



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP AİLELERİN BAKIM
YÜKLERİ, ÖLÜM KAYGILARI, BİLGECE
FARKINDALIKLARI, ÖZ DUYARLILIKLARININ
DEPRESYONU YORDAYICILIĞI**

İDİL ÖZER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOĞA
2021

**ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP AİLELERİN BAKIM YÜKLERİ,
ÖLÜM KAYGILARI, BİLGECE FARKINDALIKLARI, ÖZ
DUYARLILIKLARININ DEPRESYONU YORDAYICILIĞI**

İDİL ÖZER

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŐMANI
YRD. DOÇ. DR. MERYEM KARAAZİZ

LEFKOŐA
2021

KABUL VE ONAY

İdil Özer tarafından hazırlanan “**Engelli çocuğa sahip ailelerin bakım yükleri, ölüm kaygıları, bilgece farkındalıkları, öz duyarlılıklarının depresyonu yordayıcılığı**” başlıklı bu çalışma, 04/02/2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

.....
Yrd. Doç. Dr. Meryem Karaaziz (Danışman)
Yakın Doğu Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi

.....
Doç. Dr. Fatma Gül Cirhinlioğlu
Yakın Doğu Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi

.....
Yrd. Doç. Dr. Şengül Başarı
Yakın Doğu Üniversitesi
Atatürk Eğitim Fakültesi

.....
Prof. Dr. Hüsnü Can Başer
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

23.02.2021

İmza

İdil Özer

TEŞEKKÜR

Tezimi yazmamda emeği geçen danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Meryem Karaaziz'e ,

Koşulsuz, şartsız beni seven ve hep yanımda olan anneme,

Artık yanımda olmasa da, beni her zaman sevdiğini ve bana gúvendiđini bildiğim babama,

Her konuda destekçim olan Mert Saydam'a,

Bu s¼rete emeği geçen ve bana yardımcı olan herkese Teřekk¼r ederim.

ÖZ

ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP AİLELERİN BAKIM YÜKLERİ, ÖLÜM KAYGILARI, BİLGECE FARKINDALIKLARI, ÖZ DUYARLILIKLARININ DEPRESYONU YORDAYICILIĞI

Bu çalışmanın amacı engelli çocuğa sahip olan ailelerin algıladıkları bakım yükleri, ölüm kaygısı, bilgece farkındalık, öz duyarlılıklarının depresyon üzerindeki yordayıcı etkilerini araştırarak bu alana katkı sağlamaktır. Araştırmaya; İzmir ili içerisindeki özel eğitim merkezlerindeki 323 engelli çocuğun ebeveyni katılmıştır. Ebeveynlerin algıladıkları bakım yükünü ölçme amaçlı Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, ölüm kaygılarını ölçmek için Ölüm Kaygısı Ölçeği, bilgece farkındalık düzeylerini belirlemek için Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği, öz duyarlık düzeylerini belirlemek için Öz-Duyarlık Ölçeği, depresyonu değerlendirmek için ise Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Ebeveynlerin algıladıkları yüksek bakım yükünün depresyon düzeyleri ile pozitif yönlü olarak ilişkili olduğu, bilgece farkındalığın, öz duyarlığın ve ölüm kaygısının ise depresyonla ilişkili olmadığı görülmüştür. Depresyon üzerinde asıl etkiye sahip olan parametrenin ebeveynlerin algıladıkları bakım yükü olduğu ve bakım yükünün depresyonu ciddi oranda artırdığı sonucuna varılmıştır. Bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda örneklem sayısı artırılarak ve ebeveynlerden daha detaylı bilgi almak için ölçüm yapmak maksadıyla nitel çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bakım Yükü, Ölüm Kaygısı, Bilgece Farkındalık, Öz Duyarlık, Depresyon.

ABSTRACT

CARE BURDENS OF FAMILIES WITH DISABILITIES, DEATH CONCERNS, AWARENESS OF INFORMATION, DEPRESSION FATIGUE OF THEIR SELF-SENSITIVITY

The aim of this study is to investigate the predictive effects of perceived care burdens, death anxiety, mindfulness, and self-compassion of families with disabled children on depression and contribute to this field. Participants are parents of 323 disabled children in special education centers in İzmir province. Burden Assessment Scale, Death Anxiety Scale, Five Facet Mindfulness Questionnaire, Self-Compassion Scale, Beck Depression Inventory were used.

Research showed that the high care burden perceived by the parents is positively associated with depression levels, mindfulness, self-compassion and death anxiety was not found to be associated with depression. It was concluded that the parameter that had the main effect on depression was the perceived care burden of the parents and that care burden significantly increased depression. In future studies, it is recommended to carry out qualitative studies in order to increase the sample size and to obtain more detailed information from parents.

Keywords: Care Burdens, Death Anxiety, Mindfulness, And Self-Compassion, Depression

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY

BİLDİRİM

TEŞEKKÜR	iii
ÖZ.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
TABLO DİZİNİ	ix
KISALTMALAR	xii

1. BÖLÜM.....	1
GİRİŞ	1
1.1. Problem Durumu.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırmanın Önemi.....	6
1.4. Sınırlılıklar.....	7
1.5. Tanımlar	7
2. BÖLÜM.....	9
KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	9
2.1. Zihinsel Engellilik.....	9
2.2. Bakım Yüğü	18
2.3. Ölüm Kaygısı	20
2.4. Bilgece Farkındalık	22
2.5. Özduyarlık.....	25
2.6. Depresyon	27
3. BÖLÜM.....	30
YÖNTEM	30
3.1. Araştırmanın Modeli	30
3.2. Evren ve Örneklem	30
3.3. Veri Toplama Araçları	31

3.3.1.Kişisel özellikler formu	31
3.3.2.Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği	32
3.3.3.Ölüm Kaygısı Ölçeği	33
3.3.4.Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği.....	33
3.3.5.Öz-duyarlık Ölçeği	34
3.3.6.Beck Depresyon Ölçeği	35
3.4. Veri Toplaması	36
3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	36
4.BÖLÜM.....	39
BULGULAR.....	39
5. BÖLÜM.....	84
TARTIŞMA	84
6. BÖLÜM.....	90
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	90
6.1. Sonuç.....	90
6.2. Öneriler	91
KAYNAKÇA	92
EKLER.....	105
ÖZGEÇMİŞ.....	115
İNTİHAL RAPORU.....	116
ETİK KURUL RAPORU.....	117

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Ebeveynlerin depresyon düzeyi	72
---	----

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.....	39
Tablo 2: Ebeveynlerin çocuğunun bazı özelliklerine göre dağılımı.....	40
Tablo 3: Ebeveynlerin Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği puanları.....	41
Tablo 4: Ebeveynlerin cinsiyetine göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	42
Tablo 5: Ebeveynlerin yaş grubuna göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	43
Tablo 6: Ebeveynlerin medeni durumuna göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	44
Tablo 7: Ebeveynlerin eğitim durumuna göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	45
Tablo 8: Ebeveynlerin çocuğunun cinsiyetine göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	46
Tablo 9: Ebeveynlerin çocuğun yaşına göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	47
Tablo 10: Ebeveynlerin çocuğunun eğitim yılına göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	48
Tablo 11: Ebeveynlerin çocuğun tanısına göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	49
Tablo 12: Ebeveynlerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları.....	50
Tablo 13: Ebeveynlerin cinsiyetine göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	50
Tablo 14: Ebeveynlerin yaş grubuna göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	50
Tablo 15: Ebeveynlerin medeni durumuna göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	51
Tablo 16: Ebeveynlerin eğitim durumuna göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	51
Tablo 17: Ebeveynlerin çocuğunun cinsiyetine göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	52
Tablo 18: Ebeveynlerin çocuğun yaşına göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	52

Tablo 19: Ebeveynlerin çocuğun eğitim yılına göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	53
Tablo 20: Ebeveynlerin çocuğun tanısına göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	53
Tablo 21: Ebeveynlerin Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanları.....	54
Tablo 22: Ebeveynlerin cinsiyetine göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	55
Tablo 23: Ebeveynlerin yaş grubuna göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	56
Tablo 24: Ebeveynlerin medeni durumuna göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	57
Tablo 25: Ebeveynlerin eğitim durumuna göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	58
Tablo 26: Ebeveynlerin çocuğun cinsiyetine göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	59
Tablo 27: Ebeveynlerin çocuğun yaşına göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	60
Tablo 28: Ebeveynlerin çocuğun eğitim yılına göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	61
Tablo 29: Ebeveynlerin çocuğun tanısına göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	62
Tablo 30: Ebeveynlerin Öz-duyarlık Ölçeği puanları.....	63
Tablo 31: Ebeveynlerin cinsiyetine göre Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	64
Tablo 32: Ebeveynlerin yaş grubuna göre Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	65
Tablo 33: Ebeveynlerin medeni durumuna göre Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	66
Tablo 34: Ebeveynlerin eğitim durumuna göre Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	67
Tablo 35: Ebeveynlerin çocuğun cinsiyetine göre Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	68

Tablo 36: Ebeveynlerin çocuğun yaşına göre Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	69
Tablo 37: Ebeveynlerin çocuğun eğitim yılına göre Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	70
Tablo 38: Ebeveynlerin çocuğun tanısına göre Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	71
Tablo 39: Ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği puanları.....	72
Tablo 40: Ebeveynlerin cinsiyetine göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	73
Tablo 41: Ebeveynlerin yaş grubuna göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	73
Tablo 42: Ebeveynlerin medeni durumuna göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	74
Tablo 43: Ebeveynlerin eğitim durumuna göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	74
Tablo 44: Ebeveynlerin çocuğun cinsiyetine göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	75
Tablo 45: Ebeveynlerin çocuğun yaşına göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	75
Tablo 46: Ebeveynlerin çocuğun eğitim yılına göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	76
Tablo 47: Ebeveynlerin çocuğun tanısına göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	76
Tablo 48: Ebeveynlerin Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği, Öz-duyarlık Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar.....	77
Tablo 49: Ebeveynlerin Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği, Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının Beck Depresyon Ölçeği puanlarını yordama durumu.....	82

KISALTMALAR

DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
SP	: Serebral Palsi
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
YGB	: Yaygın Gelişimsel Bozukluk

1. BÖLÜM

GİRİŞ

Aile kavramı toplumun temelini oluşturan ve çok sayıda işlevi bulunan bir birimdir. Ebeveynler için çocuklar onların bir parçası, neslin devamı, geleceği şekillendirecek unsurlar olarak görülür. Birçok toplumda çocuk sahibi olmak yaşamda son derece önemli bir yer kaplamakta ve ebeveynler dünyaya sağlıklı bebekler getirme hayali kurmaktadır (Köksal ve Kabasakal, 2012).

Dünyaya yeni adım atan her birey bakım görmeye muhtaçtır ve bu temel ihtiyaç bireyin anne ve babası tarafından karşılanmalıdır. Ebeveynler için bakım verme başlı başına bir yük olmakla birlikte, yetersizlikle dünyaya gelmiş ya da sonradan işlevsel bir kısıtlılığa haiz olan çocukların ebeveynleri için bu yük daha da anlam kazanmaktadır (Karahana ve İslam, 2013).

Engelli bireyler, çevredeki uyarıcıları algılamada, değerlendirmede, öğrenmede, düşünmede, edinilen bilgileri kavramlaştırmada, bilgi ve deneyimler arasında ilişki kurmada güçlük yaşayan ve herhangi fiziksel, zihinsel veya motor yetersizlik yaşayan bireyler olarak tanımlanmıştır. Bu bağlamda fiziksel, zihinsel, sosyal ve tıbbi açıdan akranlarından geri olan çocuklar için engelli veya özel gereksinimli çocuk ifadesi kullanılmaktadır (Sarı, 2007).

Yapılan araştırmalara göre dünya nüfusunun yaklaşık %15'inin engelli bireylerden oluştuğu, başka bir ifadeyle dünyada bulunan her yedi bireyden birinin engelli olduğu bilinmektedir. Dünya genelinde yer alan engellerin 93 milyonu 15 yaşın altında olan çocuklardan oluşmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2020).

Yetersizliği olan engelli çocuklara sahip olan ebeveynler, hayat standartlarını ve gündelik yaşam şekillerini çocuklara uyacak biçimde tekrar gözden geçirip, düzenleme yapmak zorundadırlar. Bu durumda artacak olan stresten dolayı başa çıkmada zorluk yaşamakta ve işlevsiz başa çıkma stratejileri kullanabilmektedirler (Koçhan, 2019).

Literatürde yer alan araştırmalar incelendiğinde, engelli çocuğa sahip olan ebeveynlerini en büyük sorunları çocuklarının engelli olduklarını öğrendikleri ilk anda yaşadıkları görülmüştür. Fiziksel engeli olan çocuklara sahip olan ebeveynler zamanla bu durumu kabullenirken, zihinsel engelli çocuğa sahip olan ebeveynlerde söz konusu kabullenme durumu daha uzun zaman almaktadır (Akt. Okutan, 2016).

Ebeveynler, engelli çocuğa sahip olma durumunu, stres ve duygusal yük olarak nitelendirmekte ve uzun dönemli bir süreç olarak görmektedirler. Aileler bu yükün ve stresin sonucunda zaman zaman çocuğun bakımını ihtiyaçlarını karşılamada zorlanabilmekte ve bunun sonucunda duygusal ve davranışsal problemler yaşamaktadırlar. Stres ve yaşadıkları problemler aslında çocuğun bakımını zorlaştırmaktadır (Ahmetoğlu ve Canarlan, 2015).

Engelli çocuğa sahip olan ebeveynler, ekonomik, sosyal ve duygusal sorunlar yaşamaktadırlar. Buna ek olarak stres düzeyleri yüksek ve problemle başa çıkmakta zorlanmaktadır. Yaşadıkları ekonomik, sosyal, fiziksel ve duygusal sorunlar; stres düzeylerini ve başa çıkma becerilerini etkileyebilmektedir (Koçhan, 2019).

Engelli bir bireyin ebeveynleri, yaşamlarında köklü değişimler yaşayacağından dolayı psikolojik, iktisadi, toplumsal sorunlar gibi çeşitli sorunlarla karşılaşma ihtimali yüksek olan bireylerdir. Ebeveynler hayalini kurdukları mükemmel çocuğun fiziksel veya zihinsel noksanlıklarıyla karşılaştıklarında; şok, inkâr, öfke, suçluluk, acı çekme, depresyon, utanma ve kabullenememe gibi tutumlar içerisine girebilmektedir (Akandere ve diğ. 2009).

Engelli çocuğa sahip olan ebeveynler yaşamlarında birçok zorluklarla karşılaşmaktadır. Ebeveynlerin günlük hayatlarını, psikolojik durumlarını,

geleceğe yönelik tutumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Engelli çocuklara yönelik birçok tedavi ve eğitim çalışması yapılmakta fakat ebeveynlerle ilgili destek çalışmaları oldukça sınırlıdır. Engelli bireylerin ailelerinde ortaya çıkacak bulgular ışığında ebeveynlerle ilgili ve ebeveynlerin ruh sağlığıyla ilgili destekleyici programların oluşturulması için faydalı olacağı öngörülmektedir.

1.1. Problem Durumu

Ebeveynler çocuklarının engellilik durumunu öğrendiğinde farklı duygular yaşamaktadırlar. Öncelikle yaşadıkları şok olma durumunun yanında birçok duygu buna eşlik eder. Ebeveynler psikolojik olarak zorluklar yaşamakla birlikte ekonomik sorunlar, geleceğe dair belirsizlik gibi zorluklarla karşı karşıya gelmektedirler (Yazıcı ve Durmuşoğlu, 2017; Özsoy ve arkadaşları, 2006).

Engelli çocuğa sahip olan ebeveynlerde genellikle şu an ki duruma odaklanmama ve öldükten sonra çocuklarının nasıl yaşamlarını sürdürüp sürdüremeyeceğiyle ilgili kaygılandıkları gözlemlenmiştir. Aileler kendi ölümlerinden sonra ya da çocuklarının geleceğini düşünmekten dolayı; yaşadıkları ana odaklanmakta zorluklar yaşayabilmektedirler. İleri yaşamı kurgulama yönünde kaygılanma, stres, umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi, evlilik kalitelerinde ve yaşam doyumlarındaki bozulmaya dair bulgular bulunmaktadır (Canarlan ve Ahmetoğlu, 2015; Kanbir ve Akşit, 2020) . Çocukların süregelen eğitimleri, bakım yükündeki zorluklar; ailelerin maddi durumlarını zorlamakta ve iş hayatında stres yaşamalarına sebep olmaktadır. Çocuğun engel durumundan dolayı, kendilerini sosyal yaşamdan kısıtlayabilmekte ve bu durum çevrelerinden alabilecekleri sosyal desteğinde sınırlandırılmasına yol açmaktadır.

Genellikle engelli çocuğun sürecine ve eğitimine odaklanılmakta ve çocuklara yönelik birçok çalışma, eğitim, destek programı bulunmaktadır. Ailelerin yaşantıları ve karşılaştıkları zorluklar daha geri planda tutulmakta olup, ailenin ne yaşadığı göz önünde bulundurulmamaktadır. Ailelerin yaşadığı zorluklar ve güçlükler; aslında aileyle çalışmanın önemine ışık tutmaktadır. Aileye verilen desteğin artırılması yaşadıkları stresin, kaygının, aile

içerisindeki evlilik kalitesi, yaşam doyumu gibi birçok duruma etki edebilmektedir. Engelli çocuğa bakım veren ebeveynlerin algıladıkları bakım yükleri, depresyon, bilgece farkındalık ve öz duyarlılık düzeyleri arasında ilişki olup olmadığı ve bu bulguların ölüm kaygısıyla ve depresyonla ilişki olup olmadığı bulunmaması; uzmanlar için çocuklarla çalışırken aileyle çalışması gerektiğinin da önemini vurgulamaktadır.

1.1.1 Problem cümlesi

Engelli çocuğa sahip olan ebeveynlerin algıladıkları bakım yükleri, ölüm kaygısı, bilgece farkındalık, öz duyarlılıkları depresyon düzeyleri üzerinde yordayıcı mıdır?

1.1.2 Alt problemler

1.Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin algıladıkları bakım yükleri nedir?

- 1.1. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin algıladıkları bakım yükleri ebeveynlerin cinsiyet, yaş grubu, medeni durum ve eğitim durumu gibi sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?
- 1.2. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin algıladıkları bakım yükleri çocukların cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve tanısı gibi sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?

2. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin ölüm kaygısı düzeyleri nedir?

- 2.1. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin ölüm kaygısı düzeyleri ebeveynlerin cinsiyet, yaş grubu, medeni durum ve eğitim durumu gibi sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?
- 2.2. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin ölüm kaygısı düzeyleri çocukların cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve tanısı gibi sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?

3. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin bilgece farkındalık düzeyleri nedir?
 - 3.1. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin bilgece farkındalık düzeyleri ebeveynlerin cinsiyet, yaş grubu, medeni durum ve eğitim durumu gibi sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?
 - 3.2. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin bilgece farkındalık düzeyleri çocukların cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve tanısı gibi sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?
4. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin öz duyarlılık düzeyleri nedir?
 - 4.1. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin öz duyarlılık düzeyleri ebeveynlerin cinsiyet, yaş grubu, medeni durum ve eğitim durumu gibi sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?
 - 4.2. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin öz duyarlılık düzeyleri çocukların cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve tanısı gibi sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?
5. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeyleri nedir?
 - 5.1. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeyleri ebeveynlerin cinsiyet, yaş grubu, medeni durum ve eğitim durumu gibi sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?
 - 5.2. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeyleri çocukların cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve tanısı gibi sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?
6. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin algıladıkları bakım yükleri, ölüm kaygısı, bilgece farkındalık, öz duyarlılık ve depresyon puanları arasında ilişki var mıdır?

1.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma da temel olarak engelli çocuğa sahip olan ailelerin algıladıkları bakım yükleri, ölüm kaygısı, bilgece farkındalık, öz duyarlılık, depresyon düzeylerinin belirlenmesi ve engelli çocuğa sahip olan ailelerin algıladıkları bakım yükleri, ölüm kaygısı, bilgece farkındalık, öz duyarlılıklarının depresyon düzeylerine etkisinin araştırılması amaçlanmaktadır. Araştırmanın temel amacının yanı sıra engelli çocuğa sahip olan ailelerinin kendilerinin ve çocuklarının sosyo-demografik özelliklerine göre ailelerin algıladıkları bakım yükleri, ölüm kaygısı, bilgece farkındalık, öz duyarlılık, depresyon düzeyleri arasında farklılık olup olmadığının araştırılması da amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Önemi

Sosyoloji bilimi açısından toplumun temel taşı olarak kabul gören aile kavramının varoluşunda çocukların yeri son derece önemlidir. Çocuklar geniş anlamda anne ve babanın paydaşları olduğu bir ürün, nesillerin devamını sağlayan ve eşleri birbirine daha sıkı bağlayan bir hediye olarak nitelendirilmektedir (Coşkun ve Akkaş, 2009).

Engelli çocuğa sahip olan ebeveynler engelli çocuklarının yetiştirilme sürecinde çok sayıda engel ve güçlükler karşılaşmakta ve mücadele etmektedir. Söz konusu engellilik durumu ebeveynlerin günlük hayatlarına psikolojik durumlarına, ekonomik statülerine ve geleceğe ilişkin kurgularına sirayet etmekte ve ebeveynleri olumsuz yönde etkilemektedir. Engelli çocuklar genellikle tedavi ve eğitim almakta ancak ailelere yönelik sosyal destek çalışmaları son derece kısıtlıdır. Genelde engelli çocuğun eğitim ve tedavisine odaklanılmakta, ailenin bu süreçte ne yaşadığı göz önünde bulundurulmamaktadır (Yazıcı ve Durmuşoğlu, 2017). Engelli bireylerin ailelerinde ortaya çıkacak olarak bulgular ışığında ebeveynlerle ilgili ve ebeveynlerin ruh sağlığıyla ilgili destekleyici programlarının oluşturulması için destekleyici olacağı öngörülmektedir.

1.3 Sınırlılıklar

Bu araştırma;

- İzmir ilinde engelli çocuğa sahip olan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü,
- 18-65 yaş arası,
- İletişim kurmaya engeli olmayan,

ebeveynlerle sınırlıdır.

1.4 Tanımlar

Engellik: Bir yetersizlik ya da özürlülük sonucu oluşan, toplum tarafından kişiden beklenen bireysel performans veya durumdan sapmaya neden olan toplumsal bir bozukluk olarak ifade edilir. Engellilik, yetersizlik ve özürlülüğün sosyal ve çevresel sonuçlarıdır (Minaire, 1992).

Engelli bireyler fiziksel, ruhsal ve duyuşsal yeteneklerini kaybetmiş ya da azalma yaşamış gündelik ihtiyaçlarını karşılamada zorluklar yaşana, bakıma, korunmaya, rehabilitasyona ve danışmanlığa ihtiyaç duyan kişilerdir (Die ve Özida, 2002).

Bakım veren yükü: Bakıcının bakım verme sürecinde yaşayabileceği bedensel, ruhsal, sosyolojik ve ekonomik zorlukları ifade eden bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Yük her bakıcı tarafından farklı şekilde nitelendirilebilir (Zarit ve diğ., 1980).

Ölüm kaygısı: Carpenito (2008) tarafından, insanın dünyaya geldiği andan itibaren ortaya çıkan ve tüm yaşantısı boyunca süregelen, tüm korkuları temeline alan, insanın karakterinin şekillenmesinde rol oynayan, var olmayacağı duygusunu, yaşamını ve dünyasını kaybedebilecek olmanın farkındalığı sonrasında gelişen bir duygu olarak tanımlanmaktadır.

Bilgece farkındalık: Brown ve Ryan (2003) tarafından, anlık yaşanan olay ve tecrübeler üzerinde, özellikli bir tutum içerisinde değerlendirilmiş dikkatli farkındalıklar olarak adlandırılmıştır.

Öz duyarlık: İnsanların acılı ve sıkıntılı hislere açıklığı, eksiklik ve başarılı olamama gibi durumlara karşı anlayışlı olması, kendisine karşı sevgiyle yaklaşması, yaşanan negatif tecrübelerin insanların doğasında olduğu ve kabullenilmesi gerektiği şeklinde ifade edilmektedir (Neff, 2003).

Depresyon: İnsanların yaşamdan keyif almadığı, uzun soluklu bir üzüntünün içine girdiği, geleceğe dair umutsuzluğun hüküm sürdüğü, çeşitli işlevsel bozukluklara neden olan, hazzı negatif şekilde etkileyen, çok sayıda fiziksel ve ruhsal olumsuz etkilerinin olduğu bir duygu-durum bozulması olarak nitelendirilmektedir (Alper, 2001).

2. BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Zihinsel Engellilik

Zihinsel engellilik kavramına ilişkin birçok farklı görüş bulunmaktadır. Zihinsel engelli çocuklar yaşam alanlarında özel gereksinim gerektiren çocuklardır. Bu çocuklar zeka testleriyle belirlenen zeka puanlarının dışında, sosyal, özbakım, dil gelişimi, ev yaşamı gibi yaşamın farklı alanlarında zorluklar yaşamaktadırlar (Kosif ve Geçit, 2018).

Zihinsel olarak engelli olma durumu, gelişim döneminde meydana gelen, uyumsal davranışlara ilişkin yetersizlik ve beyin fonksiyonlarında normal olmayan noksanlık olarak tanımlanmaktadır. Zihinsel engelin başlıca nedenlerini fiziksel ve genetik sorunlardır. Bunun yanı sıra, eksik gıda alımı ve uygun tedavi olanakları bulamama şeklinde psiko-sosyal etkenlerde zekâ geriliğine sebebiyet verebilmektedir. Düşük düzeyde zihinsel engelli çocukların fiziksel görüntü ve motor yetenekleri zihinsel geriliği olmayan akranlarıyla benzerken, orta düzeyde ve üst düzeyde zihinsel engeli bulunan çocukların fiziksel görüntü ve motor yetenekleri sağlıklı çocuklara göre farklılık gösterebilmektedir (Dinç, 2006).

Zihinsel engeli olan bireyler akademik, psikolojik, motor ve sosyal alanlarda sorun yaşarlar. Konuşma yeteneğini sağlıklı bireyler gibi edinirler fakat zekâ yetersizliğinden kaynaklı konuşma problemleri gösterebilmektedir. Zihinsel engelli bireylerin dikkatleri dağınık ve odaklanma süreleri olağandan daha kısadır. Sosyal yetenek gerektiren işlerde problemlerle karşılaşabilir, diğer bireylerle iletişim kurmakta ve arkadaşlık ilişkilerinde zorluklar

yaşayabilmektedirler. Zihinsel engelli çocukların öğrenebilme yetenekleri sağlıklı akranlarına göre biraz daha yavaş seyretse de, birçok yeteneği uygun eğitim tekniklerinin kullanılması sonucu akranları gibi edinebilmektedirler (Çiftçi, 2007).

Zihinsel engeli bulunan çocukların gelişimleri sağlıklı çocuklara göre farklı olmasına karşın, gelişime olan ihtiyaç durumları sağlıklı çocuklara benzerdir. Zihinsel engelli çocukların sağlıklı bireyler gibi beslenmeye, sevgi duygusunu tatmaya, başarılı olmaya, topluluklar nezdinde kabul görmeye ve sağlıklı bireyler gibi yaşam sürmeye ihtiyaçları vardır (Swansom, 2002).

Zihinsel engellilik kavramı DSM-5'te "*İletişim, kendine bakım, ev yaşamı, toplumsal/kişilerarası beceriler, toplumun sağladığı olanakları kullanma, kendi kendini yönetip yönlendirme, okulla ilgili işlevsel beceriler, iş, boş zamanlar, sağlık ve güvenlik alanlarından en az ikisinde, o sıradaki uyum işlevinde, eşzamanlı yetersizlikler ya da bozukluklar*" şeklinde ifade edilmiştir (DSM-V, 2013).

