

T.C
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ENGELLİ BİREYLERE SAHİP EBEVEYNLERİN DEPRESYON
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Cevdet ERTUNÇ

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üys. Fatih BAL

İstanbul –2018

TEZ TANITIM FORMU

- YAZAR ADI SOYADI** : Cevdet ERTUNÇ
- TEZİN DİLİ** : Türkçe
- TEZİN ADI** : Engelli Bireylere Sahip Ebeveynlerin depresyon Düzeylerinin İncelenmesi
- ENSTİTÜ** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- ANABİLİM DALI** : Klinik Psikoloji
- TEZİN TÜRÜ** : Yüksek Lisans
- TEZİN TARİHİ** : 2018
- SAYFA SAYISI** : 84
- TEZ DANIŞMANLARI** : Dr. Öğr. Üys. Fatih BAL
- DİZİN TERİMLERİ** : Depresyon, Mental Retardasyon, Otizm, Serebral Palsi, Down Sendromu
- TÜRKÇE ÖZET** : Araştırmanın amacı engelli bireylere sahip ebeveynlerin depresyon süreçlerinin incelenmesidir. Çalışma sonucunda ilkokul ve ortaokul mezunu olan engelli çocuğa sahip ebeveynlerin, lise ve üniversite mezunu olan ebeveynlere kıyasla depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucunda hafif düzeyde depresif belirtiler gösteren engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeylerinin çocuğun bakımına destek olan birinin varlığına göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir.
- DAĞITIM LİSTESİ** : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

Cevdet ERTUNÇ

T.C
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ENGELLİ BİREYLERE SAHİP EBEVEYNLERİN DEPRESYON
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Cevdet ERTUNÇ

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üys. Fatih BAL

İstanbul –2018

BEYAN

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

Cevdet ERTUNÇ

.../.../ 2018



İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Cevdet ERTUNÇ 'un "Engelli Bireylere Sahip Ebeveynlerde Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi" adlı tez çalışması, jürimiz tarafından KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan _____
İmza

Üye _____
İmza
Yrd. Doç. Dr.
(Danışman)

Üye _____
İmza

Üye _____
İmza

Üye _____
İmza

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 2018

İmzası

Doç. Dr. Ragıp Kutay KARACA

Enstitü Müdürü

ÖZET

Araştırmanın amacı engelli bireylere sahip ebeveynlerin depresyon süreçlerinin incelenmesidir. Araştırmadaki temel amaçlardan bir tanesi olarak ta ailelerin engelli çocuk yetiştirirken ne düzeyde psikolojik olarak yıpranmalarını incelemektir. Araştırmada ebeveynlerin depresyon düzeylerinin cinsiyet, çalışma durumu, eğitim durumu, yaş, çocuğun engel türü gibi değişkenler açısından farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi hedeflenmiştir. Araştırma modeli olarak betimsel ve ilişkisel tarama modeli tercih edilmiştir. Araştırmaya 181 ebeveyn (114 anne ve 67 baba) katılmıştır. Araştırmaya katılan ailelerin çocukları Mental Retardasyon, Otizm, Serebral Palsi, Down Sendromu tanısı almıştır.

Araştırmanın verileri Sosyo-demografik Bilgi Formu ve Beck Depresyon Envanteri ile toplanmıştır. Elde edilen verilerin analizinde çıkarımsal istatistikler çerçevesinde Bağımsız Örneklem T-Testi ve ANOVA kullanılmıştır.

Çalışma sonucunda ilkokul ve ortaokul mezunu olan engelli çocuğa sahip ebeveynlerin, lise ve üniversite mezunu olan ebeveynlere kıyasla depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucunda hafif düzeyde depresif belirtiler gösteren engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeylerinin çocuğun bakımına destek olan birinin varlığına göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Depresyon, Mental Retardasyon, Otizm, Serebral Palsi, Down Sendromu

SUMMARY

The purpose of the study is to examine the depression processes of parents with disabilities. As one of the main objectives of the research, it is necessary to examine the degree of psychological deprivation of children with disabilities. The study aimed to investigate whether the depression levels of parents differed in terms of variables such as gender, working status, education status, age, and type of disability of the child. Descriptive and relational screening models were chosen as the research model. 181 parents (114 mothers and 67 fathers) participated in the research. Children participating in the study were diagnosed with Mental Retardation, Autism, Cerebral Palsy, Down Syndrome.

Data from the study were collected using the Socio-demographic Information Form and the Beck Depression Inventory. Independent samples T-test and ANOVA were used in the analysis of the obtained data in the frame of inferential statistics.

As a result of the study, it was determined that the parents who have primary school and junior high school disabled children have a higher level of depression than the high school and university graduates. It was determined that the depression levels of the parents with the disabled child who showed mildly depressive symptoms as a result of the research differ according to the presence of a person who supports the child's care.

Key Words: Depression, Mental Retardation, Autism, Cerebral Palsy, Down Syndrome

İÇİNDEKİLER

	SAYFA
ÖZET.....	I
SUMMARY	II
İÇİNDEKİLER.....	III
KISALTMALAR LİSTESİ	VI
TABLolar LİSTESİ	V
EKLER LİSTESİ.....	XIII
ÖNSÖZ.....	XIV
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM	3
PROBLEM, SINIRLILIKLAR, ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	3
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
1.2. Araştırmanın Önemi	3
1.3. Hipotezler	4
1.4. Sayıltılar.....	4
1.5. Sınırlılıklar	4
1.6. Tanımlar.....	5
İKİNCİ BÖLÜM.....	6
KAVRAMSAL VE KURAMSAL AÇIKLAMALAR.....	6
2.1. Engellik.....	6
2.1.1. Zihinsel Engellilik.....	6
2.1.1.1. Zihinsel Engelliliğin Nedenleri.....	6
2.1.1.1.1. Doğum öncesine Bağlı Olan Nedenler	6
2.1.1.1.2. Doğum Sırasına Bağlı Olan Nedenler	7
2.1.1.1.3. Doğum Sonrasına Bağlı Olan Nedenler	7
2.1.1.1.4. Diğer Nedenler.....	7
2.1.1.2. Zihinsel Engelliliğin Sınıflandırılması	7
2.1.1.2.1. Hafif Düzeyde Zihinsel Engeli Olanlar	8
2.1.1.2.2. Orta Düzeyde Zihinsel Engeli Olanlar	8
2.1.1.2.3. Ağır Düzeyde Zihinsel Engeli Olanlar	9
2.1.1.2.4. Çok Ağır Düzeyde Zihinsel Engeli Olanlar	9
2.1.2. Zeka Geriliği.....	10
2.1.3. Down Sendrom	10
2.1.4. Otizm.....	11
2.1.5. Serebral Palsi.....	13

2.1.6. İşitme Engeli.....	14
2.1.7. Görme Engeli	15
2.2. DEPRESYON.....	17
2.2.1. Depresyonun Belirtileri:	18
2.2.2. Depresyonun Tedavisi.....	18
2.2.2.1. Antidepresan İlaç Tedavisi	19
2.2.2.2. Elektrokonvülsif Tedavi (EKT)	19
2.2.2.3. Işık Tedavileri.	20
2.2.2.4. Psikoterapiler	20
2.2.2.5. Psikoterapötük Yaklaşım	20
2.2.2.6. Davranış Terapisi	20
2.2.2.7. Bilişsel Davranışçı Terapi	21
2.2.2.8. Evlilik Terapisi ve Aile Terapisi	21
2.2.2.9. Grup Psikoterapisi	21
2.2.2.10. Kişilerarası Terapi	22
2.2.2.11. Psikodinamik Psikoterapi ve Psikanaliz	22
2.2.3. Engelli Bireylere Sahip Annelerde Depresyon	22
2.2.4. Engelli Bireylere Sahip Babalarda Depresyon	24
2.2.5. Engelli Bireylere Sahip Ailelerin Yaşadıkları Zorluklar	25
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	27
YÖNTEM	27
3.1. Yöntem... ..	27
3.2. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	27
3.3. Araştırmanın soruları	27
3.4. Veri Toplama Yöntemi	28
3.5. Veri Toplama Araçları.....	28
3.6. Verilerin Analizi Kullanılan Yöntemler	29
3.7. BULGULAR.....	30
3.7.1. Anne-Baba ve Çocuklarına Ait Demografik Bilgilerin Dağılımı	30
3.7.2. Depresyon Puanının Kategorik Olarak Değerlendirilmesi	33
3.7.3. Depresyon Düzeylerinin Demografik Bilgilere Göre Farklılaşmasının İncelenmesi... ..	34
3.7.4. Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyon Puanlarının Demografik Bilgilere Göre Farklılaşmasının İncelenmesi.....	39
3.7.5. Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyon Puanlarının Demografik Bilgilere Göre Farklılaşmasının İncelenmesi.....	46
3.7.6. Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyon Puanlarının Demografik Bilgilere Göre Farklılaşmasının İncelenmesi.....	53

3.7.7. Anne ve Babalarda Depresyon Puanlarının Demografik Bilgilere Göre Farklılaşmasının İncelenmesi.....	62
SONUÇ	68
ÖNERİLER	74
KAYNAKÇA	75
EKLER	



KISALTMALAR LİSTESİ

AGE	:	ADI GEÇEN ESER
f	:	FREKANS
N	:	ÖĞRENCİ SAYISI
\bar{x}	:	ARİTMETİK ORTALAMA
p	:	ANLAMLILIK DÜZEYİ
s.	:	SAYFA
SPSS	:	STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCE
DSM-5	:	DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS

TABLolar LİSTESİ

TABLO	SAYFA
Tablo 1: Beck Depresyon Envanterinin Güvenilirlik Değeri.....	28
Tablo 2: Normallik Testi Sonuçları	29
Tablo 3: Anne-Babalara Ait Demografik Bilgilerin Dağılımı.....	30
Tablo 4: Anne-Babalara Ait Demografik Bilgiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ...	31
Tablo 5: Çocuklara Ait Demografik Bilgilerin Dağılımı	32
Tablo 6: Depresyon Belirti Gruplarının Dağılımı	33
Tablo 7: Ailelerde Depresyonun Cinsiyete Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi.....	34
Tablo 8: Ailelerde Depresyonun Yaş'a Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi.....	34
Tablo 9: Ailelerde Depresyonun Eğitim Durumuna Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi.....	34
Tablo 10: Ailelerde Depresyonun Çalışma Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi	35
Tablo 11: Ailelerde Depresyonun Aylık Ortalama Gelir Düzeyine Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi.....	35
Tablo 12: Ailelerde Depresyonun Sigara Kullanma Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi.....	35
Tablo 13: Ailelerde Depresyonun Çocuğun Engel Türüne Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi	36
Tablo 14: Ailelerde Depresyonun Çocuk Sayısına Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi	36
Tablo 15: Ailelerde Depresyonun Çocuk Sayısına Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi	36
Tablo 16: Ailelerde Depresyonun Çocuğun Bakımına Destek Olan Birinin Varlığına Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi.....	37
Tablo 17: Ailelerde Depresyonun Eş İle Kan Bağı Olması Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi.....	37

Tablo 18: Ailelerde Depresyonun Çocuğun Yaşına Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi.....	37
Tablo 19: Ailelerde Depresyonun Çocuğun Özel Eğitim Dışında Bir Okula Gitme Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi	38
Tablo 20: Ailelerde Depresyonun Çocuğun Özel Eğitim Alma Süresine Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi.....	38
Tablo 21: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Cinsiyete Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi....	39
Tablo 22: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Yaşa Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi.....	39
Tablo 23: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Eğitim Durumuna Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi	40
Tablo 24: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Çalışma Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi	40
Tablo 25: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Aylık Ortalama Gelir Düzeyine Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi	41
Tablo 26: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Sigara Kullanma Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi	41
Tablo 27: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Çocuğun Engel Türüne Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi.....	42
Tablo 28: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Çocuk Sayısına Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi	42
Tablo 29: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Çocuk Sayısına Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi	43
Tablo 30: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Çocuğun Bakımına Destek Olan Birinin Varlığına Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi	43

Tablo 31: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Eş İle Kan Bağı Olması Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi.....	44
Tablo 32: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Çocuğun Yaşına Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi.....	44
Tablo 33: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Çocuğun Özel Eğitim Dışında Bir Okula Gitme Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi	45
Tablo 34: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Çocuğun Özel Eğitim Alma Süresine Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi	45
Tablo 35: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Cinsiyete Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi	46
Tablo 36: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Yaşa Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi.....	46
Tablo 37: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Eğitim Durumuna Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi	47
Tablo 38: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Çalışma Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi	47
Tablo 39: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Aylık Ortalama Gelir Düzeyine Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi	48
Tablo 40: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Sigara Kullanma Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi	48
Tablo 41: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Çocuğun Engel Türüne Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi	49
Tablo 42: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Çocuk Sayısına Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi	49

Tablo 43: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Çocuk Sayısına Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi	50
Tablo 44: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Çocuğun Bakımına Destek Olan Birinin Varlığına Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi	50
Tablo 45: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Eş İle Kan Bağı Olması Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi	51
Tablo 46: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Çocuğun Yaşına Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi.....	51
Tablo 47: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Çocuğun Özel Eğitim Dışında Bir Okula Gitme Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi.....	52
Tablo 48: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Çocuğun Özel Eğitim Alma Süresine Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi	52
Tablo 49: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Cinsiyete Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi	53
Tablo 50: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Yaşa Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi.....	54
Tablo 51: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Eğitim Durumuna Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi	55
Tablo 52: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Çalışma Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi	56
Tablo 53: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Aylık Ortalama Gelir Düzeyine Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi	56
Tablo 54: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Sigara Kullanma Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi	57

Tablo 55: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Çocuk Sayısına Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi	58
Tablo 56: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Çocuk Sayısına Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi	58
Tablo 57: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Çocuğun Bakımına Destek Olan Birinin Varlığına Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi	59
Tablo 58: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Eş İle Kan Bağı Olması Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi	59
Tablo 59: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Çocuğun Yaşına Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Çocuğun Yaşına Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi.....	60
Tablo 60: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Çocuğun Özel Eğitim Dışında Bir Okula Gitme Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi.....	61
Tablo 61: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Çocuğun Özel Eğitim Alma Süresine Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi	61
Tablo 62: Anne ve Babalarda Depresyonun Yaşa Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi	62
Tablo 63: Anne ve Babalarda Depresyonun Eğitim Durumuna Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi.....	62
Tablo 64: Anne ve Babalarda Depresyonun Çalışma Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi.....	63
Tablo 65: Anne ve Babalarda Depresyonun Aylık Ortalama Gelir Düzeyine Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi.....	63
Tablo 66: Anne ve Babalarda Depresyonun Sigara Kullanma Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi.....	64
Tablo 67: Anne ve Babalarda Depresyonun Çocuğun Engel Türüne Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi.....	64

Tablo 68: Anne ve Babalarda Depresyonun Çocuk Sayısına Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi	64
Tablo 69: Anne ve Babalarda Depresyonun Çocuk Sayısına Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi	65
Tablo 70: Anne ve Babalarda Depresyonun Çocuğun Bakımına Destek Olan Birinin Varlığına Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi	65
Tablo 71: Anne ve Babalarda Depresyonun Eş İle Kan Bağı Olması Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi.....	65
Tablo 72: Anne ve Babalarda Depresyonun Çocuğun Yaşına Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi	66
Tablo 73: Anne ve Babalarda Depresyonun Çocuğun Özel Eğitim Dışında Bir Okula Gitme Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi	66
Tablo 74: Anne ve Babalarda Depresyonun Çocuğun Özel Eğitim Alma Süresine Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi.....	67

EKLER LİSTESİ

EK-A: Anket Formu

EK-B: İzin Formu

EK-C: Etik Kurul Kararı

EK-D: Özgeçmiş



ÖNSÖZ

Yapmış olduğum bu çalışmada her türlü bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Fatih BAL'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bugünlere gelmemde koşulsuz bir şekilde beni destekleyen başta aileme ve arkadaşlarıma, Nuri BEYAZYÜZ, Rıdvan KORKMAZ, Erdoğan MİLLİOĞULLARI Seyfettin AKTAŞ'a sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

İki yıllık yüksek lisans eğitimimde bilgi ve birikimlerini derslerde ve ders aralarında paylaşan İstanbul Gelişim Üniversitesi akademik kadrosuna ve özellikle Prof. Dr. Ahmet Ertan TEZCAN'a teşekkür ederim.

Ayrıca araştırmamı yaptığım Gülen Gözler Eğitim ve Rehabilitasyon Okulları genel müdürü Tahsin YILMAZ'a ve değerli öğretmen ve fizyoterapist arkadaşlarıma ve araştırmaya katılan velilere verdikleri desteklerden dolayı kendilerine teşekkür ederim.

GİRİŞ

Bu araştırmanın konusu engelli bireylere Sahip ebeveynlerin depresyon durumlarını incelemektir. Araştırma İstanbul'da Özel Gülen Gözler Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezindeki ailelere yapılmıştır. İki yıla yakın bir sürede rehabilitasyon merkezlerinde çalışmamdan dolayı bu konuyu seçtim. İçinde bulunduğum ortam ve engelli bireylere sahip ailelerin yaşadığı problemlere bizzat şahit olmam bu araştırma konusunu seçmemde yardımcı olmuştur.

Engelli çocukların doğumu aile bireylerini her alanda olumsuz etkilemiştir, ailelerin yaşam biçimlerini, sosyal çevrelerini, kendilerine ayırdıkları vakti olumsuz etkilediği bilinmektedir. Özellikle annelere bu konuda çok daha fazla yük düşmektedir. Engelli çocuğun doğmasıyla, eğitim, bakım, gibi başlıca sorunları annenin ilgilendiği bilinmektedir. Babalar ise engelle gelen sorumluluktan dolayı, yoğun üzüntü, kaygı, sorunu görmezden gelme yada ret etme gibi sorunları yaşamakta bunun dışında çocuğun artacak olan masrafları, babanın geleceğe yönelik maddi yükümlülüklerinde artması gibi sorunlarla karşılaşabiliyor.

