



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANS ÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**ÖZEL EĞİTİME İHTİYAÇ DUYAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİ İLE ÖZEL
EĞİTİME İHTİYAÇ DUYMAYAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN ANKSİYETE
VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

SEVİNÇ ALTINTAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA / 2022



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANS ÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**ÖZEL EĞİTİME İHTİYAÇ DUYAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİ İLE ÖZEL
EĞİTİME İHTİYAÇ DUYMAYAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN ANKSİYETE
VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

SEVİNÇ ALTINTAŞ

Danışman: Yar. Doç. Asra BABAYİĞİT

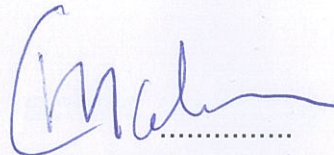
YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA / 2022

Onay

Tez savunması online (çevrim içi) yapılmıştır. Jüri üyeleri onaylarını sözlü olarak vermişlerdir. Tüm süreç kaydedilmiştir.

Jüri Üyeleri	Adı – Soyadı	İmza
--------------	--------------	------

Jüri Başkanı:	Prof. Dr. Mehmet ÇAKICI	
---------------	-------------------------	---

Jüri Üyesi:	Prof. Dr. Ayhan ÇAKICI EŞ	
-------------	---------------------------	---

Danışman:	Yar. Doç. Dr. Asra BABAYİĞİT	
-----------	------------------------------	--

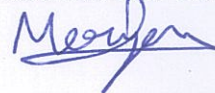
Anabilim/ Anasanat Dalı Başkanı Onayı

18.7.2022

Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ

Ünvan, Ad-Soyad

Anabilim/ Anasanat Dalı Başkanı



Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı

.../.../20...

Prof. Dr. Kemal Hüsnü Can BAŞER

Enstitü Müdürü



ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Bu tezin içinde sunduğum verileri, bilgileri ve belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce, sonuç ve bilgilere bilimsel etik kurallar gereği olarak eksiksiz şekilde uygun atıf yaptığımı ve kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim.

SEVİNÇ ALTINTAŞ

01/06/2022

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmam süresince ve üniversite hayatım boyunca benden desteğini, bilgilerini ve tecrübelerini hiç esirgemeyen tez danışmanım Sayın Yar. Doç. Asra BABAYİĞİT'e,

Bugünlere gelmemde en büyük rolü oynayan, büyük sabır, emek, destek ve özveri gösteren babam Sayın Prof. Dr. Mükremin ALTINTAŞ'a, annem Öğretmen Sayın Seher ALTINTAŞ'a, abim siyaset bilimci ve avukat Sayın İnanç ALTINTAŞ'a ve son olarak gökyüzünden beni izlediğine inandığım, varlığını her an yanımda hissettiğim anneannem Sayın Rahime KARAGÖZ'e teşekkürlerimi borç bilirim.

Sevinç ALTINTAŞ

ÖZET

ÖZEL EĞİTİME İHTİYAÇ DUYAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİ İLE ÖZEL EĞİTİME İHTİYAÇ DUYMAYAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

SEVİNÇ ALTINTAŞ

Yüksek Lisans Tezi. Psikoloji Ana Bilim Dalı / Klinik Psikoloji Bilim Dalı

Danışman: Yar. Doç. Asra BABAYİĞİT

Ocak 2022

Yapılan bu çalışmada literatürdeki araştırmalardan ve gözlemlerden yola çıkılarak özel eğitime ihtiyacı olan çocukların ve özel eğitime ihtiyacı olmayan çocukların ebeveynlerinin depresyon ve anksiyete durumlarının karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Çalışmanın amacı doğrultusunda ebeveynlerin depresyon düzeylerini belirlemek için Beck Depresyon Envanteri, anksiyete düzeylerini belirlemek için Beck Anksiyete Envanteri ve demografik özellikleri için ise Demografik Bilgi Formu kullanılmıştır. Bu çalışmada araştırma deseni olarak iki farklı grup arasında iki farklı grup arasında farklılık olup olmadığını anlamak için karşılaştırılmalı yöntem kullanılmıştır. Çalışmaya toplam 110 anne-baba katılmış olup, 55'i vaka grubunu, 55'i ise kontrol grubunu oluşturmuştur. Yapılan analiz sonucunda, vaka grubunun depresyon toplam puan ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksektir. Vaka grubunun anksiyete toplam puan ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Çalışma sonucunda elde edilen bulgular ile literatür bulguları birbirini destekler niteliktedir. Ancak çocukların her anlamda daha iyi gelişimini sağlayabilmek için ailelerin bilgilendirilmesi, taramalara sıklıkla dahil edilmeleri ve bilinçlendirilmeleri öngörülmektedir.

Anahtar Kelimlere: Depresyon, anksiyete, ebeveynlerde depresyon ve anksiyete düzeyleri, özel eğitim.

ABSTRACT

A COMPARISON OF THE ANXIETY AND DEPRESSION LEVELS OF THE PARENTS OF CHILDREN IN NEED OF SPECIAL EDUCATION AND OF THE PARENTS OF CHILDREN WITHOUT SPECIAL EDUCATION

SEVİNÇ ALTINTAŞ

Master Thesis, Department of Psychology / Clinical Psychology

Supervisor: Yar. Doç. Asra BABAYİĞİT

January 2022

In this study, it is aimed to compare the depression and anxiety states of children with special education needs and parents of children who do not need special education, based on research and observations in the literature. For the purpose of the study, Beck Depression Inventory was used to determine the depression levels of the parents, Beck Anxiety Inventory was used to determine the anxiety levels, and Demographic Information Form was used for the demographic characteristics. In this study, a comparative method was used to understand whether there was a difference between two different groups as a research design. A total of 110 parents participated in the study, 55 of which constituted the case group and 55 constituted the control group. As a result of the analysis, the depression total score average of the case group was higher than the control group. The anxiety total score average of the case group was higher than the control group.

The findings obtained as a result of the study and the literature findings support each other. However, in order to ensure the better development of children in every sense, it is foreseen that families should be informed, frequently included in the screenings and raising awareness.

Keywords: Depression, anxiety, depression and anxiety levels in parents, special education.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONAY.....	i	
ETİK	İLKELERE	UYGUNLUK
BEYANI.....	ii	
TEŞEKKÜR.....	iii	
ÖZET.....	iv	
ABSTRACT.....	v	
İÇİNDEKİLER.....	vi	
KISALTMALAR.....	x	
TABLolar LİSTESİ.....	xi	
EKLER		
LİSTESİ.....	xii	

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problem.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	1
1.3. Araştırmanın Önem.....	2
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	2
1.5. Tanımlar.....	3
1.5.1. Depresyon.....	3
1.5.2. Anksiyete.....	3
1.5.3. Özel Eğitim.....	3
1.5.4. Özel Öğrenme Güçlüğü.....	4

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇEVRE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	5
2.KURAMSAL ÇEVRE.....	5
2.1. Depresyon ile İlgili Genel Bilgiler.....	5
2.1.1. Depresyon Tanımı, Belirtileri ve Nedenleri.....	5

2.1.2.			Depresyon
Türleri.....	6		
2.1.2.1.			Majör
Depresyon.....	6		
2.1.2.2.			Kalıcı
Depresyon.....	7		
2.1.2.3. Manik Depresyon.....	7		
2.1.2.4.	Psikotik	Özellikli	Depresyon
(PD).....	8		
2.1.2.5. Perinatal Depresyon.....	8		
2.1.2.6. Mevsimsel Depresyon.....	8		
2.1.2.7.			Durumsal
Depresyon.....	9		
2.1.3.			Depresyon
Epidemiyolojisi.....	9		
2.1.4. Depresyon Etiyolojisi.....	10		
2.1.4.1. Genetik Etkenler.....	10		
2.1.4.2. Psikososyal Etkenler.....	11		
2.1.4.3.			Biyolojik
Etkenler.....	11		
2.2. Anksiyete ile İlgili Genel Bilgiler.....	12		
2.2.1. Anksiyete Kavramı.....	12		
2.2.2. Anksiyete Türleri.....	12		
2.2.2.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	12		
2.2.2.2. Panik atak.....	12		
2.2.2.3. Fobiler.....	13		
2.2.2.4.			
Agorafobi.....	13		
2.2.2.5.	Toplumsal	Kaygı/Anksiyete	Bozukluğu(Sosyal
Fobi).....	13		
2.2.2.6. Ayrılma Anksiyete Bozukluğu.....	13		
2.2.3. Anksiyete Epidemiyolojisi.....	14		
2.2.4. Anksiyete Etiyolojisi.....	14		

2.2.4.1.			Nöroanatomik
Anormallikler.....			15
2.2.4.2.			Nörofizyolojik
Anormallikler.....			15
2.3. Özel Eğitim.....			15
2.3.1.	Özel	Eğitimin	Temel
İlkeleri.....			16
2.4.	Özel		Öğrenme
Güçlüğü.....			16
2.5. Özel Eğitim Alan Çocukların Anneleri ve/ veya Babaları Üzerindeki Etkisi.....			16

BÖLÜM III

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ.....19

3.1. Araştırmanın			
Deseni.....			19
3.1.1.Örneklem.....			19
3.1.2.Veri Toplama Süreci.....			19
3.1.3.Veri Toplama Araçları/Materyaller.....			19
3.1.3.1.	Bilgilendirilmiş		Onam
Formu.....			20
3.1.3.2.	Demografik		Soru
Formu.....			20
3.1.3.3.	Beck		Depresyon
Envanteri.....			20
3.1.3.4. Beck Anksiyete Envanteri.....			20
3.1.4.Çalışma Planı.....			21

BÖLÜM IV

BULGULAR.....22

4.1.	Katılımcıların	Tanımlayıcı	Özelliklerine	İlişkin
Bulgular.....				22

4.1.1.	Örneklemin	Demografik			
Bilgileri.....		22			
4.1.2. Gruplara	Göre	Cinsiyet			
Dağılımı.....		25			
4.1.3. Gruplara Göre Medeni Durumu Dağılımı.....		26			
4.1.4.	Gruplara	Göre	Eğitim	Durum	
Dağılımı.....				27	
4.1.5.	Gruplara	Göre	İş	Durumu	
Dağılımı.....				28	
4.1.6.	Gruplara	Göre	Gelir	Düzeyi	Durumu
Dağılımı.....					29
4.1.7.	Gruplara	Göre	Çocuk	Sayısı	
Dağılımı.....				30	
4.1.8. Gruplara Göre Evde Bakıma İhtiyacı Olan Akraba Durumu Dağılımı.....				31	
4.1.9. Gruplara Göre Çocukta Gelişim Bozukluğu Durumu Dağılımı.....				32	
4.1.10. Gruplara Göre Çocuktaki Gelişim Bozukluğuna Bağlı Suçluluk Duygusu Durumu Dağılımı.....				33	
4.1.11. Gruplara Göre Tanısı Konmuş Psikolojik Rahatsızlık Durumu Dağılımı				34	
4.2. Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanterine İlişkin Bulguları.....				35	
4.2.1. Gruplara Göre BDE Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....				35	
4.2.2. Gruplara Göre BAE Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....				36	
4.3. Gruplara Göre Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....				37	
4.3.1. Vaka Grubunda Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....				37	
4.3.2. Kontrol Grubunda Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....				38	
BÖLÜM V					
Tartışma.....				39	

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç.....	42
6.2. Öneriler.....	42
KAYNAKÇA.....	44
EKLER.....	50
İNTİHAL RAPORU.....	58
ETİK	KURUL
ONAYI.....	59
ÖZGEÇMİŞ.....	60

KISALTMALAR

KKTC: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
- APA:** American Psychology Association
- DASS-21:** Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği
- MDB:** Majör Depresif Bozukluk
- MEB:** Milli Eğitim Bakanlığı
- NE:** Norepinefrin
- OSB:** Otizm Spektrum Bozukluk
- OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk
- ÖÖG:** Özel Öğrenme Güçlüğü
- PD:** Panic Disorder (Panik Bozukluk)
- SAD:** Social Anxiety Disorder (Sosyal Anksiyete Bozukluğu)
- SP:** Selebral Palsy
- DS:** Down Sendromu
- SPSS:** Statical Package For Social Science
- TAS-20:** Toronto Alexithymia Ölçeği
- TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- WHO:** World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
- YAB:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu

TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.	Depresyonun ele alınması ve yönlendirilmesi ile ilgili akış şeması.....	11
Tablo 1.	Katılımcıların Demografik Bilgileri.....	23
Tablo 2.	Gruplara Göre Cinsiyet Dağılımı.....	25
Tablo 3.	Gruplara Göre Medeni Durum Dağılımı.....	26
Tablo 4.	Gruplara Göre Eğitim Durumu Dağılımı.....	27
Tablo 5.	Gruplara Göre İş Durumu Dağılımı.....	28
Tablo 6.	Gruplara Göre Gelir Düzeyi Dağılımı.....	29
Tablo 7.	Gruplara Göre Çocuk Sayısı Dağılımı.....	30
Tablo 8.	Gruplara Göre Evde Bakıma İhtiyacı Olan Akraba Durumu Dağılımı.....	31
Tablo 9.	Gruplara Göre Çocukta Gelişim Bozukluğu Durumu Dağılımı.....	32
Tablo 10.	Gruplara Göre Çocuktaki Gelişim Bozukluğuna Bağlı Suçluluk Duygusu Durumu Dağılımı.....	33
Tablo 11.	Gruplara Göre Psikolojik Rahatsızlık Durumu Dağılımı.....	34
Tablo 12.	Gruplara Göre Beck Depresyon Envanteri Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 13.	Gruplara Göre Beck Anksiyete Envanteri Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 14.	Vaka Grubunda Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	37

Tablo 15. Kontrol Grubunda Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	38
--	----

EKLER LİSTESİ

EK	1.				Aydınlatılmış
Onam.....				50	
EK	2.	Demografik			Bilgi
Formu.....				51	
EK	3.	Beck			Depresyon
Ölçeği.....				52	
EK	4.	Beck			Anksiyete
Ölçeği.....				55	
EK	5.	Beck	Depresyon	Ölçeği	Kullanım
İzni.....				56	
EK	6.	Beck	Anksiyete	Ölçeği	Kullanım
İzni.....				57	

BÖLÜM I

GİRİŞ

Toplumda aileler uzun süren stresli sorunlarla başa çıkabilmekte genel olarak yetersiz kalabilir ve bundan kaynaklı olarak bir takım davranışsal ve ruhsal sorunlarla karşılaşabilmektedirler. Bu sorunlarla baş edilemediği takdirde ortaya çıkan ruhsal sorunların en başında depresyon gelmektedir (Yıldırım, 2005). Depresyon ve anksiyete belirtileri benzerlik göstermektedir. Depresyon ve anksiyetenin bir arada görülebilmesi çok sık rastlanan bir durumdur (Yörükoğlu, 1998). Yapılan birçok araştırma göz önüne alındığında, özel eğitime ihtiyaç duyan çocukların ebeveynleri ile özel eğitime ihtiyaç duymayan çocukların ebeveynleri karşılaştırıldığında özel çocuğa sahip bireylerin daha çok ruhsal sorun yaşadıkları görülmüştür (Uğuz, vd., 2004, Bahar vd., 2009). Özel eğitime ihtiyaç duyan çocuğa sahip olmak, anneler üzerinde yapılan araştırmalar sonucunda, sürekli kaygı düzeylerinin yüksek olmasına sebep olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmalar aynı zamanda göstermektedir ki, ailelerin eğitim ve gelir seviyelerinin yüksekliği, sürekli kaygı düzeyi ile doğru orantılı değildir (Coşkun ve Akkaş, 2009, s.226, Durualp, Kayan ve Kaytez, 2015, s. 198).

