çocukların özel eğitim alma süreleri ile annelerin depresyon ölçeğinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.24: Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Çocukların Özel Eğitim Süresine Göre Grupların Depresyon Ölçeğinin Puanları Açısından “Mann Whitney U”Testi İle Karşılaştırılması

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
<i>Depresyon ölçeği</i>	2 yıl ve altı	8	14.25	7.94			
	3 yıl ve üzeri	22	11.40	8.17	65.50	-1.05	.290
	Toplam	30					

Tablo 4.24’ de görüldüğü gibi;zihinsel engelli çocuğu olan annelerin çocukların özel eğitim süresi göre depresyon ölçeğinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış başka özel eğitim süresi açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu araştırmada, fiziksel ve zihinsel engelli çocuk annelerinin depresyon düzeyleri ile zihinsel engelli çocuk annelerinin depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler karşılaştırılmıştır.

Araştırmada ilk olarak; fiziksel ve zihinsel engelli çocuk anneleriyle zihinsel engelli çocuk annelerinin depresyon düzeyleri karşılaştırılmış, zihinsel engelli çocukların tanısına göre annelerin depresyon düzeyleri incelenmiş ve her iki grubun da depresyon düzeyleri annenin yaşına, eğitim düzeyine, gelir düzeyine, sigara kullanma durumuna, çocuk sayısına, çocuğun bakımında başka yardımcının varlığına, eşle akrabalık durumuna, çocuğun yaşına, çocuğun özel eğitim dışında başka bir okula gidip gitmediğine ve çocuğun özel eğitim alma süresine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir.

Yapılan analizler sonucunda çocuğu fiziksel ve zihinsel engelli olan annelerin hafif düzeyde depresyonlu olduğu görülmektedir. Çocuğu zihinsel engelli olan annelerin hafif düzeyde depresyonlu olduğu görülmektedir. Annelerin, çocuklarının sahip olduğu engel türüne göre gruplar arasında depresyon ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Çocuğu fiziksel ve zihinsel engelli olan annelerin, çocuğu zihinsel engelli olan annelere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fiziksel ve zihinsel engelli çocuğu olan annelerin sigara içip içmediklerine göre gruplar arasında depresyon ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Sigara içen annelerin sigara içmeyen annelere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Zihinsel ve fiziksel engelli çocuğu olan annelerin sigara içip içmediklerine göre gruplar arasında depresyon ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Sigara içen annelerin sigara içmeyen annelere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Zihinsel engelli çocuğu olan annelerin sigara içip içmediklerine göre gruplar arasında depresyon ölçeği puanı açısından anlamlı

fark bulunmaktadır. Sigara içen annelerin sigara içmeyen annelere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Zihinsel engelli çocuğu olan annelerin sahip olduğu çocuk sayıları arasında depresyon ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Dört çocuğu ve üzeri olan annelerin diğer annelere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda çocuğu fiziksel ve zihinsel engelli olan annelerin, çocuğu zihinsel engelli olan annelere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Altındağ da araştırmasında, annelerde mevcut olan psikolojik sıkıntı düzeyinin, çocuklarında görülen fiziksel yeti yitimi ile ilişkili olduğunu işaret etmiştir (Altındağ Ö. ve ark. ,2007). Breslau ve arkadaşları, 369 engelli ile 456 engelli olmayan çocuğun annesi ile görüşmüş ve engelli çocukların annelerinin daha fazla anksiyete ve depresyonlarının olduğunu, bağımlılığın artışıyla bu oranların da arttığını bildirmişlerdir Çocuğun işlevsellik düzeyinin, annenin durumu etkilediğini eklemiştir. (Breslau N, ve ark. 1982). Erikson ve Upshur (1989) engelliliği olan ve olmayan 202 çocuğun anneleriyle yaptıkları çalışmalarında, bakımın zorluğunun ve bakım için harcanan zamanın artmasıyla yük arasında anlamlı ilişki bulduklarını bildirmişlerdir. Akkök, Aşkan ve Karancı(1992), engelin derecesinin stresi etkileyen önemli bir faktör olduğuna değinmişlerdir.

Araştırmamız bulgularından farklı olarak ailelerle yapılan bir çalışmada Saddler ve arkadaşları ise 48 SP'li, 46 diabetli ve 45 sağlıklı çocuğun aileleriyle yaptıkları araştırmalarında bu üç grup arasında fark bulamamışlardır.

Raina ve arkadaşları Ontorio, Kanada'da 19 farklı bölgeden, 468 SP'li çocuk ve ailesiyle yaptıkları çalışmalarında bakım verenlerin iyilik hallerinin yordayıcılarının çocuğun davranışları, bakım gereksinimleri ve aile işlevleri olduğunu tespit etmişlerdir.

Ailelerle yapılan bir çalışmada ise F. Dereli ve S. Okur (2008) çocuklarında zihinsel ve fiziksel engellilik olan ailelerin depresyon puanlarının yalnız zihinsel ya da yalnız fiziksel özrü olanlara göre yüksek olduğunu; ancak çocuğun özür durumu ile ailelerin depresyon düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlılık olmadığını bildirmişlerdir.

Hayden ve Goldman, Rodriguez ve Murphy' nin yaptıkları çalışmada, zihinsel engelli çocuk annelerinin engelli ebeveynleri içinde en fazla stres yaşayanlar olduğu bulunmuştur. (Hayden M F. & Goldman J. 1996 ; Rodriguez CM. , Murphy LE. 1997).

Uğuz ve diğerleri (2004)'e göre; serebral palsi, mental retardasyon, otizmlı çocuğa sahip annelerin depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmazken, otizm, serebral palsi, down sendromlu çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Araştırmamızda zihinsel engelli çocuğu olan annelerin çocuklarının engel türüne göre depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Mutlu, Akmeşe ve Günel (2010), zihinsel engelli çocukların mani düzeyinin artması ile anne babaların daha karamsar , depresif olduğu ve stres düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise çocuğun davranış sorunları ile bakım verenin fiziksel, psikolojik sağlığı, benlik saygısı ve stresle başa çıkabilme yetisi arasında tersine bir ilişki bulunmuştur.(Raina P ve ark. ,2005). Çocukların zihinsel engellilik oranları arttıkça annelerin depresyon tanısı almaları artmaktadır. Zekâ geriliği düzeyi ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Hafif ve orta derecedeki çocuklar kendi bakımlarını kısmen yapabiliyorken, ağır düzeyde zekâ geriliği olan çocuklar, genellikle annelerine bağımlı yaşam sürdürmektedirler. Bu durumda annelerin depresyon düzeyini arttırmaktadır (Şengül ve Baykan, 2013). Zekâ geriliği olan çocuklara sahip ebeveynlerde, çocukların mani oranı ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (Uğuz ve ark., 2004). Hawling (1987)'e göre; otizmlı çocuğun gece geç saate kadar uyumaması, tuvalet eğitimi almaya direnç göstermesi, değişmez rutinleri takip etmeye gereksinim duyması, kendi kendine uygun bir şekilde oyun oynayıp zaman geçirememesi gibi otistik özelliklerinin belirgin hale gelmesi, anne babanın stresini arttırabilir (Akt. Girli, 2004). Bu sonuçlara göre araştırmamızda sadece zihinsel engelli olan çocuğu olan annelerin depresyon puanlarının düşük çıkması çocuklarının zihinsel engellilik düzeylerinin düşük olması ile açıklanabilir.