Engelli bireylerin ailelerine yönelik çalışmaların gün geçtikçe arttığı görülmektedir. Araştırmalarda engelli çocuğa sahip anne ve babaların depresyon yaşadığına dair bilgiler verilmektedir. Engelli bireylerin doğumuyla ailelerin planlarında değişimler olması ve engelin derecesine göre beraberinde getirdiği sorunlar ailede; evlilik problemleri, eşle ve diğer aile bireyleriyle yaşanan iletişim sorunları, engelli çocuğun geleceğine yönelik korku, kaygı gibi sorunlar depresyonun belirleyicileri olarak görülmektedir.

Çocuğunun engelli olduğunu öğrenen anne, önceleri bu durumu kabul etmekte genelde zorlanır ve bu sorunu inkar etmeye veya gelip geçici bir sorun olduğunu kabul eder. Bu durum annede oluşan kaygı ve depresyon düzeyini sürekli artırır, ve anne özellikle duygusal ve davranışsal olarak zor bir sürece girer. Genellikle sinir, çaresizlik ve suçluluk duyguları anneye hakim olur.

Ailelerin genellikle engellilik ile ilgili herhangi bir deneyimleri yoktur ve çocuklarına nasıl davranmaları gerektiğini ya da nasıl ilgilenmesi gerektiği ile ilgili bir bilgi birikimine sahip değillerdir. Bu nedenle çabuk endişelenip ve ellerinden geleni yapmaya çalışırlar, çünkü bu durumun gelip geçici bir durum olduğuna inanırlar. Bundan dolayı çalışmamızı engelli bireylere sahip ailelerin depresyon durumlarını

incelemek, ailelerin duygusal süreçlerini anlayıp ve sunulması gereken hizmetin kalitesini artırabilmek üzere yapılmıştır.



BİRİNCİ BÖLÜM

PROBLEM, SINIRLILIKLAR, ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

1.1 Araştırmanın Amacı

Ülkemizde engelli bireylere yönelik Sosyal ve kurumsal yetersizlik söz konusudur. Bundan dolayı engelli bireylere sahip ailelerin sorunları, kendilerine sağlayabildiği olanaklar ölçüsünde çözüm bulabilmektedir.¹ Engelli bireylere ve ailelerine yapılan sosyal yardımlaşma ve diğer yardım kuruluşlarından habersiz olan aileler psikolojik, sosyolojik yâda ekonomik problemleri tek başlarına aşmaya çalışır. Maddi durumları yetersiz olan aileler bu durumu daha geç atlatırlar ve depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklara daha açık hale gelirler.

Araştırmanın amacı engelli bireylere sahip ebeveynlerin depresyon süreçlerinin incelenmesidir. Araştırmadaki temel amaçlardan bir tanesi olarak ta ailelerin engelli çocuk yetiştirirken ne düzeyde psikolojik olarak yıpranmalarını incelemektir. Ailelerin depresyona girmelerinde engelli bir bireye sahip olmaları arasında bir ilişkinin olup olmadığını belirlemeye çalışmaktır.

1.2 Araştırmanın Önemi

Engelli bireylere sahip aileler diğer sağlıklı ailelere göre daha fazla problemler yaşıyorlar. Sağlıklı çocuklar bile aileler için zorlayıcı olurken, engelli çocuklar aileleri için çok daha zorlayıcı olabiliyor.

Aile İçinde engelli bir bireyin var olması, aile işleyişinde, aile üyelerinin rollerde ciddi değişiklikler yapabilen, aile içindeki hissiyatı olumsuz yönde etkileyebilen ekstra bir stres sebebi olur.

Yürütülen çalışmalarda Engelli bireylere sahip ailelerde, aile içi stres düzeyinin çok yüksek olduğunu, depresyon, umutsuzluk ve tükenmişlik belirtilerinin görüldüğü saptanmıştır.² Herhangi Bir ailede, Engelli bir çocuğun doğumu o ailenin yaşam biçimini çok önemli bir biçimde etkiler. Aileler bu duruma hazırlıklı olsalar bile doğan engelli çocuk bu ailenin yaşam tarzını, hayatı algılayış biçimini ve daha birçok

¹ Selim Karyerlioğlu, Zihinsel Engelli Çocuklara Sahip Ailelerde İletişim Sorunları, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kurumlar Sosyolojisi Anabilim Dalı, İzmir, 2002, s. 9, **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**.

² Tolga Duygun Ve Nihan Sezgin, "Zihinsel Engelli ve Sağlıkçı Çocuk Annelerinde Stres Belirtileri, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Algılanan Sosyal Desteğin Düzeyine Olan Etkisi", *Türk Psikoloji Dergisi*, 2003, 18, (52), 37-52, s. 49.

durumunu oldukça etkileyecektir. Çünkü yeni doğan engelli çocuk ailede birçok durumun değişmesine sebep olacaktır ve aile bu değişime uymaya çalışacaktır.³

Yapılan araştırmalarda engelli bireylerin ailelerinin psikolojik durumları üzerine çok fazla bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmayla bundan sonra yapılacak araştırmalar için bir yol gösterici olacaktır. Elde edilecek bulgularla bundan sonraki alanlarda engelli bireylerle çalışan psikologlar, özel eğitim uzmanları ve benzeri meslek gruplarına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Ailelerin psikolojik durumlarının saptanması bundan sonra ailelere yönelik psikolojik danışma ile bu ailelerin, çocuklarının durumunu kabullenip onlarla daha iyi iletişim kurmalarının sağlanabileceği ve böylelikle psikolojik rahatsızlıklarız azaltılabileceği düşünülmektedir.

1.3 Hipotezler

H1: Farklı düzeyde eğitim durumuna sahip ebeveynlerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H2: Çalışan ve çalışmayan ebeveynlerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H3: Farklı düzeyde gelir durumunda sahip ebeveynlerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

1.4 Sayıtlar

Araştırmaya katılan anne ve babaların kendilerine verilen araçları samimiyetle ve objektif olarak cevapladıkları varsayılmıştır.

1.5 Sınırlılıklar

Araştırma İstanbul ili Özel Gülen Gözler Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezinde engelli çocuklara sahip anne ve babalara ulaşılarak yapılacaktır. Bu nedenle Türkiye popülasyonunu tam olarak yansıtmamaktadır.

Araştırmaya farklı etnik gruplar dahil edilmeyecektir sadece Türk vatandaşlarına uygulanacaktır.

Araştırma kapsamında yer alan anket / ölçekler ve ölçtüklere nitelikler ile sınırlıdır.

³ Havva Kaçan Softa, Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 2013, cilt., 21, 2, 590-600, s. 590.

Araştırmada yatırımcılara dair bilgiler, araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Form'nda yer alan sorularla sınırlıdır.

Kişilerin depresyon düzeyine ilişkin veriler Beck Depresyon Envanteri'nin kapsadığı niteliklerle sınırlıdır.

1.6 Tanımlar

Engel: Anne karnındayken ya da doğduktan sonra; mental, fiziksel, duygusal ve toplumsal kabiliyetlerini belli oranlarda yitirmesi sebebiyle sosyal çevreye ayak uydurma ve günlük yaşam becerilerini karşılamada problemleri olan sığınma, bakım veya rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine muhtaç duyan bireyi kapsar.

Depresyon: toplumda yaygın olarak görülen, bireyin içinde bulunduğu durumdan dolayı kendini mutsuz ve yorgun hissettiği, günlük işlere karşı isteksizlik, üzüntü ve yaşamdan zevk alamama durumudur. Bireyin içinde bulunduğu bu durum zamanla davranışlarda değişiklik meydana getirir.

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL VE KURAMSAL AÇIKLAMALAR

İkinci bölümde engellinin tanımı, engelli türleri, nedenleri ve depresyon hakkında bilgi verilmiştir. Engelli bireylerin durumlarını açıklayan modellere ve yapılmış araştırmalara yer verilmiştir.

2.1 Engellik

Anne karnındayken ya da doğduktan sonra; mental, fiziksel, duyuşal ve toplumsal kabiliyetlerini belli oranlarda yitirmesi sebebiyle sosyal çevreye ayak uydurma ve günlük yaşam becerilerini karşılamada problemleri olan sığınma, bakım veya rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine muhtaç duyan bireyi kapsar.⁴

2.1.1 Zihinsel Engellilik

Zihinsel engel, belirlenen standartların önemli düzeyde altında (IQ testine ortalama 70 ve altında) olması ve aynı zamanda, kendi ihtiyaçlarını karşılama, iletişim, ev hayatı, öz bakım, toplumsal-bireysel beceriler, Sosyal olanaklardan istifade etmek, zaman olgusunu kendi lehinde kullanma, okulla ilgili kabiliyetleri, mesleki, sağlık ve kendini koruma alanlarından en az ikisine sahip olamama ve işlevsiz olması aynı zamanda başlama zamanının 18 yaşından önce gerçekleşmiş olması ve farklı birçok etiyolojisiyle birlikte merkezi sinir sistemi işlevselliğine etki eden oldukça türlü patolojik aşamaların neticesidir..⁵

2.1.1.1 Zihinsel Engelliliğin Nedenleri

Engellilik şu Başlıklar altından ele alınabilir.

2.1.1.1.1 Doğum Öncesine Bağlı Olan Nedenler

Hamilelik döneminde annenin geçirmiş olabileceği ateşli hastalıkları, sağlıksız beslenme, radyasyona maruz kalma, hamilelik döneminde kullandığı ilaçlar çocukta engel durumu oluşturabilir. Ayrıca hamilelik döneminin ilk 3 ayında geçirilen bakteriyel ve viral enfeksiyonlar, travmalar, çocuğun düşmesine sebep olabilecek durumlar, annenin farklı metabolik sistemik hastalıkları, doğum kanalı ile ilgili

⁴ Süleyman Eripek, **Zeka Gerililiği**, Kök Yayıncılık, Ankara, 2005, s.167.

⁵ Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı **DSM-IV**, Çev, Ertuğrul Köroğlu, Amerikan Psiyatri Birliğı Hekimler Yayın Birliğı, Medikomat Basım Evi, Ankara, 1998, s. 40.

yapısal bozukluklar, psikolojik rahatsızlıklar, Aşırı sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanılması ya da akraba evliliğın olması, kan uyuşmazlığı, Genetik rahatsızlıklar, hormonal bozukluklar gibi olumsuzluklar engellilik kavramına yol açabilir.⁶

2.1.1.1.2 Doğum Sırasına Bağlı Olan Nedenler

Doğumu yapacak kişilerin uygun olamaması, çevresel koşulların yetersiz olması, doğum kanalı ile ilgili enfeksiyonlar, çocuğın geliş pozisyonuyla ilgili anormallikler, doğumun zorlu geçmesi forseps ve ya vakumla olması, çoğul gebelikler ve travmalar gibi olumsuz durumlar engelliliğın sebebi olabilmektedir. Doğumun zamanında gerçekleşmemesi erken ya da geç doğum olması, uzun süren doğumlar, doğum esnasında bebeğın fazla oksijensiz kalması da bebeğın ölmesine veya engelliliğine sebep olabilmektedir.⁷

2.1.1.1.3 Doğum Sonrasına Bağlı Olan Nedenler

Doğan bebeğın Metabolik, hepatik renal, dolaşımsal, hemotojik ve otoimmün sistemleriyle ilgili birçok tıbbi durum nörolojik sorunlar oluşturabilir. Çocukların düzensiz ve az beslenmesi, ciddi beyin sarsıntıları, bebeğın normal olmayan mekanlarda ve aşırı sesli yerlerde büyümesi gibi nedenler engelliliğe neden olabilmektedir.⁸

2.1.1.1.4 Diğer Nedenler

Günlük yaşantımızda oluşabilecek olaylar (trafik azaları, İş kazaları ev kazaları), Savaşlar, depremler, terör olayları ya da yakın akraba evlilikleri, yaşlılık, beslenme bozuklukları da diğer engellilik nedenleri arasında yer alır.⁹

2.1.1.2 Zihinsel Engelliliğın Sınıflandırılması

Zihinsel engelli çocuklarının kendi aralarında farklılık göstermesinden dolayı sınıflandırılmışlardır. Zihin engelinin farklı türlerde ve ağırlıklarda olmasından dolayı zihin engeli çocuklar ortak özelliklerine göre farklı gruplar altında ele alınmışlardır.¹⁰

Zihinsel engellilik tarihsel süreçler içinde farklı uzmanlıklar tarafından değişik şekillerde sınıflandırılmıştır.¹¹

⁶ Başak Tanrıverdi, İstanbul İli, Küçükçekmece İlçesinde Engelli Çocuğın Sahip Anne ve Babaların Durumluluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri ile Ebeveyn Stilleri Arasındaki İlişki, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2015, s. 6-9, **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

⁷ Tanrıverdi, a.g.e., s. 8

⁸ Çiğdem Kara, Zihinsel ve Fiziksel Engelli Çocukların Rehabilitasyonun Yönetimi ve Ailelerin Rolü, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2013, s.19. **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**.

⁹ Ayşe Ocakçı, vd., **Serebral Palsili (Beyin Felci) Çocuklar İçin Aile Rehberi**, Bizim Büro Basım Evi, Ankara, 1995, s. 8.

¹⁰ Begüm Çapa, Zihin Engelli ve Otistik Çocuğın Sahip Ailelerin Toplumsal Hayata Katılmada Yaşadıkları Güçlüklerin Karşılaştırılması, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2003, s. 6, **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**.

IQ(zeka Bölümü)	Tıbbi Tanı	Psikolojik Tanı	Eğitsel Tanı
70-55	Debil	Hafif Geri	Eğitilebilir
55-35	Embesil	Orta Geri	Öğretilebilir
35-25	İdiot	Ağır Geri	Bağımlı
25 ve altı	İdiot	Çok Ağır	Tam Bağımlı

2.1.1.2.1 Hafif Düzeyde Zihinsel Engeli Olanlar

Mental ve kavramsal, toplumsal yaşantılarında ve sosyal uyum konularında hafif düzeyde yetersizlikleri sebebiyle özel eğitim ile rehabilitasyon hizmetlerine kısıtlı seviyede muhtaç duyan bireylerdir. Bu gruba giren zihinsel engelli bireyler Normallerden Görünürde herhangi bir farklılık yoktur. ve çoğu zaman okulun akademik beklentilerini karşılayamazlar. Kendi kişisel bakımlarını yapabilirler ancak giysi seçimlerinde ya da alışveriş konularında yardım ihtiyaç duyabilirler. yaşadıkları yerlerde kolayca gelip gidebilirler ama başka birilerinin yardımını almadan bir Kentten başka bir kente yolculuk yapamazlar. Sözel kavramlarla iletişimde bulunabilirler. soyut ve metafizik konuları tartışamazlar, anlatımları sadedir. Başka insanlarla yarışma ve işbirliğine girebilirler, bazı grup etkinliklerine özellikle sosyal ve yaratıcı etkinliklere katılabilirler. Ama yüksek beceri gerektiren işlerde bulunamazlar. Bazı etkinlikleri kendileri başlatabilirler, görevler alabilirler yaklaşık 20 dakika dikkatlerini sürdürürler, dürüst ve sorumluluk alabilirler.¹²

2.1.1.2.2 Orta Düzeyde Zihinsel Engeli Olanlar

Bu Kategori Tüm zihinsel engellilerin %10'luk kısmını oluşturur. Bu gruptaki bireyler Ağır derece olmamakla beraber sıklıkla fiziksel engelde görülebilir. Bu bireyler Kendi ihtiyaçlarını karşılayabilir ve Basit günlük işlerini yerine getirebilirler. Okullarda kurallara uyabilirler, ama derslerinde başarısız olurlar. Erken fark edilip eğitilirse günlük bakımlarını bir kısmını bağımsız yapabilirler ve kısmı denetimle topluma ayak uydurup yaşamlarını sürdürebilirler.¹³

Akademik olarak okulda ikinci sınıf düzeyinin ötesine gitmekte problemler yaşayabilirler ama mesleki eğitim alanlarından faydalanıp kısmi destekle öz bakımlarını karşılayabilecek düzeye ulaşabilirler. Ergenlik döneminde sosyal

¹¹ Adnan Kulaksızoğlu, *Farklı Gelişen Çocuklar*, Epsilon Yayınları, İstanbul, 2003, s.74.

¹² Eripek, a.g.e., s. 169.