1.1.Problem

Ailelere ilk olarak bilgilendirilmiş onam formunun ardından sırasıyla demografik form, Beck Depresyon Envanteri, ve Beck Anksiyete Envanteri uygulanmıştır. Özel eğitilmiş çocukların bakım yüklerinden kaynaklı ailelerinin yıpranma paylarını göz önünde bulundurarak, özel eğitime ihtiyacı olmayan çocukların aileleri arasında depresyon ve anksiyete düzey karşılaştırılması yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada amaçlanan, literatürdeki araştırmalar ışığında özel eğitime ihtiyaç duyan çocukların ebeveynlerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile özel eğitime ihtiyaç duymayan çocukların ebeveynlerinin depresyon ve anksiyete düzeylerinin karşılaştırılmasıdır. Bu çalışmada Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nin Gazimağusa ilinde bulunan özel eğitime ihtiyaç duyan çocukların ebeveynleri ile özel eğitime ihtiyaç duymayan çocukların ebeveynlerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri karşılaştırılmıştır. Çocukların özel eğitime ihtiyacı olup olmamasından kaynaklı ortaya çıkan depresyon ve anksiyete değişkenlerinin araştırılıp karşılaştırılması

amaçlanmıştır. Bu iki değişkenin aynı anda araştırılması literatürde çok görülmemektedir. Bundan dolayı bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı öngörülmektedir. Özel eğitime ihtiyacı olan çocuklar, verilen yönergeleri anlayabilmesi, uygulayabilmesi, kavramları doğru bilebilmesi, öğrenebilmesi, öğrendiği her şeyi karşı tarafa da aktarabilmesi gibi durumlarda kendi yaş gruplarına göre olması gerektiği düzeye varamamış çocuklar şeklinde nitelendirilmektedirler (Yörükoğlu, 1998).

1.3. Araştırmanın Önemi

Bir çocuğun zihinsel ya da bedensel engele sahip olması aile bireylerinin yaşamsal dengelerinin değişmesine ve ayrıca farklı duygular ve düşünceler içerisinde olmalarına sebebiyet verebilmektedir. Değişen dengeler, duygu ve düşünceler her aile için değişiklik gösterebildiği gibi engelin aşamalarına göre de farklılıklar gösterebilmektedir. Ailelerin bu engeli ya da engelleri kabul edebilme süreleri ayları hatta yılları da bulabilmektedir (MEB, 2014, s. 35). Çocukların engel durumlarından dolayı aileler çocuklarıyla etkin iletişim kurabilmekte sıkıntı yaşayabilmektedirler. Her engelli çocuğun duygusal ihtiyaçları vardır fakat ailelerin bu çocuklardan beklentilerinin yüksek olması, çocukların duygusal ihtiyaçlarının karşılanmamasına da sebep olabilmektedir. Böyle bir durum negatif tutumu ortaya çıkartmaktadır (Coşkun ve Akkaş, 2009, s. 215). Literatür taramaları doğrultusunda engelli çocuğa sahip annelerde sürekli kaygı düzeyleri yüksek görülmektedir. Aynı zamanda sürekli kaygı düzeylerinin gelir ve eğitim düzeyiyle doğru orantısı bulunmamaktadır (Coşkun ve Akkaş, 2009, s. 226, Durualp, Kayan ve Kaytez, 2015, s. 198).

Yapılan literatür araştırmaları sonucunda özel gereksinimli çocuklar için birçok çalışma mevcuttur fakat özel gereksinimli çocuklarla sürekli vakit geçiren ve her bakımını üstlenen birinci derecede yakınlarıyla ilgili yapılan çalışmaların az olması nedeni ile yapılan bu çalışma literatürde görülen eksikliği tamamlaması adına önem arz ettiği düşünülmektedir.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Örnekleme en önemli sınırlılıktır. Örneklemin vaka grubunu Domino Özel Eğitim Merkezi ebeveynleri, kontrol grubunu ise gelişmiş güzel seçilmiş özel eğitime ihtiyaç duymayan çocukların ebeveynleri oluşturmaktadır. Bu araştırma yürütülürken gerekli görülen katılımcı sayısı her bir grup için 55 kişi olarak belirlense de bu sayı KKTC

geneli için yetersizlik gösterecektir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin depresyon ve anksiyete düzeylerini ölçebilmek için sadece kağıt üzerindeki ölçekler kullanıldığı için ebeveynlerin içinde buldukları durumu tam anlamıyla doğru yansıttıkları belirsizdir. Pandemi dolayısı ile ölçeklerin online olarak uygulanması da sınırlılık oluşturmuştur.

1.5. Tanımlar

1.5.1. Depresyon

Depresyon, psikiyatrik bozukluklardan biridir. Duygusal bozuklukla bağlantılı olarak tanımlanmaktadır (Liu, Li, Guo, vd., 2019, s. 1). Freud için depresyon, insanların kayıplarından sonra meydana gelen yas tepkisidir (Ünal, 2000, s. 72).

1.5.2. Anksiyete

Anksiyete stres için verilen normal bir reaksiyondur. Bir tehlike anında kişinin dikkatini toparlamasına yardımcı olarak doğru davranış biçimini belirlenmesine olanak sağlayan uyarıcı bir etkidir. Gün içerisinde yaşanan gerginliklerden farklı olarak çok daha fazla strese ve gerginliğe neden olmaktadır. Anksiyete bozukluk, mental bozukluklar arasında en sık görülen bozukluktur. Her erişkin insanın hayatının %30'luk bölümünde etkisine rastlanmaktadır. Anksiyete bozukluğunun tedavisi mümkündür, birçok etkili tedavi yöntemleri de mevcuttur. Bireylerin içinde buldukları yaşam kalitelerini arttırmak için bu tedaviler önemli rol oynamaktadır. Anksiyete hayatta yaşanabilecek tüm olumsuz olaylara karşı bir çeşit öngörüdür. Semptomları arasında kas gerginliği, kas ağrıları, kaçınma davranışları yer almaktadır (APA, 2017b).

1.5.3. Özel Eğitim

Zihinsel ve bedensel olmak üzere iki çeşit engel vardır. Zihinsel ve bedensel engeller de kendi içerisinde dallara ayrılmaktadır. Zihinsel engellerin alt dalları arasında süregelen hastalıklar, dil ve konuşma bozuklukları vb. bulunmaktayken bedensel engellerin alt dalları arasında duyma engeli, görme engeli vb. bulunmaktadır (Karadağ, 2009). Zihinsel engele sahip kişiler kendi aralarında ve yaş gruplarına göre fiziksel, bilişsel, sosyal vb. yönlerine göre farklılaşmaktadırlar. Bu farklılıklar doğrultusunda özel eğitim ihtiyacı doğmaktadır. Özel eğitim, bu alanda donanım sahibi ve yetkinliği olan kişiler tarafından verilen eğitimlerle engelli bireylerin topluma kazandırılması açısından büyük önem taşımaktadır (MEB, 2014, s. 4-5).

1.5.4. Özel Öğrenme Güçlüğü

Akademik alanda belirgin işlevsel bozukluğun olması öğrenme bozukluğudur. Bilişsel alanda bozukluğu olan çocukları öğrenme tanısı konulmaktadır. Özel öğrenme güçlüğü aileler ve eğitimciler arasında çok bilinmediği için bu güçlüğe sahip olan çocuklar eğitim-öğretim kurumlarında, aile içinde ve sosyal çevrelerinde ciddi sorunlarla karşılaşabilmektedirler (Salma, Özdemir, Salman ve Özdemir, 2016).

BÖLÜM II

2. KURAMSAL ÇEVRE

Bu çalışmanın ikinci bölümünde özel eğitime gereksinim duyan çocukların ebeveynleri ile özel eğitime gereksinim duymayan çocukların ebeveynlerinin depresyon ve anksiyete düzeyleriyle ilgili tanım ve çalışmalar yer almaktadır.

2.1. Depresyon ile ilgili Genel Bilgiler

2.1.1. Depresyon Tanımı, Belirtileri ve Nedenleri

Depresyon, psikiyatrik bozukluklardan biridir. Duygusal bozuklukla bağlantılı olarak tanımlanmaktadır (Liu, Li, Guo, vd., 2019, s. 1). Freud için depresyon, insanların kayıplarından sonra meydana gelen yas tepkisidir (Ünal, 2000, s. 72).

Depresyon (majör depresif bozukluk), ciddi ve çok önemli bir psikiyatrik hastalıktır. Kişinin duygu ve düşüncelerini, davranış şekillerini olumsuz yönden etkilemektedir. Tedavi edilme oranı yüksek seviyelerdedir. Kişinin zevk aldığı durumlardan artık keyif almamasına, yapmaktan hoşlandığı aktivitelere karşı istek kaybının ya da azalmasının yaşanmasına neden olmaktadır. Kişide fizyolojik ve duygusal problemler görülmektedir (APA, 2017a).

Belirtiler hafif ile şiddetli arasında değişkenlik gösterebilir ve semptomlar şu şekildedir:

- Bireyin kendisini üzgün hissetmesi ve moral bozukluğu
- Keyif veren aktivitelere karşı ilgisizlik
- İştahta değişimler – kilo kayıpları veya kilo alımı
- Çok fazla uyumak veya hiç uyuyamamak
- Enerjide kayıp veya çok yorgun hissetmek
- Kişinin kendini değersiz hissetmesi, olan biten her şeyden kendini suçlaması
- Dikkat toparlamada zorluk çekme ve karar vermede zorlanma
- Öz kıyım düşüncelerinin var olması
- İki haftadan az süren belirtiler depresyon tanısı için kabul edilmemektedir.

Aynı zamanda kişinin tıbbi durumunun (örn; beyin tümörü, vitamin eksiklikleri, tiroid sorunları), göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bazı tıbbi durumlar depresyon semptomlarıyla benzerlik göstermektedir (APA, 2017a).

Depresyonda risk faktörleri bulunmaktadır. Dışardan bakıldığında sorunsuz hayat yaşıyor gibi görünen bireyler dahi etkilenebilmektedir.

Depresyonda rol oynayan çeşitli faktörler bulunmaktadır:

- Genetik: Depresyon, aile bireyleri arasında genetik olarak aktarılabilir.
- Biyokimya: beyindeki bazı kimyasallarda oluşan değişimleri nedeniyle depresyon belirtileri ortaya çıkabilmektedir.
- Çevresel faktörler: bireylerin içinde buldukları yaşam koşulları da etkiler arasındadır. İstismara uğramak, şiddete maruz kalmak, ihmal edilmek, çok uzun süre yoksullukla yaşamak vb.
- Kişilik: Kişinin öz saygısında düşüklük, her olaya karamsar yaklaşmak, en ufak stresten etkilenmek vb. bireyi depresyona karşı savunmasız bırakabilmektedir (APA, 2017a).

Kişiler için normal görülen ve anormal görülen ruhsal davranışlara göre, ruhsal davranış bozukluklarına inanışlarına göre, tedaviye nasıl bakış açısı geliştirdiklerine göre ve içinde buldukları durumla baş etme yöntemlerine göre bireylerin davranışları farklılıklar göstermektedir (Küev, 1998, s. 5).

2.1.2. Depresyon Türleri

Depresyon türlerinde tanı kriterlerinde benzerlik veya farklılıklar görülmektedir.

2.1.2.1. Majör Depresyon

Majör depresyonu farklı isimlerle de anılmaktadır. Bunlar; depresif bozukluk, klasik depresyon ve unipolar depresyondur.

Majör depresyon semptomları:

- Umut kaybı, hüzünlenmek
- Çok fazla uyuma veya hiç uyuyamama
- Enerji azlığı ve sürekli yorgunluk hali
- Hiç iştahın olmaması veya iştahın fazla açılması

- Sebebi bilinmeyen kas-eklem ağrıları
- Keyif duyulan her şeye karşı isteksizleşme
- Dikkat toparlayamama, unutkanlığın olması ve karar vermede sorunlar
- öz kıyım düşüncelerinin oluşması (Iyer ve Khan, 2012, s. 79).

2.1.2.2. Kalıcı Depresyon

En az iki yıl veya daha uzun süre ile görülmesi gerekmektedir. Farklı isimlerle de anılmaktadır. Bunlar; Kronik depresyon ve distimidir.

Semptomları arasında şu belirtiler bulunmaktadır:

- keder duygusunda artış ve umutsuzluğu kapılma
- yetersizlik hissine kapılma, kendine karşı güvensizlik
- keyif alınan her şeye karşı istekte ciddi kayıplar
- iştah azalması veya artışı
- çok fazla uyku veya hiç uyuyamama
- dikkat problemleri
- sosyal çevreden kendini uzaklaştırma

Bu belirtiler en az iki yıl ve daha fazla uzun yıllar sürdüğü için birey bu belirtileri kendi bedeninin bir parçası olarak görebilmektedir ve bu semptomları hayatının parçası haline getirip bunlara göre his ve davranışlarını oluşturabilmektedirler (Apa, 2017a).