Araştırmamızda zihinsel ve bedensel engelli annelerin hafif düzeyde depresif belirtilerinin olması ise annelerin özürlü bir çocuğa sahip olmaktan dolayı yıpransalar da, zamanla kabul etme, koruma ve başa çıkma davranışları geliştikçe, çocuktan doyum sağlama ve bu şekilde mutlu olmayı kendilerine yaşam stili olarak benimsemiş olabilmeleriyle açıklanabilir. (Erturan, Akbağ 1997).

Araştırmamızda zihinsel ve fiziksel engeli olan çocuk annelerinin depresyon düzeyleri ile annelerin yaşları arasında ilişki bulunmamıştır. Aynı şekilde zihinsel engelli çocuk sahibi annelerin depresyon düzeyleri ile yaş ilişkili bulunmamıştır. Bu sonucu destekler şekilde Ergin D. ve ark. (2007) Annenin yaşının depresyon düzeyleri üzerine etkili olmadığını saptamışlardır. Ancak Freidrich ve arkadaşları 112 gelişme geriliği olan çocuğun annesiyle yaptıkları gözlemsel araştırmalarında, depresyon oranlarının zaman içinde arttığını belirlemişlerdir. (Friedrich WN ve ark. 1985)

Zihinsel engelli çocuğu olan annelerin eğitim düzeylerine göre depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Çocuğu fiziksel ve zihinsel engelli olan annelerin eğitim düzeylerine göre depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Araştırmamızda çocuğu zihinsel engelli olan annelerin eğitim durumları çocuğu fiziksel engelli olan annelerden daha yüksektir. Eğitim düzeyi daha iyi olan zihinsel engelli annelerin depresyon düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Bu sonucu destekleyen başka çalışmalar da mevcuttur. Karadağ (2009)'ın çalışmasında da annelerin eğitim düzeyinin artmasının aileden algılanan sosyal destek düzeyini anlamlı derecede artırdığı, umutsuzluk düzeyini azalttığı ve aralarında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Okul yıllarında geliştirilen problem çözme becerilerinin eğitimde yer alması, bireylerin eleştirel, bilimsel, yaratıcı düşünme gibi üst düzey düşünme becerilerini geliştirdiği ve bireyin psikolojik uyumu, kendine güveni gibi faktörlerle yakından ilişkili olduğu bulunmuştur. (Erden ve Akman 2007; McCabe, Blankstein ve Mills 1999). Raina ve ark. (2005)'nın yaptığı bir çalışmada stresle başa çıkma tekniklerini etkili kullanan ve aile işlevleri iyi olan bakıcıların fiziksel ve psikolojik sağlığının daha iyi olduğu belirlenmiştir. Yapılan başka çalışmalarda ise annelerin eğitim düzeyi arttıkça ruhsal belirti gösterme durumunun azaldığı ve eğitim düzeyinin ruhsal belirti gösterme

durumunu etkilemediği tespit edilmiştir. (Al-Kuwari 2007; Coşkun ve Akkaş 2009; Dereli ve Okur 2008; Fırat ve ark. 2002; Tsai ve Wang 2009; Uyaroğlu ve Bodur 2009).

Literatüre bakıldığında araştırmacılar tarafından, engelli çocuğa sahip annelerin büyük çoğunluğunun genç yetişkin, annelerin büyük bir çoğunluğunun ilköğretim mezunu, dolayısıyla annelerin eğitim düzeylerinin çok düşük ve büyük çoğunluğunun ev hanımı, babanın işçi olduğunu, büyük bir oranda eşler arasında akrabalık olmadığını ve aynı zamanda ailenin düşük-orta gelirli, ailelerin çoğunluğunun sağlık güvencesi olduğu bulunmuştur.(Özsoy S. ve ark. 2006; Gökcan K. ve ark. 1999 ; Şen E. ,2004; Işıkhan V.ve ark. ,2003; Okanlı A. ve ark. ,2004).

Yoksul insanların engelli olma olasılıkları yüksektir. Yoksul bir insanın engelli bir çocuğunun olması ise ailenin yoksulluğunu daha da artırmaktadır. Türkiye Özürlüler Araştırması (2002) raporunda eğitim düzeyi düşük, sosyal güvenlik olanakları az, gelir durumu kötü olan bir engelli kitlesinin mevcut olduğu bildirilmiştir (Özcebe H. ,2008). Araştırmamızda zihinsel ve/veya fiziksel engelli çocukları olan annelerin depresyon düzeyleri ile sosyoekonomik düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak genel olarak her iki grubun da sosyoekonomik düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir.

Sigara içilmesi ile depresyon arasında ilişki vardır. Bu ilişki kadınlar arasında daha belirgindir. Yeni Zelanda'daki bir çalışmada sigara içen yetişkin kadınların %63.2'sinde depresyon belirtileri olduğu saptanmıştır. Öte yandan 3200 hastanın incelendiği bir başka çalışmada da depresyon belirtileri gösteren hastaların %74'ünün sigara içen kişiler olduğu bulunmuştur. Görüldüğü gibi sigara kullanımı ile depresyon ilişkisi iki yönlü bir ilişkidir. Bir yönde depresyondaki hastalar arasında sigara içenler daha fazla bulunurken, diğer yönde sigara içenler arasında depresyon belirtilerinin daha fazla olduğu görülmektedir(Bilir N. , 2008). Araştırmamızda Sigara içen fiziksel ve zihinsel engelli çocuk annelerinin sigara içmeyen annelere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde sigara içen zihinsel engelli çocuk annelerin sigara içmeyen annelere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Şahin E. ve ark.(2016) mavi yakalı kadınlar ile ev

kadınlarının ruhsal durumlarını inceledikleri çalışmalarında kadınların beşte birinin sigara içmekte olup sigara içenlerde içmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da daha fazla ruhsal bozukluk belirtisi saptamışlardır. Nalbantoğlu benzer şekilde sigara içenlerde içmeyenlere göre daha fazla ruhsal bozukluk belirtisi saptamıştır.