¹³ Füsün Jale Karaçengel, Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Anneler ile Sağlıklı Çocuğa Sahip Annelerin Atılganlık ve Suçluluk-Utanç Düzeyleri açısından Karşılaştırılması, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji İnsan Bilimleri ve Felsefe Anabilim Dalı, İstanbul, 2007, s. 5-10. (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

kurallara uyma problemleri, onların akranlarıyla olan ilişkilerini zedeleyebilir. Yetişkinlikte ise yeterli destekle topluma adapte olabilirler.¹⁴

2.1.1.2.3 Ağır Düzeyde Zihinsel Engelli olanlar

Bireyin Kişisel bakımı becerilerinin, öz bakım becerileri, toplumsal yaşam becerilerinin öğretimi de dahil olmak üzere yaşamı boyunca, hayatının her alanında yoğun destek hizmet ve gereksinimi özel eğitim olması halini ifade eder.¹⁵

Ağır düzeyde zihinsel engelli bireylerin zeka yaşları 3 yaştan 6 yaşa kadar çıkabilmektedir. Ağır düzeyde zihinsel engelli bireyler, birleşik cümlelerle iletişime geçebilirler, söyledikleri çoğu zaman anlaşılabilir. İşaretleri, sözcükleri bilirler, fakat herhangi bir uzun yazıyı okuyamazlar. Grupsal etkinliklere basit beden eğitimi oyunlarına katılabilirler. Belli bir eğitimden sonra arkadaşlık kurabilir ve sorumluluk alabilirler.¹⁶ Ağır düzeyde zihinsel engeli bulunan bireyler, çocukluk çağlarında konuşmayı azda olsa öğrenebilirler ya da ömür boyu konuşma becerisini kazanamayabilirler. Okul çağlarında konuşmayı öğrenebilirler ama ancak birincil ihtiyaçları konusunda eğitilebilirler. Yalnızca okul öncesi düzeyinde bir eğitim alabilirler çünkü ağır düzey zihinsel engeli bulunan bireyler zeka yaşları en fazla 6 yaşına kadar çıkabiliyor bu yüzden ileri bir eğitimin verilmesi uygun olmaz. Zihinsel engelle beraber eşlik eden başka bir sorun yoksa (bedensel) aile içinde toplum hayatına uyum sağlayabilirler.¹⁷

2.1.1.2.4 Çok Ağır Düzeyde Zihinsel Engelli olanlar

Zihinsel engelle beraber başka engellerinde bulunmasından dolayı kişisel bakım, günlük yaşam becerileri ve okuma yazma becerileri, kazanmadıklarından dolayı ömür boyu özel bakıma ve gözetime ihtiyaç duyulan zihinsel engel grubudur. İleri derecede mental yetersizliği olan bireylerin çoğunda zihinsel engele sebep olan özel bir nörolojik problem söz konusudur. Düzenli ve uygun bir eğitim verildiği takdirde motor gelişimleri, kişisel bakım becerileri ve konuşma becerileri geliştirilebilir.¹⁸ İleri derecede zihinsel engelli olan bireyler doğumda ya da doğumdan sonra fark edilir. Hayatları boyunca beslenme, boşaltım temizlik, hareket gibi ihtiyaçlarını bir başkasının yardımıyla yerine getirebilirler çünkü bu grupta

¹⁴ Aile Eğitim Rehberi, **Zihinsel Engelli Çocuklar**, T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Yayınları, Ankara, 2008, s. 21

¹⁵ Hafize Albayrak, Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Stresle Başa Çıkma Tutumları, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2005, s.18. (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

¹⁶ Eripek, a.g.e., s.170.

¹⁷ Karaçengel, a.g.e., s. 7.

¹⁸ Kulaksızoğlu, a.g.e., s. 76.

bulunan engellilerin zeka gelişimleri 0-2 yaş arasındadır. Zihinsel engel grubunun %1-2'sini ileri düzeyde zihinsel engeli bulunan bireyler oluşturur.¹⁹

2.1.2 Zeka Geriliği

Zeka geriliği; Çocukların gelişim dönemlerinde ortaya çıkan Topluma uyum ve davranışlardaki bozulmalarla beraber ortaya çıkan genel zihinsel faaliyetlerinin ortalamasının altında olması şeklinde tanımlanır. Zeka geriliği zihinsel yeteneklerin yetersiz bir şekilde gelişimidir.²⁰

Zeka geriliği, dil, biliş, motor ve sosyal beceriler gibi zekanın çeşitli boyutlarındaki bozulmayla ortaya çıkan ve çevreye uyum sağlamadaki becerilerinde yetersizlikle karakterize olan, toplumda %2-3 oranında var olan bir problemdir. Zeka geriliği muhtemel bir reel tedavi yöntemi olmayan ruhsal bir problemdir. Ayrıca mental engellilik bireyde ömür boyu süre gelen, kalıcı etkiler bırakan, gözlem, denetim, tedavi, özel bakım, rehabilitasyon gerektiren ve aile fertlerinin, hayatlarını, Maddi, toplumsal, duygusal, edimsel ve bilişsel yönlerden etkileyen ömür boyu süren bir problemdir.²¹

2.1.3 Down Sendrom

Down Sendromu bir hastalık değil bir kromozom anormalliğidir. Basit bir anlatım ile normal bir birey vücudunda mevcut olan kromozom sayısı 46 iken down sendromlu bireylerde bu sayı üç adet 21. Kromozom olması nedeniyle 47 olmaktadır. Down sendromu iyileştirilmesi gereken bir hastalık olmayıp genetik bir farklılıktır. Hücre bölünmesi sırasında 21. Kromozom çiftinde fazladan bir kromozom olmasından dolayı down sendrom meydana gelir. Down sendromuna neden olarak bilinen etmen hamilelik yaşıdır bu yüzden 35 yaş üstü hamilelikler risk yaşı olarak kabul edilir.

Down sendromu, Genellikle mental problemle beraber görülür. Kromozom bozukluğu; Kalp, işitme yetersizlikleri gibi organları etkilemektedir. Genetik nedenlerden dolayı zihinsel problemlere yol açmaktadır bu sendromu olan bebeklerin doğum yüzdesi çeşitli kaynaklara göre 600 de 1 veya 1000 de 1'dir.²²

¹⁹ Demet Gönener, vd., "Zihinsel Engelli Çocukların Evde Bakımı ve Hemşirelik Yaklaşımı", **Gazi Antep Tıp Dergisi**, 2010, 16 (2), 57-65, s. 59.

²⁰ Mehmet Okan ve Özlem Özdemir, "Çocuklarda Mental Retardasyon", **Güncel Pediyatri**, 2004, 3, 62-66, s. 62.

²¹ Tülay Ayyıldız vd., "Zihinsel Engelli çocuğa Sahip Annelerin Stresle Baş Etme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi", **Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi**, 2012, Cilt: 11, (2), s. 2

²² Raziye Erdem ve Pınar Ege, "Down Sendromlu Bireylerin Zihin Kuramı Gelişimi", **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimler Fakültesi Özel Eğitim Dergisi**, 2011, 12 (1), 23-36, s. 24-27.

Down sendromu İnsanlarda en çok görünen Kromozom bozukluğudur. Her türlü ırktan, yaştan ve ekonomik seviyedeki insanları etkileyebilmektedir. Zeka geriliği yapması ve erken yaşta ölümlere sebep vermesinden dolayı önde gelen toplumsal sorunlardandır. Down sendromu gebelik döneminde bazı testler yaparak tanınabilmekte ve bu sayede ailelere gebeliği devam ettirme ya da sonlandırma seçeneği sunabilmektedir.²³

Down sendromlu çocuklar iletişime açık güler yüzlü çocuklar olmalarından dolayı kolay çocuk olarak değerlendirilmektedir. Down sendrom tanısı alan çocukların erken tanı konulması ve eğitime başlanması çocuk gelişimi için yardımcı olacaktır.

Down sendromlu çocukların konuşma yetilerini iyi kullanabilmeleri, ince motor becerilerini kazanmaları için erken dönemde fark edilip özel eğitime tabi tutulması gerekmektedir.²⁴

2.1.4 Otizm

Otizm yaşamın ilk yıllarında 2 ya da 3 yaşı gibi dönemlerde ortaya çıkan yaşam boyu süre gelen, iletişim ve etkileşim konularında gözle görülebilir gecikme, sapmalar ve sınırlayıcı ilgi alanları ile ortaya çıkan bir gelişimsel bozukluktur.

Otizmlilerde dil gelişimi, sosyal beceri ve davranış konularında sorun yaşayabilirler. Genellikle arkadaşlık etmek ya da istenenleri yapmak konusunda güçlükler yaşayabilirler. Otizm bir içe kapanıklık olduğu için bazı durumlarda aşırı üzgün olabilirler, onu neyin etkilediğini ifade edemeyebilir ve nasıl sakinleşebileceklerini bilemezler. Mecaz anlam ifade eden cümleleri anlayamayabilirler. Düzenli bir eğitim verildiği takdirde ve çevrelerinde gerekli desteği almaları halinde bu durumla daha kolay baş etmeyi öğrenebilirler.²⁵

Otizimde kabul gören tanısal ölçütleri, DSM V(Amerikan Psikiyatri Birliği) ve ICD (Uluslararası Hastalık Sınıflandırılması),WHO (Dünya Sağlık Örgütü) gibi kurumlarca kabul görmüştür. Ölçütleri olan, uzmanlarca otizmle ilgili araştırmalarda bu tanı ölçütleri kabul edilmektedir. Bu ölçütler aşağıda DSM V'e göre kapsamlı bir şekilde verilmiştir.

²³ Alin Başgül Yiğiter ve Zehra Neşe Kavak, "Anne Karnında Down Sendromu Tanısına Güncel Yaklaşımlar ve Bir Olgu Sunumu", *Türk Aile Hekimler Dergisi*, 2006, 10, (4), 178-182, s. 179.

²⁴ Şebnem Aydın, Fiziksel ve/veya Zihinsel engelli Çocuk Annelerinin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2016, s. 12. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)

²⁵ Özge Eliçin ve İbrahim H diken, "Türkiye'de Yaygın Gelişimsel Bozukluklar Alanında Gerçekleştirilen Lisansüstü Tez Çalışmalarının Gözden Geçirilmesi", *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimler Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 2011, 12, (2), 17-44, s. 18

A.O esnada Ya da Öyküden Alınan Bilgilere göre, aşağıdakilerle kendini belli eden, farklı şekillerle toplumsal iletişim ve toplumsal etkileşimde süre giden eksikler:

1. Sosyal ve duygusal karşılık vermede eksiklik (sıra dışı toplumsal yakınlaşma, Karşılıklı iletişimde güçlük çekme, ilgilerini, düşüncelerini ve duygulanımı paylaşmada eksiklik, sosyal iletişime cevap verememe gibi yetersizlikler.)

2. sosyal iletişim için kullanılan sözel olmayan edinimlerini denetlemede eksiklik (sözel ve sözel olmayan iletişimde eksiklik; jest ve mimikler, uygun olmayan göz kontağı, beden dilini anlamakta yetersizlik, yüz ifadesi ve beden dilinde gözle görülür eksikler.)

3. ilişkilerini geliştirmekte, sürdürmekte ve anlamakta güçlük, Örneğin Değişik ortamlarda davranışlarını ayarlama güçlüğü, Hayali oyunlarda yetersizlik, arkadaşlık edinememe, yaşlılarına ilgi göstermeme gibi.

B. Aşağıda verilenlerden en az ikisinin olması ile kendini gösteren, sınırlı, tekrarlayıcı davranış örüntüleri, ilgiler ya da etkinlikler.

1. Kalıpsal ya da stereotipi motor hareketler, obje kullanımı veya konuşma (Basit motor stereotipiler, oyuncakları sıralama veya döndürme, Kendine has deyişler, ekolali)

2.aynılık konusunda ısrar etme, sıradanlığın dışına çıkamama, ya da ritüelleşmiş sözel ve sözel olmayan davranışlar, (küçük değişikliklere fazlaca tepki vermek, geçişlerde zorlanma, katı düşünce örüntüleri, selamlaşma, ritüelleri, her gün yaptığını tekrarlamak istemesi aynı yoldan gitmek, aynı yemeği yemek gibi.)

3. Aşırı yoğunlaşmak, odaklanmak, Aşırı derecede kısıtlı olmak, ilgi alanlarında değişkenlik göstermeme (sıradışı nesnelere aşırı bağlılık gösterme, aşırı tekrarlayıcı ve sınırlı ilgi alanları)

4. Duygusal olarak aşırı tepki gösterme yada düşük tepki verme, veya etrafın duygusal kısımlarına aşırı bir ilgi gösterme.(örneğin ağrıya, acıya aşırı duyarsız olma, birtakım seslere veya dokunuşlara karşı beklenmedik tepki verme, nesnelere fazlaca koklamak, veya fazla dokunmak, ışık ya da hareketlere görsel olarak aşırı büyülenme)

C. semptomlar Erken gelişim döneminde var olmalı (sosyal istek sınırlarını aşınca dek fark edilmemiş olabilir ya da sonraki yıllarda, öğrenilen yöntemlerle maskelenebilir).

D. Semptomlar sosyal, toplumsal, mesleki ve başkaca alanlarda klinik olarak önemli seviyede bozulmaya yol açmalıdır.

E. Bu bozukluklar, geçisi yeti kaybı ya da genel gelişimsel gecikme ile daha iyi açıklanamaz. Anlıksal yetiyitimi ve otizm açılımı kapsamında bozukluk genellikle birlikte ortaya çıkar. Otizm açılımı kapsamında bozukluk ve anlıksa yeti yitimi eş tanısı koymak için sosyal iletişim, genel gelişim düzeyine göre beklenenin altında olmalıdır

DSM V'e göre; DSM IV otistik bozukluk asperger sendrom bozukluğu ya da başkaca isimlendirilemeyen yaygın gelişimsel bozukluk tanısı almış olan kişilere otizm açılımı çerçevesinde bozukluk tanısı konmalıdır. Sosyal etkileşimde belirgin bozuklukları olan, ancak semptomları, otizm açılımı kapsamında bozukluk için farklı şekilde tanı kriterlerini karşılamayan kişiler, sosyal etkileşim bozukluğu yönünden değerlendirilmelidir.²⁶

2.1.5 Serebral Palsi

Serebral palsiyi ilk olarak 1861 yılında İngiliz ortopedist olan Dr. Willam Little tarafından tanımlanmıştır. Hastalığa da 'Little' adı verilmiştir. Dr. Willam Little, hastalığın zorlu geçen doğumlar sırasında oluştuğunu bildirmiştir. Sigmun Freud 1890'lı yıllarda serebral palsy üzerine araştırmalar yapmış ve bu hastalığın sadece doğum sırasında değil de hamilelik döneminde de oluşabileceğini belirtmiştir. Daha sonraki dönemlerde Burgess (1988) ve Phelps (1947) tarafından bu hastalık Serebral Palsi olarak isimlendirmişlerdir.²⁷

Serebral palsy; doğum öncesi, doğum sonrası ya da doğum esnasında oluşabilen bir beyin hastalığıdır. Olgunlaşmamış beynin çeşitli nedenlerden dolayı etkilenmesi neticesinde vuku bulan kalıcı, fakat ilerleyici olmayan bir çocukluk dönemi problemidir.²⁸

²⁶ Amerikan Psikiyatri Birliği, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, 5. Baskı, çev. Ertuğrul Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014,

²⁷ Ayşe Livaneli ve M Kerem Günel, *serebral Palside Fizyoterapi*, Pelikan Yayınevi, Ankara, 2009, s. 111.

²⁸ Gonca arı ve Mintaze Kerem Günel, "Serebral Palsili Çocuklarda Nörogelişimsel Tedaviye Dayalı Gövde Eğitiminin Kontrolüne Etkisi", *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 2015, 2, (3), 79-85, s. 80-81.

Serebral palsi beyin korteksindeki istemli hareketi başlatan üst motor nöronlarının zarar görmesinden dolayı oluşur. Klinik bulgular lezyonun tipine ve genişliğine, oluştuğu sürede, bulunduğu bölgeye ve sinir sisteminin zarar görmesine karşı gösterdiği uyuma göre değişir.

Motor fonksiyonlarındaki bozuklukla beraber, duyuusal bozukluk, zihinsel geriliklik, davranış ve konuşma bozukluğuyla beraber ağız ve diş problemleri de görülebilmektedir.²⁹

Serebral palsi Çocukluk döneminin en çok rastlanan gelişimsel motor bozukluğu olup 1000 doğumda 1.5-2.5 aralığında görülür. En çok görülen risk faktörü prematürelittir. Serebral palsi için son önerilen gruplandırma Spastik, diskinetik ve Atakstik şeklindedir. Serebral Palsi teşhisi klinik, semptomlara göre konulur. Postür ve tonusde geçici değişiklikler olabildiği için iki yaşından önce tanı konulması güçtür. Serebral palside tedavi spastisiteyi azaltmaya ve kişinin günlük bakım becerilerini geliştirmeye yöneliktir.³⁰

2.1.6 İşitme Engeli

Herhangi bir sebepten dolayı duymayan ve duyamadığı içinde konuşamayan kimseler işitme engelli bireylerdir. İşitme engellinin bir çok nedeni vardır; Hamilelik döneminde annenin geçirdiği kalıcı rahatsızlıklar, doğum esnasında yaşanan olumsuz durumlar, genetik rahatsızlıkların sebep olduğu çeşitli sendromlar, bireylerin geçirmiş olduğu menenjit, kabakulak gibi enfeksiyonlu hastalıklardan, yapılan kazalardan yada yaşa bağlı nedenlerden dolayı işitme kaybı meydana gelebilmektedir.³¹

İşitme kaybından dolayı seslerin algılanması zorlaşır ve bu nedenle dil becerilerinin ediniminde gecikmeler yaşanır. İşitme yetisindeki bozukluğu doğuştan getiren bireyler ya da dil ediniminden önce ortaya çıkması bireylerin dil ediniminde ciddi engeller yaratmaktadır. Aynı zamanda işitme kaybı derecesinin artması dil becerileri öğrenilmesini de olumsuz etkiler.³²

²⁹ Özgür Duman, vd, "Serebral Palsili Hastaların İşlevsel Kapasitelerine Göre Görme Sorunlarının Değerlendirilmesi", *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2005, 48, 130-135, s. 131.

³⁰ Ayten Yakut, "Serebral Palside Yeni Gelişmeler", *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrical Sciences*, 2008, 4, (4), 127-138, s. 129.

³¹ Dilek Kocabıyık, İşitme Engelli Öğrencilere Yönelik Türkiye ve İngiltere'de Uygulanan Ana Dil Eğitiminin Karşılaştırılması, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimler Enstitüsü, Türkçe Eğitimi Anabilim Dalı Türkçe Öğretmenliği Bilim dalı, Ankara, 2015, s. 8, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).

³² Arzu Efe, H, Pelin Karasu, "Kaynaştırma Eğitimine Devam Eden İşitme Engelli Öğrencilerin Yazdıkları Öykülerin İncelenmesi", *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 2017, cilt: 18, 1-26, s. 3.