2.1.2.3. Manik Depresyon

Manik depresyon, mani veya hipomani dönemlerine göre değişen kişinin kendini çok mutlu hissedebileceği depresyon çeşididir. Eskiden bipolar bozukluk ismi ile anılmaktaydı.

Manik depresyon bulguları arasında şunlar bulunmaktadır:

- Kişinin enerjisinde artış görülmesi
- Uykuda azalma görülmesi
- Sinirlilik halinin görülmesi
- Abartılmış ve büyük düşüncelerin olması
- Hem kendisine hem de insanlara karşı olan güvende artış
- Kişinin kendisine zarar verici, tehlikeli ve sıradışı davranışlar sergilemesi (Iyer ve Khan, 2012, s. 79).

2.1.2.4. Psikotik Özellikli Depresyon

Ağır depresyon durumlarından bir tanesidir. Bilişsel işlevlerde bozulmalar görülmektedir. Psikoz olarak bilinmektedir ve sanrı ve halüsinasyonlar içerebilmektedir (Poyraz, Kocabaşoğlu ve Konuk, 2012).

2.1.2.5. Perinatal Depresyon

Kadınlarda görülen bir depresyon çeşididir. Hamilelik sırasında veya doğum yapıldıktan sonra ilk dört hafta içerisinde belirtileri görülebilmektedir. Bilinen tabirle doğumdan sonra meydana gelen depresyon olmasına karşın hamilelik döneminde de görülebilme ihtimali bulunmaktadır. Doğumdan sonra olduğu gibi hamilelik aşamasında da değişen hormonlar, beyinde bulunan ve bireyin ruh halini etkileyen bölümlere etki etmektedir.

Perinatal depresyon semptomları şu şekildedir:

- Üzgün ruh hali içinde olma
- Kaygılarda artış
- Öfkeli ruh hali
- Tükenmişlik hissi
- Bebeğinin güvenliğinden ve sağlığından endişe duyma
- Bebeğinin ya da kendisinin ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekme
- Bebeğine ya da kendisine zarar verici düşünceler içerisinde olma (Ayvaz, Hocaoğlu, Tiryaki ve Ark., 2006).

2.1.2.6. Mevsimsel Depresyon

Bir diğer adıyla mevsimsel duygusal bozukluktur. Mevsimsel etkilerden kaynaklı olup belli başlı mevsimlerde görülmektedir. Kış mevsiminde görülme ihtimali birçok kişi için daha yüksek orandadır.

Gündüzlerin kısalmış gecelerin uzamasıyla belirtiler ortaya çıkmaktadır ve kış aylarında çok fazla görülmektedir. Semptomları şu şekildedir:

- Sosyal anlamda kişinin kendini geri çekmesi
- Daha fazla uyku ihtiyacı duyulması
- Kilo alımlarında artış yaşanması
- Günlük yaşam içerisinde üzüntü halleri, umutsuzluğa kapılma ve öz değerinde düşmeler yaşanması

Kış ayları devam ettikçe mevsimsel depresyon semptomları şiddetinin arttırabilmektedir ve bundan kaynaklı olarak intihar düşünceleri ortaya çıkabilmektedir. Kış ayları bitip bahar aylarına girildiğinde, gündüzler uzamaya başladığında yaşanan semptomlarda gerileme ve kişilerde iyileşme görülmektedir (Harmancı, 2015, s. 7).

2.1.2.7. Durumsal Depresyon

Uyum bozukluğu ve depresif ruh hali olarak da bilinmektedir. Büyük depresyona benzerlikleri çok fazladır.

Durumsal depresyon semptomları yaşanan üzücü olayın ardından ilk üç ay içinde ortaya çıkmaktadır. Semptomları şu şekildedir:

- Sürekli olarak ağlama
- Üzüntü hissi ve umutsuzluk
- Kaygılanma
- Artan yemek yeme isteği ya da azalma
- Uykuda problemler
- Vücut ağrıları
- Enerji düşüklüğü ve sürekli yorgunluk hali
- Dikkat eksikliği
- Sosyal çevreden uzaklaşma (Savrun, 1999, s. 11).

2.1.3. Depresyon Epidemiyolojisi

Depresyon, tüm dünyada yaygın görülmektedir. Yapılan araştırmalar, dünyada 300 milyondan fazla insanın depresyondan etkilendiğini göstermektedir. Depresyon, günlük değişen duygularla ve insanın gün içerisinde yaşadığı olaylara verdiği tepkilerle karıştırılmamalıdır. Bilhassa uzun sürüyorsa, orta düzeyde veya şiddetli seyrediyorsa ciddi sağlık sorunlarını doğurabilmektedir. Depresyon yaşayan kişi ciddi

ruhsal acılar çekmekte, sosyal ve iş yaşantısını ciddi oranda etkilemektedir. Bunların yanı sıra intihara da sebep olabilmektedir. Dünyada her yıl 80.000'e yakın intihar görülmektedir. 15-20 yaş arası çocuklarda intihar ikinci sırada yer almaktadır (WHO, 2017a).

2005 ve 2015 yılları arasında dünyada %18'den fazla depresyonda artış görülmüştür. Bu yüzden depresyon çok önemli sakatlık ve sağlık sebepleri arasında yer almaktadır. "Depresyon: Hadi Konuşalım" teması 7 Nisan Dünya Sağlık Günü'ne adanmıştır. Bütün yıl boyunca yapılan kampanyalar depresyon yaşayan kişilere yardım etmek amacıyla oluşturulmuştur (Who, 2017b).

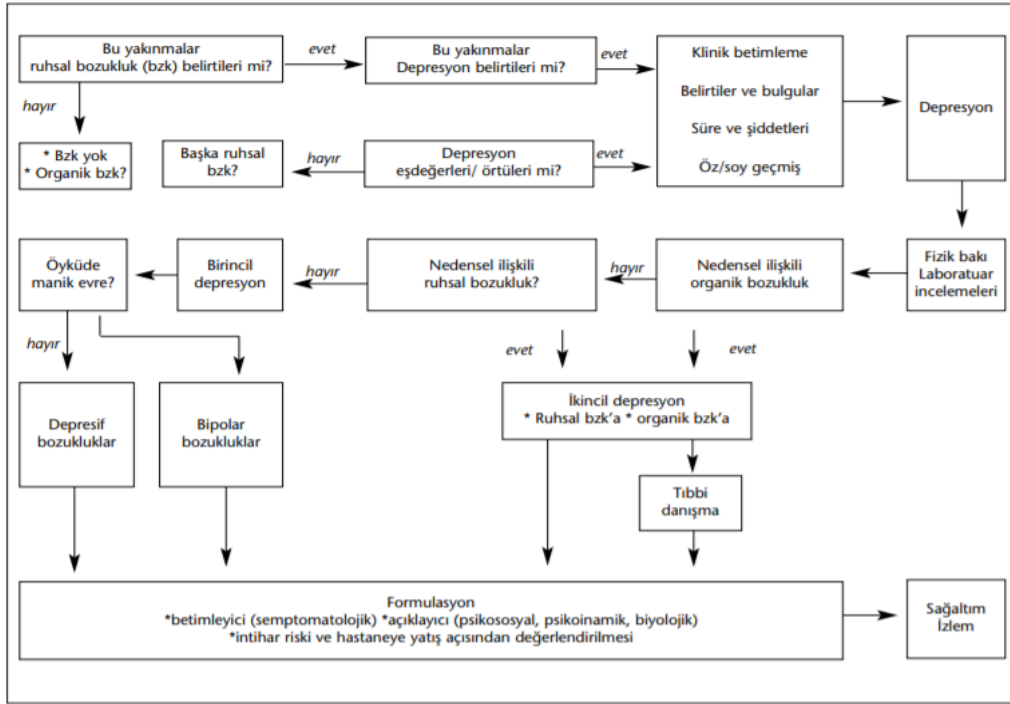
Yapılan araştırmalara bakıldığında 2010 yılında dünya toplam nüfusunda 63,2 milyon (%2,5), Avrupa'da 8,4 milyon (%3,4) majör depresif bozukluk (MDB) tanısı almış insan bulunmaktadır. Bu sonuçlar neticesinde Avrupa, MDB tanısı nedeniyle en yüksek hastalık yükünü taşıdığını bizlere göstermektedir. ABD merkezli, 18 yaş ve üstü toplam 9.282 katılımcı ile yapılan bir ankette, %6,7 si yetişkin nüfusunun 1 yıllık bir süreçte majör depresyon geçirdiği görülmüştür. 2010 yılında bazı Asya ve Latin Amerika bölgelerinde MBD birinci sırada yer almıştır. Tüm dünya ve Avrupa geneline bakıldığında kadınlarda MDB erkeklere nazaran daha fazla görülmüştür. Yüzdelerle ifade edildiğinde el alındığında cinsiyetler arasındaki oran %81 ile %67'dir (Cesar ve Chavoushi, 2013, s.12,15).

2.1.4. Depresyon Etiyolojisi

Depresyon sebepleri genetik, psikososyal ve biyolojik olarak üç başlık altında toplanmaktadır.

2.1.4.1. Genetik Etkenler

Depresyonda genetik etkilerin olduğu inkar edilemez bir gerçektir. Yapılan araştırmalar monozigot ikizlerde çok daha sık görüldüğünü göstermiştir. Genetik geçişlerin yüzdeleri; monozigot ikizlerde %50-100, dizigot ikizlerde %25 şeklindedir. Çocuklar evlat edinilmişse, evlat edinilen çocukların anne ve babalarından bu çocuklara depresyon aktarımı çok yüksektir. İnsanlara depresyon aktarımını sağlayan genin X otozomal dominant gen geçişinin olduğu öngörülmektedir (Balcioğlu, 1999, s.19-20).



Şekil 1: Depresyonun ele alınması ve yönlendirilmesi ile ilgili akış şeması

(Küev, 1998, s.7)

2.1.4.2. Psikososyal Etkenler

Depresyon, kişisel ilişkilerden zevk alamama, olumsuz ilişkiler sonucunda görülebilmektedir. En temel depresyon özelliklerinden biri olan zevk almada kayıp yaşanması (anhedoni), kişilerde duygusal bakımdan tatminkarlığını düşürmektedir. Zevk alınmayan ortamlarda ve kişilerle birlikte olunmaya maruz kalındığında yaşanan stres depresyonu ve depresyon ataklarını tetiklemektedir (Yemez ve Alptekin, 1998, s.22).

2.1.4.3. Biyolojik Etkenler

Biyokimyasal etkilere bakıldığında depresyonda en dikkat çekici serotonin (5-Hidroksitriptofan- 5-HT) ve norepinefrin (NE) kimyasallarıdır. Kişinin depresyon

yaşadığı anda bu kimyasalların nörotransmitter seviyelerinde düşüş gözlenmektedir (Bayraktar ve Saygılı, 1993, s.154).

2.2. Anksiyete ile İlgili Genel Bilgiler

2.2.1. Anksiyete Kavramı

Anksiyete kelimesinin kökenine inildiğinde Latince'den gelen ango (daralmak için) fiilinden türetilmiştir. Bir diğer adıyla kaygı, üst düzey duygu durum halidir. Beynin temel duygulardan sorumlu bölgeler tarafınca üretilmektedir. Anksiyete, davranışsal, duyuşsal, bilişsel ve fizyolojik bileşenleri içeren karmaşık yanıt sisteminin bir ürünü olarak tanımlanmaktadır. Algıda, dikkatte, zihinsel birçok bilişsel işlevlerde bozulmalara sebebiyet verebilmektedir (Erol ve Öner, 1999, s.52). Anksiyete bozukluğunun kategorilerinde farklılaşmalar bulunmaktadır (Weems ve Silverman, 2012).

Ruhsal olarak, stres, sinirli olma halleri, huzursuzluk halleri, konsantrede yaşanılan zorluklar, gereğinden fazla endişelenme, sosyal yaşamlarda iletişimde zorlukların yaşanması, iş hayatında veya okul hayatında başarısızlıkların görünmesi olarak sıralanabilmekte iken fiziksel olarak da kaslarda gerginlikler ve güç kayıplarının ortaya çıkması, uyku problemlerinin yaşanması olarak görülebilmektedir (Kehoe, 2017).

2.2.2 Anksiyete Türleri

2.2.2.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), çok aşırı kaygılanmayla ve endişelenmeyle birlikte gerginlik belirtileri de taşıyan fizyolojik uyarılma biçimidir. Yaygın anksiyete bozukluğu yaşayan çocuklar ve ergen bireyler genel olarak gelecekte yaşanacak olan olaylar, kişisel güvenlikleri hakkında ve sosyal olarak yapılan değerlendirmelerde endişe yaşamaktadırlar ve çok sık olarak birden fazla somatik belirtiler göstermektedirler. Bunlara fizyolojik belirtiler de eşlik etmektedir. En sık görülenler arasında baş ve mide ağrısı yer almaktadır (Stein ve Lang, 2017).

2.2.2.2. Panik Atak

Beklenmedik ataklarla meydana gelen, tekrarlayan ve kişiyi olumsuz yönde etkileyip sıkıntıya sokan bozukluk çeşididir. Ergen ve yetişkinlere göre çocuklar panikle ilgili yaşadıkları korkuları gelişim seviyelerine göre farklı şekillerde ifade etmektedirler ve ifade edebilme olasılıkları diğerlerine göre daha yüksektir. Fakat ani somatik semptomlarla ilgili duyulan endişeler ve ölüm, kontrol kayıpları ya da delirme korkusuyla ilgili tanımlama oranları daha düşüktür (Stein ve Lang, 2017).

Panik atak semptomları arasında kontrol kayıpları, korkular, ölüm düşünceleri, yetersizlik hisleri ile birlikte fiziksel semptomlar da görülebilmektedir. Fiziksel semptomlar arasında ise nefes darlığı, bulantı-kusma, titreme, göğüs ağrısı, terleme yer almaktadır (Kehoe, 2017).