2.1.1 Zihinsel engelliliğin sınıflaması

Zihinsel fonksiyonların eksik gelişimi sonucunda meydana gelen zihinsel engellilik kavramının tıbbi, toplumsal, zekâ gelişimi ve mesleki açıdan, çok sayıda tanımı yapılmıştır.

Zihinsel engelli çocuklar zekâ açısından ve eğitsel ihtiyaçlarına göre sınıflandırılabilir. Zekâ açısından zihinsel engellilik hafif, orta, ağır ve çok ağır şeklinde sınıflandırılmaktadır.

Hafif düzeyde zihinsel engellilik:

Hafif düzeyde zihinsel engeli olan bireylerin zekâları 55-70 puan aralığındadır. Bu çocukların motor gelişim düzeyleri sağlıklı bireylere göre nispeten kısmi olarak geridir. Hafif düzeyde zihinsel engeli olanlar yaşitlarına göre daha güç öğrenirler. Toplu yapılan aktivitelere katılmakta ve uyum sağlamada zorluk çekerler. Erken dönemde teşhis edilmesi halinde uygun eğitimlerle hafif düzeyde zihinsel engeli olan çocukların sağlıklı bireyler gibi başarı gösterebildikleri görülmüştür (Aral ve Gürsoy, 2007). Dil

gelişimlerinde kısmen gerilik görülebilmektedir. Günlük yaşamdaki konuşmaları yürütebilmekte ve ihtiyaçlarını ifade edebilmektedirler. Gündelik yaşamın gerektirdiği özbakım becerilerini bağımsız olarak yapabilmektedirler. Özel eğitim desteği aldıklarında ilkokulu bitirebilmektedirler (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Hafif zihinsel engelli çocuklarla yapılan bir çalışmada, okuldaki hayat bilgisi dersi için hazırlanan çeşitli materyaller sayesinde; çocukların ilgisinin arttığı ve öğrenimlerine katkı sağladığı bulunmuştur (Kosif, 2019).

Orta düzeyde zihinsel engellik:

Hafif düzeyde zihinsel engeli olan bireylerin zeka bölüm puanları 35 ila 55 aralığında değişmektedir. Bu çocukların engel durumu genelde ilkokul öncesinde fark edilebilmektedir. Yaşın ilerlemesiyle sağlıklı çocuklara göre farkları gözlemlenebilir düzeyde artış göstermektedir. Psiko-motor gelişimlerinde akranlarına oranla bariz farklılıklar yer almaktadır. Psiko-sosyal, emosyonel ve dilsel gelişimlerinde gerilik bulunmaktadır. Toplumsal kuralları öğrenmede ve uygulamada güçlük yaşarlar. 18 yaşına kadar kolay akademik bilgileri kavrayabilir ve öz-bakım yeteneklerini geliştirebilirler. Erken teşhis, uygun eğitim ve doğru ebeveyn uygulamaları sayesinde hayatlarını kısmi olarak bağımsız yaşayabilirler (Sayın, 2007).

Çocuğun engel durumu değiştikçe, özel gereksinim ihtiyaçları buna bağlı olarak değişebilmektedir. Çocuğun getirdiği sorumlulukların ve artan ihtiyaçlarının ebeveynlerin yaşantılarına getirdiği olumsuz etkileri olmaktadır. Çocuğun engel derecesine bağlı olarak aileler tükenmişlik hissetmektedir. Orta düzeyde engelli çocuğa sahip olan ebeveynler, hafif düzeyde çocuğa sahip olan ebeveynlere göre hayata karşı daha fazla tükenmişlik hissetmektedirler (Aydın, 2017).

Ağır düzeyde zihinsel engellik

Bu çocukların zeka puanları 20-40 aralığında seyretmektedir. Dilsel ve konuşma becerilerinde belirgin gerilik bulunmaktadır. Psiko-sosyal, emosyonel ve davranış bozuklukları görülmektedir. Öz-bakım becerilerinde geri kalmışlık belirgindir. Başka birinden yardım almadan kıyafetlerini

giymede, duş almada ve temel gereksinimlerini gidermede zorlanırlar. Algıları zayıftır ve sözlü talimatları algılamada zorluk yaşarlar (Akdemir, 2006). Özbakım becerilerinde basit düzeyde olanları öğrenebilir ve yapabilirler. Genellikle hayatları boyunca özel gereksinim gerektiren bireyler olarak yaşamlarını sürdürürler. Yaşam boyu desteklenmeleri gerekmekte ve başkalarına bağımlı yaşamaktadırlar (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Çok ağır düzeyde zihinsel engellik

Çok ağır düzeyde zihinsel engeli bulunan çocukların zekâ puanları 20'nin altındadır ve bu çocuklar klinik olarak bakıma muhtaçtırlar. Tek başlarına hiç gereksinimlerini yerine getiremezler ve kontrol altında olmak zorundadırlar. İlgisizdirler ve dilsel yetenekleri çok zayıftır. Genellikle, çok ağır düzeyde zihinsel engeli bulunan çocuklarda engellik tek bir hastalıkla sınırlı olmayıp, devam eden başka engellerde bulunmaktadır (Sayın, 2007).

Eğitim bilimciler zihinsel engelli çocuklara yönelik, onların eğitime olan ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak;

- Eğitilebilir,
- Öğretilebilir
- Klinik bakıma gereksinim duyan

olmak üzere sınıflamada bulunmuşlardır.

Genellikle bu durumda engel durumuna eşlik eden başka tıbbi sorunlar ve davranış bozuklukları ortaya çıkabilmektedir. Bu yüzden aileler çocuklarının durumunu daha erken fark etmektedirler (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

2.1.2.Sıkça rastlanan zihinsel engellilik türleri

Otizm spektrum bozukluğu (Otizm):

Otizm spektrum bozukluğu(OSB) kavramı ve yaygın gelişim bozukluğu kavramları eş anlamlı kavramlar olup, OSB ilerlemiş seviyede ve kompleks bir gelişim yetersizliğidir (Kırcaali-İftar, 2013).

OSB erken dönemde, iletişimsel yetersizlik, sosyal yeteneklere ilişki yetersizlik, saplantılı ve tekrarlayan davranışlar şeklinde meydana gelen bir gelişim bozukluğu olarak nitelendirilmektedir (Özbey 2005).

Otizm, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) IV'te yaygın gelişim bozukluğu kavramında ele alınmakta ve tanı kriterleri;

- Yetersiz sosyal etkileşim,
- Yetersiz iletişim,
- Tekrarlayan davranış kalıpları,
- Kısıtlı ilgi ve etkinlikler,

şeklinde belirlenmiştir.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) V'te otizm spektrum bozukluğu olarak tanımlanan otizme ilişkin tanı kriterleri değişikliğe uğramıştır. DSM V'e göre tanı kriterleri

- Yetersiz sosyal iletişim/etkileşim,
- Saplantılı/tekrar eden davranış ve kısıtlı ilgi ve etkinlik

olarak iki alanda değerlendirilmiş ve semptomların 3 yaşına kadar belirginleşmesi koşulu da esnemıştır (Şengül ve Erdem 2017).

DSM V'te OSB, "destek gerektiren", "yoğun destek gerektiren" ve "çok yoğun destek gerektiren" şeklinde üç seviyede kategorize edilmiştir (Kırcaali-İftar, 2013).

Otizm spektrum bozukluğu erken çocukluk döneminde ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle erken tanı büyük önem taşımaktadır. Bu bireyler özel eğitim hizmetlerince desteklenmeye ihtiyaç duyan, sözel ve sözel olmayan iletişimde sınırlılıklar yaşayan, ilgi ve etkinliklere karşı kısıtlı ilgi gösteren bireylerdir (akt. Adıgüzel ve diğ., 2015).

Çocuğuna otizm spektrum tanısı konmuş aileler, tanı konulmakta geç kalındığını, yanlış yönlendirildiklerini belirtmiştir. Aileler, OSB tanısı konulan çocukların aldıkları eğitimler sayesinde özbakım ve günlük yaşam becerilerinin geliştiğini vurgulamaktadır (Çolak ve Yassıbaş, 2019).

Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların aileleri birçok zorlukla karşılaşmaktadır. Aile çocukla birlikte okul, sosyal yaşam, aile ilişkileri gibi belli alanlarda sıkıntılar yaşamaktadır. Çocuklar okul hayatlarına uyum sağlamakta zorlanmakta, aileler çocukları için uygun okul ya da kurum ararken zorluklar yaşamaktadır. Sosyal yaşamlarında, çevrenin olumsuz yorumları, anlayışsız tavırları ailenin sosyal ortamlarından uzaklaşmalarına neden olabilmektedir. Aile içerisinde anne ilgiyi fazlasıyla çocuğu vermek zorunda kalmakta, babanın duyarsızlaşması ve annenin endişelerini paylaşmaması gibi durumlar aile içi ilişkileri negatif yönde etkilemektedir (Akkuş ve diğ., 2020).

Asperger sendromu:

Asperger sendromu bir çeşit yaygın gelişim bozukluğu olarak nitelendirilmektedir. Asperger sendromlu çocuklarda bilişsel ve dilsel yetenekler akranlarına göre benzer olmakla birlikte, sosyal çevreyle iletişimsel problemler, kısıtlı ilgi ve tekrarlayan davranışlar sıklıkla görülmektedir (American Psychiatric Association, 1994).

Asperger sendromlu bireylerin sosyal alanda iletişim sorunları ile karşı karşıya geldiği, arkadaşlık ilişkilerini geliştiremediğinden dolayı sadece kısıtlı sosyal çevrelerle iletişim sağladığı ve ilgi duyduğu alanların kısıtlı ve tekrarlayıcı olduğu görülmüştür. Bu hastalığa sahip olan bireylerde konuşmayla ilgili bir problemleri olmamasına rağmen, yaşlılarıyla benzer şekilde iletişim kurmakta zorlanmaktadır. Asperger sendromunu otizmden ayrı kılan temel özellik, hastaların konuşma problemlerinin olmamasıdır. Otizmlili olan kişilerde zihinsel problemler görülürken, asperger sendromlu bireylerin zekâ düzeyleri yaşlılarıyla benzer ya da onlardan üstündür (Bernier ve Gerds, 2010).

Asperger sendromlu çocuklara erken dönemde teşhis konulamamasının en önemli nedeni, bu hastalığı olan çocukların zihinsel ve dilsel gelişimlerinde sağlıklı çocuklardan farklı herhangi bir gözlem bulunmamasıdır. Bunu yanı sıra erken dönemde, bireyin sosyalleşme gereksinimi ileri yaştakilere göre

pek olmadığından dolayı asperger sendromu teşhisi erken dönemde pek konulamamaktadır (Murphy ve diğ., 2002).

DSM V'de (2013) yapılan değişikliklerle Asperger Sendromu tanı kategorisi kaldırılmış olup, Otizm kapsamında bozukluk kriterlerine göre tanı konmaktadır.

Down Sendromu:

İnsanlarda yaygın olarak görülen bir kromozomsal anomali olan Down sendromu, sağlıklı bireylerde olması gereken kromozom sayısının +1 fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Yani sağlıklı bireylerde 46 kromozom olup, Down sendromlu bireylerde bu sayı 47'dir. Down sendromu hastalığının ortaya çıkmasındaki ana neden kesin olarak bilinmemekle birlikte hücresel bölünmelerle ilişkili bir bozukluktan kaynaklandığı düşünülmektedir (Batu, 2011).

Down sendromu olan çocukların IQ düzeyi yaklaşık %50'dir. Bu çocukların hayatlarını idame ettirmeleri ve eğitimleri sağlık bireylere göre çeşitli zorluklar içermektedir. Düşük IQ'lu çocukların hareket ve iletişimleri akranlarına göre geç gelişmekte ve özbakım becerileri akranlarına oranla daha geriden gelmektedir (Köküöz, 1995).

Down sendromlu bireylerde, zihinsel gerilik erken dönemde çok belirgin olmasa da, yaş ilerledikçe belirginleşmektedir. Down sendromlu çocuklar okuma-yazmayı akranlarına göre daha geç öğrenebilmekte, iletişim yetenekli daha zayıf olmaktadır. Down sendromlu bireyler genelde sevecen, keyifli, ritme ve müziğe yatkın bireylerdir. Çocuk yaşta özel eğitim programlarının uygulanması halinde, çok başarılı olabilirler (Apak, 2002).

Down sendromlu çocukların kimilerinde erken dönemde yalnız kalmaktan mutlu olma durumu hâkimken, bazı çocuklarda uyku bozuklukları ve fazla hareketlilik göze batmaktadır. Down sendromlu çocuklara da zaman zaman motor davranışlarda problemler görülebilmekte, çeşitli uyarıcılara karşı normal olmayan tepkiler gösterme gibi aksaklıklar görülebilmektedir (Murphy ve diğ., 2002).

Down sendromlu çocuğa sahip olan anneler fiziksel iş yükünde, sağlık bakım ve bilgilendirme alanlarında desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir. Anneler duygusal alanlarda yaşadıkları sıkıntılarını paylaşma, diğerleri tarafından anlaşılma isteği ve manevi bakım desteği gibi konularda ihtiyaçları olduklarını belirtmektedirler (Gören, 2015).

Serebral palsi:

Serebral palsi (SP) hastalığı, bireyin merkezi sinir sisteminde meydana gelen deformasyon sonucunda ortaya çıkan, postüral ve hareketel gelişim bozukluğuna sebebiyet veren, fiziksel hareketleri kısıtlayan bir kas-iskelet sistemi rahatsızlığıdır (Raina ve diğ., 2005).

Serebral palsi hastası olan çocukların motor faaliyetleri yerine getirmede yetersizlikleri, görsel, işitsel, dilsel, mental ve öğrenişsel problemleri bulunmaktadır. Bunu yanı sıra Serebral palsili çocuklarda beslenmeye ilişkin problemler, ağız, diş ve diş sağlığına ilişkin sorunlar oluşabilmektedir (Bax ve diğ, 2005).

SP hastası çocuklarda hastalığın sebebiyet verdiği, iletişim problemleri, okuma-yazma güçlüğü, öğrenme/algılama zorlukları görülmekte, yardım almadan öz-bakım davranışlarını sergilemekte zorlandıkları gözlemlenmiştir (Jones ve Morgan, 2007).

Serebral palsili çocukların aileleri, çocuklarının mevcut sağlık durumlarıyla ve gelecekteki süreçleriyle ilgili yeterli bilgiyi alamadıklarını belirtmektedirler. Aileler daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduklarını söylemekte, bu yüzden ailenin bilgilendirilmesi ve sürece dahil edilmesi, çocuğun tedavi sürecine katkı sağlayacaktır (Aydın ve diğ., 2015). Serebral palsi hastalığının ağır şiddette olduğu durumlarda, aileler çocuklara bakım vermede zorluklar yaşamaktadır. Bakım vermede yaşanan zorluklar, hastalığın şiddeti; annelerin yükünü artırmakta ve umutsuzluk düzeyleri de bununla birlikte artmaktadır (Çalışır ve diğ., 2019).

Disleksi:

Disleksi bir öğrenme güçlüğü olup, okuma-yazma, cebir, düşünce, zaman gibi yönelim alanlarından bazılarında yetersizliğin baş gösterdiği bir bozukluk olarak adlandırılmaktadır. Dislektik bireylerde herhangi bir zekâ geriliği olamamakla birlikte, üstün zekâlı olma durumu da söz konusu olabilmektedir. Bu bireylerin beyinsel, emosyonel, fiziki veya ruhsal bir eksikliği bulunmamaktadır (Salman ve diğ., 2016).

Günümüzde disleksi 5 bireyden birinde görülebilmektedir. Sosyo-kültürel durum, etnik köken ve iktisadi durum gözetmeksizin ortaya çıkabilecek olan disleksi en yaygın karşılaşılan öğrenme güçlüklerinden biridir (Saraç, 2014).

Yapılan çalışmalarda dislektik bireylerin beyinlerinin anatomi, işlevi ve organizasyon bakımından sağlık bireylere göre farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. Dislektik çocukların beyinlerinde lateral bölge olarak adlandırılan, yaratıcılık ve görselleme ile ilgili olan bölümün, sağlıklı yaşlılarına göre daha fazla gelişmiş olduğu görülmüştür (Hammond ve Hercules, 2000).

Çeşitli kaynaklara göre disleksi hastalığı özgül öğrenme güçlüğü şeklinde ifade edilebilmektedir. Disleksi tanısı koymada uluslararası literatür de kabul görmüş yöntem DSM-V kıstaslarıdır (Karaca ve diğ., 2018).

Dikkat eksiliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB):

Dikkat eksiliği ve hiperaktivite bozukluğu uzunca bir süre huzursuz olma, aşırı hareketlilik ve yaramazlık şeklinde tabir edilen davranışsal bozukluk olarak ifade edilmiş, 80'lerin başında kronik davranışsal bir sorun olarak adlandırılmış, son dönem ise bir yönetim işlevi problemi olarak nitelendirilmektedir (Brown, 2010).

Dikkat eksiliği ve hiperaktivite bozukluğu çocukların gelişimleriyle ilgili olan bir davranış bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Dikkat eksiliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olan çocuklar akranlarına göre dikkat, aktivite kontrolü, davranış bozuklukları gibi problemler yaşamaktadır (Dolgun ve diğ., 2005).

Dikkat eksiliği ve hiperaktivite bozukluğu, dikkatte yetersizlik ve aşırı hareketli olma ve dürtüsellikten oluşmaktadır. Son yıllarda gerçekleştirilen

araştırmalarda Dikkat eksiliği ve hiperaktivite bozukluğu çocukluk ve ergenlik dönemlerinde yaygın karşılaşılan problemlerden biridir (zmen, 2010).

Dikkat eksiliği ve hiperaktivite bozukluğu ocuk yaşlarda sıklıkla gözlemlenen, kısa-uzun dönemde riskli bir nöro-gelişim problemidir. Dikkat eksiliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış olan çocuklar okul hayatında başarısız olma, uyuşturucu kullanımına yatkınlık, kriminal problemlere yatkınlık, mesleki başarısızlık konularında riskli gruptadırlar (Ercan ve diğ., 2008).

ocuğu dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış ebeveynlerin; algıladıkları bakım veren yükü, yaşam kalitelerinin ve depresyon düzeylerinin üzerinde etkileri görülmüştür. Algıladıkları bakım yükü artıkça, depresyon düzeylerinin arttığını ve yaşam kalitelerinin düştüğünü belirtmektedirler (Ceco, 2018).

2.2. Bakım Yükü

Bakım verme kavramı genellikle resmi (formal) veya gayri resmi (informal) olarak değerlendirilir. Çeşitli meslek grupları tarafından profesyonelce evde kişisel ve sağlık hizmetlerinin verilmesine resmi bakım adı verilir. Alana ilişkin profesyonel bilgisi olmayan bir bakıcı tarafından, bakıma muhtaç kişinin gündelik yaşamsal faaliyetlerinin yürütülmesi amacıyla destek verilmesi ise gayri resmi (informal) bakım olarak nitelendirilir (Lidell, 2002).

Küçük ocuklara bakım verme olgusu, ebeveynlerin gündelik yaşamlarının rutin bir parçası olmasına rağmen, bakım verilen çocuğun zihinsel ya da fiziksel engellerinin bulunması halinde bakım işleminde anne ve babanın oynadığı rolünü önem düzeyi fazlasıyla artış göstermektedir. Ebeveynlerin karşılaştıkları temel güçlük, bakıma muhtaç çocuğun temel gereksinimlerinin karşılanmasının yanı sıra sağlık problemleriyle de uğraşıyor olmaktadır (Parisi ve diğ., 2016).

Zihinsel engeli olan çocuklara bakım veren kişiler genel olarak çocuğun öz-bakımı, eğitimi ve sağlık durumunun takip edilmesi ve gerekli tedaviyi almasına yardımcı olma konuları çerçevesinde gerçekleşmektedir (Or, 2013).

Bakım yükü hastaya ya da bakıma muhtaç kişiye verilmekte olan hizmet sebebiyle bakım verende meydana gelen psiko-sosyal, fiziksel, iktisadi, toplumsal ve bireysel bazı sorunlar bütünü olarak ifade edilmektedir. Bakım yükü kavramı öznel ve nesnel olarak ele alınmaktadır. Nesnel bakım yükü, bakım veren bireylerde vermiş oldukları bakımdan kaynaklı yaşanan fiziksel zorluklar olarak tanımlanır. Bakım veren bireyde, vermiş olduğu bakım işi nedeniyle aktivite kısıtlaması, mesleki aksama, sosyal alana dair problemler, ailesel sorunlar, ekonomik güçlükler, fiziki hastalıklar, uyku sorunları ve iştahsızlık nesnel problemler olarak değerlendirilir. Öznel problemler ise bakım verende, bakım verme işi sebebiyle oluşan, hüznün, suçluluk-utanç, sıkıntı, depresiflik, öfkelenme, hayal kırıklıkları, tükenme, sinir gibi negatif hususlardır (Emek, 2016).

Bakım verenin yaşamında farklı mecralarda çeşitli sorunlara sebebiyet veren bakım yükü, zihinsel engelli bireylerin bakımından sorumlu kişilerde zaman zaman artış, zaman zaman azalış gösterebilmektedir. Bakım veren çaresiz, umutsuz, tükenmiş, depresif hissedebilir, bakım verende sosyo-ekonomik sorunlar, hatta fiziki hastalıklar görülebilir (Erdem ve diğ.,2013).

Bakım verme yükü, bakım verenlerin sosyal yaşantılarında da çeşitli problemlerin ortaya çıkmasına olanak tanımaktadır. Bakım veren ebeveynlerin çocuklarının rahatsızlığı nedeniyle toplum tarafından dışlandığı duygusuna kapılabilir hatta çocuklarını toplumdan izole etme yoluna gidebilirler. Böyle olunca kişinin sosyal çevresinden uzaklaşması ve asosyallik gibi problemlerle karşılaşılıyor olması olasıdır (Schene, 1990).

Zihinsel engelli çocuğa bakım veren ebeveynler bilgi yetersizliğinden dolayı çocukların eğitiminde ve tedavilerinde eksik yönlendirmeler sonucunda çeşitli problemlerle karşı karşıya kalabilmektedirler. Çocuğa karşı yakın çevredekilerin ve toplumun tutumu ailenin sosyal problemler yaşamasına sebebiyet verebilmektedir. Bakım veren ebeveynler mesleki yaşantılarında da bakım yükünden kaynaklı sorunlarla karşılaşabilmektedirler. Bunun

yanında ebeveynler arasında çeşitli sebeplerden dolayı gerilim yaşanabilmektedir (Ciğerli ve diğ., 2014).

Sosyal çevrelerini kaybeden ebeveynlerin, çevreden sosyal destek alamamalarından dolayı çeşitli ruh hastalıklarına yakalanma riskleri artmaktadır. Özellikle çocuğun bakımında daha fazla sorumluluk alan ebeveynde anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi sorunlar meydana gelebilmektedir (Türk ve Bumin, 2015).

2.3. Ölüm Kaygısı

Ölüm kavramı yaşamın sonlanması, ömrün bitmesi, yaşantının durması veya insanlarda, hayvanlarda ve bitkilerde solunumun tamamen ve kati olarak sonlanması olarak adlandırılmıştır (Akt. Tanhan ve Arı, 2006).

Ölüm kavramına ilişkin çok sayıda tıbbi terim kullanılabilen olup, söz konusu tanımlamalarda kesişen husus ise; canlının kendisini yenileyememe durumu veyahut yaşamsal fonksiyonların bir veya birden fazlasının işlevselliğini kaybetmesiyle yaşamın son bulmasıdır (Çobanlı ve Salt, 2001).

Cicirelli (2002) ise ölümü, canlıda fiziksel ve ruhsal fonksiyonların geri dönüşmeksizin sonlanması olarak ifade etmiş ve bu kavramın insanoğlu için evrensel olduğu belirtmiştir.

Frued, kaza geçirmekten, yaralanmaktan ve hastalıklardan kaçınarak ölümden uzak durma dürtüsünün insan yaşamını yoksullaştırdığını belirtmiştir. Bireyin kendi hayatını riske atmadan yaşaması, yaşamı sığlaştırdığını ve anlamsızlaştırdığını ifade etmiştir. Ölüm kavramını yaşamın içinden by-pass etmeye meyletmenin, yaşamda yer alan çok sayıda şeyden vazgeçilmesi anlamlı taşıdığını ve ölümün reddedilmemesi durumunda, yaşamsal bütünlüğün sağlanacağını ve yaşamın daha cazip hale geleceğini savunmuştur (Moraglia, 2004).

Ölümü düşünmenin insanının yaşamında yansımaları kaçınılamayacak bir gerçektir. Ölüm düşüncesinde aşırıya kaçma, ölçüsüzleşme ve psiko-patolojik halde ölümü düşünme şüphesiz ki insanın ruh sağlığında negatif etkilere sebebiyet verecektir. (Karaca, 2000).

Neimeyer ve arkadaşları ölüme dair kaygıları, korkma, tehdit altında hissetme, rahatsız olma gibi negatif duygular bütününlü ölüm tutumları kümesi şeklinde nitelendirmektedir (Abdel-Khalek, 2005).

Motivasyonel bileşen, ölüm kaygısı ve buna karşı geliştirilen savunma mekanizmalarının bireyin davranışlarını etkilemesi ve yaşam için bir motivasyon kaynağı oluşturmaktadır.

Ölüm kaygısı üzerine araştırmaya yürüten Lehto (2010), ölüm kaygısının emosyonel, bilişsel ve motivasyonel olarak çeşitli boyutları olduğunu ifade etmiştir.

Emosyonel bileşen; insanın var olmasına dair algıladığı tehditler olması halinde insan beynindeki emosyonel bellek noktalarının aktif hale gelmesiyle meydana gelen duygulardan oluşmaktadır.

Bilişsel bileşen; ölüme dair duyulana kaygı, ölme, ölüm sonrasına dair merak ve bedensel düşünce kümelerinden meydana gelmektedir.

Motivasyonel bileşen; ölüm kavramına ve ona dair kaygılar karşısında oluşturulan defans mekanizmasının insanın davranışlarına sirayet etmesi ve yaşamaya dair motive olmasını sağlamasıdır.

Bireylerin ölüm kaygısının önüne geçmek ve hayatını sürdürdüğü habitata uyumlu hale gelebilmesi için ölümü düşünmeyi sınırlandırması gereklidir. Buna karşın insan zihninde tamamıyla bastırılmamış, zaman zaman uygun ölçüde anımsanan ölüm düşüncesi insan yaşamına katkı sağlayabilmektedir. Ölümün farkında olup, bu düşünceyle bütünlük sağlamak bireye korku ve kötümserlikten ziyade değer yargıları çerçevesinde bir yaşam verebilir (Yalom, 1999).

Engelli çocukların özbakımlarını ailelerin desteğiyle yapıyor olmaları, yaşamlarında bireyselleşemiyor olmaları ailelerin ölüm kaygısı yaşamlarına sebep olmaktadır. Aileler kendi ölümlerinden sonra çocuğa bakacak kimsenin olmamasından dolayı ölüm kaygısı yaşadıklarını belirtmişlerdir (Oktar ve Yıldız, 2019). Atipik gelişim gösteren çocukların aileleriyle yapılan bir çalışmada, aileler hayatlarındaki önceliğin çocukların bakımı olduğunu ve

ölüm denildiğinde ilk olarak çocuklarını düşündüklerini vurgulamışlardır. Anneler öldükten sonra, çocuklarının bakımlarıyla ilgili endişe duymaktadırlar (Altıntaş ve diğ., 2020).

2.4. Bilgece Farkındalık

Bilgece farkındalık kelimesi Pali dilinde yer alan Sati'den gelmekte olup, anımsamak anlamıyla ortaya çıkmıştır (Bodhi, 2000).

Brown ve Ryan (2003) ise bilgece farkındalık kavramın kabul etmeye istek duyan dikkatli olma hali olarak tanımlamışlardır. Söz konusu tanımlamada yer alan kabul etme kavramı, tanık olunan veya yaşanan olaya ilişkin pozitif veyahut negatif durumları olduğu şekliyle kabullenerek farkındalığına varmak anlamlı taşımaktadır.