İşitme, kişinin hemcinsleri ile iletişimde önemli bir yer tutar. Doğumla ya da sonrasında işitme kabiliyetini yitiren bireyler, bu yetenekten yoksun olmaları, konuşmayı öğrenmelerini engeller bu durum kişiler arası iletişimi de olumsuz etkiler. İletişim güçlüğünden dolayı zamanla anne baba çocuk bağlarının zayıflamasına yol açmakta, ebeveynler çocuklarıyla nasıl iletişim kuracağını bilmedikleri için bu durum işitme kaybı olan bireyi ailesinden uzaklaştırmakta ve giderek te toplumdan uzaklaşmasına neden olur.³³

2.1.7 Görme Engeli

Görme engeli; Doğumla ya da doğumdan sonra çeşitli nedenlerden dolayı, hastalık, kaza vb. gibi durumlarda olabilmektedir. Görme engeli olan kişiler çevrelerini algılamak yada bilgi toplamak için diğer duyularını daha fazla kullanıp dış dünyayla etkileşim halinde kalmaya çalışırlar. Görme yetisinin gelişmediği bireylerde dokunma başta olmak üzere işitme, koklama duyularını daha aktif kullanırlar. İşitme duyusu görme engellilerin çevrelerini tanımada ve onlarla iletişime geçmede önemlidir.³⁴

Gözlerinde tam ya da kısmi görme bozukluğu olan kişilerdir. Görme kaybıyla beraber renk körlüğü, gece körlüğü ve göz protezi kullananlarda bu gruba girerler.³⁵

Görme engelli bireylerle iletişime geçmek için kullanılacak belirli yöntemler vardır;

- A) Dokunma görme engelliler için çok önemlidir. Bu engele sahip bireylerin yanına gidildiğinde yada yanından ayrıldığında mutlaka dokunulmalıdır.
- B) İletişime geçen kişi, erişilebilir ve olumlu enerjiye sahip olmalı ve engelli bireyle iletişime geçebilmek için ortak işaretler geliştirilmeli. Ayrıca birey sözel olarak birkaç kelime anlıyorsa bu konuda cesaretlendirilmeli.
- C) Engelli bireyle yürürken onlara özgü hareketler geliştirilmeli.³⁶

Görme engelli olan birey, ya az gören yada hiç göremeyendir. Kör demek, bireyin hiç bir şey görmemesi anlamına gelmez. Az gören bireyler, nesnelere tam olarak fark edemezler ancak karanlık halinde gölgeler şeklinde görmektedirler.

³³ Mızgin Aslanoğlu, Otistik, Zihinsel, İşitme, Görme ve Bedensel Engelli Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Aile İçi İlişkilerinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2004, s. 5, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).

³⁴ Aile ve Tüketici Hizmetleri, **Engelli Bireyler**, Ankara, 2011, s. 12.

³⁵ Mustafa Öztürk, "**Türkiye'de Engelli Gerçeği**", Müsiad Cep Kitapları, İstanbul, 2011, s. 17.

³⁶ Nilgün Ulutaşdemir, "Engelli Çocuklarda İletişim ve Oyunun Önemi", **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, 2007, cilt: 2, 5, s. 46.

Görme engelli bireylerinde doğal bir şekilde büyümesi ve topluma uyum sağlaması mümkündür ama anne babalar ve diğer aile üyeleri, suçluluk duygularından kaynaklı bir şekilde, bireylere sempati ve acıma duygusu ile yaklaşabilmektedir. Bu tutum bireylerin gelişimini olumsuz yönde etkiler. Görme yetersizliğinin derecelerine bağlı olarak, görme güçlüğü'nün anlamı değişmektedir.³⁷



³⁷ Aslanoğlu, a.g.e., s. 6.

2.2 DEPRESYON

Depresyonun ilk tanımları milattan önce 4. Yüzyılda yaşamış olan tıbbın babası olarak da bilinen Hippocrates'e Dayanmaktadır. Hippocrates, Melankoliyi açıklarken de nedeninin dalaktan fazla üretilen siyah safra olduğunu söylemiştir. Depresyonla baş edilebilmesi için günümüzde halen kullanılmakta olan gevşeme tekniklerini ve sağlıklı yaşam stratejilerinin geliştirerek organizmanın dengesini tekrardan kurmasını önermiştir.

Depresyon, bireyleri duygusal, düşünce ve davranışsal yönde olumsuz etkileyen, günlük yaşantılarını kötü etkileyip sürdürülebilirliği imkansız hale getiren, kişisel, sosyal ve meslek işlevselliğini ortadan kaldıran, şiddeti kişiden kişiye farklılık gösteren bir duygu durum bozukluğudur.³⁸

Depresyon karamsarlık, umutsuzluk, kötümserlik, üzüntü, dert, keder, isteksizlik, yalnızlık, kişiliğe ilişkin olumsuzluk, kendi canına kıyma eğilimi, ilgi kaybı ve karar verememe gibi semptomları içerir. Depresyonlarda halsizlik, güçsüzlük, huzursuzluk ayrıca bedensel ve fizyolojik yakınmalarda mevcuttur.³⁹

Depresyon pesimist olma ya da kederli olmanın ötesinde çok uzun zaman devam eden bir durumdur. Keder, üzüntü, bitkinlik, isteksizlik gibi nedenler bir yıl içinde bitse de çok ağır durumlarda veya uzun sürdüğünde depresyonla karşılaşılabilir. Ana farkı ortaya koyan çalışmalarda en önemli faktör ise 'kendini suçlama durumu'nun ayırt edici olduğuna işaret etmektedir. Depresif kişiler değersizlik hissi içerisindeyken kederli kişilerde ise bu yoktur. Öte yandan depresif olan bireylerde kendine ve diğer bireylere karşı olumsuz duyguların kognitif kontrolü azalmıştır. Depresif Dönemde en çok görülen temel belirtiler; üzüntülü olma, çökkün olma bunaltan duygu durum, isteksizlik, ilgide azalma, eskiden zevk alınan durumlardan eskisi kadar zevk alamama, enerjide düşüş, çabuk yorulma, dikkati sürdürmede düşüş, dalgın olma, yetersizlik, değersizlik, kendini suçlama düşünceleri, olumsuz düşünceler, uykuda artma ya da azalma, iştahta azalma ya da artma, aşırı kilo alma ya da zayıflama, bedensel olarak yavaşlama, cinsel isteksizlik, intihar ve ölüm düşünceleridir. Aynı zamanda bulgularla beraber depresyon tanısı konulurken geleceğe dair üzüntü hali ve daha önce zevk alınan eylemlerden zevk

³⁸ Murat Doğan, "Depresyonda Bilişsel Terapi Yaklaşımı: Temel Boyutlar ve Açıklamalar", *Sosyal Bilimler Dergisi*, 2001, 61-103, s. 62.

³⁹ Hülya Okutan, Zihin Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Yaşam Doyumlarının İyimserlik ve Psikolojik Belirti Düzeyleri Açısından İncelenmesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimler Enstitüsü Özel Eğitim Anabilim Dalı, Konya, 2016, s. 60-68. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).

alınamama belirtilerinden biri olmak zorunda ve belirtiler şiddetli, sık ve uzun süreli olması gerekmekte ve en az 15 gün sürmesi gerekmektedir.⁴⁰

2.2.1 Depresyonun Belirtileri:

Depresyonda olan bireylerde, hoşlandığı şeylerde azalma ve ilgi yetimi, kendini mutsuz ve üzgün hissetme, aşırı kilo alma yada kilo verme, sürekli uyuma problemleri gibi semptomlar görülebilir.

Dsm 5'e göre Major Depresyon Bozukluğu tanısı konulabilmesi için bazı tanı kriterlerini karşılaması gerekir.⁴¹

1. Hemen hemen her gün, günün tamamına yakınında süren depresif duygudurum.
2. Etkinliklere katılmada ilgisizlik ve haz duyamama.
3. Çok kilo alma yada verme.
4. Fazla uyuma ya da uyuyamama.
5. Psikomotor ajitasyon veya reterdasyon
6. Sürekli yorgun hissetme, bitkinlik ve enerji kaybı.
7. Kendini değersiz görme ve sürekli suçluluk hissi.
8. Karar vermede güçlük ve dikkati toplamada zorlanma yaşaması.
9. Sürekli ölüm düşünceleri, kendini öldürmeyi tasarlamak.

Daha önceki işlevselliğinden bir değişikliğin olmasıyla birlikte İki haftalık dönem boyunca, bu belirtilerden en az beşinin yada daha fazlasını bulunması gerekir.

2.2.2 Depresyonun Tedavisi

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde en çok görülen psikiyatrik rahatsızlığın başında depresyon gelir. Bunun sonucunda ortaya çıkan problemler göz önüne alındığında sağlık çalışanları, hususen ruh sağlığı ve psikiyatri çalışanları yönünden dikkatle incelenmesi gereken bir mevzudur. Depresyonun tedavisi için farmakolojik tedavinin yanında psikososyal girişimlerin etkinliği belirtilmiştir.⁴²

Depresyon tedavisinin aşamaları

⁴⁰ Orhan Öztürk ve Aylin Uluşahin *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 2*, Nobel Tıp Kitapları, İstanbul, 2014, s. 370

⁴¹ Amerikan Psikiyatri Birliği, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı*, 5. Baskı(DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, Çev. E. Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.

⁴² Ceyda Başoğlu ve Kadriye Buldukoğlu, "Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, Antalya, 2015, 7, (1), 1.15, s. 5.

1. Tedavi amacının belirlenmesi
2. Tedaviye yönelik uygun farmakolojik seçimin yapılması
3. Eşlik eden rahatsızlıkların giderilmesine yönelik çalışmalar
4. Kendine zarar verme riskinin belirlenmesi
5. Hastanın işbirliği yapmasının sağlanması
6. Tedavi sürecinin değerlendirilmesi
7. Antidepresan ilaçların uygun miktar ve uygun süre boyunca kullanımının sağlanması
8. Hastayı oluşabilecek yan etkilere karşı bilgilendirme
9. uygun olduğu belirlenen tedavi yönteminde sürerliliğin sağlanması
10. Hastanın psikoterapi ihtiyacının belirlenmesine yönelik değerlendirme yapılması.⁴³

2.2.2.1 Antidepresan İlaç Tedavisi

Antidepresanlar başta depresyon olmak üzere birçok psikiyatrik hastalığın iyileştirilmesinde kullanılmaktadır. Kimi durumlarda uzun süre ve hatta ömür boyu kullanım gerekliliği söz konusu olması sebebiyle antidepresan seçerken hastanın psikiyatrik tanısı ile birlikte fiziksel hastalıkları, ortaya çıkabilecek yan etkileri göz önünde bulundurmak gerekir.⁴⁴

2.2.2.2 Elektrokonvülsif Tedavi (EKT)

EKT'nin şiddetli depresyonda etkili olduğu bilinmektedir. Fakat EKT Genelde ilk seçenek olarak depresyonda kullanılmaz. Çoğunlukla yetersiz/kısmi yanıt alınan hastalarda uygulanır.

Elektrokonvülsif Tedavi Psikomotor retardasyon ve psikotik özellikli depresyonlarda iyi yanıt verir. Depresif sanrıları olan kişilerde genellikle antidepresanlar fazla etkili olmaz. Yapılan araştırmalar depresyon şiddetinden çok

⁴³ Sibel Örsel, "Depresyonda Tedavi: Genel İlkeler ve Kullanılan Antidepresan İlaçlar", *Klinik Psikiyatri*, Ankara, 2004, 4, 17-24, s. 19.

⁴⁴ Mehmet Latif Güneş, vd., "Antidepresan İlaçların Gastrik Ülser Üzerine Etkileri", *Dicle Tıp Dergisi*, 2013, 40 (4), 691-699, s.692.

psikotik özelliklerin ve psikomotor bozuklukların EKT'ye iyi yanıt ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir.⁴⁵

2.2.2.3 Işık Tedavileri.

Kış depresyonuna maruz kalan bireylerde yüksek oranda parlak beyaz ışığın depresyon semptomlarına olumlu yönde etki ettiği gözlenmiştir. Işık tedavisi, tedaviyi uygulayan uzman tarafından sabah ya da akşamları 30 dakika seanslarla uygulanmaktadır⁴⁶

2.2.2.4 Psikoterapiler

Depresyon ve diğer bilişsel bozukluklarda psikoterapi uygulamaları tedavinin etkililiği açısından çok önemlidir. İlaç tedavisi ile birlikte psikoterapi uygulamalarının yapılması başarıyı artırır.⁴⁷

2.2.2.5 Psikoterapötük Yaklaşım

Psikoterapötük yaklaşımla, doktor ve hasta arasındaki ilişki ile çaresizlik hissinin önüne geçilebilir ve gelecek hakkında olumlu düşüncelerin oluşumu sağlanabilir. Psikoeğitim bilişsel hastalıklarda tedavi sürecinde tanıdan sonraki ilk adımdır. Psikoterapötük yaklaşımlar tıbbi gereksinimlere yönelik eğitimlerin yanında depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi ruhsal tabloların tanıtımı ve tedavisi de eklenmelidir.⁴⁸

2.2.2.6 Davranış Terapisi

Davranış terapisinde etkinlik çizelgeleri, sosyal ve toplumsal beceri eğitimi ve problemler ile başa çıkma teknikleri kullanılabilir. Depresyonun ilk aşamalarında ilaç tedavisi ile birlikte uygulanan davranış terapisinin tedavinin gidişatını olumlu yönde etkilediği gözlemlenmektedir.⁴⁹

⁴⁵ Nesrin Buket Tomruk ve Timuçin Oral, "Elektrokovulsif Tedavinin Klinik Kullanımı: Bir Gözden Geçirme", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, İstanbul, 2007, (4), 302-309, s.305.

⁴⁶ Hayriye Elbi Mete, "Kronik Hastalık ve Depresyon", *Klinik Psikiyatri*, İzmir, 2008, 11, (3), 3-18, s.7.

⁴⁷ Cengiz Güleç, "Transkültürel Açından Psikoterapiler", *Hacatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı*, Ankara, 1999, 1, 5-11, s. 7

⁴⁸ Mete, a.g.e., s. 5

⁴⁹ Meral Demiralp ve Fahriye Oflaz, "Bilişsel-Davranışçı Terapi Teknikleri ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007, 8, 132-139. s. 135,

2.2.2.7 Bilişsel Davranışçı Terapi

Kişinin kendisi, çevre ve gelecekle ilgili inanç ve tutumlarının değiştirilmesini hedefleyen bir terapi modelidir. Hafif orta düzey depresyonlarda ve belli bir düşünce biçiminin egemen olduğu hastalarda yararlı bulunmuştur⁵⁰

Bilişsel Davranış Terapisi, psikoloji alanına ilk kez 20. yüzyılın ilk dönemlerinde, davranışçı kuram ile birlikte girmiştir. Davranışçı yaklaşım ortaya çıktığında yaklaşık olarak 40 yıl psikanalizin gölgesinde kalmıştır. Bilişsel davranış terapisi 1950'lerden sonra etkisi artarak psikanalizin yerini almaya başlamıştır. Modern davranışçı yaklaşımın başlangıcı aslında 1800'lerin sonlarındadır. Davranışçı yaklaşımın akımını Pavlov'la başlatabiliriz. 1890'lı yıllarda davranışçı yaklaşımın ilk büyük kavramı olarak klasik koşullanmayı keşfeden Pavlov modern davranışçı yaklaşımın temellerini atmıştır.⁵¹

2.2.2.8 Evlilik Terapisi ve Aile Terapisi

Toplum yapısının temeli olan evlilik ve aile ilişkilerini hedef alan bir terapi modelidir. Davranışçı yaklaşım, psikoeğitim, stratejik evlilik terapisi gibi modeller uygulanmaktadır. Aile terapisinin tek bir annesi yada babası yoktur ailenin bir çok üyesiyle yapılan terapi yöntemidir. 1950' den itibaren pek çok kişinin katkılarıyla var olmuştur. 1970 lerde büyük bir çıkış yakalamıştır. Evlilik terapisinin önde gelen kişileri arasında Ackerman, Bateson, Jackson, Salvador Minuchin, Bowen , Whitaker Framo, Haley, Watzlawick gibi kişiler sayılabilir.⁵²

Depresyona maruz kalan kişiler aile işlevselliğinin birçok alanında sorunlar yaşamaktadırlar. Ebeveynlerin depresyona maruz kalması ebeveynlik becerilerinin olumsuz etkiler bu durum aile içinde yüksek stres ve aile içi çatışmaya sebep verir bundan dolayı aile odaklı yaklaşım sağlayan aile terapisi veya aile terapisi ile bireysel psikoterapi ve farmakoterapinin birleşimi önerilmektedir.⁵³

2.2.2.9 Grup Psikoterapisi

Grup terapisi psikolojik destek ihtiyacı olan bireylerin bir araya gelerek karşılıklı paylaşım içinde buldukları ve depresyon tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir.⁵⁴

⁵⁰ Ömer Şenormancı, vd., "İnternet Bağımlılığı ve Bilişsel Davranışçı Terapisi", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2010, 11, 261-268. s. 263.