2.2.2.3. Fobiler

Kişiler belirli bir nesneye veya herhangi bir duruma karşı aşırı düzeyde korku tepkisi gösteriyorsa eğer belirgin bir fobisinin varlığı düşünülmeli gerekmektedir. İnsanlar arasında görülen en yaygın fobiler arasında küçük hayvanlar (genelde böcekler), yükseklik, karanlık, diş hekimleridir. Fobiler kızlarda ve küçük çocuklarda daha sık görülmektedir (Stein ve Lang, 2017).

2.2.2.4. Agorafobi

Tekrarlayan panik ataklardan kaynaklandığı görülmektedir. Psikolojik belirtileri korku ve kaçınma davranışlarıdır. Hem kalabalık açık alanlar hem de kapalı alanlar, karanlık ortamlarda da ortaya çıkmaktadır. Kişi yalnız kalamamaktadır (Kehoe, 2017).

2.2.2.5. Toplumsal Kaygı/Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi)

Bu fobi türü kişinin kalıcı ve belirgin korkusunu içermektedir (Stein ve Lang, 2017). Kişi sosyal ortamlarda değerlendirilmekten, aşağılanmaktan, eleştirilmekten, yabancı insanlarla konuşmaktan büyük korku duymaktadır. Bu korkunun sonucunda taşikardi, titreme, terleme vb. fizyolojik belirtiler ortaya çıkmaktadır (Kehoe, 2017). Yetişkinlikte görülen sosyal fobinin öncesi ergenlikte görülen sosyal fobinin olduğu bildirilmektedir. Sosyal fobinin oluşmasında gelişimsel dönemlerdeki faktörler rol oynamaktadır (Stein ve Lang, 2017).

2.2.2.6. Ayrılma Anksiyete Bozukluğu

Ayrılma anksiyetesinin ortaya çıkış şekli, bireyin bağlı olduğu figürden (anne, baba, sevgili vb.) ayrılmasıdır. Bu anksiyete çeşidi en sık çocukluk döneminde görülmektedir. Çocukluk döneminde başlamasıyla yetişkinlik dönemine kadar uzanabilmektedir. Yetişkinlik döneminde ayrılma anksiyetesinin tespiti daha zordur (Diriöz, Alkın, Yemez, vd., 2011).

2.2.3. Anksiyete Epidemiyolojisi

Anksiyete bozuklukları en yaygın görülen suhsal sağlık problemleridir. Kaygı bozuklukları yüksek hastalık yükü beraberinde yüksek maliyeti de beraberinde getirmektedir. Büyük kitlelere hitap edecek şekilde yapılan anketler neticesinde nüfusun %33.7'sinde yaşamlarının bir bölümünde kaygı bozukluğundan etkilendikleri görülmektedir. Yaygın oranları karşılaştırıldığı zaman kültürler arası değişkenlik göstermektedir. Anksiyete bozuklukları kronikleşmiş şekilde ilerlemektedir. Yaş ilerledikçe yaygın oranında azalma görülmektedir (Bandelow ve Michaelis, 2015, s.327).

Dünyanın batısına bakıldığında yaygınlık oranı %13,6 ile %28,8 arasında değişkenlik göstermektedir. Kaygı bozukluğu en sık 10-25 yaşları arasında görüldüğünden bu yaş aralığı en riskli yaşlar grubu olarak görülmektedir (Michael, Zetsche ve Margraf, 2007, s.136).

Kadınlar arasında en sık görülen kaygı bozukluğu basit fobi, agorafobi ve YAB'dır. Fakat OKB, SP ve PD için cinsiyet farklılığı görülmemektedir. Özellikle en yaygın olarak boşanmış kişilerde görülmektedir. Anksiyete bozukluklarının ortaya çıkma yaşı değişkenlik göstermektedir. Bozukluklar kalıcı ve kronik şekilde seyreder. Anksiyete bozukluklarına sıklıkla depresif bozukluklar ve madde bağımlılığı eşlik etmektedir. Bazı anksiyete bozukluklarının (ör; PD), intihar için risk teşkil edip etmediği belirsizliğini korumaktadır (Martin, 2003, s.281).

OKB, kadınlara nazaran erkeklerde daha erken yaşlarda görülebilmektedir. Kadınlarda görülen en belirgin belirti mikrop bulaşma korkusu iken erkeklerde saldırgan davranışların artmasıdır (Binbay, Direk, Akel ve ark., 2013, s.3).

2.2.4. Anksiyete Etiyolojisi

Duygusal bozukluklar ve anksiyete bozukluklarının etiyolojisi genetik faktörlere dayandırılmaktadır. Yakın zamanlarda yapılan araştırmalar neticesinde DNA dizilimlerine bağlı kalmaksızın epigenetik faktörlerin PD, TSSB, SAD yanında bir de yoksunluk anksiyetesinin seyrinde etkili rol oynadığı belirlenmiştir (Regue-Guyon ve Mongeau, 2018).

Anksiyete bozukluklarının etiyolojisi bir grup altında kavramlaşıp toplanmıştır bu nedenle belirli anksiyete bozukluklarının sebep olduğu beyin değişiklikleriyle ilgili çok sayıda çalışma yapılamamıştır. Yapılan genetik araştırmalar, herhangi bir kaygı öyküsü barındıran ebeveynlerin çocuklarında kaygı bozukluklarının daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur (George, 2010).

2.2.4.1. Nöroanatomik Anormallikler

Hastaların anksiyete öykülerinin varlığı, beyinde amigdala ve amigdala yakınlarında temporal lob bölgelerinde değişikliklere neden olduğunu göstermektedir. Kaygıya duyarlı bireylerin beyinlerinin sağ hipokampusta bölgesel olarak daha küçük gri madde hacmi barındırmaktadırlar. Aynı zamanda sol ön prefrontal kortekste bilhassa kadınlarda beyin bölgesel hacminin daha küçük olduğu bulunmuştur (George, 2010).

2.2.4.2. Nörofizyolojik Anormallikler

Anksiyete bozukluklarının patofizyolojisinde amigdala reaktiv hipotezlerle uyum göstermektedir. Bu nedenle yapılan çalışmalar göstermektedir ki yüksek kaygı, yüksek bazolateral amigdala aktivitesine sebep olmaktadır (George, 2010).

2.3. Özel Eğitim

İki çeşit engel bulunmaktadır. Bunlar bedensel ve zihinsel engeller. Bedensel engeller arasında; işitme engeli, görme engeli, ampute edilmiş kişiler vs. yer almakta iken zihinsel engeller arasında ise dil ve konuşma bozukluğu, süreğen hastalıklar vs. yer almaktadır (Karadağ, 2009). Zihinsel engeli olan çocukların aileleri hem psikolojik açıdan hem de ekonomik açıdan daha çok etkilenmektedirler (Kurt, Tekin, Koçak, Kaya, Özpulat ve Önat, 2008). Selebral Palsi (SP) tanısı almış çocukların gösterdikleri semptomlarda yemek yemede zorluklar, hareketlerde sınırlılık, uyku problemleri ve sayla akıtma özbakım sorunları bulunmaktadır. Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) olan çocukların semptomları farklılık göstermektedir. Bu çocuklar

iletişim kurmakta zorluk çekerler, göz temasından kaçınma, takıntılı davranışlar sergileme, tek tip beslenme, yaşlılarından geride seyretme ve uyum sağlayamama gibi durumlar söz konusudur (İlhan, 2008).

Zihinsel engelli çocuklar kendi yaş gruplarına göre sosyal yönden, fiziksel yönden ve bilişsel yönden farklılıklar sergilemektedirler. Bu sebeplerden dolayı yaşlılarına uyum sağlamaları adına özel eğitime gereksinimleri büyüktür. Bu çocukların yaşlılarıyla aralarındaki farkın kapanması, toplumda kabul edilebilir bir yere getirilebilmeleri adına özel eğitim kurumları, işinde yetkinliği olan, eğitimde yeterliliğini almış öğretmenler ile birlikte önemli rol oynamaktadır (MEB, 2014, s.4-5).

Özel eğitime ihtiyaç duyan çocukların yanı sıra ailelerine de rehberlik edilerek, işbirliği içerisinde çocuğun gelişiminin ilerlemesine fayda sağlanacağı düşünülmektedir.

2.3.1. Özel Eğitimin Temel İlkeleri

Özel eğitimin temel ilkeleri şu şekilde yer almaktadır:

- En erken zamanda özel eğitime başlamış olması en önemli husustur.
- Çocuğun gereksinimlerine göre eğitim belirlenmelidir.
- Erken tanı ve çocuğa uygun eğitim önemlidir.
- Çocuk sosyal ortamından kopmadan, izole olmadan eğitim görmelidir.
- Özel eğitime ihtiyacı olmayan çocuklarla birlikte kaynaştırma eğitimi önemli yer tutmaktadır.
- Özel eğitim ihtiyacı olan çocuğun gereksinimlerine önem verilip bu doğrultuda kurum ve kuruluşlar iş birliği içerisinde olmalıdır.
- Özel eğitimde bireysellik önemlidir. Çocuğa özel olarak bireysel programlar düzenlenmelidir.
- Ailelerin desteği, işbirliği, aktifliği önemli yer tutmaktadır.

(MEB, 2014, s.5-6).

2.4. Özel Öğrenme Güçlüğü

Akademik alanda kendini belli eden öğrenme bozukluğu çeşididir. Bu tanıyı almış çocukların bilişsel yetilerinde bozukluk gözlemlenir. Özel öğrenme güçlüğü (ÖÖG), aileler ve eğitim verenler tarafından çok fazla bilinmemektedir. Bu güçlüğüne sahip çocukların durumu anlaşılmadığı için içinde buldukları sosyal,

akademik ve aile çevrelerinde zorluklarla karşılaşabilmektedirler (Salma, Özdemir, Salman ve Özdemir, 2016).

2.5. Özel Eğitim Alan Çocukların Anneleri ve/veya Babaları Üzerindeki Etkisi

Çocuğun engeli olması, onun hem sosyal hem fiziksel olarak farklılaşmasına neden olmaktadır. Bu farklılıklardan dolayı kendi ailesi içerisinde dahi uyum sorunlarıyla karşılaşmaktadır (Coşkun ve Akkaş, 2009, s.214). zihinsel veya bedensel engele sahip olan ebeveynler de zorluklar yaşamaktadır ve tüm aile düzeninin, duygu ve düşüncelerin değişmesine neden olmaktadır. Bu değişimler aile yapılarına göre ve çocuğun engel şekline ve düzeyine göre değişkenlik göstermektedir. Ailelerin kabullenme süreçleri de buna bağlı olarak değişmektedir. Kimi aile birkaç ay içerisinde durumu kabullenebilirken kimi ailelerde kabullenme süreçlerinin yılları aldığı görülmektedir (MEB, 2014, s.35).

Her ailenin çocuklarından beklentileri vardır ve bu beklentiler engelli olan çocuğu zor durumda bırakabilmektedir. Engelli çocukla etkili iletişimde zorluk yaşanması ve ailelerin engelli çocuktan beklentilerinin yüksek olması engelli çocuğun duygusal gereksinimlerini zedeleyebilmektedir. Bu sebepten dolayı ortaya negatif tutum çıkmaktadır (Coşkun ve Akkaş, 2009, s.215).

Yapılan çalışmalar neticesinde engelli bir çocuğa sahip olan ebeveynlerin sürekli kaygı düzeylerinin çok yüksek olduğu görülmüştür. Ailelerin gelir ve eğitim düzeylerinin yüksekliği sürekli kaygı düzeyiyle doğru orantılı gitmemektedir (Coşkun ve Akkaş, 2009, s.226; Durualp, Kayan ve Kaytez, 2015 s.198).

Yapılan araştırmaya göre 13-22 yaş aralığında bedensel veya zihinsel engeli olan çocuğa sahip olan annelerin, bedensel ve zihinsel engeli olmayan çocukların annelerine göre stres, anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha fazla olduğu görülmüştür (Uğuz, Toros, İnanç ve Çolakkadioğlu, 2004, s.42-47).

Depresyon, anksiyete, OKB, bipolar bozukluk, uyarıcı madde kullanımı gibi psikiyatrik hastalıklar yeti yitimine sebep olmaktadır (Vos, Flaxman, Naghavi, vd., 2012). Depresyon ve anksiyete birbirlerine benzerlik göstermektedirler ve bundan dolayı tanı konulurken zorlanılabilmektedir. Bu sebeple gelen hastaya tanı konulmadan önce bütün klinik tablonun göz önünde bulunup incelenmesi önemlidir (Kacabaşoğlu, Doksat ve Doğangün, 2004, s.168).

Her çocuğun korunup sevmeye, sağlıklı ve kaliteli bir hayat süremeye hakkı vardır. Çocuğun engelinin olması bu haklarından mahrum olacağı anlamına gelmemektedir. Engelli olmayan diğer çocuklarla aynı haklara sahip olabilmesi çok önemlidir. Ülkemizde bilinen 8 milyon engelli birey bulunmaktadır. Tüm halkın engelli çocuklara karşı duyarlı olmasıyla, ihtiyaç ve gereksinimlerini görmezden gelmemesiyle tüm yasal haklar ve hizmetler anlam kazanacaktır. Tüm halkın özel gereksinimli çocuklara karşı bilinçlendirilmesiyle bu durum sağlanabilecektir. Engelli çocukların toplumda var olabilmesi için tüm halkın bilinçlenmesi ve onları kabullenmesi önemlidir. Halka bilinçlenmeleri adına verilecek tüm hizmetler bu konuda önemli bir adım atmaya davet olacaktır (Seyhan ve Akduman, 2015).

En yaygın ruhsal bozukluklar arasında depresyon ve anksiyetenin olduğu görülmektedir (Kessler, vd., 1994). Bu bozukluklar komorbid bozukluklardır (Kessler, vd., 2003). Anksiyete ve depresyon için çok etkili tedavi yöntemleri bulunmaktadır fakat bu ruhsal problemleri yaşayan bireylerin yalnızca üçte biri tedavi sürecini kabul etmektedir (Ohayon, Shapiro ve Kennedy, 2000).