Bilgece farkındalık, uygun bir biçimde, şu an yaşanan zaman diliminde ve yargılamalarda bulunmadan dikkatli olmaktır. Bilgece farkında olan birey, yaşanan olayları dikkat bilinciyle zihin ve bedende odaklamakta, hislerini ve düşüncelerini önyargılardan arındırmış olarak, yargılamaktan kaçınarak ve anlayış göstererek kabul etmektir.

Bilgece farkında olmak kavramına ilişkin uzmanlar arasında herhangi bir konsensüs olmamakla birlikte, bilgece farkındalığa dair tanımlamanın araştırılan bilime göre sosyolojik, psikolojik, klinik ve dinsel açıdan çeşitlenebileceği vurgulanmıştır (Singh ve diğ., 2008).

Köken olarak Budizme dayalı olan bilgece farkındalık, bireylerde 2 temel fonksiyonu olan bir kavramdır. Bu temel fonksiyonlar dikkatlilik ve farkında olmaktır. Tıpkı Budist inanışlarda olduğu gibi, bilgece farkındalıkta birey için aslolan kendisidir ve başka bir karaktere bürünmeye çalışılması gereksizdir. Bu kavram bilinçli olarak yaşamaya dair bir sanat olup, diğer geleneklerle, ideolojilerle, inanç biçimleriyle ve bilimlerle çatışmamaktadır (Kabat-Zinn, 1994).

Shapiro ve arkadaşları (2006) Kabat-Zinn'in tanımlamalarından esinlenerek, bilgece farkındalığın, niyet, dikkat ve tutum şeklinde 3 bileşenin var olduğunu ifade etmişlerdir.

Yeni deneyimlere açık olmanın, önyargılardan arınmış olmanın, daha önceki yaşanmışlıklara takılı kalmamanın yeniden algılamaya olanak tanıdığını iddia etmişlerdir.

Negatif duygulardan kaçınarak yüzleşmemeyi tercih etmek, insana ilerleyen dönemlerde huzursuzluk verecektir. Bu duygularla yüzleşip onları düzenlemek tam tersi yönde etki edecek ve rahatlama sağlayacaktır. Tecrübe edilmiş negatif olaylara teslim olmak yerine, söz konusu olayları analiz etmek, farkına varmak ve önyargısız şekilde anlamaya çalışmak insana olumlu katkı sağlayacaktır (Bowlin ve Baer, 2012).

Bilgece farkındalık sayesinde, birey kaygıya sebebiyet veren olaylar/ durumlar karşısında bambaşka bir göz ile bakmakta, nedenlerini incelemekte ve yaşananların normal bir emosyonel durum olduğunu kabul etmektedir. Bu kabulleniş kişi de yaşanan negatif olay ya da durumun zamanla sona ereceği düşüncesini doğurmaktadır (Şahin ve Kökdemir, 2015).

Baer ve arkadaşları 2006 yılında yaptıkları çalışmada bilgece farkındalığın beş boyutlu bir yapıda incelenebileceğini belirtmişlerdir.

1. İçsel dürtülere tepki vermemek: Bireyin hissettiği duyguları algılaması, farkında olması ve anlık tepkilerden uzak durması
2. Gözlemlenme: Hissiyatın, algının, duygu-düşüncelerin bedende yaratmış olduğu değişmelerin, solunum değişikliklerinin ve kas hareketlerinin farkına varma
3. Otomatik davranışlardan uzak durmak/farkındalıklı davranmak: Geçmişte yaşanmış duygusal ve düşünsel durumlardan sıyrılarak şu anda yaşananların farkına varma
4. Tanımlamak/tarif etmek: Duyguları uygun şekilde aktarabilecek sözcükleri bulma, beklenti ve görüşleri kolay yoldan aktarabilme
5. Tecrübeleri yargılamamak: Duyuşsal ya da düşünsel durumların doğruluğuna veya yanlışlığına dair yargılamadan kaçınma

Germer ve arkadaşları (2005), bilgece farkındalık kavramına dair yaptıkları araştırmada aşağıdaki nitelendirmelerde bulunmuşlardır;

1. Bilgece farkındalık kavramsal değildir: Buna göre bilgece farkındalık düşünsel süreçlerden bağımsızdır.
2. Bilgece farkındalık şimdiye odaklanmıştır: Bilgece farkında olan kişiler daima şu anla ilgilenirler.
3. Yargılamaz: Bilgece farkındalık yaşanan olay/duruma önyargısız, bilgece denebilecek düzeyde nesnel davranmayı gerektirmektedir.

Olaylara önyargılardan uzak ve bilgece diyebileceğimiz objektif bir şekilde yaklaşmayı gerektirir.

4. Amaca odaklıdır/Maksatlılık: Bireyin sadece şimdiki zaman odaklanması halidir.
5. Gözlem gerektirir: Bilgece farkında olan bireyler, beden ve/veya zihnini yakından hissedebilmektedir.
6. Sözlü değildir: Bilgece farkındalığa dair tecrübe sözcükler zihinde oluşmadan önce belirir.
7. Keşfedicidir: Bilgece farkındalık algıdan farklı detaylı düzeyleri göz önünde bulundurur.
8. Özgürleştirir: Bilgece farkındalık, şartlanmaktan öte bir kavramdır.

Engelli çocuğa sahip olan ailelerle yapılan çalışmada, bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin ebeveynlerin bilgece farkındalık düzeylerinde herhangi bir etkisi olmadığı bulunmuştur. Buna ek olarak ailelerin bilgece farkındalık düzeylerinin, yaşadıkları stres düzeyleri üzerinde bir etkisi yoktur (Koçhan, 2019).

2.5. Özduyarlık

Batı kültüründe duyarlılık genelde başka insanlara karşı duyarlı olarak kavramsallaştırılmıştır oysa Budist felsefede kişinin başkalarına karşı duyarlılık gösterebilmesi için önce kendi kendine duyarlı olmasının gerektiği inancı hakimdir. Öz duyarlığın tanımı duyarlık kavramının tanımından pek farklı olmamıştır. Duyarlı olma, kişinin başkalarının sorun ve sıkıntılarını anlamasını ve başkalarına karşı paylaşımcı tutum göstererek, bu tecrübelerin olumsuz etkisini daha düşük düzeyde hissetmesine yardım etmesini ifade etmektedir (Wispe, 1991).

Duyarlık başarısızlığa uğramış, sıkıntı yaşamış ve hatalı davranmış olan kişileri ön yargılardan sıyrılarak anlamaya çalışmayı, başkalarının olumsuz tutum ve davranışlarını, inanın doğası gereği yanılabilceğini düşünerek, onlara sabrederek, sevecenlikle ve yargılamayan tavırlar sergilemeyi önermeyi gerektirmektedir. Öz duyarlık kişinin acılarına ve sıkıntılarına sebebiyet verecek duygulara açık olması gerektiğini, kendisine özen göstererek ve sevecenlikle davranması gerektiğini, yetersizliklere ve başarısızlıklara uğradığında, kendine karşı anlayış göstermesi gerektiğini ve onları kabullenmesini kapsamaktadır (Neff, 2003a).

Çok sayıda psikolog ve teorisyen, insanların kendilerine alaka gösterdiklerini ve başkalarından ziyade kişisel benliklerine ilgi gösterdiğini öne sürmektedir. Buna karşın bireyler çoğunlukla kendilerine zarar vermekte ve incinmektedir. İnsanın kişisel benliğine ilişkin bu tutumlar zaman zaman bencil ve ben merkezli olmaktan korkmasından kaynaklanmakta olmasına karşın, öz duyarlı olmak bencilliğe sebebiyet vermemektedir (Neff, 2003b).

Kimileri öz duyarlığın aşırıya kaçması halinde bireyin pasifize olacağına dair kaygılanmaktadır. Aksine içtenlikle yaşanan öz duyarlık durumunda kişinin pasifleşmesi olası değildir. Öz duyarlılık, kişinin düşlediği koşullara ulaşamaması halinde kendisini uygunsuz şekilde negatif yönde eleştirmesini önermemekle birlikte, bu durumun yanlışların kabulüne ve/veya göz ardı edilmesine el vermemesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Optimum fonksiyonelliğe ve zihin sağlığına ulaşmak için gereksinim duyulan davranışların sabır ve samimiyetle teşvik edilmesine gereksinim vardır. Bu sebepten ötürü öz duyarlık kişinin kendisinde gördüğü aksaklıklar açısından pasifize olmasına ve eylemsiz kalmasına sebebiyet vermez. Bilakis kişinin öz duyarlı olmaması durumunda pasifleşme olasılığı daha yüksektir. Kişi kendisini suçlayarak değişip gelişebileceği inancıyla kendi benliğini negatif olarak kritize eder ise, egosal korucuyu fonksiyonlar söz konusu başarısızlıkları ve yetersizliği gizleme amacıyla aktif olacak ve kişinin kendine olan saygısını kaybetme riski doğacaktır (Horney, 1950).

Öz duyarlık olmadan kişinin kendinde gördüğü yetersizlik ve başarısızlıklar var olmaya devam edecektir (Neff, 2003b). Özduyarlığın varlığı kişiye, uygunsuz duygu, düşünce ve hareketleri doğru şekilde algılama olanağı tanıyacak ve bu durumun üstesinden gelebilmesini sağlayacaktır. Öz duyarlık bireye kendini kınama korkusundan arındırarak iç dünyasına net şekilde görmesine dair ihtiyaç duyulan güven duygusunu sağlar (Brown, 1999).

Öz duyarlık, kişinin gelişmesine dair kuvvetli bir motivasyon kaynağıdır. Örnek vermek gerekirse, evlatlarına karşı duyarlı davranan ebeveynler, çocukların onlara zarar verecek davranışlarda bulunmasına müsaade etmez ve sağlıklı gelişim göstermelerine olanak tanımak için onların hoşlanmayacağı çeşitli sınırlamalara giderler. Anne ve babanın sergilemiş olduğu bu davranış yargı ve cezadan yoksun olarak, çocukların iyiliği için yapılmış şefkat ve alaka içeren bir davranıştır. Buna paralel olarak bireyin kendi benliğine duyarlı olması, kendisine zarar verecek davranışlardan kaçınmasına, arzuladığı noktaya varması için gereksinim duyduğu davranışlarda bulunmasına cesaret verir (Neff, 2003b).

Zihinsel engelli çocukları olan ailelere; uzmanlar tarafından öz duyarlık içerikli psikoeğitim verildiğinde, ailelerin öz duyarlık düzeylerinin arttığı görülmüştür (Duran, 2014). Çocukları otizm tanısı almış annelerde ise öz duyarlık düzeyi, psikolojik iyi olma haline etki etmektedir. Öz duyarlık düzeyi yüksek olan bireylerin, psikolojik iyi olma düzeyleri de artmaktadır (Ektaş, 2017).

2.6. Depresyon

Depresyon tarih boyunca ortaya çıkan psikolojik/psikiyatrik bozuklukların en eski olanıdır. Depresyon kavramının ortaya atan Hippokrates, insan vücudundaki safranın zehirleyici etkisiyle beyine negatif etkisinin olduğunu ifade etmiştir (Kessler, ve diğ., 1995).

19.'nu yüzyılın ortalarında Kraepelin depresyonu bir belirti şeklinde değerlendirmemiş ve ayrıştırarak kategorize etmiştir. Almanya'da yaptığı çalışmalarda depresyonu bir duygu durum bozukluğu olarak tanımlamış ve zihinde yarattığı etkilerin yanı sıra fiziki etkilerini de göz önünde bulundurmuştur. Bu kategorizasyonlar psikiyatri/psikoloji alanında önemli yer tutmuştur (Lehtinen ve Joukamaa, 1994).

Modern anlamda depresyon, kişinin yaşam arzusunun ve hazzın ortadan kalktığı, devam eden bir hüznün içinde olduğu, kendini değersiz ve yetersiz hissettiği, geleceğe dair umutsuz düşüncelerin haiz olduğu, bireysel ve sosyal fonksiyonlarından bozulmalara sebebiyet veren, yaratıcılık ve doyum duygusuna etki gösteren, uykusuzluk ve iştah problemlerine yol açan psikolojik ve fiziksel tesirlerin olduğu bir duygu durum bozukluğudur (Alper, 2001).

Bireyin depresyon tanısı alabilmesi için, yaşamındaki 14 günlük dönemde, öncesine göre işlevselliğinde azalma meydana gelmesi yeterli koşul değildir. Fonksiyonellik kaybının yanında çöküntü, karamsar ruh hali, haz duygusunda azalma, aktivitelere karşı ilgisizlik ve umutsuz olma durumunda değerlendirilmesi gerekir (Akıncı ve diğ., 2003).

Bir kişinin depresyon tanısı alabilmesi için American Psychological Association'ının yayınlamış olduğu DSM-V kriterlerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (American Psychological Association, 2013).

- A. On dört günlük sürede hemen her gün aşağıda belirtilen kıstaslardan en az beş tanesinin gerçekleşmesi ve bu kıstaslardan bir veya daha

fazlasının çökkün duygudurum veya arzu kaybı olacak oluşturması gerekmektedir

1. Çökkün duygudurum; Hemen hemen her gün, günün çoğunluğunda çökkün ruh hali
2. İlgii/istek kaybı; Hemen her gün günün çoğunluğunda etkinliklere karşı ilgi-istekte belirgin bir şekilde azalma ve/veya zevk almama durumu
3. İştahta artma/azalma; yemek yeme arzusunda artış ya da azalış
4. Uyku bozukluğu; Aşırı derecede uyku hali veya uyuyamama durumu
5. Hemen hemen her gün psikomotor aktivitelerde yavaşlama veya ajitasyon
6. Neredeyse her gün bitkinlik hali veya enerjide azalma
7. Neredeyse her gün suçluluk ve değersizlik hissi
8. Dikkat; Neredeyse her gün, odaklanmada güçlük çekme
9. İntihar düşünceleri; planlı veya plansız tekrarlayabilen kendini öldürme düşünceleri, girişimi.

B. Yukarıda verilen semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya toplumsal, işle ilgili alanlarda işlevsellikte düşüşe sebebiyet verir.

C. Bu dönem başka bir sağlık durumunun etkilerine bağlanamaz.

Süregelen araştırma sonuçlarına göre yüksek düzey depresyonun oluşmasında; bireyin genetik kodlarının, depresif kişilik özelliklerinin, cinsiyet, yaş, hormonal değişiklik, ayrı yaşama, işsiz kalma, kır yaşantısı, eğitim düzeyi, madde kullanma, travma ve yas tutma gibi risk faktörleri saptanmıştır (Kessler ve Bromet, 2013).

Genellikle birçok çalışmada, engelli çocukların ebeveynlerinde depresyon düzeylerinin yüksek olduğu ve birçok farklı değişkenlerle ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Engelli çocuğu olan ailelerin, engelli çocuğu olmayan ailelere göre depresyon düzeyleri daha yüksek çıkmaktadır (Tura, 2017). Engelli çocukların aileleri genellikle yaşadıkları durumlar karşısında depresyonla paralel olarak umutsuzluk, sıkıntıyı kabullenme ve sıkıntıyla baş etmede

zorluklarda yaşamaktadırlar. Ailelerin depresyon düzeyleri arttıkça umutsuzluk düzeylerinin de arttığı görülmüştür (Durat ve diğ., 2017). Zihinsel yetersizliği olan çocukların ebeveynlerinde, normal gelişim gösteren çocuğa sahip ebeveynlere göre depresyon, daha yüksek bulunmuş, bununla birlikte sıkıntıyı kabullenme ve sıkıntıyla baş etme kapasitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Akça ve Özyürek, 2019). Engelli çocuğa sahip olan ebeveynlerde bakım yükünün zorluğu sıklıkla vurgulanmaktadır. Günlük yaşantılarında karşılaştıkları bakım sürecindeki zorluklar, ebeveynlerin duygu durumlarını oldukça etkilemektedir. Engelli çocuğa sahip olan ebeveynler bakım yükleri arttıkça, depresyon düzeylerinin de arttığını belirtmişlerdir (Ören ve Aydın, 2020).

3. BÖLÜM

YÖNTEM

Araştırmanın yöntem bölümünde araştırmada kullanılan model, araştırma evreni ve örneklem, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve verilerin istatistiksel olarak analizinde kullanılan yöntemlere ilişkin bilgiler verilmiştir. Bu çalışmada nicel araştırma yöntemleri kullanılmıştır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma zihinsel engelli çocuğa sahip ebeveynlerin Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği, Öz-duyarlık Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi ve Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği, Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının Beck Depresyon Ölçeği puanlarını yordama durumunun incelenmesi amacıyla ilişkisel tarama modelinde gerçekleştirilmiştir. İlişkisel tarama modeli, belirlenen parametreler arasında yer alan korelasyonların saptanması ve tahminlenmesi amacıyla yürütülmektedir (Karasae, 2010).

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini Türkiye Cumhuriyeti İzmir ilinde ikamet eden ve engelli çocuğu olan anne ve babalar (ebeveynler) oluşturmaktadır. İzmir il ve ilçelerinde özel eğitim öğrenci kapasitesi yaklaşık 2000 kişidir. Araştırma evrenin temsil yeteneği olan yeterli örneklem sayısının belirlenmesinde evreni bilinen örnekleme formülü kullanılmıştır.

Örneklem sayısı :**N:** Çalışma Evrenindeki kişi sayısı**n:** Örnekleme alınacak birey sayısı**p:**İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)**q:**İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)**t:**Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer**d:**Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatasıdır.

$$n = \frac{N * t^2 * p * q}{(N - 1)d^2 + t^2 * p * q} \quad n = \frac{2000 * (1.96)^2 * 0.50 * 0.50}{(1999)(0.05)^2 + (1.96)^2 * 0.50 * 0.50} = 322$$

Bu sonuçlara göre araştırma %95 güven seviyesinde ve örnekleme hatası %5 olacak şekilde tasarlanmış ve 2000 kişilik araştırma evreninden belirtilen güven seviyesi ve hata payı ile 323 ebeveynle görüşülmesi uygun görülmüştür.

Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinin ardından örnekleme seçimine karar verilmiş ve araştırmaya dahil olan ebeveynler araştırma hedefine paralel olarak olasılıksız bir örneklem türü olan amaçsal örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Amaçsal örneklemede, araştırmanın amaçlarına uygun olarak, araştırma sınırlılıkları çerçevesinde örnekleme dahil olması muhtemel kişiler örnekleme alınır (Büyüköztürk, 2016).

3.3.Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanması için hazırlanan anket formu Kişisel Özellikler, Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği, Öz-duyarlık Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği olmak üzere 6 farklı bölümden oluşmaktadır.

3.3.1.Kişisel Özellikler Formu

Anket formunun ilk bölümünde araştırmacı tarafından, araştırmaya dahil edilen ebeveynlerin yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu gibi

sosyo-demografik özelliklerinin yanında engelli çocuğa ilişkin yaş, cinsiyet, eğitim yılı ve tanı gibi özelliklerin belirlenmesine yönelik sorular yer almaktadır.

3.3.2.Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği

Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin algılamış oldukları bakım yüklerinin belirlenmesi amacıyla Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek ilk olarak 1994 yılında Reinhard ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve ölçeğin Türkçe diline uyarlamasına ilişkin geçerlik-güvenirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından 2011 yılında gerçekleştirilmiştir.

Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, bakım veren bireylerin gündelik yaşantılarının verdikleri bakımdan ne derece etkilendiğinin ve bakım alan kişiye dair ne derece kaygılandıklarının belirlenmesinde kullanılan bir ölçektir. Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeğinde dörtlü derecelendirmenin kullanıldığı likert tipinde geliştirilmiş 19 önerme yer almaktadır (Aydemir ve diğ., 2011) Aydemir ve arkadaşlarının (2011) yapmış oldukları geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin faktör yapısı incelenmiş ve günlük yaşamda kısıtlanma, olumsuz duygular, hasta için endişe etme, bakım verenin kayıpları, mesleki faaliyetlerde bozulma olmak üzere 5 faktörlü bir yapıya sahip olduğu görülmüştür. Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeğinin güvenirlik çalışması kapsamında yapılan Cronbach's Alpha testi neticesinde ölçeğin iç tutarlık katsayısının 0,89 olduğu tespit edilmiştir (Aydemir ve diğ., 2011)

Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeğinde yer alan maddelere verilen yanıtlar; Hiç = 1 puan, Çok az= 2 puan, Biraz=3 puan ve Çok= 4 puan olacak şekilde puanlanmaktadır ve ölçekten alınabilen en düşük puan 19 iken, en yüksek puan 76'dır. Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeğinden alınacak olan yüksek puan algılanan bakım yükünün yüksek olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmada Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeğinin Cronbach's Alpha katsayısı 0,867 olarak hesaplanmıştır.

3.3.3.Ölüm Kaygısı Ölçeği

Araştırmaya dahil edilen ebeveynlerin ölüme dair kaygılarının saptanması amacıyla Ölüm Kaygısı Ölçeği kullanılmıştır.

Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin orijinali Templer (1970) tarafından geliştirilmiş olup, ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması ilk olarak 1989 yılında Şenol tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölüm Kaygısı Ölçeği daha sonra Akça ve Köse (2008) tarafından tekrar uyarlanmıştır.

Ölüm Kaygısı Ölçeği'nde 15 madde bulunmakta olup, maddelere verilen yanıtlar 0-1 şeklinde puanlanmaktadır. Buna göre ölçekten alınabilecek olan en düşük puan 0, en yüksek puan ise 15'tir. Ölüm Kaygısı Ölçeği'nden alınan yüksek puan kişide ölüm kaygısının yüksek olduğunu göstermektedir.

Akça ve Köse (2008) tarafından yapılan geçerlik-güvenirlik çalışması sonucunda ölçeğin faktör yapısının orijinal ölçekten farklı çıktığı görülmüştür. Bu sebeple araştırmada Ölüm Kaygısı Ölçeği tek boyutlu olarak ele alınmıştır. Ölçeğin test-retest güvenilirliği incelenmiş ve test sonuçları arasındaki korelasyon katsayısı 0,79 bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılığına ilişkin KR-20 testi uygulanmış ve güvenilirlik katsayısı 0,71 bulunmuştur.

Bu çalışmada ölçekten toplanan verilere ilişkin uygulanan KR-20 testi sonuçlarına göre ölçeğin güvenilirlik katsayısının 0,76 olduğu tespit edilmiştir.

3.3.4. Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği

Araştırmaya dahil edilen ebeveynlerin bilgece farkındalık düzeylerinin saptanması amacıyla orijinali Baer ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilen ve Türkçe uyarlama çalışması Ayalp ve Şahin (2018) tarafından gerçekleştirilen Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği kullanılmıştır.

Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği'nde hiçbir zaman, nadiren, bazen, sıklıkla ve hemen her zaman şeklinde beşli derecelendirmeye oluşturulmuş 20 madde bulunmaktadır. Ölçeğe verilen yanıtlar hiçbir zaman=1, nadiren=2, bazen=3, sıklıkla= 4 ve hemen her zaman=5 şeklinde puanlanmaktadır. Beş

Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği'nden yüksek puan alınması bilgece farkındalık düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Ayalp ve Şahin (2018)'nin yaptığı geçerlik-güvenirlik çalışmasında ölçeğin orijinal formunda yer alan beş faktörlü yapının aynı olduğu belirlenmiştir. Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeğinde;

- Dikkati Düzenleyebilme (S9, S10,S11 ve S12)
- Yargılamadan Gözleme ve İzleme (S13, S14, S15 ve S16)
- Etkilenmeden Gözleme ve İzleme (S17, S18, S19 ve S20),
- Duyumsal Farkındalık (S1, S2, S3 ve S4)
- Duyularını İsimlendirebilme (S5, S6, S7 ve S8.)

şeklinde alt boyutlar yer almaktadır. Ölçeğin güvenirlik çalışması kapsamında yapılan iç tutarlılık testi sonuçlarına göre ölçeğin Cronbach's Alpha güvenirlik katsayısı 0,71 bulunmuştur.

Bu çalışmada ebeveynlerin Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği'ne verdikleri yanıtların güvenirliklerinin saptanması amacıyla gerçekleştirilen Cronbach's Alpha testi sonuçları neticesinde ölçek geneline ilişkin Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısının 0,77 olduğu tespit edilmiştir.

3.3.5. Öz-duyarlık Ölçeği

Araştırmaya dahil edilen ebeveynlerin öz-duyarlıklarının saptanmasında Öz-duyarlık ölçeği kullanılmıştır. Öz-duyarlık ölçeği ilk olarak Neff tarafından 2003 yılında geliştirilmiş Türkçe diline uyarlaması Akın ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır.

Öz-duyarlık ölçeğinde 26 madde bulunmaktadır ve beşli likert tipinde geliştirilmiştir. Ölçekte yer alan maddelere verilen yanıtlar hiçbir zaman=1 puan, nadiren=2 puan, sık sık=3 puan, genellikle=4 puan ve her zaman=5 puan şeklinde puanlanmaktadır. Öz-duyarlık ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 26, en yüksek puan ise 130'dur.

Akın ve arkadaşları (2007) tarafından gerçekleştirilen geçerlik-güvenirlik çalışması kapsamında ölçeğe doğrulayıcı faktör analizi uygulanmış ve faktör

yapısının orijinal ölçekle uyduğu tespit edilmiştir. Ölçekte yer alan alt boyutlar;

- Öz Sevecenlik
- Öz Yargılama
- Paylaşım Bilinci Olma
- İzolasyon
- Bilinçlilik
- Aşırı Özdeşleşme

şeklinde dir. Ölçeğe ilişkin yapılan güvenilirlik çalışması sonuçlarına göre ölçeğin Cronbach's Alpha değerinin 0,72'yle 0,80 arasında olduğu belirlenmiştir.

Araştırmacı tarafından yapılan iç tutarlılık testi sonucunda, bu araştırmada ebeveynlerin Öz-duyarlık ölçeğine verdikleri yanıtların Cronbach's Alpha değeri 0,769 bulunmuştur.

3.3.6. Beck Depresyon Ölçeği

Ebeveynlerin depresyon düzeylerinin belirlenmesinde Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiş Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Beck Depresyon Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanmasında gerçekleştirilen geçerlik-güvenirlik çalışması Hisli (1988) tarafından gerçekleştirilmiştir.

Beck Depresyon Ölçeğinde 21 madde bulunmaktadır ve maddelere verilen yanıtlar 0-3 arasında puanlanmaktadır. Beck Depresyon Ölçeğinden alınan yüksek puan depresyonun yüksek olduğu ifade etmektedir.

Beck Depresyon Ölçeğinin geçerlik çalışması kapsamında tek boyutlu olduğu belirlenmiştir. Ölçeğe ilişkin test-retest sonuçlarına göre korelasyon katsayısı $r=0,78$ gibi yüksek bir değer bulunmuştur. Beck Depresyon Ölçeğinin iç tutarlılığını gösteren Cronbach's Alpha katsayısı 0,80 bulunmuştur.

Bu çalışmada araştırmacı tarafından uygulanan Cronbach's Alpha testi sonuçlarına göre, ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,860 bulunmuştur.

3.4. Veri Toplaması

Araştırma verilerinin toplanması işlemi etik kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Öncelikle araştırmanın uygulandığı özel eğitim kurumlarından yazılı ve sözlü izinler alınmıştır.

Araştırmaya katılan ebeveynlere araştırma hakkında yazılı ve sözlü bilgi verilmiştir. Ankete verilen yanıtların samimi olması amacıyla isim ve soyisim talep edilmemiştir. Katılımcılar, araştırmada toplanan verilerin üçüncü şahıslarla paylaşılmayacağı ve sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacağı konusunda aydınlatılmıştır.

Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan soru formu yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak 2019 yılının Haziran-Aralık ayları boyunca 6 aylık süre zarfında toplanmıştır.

3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada Kişisel Özellikler, Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği, Öz-duyarlık Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği şeklinde altı bölümden oluşan anket formundan elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences 25.0 (SPSS 25.0) for Windows programıyla çözümlenmiştir.