Çalışmamızda fiziksel ve zihinsel engelli çocuk annelerinin depresyon düzeyleri ile çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu sonuca göre sağlıklı diğer çocukların varlığının annelere olumlu açıdan bir destek, teselli sağlamış olabileceği söylenebilir. Zihinsel engelli çocuğu olan annelerde dört çocuğu ve üzeri olanların diğer annelere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Dereli ve Okur (2008)'un çalışmasında da çocuk sayısı fazla olan anne-babaların depresyon düzeylerinin yüksek olduğu ancak istatistiksel bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Fırat ve ark. (2002)'nin yaptıkları çalışmada ise çocuk sayısının fazla olmasının otizmlili çocuğu olan annelerin ruhsal durumlarını etkilemediği bulunmuştur. Diğer sağlıklı çocukların varlığı annelere teselli olsa da, 4 ve üzeri çocuğu olan zihinsel engelli çocuk annelerinin depresyon düzeylerini, zihinsel engelli çocuğun davranış sorunları, mani düzeyi ile çocuk sayısının fazla olmasıyla oluşan yük etkilemiş olabilir.

Stresle baş etme, problem çözme, ruhsal hastalıklardan korunma ve sosyal destek ilişkisini konu edinen hemen hemen tüm araştırmacılar, baş etmede sosyal desteğin çok önemli bir rolü olduğu fikrinde birleşmişlerdir. Eker ve Arkar (2001)'in da belirttiği gibi özellikle yakın kişilerden (aile ve arkadaşlar gibi) algılanan sosyal destek, sağlığın yordayıcısıdır. Gittikçe daha fazla sayıda uzman, toplum içinde ruh sağlığı bakımı yaklaşımının bir sonucu olarak, aile, arkadaş ve yakın çevrenin sağladığı doğal destekten yararlanmaya yönelmişlerdir. Doğal destek sistemlerinin, psikolojik sorunların çözümünü kolaylaştırma veya zorlaştırmada önemli rol oynadıkları belirtilmektedir. Duygun ve Sezgin (2003)'in araştırmasına göre engelli/farklı çocuk ailelerinin diğer ailelere kıyasla daha az sayıda arkadaşları vardır ve aile uyumlarının zayıf olması nedeniyle yaşamlarında sosyal destek önemlidir.

Araştırmamızda fiziksel ve zihinsel engelli çocuğu olan anneler ile zihinsel engelli çocuğu olan annelerin çocuğun bakımında , kendine yardımcı olan bir yakınının olup olmamasına göre depresyon ölçeğinin puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Ancak genel olarak yanıtlarda çocuğun bakımı için yardımcı destek olmadığı söylenebilir ve bu durum her iki grubun da depresyon düzeylerini etkilememiştir. Sencar (2007) da, otistik çocuğa sahip anneler- babaların ilk sırada destek aldıkları kimsenin bulunmadığını, ikinci sıra ise eşlerinden destek aldıklarını bulmuştur. Barakat ve Linney spina bifidalı 29 ve mental retardasyonu olan fakat engelli olmayan 28 çocuğun ailesi ile yaptıkları araştırmalarında, sosyal desteğin artması ile annenin psikolojik uyumu arasında ilişki belirlemişler, ayrıca annenin uyumunun artmasıyla çocuğun uyumunun da arttığını bildirmişlerdir.(Barakat LP, Linney JA.,1992)

Yapılan çalışmalarda eş ya da yakınları tarafından sosyal destek alan annelerin almayanlara göre anlamlı düzeyde stresle başa çıkma düzeylerinin yüksek, ruhsal durumlarının iyi olduğu bildirilmiştir (Azar Dea ve Kurdahi Badr 2010; Coşkun ve Akkaş 2009; Tsai ve Wang 2009; Uyaroğlu ve Bodur 2009). Ailelerle yapılan bir çalışmada da ailelerin büyük çoğunluğun sosyal çevresinden destek görmediği bulunmuştur. (Lafçı D. ve ark. ,2014). Araştırmamızda her iki grubun da kendilerine yardımcı olan yakınlarının olup olmaması ile depresyon puanlarının ilişkili bulunamaması, engellilik durumunda anne- çocuk bağının daha fazla gelişmesi ve çocuğun anneye bağlı kalması ve bağımsız hareket etme düzeyinin az olması ile açıklanabilir. Annenin de bakım için kendini sorumlu görmesi, diğer kişilere güvenememesi, çocuğundan ayrılmak istememesi ile bu durumun depresyon düzeyini etkilemediği söylenebilir.

Araştırmamızda zihinsel engelli çocuğu olan annelerin çocuklarının yaşlarına göre depresyon ölçeğinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Aynı şekilde fiziksel ve zihinsel engelli çocuğu olan annelerin çocuklarının yaşları göre depresyon ölçeğinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Birleşik Arap Emirlikleri'nde yapılan bir çalışmada ise çocuğun yaşı ilerledikçe anne babanın stres ve psikiyatrik belirti gösterme durumunun anlamlı şekilde azaldığı (Khamis 2007) ve Kaner (2004)'in

çalışmasında da çocuğunun yaşı küçük olan annelerin stres düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Yapılan araştırma sonuçlarına bakıldığında, çocuğun yaşının artmasıyla birlikte yerine getirmesi gereken rolleri yerine getirememesi ailedeki stresin artmasına neden olmaktadır (Gallagher ve ark, 1983; Girli, 1995; Floyd ve Gallagher, 1997; Orr ve ark, 1993). Annenin kendi yapması gereken sorumluluklarının yanı sıra engelli çocuğunun da ihtiyaçlarının yaşla birlikte artması, çocuğun fonksiyonlarını yerine getirememesi yine ailedeki stresin artmasına neden olduğu araştırmalarla ortaya konmuştur (Oh ve Lee, 2009; Sarı, 2007). Firat ve ark. (2002)'nin çalışmasında anlamlı farklılık olmamasına rağmen, yaşı küçük otizmlili çocuğu olan annelerin depresyon, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin, yaşı büyük zihinsel engelli çocuğu olan annelerden daha düşük olduğu bildirilmiştir.

Başlangıçta anneler hastalığın getirdiği belirsiz yapı nedeniyle bu sorunla nasıl baş edecekleri konusunda bilgisizken, çocuğun büyümesi ve eğitim aldığı sürenin uzaması ile zorluklarla nasıl baş edecekleri konusunda deneyim kazanabilmektedirler. Çocukla geçirilen sürenin artması, annelerin çocuklarının sorunlarını anlayabilme ve var olan belirsizlikleri kontrol altına alabilme becerilerini arttırmaya yardımcı olduğu ve kaygı düzeylerini azalttığını söyleyebilmek mümkündür.