BÖLÜM III

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1. Araştırma Deseni

Bu araştırma özel eğitime gereksinim duyan çocukların anne babalarındaki anksiyete ve depresyon düzeylerinin özel eğitime gereksinim duymayan çocukların anne babalarına oranla daha yüksek çıkması hipoteziyle yapılmış bilimsel bir çalışmadır. Bu çalışma için araştırma deseni olarak 2 farklı grup arasında fark olup olmadığını anlamak için karşılaştırmalı yöntem kullanılmıştır. Karşılaştırılan gruplar özel eğitime ihtiyaç duyan çocukların anne babaları ile özel eğitime ihtiyaç duymayan çocukların anne ve babalarıdır.

3.1.1.Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Gazimağusa ilinde bulunan Domino Özel Eğitim Merkezi'nde eğitim alan 55 çocuğun ebeveynleri ile özel eğitime ihtiyacı olmayan 55 çocuğun ebeveynleri amaca yönelik seçilmiştir. Araştırmaya gönüllü olarak katılmış toplam 110 ebeveyn ile çalışılmıştır. Nicel bir araştırmadır.

3.1.2. Veri Toplama Süreci

Domino Özel Eğitim Merkezi'ne giden öğrencilerin ebeveynlerine ve özel eğitime ihtiyaç duymayan çocukların ebeveynlerine araştırma hakkında online olarak bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerle görüşerek online veri toplama aşamasına geçilmiştir. İlk olarak ebeveynler çalışmanın adını, amacını içeren gizlilik ilkesine dayalı bilgilendirilmiş onam formunu daha sonra demograf

bilgi formunu görmüşlerdir. Hemen arkasından sırasıyla Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri uygulanmıştır.

3.1.3. Veri Toplama Araçları/ Materyaller

Araştırmanın veri toplama aşamasında kullanılan demografik bilgi formu, Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanterine dair bilgilere yer verilmiştir.

3.1.3.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bilgilendirilmiş onam formu ile katılımcıları bilgilendirip, gizli tutulacağına dair söz vermek amacıyla hazırlanmıştır. Çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığına ve istenildiği zaman çalışmayı sonlandıracağına dair bilgilendirici maddeler yer almaktadır.

3.1.3.2. Demografik Soru Formu

Bu form ankete katılan katılımcıları yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, iş durumu gibi kişisel bilgilerinin sorularını içeren, kişilerin demografik özelliklerini belirlemek amacıyla uygulanan formdur. 13 sorudan oluşmaktadır.

3.1.3.3. Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Envanteri (EK-2); yetişkinlerin depresyona girme ihtimallerini, semptomların ölçüsünü ve depresyon şiddetlerini ölçmek için geliştirilmiş bir ölçektir (Beck, 1961). Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. Envanterden 0-63 arası puan alınabilmektedir. Puanın yüksekliği depresyon düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Bu ölçekle amaçlanan kişiye depresyon tanısı koymak değildir. Çıkan puanlar doğrultusunda belirtilerin derecesini objektif bakış açısıyla sayılara dökmektir. Depresyon şiddeti önceden belirlenmiş kesim noktalarına göre 4 gruba ayrılmıştır. 0-9 puan arası "hiç yok", 10-16 puan arası "hafif düzeyde depresyon", 17-29 puan arası "orta düzeyde depresyon", 30-63 puan arası "yüksek düzey depresyon". Ölçeğin Cronbach's alpha güvenilirlik katsayısı 0.80 ve iki yarım güvenilirliği 0.74 olarak bulunmuştur (5-6).

3.1.3.4. Beck Anksiyete Envanteri

Beck Anksiyete Envanteri (EK-3); Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen, kişinin kendi kendini değerlendirerek anksiyeteye neden olan olayların devamlılığını ölçebilecekleri bir ölçektir. Likert tipi bir ölçek olup, 0-3 arası puanlanıp 21 maddeden oluşmaktadır. Türkiye geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır. Puan aralığı 0-63'tür. Her madde için 0=hiç, 1=hafif derece, 2=orta derece ve 3=ciddi derece'lerden biri işaretlenerek 0-63 arasında değişkenlik gösteren toplam puan elde edilmektedir. Ölçek üzerinden alınan toplam puanlar, 0-7= hiç yok, 8-15= hafif derece, 16-25= orta derece ve 26-63= şiddetli derece anksiyeteyi yansıtmaktadır. Ölçeğin orijinal formunun iç tutarlık katsayısı 0.92, bir hafta ara ile uygulanması sonucu elde edilen test-tekrar test güvenirliliği 0.75 ve 0.67'dir.

3.1.4. Çalışma Planı

Araştırma kapsamında katılımcılara uygulanan ölçekler iki grup arasında farkları ölçebilmek adına Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 21.0 kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığına Kolmogorov-Smirnov tisti ile incelenmiş ve demografik özelliklere ilişkin verilerin değerlendirilmesinde ise frekans (N) ve yüzdelik (%) dağılım değerleri kullanılmıştır. Vaka ve kontrol grubunun sosyodemografik değişkenlerinin karşılaştırılması ki-kare analizi (χ^2) ile yapılmıştır. Her iki grubun ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Withney-U Testi kullanılmıştır. Vaka ve kontrol grubundaki toplam ölçek puanlarının ilişkisini belirlemede de Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak değerlendirmeye alınmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Dördüncü bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar tablolar ve yorumlarla bulunmaktadır. Katılımcıların demografik ve tanımlayıcı özelliklere ilişkin bulgular, vaka grubu ve kontrol grubunda bulunan katılımcıların Beck Depresyon Envanterine ve Beck Anksiyete Envanterine verilen cevapların farklılığına yönelik saptanan annelerin veya babaların depresyon ve anksiyete değişkenlerinin kendi içlerindeki ilişkinin analizi ile ilgili bulgular yer almaktadır.

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcıların demografik ve tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.1.1. Katılımcıların Demografik Bilgileri

Katılımcıların demografik bilgilerine Tablo 1’de yer verilmiştir.

Tablo 1.
Katılımcıların Demografik Bilgileri

	Grup	N	%
Cinsiyet	Kadın	82	64,8
	Erkek	28	35,2
	Toplam	110	100,0
Medeni Durum	Evli	100	90,0
	Boşanmış	10	10,0
	Toplam	69	100,0
Eğitim Düzeyi	İlkokul	8	7,2
	Ortaokul	18	16,2
	Lise	20	18,0
	Üniversite	61	55,0
	Lisans üstü	3	2,7
	Toplam	110	100,0
İş Durumu	İşte Çalışıyor	75	67,5
	İşte Çalışmıyor	35	32,5
	Toplam	110	100,0
Gelir Düzeyi	Düşük gelir düzeyi	13	11,7
	Orta gelir düzeyi	88	79,2
	Yüksek gelir düzeyi	9	8,1
	Toplam	110	100,0
Çocuk Sayısı	1 çocuk	12	10,8
	2 çocuk	82	73,8
	3 çocuk	12	10,8
	4 çocuk ya da daha fazla	4	3,6
	Toplam	110	100,0
Evde Bakıma İhtiyacı Olan	Var	21	18,9
Akraba Durumu	Yok	89	80,1

		Toplam	110	100
Çocukta Gelişim Bozukluk Durum		Var	55	50,0
		Yok	55	50,0
		Toplam	110	100,0
Çocuktaki Gelişim Bozukluğuna Bağlı Suçluluk Duygusu		Var	22	20,8
		Yok	88	79,2
		Toplam	110	100,0
Tanı Konulmuş Psikolojik Rahatsızlık Durumu		Var	12	11,0
		Yok	98	89,0
		Toplam	110	100,0

Çalışmaya toplamda 110 kişi katılmıştır. Bu kişilerin %50'si (n=55) vaka grubunu ve %50'si (n=55) kontrol grubu oluşturmaktadır. Bu kişilerin %73,8'ini (n=72) kadınlar, %26,2'sini (n=28) erkekler oluşturmaktadır. Bu kişilerin %7,2'si (n=8) ilkokul, %16,2'si (n=18) ortaokul, %18'i (n=20) lise, %55'i (n=61) üniversite ve %2,7'si (n=3) lisans üstü eğitim düzeyine sahiptir. Çalışmaya katılan bireyler arasında okur yazar olmayan katılımcı yoktur ayrıca, üniversite eğitim düzeyine sahip katılımcıların yüksek olduğu ve eğitim düzeyi yüksek olan bir çalışma grubunun olduğu görülmektedir. Bu kişilerin %90'ı (n=100) evli ve %10'u (n=10) boşanmıştır. Bu kişilerin %67,5'i (n=75) çalışmakta, %32,5'i (n=35) çalışmamaktadır. Bu kişilerin %11,7'si (n=13) düşük gelir düzeyine, %79,2'si (n=88) orta gelir düzeyine, %8,1'i (n=9) yüksek gelir düzeyine sahiptir. Bu kişilerin %10,8'i (n=12) 1 çocuk, %73,8'i (n=82) 2 çocuk, %10,8'i (n=12) 3 çocuk ve %3,6'sı (n=4) 4 ya da daha fazla çocuk sahibidir. Bu kişilerin %18,9'u (n=21) evde bakıma ihtiyacı olan akraba vardır ve %80,1'i (n=89) evde bakıma ihtiyacı olan akraba yoktur. Bu kişilerin %50'sinde (n=55) çocukta gelişim bozukluğu vardır ve %50'sinde (n=55) çocukta gelişim bozukluğu yoktur. Bu kişilerin %20,8'inde (n=22) çocuktaki gelişim bozukluğuna bağlı suçluluk duygusu vardır ve %79,2'sinde (n=88) çocuktaki gelişim bozukluğuna bağlı suçluluk duygusu yoktur. Bu kişilerin %10,8'inde (n=12) tanısı konulmuş psikolojik rahatsızlık durumu vardır ve %88,2'sinde (n=98) tanısı konulmuş psikolojik rahatsızlık durumu yoktur (Tablo 1).

4.1.2. Gruplara Göre Cinsiyet Dağılımı

Gruplara göre cinsiyet dağılımına Tablo 2'de yer verilmiştir.

Tablo 2.

Gruplara Göre Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	Gruplar				Toplam	
	Vaka		Kontrol		N	%
	N	%	N	%		
Erkek	11	19,91	17	30,77	28	26,2
Kadın	44	79,64	38	68,78	82	73,8
Toplam	55	100	55	100	110	100

$\chi^2=2,121$, $df=1$, $p=0,359$

Vaka grubunun %19,91'i (n=11) erkek, %79,64'ü (n=44) kadındır. Kontrol grubunun %30,77'si (n=17) erkek, %68,78'i (n=38) kadındır. Gruplara arasında cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($\chi^2=2,121$, $df=1$, $p=0,359$). Vaka ve kontrol grubu olarak her iki grupta da kadınlar çoğunluktadır (Tablo 2).

4.1.3. Gruplara Göre Medeni Durum Dağılımı

Gruplara göre medeni durumlarının dağılımına Tablo 4'te yer verilmiştir.

Tablo 3.

Gruplara Göre Medeni Durum Dağılımı

Medeni Durum	Gruplar					
	Vaka		Kontrol		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Evli	46	83,26	54	97,54	100	90,0
Boşanmış	9	16,29	1	1,81	10	10,0
Toplam	55	100	55	100	110	100

$\chi^2=1,201$, $df=2$, $p=0,612$

Vaka grubunun %83,26'sı (n=46) evli, %16,29'u (n=9) boşanmıştır. Kontrol grubunun %97,54'ü (n=54) evli, %1,81'i (n=1) boşanmıştır. Gruplar arasında medeni durum dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($\chi^2=1,201$, $df=2$, $p=0,612$). Her iki grupta da evli bireyler çoğunluktadır (Tablo 3).

4.1.4. Gruplara Göre Eğitim Durumu Dağılımı

Gruplara göre eğitim durumlarının dağılımı Tablo 4'te yer verilmiştir.

Tablo 4.

Gruplara Göre Eğitim Durumu Dağılımı

Eğitim Durumu	Gruplar					
	Vaka		Kontrol		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
İlkokul	7	12,67	1	1,81	8	7,2
Ortaokul	7	12,67	11	19,91	18	16,2
Lise	9	16,29	11	19,91	20	18,0
Üniversite	31	56,11	30	54,30	61	55,0
Lisans üstü	1	1,81	2	3,62	3	2,7
Toplam	55	100	55	100	110	100

$\chi^2=6,102$, $df=4$, $p=0,356$

Vaka grubunun %12,67'si (n=7) ilkokul, %12,67'si (n=7) ortaokul, %16,29'u (n=9) lise, %56,11'i (n=31) üniversite ve %1,81'i (n=1) lisans üstü eğitim düzeyindedir.

Kontrol grubunun %1,81'i (n=1) ilkokul, %19,91'i (n=11) ortaokul, %19,91'i (n=11) lise, %54,30'u (n=30) üniversite ve %3,62'si (n=2) lisans üstü eğitim düzeyindedir. Gruplar arasında eğitim düzeyi dağılımı istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($\chi^2=6,102$, $df=4$, $p=0,356$). Her iki grupta da üniversite eğitim düzeyine sahip bireylerin çoğunlukta olduğu görülmektedir. Bu durum çalışmaya katılan bireylerin çoğunlukla eğitim düzeyinin yüksek olduğu da görülmektedir (Tablo 4).

4.1.5. Gruplara Göre İş Durumu Dağılımı

Gruplara göre iş durumlarının dağılımına Tablo 5'te yer verilmiştir.

Tablo 5.

Gruplara Göre İş Durumu Dağılımı

İş Durumu	Gruplar					
	Vaka		Kontrol		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
İşte Çalışıyor	26	47,06	49	88,69	75	67,5
İşte Çalışmıyor	29	52,49	6	10,86	35	32,5
Toplam	55	100	55	100	110	100,0

$\chi^2=1,052$, $df=1$, $p=0,012$

Vaka grubunun %47,06'sı (n=26) işte çalışıyor, %52,49'u (n=29) işte çalışmıyordur. Kontrol grubunun %88,69'u (n=49) işte çalışıyor, %10,86'sı (n=6) işte çalışmıyordur. Gruplar arasında iş durumu dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($\chi^2=1,052$, $df=1$, $p=0,012$). Vaka grubunda işte çalışmayanlar ve kontrol grubunda işte çalışanların sayısının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 5).