Araştırmaya dahil edilen ebeveynlerin yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu gibi sosyo-demografik özellikler, engelli çocuğa ilişkin yaş, cinsiyet, eğitim yılı ve tanı gibi özelliklerin dağılımına dair sıklık (frekans) analizi sonuçları gösterilmiştir.

Ebeveynlerin Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği, Öz-duyarlık Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinden almış oldukları puanların belirlenmesi maksadıyla; puan ortalaması, ortalamaya ilişkin standart sapma değeri, alınan puanlara dair en küçük ve en büyük değer gibi bazı betimsel istatistikler gösterilmiştir.

Ebeveynlerin Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği, Öz-duyarlık Ölçeği ve Beck Depresyon

Ölçeği puanlarının normal dağılıma uyma durumunun test edilmesi için Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmış ve test sonuçları aşağıda sunulmuştur.

	Kolmogorov-Smirnov		
	Değer	Ser. Der.	p
Günlük Yaşam Kısıtlaması	0,058	323	0,011
Hasta için Endişe Etme	0,120	323	0,000
Kayıplar	0,153	323	0,000
Faaliyetlerde Bozulma	0,177	323	0,000
Mesleki Aksamalar	0,235	323	0,000
Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği	0,046	323	0,095
Ölüm Kaygısı Ölçeği	0,105	323	0,000
Dikkati Düzenleyebilme	0,078	323	0,000
Yargılamadan Gözleme ve İzleme	0,081	323	0,000
Etkilenmeden Gözleme ve İzleme	0,091	323	0,000
Duyumsal Farkındalık	0,067	323	0,001
Duyularını İsimlendirebilme	0,139	323	0,000
Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği	0,051	323	0,045
Öz Sevecenlik	0,110	323	0,000
Öz Yargılama	0,095	323	0,000
Paylaşım Bilinci Olma	0,081	323	0,000
İzolasyon	0,091	323	0,000
Bilinçlilik	0,120	323	0,000
Aşırı Özdeşleşme	0,090	323	0,000
Öz-duyarlık Ölçeği	0,067	323	0,001
Beck Depresyon Ölçeği	0,133	323	0,000

Yukarıda verilen sonuçlardan görüleceği üzere ebeveynlerin Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği, Öz-duyarlık Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının normal dağılıma uymadığı belirlenmiştir. Bu sebeple ebeveynlerin yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu gibi sosyo-demografik özelliklerine ve engelli çocuğa ilişkin yaş, cinsiyet, eğitim yılı ve tanı gibi özelliklerine göre ölçekten aldıkları puanlar karşılaştırılırken parametrik olmayan (nonparametrik) hipotez testleri kullanılmıştır.

Cinsiyet ve medeni durum değişkenleri iki kategoriden oluştuğundan dolayı, ölçek puanları ile karşılaştırılırken Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Yaş grubu, eğitim durumu ve eğitim yılı değişkenleri üç ve daha fazla sayıda gruptan oluştuğundan dolayı, ölçek puanları ile karşılaştırılırken Kruskal-Wallis H (K-W) testi kullanılmıştır. K-W testi neticesinde bağımsız değişkenin grupları arasında fark bulunması halinde, farkın saptanması için Bonferroni düzeltmesinin kullanıldığı Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği, Öz-duyarlık Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinden almış oldukları puanlar arasındaki ilişkiler Spearman testiyle belirlenmiştir. Son olarak ebeveynlerin Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği, Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının Beck Depresyon Ölçeği puanlarını yordayıp, yordamadığının incelenmesi için çok değişkenli regresyon analizi kullanılmıştır.

4. BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Tanıtıcı Özellikler

Tablo 1.

Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	284	87,93
Erkek	39	12,07
Yaş Grubu		
35 yaş ve altı	112	34,67
36-40 yaş	98	30,34
41 yaş ve üzeri	113	34,98
Medeni durum		
Bekar	52	16,10
Evli	271	83,90
Eğitim durumu		
İlköğretim	17	5,26
Lise	141	43,65
Lisans	142	43,96
Lisansüstü	23	7,12

Tablo 1.'de araştırmada yer alan ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

İncelenen tabloya göre, araştırmadaki ebeveynlerin %87,93'ü kadın, %12,07'si erkek; %34,67'si 35 yaş ve altı, %30,34'ü 36-40 yaş arası ve %34,98'i 41 yaş ve üzeridir.

Katılımcıların %16,10'unun medeni durumu bekar, %83,90'ının evlidir. Eğitim durumuna göre dağılımlar %5,26 oranında ilköğretim, %43,65 oranında lise, %43,96 oranında lisans ve %7,12 oranında lisansüstü şeklindedir.

Tablo 2.

Ebeveynlerin çocuğunun bazı özelliklerine göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çocuğun cinsiyeti		
Kız	99	30,65
Erkek	224	69,35
Çocuğun yaşı		
6 yaş ve altı	132	40,87
7-10 yaş	125	38,70
11 yaş ve üzeri	66	20,43
Çocuğun tanısı		
Asperger Sendromu	20	6,19
DEHB	5	1,55
Diğer	6	1,86
Disleksi	43	13,31
Otizm	177	54,80
Serebralpalsi	30	9,29
Yaygın gelişim bozukluğu	42	13,00
Çocuğun eğitim yılı		
2 yıl ve altı	119	36,84
3-4 yıl	102	31,58
5 yıl ve üzeri	102	31,58

Tablo 2.'de araştırmada bulunan ebeveynlerin çocuğunun bazı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 2.'ye göre, araştırmadaki ebeveynlerin çocuğunun %30,65'i kız, %69,35'i erkektir. Çocuğun yaşı %40,87 oranında 6 yaşı ve altında, %38,70 oranında 7-10 yaşı arası ve %20,43 oranında 11 yaşı ve üzeridir. Ebeveynlerin çocuğunun tanısına göre dağılım %6,19 'unda Asperger Sendromu, %1,55'inde DEHB, %1,86'sında diğer,%13,31'inde disleksi, %54,80'inde otizm, %9,29'unda serebralpalsi ve %13,00'ünde yaygın gelişim bozukluğu şeklindeyir. Çocuğun eğitim yılı %36,84'ünde 2 yıl ve altı, %31,58'inde 3-4 yıl arası ve %31,58'inde 5 yıl ve üzeridir.

4.2. Hastalık Yükyü

Tablo 3.

Ebeveynlerin Hastalık Yükyü Değerlendirme Ölçeği puanları

	n	\bar{x}	s	Min	Max
Günlük Yaşam Kısıtlaması	323	24,93	5,23	10,00	36,00
Hasta için Endişe Etme	323	15,76	3,04	5,00	20,00
Kayıplar	323	6,30	1,76	2,00	8,00
Faaliyetlerde Bozulma	323	5,01	1,78	2,00	8,00
Mesleki Aksamalar	323	3,19	0,90	1,00	4,00
Hastalık Yükyü Değerlendirme Ölçeği	323	55,18	9,92	28,00	76,00

Tablo 3.'te araştırmaya katılan hastaların Ebeveynlerin Hastalık Yükyü Değerlendirme Ölçeği toplam puanları ve Günlük Yaşam Kısıtlaması, Hasta için Endişe Etme, Kayıplar, Faaliyetlerde Bozulma ve Mesleki Aksamalar alt boyutlarından aldıkları puanlara dair tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Tablo 3.'e göre araştırmaya katılan ebeveynlerin Hastalık Yükyü Değerlendirme Ölçeği genelinden aldıkları puanların ortalaması $55,18 \pm 9,92$ 'dir. Ebeveynler ölçeğin alt boyutları olan günlük yaşam kısıtlamasından ortalama $24,93 \pm 5,23$ puan, hasta için endişe etmeden $15,76 \pm 3,05$ puan, kayıplardan $6,30 \pm 1,76$ puan, faaliyetlerde bozulmadan $5,01 \pm 1,78$ puan ve mesleki aksamalardan $3,19 \pm 0,90$ puan almışlardır.

Tablo 4.

Ebeveynlerin cinsiyetine göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	\bar{x}	s	SO	Z	p
Günlük Yaşam	Kadın	284	25,04	5,24	164,41		
Kısıtlaması	Erkek	39	24,13	5,22	144,44	-1,255	0,209
Hasta için	Kadın	284	15,90	2,99	166,87		
Endişe Etme	Erkek	39	14,72	3,29	126,55	-2,543	0,011*
Kayıplar	Kadın	284	6,29	1,77	162,21		
	Erkek	39	6,41	1,70	160,46	-0,112	0,911
Faaliyetlerde	Kadın	284	5,01	1,76	162,34		
Bozulma	Erkek	39	5,03	1,94	159,54	-0,179	0,858
Mesleki	Kadın	284	3,18	0,84	162,91		
Aksamalar	Erkek	39	3,21	1,26	155,38	-0,510	0,610
Hastalık Yükü	Kadın	284	55,42	10,00	163,96		
Değerlendirme Ölçeği	Erkek	39	53,49	9,25	147,73	-1,018	0,308

* $p < 0,05$ (Mann-Whitney U testi)

Tablo 4.'ten elde edilen verilere göre araştırmaya alınan ebeveynlerin cinsiyetine göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği genelinden ve ölçeğin kayıplar, faaliyetlerde bozulma ve mesleki aksamalar alt boyutlarından aldıkları puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Katılımcıların cinsiyetine göre ölçeğin hasta için endişe etme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Kadınların hasta için endişe etme puanları, erkeklerin puanlarından daha yüksektir.

Tablo 5.

Ebeveynlerin yaş grubuna göre göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Yaş Grubu	N	\bar{x}	s	SO	χ^2	p	Fark
Günlük Yaşam Kısıtlaması	35 yaş ve altı	112	24,78	4,41	159,17	0,264	0,876	
	36-40 yaş	98	24,71	5,18	161,26			
	41 yaş ve üzeri	113	25,27	6,01	165,45			
Hasta için Endişe Etme	35 yaş ve altı	112	15,40	2,98	148,65	3,679	0,159	
	36-40 yaş	98	16,01	2,63	171,58			
	41 yaş ve üzeri	113	15,89	3,41	166,92			
Kayıplar	35 yaş ve altı	112	5,90	1,57	140,46	11,400	0,003*	1-3
	36-40 yaş	98	6,31	1,60	164,17			
	41 yaş ve üzeri	113	6,69	1,98	181,46			
Faaliyetlerde Bozulma	35 yaş ve altı	112	4,81	1,73	149,63	4,165	0,125	
	36-40 yaş	98	4,97	1,68	161,66			
	41 yaş ve üzeri	113	5,24	1,90	174,55			
Mesleki Aksamalar	35 yaş ve altı	112	3,04	0,93	143,72	9,527	0,009*	1-3
	36-40 yaş	98	3,18	0,71	162,99			
	41 yaş ve üzeri	113	3,33	0,99	179,26			
Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği	35 yaş ve altı	112	53,94	8,63	149,07	3,613	0,164	
	36-40 yaş	98	55,18	9,66	164,96			
	41 yaş ve üzeri	113	56,42	11,19	172,25			

* $p < 0,05$ (Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 5.'te araştırma kapsamındaki ebeveynlerin yaş grubuna göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği genelinden ve ölçeğin günlük yaşam kısıtlaması, hasta için endişe etme ve faaliyetlerde bozulma alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Araştırmadaki ebeveynlerin yaş grubuna göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeğinin kayıplar ve mesleki aksamalar alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farkın olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). 35 yaş ve altındaki ebeveynlerin kayıplar ve mesleki aksamalar puanları, 41 yaş ve üzerindeki ebeveynlerin puanlarından daha düşüktür.

Tablo 6.

Ebeveynlerin medeni durumuna göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Medeni Durum	n	\bar{x}	s	SO	Z	p
Günlük Yaşam Kısıtlaması	Bekar	52	26,15	5,21	183,30	-1,799	0,072
	Evli	271	24,69	5,22	157,91		
Hasta için Endişe Etme	Bekar	52	15,75	3,56	170,61	-0,730	0,465
	Evli	271	15,76	2,94	160,35		
Kayıplar	Bekar	52	6,71	1,63	188,16	-2,254	0,024*
	Evli	271	6,22	1,78	156,98		
Faaliyetlerde Bozulma	Bekar	52	5,15	1,67	173,03	-0,948	0,343
	Evli	271	4,98	1,80	159,88		
Mesleki Aksamalar	Bekar	52	3,25	0,81	173,86	-1,080	0,280
	Evli	271	3,17	0,91	159,73		
Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği	Bekar	52	57,02	10,71	180,96	-1,600	0,110
	Evli	271	54,83	9,74	158,36		

* $p < 0,05$ (Mann-Whitney U testi)

Tablo 6.'daki veriler incelendiğinde araştırma konusu ebeveynlerin medeni durumuna göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği genelinden ve günlük yaşam kısıtlaması, hasta için endişe etme, faaliyetlerde bozulma ve mesleki aksamalar alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Katılımcıların medeni durumuna göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeğinin kayıplar alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Bekar ebeveynlerin kayıplar puanı, evli ebeveynlerin puanlarından daha yüksektir.

Tablo 7.

Ebeveynlerin eğitim durumuna göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Eğitim durumu	n	\bar{x}	s	SO	Z	p
Günlük Yaşam Kısıtlaması	Lise ve altı	158	25,146	5,800	165,699	-0,698	0,485
	Lisans ve üzeri	165	24,721	4,638	158,458		
Hasta için Endişe Etme	Lise ve altı	158	15,563	3,485	156,934	-0,960	0,337
	Lisans ve üzeri	165	15,945	2,548	166,852		
Kayıplar	Lise ve altı	158	6,437	2,001	169,554	-1,453	0,146
	Lisans ve üzeri	165	6,170	1,484	154,767		
Faaliyetlerde Bozulma	Lise ve altı	158	5,127	2,028	165,614	-0,694	0,488
	Lisans ve üzeri	165	4,897	1,501	158,539		
Mesleki Aksamalar	Lise ve altı	158	3,285	1,059	172,927	-2,223	0,026*
	Lisans ve üzeri	165	3,091	0,697	151,536		
Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği	Lise ve altı	158	55,557	11,275	165,725	-0,702	0,483
	Lisans ve üzeri	165	54,824	8,442	158,433		

* $p < 0,05$ (Mann-Whitney U testi)

Tablo 7.'de araştırmaya dahil olan ebeveynlerin eğitim durumuna göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği genelinden ve günlük yaşam kısıtlaması, hasta için endişe etme, kayıplar ve faaliyetlerde bozulma alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p > 0,05$).

Araştırmadaki ebeveynlerin eğitim durumuna göre ölçeğin mesleki aksamalar alt boyutundan aldıkları puanlar arasında anlamlı düzeyde bir farkın olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Lise ve altı düzeyindeki ebeveynlerin mesleki aksamalar puanları, lisans ve üzeri düzeyindeki ebeveynlerin puanlarından daha yüksektir.

Tablo 8.

Ebeveynlerin çocuğunun cinsiyetine göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Çocuğun Cinsiyeti	n	\bar{x}	s	SO	Z	p
Günlük Yaşam	Kız	99	24,53	5,71	154,93	-0,907	0,365
Kısıtlaması	Erkek	224	25,11	5,02	165,13		
Hasta için	Kız	99	16,10	2,98	175,51	-1,739	0,082
Endişe Etme	Erkek	224	15,61	3,07	156,03		
Kayıplar	Kız	99	6,33	1,78	167,26	-0,687	0,492
	Erkek	224	6,29	1,75	159,68		
Faaliyetlerde	Kız	99	5,02	1,83	160,83	-0,153	0,878
Bozulma	Erkek	224	5,00	1,76	162,52		
Mesleki	Kız	99	3,17	1,01	159,66	-0,324	0,746
Aksamalar	Erkek	224	3,19	0,84	163,04		
Hastalık Yükü	Kız	99	55,15	10,77	162,85	-0,109	0,913
Değerlendirme Ölçeği	Erkek	224	55,20	9,55	161,62		

(Mann-Whitney U testi)

Tablo 8.'de araştırma dahilindeki ebeveynlerin çocuğunun cinsiyetine göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği genelinden ve ölçeğin günlük yaşam kısıtlaması, hasta için endişe etme, kayıplar, faaliyetlerde bozulma ve mesleki aksamalar alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Diğer bir ifadeyle katılımcıların çocuğunun cinsiyeti gözetilmeksizin Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği puanları benzerdir.

Tablo 9.

Ebeveynlerin çocuğun yaşına göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Çocuğun yaşı	n	\bar{x}	s	SO	X ²	p	Fark
Günlük Yaşam Kısıtlaması	6 yaş ve altı	132	24,59	4,74	155,44	1,485	0,476	
	7-10 yaş	125	25,26	5,60	169,55			
	11 yaş ve üzeri	66	24,97	5,49	160,83			
Hasta için Endişe Etme	6 yaş ve altı	132	15,47	2,99	153,09	2,082	0,353	
	7-10 yaş	125	16,01	2,82	167,40			
	11 yaş ve üzeri	66	15,86	3,53	169,59			
Kayıplar	6 yaş ve altı	132	6,13	1,58	154,26	6,262	0,044*	1-3
	7-10 yaş	125	6,22	1,91	156,97			
	11 yaş ve üzeri	66	6,79	1,72	187,00			
Faaliyetlerde Bozulma	6 yaş ve altı	132	4,92	1,92	153,78	2,255	0,324	
	7-10 yaş	125	5,02	1,69	164,42			
	11 yaş ve üzeri	66	5,17	1,66	173,85			
Mesleki Aksamalar	6 yaş ve altı	132	3,02	0,94	143,06	10,879	0,004*	1-2
	7-10 yaş	125	3,33	0,89	176,92			1-3
	11 yaş ve üzeri	66	3,24	0,77	171,63			
Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği	6 yaş ve altı	132	54,13	8,92	152,16	2,524	0,283	
	7-10 yaş	125	55,85	10,53	167,82			
	11 yaş ve üzeri	66	56,03	10,58	170,66			

* $p < 0,05$ (Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 9.'daki bulgulara göre araştırmaya alınan ebeveynlerin çocuğunun yaşına göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği genelinden ve ölçeğin günlük yaşam kısıtlaması, hasta için endişe etme ve faaliyetlerde bozulma alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Araştırma dahilindeki ebeveynlerin çocuğunun yaşına göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeğinin kayıplar ve mesleki aksamalar alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Çocuğunun yaşı 6 yaş ve altında olan ebeveynlerin kayıplar puanı, çocuğunun yaşı 11 yaş ve üzeri olan ebeveynlerin

puanlarından daha düşük; mesleki aksamalar puanları ise diğer tüm ebeveynlerin puanlarından daha düşüktür.

Tablo 10.

Ebeveynlerin çocuğun eğitim yılına göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Çocuğun eğitim yılı	n	\bar{x}	s	SO	X ²	p	Fark
Günlük Yaşam Kısıtlaması	2 yıl ve altı	119	23,77	5,65	139,34	14,192	0,001*	1-3
	3-4 yıl	102	24,93	4,74	163,81			
	5 yıl ve üzeri	102	26,27	4,93	186,62			
Hasta için Endişe Etme	2 yıl ve altı	119	14,87	3,03	134,02	21,807	0,000*	1-3
	3-4 yıl	102	15,85	2,70	164,25			
	5 yıl ve üzeri	102	16,71	3,10	192,40			
Kayıplar	2 yıl ve altı	119	5,94	2,07	136,58	23,158	0,000*	1-3
	3-4 yıl	102	6,23	1,65	158,08			
	5 yıl ve üzeri	102	6,79	1,32	195,58			
Faaliyetlerde Bozulma	2 yıl ve altı	119	4,57	1,73	137,63	15,172	0,001*	1-3
	3-4 yıl	102	5,13	1,77	167,56			
	5 yıl ve üzeri	102	5,40	1,75	184,88			
Mesleki Aksamalar	2 yıl ve altı	119	2,92	1,01	133,73	23,836	0,000*	1-3
	3-4 yıl	102	3,27	0,86	166,88			
	5 yıl ve üzeri	102	3,40	0,71	190,10			
Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği	2 yıl ve altı	119	52,08	10,60	130,29	27,034	0,000*	1-3
	3-4 yıl	102	55,41	8,46	165,50			
	5 yıl ve üzeri	102	58,58	9,37	195,50			

* $p < 0,05$ (Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 10.'a göre araştırmadaki ebeveynlerin çocuğun eğitim yılına göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği genelinden ölçeğin günlük yaşam kısıtlaması, hasta için endişe etme, kayıplar, faaliyetlerde bozulma ve mesleki aksamalar alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Çocuğunun eğitim yılı 2 yıl ve altında olan ebeveynlerin Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği

genelinden ve tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar, çocuğunun eğitim yılı 5 yıl ve üzeri olanlardan daha düşüktür.

Tablo 11.

Ebeveynlerin çocuğun tanısına göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Çocuğun tanısı	n	\bar{x}	s	SO	X ²	p	Fark
Günlük Yaşam Kısıtlaması	Otizm	177	25,94	5,13	179,65	20,285	0,000*	1-2
	Disleksi/DEHB/YGB	96	22,91	5,18	126,70			2-3
	AspergerSend./Serebralpalsi	50	25,24	4,68	167,31			
Hasta için Endişe Etme	Otizm	177	16,10	2,95	171,78	12,612	0,002*	1-2
	Disleksi/DEHB/YGB	96	14,74	3,04	134,20			2-3
	AspergerSend./Serebralpalsi	50	16,50	2,93	180,75			
Kayıplar	Otizm	177	6,53	1,85	176,61	29,462	0,000*	1-2
	Disleksi/DEHB/YGB	96	5,56	1,40	120,21			2-3
	AspergerSend./Serebralpalsi	50	6,90	1,63	190,53			
Faaliyetlerde Bozulma	Otizm	177	5,29	1,77	176,85	26,327	0,000*	1-2
	Disleksi/DEHB/YGB	96	4,24	1,39	122,10			2-3
	AspergerSend./Serebralpalsi	50	5,48	2,04	186,05			
Mesleki Aksamalar	Otizm	177	3,23	0,88	166,95	10,430	0,005*	1-2
	Disleksi/DEHB/YGB	96	2,98	0,75	140,39			2-3
	AspergerSend./Serebralpalsi	50	3,44	1,11	185,97			
Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği	Otizm	177	57,09	9,85	178,73	28,558	0,000*	1-2
	Disleksi/DEHB/YGB	96	50,43	9,39	119,44			2-3
	AspergerSend./Serebralpalsi	50	57,56	8,01	184,48			

* $p < 0,05$ (Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 11.'de araştırmada yer alan ebeveynlerin çocuğun tanısına göre Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği genelinden ve ölçeğin günlük yaşam kısıtlaması, hasta için endişe etme, kayıplar, faaliyetlerde bozulma ve mesleki aksamalar alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede farkın olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Fark ikinci gruptan kaynaklanmaktadır. Çocuğunun tanısı disleksi/DEHB/YGB olan ebeveynlerin Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği genelinden ve tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar, diğer ebeveynlerin puanlarından anlamlı oranda daha düşüktür.

4.3. Ölüm Kaygısı

Tablo 12.

Ebeveynlerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları

	n	\bar{x}	s	Min	Max
Ölüm Kaygısı Ölçeği	323	7,82	1,84	3,00	13,00

Tablo 12'deki veriler incelendiğinde araştırmada bulunan ebeveynlerin Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puanların ortalamasının $7,82 \pm 1,84$ olduğu görülmüştür.

Tablo 13.

Ebeveynlerin cinsiyetine göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	\bar{x}	s	SO	Z	p
Ölüm Kaygısı Ölçeği	Kadın	284	7,83	1,78	162,58	-0,304	0,761
	Erkek	39	7,74	2,26	157,79		

(Mann-Whitney U testi)

Tablo 13.'teki verilere göre, araştırmadaki ebeveynlerin cinsiyetine göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Başka bir deyişle, kadın ve erkek ebeveynlerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları benzerdir.

Tablo 14.

Ebeveynlerin yaş grubuna göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Yaş Grubu	n	\bar{x}	s	SO	χ^2	p
Ölüm Kaygısı Ölçeği	35 yaş ve altı	112	7,76	1,91	160,23	0,556	0,757
	36-40 yaş	98	7,92	1,87	167,72		
	41 yaş ve üzeri	113	7,80	1,76	158,79		

(Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 14.'te araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin yaş grubuna göre göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Buna göre, katılımcıların yaş grubu gözetilmeksizin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları benzerdir.

Tablo 15.

Ebeveynlerin medeni durumuna göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Medeni durum	n	\bar{x}	s	SO	Z	p
Ölüm Kaygısı Ölçeği	Bekar	52	7,44	1,79	141,06	-1,790	0,073
	Evli	271	7,89	1,85	166,02		

(Mann-Whitney U testi)

Tablo 15.'ten elde edilen bulgulara göre araştırmaya konu olan ebeveynlerin medeni durumuna göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması sonucu istatistiksel olarak anlamlı seviyede bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Başka bir ifadeyle, evli ve bekar ebeveynlerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları benzerdir.

Tablo 16.

Ebeveynlerin eğitim durumuna göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Eğitim durumu	n	\bar{x}	s	SO	Z	p
Ölüm Kaygısı Ölçeği	Lise ve altı	158	7,696	1,986	155,680	-1,207	0,227
	Lisans ve üzeri	165	7,939	1,688	168,052		

(Mann-Whitney U testi)

Tablo 16.'da araştırmaya alınan ebeveynlerin eğitim durumuna göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puanlara arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmış ($p>0,05$), katılımcıların eğitim durumu gözetilmeksizin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları benzer bulunmuştur.

Tablo 17.

Ebeveynlerin çocuğun cinsiyetine göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Çocuğun cinsiyeti	n	\bar{x}	s	SO	Z	p
Ölüm Kaygısı Ölçeği	Kız	99	7,99	1,64	167,37	-0,697	0,486
	Erkek	224	7,75	1,92	159,63		

(Mann-Whitney U testi)

Tablo 17.'deki veriler incelendiğinde araştırmadaki ebeveynlerin çocuğunun cinsiyetine göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması sonucu istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). Çocuğunun cinsiyeti kız ve erkek olan ebeveynlerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları benzerdir.

Tablo 18.

Ebeveynlerin çocuğun yaşına göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Çocuğun yaşı	n	\bar{x}	s	SO	χ^2	p
Ölüm Kaygısı Ölçeği	6 yaş ve altı	132	7,88	1,80	165,63	0,743	0,690
	7-10 yaş	125	7,71	1,94	156,44		
	11 yaş ve üzeri	66	7,91	1,75	165,27		

(Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 18.'e göre araştırma dâhilindeki ebeveynlerin çocuğunun yaşına göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması sonucu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farkın olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Diğer bir ifadeyle ebeveynlerin çocuğunun yaşı fark etmeksizin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları benzerdir.

Tablo 19.

Ebeveynlerin çocuğun eğitim yılına göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Çocuğun eğitim yılı	n	\bar{x}	s	SO	χ^2	p
Ölüm Kaygısı Ölçeği	2 yıl ve altı	119	7,71	1,80	156,59	1,094	0,579
	3-4 yıl	102	7,90	1,95	169,45		
	5 yıl ve üzeri	102	7,86	1,80	160,86		

(Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 19.'daki verilere bakıldığında araştırma kapsamındaki ebeveynlerin çocuğunun eğitim yılına göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Katılımcıların çocuğunun eğitim yılı gözetilmeksizin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları benzerdir.

Tablo 20.

Ebeveynlerin çocuğun tanısına göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Çocuğun tanısı	n	\bar{x}	s	SO	χ^2	p
Ölüm Kaygısı Ölçeği	Otizm	177	7,98	1,91	169,79	2,947	0,229
	Disleksi/DEHB/YGB	96	7,66	1,83	154,63		
	AspergerSend./Serebralpalsi	50	7,58	1,59	148,57		

(Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 20.'ye göre, araştırmada bulunan ebeveynlerin çocuğunun tanısına göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Başka bir deyişle ebeveynlerin çocuğunun tanısı fark etmeksizin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları benzerdir.