Annelerin arkadaşlığa, dostluğa, yalnız olmadıklarını hissetmeye ve duygusal desteğe ihtiyaçları vardır. Sosyal destek ağının genişliği arttıkça stresle başa çıkma daha başarılı olmaktadır. Sosyal desteğin olumlu etkileri hakkında değişik teoriler öne sürülmektedir. Ailelerin zorluklarla baş etmelerini olumlu yönden etkileyen en önemli faktörlerden biri de eğitimidir. Eğitim bireylerin zorluklarla baş etmesi için gerekli olan en önemli destek sistemlerinden biridir. Eğitim ailelerin içinde buldukları duruma uyum sağlamaları, kendilerine ve çocuklarına ilişkin duygu ve düşüncelerini anlamalarını ve çocuklarını yetersiz yönleri ile kabul etmelerine yardımcı olabilir, anne babaların çocuklarının gereksinimlerine yanıt verebilme yeteneğini artırarak, endişelerinin ve suçluluk duygularının azalmasını sağlayabilir. Anneler, eğitim düzeylerinin artışıyla birlikte problem çözme becerilerini de geliştirerek engelli çocuklarına dair karşılaştıkları sorunlara çözüm geliştirmede genellikle daha başarılı olabilirler (Conk ve Yıldırım 2005; Çoşkun ve Akkaş 2009). Araştırmamızda fiziksel engelli çocuğu olan annelerin ve zihinsel engelli çocuğu olan annelerin çocuklarının

özel eğitim süresi göre depresyon ölçeğinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür . Ancak her iki grubun depresyon düzeylerinin düşük çıkmasıyla çocukların özel eğitim alma sürelerinin üç yıl ve üzeri olması ilişkilendirilebilir. Conk ve Yıldırım'ın (2005) yapmış olduğu çalışmada, çalışma grubundaki anne ve/veya babalarla 1 ay boyunca haftanın beş günü yapılan eğitim programı sonrası, çalışma grubundaki anne ve/veya babaların eğitim öncesi ile eğitimden sonraki birinci ve ikinci Çaresiz Yaklaşım puanları ile Boyun Eğici Yaklaşım puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca bireysel yâda kurumsal olarak çeşitli şekillerde sağlanan çevre desteğinin önemi çeşitli araştırmalarla da vurgulanmıştır (Gowen ve ark. 1989, RydeBrandt 1991, Kazak, Marvin 1984).

Bıçak (2009)'ın araştırma sonuçlarında da ebeveynlerin stres düzeylerinin yordanmasında aile rehberliği (eğitim desteği) almanın önemli bir yordayıcı olduğu bulunmuştur. Rasmussen (2000) ise ailelerin tanıyı aldıktan sonra özellikle doktor, eğitimci, terapist v.b. kişi ve kurumlardan aldıkları desteğin, tanının getirdiği stresi azalttığını ve çocuklarıyla olumlu ilişki kurmayı geliştirdiğini bulmuştur.

ÖNERİLER

Tanı aşamasında birçok anne çocuğuna konulan tanının ne anlama geldiğini bilmemekte ve çaresizlik hissetmektedir.Tanı ile birlikte birinci basamak olarak doktorların bilgilendirmesi ikinci basamak olarak özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerindeki uzmanların detaylı bilgilendirmeleri gerekmektedir. Her çocuk gibi engelli çocukların da gelişimleri için eğitim gereklidir. Çocukların gelişimlerinin daha hızlı olabilmesi için anneleri de derse katarak eğitmek, annelerin evde de bu şekilde eğitime devam edip, daha hızlı ilerleme kaydedilmesini sağlamasına ve annelerinde

çocukları için yapacakları bir şeyler olduğunu bilip bu duruma kendileri de yardımcı olduklarında kendilerini daha iyi hissedebileceklerdir. Fiziksel ve zihinsel engelli çocuğu olan SP'li çocukların yaşına, klinik tipine, ekstremitte dağılımına, lezyonun yerine ve şiddetine göre, görme, işitme, algılama, gibi başka ek problemlerin varlığına göre tedavi süreci uzamaktadır ve cerrahi müdahaleler olabilmektedir. Bu sebeple annelere, çocuklarının fizyoterapisinde neler yapması gerektiği ve kullanılan cihazlar, ameliyatlara hakkında bilgilendirilme sağlanmalı, zihinsel gelişim için dil konuşma, öz bakım, sosyal beceriler hakkında bilgiler verilmelidir. Zihinsel engelli çocuk anneleri de çocuğun zihinsel gelişimi, dil konuşma, öz bakım, sosyal beceriler, davranış sorunları hakkında bilgilendirilmeli ve doğru davranışların oluşturulması konusunda eğitim alınan kurumlarla iş birliği içerisinde olunmalıdır.

Her iki grup anneleriyle motivasyon görüşmeleri yapılmalı ve grup terapilerinde aynı sorunları olan çocuk anneleriyle bir araya gelmeleri sağlanmalı ve sosyal etkinlikler planlanmalıdır.

Çocuğun bakımında yardım alan annelerin daha olumlu duygular yaşadığı görülmektedir. Bu konuda babaların her alanda çocukların bakımlarına katılımlarının artması için yetkili kurumlar tarafından destek görüşmeleri yapılmalı, çeşitli etkinlikler, yarışmalar düzenlenmelidir. Annelere doğru ve etkili iletişim yöntemlerinin yer aldığı eğitimler verilmeli içinde buldukları durumu, çaresizlik ve kızgınlıklarını doğru ifade edebilmeleri ve sağlıklı problem çözme stratejileri geliştirmeleri sağlanmalıdır. Bu araştırma da kullanılan örneklemin sınırlılığı nedeniyle bazı analizlerde anlamlı sonuçlara ulaşılamamıştır. Ancak bazı değerlerin anlamlılığa çok yakın olması daha büyük örneklerle bu tarz çalışmaların tekrarlanmasının yararlı olacağını düşündürmektedir.

KAYNAKÇA

Abramson, L. Y. , Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. 1978, Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology*, 87(1), 49-74.

Aicardi J, Bax M. 1998 , Cerebral palsy. In: Aicardi J, editors. *Diseases of the Nervous System in Childhood*. London: Mac Keith Pres;p: 210-40.

Ainsworth MS, Blehar MC, Waters E, Wall S., 1978, "Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Oxford, England: Lawrence Erlbaum.