4.1.6. Gruplara Göre Gelir Düzeyi Dağılımı

Gruplara göre gelir düzeylerinin dağılımına Tablo 6'da yer verilmiştir.

Tablo 6.

Gruplara Göre Gelir Düzeyi Dağılımı

Gelir Düzeyi	Gruplar					
	Vaka		Kontrol		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Düşük Gelir Düzeyi	7	12,67	6	10,86	13	11,7
Orta Gelir Düzeyi	39	70,59	49	88,69	88	79,2
Yüksek Gelir Düzeyi	4	7,24	5	9,05	9	8,1
Toplam	55	100	55	100	110	100,0

$$\chi^2=0,153, df=1, p=0,696$$

Vaka grubunun %12,67'si (n=7) düşük gelir düzeyi, %70,59'u (n=39) orta gelir düzeyi ve %7,24'ü (n=4) yüksek gelir düzeyindedir. Kontrol grubunun %10,86'sı (n=6) düşük gelir düzeyi, %88,69'u (n=49) orta gelir düzeyi ve %9,05'i (n=5) yüksek gelir düzeyindedir.

Gruplar arasında gelir düzeyi dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($\chi^2=0,153$, $df=1$, $p=0,696$). Her iki grupta da orta gelir düzeyine sahip bireylerin çoğunlukta olduğu görülmektedir (Tablo 6).

4.1.7. Gruplara Göre Çocuk Sayısı Dağılımı

Gruplara göre çocuk sayısı dağılımına Tablo 7’de yer verilmiştir.

Tablo 7.

Gruplara Göre Çocuk Sayısı Dağılımı

Çocuk Sayısı	Gruplar					
	Vaka		Kontrol		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
1 çocuk	9	16,29	3	5,43	12	10,8
2 çocuk	44	79,64	38	68,78	82	73,8
3 çocuk	5	9,05	7	12,67	12	10,8
4 çocuk ya da daha fazlası	3	5,43	1	1,81	4	3,6
Toplam	55	100	55	100	110	100,0

$\chi^2=3,214$, $df=2$, $p=0,625$

Vaka grubunun %16,29’u (n=9) 1 çocuk, %79,64’ü (n=44) 2 çocuk, %9,05’i (n=5) 3 çocuk ve %5,43’ü (n=3) 4 çocuk ya da daha fazla çocuğa sahiptir. Kontrol grubunun

%5,43'ü (n=3) 1 çocuk, %68,78'i (n=38) 2 çocuk, %12,67'si (n=7) 3 çocuk ve %1,81'i (n=1) 4 çocuk ya da daha fazla çocuğa sahiptir.

Gruplar arasında çocuk sayısı dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($\chi^2=3,214$, $df=2$, $p=0,625$). Her iki grupta da ebeveynlerin çoğunluğunun 2 çocuk sahibi olduğu görülmektedir (Tablo 7).

4.1.8. Gruplara Göre Evde Bakıma İhtiyacı Olan Akraba Durumu Dağılımı

Gruplara göre evde bakıma ihtiyacı olan akraba durumlarının dağılımına Tablo 8'de yer verilmiştir.

Tablo 8.

Gruplara Göre Evde Bakıma İhtiyacı Olan Akraba Durumu Dağılımı

Evde İhtiyacı Olan Akraba Durumu	Bakıma olan	Gruplar				Toplam	
		Vaka		Kontrol		N	%
		N	%	N	%		
Var		2	3,62	19	34,39	21	18,9
Yok		53	95,93	34	61,54	89	80,1
Toplam		55	100	55	100	110	100

$$\chi^2=1,214, df=1, p=0,024$$

Vaka grubunun %3,62'sinin (n=2) evde bakıma ihtiyacı olan akrabası var, %95,93'ünün (n=53) evde bakıma ihtiyacı olan akrabası yoktur. Kontrol grubunun %34,39'unun (n=19) evde bakıma ihtiyacı olan akrabası var, %61,54'ünün (n=34) evde bakıma ihtiyacı olan akrabası yoktur.

Gruplar arasında evde bakıma ihtiyacı olan akraba durum dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($\chi^2=1,214$, $df=1$, $p=0,024$). Kontrol grubunun vaka grubuna göre evde bakıma ihtiyacı olan akraba sayısının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 8).

4.1.9. Gruplara Göre Çocukta Gelişim Bozukluğu Durumu Dağılımı

Gruplara göre çocukta gelişim bozukluğu durumuna göre dağılımına Tablo 9'da yer verilmiştir.

Tablo 9.

Gruplara Göre Çocukta Gelişim Bozukluğu Durumu Dağılımı

Çocukta Gelişim Bozukluğu Durumu	Gruplar				Toplam	
	Vaka		Kontrol		N	%
	N	%	N	%		
Var	55	100,0	--	--	55	50,0
Yok	--	--	55	100,0	55	50,0
Toplam	55	100	55	100	110	100

$\chi^2=4,156$, $df=1$, $p=0,152$

Kontrol grubu içerisinde yer alan ailelerin çocuklarında gelişim bozukluğu olmadığı için değerlendirilmemiştir (Tablo 9).

4.1.10. Gruplara Göre Çocuktaki Gelişim Bozukluğuna Bağlı Suçluluk Duygusu Durumu Dağılımı

Gruplara göre çocuktaki gelişim bozukluğuna bağlı suçluluk duygusu durumuna göre dağılımına Tablo 10'da yer verilmiştir.

Tablo 10.

Gruplara Göre Çocuktaki Gelişim Bozukluğuna Bağlı Suçluluk Duygusu Durumu Dağılımı

Çocuktaki Gelişim Bozukluğuna Bağlı Suçluluk Duygusu	Gruplar					
	Vaka		Kontrol		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Var	22	39,82	--	--	22	20,8
Yok	33	59,73	55	100,0	88	79,2
Toplam	55	100	55	100	110	100

$$\chi^2=2,056, df=1, p=0,216$$

Kontrol grubu içerisinde yer alan ailelerin çocuklarında gelişim bozukluğu olmadığı için değerlendirilmemiştir (Tablo 10).

4.1.11. Gruplara Göre Tanısı Konulmuş Psikolojik Rahatsızlık Durumu Dağılımı

Gruplara göre tanısı konulmuş psikolojik rahatsızlık durumlarının dağılımına Tablo 11'de yer verilmiştir.

Tablo 11.

Gruplara Göre Tanısı Konulmuş Psikolojik Rahatsızlık Durumu Dağılımı

Tanısı Konulmuş Psikolojik Rahatsızlık Durumu	Gruplar					
	Vaka		Kontrol		Total	
	N	%	N	%	N	%
Var	7	12,67	5	9,05	12	11,0
Yok	48	86,88	50	90,50	98	89,0
Toplam	55	100	55	100	110	100

$$\chi^2=2,113, df=1, p=0,912$$

Vaka grubunun %12,67'sinin (n=7) tanısı konulmuş psikolojik rahatsızlık durumu var, %86,88'inin (n=48) tanısı konulmuş psikolojik rahatsızlık durumu yoktur. Kontrol grubunun %9,05'inin (n=5) tanısı konulmuş psikolojik rahatsızlık durumu var, %90,50'sinin (n=50) tanısı konulmuş psikolojik rahatsızlık durumu yoktur.

Gruplar arasında suçluluk hissedip hissetmeme dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($\chi^2=2,113$, $df=1$, $p=0,912$). Grupların çoğunluğunda tanısı konulmuş psikolojik rahatsızlığın olmadığı görülmektedir (Tablo 11).

4.2. Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanterine İlişkin Bulguları

Bu bölümde çalışmaya katılanların gruplar arasında Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri puan ortalamaları karşılaştırmalı tablo ve yorumlarına yer verilmiştir.

4.2.1. Gruplara Göre Beck Depresyon Envanteri Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grupların Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 12'de yer verilmiştir.

Tablo 12.

Gruplara Göre Beck Depresyon Ölçeği Ortalama Puanları

Gruplar	N	S.T	S.O	U	z	p
Vaka	55	75,16	3145,0	634,0	-3,416	0,000*
Kontrol	55	52,16	2156,0			
Toplam	110					

Gruplar arasındaki farkın anlamlılığını test etmek için non-parametrik test olan Mann Whitney-U Testi yapılmıştır.

Gruplar arası Beck Depresyon Envanteri ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Vaka grubunda Beck Depresyon Envanteri'nden elde edilen ortalama puanının kontrol grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir ($U=634,0$, $z=-3,416$, $p=0,000^*$).

4.2.2. Gruplara Göre Beck Anksiyete Envanteri Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grupların Beck Anksiyete Envanteri Toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 13'te yer verilmiştir.

Tablo 13.

Gruplara Göre Beck Anksiyete Ölçeği Ortalama Puanları

	N	S.T	S.O	U	z	p
Vaka	55	78,16	4189,0	580,0	-5,146	0,000*
Kontrol	55	59,12	3145,0			
Toplam	110					

Gruplar arasındaki farkın anlamlılığını test etmek için yapılan non-parametrik test olan Mann Whitney-U Testi yapılmıştır.

Gruplar arası Beck Anksiyete Envanteri ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Vaka grubunda Beck Anksiyete Envanteri'nden elde edilen ortalama puanının kontrol grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir ($U=580,0$, $z=-5146$, $p=0,000^*$).

4.3. Gruplara Göre Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu bölümde Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri puanları arasındaki ilişkinin incelendiği tablo ve yorumlarına yer verilmiştir.

4.3.1. Vaka Grubunda Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Vaka grubuna göre Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri Arasındaki İlişkiye Tablo 14'te yer verilmiştir.

Tablo 14.

Vaka grubunda Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

	Beck Anksiyete Envanteri		
	N	r	p
Beck Depresyon Envanteri	55	0,586	0,015*

Vaka grubunda Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları arasındaki ilişkinin anlamlılığını test etmek için Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır.

Vaka grubunda Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiş ve depresyon toplam puanı arttıkça anksiyete toplam puanlarının arttığı görülmüştür ($r=0,586$, $p=0,015^*$).

4.3.2. Kontrol Grubunda Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Kontrol grubuna göre Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri arasındaki ilişkiye Tablo 15'te yer verilmiştir.

Tablo 15.

Kontrol grubunda Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

	Beck Anksiyete Envanteri		
	N	r	p
Beck Depresyon Envanteri	55	0,836	0,031*

Kontrol grubuna göre Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır.

Kontrol grubunda Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiş ve depresyon toplam puanı arttıkça anksiyete toplam puanlarının arttığı görülmüştür ($r=0,836$, $p=0,031^*$).

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Yapılan çalışmada özel eğitime ihtiyaç duyan özel gereksinimleri olan çocukların ebeveynleri ile özel eğitime ihtiyaç duymayan çocukların ebeveynleri karşılaştırıldıklarında engelli çocuğu olan ebeveynlerin depresyon ve anksiyete seviyelerinin engelli çocuğu olmayan ebeveynlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yapılan birçok araştırmaya göre bedensel veya zihinsel engeli olan bir çocuğa sahip olmak ebeveynler üzerinde daha fazla baskı ve sorumluluğa sebep olmaktadır. Bu sorumluluk ve baskılarla birlikte ebeveynler tüm hayatlarını çocuklarının ihtiyaçları doğrultusunda şekillendirmektedirler (Küçükler, 1993). Zeka ve bedensel engeli olan, DS, öğrenme güçlüğü tanılı bütün çocuklar özel eğitime gereksinim duymaktadırlar. Özel çocuğa sahip olan bireyler, özel çocuğa sahip olmayan bireylerin sonuçlarına göre farklılık göstermiştir. Bazı araştırmalarını ortaya koyduğu sonuca göre DS'li çocuğa sahip ailelerin depresyon seviyeleri yüksek iken engel sahibi bir çocuğa sahip olan ailelerin majör depresyon seviyelerinde artış görülmektedir (Durukan ve ark., 2018; Dinç, 2019; Muris, vd., 2003; Gallagher, vd., 2008). Çocuklardaki engellerin yanında çocukların sergiledikleri davranışsal problemler de ebeveynleri olumsuz yönde etkileyip depresyona sürükleyebilmektedir (Feske, vd., 2001; Kılınç, vd., 2019). Bu çalışmada ortaya çıkan sonuç ile literatür taramasından ortaya çıkan sonuç birbirini desteklemektedir. Depresyona neden olabilecek faktörler arasında özel gereksinime sahip çocuğun ebeveyni olmanın da yer aldığı düşünülmektedir.

Yapılabilecek bir diğer farklı yorum ise ebeveynlerin depresyon düzeylerinin, sahip oldukları çocuklarının gereksinimlerine göre değişkenlik gösterebileceği yönündedir. Ebeveynlerin içinde buldukları yaşam koşullarından ve çocuklarının onlara yükledikleri ekstra sorumluluktan dolayı kendilerinin yaşadıkları psikopatolojik belirtilerin farkına varmakta zorlanmaktadırlar, bu nedenle depresyon düzeylerinin yükselişinin kaçınılmaz olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışma aynı zamanda özel gereksinimli çocuğa sahip ebeveynlerin, özel gereksinimli olmayan çocukların ebeveynlerine göre anksiyete seviyelerinin daha yüksek olduğunu da ortaya koymaktadır. Çocuğun engel türü ve seviyesine göre ailelerin anksiyete seviyesinde değişkenlik görülmektedir. Yapılan araştırmalara bakıldığında çocuklarında nörogelişimsel bozukluğu olan ailelerin anksiyete düzeyleri çok yüksektir (Durukan, vd., 2018).