⁵¹ M. Hakan Türkçapar ve A. Emre Sargın, "Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Tarihçe ve Gelişim", *Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler ve Araştırmalar Dergisi*, 2012, 1, 7-14, s.12

⁵² Yeşim Korkut, "Aile Danışmanlığı ve Aile Terapisi Hizmetleri", *Psikoloji Çalışmaları Dergisi*, 2001, 22, 111- 133, s.114

⁵³ Başoğlu ve Buldukoğlu, a.g.e., s.7

⁵⁴ Servet Kaçar Başaran ve Serap Tekinsav Sütçü, "Panik Bozukluğun Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Etkililiği: Sistemik Bir Gözden Geçirme", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2016, 8, (1), 79-94, s.80

Hafif ve orta derece depresyonu olan bireylere yapılan grup terapisi ile birlikte ilaç tedavisi çok kısa zamanda çok başarılı sonuçlar vermiştir. Sadece ilaç verilen hastalarda iyileşmenin yavaş ama ilaçla beraber grup terapisi yapıldığı zaman daha erken ve daha başarılı sonuçlar alınır. Grup psikoterapisi hastaların kişisel gelişimlerinde faydalı olduğu görülmüştür⁵⁵

2.2.2.10 Kişilerarası Terapi

Özellikle kişilerarası problemlerin çözümü ile ilgilenen, depresyon belirtilerin azalmasını ve kişilerarası etkileşimin düzelmesini hedefleyen kısa süreli bir tedavi yöntemidir. Aynı zamanda kişilerin stresle nasıl baş etmeleri gerektiğini ve sosyal destek sistemlerini geliştirmelerine yardımcı olur. Bu terapi yöntemi ilk olarak 1970' te ABD'de Weismann ve Klerman tarafından majör depresyonun akut tedavisinde ve bipolarlarda kullanılmaz üzere geliştirilmiştir. Kişiler arası psikoterapi depresyonu olan birçok toplumda kullanılmıştır. Hem antepartum hemde postpartum depresyonu olan kişilerde etkili olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur.⁵⁶

2.2.2.11 Psikodinamik Psikoterapi ve Psikanaliz

Psikanaliz Freud'un araştırma bulgularını temel alan, psikolojik kuramlar ve yöntemler bütünüdür. Psikanaliz, hastaların mental süreçlerinin ile bilinçdışı unsurlar arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmaya çalışan bir psikoterapi yöntemidir. Psikanalistin ve psikanalizin amacı; hastayı olumsuz yönde etkileyen bilinçdışı etkileşimleri farkına varmasını sağlamaktır.⁵⁷

2.2.3 Engelli Bireylere Sahip Annelerde Depresyon

Engelli çocuğa sahip olmak aşırı uyum gerektiren, anne babanın yaşamının sınırlandırılmasına neden olan problemlili bir durumdur. Engelli çocuğa sahip olan ailelerin yaşadığı güçlükler, aile üyelerinin anksiyetesi, maddi sıkıntılar, sosyal etkinliklere katılımda azalma, engelli olan çocuğa karşı sosyal çevrenin tavrı ve yetersiz bilgi olarak belirtilmiştir. Ama anne bu problemlerin çözümünde babadan daha fazla ve daha etkin rol almaktadır.⁵⁸

Engelli çocukların bakımını çoğunlukla anneler yüklenir, bu nedenden dolayı anneler psikolojik sorunlara, depresyona daha açık hale gelirler. Yapılan araştırmalarda zihinsel yada bedensel engelli çocuğa sahip ailelerde çocuğun

⁵⁵ Gülfizar Sözeri Varma vd., "Depresyon Tedavisinde Grup Psikoterapisi ve Psikodramanın Yeri", *Klinik Psikiyatri*, 2017, 20, 308-317, s.309.

⁵⁶ Gamze Ergil Altın, "Perinatal Depresyon Tedavisinde Kişilerarası Psikoterapi", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012, 4, (2), 188-203, s.193

⁵⁷ Emin Oryal Taşkın, "Psikanaliz ve psikanalitik Psikoterapi", *Türkiye Klinikleri*, 2009, 2, (2), s. 6

⁵⁸ Sevgi Şengül ve Hayriye Baykan, "Zihinsel Engelli Çocukların Annelerinde Depresyon, Anksiyete ve Stresle Başa Çıkma Tutumları", *Kocatepe Tıp Dergisi*, 14, 30-39, s. 32.

bakımından çoğunlukla anne sorumlu olur. Bundan dolayı anneler diğer rollerinden vazgeçerler, sosyal aktivitelere katılımda ve sosyal yaşamlarında ciddi azalma olduğu görülmektedir.⁵⁹

Araştırmalarda engelli bireylerin bakımlarını genelde annelerin üstlendiği, bundan dolayıda annelerin strese, depresyona ve anksiyete yaşadığı ve bu durumun yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda annelerin genel ruhsal belirti ve sırasıyla depresyon, somatizasyon, paranoid düşünce, düşmanlık, öfke ve psikotizm yönünden psikolojik belirti gösterdikleri aynı zamanda maddi durumlarının kötü olması annelerin ruhsal belirti gösterme düzeyini etkileyen önemli bir değişken olduğu belirlenmiştir.⁶⁰

Otizm Spektrum bozukluğu tanısı olan çocukların ailelerine yapılan bir araştırmada: annenin eğitim seviyesi, herhangi bir mesleğe sahip olma durumu, eşinin eğitim seviyesi, ekonomik durumları, toplam sahip oldukları çocuk sayısı, otizm spektrum bozukluğu tanısı olan çocuğun durumunu ilk önce fark eden kişi, çocuklara doğumdan itibaren ilgilenen kişi, bakıcı desteği alıp almama ve otizm derecesini algılama değişkenlerinin, bu annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyini ve depresyonlarını yordadığı sonucunu ulaşılmıştır.⁶¹

Diğer engel türlerinde olduğu gibi down sendromlu çocukların ailelerinde de duygusal durum benzer süreçlerden geçmektedir. Ebeveynlerin engelli çocuklar karşısında farklı tepkiler verebilirler. Bu tepkiler; şok, kabul etmeme, üzüntü, kırgınlık, suçluluk, endişe, ani krizler, sosyal çevrenin sergilediği tavırla karşı karşıya gelmekte kaçınma, düş kırıklığı, kendine olan güvende azalma gibi kimi duyguları ve tepkileri sergilediklerini göstermektedir. Ama down sendromun daha erken tespit edilmesi, anne karınıdayken bilinmesinden dolayı bu duygusal problemlerin erken yaşanmasına yada bu sürece erken hazırlanmasına imkan sağlayabilmektedir.⁶²

⁵⁹ Mehtap Metin Karaaslan, Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Ebeveynlerin Psikolojik Durumları İle Bakım Yükünün Değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bölümleri Enstitüsü, Erzurum, 2015, s.13 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

⁶⁰ Arzu Yıldırım vd., "Engelli Çocukların Annelerinin Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi", *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2012, 20, 200-209, s.206

⁶¹ Ertan Görgü, 3-7 yaş Arası Otistik Çocuğa Sahip Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2005, s.23 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**)

⁶² Gül Çandır, 4-24 Yaş Arası Otizm Spektrum Bozukluğu ve Down Sendromu Tanısı Alan Çocukların Annelerinde Depresyon, Anksiyete, Stres ve Baş Etme Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2015 s. 33 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**)

2.2.4 Engelli Bireylere Sahip Babalarda Depresyon

Aileler çocuklarının engelli olduklarını öğrendiklerinde ebeveynlik görevlerinin ötesinde değişik derecelerde stres yaratan durumla karşı karşıya kalırlar, anne yetersizliği olan çocuğun bakımı ile ilgilenen baba artan maddi sıkıntılar nedeniyle daha çok çalışmak zorunda kalır. Baba daha önce bu durumu yaşamadığından dolayı psikolojik sorunlara karşı daha açık hale gelir.⁶³

Engelli çocuklarda genel olarak çocuğun bakımını üstlenen ilk kişi anne olduğu için aile içindeki diğer bireylerde daha fazla psikolojik sorunlar yaşarlar. Diğer aile üyelerinde, psikolojik sorunlar daha az görülür. Çünkü anne çocuğun büyümesinde diğer bireylerden daha fazla sorumluluk alır ve daha fazla efor harcar.

Annelerle babalar kıyaslandıkları zaman babaların çok daha az bakım aktivitelerine katıldıkları ortaya çıkmaktadır.⁶⁴

Engelli çocuğa sahip olan ailelerin; ebeveynlerin anne baba rolleri, toplum içindeki rolleri, özel yaşamları, mesleki yaşamları, ailenin yapı ve işleyişi, ekonomik durumları gibi konular üstünde ciddi düzeyde etkili olabilmektedir. Anne ve babalar engelli çocuktan dolayı birbirlerini suçlayabilirler ve bu durum ailenin içinde bulunduğu durumu daha da gergin hale getirebilmekte, ebeveynlerin boşanması, içki kullanımı ailelerin depresyona girmesi gibi durumlar üzerinde etki yaratabilmektedir.

Yetersiz olan çocukların özel bakım gereksinimleri, eğitim sürecinde karşılaştığı güçlükler, tedavisi, gittikçe maddi ihtiyaçların getirdiği yeni yük aile bireylerinin hayatlarındaki zevklerden kısıtlamaya gitmesine neden olur. Bundan dolayı diğer aile bireyelerine ayrılan vaktinde git gide düşmesine sebebiyette verir. Yine bu çocukların engelleriyle ilgili toplumsal tutumlar, ailenin çevresi ve sosyal çevre ile ilişkilerde zorluklara, çocuğun gelecek yaşamı ile alakalı korkular ve belirsizliklerin varoluşu ise anne ve babalarda kaygı, depresyon gibi sorunların ortaya çıkmasına sebebiyet vermektedir.⁶⁵

Babalar engelle gelen sorumluluktan dolayı, aşırı üzüntü, endişe, engeli görmezden gelme ya da kabul etmeme gibi sorunları yaşamakta bunun dışında çocuğun artacak olan masrafları, babanın geleceğe yönelik maddi yükümlülüklerinde artması gibi sorunlarla karşılaşabiliyor. Babaların çoğunlukla

⁶³ Ayşegül Bilge, vd., "Engelli Yakınlarına Verilen "Stresle Baş Etme ve Yaşam Doyumunu Artırma", Eğitiminin Etkinliğinin Belirlenmesi", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 3, (1), s. 617.

⁶⁴ Şengül ve Baykan, a.g.e., s.33

⁶⁵ Karaaslan, a.g.e., s. 15

uzmanlarla ilişki kurmaktan kaçındıkları, çağırılan görüşmelere gitmek istememeleri ve ilgisel sorumlulukları paylaşmaktan kaçındıkları görülmüştür.⁶⁶

2.2.5 Engelli Bireylere Sahip Ailelerin Yaşadıkları Zorluklar

Ebeveynlerin Ekonomik durumları, eğitim seviyeleri, evlilik uyumları, meslekleri, sosyal güvencelerinin olup olmaması, bireylerdeki fiziksel ya da bedensel engelliliğin düzeyleri, engellilerin yaşı, süresi, engelin devamlılık teşkil etmesi, tıbbi ihtiyacın fazla olması, gibi nedenler anne babanın engellilik durumunu benimseme düzeyini, algılama, engelli bireye uyumunu ve ebeveynlerin farklı alanlardaki stres düzeylerini etkilemektedir.⁶⁷

Çocuklar genelde annenin başarısı ya da başarısızlığı olarak görülür. Engelli olan çocuklar genelde annenin başarısızlığından dolayı görülür ve anne çevresi tarafında suçlanır hatta anne aşağılanabilmektedir. Bundan dolayı annenin duyguları olumsuz etkilenmekte, annelerin kendilerini suçlu ve mutsuz hissetmeleri, ailenin diğer üyelerinden daha fazla stres yaşamasına neden olur.⁶⁸

Ebeveynler üstesinden gelemedikleri bir sorunla karşılaştıkları zaman çeşitli duygusal tepkilerde bulunurlar. Bu durum aile işleyişini etkiler ve değiştirir. Engelliliğin türü ne olursa olsun, engelli bir çocuğa sahip aileler genellikle engelliliğe uyum süresinde bazı aşamalardan geçerler.⁶⁹

Şok: Engelli bireylerin aileleri engellilik durumunu öğrendiklerinde ilk olarak şok tepkisini vermektedirler. Çünkü aileler böyle bir durum karşısında hazırlıklı değildirler.

Aileler de şok tepkisi ağlama, çaresizlik ve duygusuzluk davranışlarıyla gözlemlenir

İnkâr: Aileler çocuklarına konulan engellilik durumunun yanlış olabileceğini varsayarlar ve buna göre davranırlar. Engellilik durumunun yanlış olabileceğini göstermek için araştırmalar yaparak düşüncelerine dayanak bulmaya çalışırlar. Ve uzmanlardan yapılacak olumlu cevaplara karşı beklenti içinde olurlar.

⁶⁶ Fisun Akkök, vd., "Özürlü Bir Çocuğa Sahip Anne – Babalardaki Stresin Yordanması", *Özel Eğitim Dergisi*, İstanbul, 1992, 1, (2), 8-12, s. 8

⁶⁷ Şükrü Oğuz, vd., Zihinsel ve/veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi, *Klinik Psikiyatri*, 2004, 7, 42-47, s. 43.

⁶⁸ Ayyıldız, a.g.e., s. 2.

⁶⁹ Ayşegül Ataman, *Özel Gereksinimli Çocuklar ve Özel Eğitime Giriş*, Gündüz Eğitim Ve Yayıncılık, Ankara, 2003, s. 120.

Aileler çocuklardaki engel durumunu inkar ederek çocuğun durumunu performans yetersizliği olarak değerlendirip çocuğunun başarılı olabilmesi için daha fazla baskıcı olabilirler.⁷⁰

Kızgınlık: Engelli çocuğa Sahip aileler kızgınlık duygularını önce aile içinde birbirlerine karşı yaparlar daha sonra uzmanlara ve sağlıklı çocuğa sahip ailelere yaparlar. Bundan dolayı aileler birbirleriyle ya da ailedeki başka çocuklarla tartışmaktadır, aile içindeki tartışma aile içindeki huzuru bozacağından dolayı kardeşler engelli kardeşlerine karşı büyük bir öfke beslemektedir.⁷¹

Utanma: Bütün Aileler çocuklarının Başarılı ve eşsiz olmalarını ister ve bu durumdan dolayı çocuklarıyla gurur duyarlar. Ama engelli çocukların ailesi ilerde çocuklarıyla alay edilmesinden korktukları için utanma endişesi geliştirirler.⁷²

Depresyon: Bu aşamada engelli bireylere sahip aileler ağlama nöbetleri, tükenmişlik, ümitsizlik, stres gibi depresyon belirtileri yaşarlar. Anne babalar engellilik teşhisiyle beraber hayal ettikleri sağlıklı çocuk algısını sonlandırmak durumunda kalırlar.⁷³

Engelli bireylere Sahip Ebeveynler çocuklarının durumlarını kabul edilmesi gerektiğini ve artık onlara nasıl yardım edilmesi gerektiğini gerçekçi bir şekilde düşünmeye başlarlar. Bu aşamada aileler bazen kendilerini duygusal olarak yetersiz hissedebilirler. Aileler duygusal olarak kendilerini yetersiz hissettikleri bu durum karşısında duygusal paylaşmaya ve yardıma gereksinim duyarlar.⁷⁴

Kabul: Bu aşamada aile artık engelle baş etmeye başlar. Bundan önceki evrelerden geçen aileler, çocuklarını artık olduğu gibi kabul etmeye başlarlar ve ailenin bir diğer üyesi olarak görürler. Birçok aile kabul evresine gelememektedir. Bazı aileler ümitsizlik duygusu yaşar çocuklarının bu durumdan kurtulmayacağını düşünürler. Aileler bu süreçlerden geçerek bir diğer evreye geçerler bir süreci tam anlamıyla geçirmeden ve hazır olmadan diğer evreye geçmede zorluk çekmektedir.⁷⁵

⁷⁰ Hulusi Genç, Zihinsel Engelli Çocuklara Sahip Anne ve Babaların Yaşam Doyumlarının ve Aleksitimik Düzeylerinin İncelenmesi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Tokat, 2015, s. 20. **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**.

⁷¹ Albayrak, a.g.e. s. 39.

⁷² Albayrak, a.g.e. s. 39.

⁷³ Genç, a.g.e. s. 21

⁷⁴ Genç, a.g.e. s. 37.

⁷⁵ Çandır, a.g.e. s. 38.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın amacı, yöntemi, evren ve örnekleme, hipotezleri, kullanılan ölçme araçları ve verilerini istatistiksel çözümleme teknikleri açıklanacaktır.

3.1 Yöntem

Bu araştırma engelli bireye sahip olan anne ve babaların çeşitli açılardan depresyon düzeylerinin farklılaşp farklılaşmadığının saptanması amacıyla “tarama modeli” olarak tasarlanmıştır. Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekilde betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez.⁷⁶

3.2 Araştırmanın Evreni Ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini 2016-2017 yıllarında İstanbul ilinde Özel Gülen Gözler Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezinde eğitim gören engelli çocukların anneleri ve babaları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini 2016-2017 yıllarında İstanbul ilinde Özel Gülen Gözler Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezinde eğitim gören çocukların anne ve babalarından oluşan 181 ebeveyn oluşturmaktadır.

3.3 Araştırmanın Soruları

Soru 1: Farklı düzeyde eğitim durumunda sahip ebeveynlerin depresyon düzeyleri arasında farklılaşma görülmekte midir?

Soru 2: Çalışan ve çalışmayan ebeveynlerin depresyon düzeyleri arasında farklılaşma görülmekte midir?

Soru 3: Farklı düzeyde gelir durumunda sahip ebeveynlerin depresyon düzeyleri arasında farklılaşma görülmekte midir?

⁷⁶ Karasar, Niyazi., 2005. *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Nobel Yayınları. s.115.

3.4 Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın verileri araştırma grubuna giren, veri toplama araçlarını almayı, doldurmayı kabul eden anne ve babalar ile görüşülerek toplanacaktır. Veri toplama aşamasında Kişisel Bilgi Formu ve Beck Depresyon Envanteri anne ve babalara dağıtılacaktır. Veri toplama aşaması belirlenen ölçeklerin yüz yüze ve iletilerek teslim alan personellerin doldurması birkaç gün içinde geri teslim etmesi yoluyla gerçekleştirilecektir. Ölçeklerin doldurulması 10 dakika sürecek olup, verilerin toplanmasının gerekli onay alındıktan sonra 2 hafta içerisinde tamamlanması planlanmaktadır.

3.5 Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan anketin ilk bölümünde yatırımcılara yönelik kişisel bilgilerin alındığı 13 soruluk Kişisel Bilgiler Formu yer almaktadır. Araştırmanın ikinci bölümünde ise Beck Depresyon Envanteri bulunmaktadır.

Kişisel Bilgiler Formu: Araştırmacı tarafından iki ayrı formdan oluşturulan içinde katılımcıların, yaş, medeni durum, aylık gelir, eğitim durumu, çalışma durumu, çocuk sayısı, çocuk yaşı, ne kadar süre önce tanı aldığı, kaç yıldır eğitim aldığı gibi konularda bilgi almak için hazırlanmış olan veri formudur.