4.2. Bilgece Farkındalık

Tablo 21.

Ebeveynlerin Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanları

	n	\bar{x}	s	Min	Max
Dikkati Düzenleyebilme	323	13,03	4,05	4,00	20,00
Yargılamadan Gözleme ve İzleme	323	12,68	3,05	5,00	20,00
Etkilenmeden Gözleme ve İzleme	323	13,58	2,83	4,00	20,00
Duyumsal Farkındalık	323	12,46	3,70	4,00	20,00
Duyularını İsimlendirebilme	323	12,45	2,07	6,00	20,00
Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği	323	64,20	7,95	42,00	90,00

Tablo 21.'den elde edilen verilere göre araştırma konusu ebeveynlerin Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği genelinden aldıkları puanların ortalama $64,20 \pm 7,95$ olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların ölçeğin dikkati düzenleyebilme faktöründen ortalama $13,03 \pm 4,05$ puan, yargılamadan gözleme ve izleme faktöründen $12,68 \pm 3,05$ puan, etkilenmeden gözleme ve izleme faktöründen $13,58 \pm 2,83$ puan, duyumsal farkındalık faktöründen $12,46 \pm 3,70$ puan ve duyularını isimlendirebilme faktöründen ortalama $12,45 \pm 2,07$ puan aldıkları görülmüştür.

Tablo 22.

Ebeveynlerin cinsiyetine göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	\bar{x}	s	SO	Z	p
Dikkati	Kadın	284	13,10	4,05	163,55	-0,806	0,420
Düzenleyebilme	Erkek	39	12,54	4,05	150,73		
Yargılamadan	Kadın	284	12,83	3,01	166,13	-2,153	0,031*
Gözleme ve İzleme	Erkek	39	11,64	3,18	131,96		
Etkilenmeden	Kadın	284	13,53	2,86	160,12	-0,984	0,325
Gözleme ve İzleme	Erkek	39	13,97	2,60	175,71		
Duyumsal	Kadın	284	12,47	3,68	162,73	-0,379	0,705
Farkındalık	Erkek	39	12,36	3,88	156,71		
Duyularını	Kadın	284	12,52	2,12	164,81	-1,481	0,139
İsimplendirebilme	Erkek	39	11,87	1,63	141,56		
Beş Faktörlü Bilgece	Kadın	284	64,45	8,26	165,43	-1,782	0,075
Farkındalık Ölçeği	Erkek	39	62,38	4,96	137,04		

* $p < 0,05$ (Mann-Whitney U testi)

Tablo 22.'de araştırmaya dahil olan ebeveynlerin cinsiyetine göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği genelinden ve ölçeğin dikkati düzenleyebilme, etkilenmeden gözleme ve izleme, duyumsal farkındalık ve duygularını isimlendirebilme faktörlerinden aldıkları puanların karşılaştırılması sonucu istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin cinsiyetine göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeğinin yargılamadan gözleme ve izleme faktöründen aldıkları puanlar arasında ise anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Kadın ebeveynlerin yargılamadan gözleme ve izleme puanları, erkek ebeveynlerin puanlarından daha yüksektir.

Tablo 23.

Ebeveynlerin yaş grubuna göre göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Yaş Grubu	n	\bar{x}	s	SO	χ^2	p
Dikkati Düzenleyebilme	35 yaş ve altı	112	13,54	4,00	173,29	3,627	0,163
	36-40 yaş	98	13,13	3,62	163,24		
	41 yaş ve üzeri	113	12,44	4,41	149,73		
Yargılamadan Gözleme ve İzleme	35 yaş ve altı	112	12,87	2,90	169,12	1,022	0,600
	36-40 yaş	98	12,57	2,74	157,34		
	41 yaş ve üzeri	113	12,60	3,44	158,99		
Etkilenmeden Gözleme ve İzleme	35 yaş ve altı	112	13,72	2,75	169,45	1,148	0,563
	36-40 yaş	98	13,34	2,71	156,65		
	41 yaş ve üzeri	113	13,65	3,01	159,25		
Duyumsal Farkındalık	35 yaş ve altı	112	12,48	3,80	162,87	0,569	0,753
	36-40 yaş	98	12,23	3,48	156,42		
	41 yaş ve üzeri	113	12,63	3,79	165,98		
Duyularını İsimplendirebilme	35 yaş ve altı	112	12,61	2,33	169,90	3,926	0,140
	36-40 yaş	98	12,13	1,76	146,72		
	41 yaş ve üzeri	113	12,56	2,04	167,42		
Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği	35 yaş ve altı	112	65,21	7,38	174,16	2,922	0,232
	36-40 yaş	98	63,41	7,94	156,22		
	41 yaş ve üzeri	113	63,88	8,47	154,96		

(Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 23.'deki bulgulara göre, araştırma konusu ebeveynlerin yaş grubuna göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği genelinden ve ölçeğin dikkati düzenleyebilme, yargılamadan gözleme ve izleme, etkilenmeden gözleme ve izleme, duyumsal farkındalık ve duygularını isimlendirebilme faktörlerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Diğer bir deyişle, ebeveynlerin yaş grubu gözetilmeksizin Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanları benzerdir.

Tablo 24.

Ebeveynlerin medeni durumuna göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Medeni durum	n	\bar{x}	s	SO	Z	p
Dikkati	Bekar	52	13,21	4,13	166,38	-0,370	0,711
Düzenleyebilme	Evli	271	13,00	4,04	161,16		
Yargılamadan	Bekar	52	12,94	3,43	170,92	-0,756	0,450
Gözleme ve İzleme	Evli	271	12,63	2,97	160,29		
Etkilenmeden	Bekar	52	13,56	2,67	161,17	-0,070	0,944
Gözleme ve İzleme	Evli	271	13,59	2,86	162,16		
Duyumsal	Bekar	52	12,06	3,82	153,20	-0,744	0,457
Farkındalık	Evli	271	12,54	3,67	163,69		
Duyularını	Bekar	52	12,69	1,71	175,39	-1,147	0,251
İsimlendirebilme	Evli	271	12,40	2,13	159,43		
Beş Faktörlü Bilgece	Bekar	52	64,46	8,52	168,52	-0,550	0,582
Farkındalık Ölçeği	Evli	271	64,15	7,86	160,75		

(Mann-Whitney U testi)

Tablo 24.'e göre, araştırmaya alınan ebeveynlerin medeni durumuna göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği genelinden ve ölçeğin dikkati düzenleyebilme, yargılamadan gözleme ve izleme, etkilenmeden gözleme ve izleme, duyumsal farkındalık ve duygularını isimlendirebilme faktörlerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Evli ve bekâr ebeveynlerin Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanları benzerdir.

Tablo 25.

Ebeveynlerin eğitim durumuna göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Eğitim durumu	n	\bar{x}	s	SO	Z	p
Dikkati	Lise ve altı	158	12,639	4,135	153,345	-1,635	0,102
Düzenleyebilme	Lisans ve üzeri	165	13,406	3,945	170,288		
Yargılamadan	Lise ve altı	158	12,652	3,269	161,351	-0,123	0,902
Gözleme ve İzleme	Lisans ve üzeri	165	12,715	2,830	162,621		
Etkilenmeden	Lise ve altı	158	13,633	2,724	161,386	-0,116	0,907
Gözleme ve İzleme	Lisans ve üzeri	165	13,533	2,933	162,588		
Duyumsal	Lise ve altı	158	12,348	3,937	158,839	-0,597	0,550
Farkındalık	Lisans ve üzeri	165	12,564	3,458	165,027		
Duygularını	Lise ve altı	158	12,443	2,385	158,111	-0,744	0,457
İsimlendirebilme	Lisans ve üzeri	165	12,448	1,726	165,724		
Beş Faktörlü Bilgece	Lise ve altı	158	63,715	8,708	156,911	-0,959	0,337
Farkındalık Ölçeği	Lisans ve üzeri	165	64,667	7,155	166,873		

(Mann-Whitney U testi)

Tablo 25.'ten elde edilen sonuçlara göre, araştırmadaki ebeveynlerin eğitim durumuna göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği genelinden ve ölçeğin dikkati düzenleyebilme, yargılamadan gözleme ve izleme, etkilenmeden gözleme ve izleme, duyumsal farkındalık ve duygularını isimlendirebilme faktörlerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bir başka ifadeyle, ebeveynlerin eğitim durumu gözetilmeksizin Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanları benzerdir.

Tablo 26.

Ebeveynlerin çocuğun cinsiyetine göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Çocuğun cinsiyeti	n	\bar{x}	s	SO	Z	p
Dikkati	Kız	99	12,86	3,72	158,19	-0,489	0,625
Düzenleyebilme	Erkek	224	13,11	4,19	163,69		
Yargılamadan	Kız	99	13,01	2,80	172,75	-1,383	0,167
Gözleme ve İzleme	Erkek	224	12,54	3,15	157,25		
Etkilenmeden	Kız	99	13,65	2,72	162,43	-0,056	0,955
Gözleme ve İzleme	Erkek	224	13,55	2,88	161,81		
Duyumsal	Kız	99	12,54	3,60	163,18	-0,152	0,879
Farkındalık	Erkek	224	12,42	3,74	161,48		
Duyularını	Kız	99	12,30	2,04	155,88	-0,795	0,427
İsimplendirebilme	Erkek	224	12,51	2,09	164,70		
Beş Faktörlü Bilgece	Kız	99	64,35	7,67	160,18	-0,233	0,815
Farkındalık Ölçeği	Erkek	224	64,13	8,09	162,81		

(Mann-Whitney U testi)

Tablo 26.'daki bulgular incelendiğinde araştırmaya alınan ebeveynlerin çocuğunun cinsiyetine göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği genelinden ve ölçeğin dikkati düzenleyebilme, yargılamadan gözleme ve izleme, etkilenmeden gözleme ve izleme, duyumsal farkındalık ve duygularını isimlendirebilme faktörlerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çocuğunun cinsiyeti kız ve erkek olan ebeveynlerin Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanları benzerdir.

Tablo 27.

Ebeveynlerin çocuğun yaşına göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Çocuğun yaşı	n	\bar{x}	s	SO	χ^2	p
Dikkati Düzenleyebilme	6 yaş ve altı	132	13,03	4,14	161,27	1,083	0,582
	7-10 yaş	125	12,84	3,74	157,44		
	11 yaş ve üzeri	66	13,39	4,47	172,09		
Yargılamadan Gözleme ve İzleme	6 yaş ve altı	132	12,61	3,03	160,19	0,088	0,957
	7-10 yaş	125	12,72	2,91	163,51		
	11 yaş ve üzeri	66	12,76	3,37	162,76		
Etkilenmeden Gözleme ve İzleme	6 yaş ve altı	132	13,56	2,81	162,08	0,080	0,961
	7-10 yaş	125	13,62	3,01	163,32		
	11 yaş ve üzeri	66	13,55	2,54	159,34		
Duyumsal Farkındalık	6 yaş ve altı	132	12,71	3,56	168,94	1,245	0,537
	7-10 yaş	125	12,31	3,66	157,53		
	11 yaş ve üzeri	66	12,23	4,05	156,59		
Duyularını İsimplendirebilme	6 yaş ve altı	132	12,48	2,00	163,91	0,125	0,940
	7-10 yaş	125	12,39	2,18	159,86		
	11 yaş ve üzeri	66	12,47	2,03	162,23		
Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği	6 yaş ve altı	132	64,40	7,62	164,29	0,224	0,894
	7-10 yaş	125	63,89	8,19	158,95		
	11 yaş ve üzeri	66	64,39	8,26	163,19		

(Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 27.'ye bakıldığında araştırmada yer alan ebeveynlerin çocuğunun yaşına göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği genelinden ve ölçeğin dikkati düzenleyebilme, yargılamadan gözleme ve izleme, etkilenmeden gözleme ve izleme, duyumsal farkındalık ve duygularını isimlendirebilme faktörlerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı düzeyde bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Katılımcıların çocuğunun yaşı gözetilmeksizin Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanları benzer bulunmuştur.

Tablo 28.

Ebeveynlerin çocuğun eğitim yılına göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Çocuğun eğitim yılı	n	\bar{x}	s	SO	χ^2	p	Fark
Dikkati Düzenleyebilme	2 yıl ve altı	119	12,20	4,11	142,34	10,989	0,004*	1-3
	3-4 yıl	102	13,09	3,69	162,99			
	5 yıl ve üzeri	102	13,94	4,16	183,95			
Yargılamadan Gözleme ve İzleme	2 yıl ve altı	119	12,42	2,94	154,88	1,774	0,412	
	3-4 yıl	102	12,68	2,91	160,83			
	5 yıl ve üzeri	102	13,00	3,30	171,47			
Etkilenmeden Gözleme ve İzleme	2 yıl ve altı	119	13,81	2,93	169,05	1,110	0,574	
	3-4 yıl	102	13,48	2,68	158,79			
	5 yıl ve üzeri	102	13,42	2,86	156,98			
Duyumsal Farkındalık	2 yıl ve altı	119	12,75	3,59	171,25	2,254	0,324	
	3-4 yıl	102	12,46	3,54	160,70			
	5 yıl ve üzeri	102	12,12	3,97	152,51			
Duyularını İsimlendirebilme	2 yıl ve altı	119	12,68	2,10	173,29	8,579	0,014*	1-2
	3-4 yıl	102	12,04	1,95	140,00			
	5 yıl ve üzeri	102	12,58	2,12	170,82			
Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği	2 yıl ve altı	119	63,86	7,07	159,04	0,981	0,612	
	3-4 yıl	102	63,75	7,84	157,92			
	5 yıl ve üzeri	102	65,06	8,98	169,54			

* $p < 0,05$ (Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 28. incelendiğinde, araştırma kapsamındaki ebeveynlerin çocuğunun eğitim yılına göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği genelinden ve ölçeğin yargılamadan gözleme ve izleme, etkilenmeden gözleme ve izleme ve duyumsal farkındalık faktörlerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel bir fark tespit edilmemiştir ($p > 0,05$).

Katılımcıların çocuğunun eğitim yılına göre ölçeğin dikkati düzenleyebilme ve duygularını isimlendirebilme faktörlerinden aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı seviyede bir farkın olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Çocuğunun eğitim yılı 2 yıl ve altı olan ebeveynlerin dikkati düzenleyebilme puanları, çocuğunun eğitim yılı 5 yıl ve üzeri olanların puanlarından daha düşük; duygularını isimlendirebilme puanları ise çocuğunun eğitim yılı 3-4 yıl arası olanların puanlarından daha yüksektir.

Tablo 29.

Ebeveynlerin çocuğun tanısına göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Çocuğun tanısı	n	\bar{x}	s	SO	χ^2	p	Fark
Dikkati Düzenleyebilme	Otizm	177	13,46	3,83	171,66	4,466	0,107	
	Disleksi/DEHB/YGB	96	12,68	4,08	153,05			
	AspergerSend./Serebralpalsi	50	12,20	4,60	144,97			
Yargılamadan Gözleme ve İzleme	Otizm	177	12,55	3,04	159,50	2,611	0,271	
	Disleksi/DEHB/YGB	96	12,53	2,98	156,57			
	AspergerSend./Serebralpalsi	50	13,44	3,14	181,29			
Etkilenmeden Gözleme ve İzleme	Otizm	177	13,29	3,00	153,51	3,552	0,169	
	Disleksi/DEHB/YGB	96	13,97	2,39	175,17			
	AspergerSend./Serebralpalsi	50	13,88	2,91	166,78			
Duyumsal Farkındalık	Otizm	177	11,98	3,56	150,61	6,694	0,035*	1-3
	Disleksi/DEHB/YGB	96	12,82	3,65	170,74			
	AspergerSend./Serebralpalsi	50	13,44	4,03	185,54			
Duyularını İsimlendirebilme	Otizm	177	12,40	2,08	161,36	0,978	0,613	
	Disleksi/DEHB/YGB	96	12,44	2,29	157,41			
	AspergerSend./Serebralpalsi	50	12,64	1,59	173,10			
Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği	Otizm	177	63,68	7,56	156,89	1,280	0,527	
	Disleksi/DEHB/YGB	96	64,44	7,92	166,39			
	AspergerSend./Serebralpalsi	50	65,60	9,25	171,66			

* $p < 0,05$ (Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 29.'da araştırma konusu ebeveynlerin çocuğun tanısına göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması sonucu ölçeğin duyumsal farkındalık faktöründen aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Çocuğunun tanısı otizm olan ebeveynlerin duyumsal farkındalık puanları, çocuğun tanısı Asperger Sendromu/SerebralPalsi olan ebeveynlerin puanlarından daha düşüktür.

Katılımcıların çocuğunun tanısına göre Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği genelinden ve ölçeğin diğer faktörlerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı düzeyde bir fark tespit edilmemiştir ($p > 0,05$).

4.4. Öz-duyarlık

Tablo 30.

Ebeveynlerin Öz-duyarlık Ölçeği puanları

	n	\bar{x}	s	Min	Max
Öz Sevecenlik	323	12,51	3,28	4,00	20,00
Öz Yargılama	323	12,92	4,46	5,00	25,00
Paylaşım Bilinci Olma	323	13,46	3,05	4,00	20,00
İzolasyon	323	11,09	3,68	4,00	20,00
Bilinçlilik	323	13,52	3,03	5,00	20,00
Aşırı Özdeşleşme	323	10,24	3,72	4,00	19,00
Öz-duyarlık Ölçeği	323	63,51	7,80	38,00	87,00

Tablo 30.'a göre, araştırmaya katılan ebeveynlerin Öz-duyarlık Ölçeği genelinden aldıkları puanların ortalaması $64,20 \pm 7,95$ 'tir. Katılımcıların Öz-duyarlık Ölçeğinin alt boyutları olan Öz Sevecenlik puan ortalaması $12,51 \pm 3,28$, Öz Yargılama puan ortalaması $12,92 \pm 4,46$, Paylaşım Bilinci Olma puan ortalaması $13,46$, İzolasyon puan ortalaması $11,09 \pm 3,68$, Bilinçlilik puan ortalaması $13,52 \pm 3,03$ ve Aşırı özdeşleşme puan ortalaması $10,24 \pm 3,72$ bulunmuştur.

Tablo 31.*Ebeveynlerin cinsiyetine göre Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması*

	Cinsiyet	n	\bar{x}	s	SO	Z	p
Öz	Kadın	284	12,49	3,35	161,59	-0,214	0,830
Sevecenlik	Erkek	39	12,67	2,79	164,99		
Öz	Kadın	284	12,97	4,48	162,58	-0,303	0,762
Yargılama	Erkek	39	12,54	4,36	157,76		
Paylaşım	Kadın	284	13,48	3,11	162,66	-0,344	0,731
Bilinci Olma	Erkek	39	13,33	2,57	157,21		
İzolasyon	Kadın	284	11,12	3,75	162,44	-0,231	0,817
	Erkek	39	10,87	3,14	158,77		
Bilinçlilik	Kadın	284	13,38	2,99	158,03	-2,075	0,038
	Erkek	39	14,59	3,12	190,92		
Aşırı	Kadın	284	10,30	3,72	163,07	-0,555	0,579
Özdeşleşme	Erkek	39	9,85	3,79	154,24		
Öz-duyarlık	Kadın	284	63,44	7,89	161,76	-0,125	0,900
Ölçeği	Erkek	39	64,00	7,18	163,76		

(Mann-Whitney U testi)

Tablo 31.'e göre araştırma dahilindeki ebeveynlerin cinsiyetine göre Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması sonucu ölçek genelinden ve ölçeğin öz sevecenlik, öz yargılama, paylaşım bilinci olma, izolasyon, bilinçlilik ve aşırı özdeşleşme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Diğer bir deyişle, araştırmadaki kadın ve erkek ebeveynlerin Öz-duyarlık Ölçeği puanları benzerdir.

Tablo 32.

Ebeveynlerin yaş grubuna göre Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Yaş Grubu	n	\bar{x}	s	SO	χ^2	p	Fark
Öz Sevecenlik	35 yaş ve altı	112	12,57	3,40	165,44	0,514	0,773	
	36-40 yaş	98	12,33	3,02	156,55			
	41 yaş ve üzeri	113	12,62	3,40	163,32			
Öz Yargılama	35 yaş ve altı	112	12,53	4,30	154,21	1,529	0,465	
	36-40 yaş	98	12,85	4,35	162,18			
	41 yaş ve üzeri	113	13,37	4,72	169,57			
Paylaşım Bilinci Olma	35 yaş ve altı	112	13,59	3,34	165,19	2,693	0,260	
	36-40 yaş	98	13,07	3,20	149,47			
	41 yaş ve üzeri	113	13,68	2,57	169,71			
İzolasyon	35 yaş ve altı	112	11,11	3,74	163,25	3,915	0,141	
	36-40 yaş	98	10,52	3,21	147,78			
	41 yaş ve üzeri	113	11,56	3,95	173,09			
Bilinçlilik	35 yaş ve altı	112	13,52	3,14	161,63	0,325	0,850	
	36-40 yaş	98	13,38	2,86	158,30			
	41 yaş ve üzeri	113	13,65	3,08	165,58			
Aşırı Özdeşleşme	35 yaş ve altı	112	9,77	3,51	150,73	4,093	0,129	
	36-40 yaş	98	10,06	3,58	159,33			
	41 yaş ve üzeri	113	10,87	3,99	175,48			
Öz-duyarlık Ölçeği	35 yaş ve altı	112	63,31	7,20	161,72	7,421	0,024*	2-3
	36-40 yaş	98	62,14	8,02	143,36			
	41 yaş ve üzeri	113	64,88	8,01	178,44			

* $p < 0,05$ (Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 32.'deki verilere bakıldığında araştırmadaki ebeveynlerin yaş grubuna göre Öz-duyarlık Ölçeği genelinden aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). 36-40 yaş arası ebeveynlerin Öz-duyarlık Ölçeği geneli puanları, 41 yaş ve üzeri ebeveynlerin puanlarından daha düşüktür.

Katılımcıların yaş grubuna göre ölçeğin öz sevecenlik, öz yargılama, paylaşım bilinci olma, izolasyon, bilinçlilik ve aşırı özdeşleşme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel bir fark görülmemiştir ($p > 0,05$).

Tablo 33.

Ebeveynlerin medeni durumuna göre Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Medeni durum	n	\bar{x}	s	SO	Z	p
Öz Sevecenlik	Bekar	52	12,63	3,21	167,32	-0,451	0,652
	Evli	271	12,49	3,30	160,98		
Öz Yargılama	Bekar	52	11,90	4,68	139,67	-1,886	0,059
	Evli	271	13,11	4,40	166,28		
Paylaşım Bilinci Olma	Bekar	52	13,73	3,18	168,80	-0,576	0,565
	Evli	271	13,41	3,03	160,70		
İzolasyon	Bekar	52	10,81	4,37	154,63	-0,623	0,533
	Evli	271	11,14	3,54	163,41		
Bilinçlilik	Bekar	52	14,04	2,89	179,21	-1,459	0,144
	Evli	271	13,42	3,05	158,70		
Aşırı Özdeşleşme	Bekar	52	9,52	4,12	141,87	-1,703	0,089
	Evli	271	10,38	3,63	165,86		
Öz-duyarlık Ölçeği	Bekar	52	63,12	8,16	159,46	-0,214	0,830
	Evli	271	63,58	7,74	162,49		

(Mann-Whitney U testi)

Tablo 33.'te araştırmaya konu edilen ebeveynlerin medeni durumuna göre Öz-duyarlık Ölçeği genelinden ve ölçeğin öz sevecenlik, öz yargılama, paylaşım bilinci olma, izolasyon, bilinçlilik ve aşırı özdeşleşme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Bir başka deyişle, evli ve bekar ebeveynlerin Öz-duyarlık Ölçeği puanları benzerdir.

Tablo 34.

Ebeveynlerin eğitim durumuna göre Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Eğitim durumu	n	\bar{x}	s	SO	Z	p
Öz	Lise ve altı	158	12,633	3,353	163,642	-0,311	0,756
Sevecenlik	Lisans ve üzeri	165	12,400	3,219	160,427		
Öz	Lise ve altı	158	12,747	4,349	158,579	-0,646	0,518
Yargılama	Lisans ve üzeri	165	13,085	4,579	165,276		
Paylaşım	Lise ve altı	158	13,601	3,111	165,285	-0,622	0,534
Bilinci Olma	Lisans ve üzeri	165	13,333	2,993	158,855		
İzolasyon	Lise ve altı	158	11,101	3,677	162,627	-0,118	0,906
	Lisans ve üzeri	165	11,073	3,692	161,400		
Bilinçlilik	Lise ve altı	158	13,646	3,050	164,165	-0,410	0,682
	Lisans ve üzeri	165	13,406	3,014	159,927		
Aşırı	Lise ve altı	158	9,937	3,627	154,345	-1,446	0,148
Özdeşleşme	Lisans ve üzeri	165	10,533	3,801	169,330		
Öz-duyarlık	Lise ve altı	158	63,728	8,168	164,595	-0,489	0,625
Ölçeği	Lisans ve üzeri	165	63,297	7,452	159,515		

(Mann-Whitney U testi)

Tablo 34.'teki verilere göre araştırmadaki ebeveynlerin eğitim durumuna göre Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması sonucu ölçek genelinden ve ölçeğin öz sevecenlik, öz yargılama, paylaşım bilinci olma, izolasyon, bilinçlilik ve aşırı özdeşleşme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Lise ve altı düzeyindeki ebeveynler ile lisans ve üzeri düzeyindeki ebeveynlerin Öz-duyarlık Ölçeği puanları benzerdir.

Tablo 35.

Ebeveynlerin çocuğun cinsiyetine göre Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Çocuğun cinsiyeti	n	\bar{x}	s	SO	Z	p
Öz	Kız	99	12,60	3,12	167,08		
Sevecenlik	Erkek	224	12,48	3,36	159,76	-0,653	0,514
Öz	Kız	99	13,24	4,00	170,16		
Yargılama	Erkek	224	12,78	4,66	158,40	-1,046	0,296
Paylaşım	Kız	99	13,55	3,31	164,98		
Bilinci Olma	Erkek	224	13,43	2,93	160,68	-0,383	0,702
İzolasyon	Kız	99	11,52	3,24	172,90		
	Erkek	224	10,90	3,85	157,18	-1,399	0,162
Bilinçlilik	Kız	99	13,47	3,00	161,34		
	Erkek	224	13,54	3,05	162,29	-0,085	0,932
Aşırı	Kız	99	10,32	3,51	163,57		
Özdeşleşme	Erkek	224	10,21	3,82	161,31	-0,202	0,840
Öz-duyarlık	Kız	99	64,37	7,45	172,08		
Ölçeği	Erkek	224	63,13	7,94	157,55	-1,290	0,197

(Mann-Whitney U testi)

Tablo 35.'e göre, araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin çocuğunun cinsiyetine göre Öz-duyarlık Ölçeği genelinden ve ölçeğin öz sevecenlik, öz yargılama, paylaşım bilinci olma, izolasyon, bilinçlilik ve aşırı özdeşleşme alt boyutlarından aldıkları puanların anlamlı düzeyde bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). Çocuğu kız ve erkek olan ebeveynlerin Öz-duyarlık Ölçeği puanları benzerdir.

Tablo 36.