Özellikle anneler çocuğunun doğum anından itibaren her şeyiyle en yakından ilgilenen kişidirler. Çocuklarıyla çok özel bağ kurmaktadırlar. Çocukları gelişim bozukluğu tanısı aldıktan sonra bu annelerin yaşadıkları kaygı diğer annelere göre daha fazladır (Uğuz, vd., 2004). Zaman geçtikçe, çocuklar bedensel olarak büyüyüp güçlendikçe aileler onlarla baş etmekte zorlanmaktadırlar. Bu baş edememe endişesi ailede anksiyete görülmesine sebep olmaktadır (Muris, vd., 2003; Gallagher, vd., 2008; Manesh, 2011; Boyd, 2002). Yapılan araştırmalar da gösteriyor ki otizmlili çocukların annelerinde çocukların atipik davranışlarından dolayı maternal stres görülürken, babalarında dışsallaştırma davranışları görülmektedir (Davis ve Carter, 2008; Nacar ve Gökkaya, 2019). Bu çalışma ile literatür çalışmaları birbirini desteklemektedir. Özel eğitime ihtiyacı olan çocuğa sahip olduğunu kabullenmek zor bir süreçtir. Aileler üzerinde karamsarlığa, umutsuzluğa, kaygıya neden olabilmektedir. Bazı anneler bu sorumluluğu tek başına üstlenmek zorunda kalabilmektedirler. Tek başına kalan anne hep psikoloji olarak hem de fizyolojik olarak daha fazla yıpranmaktadır. Özel gereksinimli çocuğa sahip olan bireylerin endişeyle baş etmekte zorlanmalarından dolayı anksiyeteye sebebiyet vermekte olduğu düşünülmektedir.

Engelli çocuğa sahip olan ebeveynlerde engelli çocuğa sahip olmayan ebeveynlere göre hem depresyon hem anksiyete birlikte görülmüştür. Literatür bulgularına bakıldığında çalışmalarda engelli çocuğa sahip ebeveynleri depresyon, anksiyete,

depresyon ve anksiyete düzeyleri incelenmiş olup inceleme sonrasında anksiyetenin tek başına görülme sıklığı anksiyete ve depresyonun birlikte görülme sıklığından daha fazla olduğu görülmüştür (Doğar, vd., 2013). Hirschfeld (2001)'in görüşüne göre bireylerde depresyon ve anksiyete semptomları birlikte görülebilmektedir fakat tanısal anlamda ikisi aynı grupta olamamaktadır. Hem anksiyete hem depresyon grubunda olan kişiler için anksiyete depresyon bozukluğu adı altında yeni tanı grubu oluşturulmasını düşünüp savunan fikirler de bulunmaktadır (Lydiard ve Brawman-Mintzer, 1998). Ebeveynlerde anksiyetenin varlığı depresyon için önem taşımaktadır. Çünkü vakalara bakıldığında depresyon tanısı almış kişilerin %75'ine anksiyete de eşlik etmektedir (Fentz vd., 2001; Mejer vd., 2015). Çocuğu tanı aldıktan itibaren ebeveynleri kaygıları başlamaktadır. Çocuklarının içinde bulunduğu durumları, okul süreçleri, özel eğitim süreçleri, bunların yanı sıra aldıkları eğitimlerin sonucunda ilerleme görüp göremeyecekleri düşünceleri ailelerinin kaygılarını hep dinç tutmaktadır (Fırat, 2016). Özel gereksinimli çocuklar kendi hayatlarını tek başlarına idame ettiremedikleri için, birçok ihtiyaçlarında yardım bekledikleri için, ailelerine olan bağımlılıklarından dolayı aileye daha fazla sorumluluk yüklemektedir. Bu fazladan sorumluluklar aile bireylerinin stres seviyelerini arttırmaktadır (Uğuz vd., 2004). Bu kadar sorumluluk karşısında aile bireyleri kendini yetersiz hissedebilmektedirler ve bu durumlar karşısında yetersizlik duyguları meydana gelebilmektedir. Sabırları daha erken tükendiğinden kişilerde anksiyete ve depresyon aynı anda görülebilmektedir (Akça ve Özyürek, 2019; Özdemir ve Tatar, 2019). Yapılan literatür taraması sonucunda hem anksiyete hem depresyonun aynı grup içerisinde bulunacağına dair yeterli kaynak bulunamamıştır. bu konuda kısıtlı araştırmalar mevcuttur. Depresyon ayrı grupta anksiyete ayrı grupta ele alınıp incelenmektedir. Bu konuda yapılacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç doğmaktadır.

Yapılan bu çalışma sonucuna bakıldığında, engel sahibi çocukların anne babası olmak kişilerin streslerini daha fazla arttırdığı için anksiyete ve depresyonu birlikte görebilme olanağımızı güçlendirdiği düşünülmektedir. Ebeveynler kendi yaşamlarının getirdiği iş yükü ve streslerinin yanında çocuklarının da onlara bağımlı olması onlar için daha ağır hayat şartlarına sebep olduğu öngörülmektedir. Özel çocuğa sahip olan ebeveynlerin sosyal hayatlarının sınırlandığı, sürekli evde olmak zorunda kalmaları ya da özel gereksinimli çocuk sahibi olan ailelerle bir araya gelmelerinden dolayı, sürekli problemleri davranışlara maruz kalmaları kişilerde anksiyetenin ortaya

ıkmasına sebep olup, anksiyetenin de depresyon tetikleyicisi olduğu düşünülmektedir.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yapılan bu çalışma neticesinde özel eğitime ihtiyaç duyan özel gereksinimli çocukların anne babaları ile özel eğitime ihtiyaç duymayan çocukların anne babaları arasındaki depresyon ve anksiyete düzeylerinin farklılıkları karşılaştırılmıştır ve Şu sonuçlar tespit edilmiştir:

Araştırma sonucunda özel eğitime ihtiyaç duyan özel gereksinimli çocukların anne babalarının, özel eğitim gereksinimi olmayan çocukların anne babalarına göre depresyon düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırma sonucunda özel eğitime ihtiyaç duyan özel gereksinimli çocukların anne babalarının, özel eğitim gereksinimi olmayan çocukların anne babalarına göre anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırma sonucunda özel eğitime ihtiyaç duyan özel gereksinimli çocukların anne babalarının, özel eğitim gereksinimi olmayan çocukların anne babalarına göre hem depresyon hem anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür.

6.2. Öneriler

Özel gereksinimli çocuğun ebeveynlerinin ruhsal yönden desteklenmeleri önem taşımaktadır. Çocuk tanıyı aldığı andan itibaren aileler için klinisyenlerin rolü büyüktür. İlk adımda ailelerin kendilerini yalnız hissetmemeleri için çalışmalar yapılması gerekmektedir. Çocukları aynı durumda olan farklı ailelerle grup terapilerinin yapılması bütün ailelere cesaret verici olabilmektedir. Bu süreçte ailelerin eve kapanmayıp sosyalleşmeleri çok önemlidir. Bu süreçte yaşanan anksiyete ve depresyon için pozitif psikoterapi, BDT ve çözüm odaklı terapiler klinisyenlerce uygulanması bireylere fayda sağlayabilmektedir.

Literatür taramalarında hem depresyon hem anksiyetenin birlikte görülebilmesiyle alakalı sınırlı kaynak bulunmaktadır. Daha fazla araştırma yapılma ihtiyacı doğmuştur. Aynı zamanda aile sadece çocuk-anne ya da çocuk-babadan ibaret değildir. Özel çocuğa sahip ailelerin aile ilişkileri de büyük rol oynamaktadır fakat bu konuda yapılmış bir çalışma literatürde bulunmamaktadır. Bu konuda yapılacak araştırma ve çalışmalar aile ilişkilerinin de önemini ortaya koymaya yarayacaktır.

Özel gereksinimli çocuğa sahip olmak aileler için zorlu sürecin başlangıcıdır. Aileleri belirsizliğe sürüklemek yerine onları bilinçlendirmek adına eğitici programların olması, aileler için seminerlerin düzenlenmesi, bu konularda çocuklarını daha iyi tanıyıp yönlendirebilmeleri açısından bilgilendirici televizyon programlarının yapılması ve onları yalnız bırakmak yerine sosyalleşmelerinde yardımcı olunması bu yolda en önemli etmenlerdir. Onları kendi hallerine bırakmak yerine yakından takip edilmeli, çocuğun alması gereken eğitimin aldırılması, ailelerin de hem psikolojik hem sosyolojik açıdan desteklenmesi gerekmektedir. Özel eğitim kurumlarının dünyanın her yerinde yaygınlaştırılması ve özel gereksinimli çocukların yaş ve engel düzeylerine göre en uygun özel eğitim kurumlarına yönlendirilmeleri çok önemlidir. Özel çocuğa sahip ailelerin kanuni hakları konusunda sivil toplum kuruluşları tarafından bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Aileler çocuklarının eğitim hakkını maddi imkansızlıklardan dolayı yarıda kesebilmektedirler. Bu aşamada devletin özel gereksinimli çocuklar için her aileye destek sunması gerekmektedir. Bunların yanı sıra özel gereksinimli çocuklar toplumdan soyutlanmamalı, sadece özel eğitim kurumlarına gönderilmemelilerdir. Aldıkları eğitim sonucunda çocuklar topluma kazandırılmalı ve her birinin ilgi ve beceri alanına göre iş imkanları yaratılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Akça, F. ve Özyürek, A. (2019). Zihinsel Yetersizlikten Etkilenmiş ve Normal Gelişen Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Sıkıntıyı Tolere Etme, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyleri. *Tarih Kültür ve Sanat Araştırmaları Dergisi*, ISSN: 2147-0626 Doi: 10.7596/taksad.v8i1.1787.
- Ayvaz, S., Hocaoğlu, Ç, Tiryaki, A, ve Ak İ. (2006). Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*,17:243- 251.
- Bahar, A., Bahar, G., Savaş, H.A. ve Parlar, S. (2009). Engelli çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4: 99-112.
- Balcıoğlu, İ (1999). Depresyonun Etyopatogenezi. Depresyon, *Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu* 2-3 Aralık 1999, İstanbul, s. 19-28.
- Bandelow, B. & Michaelis, S (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17:3
- Bayraktar, E. & Saygılı, R. (1993). *Depresyonun Biyokimyası*, Depresyon Monografıları Serisi 4. E. Köroğlu (Ed). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 157-174.

- Boyd, BA. (2002). Examining the relationship between stress and lack of social support in mothers of children with autism. *Focus Autism Other Dev Disabil*, 17:208–215.
- Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K. vd. (2013). Psychiatric Epidemiology in Turkey: Main Advances in Recent Studies and Future Directions *Turkish Journal of Psychiatry*. 1-14.
- Cesar, J., ve Chavoushi, F. (2013). *Background Paper 6.15 Depression*. Priority Medicines for Europe and the World "A Public Health Approach to Innovation". Update on 2004 Background Paper.
- Coşkun, Y. ve Akkaş, G. (2009). Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD)*, 10;1:213-227.
- Crocq, M.A. (2017). The History Of Generalized Anxiety Disorder As A Diagnostic Category. *Dialogues Clin Neurosci*. 19 (2), 107-116.
- Davis, N.O. ve Carter, A.S. (2008). Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Bebeklerin Annelerinde ve Babalarında Stres: Çocuk Özellikleri ile İlişkiler. [Otizm ve Gelişimsel Bozukluklar Dergisi](#). 38:1278–1291 DOI 10.1007/s10803-007-0512-z
- Dinç, G.S., Cop, E., Tos, T., Sari, E., Senel, S. (2019). Mothers of 0-3-year-old Children With Down Syndrome: Effects on Quality of Life 61(9):865-871. doi:10.1111/ped.13936.
- Diriöz, M., Alkın, T. Yemez, B., Onur, E. ve Eminağaoğlu, N. (2011). Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri İle Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketinin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22.
- Doğar, I.A., Azeem, M.,W. Shah, S., Cheema, M.A., ve Asmat, A. (2013). 2942 – Anxiety and depression among parents of children with mental retardation 28;1
- Durualp, E., Kayan, G., ve Kaytez, N. (2015). Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Gereksinimlerinin ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi. *Journal of Research in Education and Teaching*, 4;1:197-214.
- Durukan, İ., Kara, K., Almbaideen, M., Karaman, D. ve Gül, H. (2018). Alexithymia, depression and anxiety in parents of children with neurodevelopmental disorder:

Comparative study of autistic disorder, pervasive developmental disorder not otherwise specified and attention deficit-hyperactivity disorder. *Pediatr Int.* 60;3:247-253.

Fentz, H.N., Arendt, M., O'Toole, M.S., Rosenberg, N.K. ve Hougaard, E. (2011). The role of depression in perceived parenting style among patients with anxiety disorders 25;8:1095-1101.

Feske, U., Shear, M.K., Anderson, B., Cyranowski, J.C., Strassburger, M. vd.(2001). Comparison of Severe Life Stress in Depressed Mothers and Non-Mothers: Do Children Matter 13(3):109-17. doi: 10.1002/da.1026.

Firat, S. (2016). Otistik Çocukların Anne-Babalarının Depresyon Ve Kaygı Düzeyleri Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,41(3):539-547. DOI: 10.17826/cukmedj.237509.

Gallagher, S., Phillips, A.C., Oliver, C. ve Carroll, D. (2008). Predictors of Psychological Morbidity in Parents of Children With Intellectual Disabilities 33;(10):1129-36. doi: 10.1093/jpepsy/jsn040.

George, M. ve Kapalka, G. (2010). Anxiety Disorder. [Nutritional and Herbal Therapies for Children and Adolescents](#). 259-289.

Harmancı, P. (2015). Dünya'daki ve Türkiye'deki İntihar Vakalarının Sosyodemografik Özellikler Açısından İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 1:1.

Hirschfeld, RM. (2001). The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 3:244-254.

Iyer, K. ve Khan, ZA. (2012). Depression – A Review. *Research Journal of Recent Sciences*,1;4:79-87.

İlhan, L. (2008). Eğitilebilir Zihinsel Engelli Çocuklarda Beden Eğitimi ve Sporun Sosyalleşme Düzeylerine Etkisi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 16;1:315-324.