Akiskal HS., 2000, Mood disorders. İntroduction and overwiev. İn: BJ Sadock, VA Sadock (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry Seventh edition*. Baltimore:Lippincott Williams and Wilkins ; 1284-98

Akkök F. 1989 "Özürlü Bir Çocuğa Sahip Anne-Babaların Kaygı Ve Endişe Düzeyini Ölçme Aracının Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması". *Psikoloji Dergisi* ;23: 26-39.

Akkök F. 1994, "Özürlü Bir Bir Çocuğa Sahip Anne-Babaların Benlik Kavramlarına İlişkin Bir Ön Çalışma", *Özel Eğitim Dergisi*. Cilt: 1, Sayı: 4 ; 10-12.

Albright, A.L. 1996, “Cerebral Palsy and movement disorders, Journal of Child Neurol”. 1996; 11, 29-36.

Al-Kuwari, M. G. 2007, “ Psychological health of mothers caring for mentally disabled children in Qatar”. Neurosciences, ; 12: 312317.

Altındağ Ö, İşcan A, Akcan S, Köksal S, Erçin M, Ege L. 2007, “Serebral Palsili Çocukların Annelerinde Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri”. FTR – Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi ;53: 232-41.

Andrade, L., Caraveo-anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., Graaf, R. D., Vollebergh, W., ... & Wittchen, H. U. 2003. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. International journal of methods in psychiatric research, 12(1), 3-21.

Angst, J. 1992, “Epidemiology of depression”. Psychopharmacology, 106(1), S71-S74.

Anlar B. , Serdaroğlu A. ,Yakut A. 2008,”Gelişimsel Çocuk Nörolojisi”, Ankara 114-126

Azar Dea, M., Kurdahi Badr, L. 2010, “Predictors of coping in parents of children with an intellectual disability: Comparison between lebanese mothers and fathers”. Journal of Pediatric Nursing, 25: 46–56

Bahar, A. , Bahar, G. , Savaş, H. A. ve Parlar, S. 2009,” Engelli çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi”. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:4, Sayı:11 S: 97-112.

Barakat LP, Linney JA. 1992, “Children with physical handicaps and their mothers: The interrelation of social support, maternal adjustment, and child adjustment”. J Pediatr Psychol 17:725-739.

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.

Beck A.T .1961, “An inventory for measuring depression”. Arch Gen Psychiatry, 4:561-571.

Beck, A. T. 1967. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects (Vol. 32). University of Pennsylvania Press.

Bıçak, N. 2009, “Otizmli Çocukların Annelerinin Yaşadıklarının Belirlenmesi”. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Bilal, E. ve Dağ, İ. 2005, “Eğitilebilir Zihinsel Engelli Olan Ve Olmayan Çocukların Annelerinde Stres, Stresle Başa Çıkma Ve Kontrol Odağının Karşılaştırılması”. Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi, 2(2),56-68.

Bilir Nazmi. 2008, “Sigara ve Beyin”. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sağlık Bakanlığı. Ankara. Yayın No: 731 .

Bleichmar, H. B. 1996, “Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment”. The International journal of psycho-analysis, 77, 935- 961.

Bowlby J., 1977. “The making and breaking of affectional bonds”. London, England:Tavistock Publications

Breslau N, Staruch K S, Mortimer E A. 1982, “ Jr. Psychological distress in mothers of disabled children”. Am J Dis Child 136:682-686.

Brenner, C. 1991, “A psychoanalytic perspective on depression”. Journal of the American Psychoanalytic Association, 39(1), 25-43.

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.

Carvalho, J. P. & Hopko, D. R. 2011, ”Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression”. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 42(2), 154-162.

Cavkaytar, A. , Batu, S. ve Çetin, O.B. 2008, “Perspectives of Turkish mothers on having a child with developmental disabilities”. International Journal of Special Education, 23(2), 101-109.

Cimete G, Kuğuoğlu S.2002, “Çocuklarını Kanser Nedeniyle Kaybeden Ailelerin, Kayıp Öncesi ve Sonrası Yaşadıkları Keder Süreci”. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 3 (1): 34-44

Cimilli C. 2001, “Depresyonda Sosyal ve Kültürel Etmenler”. Duygu Durumu Bozuklukları- 4. Çizgi Tıp yayınevi, Ankara. 157-68.

Conk, Z. & Yıldırım, F. 2005, “Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğa Sahip Anne/Babaların Stresle Başa Çıkma Tarzlarına ve Depresyon Düzeylerine Planlı Eğitimin Etkisi”. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9(2), 1-10.

Coşkun, Y., Akkaş, G. 2009, “Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. KEFAD, 10: 213-227.

Deniz, M. E., Dilmaç, B. ve Arıcak, O.T. (2009). “Engelli Çocuğu Sahip Olan Ebeveynlerin Durumluk-Sürekli Kaygı ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi”. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 6(1), 953-968.

Dereli, F. & Okur, S. 2008. “Engelli Çocuğu Sahip Olan Ailelerin Depresyon Durumunun Belirlenmesi”, Yeni Tıp Dergisi, 25, 164–168.

Doğan O. , Gülmez H. , Ketenoğlu C. , Kılıçkap Z. , zbek H. , Akyüz G. 1995, “ Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi”, Sivas, Dilek Matbaası.

Donelan K, Falik M, DesRoches C. 2001, “Caregiving: Challenges and implications for women’s health”. Womens Health Issues 11:185-200.

Dost Yaşam 2001, “Down Sendromu Nedir? “<http://www.dostyasam.org>

Dökmen, Z. 2012, “Yakınlarına Bakım Verenlerin Ruh Sağlıkları ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiler”. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 3(1), 3-38.

Duygun, T. ve Sezgin, N. 2003, “Zihinsel Engelli ve Sağlıklı Çocuk Annelerinde Stres Belirtileri, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Algılanan Sosyal Desteğin Tükenmişlik Düzeyine Olan Etkisi”. Türk Psikoloji Dergisi, 18 (52), 37 – 52

DSM V. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı,Beşinci Baskı (DSM 5), Tanı lçtleri Elkitabından, çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.

Dyson L.1997, “Fathers And Mothers Of School-Age Children With Developmental Disabilities: Parental Stres, Family Functioning And Social Support, Am J Ment Retard 102, 267-279.

Dykman, B. M. 1998, "Integrating cognitive and motivational factors in depression: initial tests of a goalorientation approach". Journal of Personality and Social psychology, 74(1), 139-158.

Eker, D. , Arkar, H. ,ve Yaldız, H. 2001, "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği". Türk Psikiyatri Dergisi, 12(1),17-25.

Erden, M. ve Akman, Y. "Eğitim Psikolojisi: Gelişim Öğrenme-Öğretme. Arkadaş Yayın Dağıtım, Ankara, 2007; 1-272.