Ebeveynlerin çocuğun yaşına göre Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Çocuğun yaşı	n	\bar{x}	s	SO	χ^2	p
Öz Sevecenlik	6 yaş ve altı	132	12,62	3,30	162,87	0,046	0,978
	7-10 yaş	125	12,38	3,43	160,61		
	11 yaş ve üzeri	66	12,55	2,99	162,89		
Öz Yargılama	6 yaş ve altı	132	12,68	4,46	157,75	2,864	0,239
	7-10 yaş	125	12,74	4,38	157,35		
	11 yaş ve üzeri	66	13,74	4,61	179,31		
Paylaşım Bilinci Olma	6 yaş ve altı	132	13,65	3,10	166,78	2,236	0,327
	7-10 yaş	125	13,14	3,09	152,43		
	11 yaş ve üzeri	66	13,71	2,85	170,57		
İzolasyon	6 yaş ve altı	132	10,67	3,43	151,99	3,443	0,179
	7-10 yaş	125	11,25	3,74	164,38		
	11 yaş ve üzeri	66	11,61	3,99	177,52		
Bilinçlilik	6 yaş ve altı	132	13,45	3,11	158,35	1,088	0,580
	7-10 yaş	125	13,46	3,19	160,31		
	11 yaş ve üzeri	66	13,79	2,55	172,49		
Aşırı Özdeşleşme	6 yaş ve altı	132	9,71	3,71	148,70	5,640	0,060
	7-10 yaş	125	10,39	3,56	166,10		
	11 yaş ve üzeri	66	11,02	3,94	180,83		
Öz-duyarlık Ölçeği	6 yaş ve altı	132	63,08	7,07	158,39	3,839	0,147
	7-10 yaş	125	62,96	7,54	155,31		
	11 yaş ve üzeri	66	65,39	9,36	181,89		

(Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 36.'da araştırmadaki ebeveynlerin Öz-duyarlık Ölçeği genelinden ve öz sevecenlik, öz yargılama, paylaşım bilinci olma, izolasyon, bilinçlilik ve aşırı özdeşleşme alt boyutlarından aldıkları puanların çocuğun yaşına göre istatistiksel olarak farklılaşmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Diğer bir ifadeyle katılımcıların çocuğunun yaşı gözetilmeksizin Öz-duyarlık Ölçeği puanları benzerdir.

Tablo 37.

Ebeveynlerin çocuğun eğitim yılına göre Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Çocuğun eğitim yılı	n	\bar{x}	s	SO	χ^2	p	Fark
Öz Sevecenlik	2 yıl ve altı	119	12,76	3,40	167,67	3,349	0,187	
	3-4 yıl	102	12,75	3,19	169,27			
	5 yıl ve üzeri	102	11,99	3,20	148,11			
Öz Yargılama	2 yıl ve altı	119	12,26	4,42	147,71	10,673	0,005*	1-3
	3-4 yıl	102	12,53	4,14	154,04			2-3
	5 yıl ve üzeri	102	14,08	4,64	186,63			
Paylaşım Bilinci Olma	2 yıl ve altı	119	13,53	3,21	162,85	0,016	0,992	
	3-4 yıl	102	13,42	3,11	161,33			
	5 yıl ve üzeri	102	13,43	2,82	161,68			
İzolasyon	2 yıl ve altı	119	10,72	3,61	152,06	13,232	0,001*	1-3
	3-4 yıl	102	10,60	3,65	146,11			2-3
	5 yıl ve üzeri	102	12,00	3,66	189,49			
Bilinçlilik	2 yıl ve altı	119	13,66	3,19	164,44	2,063	0,357	
	3-4 yıl	102	13,78	3,05	169,61			
	5 yıl ve üzeri	102	13,10	2,79	151,54			
Aşırı Özdeşleşme	2 yıl ve altı	119	9,42	3,65	140,92	17,759	0,000*	1-3
	3-4 yıl	102	10,00	3,47	155,75			2-3
	5 yıl ve üzeri	102	11,44	3,78	192,84			
Öz-duyarlık Ölçeği	2 yıl ve altı	119	62,93	6,71	154,53	2,180	0,336	
	3-4 yıl	102	63,09	8,38	159,91			
	5 yıl ve üzeri	102	64,60	8,34	172,80			

* $p < 0,05$ (Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 37.'den elde edilen verilere göre araştırmadaki ebeveynlerin çocuğun eğitim yılına göre Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması sonucu ölçek genelinden ve öz sevecenlik, paylaşım bilinci olma ve bilinçlilik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuğunun eğitim yılına göre Öz-duyarlık Ölçeğinin öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme alt boyutlarından

aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farkın olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Fark üçüncü gruptan kaynaklanmaktadır. Çocuğunun eğitim yılı 5 yıl ve üzeri olan ebeveynlerin öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme puanları, diğer ebeveynlerin puanlarından anlamlı seviyede yüksektir.

Tablo 38.

Ebeveynlerin çocuğun tanısına göre Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Çocuğun tanısı	n	\bar{x}	s	SO	χ^2	p
Öz Sevecenlik	Otizm	177	12,17	3,15	153,23	3,885	0,143
	Disleksi/DEHB/YGB	96	12,78	3,27	169,15		
	AspergerSend./Serebralpalsi	50	13,22	3,63	179,33		
Öz Yargılama	Otizm	177	13,00	4,62	164,13	1,258	0,533
	Disleksi/DEHB/YGB	96	12,57	4,26	153,71		
	AspergerSend./Serebralpalsi	50	13,30	4,32	170,39		
Paylaşım Bilinci Olma	Otizm	177	13,25	3,14	154,61	2,483	0,289
	Disleksi/DEHB/YGB	96	13,72	2,84	170,55		
	AspergerSend./Serebralpalsi	50	13,72	3,12	171,74		
İzolasyon	Otizm	177	11,18	3,72	164,12	0,969	0,616
	Disleksi/DEHB/YGB	96	10,85	3,53	154,56		
	AspergerSend./Serebralpalsi	50	11,20	3,88	168,76		
Bilinçlilik	Otizm	177	13,16	2,94	151,58	5,294	0,071
	Disleksi/DEHB/YGB	96	13,85	2,82	171,30		
	AspergerSend./Serebralpalsi	50	14,16	3,55	181,03		
Aşırı Özdeşleşme	Otizm	177	10,12	3,67	159,69	0,247	0,884
	Disleksi/DEHB/YGB	96	10,41	3,86	165,23		
	AspergerSend./Serebralpalsi	50	10,34	3,69	163,97		
Öz-duyarlık Ölçeği	Otizm	177	62,77	7,71	152,97	4,754	0,093
	Disleksi/DEHB/YGB	96	63,78	7,20	167,16		
	AspergerSend./Serebralpalsi	50	65,60	8,92	184,08		

(Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 38.'deki bulgulara göre, araştırmaya alınan ebeveynlerin çocuğun tanısına göre Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması sonucu ölçek genelinden ve öz sevecenlik, öz yargılama, paylaşım bilinci olma, izolasyon, bilinçlilik ve aşırı özdeşleşme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

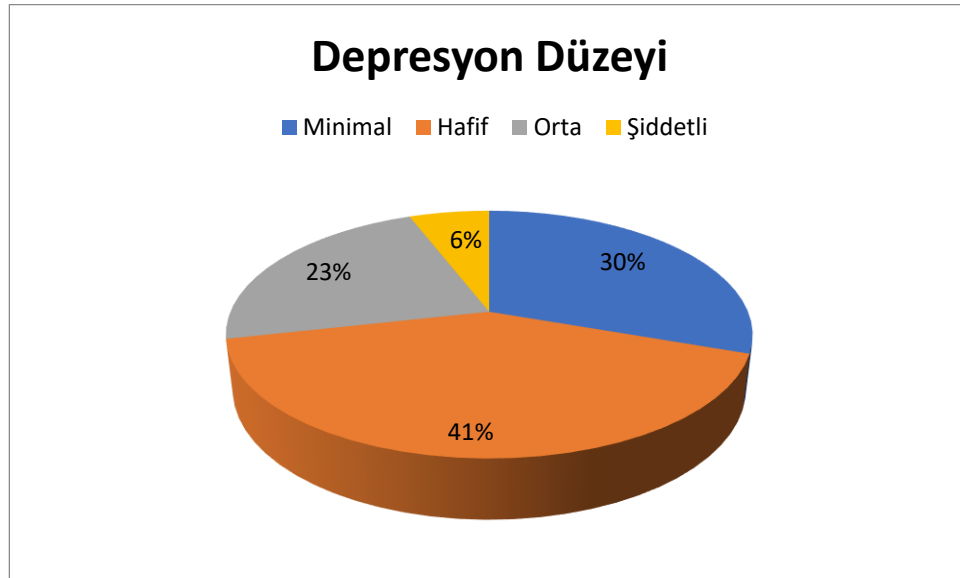
4.5. Depresyon

Tablo 39.

Ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği puanları

	n	\bar{x}	s	Min	Max
Beck Depresyon Ölçeği	323	14,22	8,23	0,00	51,00

Tablo 39. incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanların ortalama $14,22 \pm 8,23$ olduğu görülmüştür.



Şekil 1. Ebeveynlerin depresyon düzeyi

Şekil 1.'e göre araştırmaya katılan ebeveynlerin %41,0'inde hafif depresyon, %23,0'ünde orta düzey ve %6,0'sında şiddetli depresyon görülmüştür.

Tablo 40.

Ebeveynlerin cinsiyetine göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	\bar{x}	s	SO	Z	p
Beck Depresyon Ölçeği	Kadın	284	14,58	8,14	167,63	-2,926	0,003*
	Erkek	39	11,59	8,46	121,03		

* $p < 0,05$ (Mann-Whitney U testi)

Tablo 40.'daki verilere bakıldığında, araştırma konusu olan ebeveynlerin cinsiyetine göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması sonucu istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Kadın ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği puanları, erkek ebeveynlerin puanlarından daha yüksektir.

Tablo 41.

Ebeveynlerin yaş grubuna göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Yaş Grubu	n	\bar{x}	s	SO	χ^2	p
Beck Depresyon Ölçeği	35 yaş ve altı	112	13,95	8,91	155,89	2,074	0,354
	36-40 yaş	98	13,55	6,95	157,27		
	41 yaş ve üzeri	113	15,08	8,53	172,16		

(Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 41.'e göre, araştırmaya katılan ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Katılımcıların yaş grubu gözetilmeksizin Beck Depresyon Ölçeği puanları benzerdir.

Tablo 42.

Ebeveynlerin medeni durumuna göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Medeni durum	n	\bar{x}	s	SO	Z	p
Beck Depresyon Ölçeği	Bekar	52	16,04	8,64	185,08	-1,948	0,051
	Evli	271	13,87	8,12	157,57		

(Mann-Whitney U testi)

Tablo 42.'deki bulgulara göre, araştırmadaki ebeveynlerin medeni durumuna göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması sonucu istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Evli ve bekar ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği puanları benzerdir.

Tablo 43.

Ebeveynlerin eğitim durumuna göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Eğitim durumu	n	x	s	SO	Z	p
Beck Depresyon Ölçeği	Lise ve altı	158	14,715	8,240	167,244	-0,989	0,323
	Lisans ve üzeri	165	13,752	8,212	156,979		

(Mann-Whitney U testi)

Tablo 43.'den elde edilen sonuçlara göre, araştırma konusu ebeveynlerin eğitim durumuna göre Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel bir fark saptanmamış ($p>0,05$), eğitim durumu lise ve altı olan ebeveynler ile lisans ve üzeri olan ebeveynlerin puanları benzer bulunmuştur.

Tablo 44.

Ebeveynlerin çocuğun cinsiyetine göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Çocuğun cinsiyeti	n	\bar{x}	s	SO	Z	p
Beck Depresyon Ölçeği	Kız	99	14,19	6,58	171,76	-1,251	0,211
	Erkek	224	14,24	8,87	157,69		

(Mann-Whitney U testi)

Tablo 44.'deki veriler incelendiğinde, araştırma kapsamındaki ebeveynlerin çocuğunun cinsiyetine göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması sonucu istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Çocuğunun cinsiyeti gözetilmeksizin ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği puanları benzerdir.

Tablo 45.

Ebeveynlerin çocuğun yaşına göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Çocuğun yaşı	n	\bar{x}	s	SO	χ^2	p	Fark
Beck Depresyon Ölçeği	6 yaş ve altı	132	13,67	8,54	153,11	6,084	0,048*	1-3
	7-10 yaş	125	13,77	7,67	158,28			2-3
	11 yaş ve üzeri	66	16,20	8,45	186,84			

* $p<0,05$ (Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 45.'e göre araştırmaya dahil olan ebeveynlerin çocuğun yaşına göre Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel düzeyde bir farkın olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Çocuğunun yaşı 11 yaş ve üzeri olan ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği puanları, çocuğunun yaşı 6 yaş ve altı ile 7-10 yaş arası olan ebeveynlerin puanlarından daha yüksektir.

Tablo 46.

Ebeveynlerin çocuğun eğitim yılına göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Çocuğun eğitim yılı	n	\bar{x}	s	SO	χ^2	p	Fark
Beck	2 yıl ve altı	119	13,71	9,04	150,85	14,541	0,001*	1-3
Depresyon	3-4 yıl	102	12,52	6,09	146,03			2-3
Ölçeği	5 yıl ve üzeri	102	16,53	8,64	190,98			

* $p < 0,05$ (Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 46.'da araştırmadaki ebeveynlerin çocuğun eğitim yılına göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması sonucu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Çocuğunun eğitim yılı 5 yıl ve üzeri olan ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği puanları, diğer ebeveynlerin puanlarından daha yüksektir.

Tablo 47.

Ebeveynlerin çocuğun tanısına göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Çocuğun tanısı	n	\bar{x}	s	SO	χ^2	p	Fark
Beck	Otizm	177	14,45	8,73	161,75	6,062	0,048*	1-3
Depresyon	Disleksi/DEHB/YGB	96	13,20	8,13	148,60			2-3
Ölçeği	AspergerSend./Serebralpalsi	50	15,38	6,26	188,63			

* $p < 0,05$ (Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 47.'ye göre araştırmaya alınan ebeveynlerin çocuğunun tanısına göre Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Çocuğunun tanısı disleksi/DEHB/YGB olan katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği puanları, çocuğunun tanısı Otizm ve Asperger Sendromu/SerebralPalsi olan katılımcıların puanlarından daha düşüktür.

Tablo 48.

Ebeveynlerin Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği, Öz-duyarlık Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Günlük Yaşam Kısıtlaması (1)	rho	1	0,590*	0,534*	0,485*	0,412*	0,900*	0,120*	0,283*	0,263*	-0,089	-0,086	0,022	0,155*	-0,139	0,251*	-0,107	0,215*	-0,159*	0,175*	0,045	0,278*
Hasta için Endişe Etme(2)	rho		1	0,451*	0,442*	0,290*	0,793*	0,113	0,286*	0,178*	-0,097	-0,116	-0,025	0,090	-0,207*	0,332*	-0,141*	0,249*	-0,209*	0,273*	0,082	0,336*
Kayıplar (3)	rho			1	0,411*	0,461*	0,687*	0,086	0,118	0,094	-0,111	-0,079	0,005	-0,017	-0,072	0,139*	-0,005	0,112	-0,021	0,070	0,065	0,373*
Faaliyetlerde Bozulma (4)	rho				1	0,280*	0,657*	0,094	0,166*	0,165*	-0,089	-0,060	-0,017	0,063	-0,129*	0,205*	-0,107	0,211*	-0,161*	0,173*	0,064	0,280*
Mesleki Aksamalar (5)	rho					1	0,514*	-0,032	0,023	0,131*	-0,090	0,027	0,104	0,043	-0,122	0,132*	-0,029	0,169*	-0,030	0,154*	0,072	0,329*
Hastalık Yükü Değ. Ölç. (6)	rho						1	0,118	0,270*	0,251*	-0,132	-0,091	0,008	0,114	-0,178	0,306*	-0,123	0,264*	-0,177*	0,237*	0,084	0,391*
Ölüm Kaygısı Ölçeği (7)	rho							1	0,158*	0,064	-0,017	0,009	-0,076	0,078	-0,014	0,104	-0,089	0,065	-0,073	0,058	0,032	-0,078
Dikkati Düzenleyebilme (8)	rho								1	0,274*	-0,092	-0,198*	0,043	0,470*	-0,220*	0,379*	-0,199*	0,264*	-0,253*	0,375*	0,016	0,160*
Yargılamadan Göz. ve İz. (9)	rho									1	-0,032	0,042	0,169	0,563*	-0,048	0,355*	-0,053	0,370*	-0,152*	0,343*	0,253*	0,254*
Etkilenmeden Göz. ve İz (10)	rho										1	0,307*	0,102	0,416*	0,497*	-0,278*	0,429*	-0,235*	0,431*	-0,277*	0,282*	-0,229*
Duyumsal Farkındalık (11)	rho											1	0,211	0,532*	0,425*	-0,185*	0,345*	-0,156*	0,355*	-0,110	0,279*	-0,158*
Duyularını İsim. (12)	rho												1	0,470*	0,020	-0,004	-0,026	0,078	0,092	0,037	0,066	0,108
Beş Fak. Bilgece Fark. Ölç. (13)	rho													1	0,234	0,133*	0,182*	0,125*	0,142*	0,180*	0,337*	0,032
Öz Sevecenlik (14)	rho														1	-0,456*	0,672*	-0,363*	0,677*	-0,408*	0,488*	-0,338*
Öz Yargılama (15)	rho															1	-0,309*	0,729*	-0,541*	0,817*	0,351*	0,421*
Paylaşım Bilinci Olma (16)	rho																1	-0,227*	0,544*	-0,234*	0,589*	-0,192*
İzolasyon (17)	rho																	1	-0,478*	0,692*	0,415*	0,369*
Bilinçlilik (18)	rho																		1	-0,527*	0,352*	-0,355*
Aşırı Özdeşleşme (19)	rho																			1	0,302*	0,412*
Öz-duyarlık Ölçeği (20)	rho																				1	0,045
Beck Depresyon Ölçeği (21)	rho																					1

* $p < 0,05$

Tablo 48.'de araştırmada yer alan ebeveynlerin Hastalık Yüğü Değerlendirme Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği, Öz-duyarlık Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar verilmiştir.

İncelenen verilere göre, araştırmadaki ebeveynlerin Hastalık Yüğü Değerlendirme Ölçeği genelinden aldıkları puanlar ile Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeğinin dikkati düzenleyebilme ve yargılamadan gözleme ve izleme faktörlerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre, katılımcıların Hastalık Yüğü Değerlendirme Ölçeği genelinden aldıkları puanlar arttıkça dikkati düzenleyebilme ve yargılamadan gözleme ve izleme puanları da artmaktadır. Ayrıca ebeveynlerin Hastalık Yüğü Değerlendirme Ölçeği genelinden aldıkları puanlar ile Öz-duyarlık Ölçeğinin öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü; bilinçlilik alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre, araştırmadaki ebeveynlerin Hastalık Yüğü Değerlendirme Ölçeği geneli puanları arttıkça öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme puanları artmakta, bilinçlilik puanları ise azalmaktadır.

Katılımcıların Hastalık Yüğü Değerlendirme Ölçeği genelinden ve tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre ebeveynlerin Hastalık Yüğü Değerlendirme Ölçeği genelinden ve ölçeğin tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar arttıkça Beck Depresyon Ölçeği puanları da artmaktadır.

Araştırmaya alınan ebeveynlerin Hastalık Yüğü Değerlendirme Ölçeğinin günlük yaşam kısıtlaması alt boyutundan aldıkları puanlar ile Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar bulunmuş ($p<0,05$), günlük yaşam kısıtlaması puanları arttıkça Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının da arttığı görülmüştür. Katılımcıların günlük yaşam kısıtlaması puanları ile Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği genelinden ve ölçeğin dikkati düzenleyebilme, yargılamadan gözleme ve

izleme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre ebeveynlerin günlük yaşam kısıtlaması puanları arttıkça Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği geneli ile dikkati düzenleyebilme ve yargılamadan gözleme ve izleme alt boyutları puanları da artmaktadır. Ebeveynlerin günlük yaşam kısıtlaması puanları ile Öz-duyarlık Ölçeğinin öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü; bilinçlilik alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ise negatif yönlü korelasyonların olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre, katılımcıların günlük yaşam kısıtlaması puanları arttıkça öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme puanları da artmakta; bilinçlilik puanları ise azalmaktadır.

Araştırma dahilindeki ebeveynlerin Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeğinin hasta için endişe etme ve faaliyetlerde bozulma alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeğinin dikkati düzenleyebilme ve yargılamadan gözleme ve izleme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre, ebeveynlerin hasta için endişe etme ve faaliyetlerde bozulma puanları arttıkça, dikkati düzenleyebilme ve yargılamadan gözleme ve izleme puanları da artmaktadır.

Ayrıca katılımcıların hasta için endişe etme ve faaliyetlerde bozulma alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Öz-duyarlık Ölçeğinin öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü; öz sevecenlik ve bilinçlilik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ise anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre ebeveynlerin hasta için endişe etme ve faaliyetlerde bozulma puanları arttıkça öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme puanları da artmakta; öz sevecenlik ve bilinçlilik puanları ise azalmaktadır. Ebeveynlerin hasta için endişe etme puanları ile paylaşım bilinci olma alt boyutundan aldıkları puanlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü korelasyonların olduğu tespit edilmiş ($p<0,05$); hasta için endişe etme puanları arttıkça paylaşım bilinci olma puanlarının azaldığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeğinin kayıplar alt boyutundan aldıkları puanlar ile Öz-duyarlık Ölçeğinin öz yargılama alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede ve pozitif yönlü korelasyonlar bulunmuş ($p<0,05$); kayıplar puanları arttıkça öz yargılama puanlarının da arttığı görülmüştür. Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeğinin mesleki aksamalar alt boyutundan alınan puanlar ile Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeğinin yargılamadan gözleme ve izleme alt boyutu ve Öz-duyarlık Ölçeğinin öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre ebeveynlerin mesleki aksamalar puanları arttıkça yargılamadan gözleme ve izleme, öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme puanları da artmaktadır.

Araştırmadaki ebeveynlerin Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puanlar ile Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeğinin dikkati düzenleyebilme alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonların olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre, katılımcıların Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları arttıkça dikkati düzenleyebilme puanları da artmaktadır.

Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar ile Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği geneli puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Beck Depresyon ölçeği puanları ve Beş faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği alt boyutları olan dikkati düzenleyebilme ve yargılamadan gözleme ve izleme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü; etkilenmeden gözleme ve izleme ve duyumsal farkındalık alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ise anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre Beck Depresyon Ölçeği puanları arttıkça dikkati düzenleyebilme ve yargılamadan gözleme ve izleme puanları da artmakta; etkilenmeden gözleme ve izleme ile duyumsal farkındalık puanları ise azalmaktadır.

Ebeveynlerin Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği genelinden aldıkları puanlar ile Öz-duyarlık Ölçeği genelinden ve ölçeğin öz yargılama, paylaşım bilinci olma, izolasyon, bilinçlilik ve aşırı özdeşleşme alt boyutlarından

aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonların olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre ebeveynlerin Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği genelinden aldıkları puanlar arttıkça Öz-duyarlık Ölçeği genelinden ve ölçeğin öz yargılama, paylaşım bilinci olma, izolasyon, bilinçlilik ve aşırı özdeşleşme alt boyutlarından aldıkları puanlar da artmaktadır.

Katılımcıların Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeğinin dikkati düzenleyebilme alt boyutundan aldıkları puanlar ile Öz-duyarlık Ölçeğinin öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü; öz sevecenlik, paylaşım bilinci olma ve bilinçlilik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ise anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre, ebeveynlerin dikkati düzenleyebilme puanları arttıkça öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme puanları da artmakta; öz sevecenlik, paylaşım bilinci olma ve bilinçlilik puanları ise azalmaktadır.

Araştırmaya konu olan ebeveynlerin Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeğinin yargılamadan gözleme ve izleme alt boyutundan aldıkları puanlar ile Öz-duyarlık Ölçeği genelinden ve ölçeğin öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü; bilinçlilik alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ise negatif yönlü korelasyonlar tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre ebeveynlerin yargılamadan gözleme ve izleme puanları arttıkça Öz-duyarlık Ölçeği genelinden ve ölçeğin öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme alt boyutlarından aldıkları puanlar da artmakta, bilinçlilik puanları ise azalmaktadır.

Araştırmadaki ebeveynlerin Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeğinin etkilenmeden gözleme ve izleme ile duyumsal farkındalık alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Öz-duyarlık Ölçeği genelinden ve ölçeğin öz sevecenlik, paylaşım bilinci olma ve bilinçlilik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü; öz yargılama ve izolasyon alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ise negatif yönlü korelasyonlar bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre, ebeveynlerin etkilenmeden gözleme ve

izleme ile duyumsal farkındalık puanları arttıkça Öz-duyarlık Ölçeği geneli, öz sevecenlik, paylaşım bilinci olma ve bilinçlilik puanları da artmakta; öz yargılama ve izolasyon puanları ise azalmaktadır. Ayrıca etkilenmeden gözleme ve izleme puanları ile aşırı özdeşleme puanları arasında da anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar saptanmış ($p<0,05$); etkilenmeden gözleme ve izleme puanları arttıkça aşırı özdeşleşme puanlarının azaldığı görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar ile Öz-duyarlık Ölçeğinin öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü; paylaşım bilinci olma ve bilinçlilik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ise anlamlı ve negatif yönlü korelasyonların olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre, ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme puanları da artmakta; paylaşım bilinci olma ve bilinçlilik puanları ise azalmaktadır.

Tablo 49.

Ebeveynlerin Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği, Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının Beck Depresyon Ölçeği puanlarını yordama durumu

	Std. Olmayan		Standardize		t	p
	Katsayılar	Std. Hata	Beta	Katsayılar		
	β					
(Sabit)	-5,23	4,67			-1,120	0,264
Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği	0,34	0,04	0,41		8,031	0,000*
Ölüm Kaygısı Ölçeği	-0,06	0,23	-0,04		-0,907	0,370
Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği	0,05	0,06	0,04		0,810	0,419
Öz-duyarlık Ölçeği	0,04	0,06	0,04		0,676	0,500

* $p<0,05$, $AdjR^2=0,793$

Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği, Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının Beck Depresyon Ölçeği puanlarını yordama durumuna ilişkin çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 49.'da gösterilmiştir.

Tablo 49. incelendiğinde Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği, Öz-duyarlık Ölçeği puanlarının modele yordayan değişken, Beck Depresyon Ölçeği puanlarının ise yordanan değişken olarak dahil edildiği görülmüştür. Oluşturulan modelde yordayan değişkenlerin yordanan değişkendeki değişimin(varyansın) %79,3'ünü açıklayabildiği saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği puanlarının Beck Depresyon Ölçeği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif yönlü olacak şekilde yordamakta olduğu tespit edilmiştir ($\beta=0,34;p<0,05$). Buna göre ebeveynlerini Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği puanlarının artıyor olması, Beck Depresyon Ölçeği puanlarını da artırmaktadır. Bu artış 1 birimde 0,41 birimlik bir artıştır.

Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin Ölüm Kaygısı Ölçeği ($\beta=-0,06;p>0,05$), Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği($\beta=0,05;p>0,05$), Öz-duyarlık Ölçeği puanları($\beta=0,04;p>0,05$) Beck Depresyon Ölçeği puanlarını anlamlı düzeyde yordamamaktadır. Başka bir ifadeyle ebeveynlerin Ölüm Kaygısı Ölçeği, Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği, Öz-duyarlık Ölçeği puanları Beck Depresyon Ölçeği puanlarına etki etmemektedir.

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Araştırmaya katılan ebeveynlerin Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeğinden ve ölçekte yer alan günlük yaşam kısıtlaması, hasta için endişe etme, kayıplar, faaliyetlerde bozulma, mesleki aksamalar alt boyutlarından son derece yüksek puanlar almıştır. Bu durum ebeveynlerin algıladıkları bakım yükünün fazla olduğunu göstermektedir. Bu çalışma bulgusuna paralel olarak Demirok (2017) “Evde Bakım Hizmeti Alan Nörolojik Problemlili Hastaların Bakıcılarında Bakım Yükü ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi” isimli çalışmasında bakım verenlerin algıladıkları bakım yükünün yüksek olduğu saptanmıştır. Öner (2012) ve Or (2013) yılında yaptıkları çalışmalarda bakıcının algıladığı bakım yükünün orta seviyede olduğu saptanmıştır.