- Karadağ, G. (2009). Engelli çocuğa sahip annelerin yaşadıkları güçlükler ile aileden algıladıkları sosyal destek ve umutsuzluk düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8;4:315-322.
- Kessler, RC., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., ve Merikangas Wang, PS. (2003). The epidemiology of majör depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 289;23:3095–3105.
- Kessler, RC., McGonagle, KA., Zhao, S., Nelson, CB., Hughes, M. ve Eshleman Kendler, KS. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Study. *Arch Gen Psychiatry*. 51;1:8–19.
- Kılınç, Ç., Bağlama, B. ve Akçamete, G. (2019). Otizm Spektrum Bozukluğunun Erken Çocukluk Dönemi'nde Tanılanma Ve Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçme Araçlarının İncelenmesi. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1(3).
- Kocabaşoğlu, N., Doksat, MK. ve Doğanğün, B. (2004). Anksiyete ve Depresyonun Çok Yönlü İlişkisi. *Yeni Symposium*, 42;4:168-176.
- Kurt, AS., Tekin, A., Koçak, V., Kaya, Y., Özpulat, Ö. ve Önat H. (2008). Zihinsel engelli çocuğa sahip anne babaların karşılaştıkları güçlükler. *Türkiye Klinikleri J Pediatr*, 17:158-163.
- Küçükler, S. (1993). Özürlü çocuk ailelerine yönelik psikolojik danışmanlık hizmetleri. *Özel Eğitim Dergisi*, 1;3:23-29.
- Kehoe, W. Generalized Anxiety Disorder. *ACSAP*, 8.
- Küey, L. (1998). Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, Ele alma, Yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*, 2(1):5-12.
- Lydiard, RB. ve Brawman-Mintzer, O. (1998) Anxious depression. *J Clin Psychiatry*, 59;18:10-17.
- Manesh, H.J. (2011). P01-300-Assessment of level anxiety and depression for parents of children with chronic disease 26;1:302.
- Martin, P. (2003). The epidemiology of anxiety disorders: a review. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 5:3.

- Mejer, S.M., Peterson, L., Mattheisen, M. Mors, O., Mortensen, P.B. vd (2015). Secondary Depression in Severe Anxiety Disorders: A Population-Based Cohort Study in Denmark 2(6):515-23. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00092-9.
- Michael, T., Zetsche, U. ve Margraf, Z. (2007). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry*, 6:4.
- Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) (2014). *Çocuk Gelişimi ve Eğitimi; Özel Eğitim*.
- Muris, P., Meesters, C. ve Spinder, M. (2003). Relationships between child- and parent-reported behavioural inhibition and symptoms of anxiety and depression in normal adolescents 34;5: 759-771
- Nacar, E.H. ve Gökkaya, F. (2019). Bağlanma ve Maternal Bağlanma Konusunda Bir Derleme. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1(1).
- Ohayon, MM., Shapiro, CM. ve Kennedy, SH. (2000). Differentiating DSM-IV anxiety and depressive disorders in the general population: Comorbidity and treatment consequences. *Can J Psychiatry*. 45;2:166–72.
- Özdemir, H., Tatar, A. (2019). Genç Yetişkinlerde Yalnızlığın Yordayıcıları: Depresyon, Kaygı, Sosyal Destek, Duygusal Zeka. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1(2).
- Poyraz, CA., Kocabaşoğlu, N. ve Konuk, N. (2012). Psikotik Özellikli Depresyonun Adli Boyutu. *Journal of Mood Disorders*, 2;4:180-5
- Regue-Guyon, M. ve Mongeau, R. (2018). Neuroepigenetics and Mental Illness. *Progress in Molecular Biology and Translational Science*, 158: 159-193.
- Savrun, M. (1999). Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık, İstanbul, s. 11-17.
- Salman, U., Özdemir, S., Salman, A.B. ve Özdemir, F. (2016). Özel öğrenme güçlüğü "Disleksi". *FNG ve Bilim Tıp Dergisi*, 2;2:170-176. doi: 10.5606/fng.btd.2016.031.
- Seyhan, B. ve Akduman, G. (2015). Ulusal Yasalar ve Yönetmelikler ile Uluslararası Sözleşmeler Açısından Engelli Çocukların Eğitim Hakkı. *Uluslararası Katılımlı III*.

Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Kongresi "Erken Müdahale" 11-13 Mayıs 2015, H.Ü. Kültür Merkezi, Ankara.

Stein, M.B. ve Lang, A.J. (2017) *Anxiety And Stress Disorders: Course Over The Lifetime. Neuropsychopharmacology (5th Edt.)*.

Hisli N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenilirliği. Bilkent Üniversitesi Psikolojik Danışma Rehberlik ve Araştırma Merkezi. 7;23:3-13.

The American Psychiatric Association (APA) (2017a). *What Is Depression?*

The American Psychiatric Association (APA), (2017b). *What Are Anxiety Disorders?*

Uğuz, Ş, Toros, F, İnanç, BY. ve Çolakkadıoğlu, O. (2004). Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7;1:42-47.

Ulusoy, M., Sahin, N.H. ve Erkmen, H. (1998). Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties.vol: 12(2).

Ünal, S. (2000). Depresyon ve Kişilik. *Duygu Durum Dizisi*, 2:72-76

Vos, T., Flaxman, AD., Naghavi, M., ve ark. (2012) Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380:2163-96.

Wang, Y., Liu, Y., Li, F., Guo, Z., ve ark., (2019). A Chinese herbal formula shows beneficial effects on comorbid depression and coronary heart disease based on the philosophy of psycho-cardiology. *Journal of Herbal Medicine*, 1-6.

Weems, C, ve Silverman, W. (2012). *Anxiety Disorders*, Baskı: İkinci Baskı, Bölüm: 16, Yayıncı: Oxford University Press. Theodore P. Beauchaine ve Stephen P. Hinshaw (Ed.). s.513-541.

World Health Organization (WHO). (2017a). *Depression*.

World Health Organization (WHO). (2017b). *World Health Day 2017 Let's talk about depression and TB*.

Yemez, B. ve Alptekin, K. (1998). Depresyon Etiyolojisi. *Psikiyatri Dünyası*, 2;1:21-25.

Yıldırım, F. ve Conk, Z. (2005). Zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip anne/babaların stresle başa çıkma tarzlarına ve depresyon düzeylerine planlı eğitimin etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9: 1-10.

Yörükoğlu, A. (1998). *Çocuk Ruh Sağlığı*, 22. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, s. 105-122.

EKLER LİSTESİ

EK 1. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu araştırma Yakınoğu Üniversitesi, Klinik Psikoloji programında Psk.Sevinç ALTINTAŞ'ın Dr. Asra BABAYİĞİT danışmanlığında yaptığı yüksek lisans tez çalışmasıdır. Araştırmada Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Gazimağusa ilinde Özel Eğitime ihtiyacı olan özel gereksinimli çocukların ebeveynleri ile herhangi bir özel gereksinimi bulunmayan çocukların ebeveynlerinin anksiyete (kaygı) ve depresyon düzeylerinin karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Araştırmaya katılanlardan hiçbir şekilde özel veya kişisel bilgi istenmemektedir.

Çalışmaya katılma gönüllülük esasına bağlıdır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz veya çalışmadan çekilmeyi istemeniz durumunda bu hiçbir şekilde iş hayatınızı ve sosyal hayatınızı etkilemeyecektir. Çalışma bulguları isim kimlik bilgisi olmadan, grup ortalaması olarak değerlendirilecektir. Lütfen soruları tam olarak okuduktan sonra kendinize en uygun olan cevabı işaretleyiniz.

Katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Uygulayıcı: Psk.Sevinç ALTINTAŞ

İmza:

EK 2. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

DEMOGRAFİK BİLGİLER

Yaş :

Cinsiyet : Kadın Erkek

Eğitim durumu İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

Yüksek lisans/Doktora

Çalışıyor musunuz? Evet Hayır

Meslek:

Gelir Düzeyi: Düşük Orta Yüksek

Medeni durum: Evli Bekar Boşanmış

Çocuklarınız dışında evde bakmakla yükümlü olduğunuz başka biri var mı? eğer var ise belirtiniz

EK 3. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

BDE

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 (su 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)	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2)	a. Gelecekte umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3)	a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığım olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4)	a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5)	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6)	a. Cezalandırılmışım gibi duygular içinde değilim b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7)	a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum
8)	a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum

9)	<p>a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok</p> <p>b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam</p> <p>c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim</p> <p>d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm</p>
10)	<p>a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum</p> <p>b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum</p> <p>c. Şimdilerde her an ağlıyorum</p> <p>d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum</p>
11)	<p>a. Eskisine göre daha sınırlı veya tedirgin sayılmam</p> <p>b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim</p> <p>c. Çoğu zaman sınırlı ve tedirginim</p> <p>d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim</p>
12)	<p>a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim</p> <p>b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim</p> <p>c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim</p> <p>d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı</p>
13)	<p>a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum</p> <p>b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum</p> <p>c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum</p> <p>d. Artık hiç karar veremiyorum</p>
14)	<p>a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğumu sanmıyorum</p> <p>b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum</p> <p>c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğumu hissediyorum</p> <p>d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum</p>
15)	<p>a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum</p> <p>b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum</p> <p>c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum</p> <p>d. Artık hiç çalışmıyorum</p>
16)	<p>a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum</p> <p>b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum</p> <p>c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum</p> <p>d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum</p>
17)	<p>a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum</p> <p>b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum</p> <p>c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum</p> <p>d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum</p>
18)	<p>a. İştahım eskisinden pek farklı değil</p> <p>b. İştahım eskisi kadar iyi değil</p> <p>c. Şimdilerde iştahım epey kötü</p> <p>d. Artık hiç iştahım yok</p>

- | | |
|-----|---|
| 19) | a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum
b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım
d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım |
| 20) | a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor
b. Son zamanlarda ağrı, sızi, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var
c. Ağrı sızi gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor
d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum |
| 21) | a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok
b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum
c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim
d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı |

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

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

EK 4. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

BAE

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin, **bugün dahil son bir haftadır** sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak, maddenin yanındaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

Sizi ne kadar rahatsız etti?


	Hiç	Hafif Derecede	Orta Derecede	Ciddi Derecede
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma.	0	1	2	3
2. Sıcak / ateş basmaları.	0	1	2	3
3. Bacaklarda halsizlik, titreme.	0	1	2	3
4. Gevşeyememe.	0	1	2	3
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu.	0	1	2	3
6. Baş dönmesi veya sersemlik.	0	1	2	3
7. Kalp çarpıntısı.	0	1	2	3
8. Dengeyi kaybetme duygusu.	0	1	2	3
9. Dehşete kapılma.	0	1	2	3
10. Sinirlilik.	0	1	2	3
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu.	0	1	2	3
12. Ellerde titreme.	0	1	2	3
13. Titreklilik.	0	1	2	3
14. Kontrolü kaybetme korkusu.	0	1	2	3
15. Nefes almada güçlük.	0	1	2	3
16. Ölüm korkusu.	0	1	2	3
17. Korkuya kapılma	0	1	2	3
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi.	0	1	2	3
19. Baygınlık.	0	1	2	3
20. Yüzün kızarması.	0	1	2	3
21. Terleme (sıcağa bağlı olman).	0	1	2	3


© Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56, 893-897.


Uyarılma: Ulusoy, M., Sahin, N.H., Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties, *Journal of Cognitive Psychotherapy* 12 (2): 163-172.

📶 KKTCELL 📶 17:24 %42 🔋

< ... 🗑️ 🗑️

 **Gulsen T.** 26 Oca
Siz kişisine ...

 **BECK DEPRESYON ENVANT...**
PDF - 110 KB

 **Beck Depresyon I**
PDF - 4 MB

📎 3 ek (10,4 MB)

Merhaba Sevinç,

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 bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof.Dr.Nesrin Hisli Şahin adına

🔙 ▼ Tümünü Yanıtla

📧 🔍 📅 12



Gulsen T.
Siz kişisine

26 Oca



BAÖ Puanlama Formu
PDF - 73 KB



BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ
PDF - 100 KB

3 ek (672 KB)

Tekrar Merhaba,

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

Prof.Dr.Nesrin Hisli Şahin adına



Tümünü Yanıtla



yüksek lisans tezi

ORJİNALLIK RAPORU

%12

BENZERLİK ENDEKSİ

%12

İNTERNET KAYNAKLARI

%4

YAYINLAR

%

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

hdl.handle.net

İnternet Kaynağı

%2

2

earsiv.halic.edu.tr

İnternet Kaynağı

%1

3

docs.neu.edu.tr

İnternet Kaynağı

%1

4

DOĞAN, Tayfun and ERYILMAZ, Ali. "İki Boyutlu Benlik Saygısı ve Öznel İyi Oluş Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi", Pamukkale Üniversitesi, 2013.

Yayın

%1

5

wcssr.org

İnternet Kaynağı

<%1

6

docplayer.biz.tr

İnternet Kaynağı

<%1

7

acikerisim.gelisim.edu.tr

İnternet Kaynağı

<%1

8

openaccess.hacettepe.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

<%1



BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

15.04.2021

Sayın Sevinç Altıntaş

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2021/933 proje numaralı ve **“Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde Özel Eğitime İhtiyaç Duyan Çocukların Ebeveynleri ile Özel Eğitime İhtiyaç Duymayan Çocukların Ebeveynlerinin Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol
Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

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.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı-Soyadı : Sevinç ALTINTAŞ

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Doğum Yeri ve Tarihi: Mersin - 22/12/1989

Adresi: Gazimağusa

Tel: 05338319156

Mail: psk.sevincaltintas@hotmail.com

EĞİTİM

- Mersin TED Koleji (2008 mezunu)
- İngiltere ve Fransa'da dil eğitimleri (2009)
- Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü (2019 mezunu)
- Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisansı (devam ediyor)

YABANCI DİLLER

- İngilizce

İŞ TECRÜBESİ

- Mersin Üniversitesi Hastanesi (Staj) - 2020
- ARMEL Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi Lefkoşa (Staj) - 2020
- Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi (Staj) - 2021
- ARMEL Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi (Gölge öğretmen) – 2020-2021
- DOMİNO Özel Eğitim Merkezi (Psikolog ve Koordinatör) – 2021-2022

AKADEMİK ÇALIŞMALAR

- Araştırma Makalesi Yayını - 'Özel Öğrenme Güçlüğü Tanısı Almış ve Almamış Çocukların Ebeveynlerindeki Anne-Baba Stres Durumu, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması.' – Yeni Sempozyum Dergisi – 2020
- Araştırma Makalesi Yayını – 'Üniversite Öğrencilerinde Mükemmeliyetçilik ve Yaşam Doyumunun, Psikolojik İyi Oluşla İlişkinin İncelenmesi' – devam ediyor