Erickson M, Upshur CC.1989, "Caretaking Burden and Social Support: Comparison of Mothers of Infants with and Without Disabilities". Am J Ment Retard 94:250-258.

Ergin D. , Eryılmaz N. , Pekuslu S. , Şen N., Kayacı M. 2007, "Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Depresyon Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" . Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10: 1

Eripek, S., "Zihinsel Engelli Çocuklar". 2. Basım, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1996.

Erturan N. , Akbağ M. 1997, " Spastik, Otistik ve Zihinsel Engelli Çocukların Annelerinin ve Kardeşlerinin Kaygı Düzeyleri Arasındaki ilişkinin İncelenmesi". M Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi. Sayı: 9, 227-236.

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.

Fine M. & Asch A. 1998, “Disability beyond stigma: Social interaction, discrimination, and activism”. J Soc Issues 44:3-21.

Floyd, F.J.& Gallagher, E.M. 1997, “Parental Stress, Care Demands, and Use of Support Services for School Age Children With Disabilities and Behavior Problems. Family Relations, 46(4),359-372.

Friedrich WN, Wiltner LT, Cohen DS. 1985, “Coping resources and parenting mentally retarded children”. Am J Ment Defic 90:130-139.

Gallagher, J.J., Beckman, P. & Cross, A.H. 1983“Families of handicapped children: Sources of stress and its amelioration”. Exceptional Children, 50(1),10-19.

Genbilim.(2016).DownSendromu <http://www.genbilim.com>

Girli, A. 1995, “Normal Zekalı Kardeşlerin Zihinsel Engelli Kardeşe Yönelik Kabul Düzeyinin Belirlenmesi”. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Girli, A. 2004, “ Otistik Çocuklar Ve Aileleri Aile Eğitim Programları: Kuramsal Yaklaşımlar Ve Uygulamalar”. İzmir: Işık Özel Eğitim Yayınları.

Gowen, Jean W. , N. J. Martin , B. D. Goldman; M. Appelbaum. .1989, "Feeling of Depression and Parenting Competence of Mothers of Handicapped and Nonhandicapped Infants: A Longitudinal Study". American Journal on Mental Retardation. Vol. 94. No: 3, pg: 259-271.

Gökcan K. , Çatak A. ve Olgun B. 1999, "Türk Spastik Çocuklar Derneği Zonguldak Şubesi Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi Türk Spastik Çocuklar Derneği Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezine Kayıtlı Olan ve Kozlu Beldesinde İkamet Eden Özürlü Ailelerin Aile Yapılarının İncelemesi. Zonguldak.

Hayden M F. &Goldman J. 1996, "Families Of Adult With Mental Retardation: Stress Levels And Need For Services". Social Work 6: 657-68

Hisli N. 1989, "Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği". Psikoloji Dergisi, 7:3-13.

Holmes Am. 2003, "The Effect Of Chronic İllness On The Psychological Health Of Family Members, J Ment Health Policy Econ. Mar;6(1), 13-22.

Hodapp, M. R. , Ly, M. T., Fidler, J. D. ve Ricci, A. L. 2001. "Less Stress, More Rewarding:Parenting Children With Down Syndrome". Parenting: Scienceand Practice, 1 (4), 317-337.

Hodge, D. , Hoffman, C.D. ve Sweeney, D.P. 2011, "Increased psychopathology in parents of children with autism: genetic liability or burden of caregiving?" Journal of Developmental and a Physical Disabilities, 23; 227-239.

Horwath, E. , Cohen, R. S., & Weissman, M. M. 2002, “Epidemiology of Depressive and Anxiety Disorders”. Textbook in Psychiatric Epidemiology, 389-426.

Işık E. , Işık U. , Taner Y., “Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar” Ziraat Gurup Matbaacılık, Ankara.2013

Işıkhan V. , Ünay B. 2003, “Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi”. Gülhane Tıp Dergisi, 45(2):156-164.

Jan MMS. 2006, Cerebral Palsy: Comprehensive Review An Update. Ann Saudi Med, 26(2):123-132.

Kaner, S. 2004, “Engelli Çocukları Olan Ana babaların Algıladıkları Stres, Sosyal Destek ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi”. Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Ankara. Proje Numarası: 2001-0901-007.

Karadağ, G. 2009, “Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Yaşadıkları Güçlükler İle Aileden Algıladıkları Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyleri. TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(4), 315-322.

Karakavak G, Çırak Y. 2006, “Kronik Hastalıklı Annelerin Yaşadığı Duygular. İnönü Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi. Cilt: 7 (12): 95-112

Kargın T. 1990, "Eğitsel Yaklaşımlı Aile Rehberliğinin işitme Engelli Çocukların Sözel İletişim Becerilerine Etkisi" Eğitim Bilimleri Birinci Ulusal Kongresi Bildirileri. Ankara.

Kazak, A. E. , Marvin R. E.1984, "Differences, Difficulties and Adaptation Stress and Social Networks in Families With Handicapped Child". Family Relations. Vol. 33, p. 57- 65 .

Kerem G. M. 2009, "Fizyoterapist Bakış Açısıyla Beyin Felçli Çocukların Rehabilitasyonu". Acta Orthop Traumatol Turc, 43(2):173-180.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... & Kendler, K. S. 1994, "Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey". Archives of general psychiatry, 51(1), 8-9.

Kessler, R. C., & Walters, E. E. 1998, "Epidemiology of DSM-III-R Major Depression and Minor Depression Among Adolescents and Young Adults in the National Comorbidity Survey". Depression and Anxiety, 7(1), 3-14.

Khamis, V. 2007, "Psychological Distress Among Parents of Children With Mental Retardation in The United Arab Emirates". Social Science & Medicine, 64, 850–857.

Klose, M., & Jacobi, F. 2004, "Can Gender Differences in the Prevalence of Mental Disorders be Explained by Sociodemographic Factors?". Archives of Women's Mental Health, 7(2), 133-148.

Köroğlu, E. “Depresyon: Nedir, Nasıl Baş Edilir? ” I. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayını 2004.

Lafçı D. , Öztunç G. Ve Alparslan Z. N. 2014, “ Zihinsel Engelli Çocukların Anne ve Babalarının Yaşadığı Güçlüklerin Belirlenmesi”. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences: ;3(2)

Lee L, Casanueva C, Martin SL. 2005, “Depression Among Female Family Planning Patients: Prevalence, Risk Factors, and use of Mental Health Services. Journal of Women’s Health, 14: 225-232.

Leung, C. Y. S., & Li-Tsang, C. W. P. 2003, “Quality of Life of Parents Who Have Children With Disabilities”. Hong Kong Journal of Occupational Therapy, 13, 19-24.