Beck Depresyon Ölçeği: 1978 Yılında Beck Depresyon Envanteri (BDE) A. T. Beck, J. Rush, B. F. Shaw ve G. Emery tarafından bireylerin depresyon düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Beck depresyon envanteri (Beck depresyon ölçeği) depresyonda görülen duygusal, bedensel, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçen ve sık kullanılan bir envanterdir. Beck Depresyon ölçeğinin amacı, tanı koymak değil bireyin depresyon seviyesini nesnel olarak ölçmektir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Durak ve Palabıyıköğlü tarafından 1994 senesinde gerçekleştirilmiştir.

Bu kategorilerden her biri 4 maddeden oluşur ve 0 ile 3 puanla derecelendirilir. Ölçekte en fazla 63, en az 0 puan alınabilmektedir. 0–9 puan arası olanlar normal, 16–23 orta seviyede depresyon, 24–63 puanları arası ciddi derecede depresyon olarak değerlendirilmektedir.⁷⁷

Tablo 1: Beck Depresyon Envanterinin Güvenilirlik Değeri

	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Depresyon	,854	21

⁷⁷ Necla Öner, Güvenirliğı veya geçerliğı sınanmış psikolojik testler. Türk Psikoloji Dergisi, 1994; 33, 9-18.

Tablo 'da verilen güvenilirlik analizi sonuçlarına göre 21 maddeden oluşan Beck Depresyon Envanterinin Cronbach's Alpha katsayısı $\alpha=,854$ olup, iç tutarlılık açısından yüksek seviyede güvenilir olduğu belirlenmiştir.

3.6 Verilerin Analizi Kullanılan Yöntemler

Araştırmada Beck Depresyon Envanteri ile toplanan verilerin ilk etapta güvenilirliği Cronbach's Alpha katsayısı hesaplanarak test edilmiştir. Yeterli düzeyde güvenilir olduğu görülen ölçeğin maddelerinin puanları toplanarak depresyon puanı hesaplanmıştır. Çıkarımsal analiz aşamasında aşamasına geçilmeden önce depresyon puanlarının normal dağılıma uygun olup olmadığı 17 kesme puanının altında ve üstünde olan gruplar arasında ayrı ayrı olarak One-Sample Kolmogorov-Smirnov Testi ile incelenmiş ve sonuçlarına Tablo 'da yer verilmiştir.

Tablo 2: Normallik Testi Sonuçları

Depresyon Düzeyi		Depresyon
Depresyon Görülmemekte	N	116
	Kolmogorov-Smirnov Z	,880
	P	,421
Depresyon Görülmekte	N	78
	Kolmogorov-Smirnov Z	1,238
	P	,093

Tablo 'da yer alan sonuçlara göre depresyon puanlarının depresyon görülmeyen grupta ve depresyon görülen grupta normal dağılımdan farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Buradan hareketle $N>50$ olduğu bilgisi de göz önünde bulundurularak araştırma kapsamında parametrik analiz yöntemlerinden olan Bağımsız Gruplar T-Testi ve ANOVA kullanılmasına karar verilmiştir.

Depresyon düzeyinin demografik bilgilere göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesinde Bağımsız Örnekler T-Testi ve Tek Yönlü Varyans analizi kullanılacaktır. Bağımsız Örnekler T-Testi: İki aritmetik ortalama arasındaki farkın manidarlığını test etmede kullanılan parametrik bir analizdir. Tek Yönlü Varyans analizi: İki ya da daha fazla ortalama arasında fark olup olmadığı ile ilgili önermeyi test etmek amacıyla kullanılan parametrik bir testtir.

3.7 Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamında kullanılan Beck Depresyon Envanteri ile toplanan verilerden elde edilen puanların çıkarımsal ve betimsel olarak değerlendirilmesi sonucunda ortaya çıkan bulgular sunulmuştur.

3.7.1 Anne-Baba ve Çocuklarına Ait Demografik Bilgilerin Dağılımı

Araştırmaya katılan engelli çocuğu olan anne-babalara ve çocuklarına ait demografik bilgiler Tablo 'da verilmiştir.

Tablo 3: Anne-Babalara Ait Demografik Bilgilerin Dağılımı

		Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	114	63
	Erkek	67	37
Yaş	25-35	69	38,1
	36-45	77	42,5
	46-55	35	19,3
Toplam		181	100
Eğitim Durumu	İlkokul	67	37
	Ortaokul	30	16,6
	Lise	46	25,4
	Üniversite	38	21
Toplam		181	100
Çalışma Durumu	Evet	53	29,3
	Hayır	128	70,7
Aylık Ortalama Gelir Düzeyi	1000 TL -2000 TL	74	40,9
	2001 TL-3000 TL	59	32,6
	3001 TL ve üzeri	48	26,5
Sigara Kullanma Durumu	Evet	68	37,6
	Hayır	113	62,4
Eş İle Kan Bağı Olması Durumu	Var	43	23,8
	Yok	138	76,2
Toplam		181	100

Araştırmaya katılan kişilerin %63'i (n=114) kadın ve %37'i (n=67) erkektir. Ebeveynlerin %38,1'i (n=69) 25-35, %42,5'i (n=77) 36-45 ve %19,3'i (n=35) 46-55 yaş aralığındadır. Kişilerin %37'i (n=67) ilkokul, %16,6'i (n=30) ortaokul, %25,4'i (n=46) lise ve %21'i (n=38) üniversite mezunudur. Kişilerin %29,3'i (n=53) çalışmakta olduğunu ve %70,7'i (n=128) çalışmadığını belirtmiştir. Kişilerin %40,9'i (n=74) 1000 TL -2000 TL, %32,6'i (n=59) 2001 TL -3000 TL ve %26,5'i (n=48) 3001

TL ve üzeri aylık ortalama gelire sahip olduğunu ifade etmiştir. Kişilerin %37,6'i (n=68) sigara kullandığını ve %62,4'i (n=113) kullanmadığını ifade etmiştir. Kişilerin %23,8'i (n=43) eşi ile arasında akrabalık ilişkisi olduğunu ve %76,2'i (n=138) olmadığını belirtmiştir.

Tablo 4: Anne-Babalara Ait Demografik Bilgiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Cinsiyet				Ki Kare
		Kadın		Erkek		
		Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	χ^2/p
Yaş	25-35	40	35,1	29	43,3	$\chi^2=1,204$ p=,548
	36-45	51	44,7	26	38,8	
	46-55	23	20,2	12	17,9	
Eğitim Durumu	İlkokul	52	45,6	15	22,4	$\chi^2=12,402$ p=,006*
	Ortaokul	19	16,7	11	16,4	
	Lise	26	22,8	20	29,9	
	Üniversite	17	14,9	21	31,3	
Çalışma Durumu	Evet	8	7	45	67,2	$\chi^2=73,722$ p=,000*
	Hayır	106	93	22	32,8	
Aylık Ortalama Gelir Düzeyi	1000 TL -2000 TL	50	43,9	24	35,8	$\chi^2=2,319$ p=,314
	2001 TL-3000 TL	38	33,3	21	31,3	
	3001 TL ve üzeri	26	22,8	22	32,8	
Sigara Kullanma Durumu	Evet	37	32,5	31	46,3	$\chi^2=3,433$ p=,064
	Hayır	77	67,5	36	53,7	

Araştırmaya katılan annelerin %35,1'i (n=40) 25-35, %44,7'i (n=51) 36-45 ve %20,2'i (n=23) 46-55 yaş aralığındadır. Kadınların %45,6'i (n=52) ilkokul, %16,7'i (n=19) ortaokul, %22,8'i (n=26) lise ve %14,9'i (n=17) üniversite mezundur. Kadınların %7'i (n=8) çalıştığını ve %93'i (n=106) çalışmadığını belirtmiştir. Kadınların %43,9'i (n=50) 1000 TL -2000 TL, %33,3'i (n=38) 2001 TL -3000 TL ve %22,8'i (n=26) 3001 TL ve üzeri aylık ortalama gelire sahiptir. Kadınların %32,5'i (n=37) sigara kullandığını ve %67,5'i (n=77) kullanmadığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan babaların %43,3'i (n=29) 25-35, %38,8'i (n=26) 36-45 ve %17,9'i (n=12) 46-55 yaş aralığındadır. Erkeklerin %22,4'i (n=15) ilkokul, %16,4'i (n=11) ortaokul, %29,9'i (n=20) lise ve %31,3'i (n=21) üniversite mezundur. Erkeklerin %67,2'i (n=45) çalıştığını ve %32,8'i (n=22) çalışmadığını belirtmiştir. Erkeklerin %35,8'i (n=24) 1000 TL -2000 TL, %31,3'i (n=21) 2001 TL -3000 TL ve

%32,8'i (n=22) 3001 TL ve üzeri aylık ortalama gelire sahiptir. Erkeklerin %46,3'i (n=31) sigara kullandığını ve %53,7'i (n=36) kullanmadığını belirtmiştir.

Yapılan ki kare testi sonucunda eğitim durumu ile cinsiyetin ($\chi^2=12,402$: $p=,006$) birbirinden bağımsız olmadığı görülmüştür ($p<0,05$). Buna ek olarak çalışma durumu ile cinsiyetin ($\chi^2=73,722$: $p=,000$) birbirinden bağımsız olmadığı görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre engelli çocuk sahibi olan babalar arasında çalışma oranının ve eğitim düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5: Çocuklara Ait Demografik Bilgilerin Dağılımı

		Sayı	Yüzde (%)
Çocuğun Engel Türü	Down Sendromu	17	9,4
	Mental Retardasyon	69	38,1
	Otizm	60	33,1
	Serebral Palsi	35	19,3
Çocuk Sayısı	Tek Çocuk	43	23,8
	İki Çocuk	67	37
	Üç Çocuk	51	28,2
	Dört ve Üzeri Çocuk	20	11
Toplam		181	100
Çocuğun Bakımına Destek Olan Birinin Varlığı	Var	39	21,5
	Yok	142	78,5
Çocuğun Yaşı	2-5 Yaş	56	30,9
	6-9 Yaş	48	26,5
	10-13 Yaş	42	23,2
	14-17 Yaş	35	19,3
Çocuğun Özel Eğitim Dışında Bir Okula Gitme Durumu	Evet	81	44,8
	Hayır	100	55,2
Çocuğun Özel Eğitim Alma Süresi	1 Yıl ve Altında	36	19,9
	1-2 Yıl Arası	53	29,3
	3 Yıl ve Üzerinde	92	50,8
Toplam		181	100

Araştırmaya katılan kişilerin %9,4'i (n=17) down sendromlu, %38,1'i (n=69) mental retardasyon, %33,1'i (n=60) otizm ve %19,3'i (n=35) serebral palsik teşhisi almış çocuğa sahiptir. Kişilerin %23,8'i (n=43) tek çocuk, %37'i (n=67) iki çocuk, %28,2'i (n=51) üç çocuk, %11'i (n=20) dört ve üzeri çocuk sahibidir. Kişilerin %21,5'i (n=39) çocuğunun bakımına destek olan birinin olduğunu, %78,5'i (n=142) olmadığını belirtmiştir. Kişilerin %30,9'i (n=56) çocuğunun 2-5 yaş, %26,5'i (n=48) 6-9 yaş, %23,2'i (n=42) 10-13 yaş ve %19,3'i (n=35) 14-17 yaş aralığında olduğunu

belirtmiştir. Ebeveynlerin %44,8'i (n=81) çocuğunun özel eğitim dışında bir okula gittiğini, %55,2'i (n=100) gitmediğini ifade etmiştir. Çocukların %19,9'i (n=36) 1 yıl ve altında, %29,3'i (n=53) 1-2 yıl arası ve %50,8'i (n=92) 3 yıl ve üzerinde süre ile özel eğitim aldığı belirtilmiştir.

3.7.2 Depresyon Puanının Kategorik Olarak Değerlendirilmesi

Araştırmada kullanılan ölçeğin Türkçe 'ye uyarlandığı makale çalışmasında kesme puanı 17 olarak belirtilmiştir.⁷⁸ Ayrıca ölçeğin ileri dönemde yapılan bir çalışmada belirti kategorileri oluşturulmuştur. Bu kategorilerden her biri 4 maddeden oluşur ve 0 ile 3 puanla derecelendirilir. Ölçekte en fazla 63, en az 0 puan alınmaktadır. 0–9 puan arası alanlar minimal düzeyde depresyon, 10-16 puan arası normal, 17–23 orta derecede depresyon, 24–63 puanları arası ciddi derecede depresyon olarak değerlendirilmektedir.⁷⁹

Tablo 6: Depresyon Belirti Gruplarının Dağılımı

		Sayı	Yüzde (%)
Depresyon Düzeyi	Depresyon Görülmemekte	116	64,1
	Depresyon Görülmekte	65	35,9
Depresyon Belirtileri	Minimal Düzeyde Depresif Belirtiler	63	34,8
	Hafif Düzeyde Depresif Belirtiler	53	29,3
	Orta Düzeyde Depresif Belirtiler	65	35,9
Toplam		181	100

Tablo 'da görüldüğü üzere kişilerin %64,1'i (n=116) depresyon görülmemekte iken %35,9'i (n=65) depresyon görülmektedir. Kişilerin %34,8'i (n=63) minimal düzeyde depresif belirtiler, %29,3'i (n=53) hafif düzeyde depresif belirtiler ve %35,9'i (n=65) orta düzeyde depresif belirtiler göstermektedir.

⁷⁸ Nesrin Hisli, "Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma", *Psikoloji Dergisi*, 1988; 6:118-122.

⁷⁹ Öner, a.g.e., s. 9-18.

3.7.3 Depresyon Düzeylerinin Demografik Bilgilere Göre Farklılaşmasının İncelenmesi

Tablo 7: Ailelerde Depresyonun Cinsiyete Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	t	p
Depresyon	Kadın	114	14,46	7,78	1,387	,167
	Erkek	67	12,90	6,42		

Tabloda verilen sonuçlara göre; ailelerde ($t=1,387$: $p=,167$) depresyon puan ortalamalarının cinsiyet açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 8: Ailelerde Depresyonun Yaşa Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	25-35	69	13,59	7,02	,307	,736
	36-45	77	13,74	7,70		
	46-55	35	14,74	7,23		

Tabloda verilen sonuçlara göre; ailelerde ($F=,307$: $p=,736$) depresyon puan ortalamalarının yaş açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 9: Ailelerde Depresyonun Eğitim Durumuna Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	İlkokul	67	15,78	7,41	2,854	,039
	Ortaokul	30	13,80	7,57		
	Lise	46	12,83	7,58		
	Üniversite	38	11,87	6,03		

Tabloda verilen sonuçlara göre; ailelerde ($F=2,854$: $p=,039$) depresyon puan ortalamalarının eğitim durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık gösterdiği gözlenmektedir ($p<0,05$).

Tablo 10: Ailelerde Depresyonun Çalışma Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	t	p
Depresyon	Evet	53	12,17	6,96	-2,036	,043
	Hayır	128	14,59	7,38		

Tabloda verilen sonuçlara göre; ailelerde ($t=-2,036$: $p=,043$) depresyon puan ortalamalarının çalışma durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık gösterdiği gözlenmektedir ($p<0,05$).

Tablo 11: Ailelerde Depresyonun Aylık Ortalama Gelir Düzeyine Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	1000 TL -2000 TL	74	14,28	7,11	,201	,818
	2001 TL-3000 TL	59	13,69	7,59		
	3001 TL ve üzeri	48	13,48	7,45		

Tabloda verilen sonuçlara göre; ailelerde ($F=,201$: $p=,818$) depresyon puan ortalamalarının aylık ortalama gelir düzeyi açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 12: Ailelerde Depresyonun Sigara Kullanma Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

		N	\bar{x}	ss	t	p
Depresyon	Evet	68	13,84	6,89	-,057	,955
	Hayır	113	13,90	7,61		

Tabloda verilen sonuçlara göre; ailelerde ($t=-,057$: $p=,955$) depresyon puan ortalamalarının sigara kullanma durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 13: Ailelerde Depresyonun Çocuğun Engel Türüne Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	Down Sendromu	17	14,12	7,36	,240	,868
	Mental Retardasyon	69	13,81	6,90		
	Otizm	60	14,37	7,85		
	Serebral Palsi	35	13,06	7,44		

Tabloda verilen sonuçlara göre; ailelerde (F=,240: p=,868) depresyon puan ortalamalarının çocuğun engel türü açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 14: Ailelerde Depresyonun Çocuk Sayısına Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	Tek Çocuk	43	13,67	7,75	1,067	,364
	İki Çocuk	67	12,81	7,16		
	Üç Çocuk	51	15,10	7,40		
	Dört ve Üzeri Çocuk	20	14,80	6,67		

Tabloda verilen sonuçlara göre; ailelerde (F=1,067: p=,364) depresyon puan ortalamalarının çocuk sayısı açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 15: Ailelerde Depresyonun Çocuk Sayısına Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	t	p
Depresyon	İki ve Altı Çocuk	110	13,15	7,37	-1,684	,094
	Üç ve Üzeri Çocuk	71	15,01	7,16		

Tabloda verilen sonuçlara göre; ailelerde (F=-1,684: p=,094) depresyon puan ortalamalarının çocuk sayısı açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 16: Ailelerde Depresyonun Çocuğun Bakımına Destek Olan Birinin Varlığına Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	SS	t	p
Depresyon	Var	39	15,03	7,89	1,104	,271
	Yok	142	13,56	7,16		

Tabloda verilen sonuçlara göre; ailelerde ($t=1,104$: $p=,271$) depresyon puan ortalamalarının çocuğun bakımına destek olan birinin varlığı açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 17: Ailelerde Depresyonun Eş İle Kan Bağı Olması Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

		N	\bar{x}	SS	t	p
Depresyon	Var	43	14,65	7,47	,791	,430
	Yok	138	13,64	7,29		

Tabloda verilen sonuçlara göre; ailelerde ($t=,791$: $p=,430$) depresyon puan ortalamalarının eş ile kan bağı olması durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 18: Ailelerde Depresyonun Çocuğun Yaşına Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