Ebeveynlerde Hastalık Yükü Ölçeği genelinden alınan puanlar benzer bulunmuş olsa da, kadın bireylerin ölçekte bulunan günlük yaşam kısıtlaması ve hasta için endişe etme puanları erkeklere göre yüksektir. Yılmaz 2019 yılında Aydın ilinde gerçekleştirmiş olduğu “Bipolar Bozukluğu Olan Hasta Yakınlarında Bakım Yükü, Depresyon ve İlişkili Faktörler” isimli çalışmasında kadın ve erkek bireylerin algıladıkları bakım yükünün benzer olduğu sonucuna varmıştır. Benzer şekilde Foldemo (2005), Koukia (2005) Chien (2007) ve Perlick (2007) zihinsel engelli bireylere bakım verenler üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarda bakım verenlerin algıladıkları bakım yükünün kadın ve erkek bireylerde aynı olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca Gülseren ve diğeri 2010 yılında yaptıkları çalışmada bakım verenin kadın olması halinde algılanan bakım yükünün daha fazla olacağını raporlamışlardır. Bu doğrultuda Gutiérrez ve arkadaşları da 2015 yılında yaptığı çalışmada zihinsel engelli bireylere bakım veren kişilerde cinsiyete göre algılanan bakım yükünün değiştiği ve kadın bireylerin algıladığı bakım yükünün daha fazla olduğunu belirlemiştir.

Mesleki aksamalar 41 yaş ve üzeri ebeveynlerde ve lise ve altında eğitilmiş olanlarda daha sık görülmektedir. Mesleki aksamalar 6 yaş ve altındaki çocukların ebeveynlerinde daha az görülmektedir. Tayaz ve Koç (2018) “Engelli Bireye Bakım Verenlerde Algılanan Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” isimli çalışmada 40 yaş ve üzeri yaş grubundaki bireylerin algıladıkları bakım yükünün daha genç yaşta bireylere göre yüksek bulunduğunu ifade etmişlerdir. Yine aynı çalışmada düşük eğitim düzeyindeki bakıcıların algıladıkları bakım yükü daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada evli ve bekar bireylerin algıladıkları bakım yükleri benzer bulunmuştur. Bu sonuca paralel olarak Çetin (2013), Erten (2013) ve Kaya (2013) yaptıkları çalışmalarda medeni duruma göre algılanan bakım yükü arasında anlamlı bir farkın bulunmadığı tespit etmişlerdir

Araştırmada ebeveynlerin ölüm kaygısının ortalama düzeyde olduğu belirlenmiş ve ölüm kaygısının cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumu gibi ebeveynin sosyo-demografik özelliklerine göre değişmediği görülmüştür. Ayrıca çocuğun cinsiyeti, yaşı, eğitim yılı ebeveynin ölüm kaygısını değiştirmemektedir. Bu durum araştırmaya dahil olan ebeveynlerin genç olmalarından kaynaklanabilmektedir. Şeyma Balta (2020), yılında yapmış olduğu “Genç Yetişkin Bireylerin Bilişsel Esneklik Düzeylerinin, Ölüm Kaygısı Düzeyleri ve Mutluluk Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi” isimli çalışmasında bu çalışmaya benzer bulgulara ulaşmıştır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerinin bilgece farkındalık düzeylerinin çok yüksek olmamakla birlikte ortalamanın biraz üzerinde olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin bilgece farkındalık düzeyleri cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumu gibi ebeveynin sosyo-demografik özelliklerine göre değişmemektedir. Koçhan’ın 2019 yılında yürüttüğü “Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Stres Düzeyi, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Hastalık Yükü Algıları ve Bilgece Farkındalık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” isimli çalışmada da sosyo-demografik özelliklerin anne ve babaların bilgece farkındalık düzeylerinde farklılaşmaya neden olmadığı gözlemlenmiştir. Literatürde bulunan İlhan (2017), Kaner (2004) ve Ayyıldız (2011)’in yaptığı

çalışmalarda da görülmüştür ki ebeveynlerin bilgece farkındalık düzeyleri tanıtıcı özelliklerine göre farklılaşmamaktadır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin depresyon düzeyleri incelendiğinde yaklaşık %70'inde hafif, orta veya şiddetli depresyon görüldüğü belirlenmiştir. Bu durum engelli çocuğa bakım veren ebeveynlerde depresyonun belirgin ve sık şekilde görüldüğüne işaret etmektedir. Aslan (2010) da "Zihinsel engelli çocuğu olan anne ve babaların psikolojik belirtileri, sosyal destek algıları ve stresle başa çıkma tarzlarının karşılaştırılması" isimli çalışmasında zihinsel engelli çocuğu olan ebeveynlerde depresyonun yaygın olarak görüldüğünü belirlemiştir.

Ebeveynlerin depresyon düzeyleri yaş grubu, medeni durum ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre değişmezken, kadın bireylerde depresyon erkeklere göre daha yüksek görülmüştür. Tel ve Pınar'ın (2013) kronik ruhsal sorunlu hastaların primer bakım vericilerinde tükenmişlik ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarda kadın bakım verenlerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yıldırım ve arkadaşlarının 2012 yılında İstanbul Üniversitesi'nde yürüttükleri "Engelli çocukların annelerinin ruhsal durumlarının belirlenmesi" isimli çalışma da benzer şekilde annelerin depresyon düzeyleri babalara göre daha yüksek bulunmuştur. şengül ve Baykan'ının yaptığı "Zihinsel engelli çocukların annelerinde depresyon, anksiyete ve stresle başa çıkma tutumları" çalışmada da bu araştırma bulgularına paralel olarak bakım vereninin eğitim durumuna ve medeni durumuna göre depresyon düzeyleri arasında fark bulunmamıştır. Chien ve arkadaşlarının (2007) Çinli şizofreni hastalarının bakım verenlerindeki bakım yükünü inceledikleri çalışmalarda bakım yükü açasından bakım verenlerin eğitim düzeyleri arasında farklılıklar bulunmadığını bildirmişlerdir.

Bu çalışmada kız ya da erkek çocuğa sahip olan ebeveynlerin depresyon düzeyleri benzer bulunmuştur. Bu bulguyla doğru orantılı olarak Softa'nın 2013 yılında gerçekeştirmiş olduğu "Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeylerinin incelenmesi" adlı çalışmada da engelli çocuğun cinsiyetinin ebeveynlerin depresyon yüklerinde farklılaşmaya yol ağmadığı

saptanmıştır. Alan yazın incelendiğinde Gürhopur ve Dalgıç (2017)'in yaptığı, Sevinç ve Babahanoğlu (2016) yaptığı çalışmaların da bizim çalışmamıza benzeyecek şekilde bakım veren ebeveynlerin depresyon düzeyinin engelli çocuğun kız veya erkek olması durumuna göre farklılaşmadığı tespit etmişleridir.

Ebeveynlerin depresyon düzeyleri engelli çocuğu yaşına göre farklılaşmakta olup, 11 yaş ve üzeri yaş grubunda engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeyleri daha düşük yaştaki çocukların ebeveynlerine göre yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde çocuğun eğitim yılı 5 yıl ve üzeri olan ebeveynlerde depresyon daha yüksek görülmüştür. Bu bulguya paralel bulgular Küllü'nün 2008 yılında gerçekleştirdiği "Özürlü çocuğa sahip ebeveynlerde depresyon durumunun değerlendirilmesi" isimli tez çalışmasında rastlanmıştır. Küllü yaptığı çalışmadan engelli çocuğunun yaşının arttıkça anne ve babalarının depresyon düzeylerinin de arttığını belirlemiştir. Kaytez ve arkadaşları (2015)'nce yürütülen "Engelli çocuğu olan ailelerin gereksinimlerinin ve stres düzeylerinin incelenmesi" adlı çalışmada 7 yaş ve daha büyük engelli çocuklara bakım veren ebeveynlerin depresyon seviyelerinin 6 yaş ve daha küçük yaşta olan çocuklara bakım veren ebeveynlere göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir.

Disleksi/DEHB tanısı almış olan çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeyleri Asperger Sendromu/Serebral palsi tanısı almış çocuklara göre daha düşüktür. Görgü (2005)'te gerçekleştirmiş olduğu "3-7 Yaş Arası Otistik Çocuğa Sahip Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki" adlı çalışmasında otizmlili çocuğu olan ebeveynlerin depresyon düzeylerini yüksek bulmuştur. Benzer şekilde Toros ve Düzovalı (2002) yılında "Kronik Hastalığı Olan Çocuklar, Anne ve Babalarındaki Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri" çalışmasında Disleksi/DEHB tanısı almış olan çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeylerini daha ağır zihinsel engeli bulunan çocuklara sahip ebeveynlerden yüksek olduğunu tespit etmiştir.

Araştırmada, engelli çocuğa bakım veren ebeveynlerin Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği genelinden ölçekte bulunan günlük yaşam kısıtlaması,

hasta için endişe etme, kayıplar, faaliyetlerde bozulma ve mesleki aksamalar olmak üzere tüm alt boyutlarda aldıkları puanlar ile Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında da pozitif yönlü olan ilişkilerin olduğu tespit edilmiştir. Bu durum engelli çocuğa bakım veren ebeveynlerin algıladıkları bakım yükünün artması sonucunda depresif özelliklerin arttığını ifade etmektedir. Tel ve Pınar (2013) da “Kronik Ruhsal Sorunlu Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Tükenmişlik ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” adlı çalışmada bu sonuca paralel olarak bakım verenin algılamış olduğu bakım yükü ile depresyon puanları arasında anlamlı pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Schulze ve arkadaşlarının 2005 yılında yurtdışında gerçekleştirdiği çalışma da bu bulgu doğrulanmış ve bakım verenlerin algılamış oldukları bakım yükünün artması sonucu depresyon puanlarının da artış gösterdiğini belirlenmiştir.

Araştırmada, engelli çocuğu olan ebeveynlerin ölüm kaygısı ile depresyon düzeyleri arasında bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Bu bulgu alan yazınla pek örtüşmemektedir. Genelde alanyazında yapılan çalışmalarda özellikle yaşlı bireylerde ölüm kaygısının depresyonu pozitif yönlü olarak etkilediği belirlenmiştir. Ancak bu durum genç yetişkinlerde farklılık gösterebilmektedir. Genç bireylerde ölüm kaygısının pek olmamasından kaynaklı depresif durum ile ilişkisi olmamaktadır (Tanhan, 2013). Bu çalışmaya dahil olan ebeveynlerde genelde genç yetişkinlerden oluşmaktadır. Ayrıca ebeveynlerin engelli çocuklarına bakmakla yükümlü hissetmelerinden dolayı kendilerinin ölümüne dair kaygılar beslememesi de bu durumu açıklamakta kullanılabilir.

Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar ile Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği'nin alt boyutları olan dikkati düzenleyebilme ve yargılamadan gözleme ve izleme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında negatif yönlü ilişkiler saptanmıştır. Beck Depresyon ölçeği puanları ve Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık ölçeği genelinin puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Yabancı kaynaklarda; ölçeğin geneli ve tüm alt ölçekleri depresyon ile negatif korele bulunmuştur (Baer, 2009; Tran, 2013; Baer, 2006; Dundas, 2013). Türkiye de yapılan çalışmalar incelendiğinde bilgece farkındalık ve depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği çok çalışma bulunmasa da Arslan (2018) yılında yaptığı

çalışmada “Bilinçli Farkındalık, Depresyon Düzeyleri ve Algılanan Stres Arasındaki İlişki” adlı çalışmasında bireyin bilinçli farkındalığının artması sonucunda depresyon düzeyinin azaldığına dair tespitlerde bulunmuştur. Ülev (2014) “Üniversite Öğrencilerinde Bilinçli Farkındalık Düzeyi ile Stresle Başa Çıkma Tarzının Depresyon, Kaygı ve Stres Belirtileriyle İlişkisi” isimli çalışmasında bilinçli farkındalık düzeyinin artmasının depresyona negatif etki ettiğini belirlemiştir. Bulgular literatürdeki çalışmalarla uyuşmamakta olup, Türkiye de bilgece farkındalığı belirleme amacıyla bizim çalışmamızdan farklı ölçekler kullanılmış ve ülkemizde bu kavramın yeni olmasından dolayı ölçekteki maddeleri ailelerin anlamlandırmakta zorlanması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar ile Öz-duyarlık Ölçeğinin öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü; paylaşım bilinci olma ve bilinçlilik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ise anlamlı ve negatif yönlü korelasyonların olduğu görülmüştür. Yani bireylerin paylaşım bilinci olma ve bilinçlilik açısında duyarlılıkları depresyonu azaltmaktadır. Bu sonuçlara paralel olarak Allen ve Knight 2005 yılında yaptıkları çalışmada öz-duyarlığın bireylerin negatif düşüncelerine engel olduğunu ve öz duyarlı olan kişilerde depresif yönelimlerin daha az saptandığı, öz-duyarlığın bireyin psikolojisine olumlu yönde etki ettiğini belirlemişlerdir. Benzer biçimde Neff ve arkadaşları (2007) yaptıkları çalışmada öz duyarlığı yüksek olan bireylerin psikolojik olarak daha sağlıklı olduklarını tespit etmişlerdir. Shahr ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları çalışmada görülmüştür ki öz-duyarlık kavramları olan bağışlama ve affetme duygusu depresyon görülen hastalarda daha az bulunmaktadır.

6. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Engelli çocuğa sahip olan ebeveynlerin algıladıkları bakım yükleri, ölüm kaygısı, bilgece farkındalıkları, öz duyarlılıkları ve depresyon düzeylerine dair yürütülen bu çalışmada; Ebeveynlerin algıladıkları bakım yüklerinin genel olarak yüksek olduğu, söz konusu bu yükün anne ve baba ebeveynlerce daha benzer şekilde algılandığı, engelli çocuğunun yaşının artması ihtiyaçlarını da artırdığında dolayı yaşı büyük olan engelli çocukların ebeveynlerinin algıladığı bakım yükünün fazla olduğu görülmüştür. Araştırma da ebeveynlerin ölüm kaygısının diğer bireylerden farklı olmayacak şekilde ortalama düzeyde olduğu ve ebeveynin sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermediği saptanmıştır. Ebeveynlerin bilgece farkındalık ve öz-duyarlık düzeyleri ortalama değerlerin biraz üstünde olup, sosyo-demografik özelliklere göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Engelli çocuğa sahip olan ebeveynlerin depresyon düzeylerinin görece yüksek olduğu, kadınlarda depresyonun erkeklere göre daha yüksek olduğu, ebeveynlerinin yaş, eğitim ve medeni durumlarının depresyon düzeyleri üzerinde rol oynamadığı ancak engelli çocuğunun yaşının büyük olmasının ebeveynlerin depresyon düzeylerini artırdığı sonucuna varılmıştır.

Ebeveynlerin algıladıkları bu yüksek bakım yükünün depresyon düzeyleri ile pozitif yönlü olarak ilişkili olduğu, bilgece farkındalığın ve öz duyarlığın negatif yönlü olarak ilişkili olduğu, ölüm kaygısının ise depresyonla ilişkili olmadığı görülmüştür. Ebeveynlerin bilgece farkındalık ve öz duyarlıklarının depresyon düzeyleri ile negatif yönlü ilişkili olmasına karşın, depresyon üzerinde asıl etkiye sahip olan parametrenin ebeveynlerin algıladıkları bakım

yükü olduğu ve bakım yükünün depresyonu ciddi oranda artırdığı sonucuna varılmıştır.

6.2. Öneriler

Bu araştırmada elde edilen sonuçlar ışığında; engelli bireylere bakım veren ebeveynlerin hastalık yüklerinin azaltılması amacıyla kamu kurum ve kuruluşlarınca verilen psikolojik ve fiziksel destek artırılmalıdır. Engelli bireylere bakım veren ebeveynlerin bakım sürecinde karşı karşıya kaldıkları problemlere ilişkin ilgili sağlık çalışanlarından profesyonel destek alması yararlı olacaktır.

Ebeveynlerin hissettikleri bakım yükünün hafifletilmesi amacıyla, engelli çocuğa sahip olan ebeveynlerin devlet kurumları tarafından sağlanan desteğin artırılması ve süreç içerisinde ailelere psikososyal destek sağlamaları faydalı olacaktır.

Ebeveynlerin kişisel gelişimlerine yönelik aktivitelere katılarak farkındalık ve duyarlılık düzeylerini artırması ve engelli bireylere bakım veren ebeveynlerin depresyon düzeyinin düşürülmesinde gerek kamu gerekse özel kurumlarca destek verilmesi faydalı olacaktır.

Bu önerilere ek olarak, yapılan araştırmada araştırma kapsamına dahil edilen bireyler İzmir ilinde ikamet eden ve özel eğitim kurumlarına devam eden öğrenciler ile sınırlandırılmıştır. Bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda örneklem sayısı artırılarak ve daha geniş coğrafi bölgelere yayılarak uygulama yapılması elde edilen bulguların genellenebilirliği açısından daha uygun olacaktır.

Bu araştırma ebeveynlerle gerçekleştirilen görüşmelerde kullanılan ölçeklerle sınırlı olup, ebeveynlerle derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilememiştir. Bundan sonra yapılması planlanan araştırmalarda ebeveynlerden daha detaylı bilgi almak ve ölçüm yapmak maksadıyla nitel çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Adıgüzel, Ş., Çolak A., Ergenekon, Y., Kaya, Ö., & Özkan, Ş., (2015). Otizm Spektrum Bozukluğu. Ankara: Htc Ofset
- Ahmetoğlu, E. & Canarlan, H. (2015). Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Trakya University Journal of Social Science*, 17(1), 13–31.
- Akandere, M., Acar, M., & Baştuğ, G. (2009). Zihinsel Ve Fiziksel Engelli Çocuğa Sahip Anne Ve Babaların Yaşam Doyumu Ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 22. pp. 24-32.
- Akça, F., & Özyürek, A. (2019). Zihinsel Yetersizlikten Etkilenmiş ve Normal Gelişen Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Sıkıntıyı Tolere Etme, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyleri / The Distress Toleration Status, Depression, Anxiety and Stress Levels of Parents Who Have Normally Developed Children and Who Have Intellectual Disability Children. *Journal of History Culture and Art Research*, 8(1), 347-361. doi:<http://dx.doi.org/10.7596/taksad.v8i1.1787>
- Akıncı S.B, Rezaki M, & Aypar Ü. (2003). Anesteziyologlarda depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Anestezi Dergisi* 2003; 11:34-39.
- Akkuş, P., Z., Bahadır, E., İ., Çak, T., Özmert, N., E., & Saygan, B., B. (2020). Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı İle Yaşamak: Ailelerin Deneyimleri. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, doi: 10.12956/tchd.731752.
- Allen, N. B., & Knight, W. E. J. (2005). Mindfulness. Compassion for self. And compassion for others: Implications for understanding the psychopathology and treatment of depression. In P. Gilbert (Ed.). *Compassion: Conceptualisations. Research and use in psychotherap*, 239–262.
- Alper, Y. (2001). *Depresyon Psikoterapisi (Cilt 1)*. İstanbul, Çağaloğlu, Türkiye: Alfa/Aktüel Kitabevi.
- Altıntaş, T., İspir, K., & Şahin, S. (2020). Atipik ve Tipik Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Annelerin Ölüm Kaygısına İlişkin Görüşlerinin

- İncelenmesi. Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi, 2(1): 20-27
doi:10.35365/ctjpp.20.2.3.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition. TextRevision, Dsm-Iv.; Washington, Dc.
- American Psychological Association DSM IV-R. (2000). Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, DSM-IV Revised. Washington DC: American Psychological Association.
- American Psychological Association DSM V. (2013). Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, DSM V Revised. Washington DC: American Psychological Association.
- Apak, M. (2002). Tıbbi Genetik ve Genetik Hastalıklar. O. Neyzi, & T. Ertuğrul içinde, Pediatri (s. 135-162). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Aral, N., & Gürsoy, F. 2007. Özel eğitim gerektiren çocuklar ve özel eğitime giriş. Morpa Yayınları, 336s., Ankara.
- Arslan, C., Deniz, M. E., Kesici, Ş., & Özyeşil, Z., (2011). Bilinçli farkındalık ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. Eğitim ve Bilim, 36(160), 224-235.
- Arslan, I. (2018). Bilinçli Farkındalık, Depresyon, Düzeyleri ve Algılanan Stres Arasındaki İlişki. Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi, 8 (2), 73-86.
- Aslan, Ç. (2010). Zihinsel engelli çocuğu olan anne ve babaların psikolojik belirtileri, sosyal destek algıları ve stresle başa çıkma tarzlarının karşılaştırılması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Aydın, A. M. (2017). *Zihinsel Engelli Bireye Sahip Olan Ebeveynlerin Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Aile Danışmanlığı Ve Eğitimi Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- Aydın, R., & Ören, B. (2020). Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerde Bakım Veren Yükü ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(3): 302 -309.
- AYDIN, R., CERŞİT, H. P, GİRAY, E., SAYGI, E. K., & ULUTATAR, F. (2015). Serebral Palsili Çocuğu olan Ailelerin Aile Ortamlarının

- Değerlendirilmesi ve Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation / Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 61(4), 320–325. <https://doi.org/10.5152/tftrd.2015.70745>.
- Ayyıldız, T., Şener, D. K., Kulakçı, H., & Veren, F. (2012). Zihinsel engelli çocuğa sahip annelerin stresle baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 11(2), 1-12.
- BAER, R.A., G.T. SMITH, J. HOPKINS, J. KRIETEMEYER & L. TONEY. "Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness", *Assessment*, 13, 1, 2006, 27–45.
- Batu, E. S. (2011). 0-6 Yaş Arası Down Sendromlu Çocuklar Ve Gelişimleri. Ankara: Kök Yayıncılık.
- Bax M., Rosenbaum P. ve Goldstein M. (2005). Proposed Definition And Classification Of Cerebra İPalsi. *Developmental Medicine& Child Neurology*, 47, 571-576.
- Bernier, R., & Gerds, J. (2010). Autism Spectrum Disorders, A Reference Handbook, Abc-Clio Press, 2-33.
- Bodhi, B.(2010). A Comprehensive Manual of Abhidhamma, Onalaska WA, BPS Pariyatti Editions, 2000.
- Bowlin, S.L. ve BAER, R.A. (2012). "Relationship Between Mindfulness, Self Control, and Psychological Functioning", *Personality and Individual Differences*, 52, 2012, 411-415.
- Brehaut, J.C., Kohen, D.E., Raina, P., Walter, S.D., Russell, D.J. & Swinton, M.. (2004). *Pediatrics*, 114, e182-e191
- Brown T.E. (2010). Dikkat Eksikliği Bozukluğu. 2.Baskı, (çev: Sönmez EÇ, 2010). (Editör: Uğur, U). ODTÜ Yayıncılık. Ankara. Ekim 2010.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Brown, K. W. & Ryan, R.M. (2003). "The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being", *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 2003, 822–848.

- Canarslan, H., & Ahmetoğlu, E. (2015). Engelli çocuğa sahip ailelerin yaşam kalitesinin incelenmesi. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(1), 13-31.
- Carpenito-Moyet L.J. (2008). *Handbook of nursing diagnosis*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Ceco, U. (2018). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ve Otistik Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Çocukların Ebeveynlerinin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
- Chien W., Thompson D. & Norman I. (2008) Evaluation of peer-ledmutual support group for Chinese families of people with schizophrenia. *Am J Community Psychol* 42, 122-34.
- Cicirelli V. G. (2002). Fear of Death in Older Adults: Predictions from Terror Management Theory. *Journal of Gerontology Psychological Sciences* 57(4): 358– 366.
- Ciğerli, Ö., Topsever, P., Alvur, T.M. & Görpelioğlu, S. (2014). Engelli çocuğu olan anne-babaların tanı anından itibaren ebeveynlik deneyimleri: Farklılığı kabullenmek. *Turkish Journal of Family Medicine and PrimaryCare*, 8(3),86-92.
- Coşkun, Y. & Akkaş, G. (2009). Engelli Çocukđu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. *A. E. Ü. Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*.
- Çalışır, H., Karabudak, S., S., Karataş, P., Meşealan, İ., & Tosun, A., F. (2018). Serebral Palsili Çocukđu Olan Annelerin Aile Yükü ve Umutsuzluk Düzeyleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, , 11 (2), 147-156.
- Çetin N., Demiralp M., Oflaz F., & Özşahin A. (2013) şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi ile Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 14, 19-26.
- Çiftçi, H. (2007). Zihinsel engelli çocuklara renk kavramını kazandırmada eş zamanlı ipucuyla öğretimin bireysel ve grup eğitimindeki etkisinin karşılaştırılması. *Doktora tezi (basılmamış)*. Gazi Üniversitesi, 168s., Ankara.

- Çobanlı, C., Salt, A. (2001). Dharma Ansiklopedisi, İstanbul: Dharma Yayınları.
- Türkiye Özürlüler Araştırması (2002). Devlet İstatistik Enstitüsü ve Özürlüler İdaresi Başkanlığı: Ankara
- Çolak, A., & Yassıbaş, U. (2019). Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuğa Sahip Anne-Babaların Yaşam Deneyimlerine Derinlemesine Bakış. *EĞİTİM VE BİLİM*, 44(198). doi:<http://dx.doi.org/10.15390/EB.2019.7366>
- Dinç, S. (2003). Zihinsel engelli çocuğa sahip annelerin çocuklarının kişisel hijyeni hakkında bilgi ve uygulamalarının saptanması. Bilim uzmanlığı tezi (basılmamış). Hacettepe Üniversitesi, 74s., Ankara.
- Dolgun G., Savaşer S., & Yazgan Y. (2005). Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu olan 8-12 Yaş Grubu Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (DE/HB-YKÖ) Geliştirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*-2015/1,2.39-52.
- Duman, B. (2009). Neden beyin temelli öğrenme? (4. baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Duncan, L., G, Coatsworth, J. D. & Greenberg M. T. (2009). A Model of Mindful Parenting: Implications for Parent–Child Relationships and Prevention Research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16, 255-270.
- Duran, S. (2014). *Zihinsel Engelli Bireylerin Ebeveynlerine Verilen Psikoeğitimin Öznel İyi Oluş Ve Öz Duyarlığa Etkisinin Değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış doktora tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Durat, G, Atmaca, D. G., Kama, N., & Ünsal. A. (2017). Özel Gereksinimi Olan Çocukların Ailelerinde Umutsuzluk ve Depresyon, *Osmangazi Tıp Dergisi* 2017, 39(3) 49-57 Doi: 10.20515/otd.300262.
- Emek, A. (2016). Ostomili Hastaların Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesinin, Bakım Vericilerin Depresyon Düzeyi İle İlişkinin Araştırılması. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi. İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi.