Levitt S, 2004, “Treatment of Cerebral Palsy and Motor Delay, forth edition, London .1

Livanelioğlu A. , Kerem G. M. “Serebral Palside Fizyoterapi” Ankara 2009; 19-29

Luescher, J.L. , Dede, D.E. , Gitten, J.C. , Fennell, E. & Maria, B.L. 1999, “Parental Burden, Coping and Family Functioning in Primary Caregivers of Children With Joubert Syndrome”. Journal of Child Neurology 14; 642648.

Macias, M.M., Saylor, C.F., Haire, K.B. & Bell, N.L. 2007, "Predictors of Paternal Versus Maternal Stress in Families of Children With Neural Tube Defects". *Children's Healthcare*, 36(2), 99–115.

McCabe, R. E., Blankstein, K. R., Mills, J. S. 1999, "Interpersonal Sensitivity and Social Problem Solving: Relations with Academic and Social Self Esteem Depressive Symptoms and Academic Performance". *Cognitive Therapy and Research*, 23(6): 587-604.

McEvoy, P. M., Mahoney, A. E., & Moulds, M. L. 2010, "Are Worry, Rumination, and Post-Event Processing One and the Same?: Development of the Repetitive Thinking Questionnaire". *Journal of Anxiety Disorders*, 24(5), 509-519.

McIntosh, E. , Gillanders, D., & Rodgers, S. 2010, "Rumination, Goal Linking, Daily Hassles and Life Events in Major Depression". *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(1), 33-43.

Morley, T. E., & Moran, G. 2011, "The Origins of Cognitive Vulnerability in Early Childhood: Mechanisms Linking Early Attachment to Later Depression". *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1071-1082.

Mutlu, A. , Akmeşe, P. ve Günel, M .2010, "Değişik Özür Seviyesindeki Serebral Palsili Çocukların Annelerinin Depresyon Düzeyleri Farklı mıdır? *Yeni Tıp Dergisi*, 27, 87-92.

Mutlu A. , Tarsuslu T. , Kerem M, Livanelioğlu A. 2007, “Serebral Paralizi’li Çocuklarda Ev Egzersiz Programının Etkinliğinin İncelenmesi”. Turk Arch Ped, 42: 112-6.

Myer, L., Smit, J., Roux, L. L., Parker, S., Stein, D. J., & Seedat, S. 2008, “Common Mental Disorders Among HIV-Infected Individuals in South Africa: Prevalence, Predictors, and Validation of Brief Psychiatric Rating Scales. AIDS Patient Care and STDs, 22(2), 147-158.

Nalbantoğlu D. 2011, “Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Genel Ruh Sağlığı Durumu, Ruh Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanmaları ve Etkileyen Faktörler”. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.

Noble, R. E. 2005, “Depression in Women”. Metabolism. 54(5), 49-52.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. 2008, “Rethinking Rumination. Perspectives on Psychological Science, 3(5), 400-424.

Oğuz.H. “Tıbbi Rehabilitasyon”. 2.Baskı, İstanbul: Nobel Kitapevi, 2004.

Oh, H. & Lee, E.O. 2009, “Care Giver Burden and Social Support Among Mothers Raising Children With Developmental Disabilities in South Korea. International Journal of Disability, Development and Education, 56(2), 149-167

Okanlı A, Ekinci M. 2004, “Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar”. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 1-8.

Olchanski, N. , McInnis Myers, M. , Halseth, M., Cyr, P. L., Bockstedt, L., Goss, T. F., & Howland, R. H. 2013, “The Economic Burden of Treatment-Resistant Depression. Clinical Therapeutics, 35(4), 512-522.

Orr, R.R. ,Cameron, S.J. , Dobson, L.A. & Day, D.M. 1993, “Age-Related Changes in Stress Experienced by Families with a child Who Has Developmental Delays. Mental Retardation, 31(3),171-176.

Öngün, B. 2011, “Zihinsel Engellilerle Çalışmada Aile İle İşbirliğinin İdareci Açısından Faydaları.”Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özbey, Ç. “Özel Çocuklar ve Terapi Yöntemleri”. İstanbul:İnkılap Kitabevi. 2007

Özcebe, H. . 2008, “Halk Sağlığı ve Engellilik Yaklaşımı. Engelli Dostu Belediye Sempozyumu. Ankara, 7-14.

Özsoy S, Özkahraman Ş, Çallı F. 2006, “Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Ailelerin Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi”. Aile ve Toplum Dergisi,3(9):69-77.

Özşenol, F. , Işıksan, V. , Ünay, B. , Aydın, H.İ. , Akın, R. ve Gökçay, E. 2003, “Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi”. Gülhane Tıp Dergisi 45 (2) 156 – 164.

Pejovic-Milovancevic M. , Popovic-Deusic S. , Aleksic O., Garibovic E. 2003, "Personality Characteristics of Parents in Hospitalized Children". European Child & Psychiatry, Supplement 2: 12-125.

Raina P. , O'Donnell M. , Rosenbaum P. , Brehaut J, Stephen D. Walter SD. ve ark. 2005, "The Health and Well-Being of Caregivers of Children With Cerebral Palsy. Pediatrics 115:e626-e636.

Ricci, A. L. & Hodapp, M. R. 2003, "Fathers of Children with Down's Syndrome Versus Other Types of Intellectual Disability: Perceptions, Stress, and Involment". Journal of Intellectual Disability Research,47 (4), 273284.

Rihmer Z, Angst J. , "Duygudurum Bozuklukları: Epidemiyoloji". In: Sadock B, Sadock V,eds. Aydın H, Bozkurt A, (çev. eds). Türkçe: Kaplan & Sadock's Comprehensive Text book of Psychiatry. 8. Baskı. Ankara: Öncü Basımevi,1575-1582 2.2007.

Rodriguez CM. , Murphy LE. 1997, "Parenting Stres And Abuse Potential in Mothers of Children With Developmental Disabilities. Child Maltreatment 3: 245-52

Ross E. , Burström B. , Saastamoinen P. ve ark. 2005, "A comparative study of the patterning of women's health by family status and employment status in Finland and Sweden". Social Science Medicine, 60: 2443-2451.

Rusk, N. , & Rothbaum, F. 2010, “From Stress to Learning: Attachment Theory Meets Goal orientation Theory”. *Review of General Psychology*, 14(1), 31-43.

Russell Dianne J., 2002, “Gross Motor Function Measure User’s Manual, Cambridge University, 3.

Ryde-Brandt, B. 1991, "Now it is Time For Your Children to Go to School, How Do You Feel?". *International Journal Of Disability, Development And Education*. Vol.38, No:1, pp.45-58.

Saddler AL. , Hillman SB, Benjamins D. 1993, “The influence of disabling condition visibility on family functioning. *J Pediatr Psychol*, 18:425-439.