		N	\bar{x}	SS	F	p
Depresyon	2-5 Yaş	56	13,79	6,90	,019	,996
	6-9 Yaş	48	13,75	7,64		
	10-13 Yaş	42	13,98	7,66		
	14-17 Yaş	35	14,09	7,47		

Tabloda verilen sonuçlara göre; ailelerde ($F=,019$: $p=,996$) depresyon puan ortalamalarının çocuğun yaşı açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 19: Ailelerde Depresyonun Çocuğun Özel Eğitim Dışında Bir Okula Gitme Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	t	p
Depresyon	Evet	81	13,91	7,40	,058	,954
	Hayır	100	13,85	7,31		

Tabloda verilen sonuçlara göre; ailelerde ($t=,058$: $p=,954$) depresyon puan ortalamalarının çocuğun özel eğitim dışında bir okula gitme durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 20: Ailelerde Depresyonun Çocuğun Özel Eğitim Alma Süresine Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

		N	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	1 Yıl ve Altında	36	14,75	8,00	,414	,662
	1-2 Yıl Arası	53	14,02	6,70		
	3 Yıl ve Üzerinde	92	13,46	7,45		

Tabloda verilen sonuçlara göre; ailelerde ($F=,414$: $p=,662$) depresyon puan ortalamalarının çocuğun özel eğitim alma süresi açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

3.7.4 Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyon Puanlarının Demografik Bilgilere Göre Farklılaşmasının İncelenmesi

Tablo 21: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Cinsiyete Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	t	p	
Depresyon	Depresyon Görülmemekte	Kadın	69	9,00	3,54	-,780	,437
		Erkek	47	9,55	4,05		
	Depresyon Görülmekte	Kadın	45	22,82	4,23	1,939	,057
		Erkek	20	20,75	3,32		

Tabloda verilen sonuçlara göre; depresyon görülen ($t=-,780$: $p=,437$) ve depresyon görülmeyen ($t=1,939$: $p=,057$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının cinsiyet açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 22: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Yaşa Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	F	p	
Depresyon	Depresyon Görülmemekte	25-35	46	9,37	3,36	2,739	,069
		36-45	46	8,39	3,95		
		46-55	24	10,54	3,76		
	Depresyon Görülmekte	25-35	23	22,04	4,13	1,257	,292
		36-45	31	21,68	4,22		
		46-55	11	23,91	3,24		

Tabloda verilen sonuçlara göre; depresyon görülen ($F=2,739$: $p=,069$) ve depresyon görülmeyen ($F=1,257$: $p=,292$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının yaş açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 23: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Eğitim Durumuna Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	F	p	
Depresyon	Depresyon Görülmemekte	İlkokul	36	9,97	3,84	1,404	,245
		Ortaokul	20	9,10	2,83		
		Lise	30	8,13	3,94		
		Üniversite	30	9,50	3,88		
	Depresyon Görülmekte	İlkokul	31	22,52	4,05	,701	,555
		Ortaokul	10	23,20	4,54		
		Lise	16	21,63	3,95		
		Üniversite	8	20,75	3,96		

Tabloda verilen sonuçlara göre; depresyon görülen ($F=1,404$: $p=,245$) ve depresyon görülmeyen ($F=,701$: $p=,555$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının eğitim durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 24: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Çalışma Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	t	p	
Depresyon	Depresyon Görülmemekte	Evet	38	8,63	4,21	-1,192	,236
		Hayır	78	9,51	3,49		
	Depresyon Görülmekte	Evet	15	21,13	3,62	-1,146	,256
		Hayır	50	22,50	4,17		

Tabloda verilen sonuçlara göre; depresyon görülen ($t=-1,192$: $p=,236$) ve depresyon görülmeyen ($t=-1,146$: $p=,256$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çalışma durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 25: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Aylık Ortalama Gelir Düzeyine Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	Görülmemekte	1000 TL -2000 TL	47	9,68	3,66	,699	,499
		2001 TL-3000 TL	39	9,10	3,69		
		3001 TL ve üzeri	30	8,67	3,98		
	Görülmemekte	1000 TL -2000 TL	27	22,30	3,64	,390	,679
		2001 TL-3000 TL	20	22,65	4,59		
		3001 TL ve üzeri	18	21,50	4,19		

Tabloda verilen sonuçlara göre; depresyon görülen ($F=,699$: $p=,499$) ve depresyon görülmeyen ($F=,390$: $p=,679$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının aylık ortalama gelir düzeyi açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 26: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Sigara Kullanma Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	t	p
Depresyon	Görülmemekte	Evet	44	9,64	3,84	,926	,356
		Hayır	72	8,97	3,69		
	Görülmemekte	Evet	24	21,54	3,87	-,976	,333
		Hayır	41	22,56	4,17		

Tabloda verilen sonuçlara göre; depresyon görülen ($t=,926$: $p=,356$) ve depresyon görülmeyen ($t=-,976$: $p=,333$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının sigara kullanma durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 27: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Çocuğun Engel Türüne Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	Depresyon Görülmemekte	Down Sendromu	11	9,82	3,57	,569	,636
		Mental Retardasyon	45	9,62	3,96		
		Otizm	37	9,00	3,60		
		Serebral Palsi	23	8,52	3,73		
	Depresyon Görülmekte	Down Sendromu	6	22,00	5,73	,477	,699
		Mental Retardasyon	24	21,67	3,48		
		Otizm	23	23,00	4,22		
		Serebral Palsi	12	21,75	4,22		

Tabloda verilen sonuçlara göre; depresyon görülen ($F=,569$; $p=,636$) ve depresyon görülmeyen ($F=,477$; $p=,699$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çocuğun engel türü açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 28: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Çocuk Sayısına Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	Depresyon Görülmemekte	Tek Çocuk	28	8,89	4,04	2,714	,048
		İki Çocuk	43	8,23	3,62		
		Üç Çocuk	32	10,19	3,49		
		Dört ve Üzeri Çocuk	13	10,85	3,36		
	Depresyon Görülmekte	Tek Çocuk	15	22,60	4,19	1,288	,286
		İki Çocuk	24	21,00	3,76		
		Üç Çocuk	19	23,37	4,03		
		Dört ve Üzeri Çocuk	7	22,14	4,63		

Tabloda verilen sonuçlara göre; depresyon görülen ($F=2,714$; $p=,048$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çocuk sayısı açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık gösterdiği gözlenmektedir ($p<0,05$).

Tabloda verilen sonuçlara göre; depresyon görülmeyen ($F=1,288$; $p=,286$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çocuk sayısı açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 29: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Çocuk Sayısına Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	t	p
Depresyon	Görülmemekte	İki ve Altı Çocuk	71	8,49	3,78	-	,008
		Üç ve Üzeri Çocuk	45	10,38	3,43	2,714	
	Görülmekte	İki ve Altı Çocuk	39	21,62	3,96	-	,168
		Üç ve Üzeri Çocuk	26	23,04	4,14	1,394	

Tabloda verilen sonuçlara göre; depresyon görülen ($F=-2,714$: $p=,008$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çocuk sayısı açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık gösterdiği gözlenmektedir ($p<0,05$).

Tabloda verilen sonuçlara göre; depresyon görülmeyen ($F=-1,394$: $p=,168$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çocuk sayısı açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 30: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Çocuğun Bakımına Destek Olan Birinin Varlığına Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	t	p
Depresyon	Görülmemekte	Var	23	9,61	4,54	,548
		Yok	93	9,13	3,54	
	Görülmekte	Var	16	22,81	4,21	,709
		Yok	49	21,98	4,03	

Tabloda verilen sonuçlara göre; depresyon görülen ($t=,548$: $p=,584$) ve depresyon görülmeyen ($t=,709$: $p=,481$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çocuğun bakımına destek olan birinin varlığı açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 31: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Eş İle Kan Bağı Olması Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	t	p	
Depresyon	Depresyon Görülmemekte	Var	26	9,46	3,69	,366	,715
		Yok	90	9,16	3,78		
	Depresyon Görülmekte	Var	17	22,59	3,79	,474	,637
		Yok	48	22,04	4,18		

Tabloda verilen sonuçlara göre; depresyon görülen ($t=,366$: $p=,715$) ve depresyon görülmeyen ($t=,474$: $p=,637$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının eş ile kan bağı olması durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 32: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Çocuğun Yaşına Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	F	p	
Depresyon	Depresyon Görülmemekte	2-5 Yaş	36	9,53	3,63	,141	,935
		6-9 Yaş	32	9,22	4,05		
		10-13 Yaş	27	9,07	3,63		
		14-17 Yaş	21	8,90	3,83		
	Depresyon Görülmekte	2-5 Yaş	20	21,45	4,17	,479	,698
		6-9 Yaş	16	22,81	4,17		
		10-13 Yaş	15	22,80	4,18		
		14-17 Yaş	14	21,86	3,88		

Tabloda verilen sonuçlara göre; depresyon görülen ($F=,141$: $p=,935$) ve depresyon görülmeyen ($F=,479$: $p=,698$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çocuğun yaşı açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 33: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Çocuğun Özel Eğitim Dışında Bir Okula Gitme Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	SS	t	p	
Depresyon	Depresyon Görülmemekte	Evet	52	9,13	3,55	-,231	,818
		Hayır	64	9,30	3,92		
	Depresyon Görülmekte	Evet	29	22,48	3,87	,528	,599
		Hayır	36	21,94	4,25		

Tabloda verilen sonuçlara göre; depresyon görülen ($t=-,231$: $p=,818$) ve depresyon görülmeyen ($t=,528$: $p=,599$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çocuğun özel eğitim dışında bir okula gitme durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 34: Depresyon Görülen ve Görülmeyen Ailelerde Depresyonun Çocuğun Özel Eğitim Alma Süresine Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	SS	F	p	
Depresyon	Depresyon Görülmemekte	1 Yıl ve Altında	23	9,52	3,75	1,550	,217
		1-2 Yıl Arası	35	10,00	3,51		
		3 Yıl ve Üzerinde	58	8,64	3,84		
	Depresyon Görülmekte	1 Yıl ve Altında	13	24,00	3,98	1,666	,197
		1-2 Yıl Arası	18	21,83	3,84		
		3 Yıl ve Üzerinde	34	21,68	4,12		

Tabloda verilen sonuçlara göre; depresyon görülen ($F=1,550$: $p=,217$) ve depresyon görülmeyen ($F=1,666$: $p=,197$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çocuğun özel eğitim alma süresi açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

3.7.5 Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyon Puanlarının Demografik Bilgilere Göre Farklılaşmasının İncelenmesi

Tablo 35: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Cinsiyete Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	t	p
Depresyon	Minimal Düzeyde Depresif Belirtiler	Kadın	42	6,69	,30	1,241	,219
		Erkek	21	5,95	,60		
	Hafif Düzeyde Depresif Belirtiler	Kadın	27	12,59	,42	,221	,826
		Erkek	26	12,46	,41		
	Orta Düzeyde Depresif Belirtiler	Kadın	45	22,82	,63	1,939	,057
		Erkek	20	20,75	,74		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; minimal düzeyde depresif belirtiler gösteren ($t=1,241$: $p=,219$), hafif düzeyde depresif belirtiler gösteren ($t=,221$: $p=,826$) ve orta düzeyde depresif belirtiler gösteren ($t=1,939$: $p=,057$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının cinsiyet açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 36: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Yaşa Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	Minimal Düzeyde Depresif Belirtiler	25-35	24	6,79	,39	,759	,473
		36-45	29	6,07	,48		
		46-55	10	6,70	,58		
	Hafif Düzeyde Depresif Belirtiler	25-35	22	12,18	,44	1,238	,299
		36-45	17	12,35	,58		
		46-55	14	13,29	,49		
	Orta Düzeyde Depresif Belirtiler	25-35	23	22,04	,86	1,257	,292
		36-45	31	21,68	,76		
		46-55	11	23,91	,98		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; minimal düzeyde depresif belirtiler gösteren ($F=,759$: $p=,473$), hafif düzeyde depresif belirtiler gösteren ($F=1,238$: $p=,299$) ve orta düzeyde depresif belirtiler gösteren ($F=1,257$: $p=,292$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının yaş açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 37: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Eğitim Durumuna Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	F	p	
Depresyon	Minimal Düzeyde Depresif Belirtiler	İlkokul	18	6,72	,46	1,252	,299
		Ortaokul	10	7,00	,52		
		Lise	19	5,63	,51		
		Üniversite	16	6,75	,69		
	Hafif Düzeyde Depresif Belirtiler	İlkokul	18	13,22	,48	2,059	,118
		Ortaokul	10	11,20	,66		
		Lise	11	12,45	,58		
		Üniversite	14	12,64	,59		
	Orta Düzeyde Depresif Belirtiler	İlkokul	31	22,52	,73	,701	,555
		Ortaokul	10	23,20	1,44		
		Lise	16	21,63	,99		
		Üniversite	8	20,75	1,40		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; minimal düzeyde depresif belirtiler gösteren (F=1,252: p=,299), hafif düzeyde depresif belirtiler gösteren (F=2,059: p=,118) ve orta düzeyde depresif belirtiler gösteren (F=,701: p=,555) kişilerin depresyon puan ortalamalarının eğitim durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir (p>0,05).

Tablo 38: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Çalışma Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	t	p	
Depresyon	Minimal Düzeyde Depresif Belirtiler	Evet	24	6,08	,53	-1,006	,318
		Hayır	39	6,67	,32		
	Hafif Düzeyde Depresif Belirtiler	Evet	14	13,00	,65	,963	,340
		Hayır	39	12,36	,32		
	Orta Düzeyde Depresif Belirtiler	Evet	15	21,13	,94	-1,146	,256
		Hayır	50	22,50	,59		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; minimal düzeyde depresif belirtiler gösteren (t=-1,006: p=,318), hafif düzeyde depresif belirtiler gösteren (t=,963: p=,340) ve orta düzeyde depresif belirtiler gösteren (t=-1,146: p=,256) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çalışma durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir (p>0,05).

Tablo 39: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Aylık Ortalama Gelir Düzeyine Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	Minimal Düzeyde Depresif Belirtiler	1000 TL -2000 TL	23	6,61	,38	,112	,895
		2001 TL-3000 TL	22	6,41	,45		
		3001 TL ve üzeri	18	6,28	,69		
	Hafif Düzeyde Depresif Belirtiler	1000 TL -2000 TL	24	12,63	,47	,129	,880
		2001 TL-3000 TL	17	12,59	,46		
		3001 TL ve üzeri	12	12,25	,66		
	Orta Düzeyde Depresif Belirtiler	1000 TL -2000 TL	27	22,30	,70	,390	,679
		2001 TL-3000 TL	20	22,65	1,03		
		3001 TL ve üzeri	18	21,50	,99		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; minimal düzeyde depresif belirtiler gösteren (F=,112: p=,895), hafif düzeyde depresif belirtiler gösteren (F=,129: p=,880) ve orta düzeyde depresif belirtiler gösteren (F=,390: p=,679) kişilerin depresyon puan ortalamalarının aylık ortalama gelir düzeyi açısından istatistik olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir (p>0,05).

Tablo 40: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Sigara Kullanma Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	t	p
Depresyon	Minimal Düzeyde Depresif Belirtiler	Evet	22	6,50	,45	,143	,886
		Hayır	41	6,41	,36		
	Hafif Düzeyde Depresif Belirtiler	Evet	22	12,77	,48	,698	,488
		Hayır	31	12,35	,37		
	Orta Düzeyde Depresif Belirtiler	Evet	24	21,54	,79	-,976	,333
		Hayır	41	22,56	,65		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; minimal düzeyde depresif belirtiler gösteren (t=,143: p=,886), hafif düzeyde depresif belirtiler gösteren (t=,698: p=,488) ve orta düzeyde depresif belirtiler gösteren (t= -,976: p=,333) kişilerin depresyon puan ortalamalarının sigara kullanma durumu açısından istatistik olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir (p>0,05).