- Ercan, E. S., Avcı, A., Mukaddes, N. M., Semerci, B., Şenol, S., & Yazgan, Y. (2008). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Klinik Uygulama Kılavuzu. Türkiye.
- Erdem, A. P., Yaman, E., Sepet, E., & Aytepe, Z. (2012). Zihinsel Engelli Çocuklarda Davranış Yönetimi ve Tedavi Yaklaşımları. İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi.; 46(2): 66-73.
- Erdem, E., Korkmaz, Z., Tosun, Ö., Avcı, Ö., Uslu, N., & Bayat, M. (2013). The burden of care in the mothers of the children with chronic disease. Journal of Health Sciences, 22(2): 150-157.
- Erdem, R., & Ege, P. (2011) Down Sendromlu Bireylerin Zihin Kuramı Gelişimi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi; 12(1): 23-36.
- Erten, E., Alpman, N., Özdemir, A., & Fıstıkcı, N., (2013). Bipolar I Bozuklukta Seyir ve Dönem Özelliklerinin Bakıcı Yüküne Etkisi, Türk Psikiyatri Dergisi 7-9.
- Eser, E. E. (2017). *Otizm tanısı almış çocukların annelerinin psikolojik dayanıklılık, öz duyarlılık ve psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişkinin incelenmesi / Study of the relationship among resilience, self compassion and psychological well being for autistic children's mothers* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Foldemo, A., Gullberg, M., & Bogren, L. (2005). Quality of life and burden in parents of out patients with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 40, 133-138.
- Geçit, Y., & Kosif, H., (2018). Hafif Düzeyde Zihinsel Engelli Öğrenciler İçin 'Sosyal Hayat Modülü' Kapsamında Geliştirilen Materyallerin Etkisinin İncelenmesi. International Geography Education Symposium, 81-92.
- GÖREN, A. B. (2015). Down Sendromlu Çocuğa Sahip Annelerin Destek İhtiyaçlarının ve Destek Kaynaklarının Belirlenmesi. Itobiad: Journal of the Human & Social Science Researches, 4(3), 651–673. <https://doi.org/10.15869/itobiad.63671>
- Görgü, E. (2005). 3–7 Yaş Arası Otistik Çocuğa Sahip Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Depresyon Düzeyleri

- Arasındaki İlişki, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. Marmara Üniversitesi.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Úrizar, A., & Kavanagh, D. (2005). Burden Of Care and General Health In Families Of Patients With Schizophrenia. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 40(11), 899-904.
- Gülseren, L. (2010). The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010; 21: 203-12.
- İlhan, T., (2017). Özel gereksinimli 3-6 yaş çocuklarının ebeveynlerinin stres düzeyleri ile rolleri arasındaki ilişki. *Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 18(3), 383-400.
- Jones, M., & Morgan, E. (2007). Cerebral Palsi: Introduction And Diagnosis (Part 1). *Journal Of Pediatric Health Care*, 21, 146-152.
- Kabat, J. (1994). *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life* (10th Edition), New York, Hachette Books.
- Kaner, S. (2004). Engelli Çocuğu olan ana babaların algıladıkları stres, sosyal destek ve yaşam doyumlarının incelenmesi. *Ankara Üniversitesi: Bilimsel Araştırma Projesi Kesin Raporu*, 7-67.
- Kanbir, A., Akşit, G. (2020). Engelli Çocuğun Evlilik Doyumuna Etkisi. *Sosyal Bilimler Arastirmalari Dergisi*, 10(3).
- Karaca, O., Tirit Karaca, D., Çalış, S. & Yiğit, G. (2018). *Disleksi*. İstanbul: Psikonet Yayınları.
- Karahan, AY., & İslam, S. (2013). Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 3. pp. 1-6.
- Kaya, Y. (2013). Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 64-78.
- Kaytez, N., Durualp, E. & Kadan, G. (2015). Engelli çocuğu olan ailelerin gereksinimlerinin ve stres düzeylerinin incelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4 (1), 197-214.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder In The National Comorbidity Survey.

- Archives Of General Psychiatry, 52(12), 1048-1060.
Doi:10.1001/Archpsyc.1995.03950240066012.
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). "The epidemiology of depression across cultures". Annual review of public health. Cilt 34, s. 119
- Kırcaali-İftar G. (2013). Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuklar ve Eğitimleri. Vize Yayıncılık: Ankara 2013, s: 17-43.
- Koçhan, A. (2019). *Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Stres Düzeyi, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Hastalık Yükü Algıları Ve Bilgece Farkındalık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Yüksek lisans tezi). Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Kosif, H., (2019). *Hafif Düzeyde Zihinsel Engelli Öğrenciler İçin 'Sosyal Hayat Modülü' Kapsamında Geliştirilen Materyallerin Etkisinin İncelenmesi* (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı, Rize.
- Koukia E, Madianos MG. (2005). Is psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients preventing family burden? A comparative study. J Psychiatr Ment Health Nurs 12(4), 415-22.
- Kökdemir, Z. Y. ve Şahin, N.H. (2015). "Farkındalık" üzerine üç araç: Psikolojik bilinç ölçeği, bütünleştirici kendilik farkındalığı ölçeği ve Toronto bilgece farkındalık ölçeği", Yayımlanmamış Makale.
- Köksal, G., & Kabasakal, Z. (2012). Zihinsel engelli çocukları olan ebeveynlerin yaşamlarında algıladıkları stresi yordayan faktörlerin incelenmesi. Buca Eğitim Fakültesi Dergisi. 32. pp. 71-91.
- Köküöz, A. N. (1995). Down Sendromu. Bilim ve Teknik Dergisi(337), 42-47.
- Küllü, Z. (2008). Özürlü çocuğa sahip ebeveynlerde depresyon durumunun değerlendirilmesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Lehtinen, V., & Joukamaa, M. (1994). Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89(s377), 7-10

- Lehto RH, Stein KF (2009). Deathanxiety: An analysis of an evolving concept. *Research and Theory For Nursing Practice. An International Journal*, 23.
- Lidell E. (2002). Family Support-A Burden To Patient and Caregiver. *European Journal of Cardio-vascular Nursing*, (1), 149-152.
- Minaire, P. (1992). Disease Illness and Health: Theoretical Models of the Disablement Process, *Bullet in of the World Health Organization*; 70(3):373-9.
- Moraglia, G. (2004). "On facing death: Views of some prominent psychologists", *Journal of Humanistic Psychology*, 44 (3), 337–357.
- Murphy, D. G., Critchley, H. D., Schmitz, N., McAlonan, G., van Amelsvoort, T., Robertson, D., ... & Howlin, P. (2002). Asperger syndrome: a proton magnetic resonance spectroscopy study of brain. *Archives of General Psychiatry*, 59(10), 885-891.
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-102.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion. self-esteem. And well-being. *Social and personality psychology compass*. 5(1): 1-12
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41: 139–154.
- Oktar, M. N., & Yıldız, R. (2019). Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Ölüm Kaygısı İle Sosyal Politikalara Güven İlişkisi. *Akademik İncelemeler Dergisi*, 14/1: 463-498.
- Okutan, H. (2016). Zihin Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Yaşam Doyumlarının İyimserlik Ve Psikolojik Belirti Düzeyleri Açısından İncelenmesi. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Or, R. (2013). *Yaşlıya bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükü ve bakım verenin iyilik hali* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.

- Öner, Ö. İ. (2012). Onkoloji hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükü ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Elazığ.
- Özbey, Ç. (2005). Otizm ve Otistik Çocukların Eğitimi. İnkılap Kitabevi: İstanbul.
- Özmen, K. S. (2010). Okulda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB). Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 6(2): 1-10.
- Özsoy, S. A., Özkahraman, A. G. Ş., & Çallı, Y. H. F. (2006). Zihinsel engelli çocuk sahibi ailelerin yaşadıkları güçlüklerin incelenmesi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 9(9), 69-78.
- Özsoy, Y., Özyürek, M., & Eripek S. (1997). Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar "Özel Eğitime Giriş". Karatepe Yayınları.
- Öztürk, M. (2002). Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Yayınları.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2016). Ruh sağlığı ve Bozuklukları. (16. Baskı) Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Parisi, L., Ruberto, M., Precenzano, F., DiFilippo, T., Russotto, C., Maltese, A., & Roccella, M. (2016). The quality of life in children with cerebral palsy. Acta medica mediterranea, 32, 1665.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Miklowitz, D. J., Chessick, C., Wolff, N., Kaczynski, R., ... & Desai, R. (2007). STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group: Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. Bipolar Disord, 9(3), 262-273.
- Raina, P., O'Donnell, M., Rosenbaum, P., Brehaut, J., Walter, S. D., Russell, D., & Wood, E. (2005). The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. Pediatrics, 115(6), e626-e636.
- Salman, U., Özdemir, S., Salman, A. B. & Özdemir, F. (2016). Özel öğrenme güçlüğü "Disleksi". İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi, 2(2), 170- 176.
- Saraç, S. (2014). Okuma güçlükleri ve disleksi. Psikoloji Çalışmaları Dergisi, 34(1), 71- 77.

- Sarı, H.Y., Baser, G. & Turan, J. M. (2006). Experiences of mothers of children with Down syndrome. *Pediatric Nursing*, 18(4), 29-32.
- Sayın, U. (2007). *Zihinsel engelli çocuğa sahip ebeveynler ile normal gelişim gösteren çocuğa sahip ebeveynlerin 7-15 yaş arası çocuklarının toplumsal cinsiyet rollerine yaklaşım ve görüşlerinin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Schene, A. H. (1990). Objective and subjective dimensions of family burden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(6), 289-297.
- Schulze B, Rössler W. Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004-2005. *Curr Opin Psychiatry* 2005;18:684–91.
- Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepeswol, O., & Arkowitz, H. (2012). A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19: 496–507.
- Shapiro S.L., BOOTZIN, R.R., FIGUEREDO, A.J., LOPEZ A.M. & SCHWARTZ, G.E. (2003). "The Efficacy of Mindfulness-Based Stress Reduction in The Treatment of Sleep Disturbance in Women With Breast Cancer An Exploratory Study", *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 2003, 85-91.
- Siegel, R. (2010). *The Mindfulness Solution, Everyday Practices for Everyday Problems*. New York, The Guilford Press, 2010.
- Singh, N.N., Lancioni G.E., Wahler R.G., Winton A.S.W. & Singh J. (2008). "Mindfulness Approaches in Cognitive Behavior Therapy", *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 2008, 659–666.
- Softa, H.K. (2013). Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 21. pp. 590-600.
- Şahin, N.H. & Kökdemir, Z.Y. (2015). "Farkındalık" Üzerine Üç Araç: Psikolojik Bilinç Ölçeği, Bütünleştirici Kendilik Farkındalığı Ölçeği ve Toronto Bilgece Farkındalık Ölçeği", *Yayımlanmamış Makale*.
- Şengül, E. H. (2017). *Otizmlili ve Normal Gelişim Gösteren Çocukların Kardeşlerinin Duygusal, Sosyal ve Davranışsal Özelliklerinin İncelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Engelli Çalışmaları Anabilim Dalı. Edirne.

- Şengül, S., & Baykan, H. (2013). Zihinsel engelli çocukların annelerinde depresyon, anksiyete ve stresle başa çıkma tutumları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 14. pp. 30-39.
- Tanhan, F., & Arı, F. (2006). Üniversite öğrencilerinin ölüme verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından ölüm kaygısı düzeyleri, *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3 (2), 34–43.
- Tayaz, E., & Koc, A. (2018). Assessment of relationship between perceived care burden and quality of life in disabled persons caregivers. *Bakırköy Tıp Dergisi*;14:44-52. <https://doi.org/10.5350/BTDMJB.20160726012929>
- Tel, H., & Pınar, E. (2013). Kronik Ruhsal Sorunlu Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Tükenmişlik ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Journal of Psychiatric Nursing* 4(3), 148-150.
- Toros, F., Tot, Ş., & Düzovalı, Ö. (2002).Kronik Hastalığı Olan Çocuklar, Anne ve Babalarındaki Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri, *Klinik Psikiyatri*; 5: 240-247.
- Tura, G. (2017). Engelli Çocuğu Olan Ve Çocuğu Engelli Olmayan Annelerin Anksiyete, Depresyon Ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 30-36.
- Türk, A. & Bumin, G . (2015). Engelli çocuğa sahip annelerde zaman yönetimi eğitiminin aktivite performansı, depresyon, yaşam kalitesi ve stresle başa çıkma üzerine etkisi: Pilot çalışma. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 3 (1), 13-20.
- Ülev, E. (2014). Üniversite Öğrencilerinde Bilinçli Farkındalık Düzeyi İle Stresle Başa Çıkma Tarzının Depresyon, Kaygı ve Stres Belirtileriyle İlişkisi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Ütine, G. E., & Boduroğlu, K. (2013). Konjenital Anomalilerden Korunma. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*; 56: 28-37.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G., ... & Yeh, E. K. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Jama*, 276(4), 293-299.
- WISPE, L. (1991), "The psychology of sympathy", New York: Plenum.

- World Health Organization, Who Global Disability Action Plan 2014-2021, Better Health ForAll People With Disability, World HealthOrganization, 2015. [Çevrimiçi]. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199544/9789241509619_eng.pdf;jsessionid=84CD917CA62351031E1C9FD36B8490AB?sequence=1.
- Yazıcı, D. N., Durmuşoğlu, M. C. (2017). Özel Gereksinimli Çocuğu Olan Ailelerin Karşılaştığı Sorunlar Ve Beklentilerinin İncelenmesi. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 30(2), 657-681.
- Yalom, I. (1995). Depresyon Terapisi, Çeviren: Yasemin Engin, İstanbul: Prestij Yayınları.
- Yıldırım, Sarı. H, (2007). Zihinsel engelli çocuğu olan ailelerde aile yüklenmesi [Familyburden on families of children with intellectual disability caring], Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.
- Yıldırım, A., Aşılar, R. H., & Karakurt, P. (2012). Engelli çocukların annelerinin ruhsal durumlarının belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 20. pp. 200-209
- Zarit, S. H., Reever, K.E., Bach-Peterson J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. Gerontologist; 20:649-655.

EKLER

Ek. 1. Bilgilendirme Formu

GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, Yrd. Doç. Dr. Meryem Karaaziz danışmanlığında Yakın Doğu Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı öğrencisi İdil Özer tarafından yürütülen bir tez çalışmasıdır. Çalışmanın amacı, özel gereksinimli çocuğa sahip ebeveynlerin öz duyarlılık düzeyleri, bilgece farkındalık düzeyleri, algıladıkları bakım yükleri, ölüm kaygısı düzeylerini ve depresyonun yordayıcı etkilerini belirlemektir. Araştırmaya katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler bireysel olarak değerlendirilmeyecek, grup halinde değerlendirilecektir, bu nedenle sizden kimlik belirleyici bilgiler istenmeyecektir. Sorulara vereceğiniz cevapları içten ve samimi bir şekilde ve boş bırakmadan doldurmanız araştırmanın sağlıklı bilgilere ulaşabilmesi için oldukça önemlidir. Cevaplarınız gizli tutulacaktır ve sadece araştırmacı tarafından bilimsel çalışmada kullanılacaktır. Araştırma sırasında herhangi bir nedenden dolayı vazgeçerseniz, katılımınızı sonlandırabilirsiniz. Çalışmaya katılım yaklaşık 45 dakika sürecektir. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için İdil Özer'e (E-posta: idilozer0@gmail.com ; Tel: 05078720009) ulaşabilirsiniz. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman katılımımı sonlandırabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı kullanımını kabul ediyorum. Evet () Hayır ()

Yrd. Doç. Dr. Meryem Karaaziz

Psikoloji Bölümü, Yakın Doğu Üniversitesi

Tel: [0392\) 223 64 64](tel:03922236464) – 278 E-mail: meryem.karaaziz@neu.edu.tr

Tarih: İmza:

Ek. 2. Demografik Bilgi Formu

Demografik Bilgi Formu

Değerli Katılımcı;

Bu anketin amacı, özel gereksinimli çocuğu olan anne/babaların öz duyarlılık, bilgece farkındalık, ölüm kaygısı düzeyleri algıladıkları bakım yükleri ve depresyonun yordayıcı etkilerini belirlemek için veri toplamaktır. Cevaplar toplu halde değerlendirilecektir. Bu nedenle lütfen isim yazmayınız. Bu anketteki bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Çalışmaya verdiğiniz destek için teşekkürler.

Lütfen aşağıdaki bilgileri eksiksiz doldurunuz.

Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

Doğum Yılıınız:.....

Medeni Durumunuz: Evli () Bekar ()

Çocuk Sayısı:

En Son Mezun Olduğunuz Okul: İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()

Yüksek

Lisans/Doktora ()

Çocuğunuzun Cinsiyeti: Kız () Erkek()

Çocuğunuzun tanısı nedir?

Çocuğunuz kaç yaşında?

Çocuğunuz kaç yıldır eğitim almaktadır?

Ek. 3. Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği

Aşağıda yakınlarının hastalığı sırasında insanların karşılaşılabileceği bazı durumlara ilişkin bir liste bulunmaktadır. Son altı ay içinde bunların hangilerinin hangi düzeyde sizin başınıza geldiğini belirtebilir misiniz?

1	2	3	4	9
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

Çocuğunuzun hastalığı nedeniyle ne ölçüde;

1. Maddi sorunlarınız var mı?

1	2	3	4	9
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

2. İşe veya okula kaç gün gidemediniz?

1	2	3	4	9
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

3. Kendi faaliyetlerinize yoğunlaşmakta güçlük çektiniz?

1	2	3	4	9
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil

Ek. 4 Ölüm Kaygısı Ölçeği

Aşağıdaki ifadelerden biri size uygun dűřüyorsa veya büyük ölçüde uygunsa “D” harfini yuvarlak içine alınız. Eđer uymuyorsa veya büyük ölçüde size uygun olmayan bir ifade ise “Y” harfini yuvarlak içine alınız.

1.Ölmekten çok korkuyorum. D Y

2.Ölüm düşüncesi nadiren aklıma gelir. D Y

3.Birileri ölüm ile ilgili konuşmalar yaparken tedirgin olmam. D Y

Ek. 5. Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği

Lütfen aşağıdaki sorulara, size uygunlukları açısından, 1-5 aralığındaki puanlardan yalnızca bir tanesini işaretleyerek cevap veriniz. Önemli olan, soruları cevaplandırırken, size en uygun cevabı içtenlikle işaretlemenizdir. 1-5 aralığındaki her bir puanın ifade ettiği anlamlar, aşağıdaki çizelgede verilmiştir.

1 (Hiçbir zaman)	2 (Nadiren)	3 (Bazen)	4 (Sıklıkla)	5 (Hemen her zaman)
---------------------	----------------	--------------	-----------------	------------------------

		1	2	3	4	5
1.	Saçımda esen rüzgarı, yüzüme vuran güneşi ya da buna benzer duyumları fark eder ve dikkatimi bir süreliğine onlara veririm.					
2.	Doğadaki ya da bir tablodaki ışıkları, gölgeleri, dokuları, desenleri, renkleri, vb. fark edebilirim.					
3.	Çevremdeki kokuları, aromaları fark ederim					

Ek. 6. Öz-Duyarlık Ölçeği

Bu anketten elde edilen sonuçlar bilimsel bir çalışmada kullanılacaktır. Sizden istenilen bu ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirmeniz ve sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (**X**) işareti koymanızdır. Her sorunun karşısında bulunan; (1) Hiç bir zaman (2) Nadiren (3) Sık sık (4) Genellikle ve (5) Her zaman anlamına gelmektedir. Lütfen **her ifadeye** mutlaka **TEK yanıt** veriniz ve kesinlikle **BOŞ bırakmayınız**. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederim.

1	Bir yetersizlik hissettiğimde, kendime bu yetersizlik duygusunun insanların birçoğu tarafından paylaşıldığını hatırlatmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
2	Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine ilişkin anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
3	Bir şey beni üzdüğünde, duygularıma kapılıp giderim.	1	2	3	4	5

Ek. 7. Beck Depresyon Envanteri

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1)	<ul style="list-style-type: none"> a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2)	<ul style="list-style-type: none"> a. Gelecekte umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3)	<ul style="list-style-type: none"> a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği Güvenirliği, Psikoloji Dergisi, 23, 3-13.

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma, Psikoloji Dergisi, 22, 118-126

Ek. 8. Ölçek İzinleri

Kullanılması öngörülen tüm ölçekler için telif hakkı sahiplerinden (sırasıyla; Prof Dr Ömer Aydemir, Prof.Dr. FİGEN AKÇA, Handan Deniz Ayalp, Prof. Dr. Ahmet Akın, Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin) izin alındığına dair, mail üzerinden 'ölçek izinlerinin' yazışmaları aşağıdaki gibidir:

Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği

Kime: soaydemir@yahoo.com

25 Nisan 2019 Perş, 15:14 tarihinde şunu yazdı:

Merhaba, adım İdil Özer, yakın doğu üniversitesi klinik psikoloji yüksek lisans öğrencisiyim, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Hastalık yükü değerlendirme ölçeğini tez çalışmam da kullanabilir miyim?
Teşekkür ederim iyi çalışmalar

Yanıt:

soaydemir@yahoo.com

Kime: İdil Özer <idilozer0@gmail.com>

25 Nis 2019 Perş, 19:02 tarihinde şunu yazdı:

Merhaba İdil Özer

Araştırmada Hastalık Yükü Ölçeğini kullanmandan memnuniyet duyarım.

Kolaylıklar diliyorum.

Prof Dr Ömer Aydemir

Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Ölüm Kaygısı Ölçeği

Kime: figen_akca@hotmail.com

24 Nisan Çar 14:19 tarihinde şunu yazdı:

Merhaba, adım İdil Özer, yakın doğu üniversitesi klinik psikoloji yüksek lisans öğrencisiyim. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız ölüm kaygısı ölçeğini tez çalışmam da kullanabilir miyim?
İyi çalışmalar, teşekkür ederim.

Yanıt:

figen_akca@hotmail.com

Kime: İdil Özer <idilozer0@gmail.com>

24 Nis 2019 Çarş, 22:58 tarihinde şunu yazdı

Kullanabilirsiniz tabi ki:

Figen Akca

Bilgece Farkındalık Ölçeği

Kime: hdenizayalp@gmail.com

24 Nisan Çar 14:12 tarihinde şunu yazdı

Merhaba, adım İdil Özer, yakın doğu üniversitesi klinik psikoloji yüksek lisans öğrencisiyim. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Bilgece Farkındalık Ölçeğini tez çalışmamda kullanabilir miyim?
Teşekkür ederim , iyi çalışmalar

Yanıt:

hdenizayalp@gmail.com

Kime: İdil Özer <idilozer0@gmail.com>

24 Nis 2019 Çarş, 21:39 tarihinde şunu yazdı

Sayın Özer,

Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği - Kısa Formu'nu (BFBFÖ-K) araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, ölçeğin başka kopyalarını değil, size gönderdiğim kopyasını, puanlama formunu ve makalesini kullanmanızdır. Söz konusu materyalleri ekte gönderiyorum. Ayrıca, ölçeğin orijinal formunun Tran, Glück ve Nader (2013) tarafından geliştirilmiş olması nedeniyle, çalışmanızda gerekli olan referanslara yer verilmesi gerekmektedir. Çalışmanızda başarılar dilerim.
Handan Deniz Ayalp

Öz Duyarlık ölçeği

Kime: ahmet.akin@medeniyet.edu.tr

26 Nis 2019 Cum 12:13 tarihinde şunu yazdı

Merhaba, adım İdil Özer, yakın doğu üniversitesi klinik psikoloji yüksek lisans öğrencisiyim, tezimde geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Öz Duyarlık ölçeğini kullanabilir miyim?
Teşekkür ederim, İyi çalışmalar

Yanıt:

ahmet.akin@medeniyet.edu.tr

Kime: İdil Özer <idilozer0@gmail.com>

26 Nis 2019 Cuma, 12:13 tarihinde şunu yazdı

AHMET AKIN
Alıcı: ben -

26 Nis 2019 13:24 (2 gün önce) ☆ ↶ ⋮

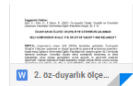
[Android için Outlook'u edin](#)

On Fri, Apr 26, 2019 at 12:13 PM +0300, "İdil Özer" <idilozer0@gmail.com> wrote:

Merhaba, adım İdil Özer, yakın doğu üniversitesi klinik psikoloji yüksek lisans öğrencisiyim, tezimde geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Öz Duyarlık ölçeğini kullanabilir miyim?
Teşekkür ederim, İyi çalışmalar

Bu e-posta (ve ekler) mesaj, mesajın alıcısı tarafından belirtilmiş olan kullanıcıya gönderilmiştir ve sadece gönderilen kişiye yöneliktir. Mesajın alıcısı - gönderilmek istendiği kişi değilse (ya da bu e-postayı yanlışlıkla aldıysanız), lütfen doğrudan veya dolaylı olarak mesajı kullanmayınız, yayımlayın veya başkasına mesajın kopyalarını sistemlerinizden derhal siliniz. E- posta iletilişini güvenli veya hatasız olduğunun garantisizdir. Göz veya sesli iletilim veya diğer iletişim araçları, elektronik, kayıtlı, değiştirilebilir veya başka şekilde değiştirilebilir. Bu mesajın içeriğinden, içeriğinden, eksiklikten, doğruluğundan ve güncelliğinden veya bu yolla bilgi paylaşımını, iletilim, depolanmasını ilgili hizmetleri kullanırken Üniversitemiz hiçbir şekilde sorumlu değildir. Bu mesajın içeriği yazılma anı olup yazılma anından itibaren İstanbul Medeniyet Üniversitesi'ne atılabileceği gibi, Üniversitemiz başkasına da gönderebilir.

This e-mail (and the attachments), is solely for the individual or the entity who has been mentioned specifically in the recipient section of the e-mail and intended solely for the addressee. If you are not the recipient of this message or the intended addressee (or if you have received it accidentally), please do not use it directly or indirectly and delete the message and all its copies from your system by notifying the sender immediately. Since safe and healthy transmission of an e-mail cannot be guaranteed and there is a possibility of delayed or incomplete delivery of a message or absence, loss, change or presence of virus in content and information, İstanbul Medeniyet University is not liable for the delivery of the message, the fault and incompleteness in the content, violation of confidentiality or integrity, or sharing, transmission and storage of information via this way. The content of the message does solely belong to the writer of it and under no circumstances can be endorsed by İstanbul Medeniyet University. Also, İstanbul Medeniyet University does not accept any legal responsibility whatsoever for the content of the message.



Beck Depresyon Envanteri

Kime: nesrinhislisahin@gmail.com

25 Nisan Perş, 14:42 tarihinde şunu yazdı:

Merhaba, adım İdil Özer, yakın doğu üniversitesi klinik psikoloji yüksek lisans öğrencisiyim, tez çalışmamda geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaptığınız

Beck Depresyon Envanterini kullanabilir miyim?

Teşekkür ederim, iyi çalışmalar

Yanıt:

gulsenturk@yahoo.com

Kime: İdil Özer <idilozer0@gmail.com>

26 Nis 2019 Cuma, 01:35 tarihinde şunu yazdı

Sayın Özer,

Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof.Dr.Nesrin Hisli Şahin adına

Gülşen

ÖZGEÇMİŞ

İdil Özer 1992 yılında doğdu. 2016 Yılında İzmir Ekonomi Üniversitesi, Psikoloji bölümünü bitirdi. Mezun olduktan sonra Otizm Spektrum Bozukluğu olan çocuklarla çalışmaya başladı. Otizm Spektrum Bozukluğu gösteren 0-12 yaş arası çocukların Bireyselleştirilmiş Eğitim Programlarının hazırlanması ve uygulanması, kaynaştırma – bütünleştirme sürecine hazır olan bireylerin sürece dâhil edilmeleriyle ilgili çalışmalar yaptı. Çocukları özel eğitim hizmeti alan ailelere gerek duydukları psikolojik, eğitsel ve bilgi desteğini sunmaktadır. Normal gelişim gösteren çocukların gelişim takibinin yapılması, duygusal – davranışsal sorun yaşayan çocukların desteklenmesi ve farklı gelişim gösteren çocuklar için gelişim takibi ve eğitim danışmanlığı yapmaya devam etmektedir.

İNTİHAL RAPORU

ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP AİLELERİN BAKIM YÜKLERİ,
ÖLÜM KAYGILARI, BİLGECE FARKINDALIKLARI,
ÖZ DUYARLILIKLARININ DEPRESYONU YORDAYICILIĞI

ORJİNALLİK RAPORU

% 14	% 12	% 4	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 8
2	klinikpsikoloji.org İnternet Kaynağı	% 1
3	TEL, Fatma Dilek and SARI, Tuğba. "ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ÖZ DUYARLILIK VE YAŞAM DOYUMU", Abant İzzet Baysal Üniversitesi, 2016. Yayın	% 1
4	dspace.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
5	tipdergisi.bozok.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
6	OTLU, Bahar METE, EKİNCİ VURAL, Deniz and ŞAHİN FIRAT, Necla. "COMMUNICATION SKILLS AND SELF-COMPASSION LEVELS OF	<% 1

ETİK KURUL RAPORU



28.05.2019

Sayın İdil Özer

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğumuz YDÜ/SB/2019/466 proje numaralı ve "Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Bakım Yükleri, Ölüm Kaygıları, Bilgece Farkındalıkları, Öz Duyarlıklarının; Depresyonu Yordayıcılığı" başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, aşağıdaki öneri dikkate alınmak üzere, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğimiz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

- Veri toplanması planlanan kurumlardan izin alınması koşuluyla

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

A handwritten signature in black ink, reading 'Direnç Kanol'.

Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.