Sarı H. 2007, “Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Ailelerde Aile Yüklenmesi”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Dergisi*, 11(2), 1-7.

Scharer, K. ve ark. 2009, “A Comparison of Two Types of Social Support For Mothers of Mentally İll Children. *JCAPN*, 22: 86-98

Schopler, E., Brehm, S., Kinsbourne, M., & Reicher, R. J. 1971,. “The Effect of Treatment Structure on Development of Autistic Children”. *Archives of General Psychiatry*, 24, 415–421.

Serdaroğlu A. , Cansu A. , Özkan S. ve Tezcan S. 2006, “Prevalence of Cerebral Palsy in Turkish Children Between the Ages of 2 and 16 Years”. *Dev Med Child Neurol*; 48:413-6.

Smith TB. , Innocenti MS. , Boyce GC. , Smith CL. 1993, “Depressive Symptomatology and Interaction Behaviors of Mothers Having a Child with Disabilities”. Psychological Report 73: 1184-6.

Şen E. 2004, “Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Yaşadığı Güçlükler”. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.

Şengül, S. ve Baykan, H. ,2013, ”Zihinsel Engelli Çocukların Annelerinde Depresyon, Anksiyete ve Stresle Başa Çıkma Tutumları”. Kocatepe Tıp Dergisi, 14. 30-39.

Şahin, E. , İnem, C. , Yıldırım E. A. , Güvenç, C. ve Yener, F. 2002, “İki Uçlu Mizaç Bozukluğu Olgularında Aile Yüklenmesi Üzerine Karşılaştırmalı Bir Çalışma”. Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 15 (4):196-204.

Şahin E. , Şenyurt M. , Babaoğlu B. , Uzun S. U. , Nalbantoğlu D. ve Zencir M. 2016,”Denizli İli Honaz İlçesinde Yaşayan Mavi Yakalı Kadınlar ile Ev Kadınlarının Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. Pam Tıp Derg , 9(1):29-37

Taylor, D. & Richardson, P. 2005, “The Psychoanalytic/Psychodynamic Approach to Depressive Disorders”. Oxford Textbook of Psychotherapy, 127-136.

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.

Türkiye İstatistik Kurumu. “Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırması 2010. Ankara,Türkiye İstatistik Kurumu, 2010) (<http://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0014899.pdf>)

Tüzün H, Eker L. 2001, “Serebral Paralizi ve Koruyucu Hekimlik”. Sted, 2001; 10(8): 294-297.

Uğuz, Ş., Toros, F., İnanç, B. Y. ve Çolakkadıoğlu, O. 2004, “Zihinsel ve/veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi”. Klinik Psikiyatri, 7: 42-47.

Ustad T., Sorsdahl AB. , Ljunggren AE. 2009, ” Effects of İntensive Physiotherapy in İnfants Newly Diagnosed With Cerebral Palsy”. Pediatr Phys Ther, 21:140-149.

Uyaroğlu, A. K.& Bodur, S. 2009, “Zihinsel Yetersizliği Olan Çocukların Anne-Babaların Kaygı Düzeyi ve Bilgilendirmenin Kaygı Düzeyine Etkisi. TAF Prev Med Bull, 8: 405-412.

Ünay B. 2009, “Serebral Palsi” Erişim: (www. Serebral Palsi Yrd. Doç.Dr. Bülent ÜNAY)

Üneri Ö.Ş. & Karadavut K.İ. 2010, “Parent Reported Quality of Life of Children With Cerebral Palsy: a Preliminary Study. Nöropsikiyatri Arşivi - Archives of Neuropsychiatry, 47:127-132.

Yakut A. 2008, “Serebral Palsi’de Yeni Gelişmeler”. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci, 4(4):127-138.

Yurdakul, A. & Girli, A. 1999, "Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Sosyal Destek Örüntüleri ve Bunun Psikolojik Sağlık ile İlişkisi. İlkışık Dergisi, 1-5.

WHO & WB. Summary World Report on Disability. World Health Organization 2011.

WHO/NMH/VIP/11.01[Internet]

http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf

Witcher, A. E. 1987 , " The Process of Grief as Experienced by Parents of Children With Handicaps ." American Journal on Mental Retardation.

EKLER



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI: Fiziksel ve/veya Zihinsel Engelli Çocuk Annelerinin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir./ Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır (iki cümleden biri olabilir)*

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Bu araştırma fiziksel ve/veya zihinsel engelli annelerin depresif belirti durumunun incelenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Size yöneltilen soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Onayınızdan sonra sizden alınacak bilgiler araştırma kapsamında kullanılacak ve bu bilgiler üçüncü bir şahıs, kurum ve kuruluşla paylaşılmayacaktır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Çalışma kapsamında kişisel bilgi formu ve bir adet ölçek doldurmanız istenecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışma sizlerin depresif belirti düzeyinizin saptanıp daha iyi hissetmeniz için yapılması gerekenleri saptama açısından yararlı olacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Veriler bir havuzda toplanıp karşılaştırmalı olarak analiz edilecektir. Verilerin bireysel kullanımı söz konusu olmayacaktır. Bilgiler üçüncü bir şahıs, kurum ve kuruluşla paylaşılmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Psk. Şebnem AYDIN

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Arařtırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Yaşınız:

25-35 ()

36-45 ()

2.Eğitim durumunuz:

Okur yazar değil ()

Okur yazar ()

ilkokul ()

Ortaokul()

Lise()

3.Aylık ortalama geliriniz nedir?

1000tl -2000tl ()

2001tl-3000tl ()

3001tl -5000tl ()

5001tl ve üzeri ()

4)Sigara kullanıyor musunuz?

Evet()

Hayır()

Bazen()

5)Çocuğunuzun engel türü:

Mental retardasyon ()

Otizm ()

Down sendromu ()

Serebral palsi ()

6)Kaç çocuğunuz var?

1 ()

2 ()

3 ()

4 ve daha fazla()

7.Çocuğunuzun bakımında başka yardımcınız var mı?

Var ()

Yok()

8)Eşinizle kan bağıınız var mı?

Var ()

Yok ()

9)Çocuğunuzun yaşı

2-5 ()

6-9 ()

10-13 ()

14-17 ()

10)Çocuğunuz özel eğitim dışında herhangi bir okula gidiyor mu?

Evet()

Hayır()

Diğer()

11)Çocuğunuzun özel eğitim alma süresi

6 aydan az ()

6 ay -1 yıl ()

1 yıl-2 yıl ()

3 yıl ve üzeri ()

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabileceğimi hissediyorum.

2. Cezalandırılmayı bekliyorum.

3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.

2. Kendime çok kızıyorum.

3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.

3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.