Tablo 41: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Çocuğun Engel Türüne Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	Minimal Düzeyde Depresif Belirtiler	Down Sendromu	5	6,80	1,16	,055	,983
		Mental Retardasyon	22	6,41	,50		
		Otizm	21	6,48	,45		
		Serebral Palsi	15	6,33	,61		
	Hafif Düzeyde Depresif Belirtiler	Down Sendromu	6	12,33	,76	,117	,950
		Mental Retardasyon	23	12,70	,50		
		Otizm	16	12,31	,55		
		Serebral Palsi	8	12,63	,60		
	Orta Düzeyde Depresif Belirtiler	Down Sendromu	6	22,00	2,34	,477	,699
		Mental Retardasyon	24	21,67	,71		
		Otizm	23	23,00	,88		
		Serebral Palsi	12	21,75	1,22		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; minimal düzeyde depresif belirtiler gösteren ($F=,055$: $p=,983$), hafif düzeyde depresif belirtiler gösteren ($F=,117$: $p=,950$) ve orta düzeyde depresif belirtiler gösteren ($F=,477$: $p=,699$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çocuğun engel türü açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 42: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Çocuk Sayısına Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	Minimal Düzeyde Depresif Belirtiler	Tek Çocuk	16	6,19	,67	,966	,415
		İki Çocuk	29	6,17	,36		
		Üç Çocuk	13	6,85	,64		
		Dört ve Üzeri Çocuk	5	7,80	,97		
	Hafif Düzeyde Depresif Belirtiler	Tek Çocuk	12	12,50	,68	,032	,992
		İki Çocuk	14	12,50	,60		
		Üç Çocuk	19	12,47	,45		
		Dört ve Üzeri Çocuk	8	12,75	,86		
	Orta Düzeyde Depresif Belirtiler	Tek Çocuk	15	22,60	1,08	1,288	,286
		İki Çocuk	24	21,00	,77		
		Üç Çocuk	19	23,37	,92		
		Dört ve Üzeri Çocuk	7	22,14	1,75		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; minimal düzeyde depresif belirtiler gösteren ($F=,966$: $p=,415$), hafif düzeyde depresif belirtiler gösteren ($F=,032$:

$p=,992$) ve orta düzeyde depresif belirtiler gösteren ($F=1,288$: $p=,286$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çocuk sayısı açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 43: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Çocuk Sayısına Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	t	p
Depresyon	Minimal Düzeyde Depresif Belirtiler	İki ve Altı Çocuk	45	6,18	,33	-1,513	,135
		Üç ve Üzeri Çocuk	18	7,11	,53		
	Hafif Düzeyde Depresif Belirtiler	İki ve Altı Çocuk	26	12,50	,44	-0,094	,926
		Üç ve Üzeri Çocuk	27	12,56	,40		
	Orta Düzeyde Depresif Belirtiler	İki ve Altı Çocuk	39	21,62	,63	-1,394	,168
		Üç ve Üzeri Çocuk	26	23,04	,81		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; minimal düzeyde depresif belirtiler gösteren ($F=-1,513$: $p=,135$), hafif düzeyde depresif belirtiler gösteren ($F=-,094$: $p=,926$) ve orta düzeyde depresif belirtiler gösteren ($F=-1,394$: $p=,168$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çocuk sayısı açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 44: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Çocuğun Bakımına Destek Olan Birinin Varlığına Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	t	p
Depresyon	Minimal Düzeyde Depresif Belirtiler	Var	13	6,31	,74	-0,246	,807
		Yok	50	6,48	,30		
	Hafif Düzeyde Depresif Belirtiler	Var	10	13,90	,69	2,351	,023
		Yok	43	12,21	,31		
	Orta Düzeyde Depresif Belirtiler	Var	16	22,81	1,05	0,709	,481
		Yok	49	21,98	,58		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; minimal düzeyde depresif belirtiler gösteren ($t=-,246$: $p=,807$) ve orta düzeyde depresif belirtiler gösteren ($t=,709$: $p=,481$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çocuğun bakımına destek olan birinin varlığı açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; hafif düzeyde depresif belirtiler gösteren ($t=2,351$; $p=,023$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çocuğun bakımına destek olan birinin varlığı açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık gösterdiği gözlenmektedir ($p<0,05$).

Tablo 45: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Eş İle Kan Bağı Olması Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	t	p	
Depresyon	Minimal Düzeyde Depresif Belirtiler	Var	13	6,38	,49	-0,107	,915
		Yok	50	6,46	,33		
	Hafif Düzeyde Depresif Belirtiler	Var	13	12,54	,61	0,020	,984
		Yok	40	12,53	,34		
	Orta Düzeyde Depresif Belirtiler	Var	17	22,59	,92	0,474	,637
		Yok	48	22,04	,60		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; minimal düzeyde depresif belirtiler gösteren ($t=-,107$; $p=,915$), hafif düzeyde depresif belirtiler gösteren ($t=,020$; $p=,984$) ve orta düzeyde depresif belirtiler gösteren ($t=,474$; $p=,637$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının eş ile kan bağı olması durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 46: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Çocuğun Yaşına Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	t	p	
Depresyon	Minimal Düzeyde Depresif Belirtiler	2-5 Yaş	17	6,53	,55	,329	,805
		6-9 Yaş	17	6,00	,51		
		10-13 Yaş	16	6,75	,59		
		14-17 Yaş	13	6,54	,67		
	Hafif Düzeyde Depresif Belirtiler	2-5 Yaş	19	12,21	,51	,286	,835
		6-9 Yaş	15	12,87	,55		
		10-13 Yaş	11	12,45	,65		
		14-17 Yaş	8	12,75	,77		
	Orta Düzeyde Depresif Belirtiler	2-5 Yaş	20	21,45	,93	,479	,698
		6-9 Yaş	16	22,81	1,04		
		10-13 Yaş	15	22,80	1,08		
		14-17 Yaş	14	21,86	1,04		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; minimal düzeyde depresif belirtiler gösteren ($F=,329$: $p=,805$), hafif düzeyde depresif belirtiler gösteren ($F=,286$: $p=,835$) ve orta düzeyde depresif belirtiler gösteren ($F=,479$: $p=,698$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çocuğun yaşı açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 47: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Çocuğun Özel Eğitim Dışında Bir Okula Gitme Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	t	p	
Depresyon	Minimal Düzeyde Depresif Belirtiler	Evet	29	6,66	,41	,688	,494
		Hayır	34	6,26	,39		
	Hafif Düzeyde Depresif Belirtiler	Evet	23	12,26	,45	-,795	,430
		Hayır	30	12,73	,39		
	Orta Düzeyde Depresif Belirtiler	Evet	29	22,48	,72	,528	,599
		Hayır	36	21,94	,71		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; minimal düzeyde depresif belirtiler gösteren ($t=,688$: $p=,494$), hafif düzeyde depresif belirtiler gösteren ($t=-,795$: $p=,430$) ve orta düzeyde depresif belirtiler gösteren ($t=,528$: $p=,599$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çocuğun özel eğitim dışında bir okula gitme durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 48: Farklı Düzeyde Depresif Belirtilen Gösteren Ailelerde Depresyonun Çocuğun Özel Eğitim Alma Süresine Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	Minimal Düzeyde Depresif Belirtiler	1 Yıl ve Altında	10	6,10	,74	,554	,578
		1-2 Yıl Arası	16	6,94	,49		
		3 Yıl ve Üzerinde	37	6,32	,39		
	Hafif Düzeyde Depresif Belirtiler	1 Yıl ve Altında	13	12,15	,59	,277	,759
		1-2 Yıl Arası	19	12,58	,50		
		3 Yıl ve Üzerinde	21	12,71	,48		
	Orta Düzeyde Depresif Belirtiler	1 Yıl ve Altında	13	24,00	1,10	1,666	,197
		1-2 Yıl Arası	18	21,83	,90		
		3 Yıl ve Üzerinde	34	21,68	,71		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; minimal düzeyde depresif belirtiler gösteren ($F=,554$: $p=,578$), hafif düzeyde depresif belirtiler gösteren ($F=,277$:

$p=,759$) ve orta düzeyde depresif belirtiler gösteren ($F=1,666$: $p=,197$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çocuğun özel eğitim alma süresi açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

3.7.6 Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyon Puanlarının Demografik Bilgilere Göre Farklılaşmasının İncelenmesi

Tablo 49: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Cinsiyete Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	SS	t	p	
Depresyon	Down Sendromu	Kadın	8	17,88	8,04	2,211	,043
		Erkek	9	10,78	5,02		
	Mental Retardasyon	Kadın	39	14,03	7,22	0,292	,771
		Erkek	30	13,53	6,57		
	Otizm	Kadın	44	14,27	8,42	-0,152	,879
		Erkek	16	14,63	6,25		
	Serebral Palsi	Kadın	23	14,35	7,54	1,443	,158
		Erkek	12	10,58	6,87		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; çocuğu mental retardasyon tanısı almış ($t=,292$: $p=,771$), çocuğu otizm tanısı almış ($t=-,152$: $p=,879$) ve çocuğu serebral palsi tanısı almış ($t=1,443$: $p=,158$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının cinsiyet açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; çocuğu down sendromu tanısı almış ($t=2,211$: $p=,043$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının cinsiyet açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık gösterdiği gözlenmektedir ($p<0,05$).

Tablo 50: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Yaş'a Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	Down Sendromu	25-35	6	11,00	4,82	3,096	,077
		36-45	5	20,20	8,11		
		46-55	6	12,17	6,68		
	Mental Retardasyon	25-35	27	13,33	7,05	,104	,902
		36-45	27	14,11	6,87		
		46-55	15	14,13	7,11		
	Otizm	25-35	25	15,32	7,67	,312	,733
		36-45	30	13,73	8,15		
		46-55	5	13,40	8,08		
	Serebral Palsi	25-35	11	11,73	6,10	3,368	,047
		36-45	15	10,93	7,36		
		46-55	9	18,22	7,28		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; çocuğu down sendromu tanısı almış (F=3,096: p=,077), çocuğu mental retardasyon tanısı almış (F=,104: p=,902), çocuğu otizm tanısı almış (F=,312: p=,733) kişilerin depresyon puan ortalamalarının yaş açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir (p>0,05).

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; çocuğu serebral palsi tanısı almış (F=3,368: p=,047) kişilerin depresyon puan ortalamalarının yaş açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık gösterdiği gözlenmektedir (p<0,05).

Tablo 51: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Eğitim Durumuna Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	F	p	
Depresyon	Down Sendromu	İlkokul	5	18,60	7,83	1,609	,235
		Ortaokul	3	17,00	9,85		
		Lise	4	11,25	5,62		
		Üniversite	5	10,20	4,97		
	Mental Retardasyon	İlkokul	32	15,44	6,62	1,340	,269
		Ortaokul	12	11,50	6,19		
		Lise	13	13,62	7,88		
		Üniversite	12	12,00	6,92		
	Otizm	İlkokul	17	14,59	8,23	,226	,878
		Ortaokul	9	15,56	9,15		
		Lise	19	14,68	8,62		
		Üniversite	15	13,00	5,99		
	Serebral Palsi	İlkokul	13	17,08	8,42	3,157	,039
		Ortaokul	6	14,17	7,14		
		Lise	10	8,90	4,31		
		Üniversite	6	10,17	5,81		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; çocuğu down sendromu tanısı almış ($F=1,609$: $p=,235$), çocuğu mental retardasyon tanısı almış ($F=1,340$: $p=,269$), çocuğu otizm tanısı almış ($F=,226$: $p=,878$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının eğitim durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; çocuğu serebral palsi tanısı almış ($F=3,157$: $p=,039$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının eğitim durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık gösterdiği gözlenmektedir ($p<0,05$).

Tablo 52: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Çalışma Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	t	p	
Depresyon	Down Sendromu	Evet	4	6,25	2,63	-2,988	,009
		Hayır	13	16,54	6,60		
	Mental Retardasyon	Evet	28	12,79	6,84	-1,021	,311
		Hayır	41	14,51	6,94		
	Otizm	Evet	12	13,00	5,72	-0,671	,505
		Hayır	48	14,71	8,32		
	Serebral Palsi	Evet	9	11,78	9,47	-0,593	,557
		Hayır	26	13,50	6,77		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; çocuğu mental retardasyon tanısı almış ($t=-1,021$: $p=,311$), çocuğu otizm tanısı almış ($t=-,671$: $p=,505$) ve çocuğu serebral palsi tanısı almış ($t=-,593$: $p=,557$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çalışma durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; çocuğu down sendromu tanısı almış ($t=-2,988$: $p=,009$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çalışma durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık gösterdiği gözlenmektedir ($p<0,05$).

Tablo 53: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Aylık Ortalama Gelir Düzeyine Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	F	p	
Depresyon	Down Sendromu	1000 TL -2000 TL	7	15,00	8,93	,083	,921
		2001 TL-3000 TL	5	13,80	8,84		
		3001 TL ve üzeri	5	13,20	4,09		
	Mental Retardasyon	1000 TL -2000 TL	39	14,23	6,80	1,042	,359
		2001 TL-3000 TL	15	11,60	6,78		
		3001 TL ve üzeri	15	14,93	7,27		
	Otizm	1000 TL -2000 TL	17	14,71	7,72	,058	,943
		2001 TL-3000 TL	22	13,91	7,80		
		3001 TL ve üzeri	21	14,57	8,36		
	Serebral Palsi	1000 TL -2000 TL	11	13,36	6,98	3,215	,053
		2001 TL-3000 TL	17	15,24	7,92		
		3001 TL ve üzeri	7	7,29	3,59		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; çocuğu down sendromu tanısı almış ($F=,083$: $p=,921$), çocuğu mental retardasyon tanısı almış ($F=1,042$: $p=,359$), çocuğu otizm tanısı almış ($F=,058$: $p=,943$) ve çocuğu serebral palsi tanısı almış ($F=3,215$: $p=,053$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının aylık ortalama gelir düzeyi açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 54: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Sigara Kullanma Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	t	p	
Depresyon	Down Sendromu	Evet	5	16,20	7,36	,742	,470
		Hayır	12	13,25	7,51		
	Mental Retardasyon	Evet	20	13,05	6,91	-,583	,562
		Hayır	49	14,12	6,95		
	Otizm	Evet	33	14,18	7,17	-,200	,842
		Hayır	27	14,59	8,75		
	Serebral Palsi	Evet	10	13,10	6,31	,021	,983
		Hayır	25	13,04	7,97		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; çocuğu down sendromu tanısı almış ($t=,742$: $p=,470$), çocuğu mental retardasyon tanısı almış ($t=-,583$: $p=,562$), çocuğu otizm tanısı almış ($t=-,200$: $p=,842$) ve çocuğu serebral palsi tanısı almış ($t=,021$: $p=,983$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının sigara kullanma durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 55: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Çocuk Sayısına Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	Down Sendromu	Tek Çocuk	2	8,50	,71	2,694	,089
		İki Çocuk	5	11,60	4,93		
		Üç Çocuk	7	19,29	7,65		
		Dört ve Üzeri Çocuk	3	10,00	6,56		
	Mental Retardasyon	Tek Çocuk	13	14,69	8,63	0,136	,938
		İki Çocuk	30	13,40	6,67		
		Üç Çocuk	19	13,58	6,72		
		Dört ve Üzeri Çocuk	7	14,57	6,11		
	Otizm	Tek Çocuk	22	13,00	7,24	0,509	,678
		İki Çocuk	20	14,55	8,29		
		Üç Çocuk	16	15,50	8,13		
		Dört ve Üzeri Çocuk	2	18,50	12,02		
	Serebral Palsi	Tek Çocuk	6	15,67	9,24	2,155	,113
		İki Çocuk	12	8,92	6,29		
		Üç Çocuk	9	14,33	7,16		
		Dört ve Üzeri Çocuk	8	15,88	6,38		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; çocuğu down sendromu tanısı almış ($F=2,694$: $p=,089$), çocuğu mental retardasyon tanısı almış ($F=,136$: $p=,938$), çocuğu otizm tanısı almış ($F=,509$: $p=,678$) ve çocuğu serebral palsi tanısı almış ($F=2,155$: $p=,113$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çocuk sayısı açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 56: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Çocuk Sayısına Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	Down Sendromu	İki ve Altı Çocuk	7	10,71	4,31	-1,683	,113
		Üç ve Üzeri Çocuk	10	16,50	8,29		
	Mental Retardasyon	İki ve Altı Çocuk	43	13,79	7,23	-0,032	,974
		Üç ve Üzeri Çocuk	26	13,85	6,45		
	Otizm	İki ve Altı Çocuk	42	13,74	7,70	-0,946	,348
		Üç ve Üzeri Çocuk	18	15,83	8,23		
	Serebral Palsi	İki ve Altı Çocuk	18	11,17	7,84	-1,581	,124
		Üç ve Üzeri Çocuk	17	15,06	6,64		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; çocuğu down sendromu tanısı almış ($F=-1,683$: $p=,113$), çocuğu mental retardasyon tanısı almış ($F=-,032$: $p=,974$), çocuğu

otizm tanısı almış ($F=-,946$: $p=,348$) ve çocuğu serebral palsi tanısı almış ($F=-1,581$: $p=,124$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çocuk sayısı açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 57: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Çocuğun Bakımına Destek Olan Birinin Varlığına Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	t	p	
Depresyon	Down Sendromu	Var	3	10,00	2,65	-1,072	,301
		Yok	14	15,00	7,81		
	Mental Retardasyon	Var	11	15,64	7,34	0,956	,343
		Yok	58	13,47	6,83		
	Otizm	Var	20	17,15	8,22	1,990	,051
		Yok	40	12,98	7,38		
	Serebral Palsi	Var	5	8,20	5,63	-1,614	,116
		Yok	30	13,87	7,47		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; çocuğu down sendromu tanısı almış ($t=-1,072$: $p=,301$), çocuğu mental retardasyon tanısı almış ($t=,956$: $p=,343$), çocuğu otizm tanısı almış ($t=1,990$: $p=,051$) ve çocuğu serebral palsi tanısı almış ($t=-1,614$: $p=,116$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çocuğun bakımına destek olan birinin varlığı açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 58: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Eş İle Kan Bağı Olması Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	t	p	
Depresyon	Down Sendromu	Var	0		****	****	
		Yok	17	14,12			7,36
	Mental Retardasyon	Var	16	15,19	8,65	0,909	,367
		Yok	53	13,40	6,32		
	Otizm	Var	15	14,20	8,01	-0,094	,925
		Yok	45	14,42	7,89		
	Serebral Palsi	Var	12	14,50	5,33	0,825	,415
		Yok	23	12,30	8,34		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; çocuğu mental retardasyon tanısı almış ($t=,909$: $p=,367$), çocuğu otizm tanısı almış ($t=-,094$: $p=,925$) ve çocuğu serebral

palsi tanısı almış ($t=,825$: $p=,415$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının eş ile kan bağı olması durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 59: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Çocuğun Yaşına Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Çocuğun Yaşına Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	ss	F	p	
Depresyon	Down Sendromu	2-5 Yaş	9	13,78	7,00	1,352	,301
		6-9 Yaş	3	15,67	7,64		
		10-13 Yaş	2	21,50	10,61		
		14-17 Yaş	3	8,67	4,51		
	Mental Retardasyon	2-5 Yaş	19	14,63	7,59	0,357	,784
		6-9 Yaş	12	14,67	8,88		
		10-13 Yaş	23	12,65	5,73		
		14-17 Yaş	15	13,87	6,33		
	Otizm	2-5 Yaş	16	14,06	7,43	0,320	,811
		6-9 Yaş	26	14,19	7,47		
		10-13 Yaş	11	16,27	9,02		
		14-17 Yaş	7	12,71	9,48		
	Serebral Palsi	2-5 Yaş	12	12,08	5,33	1,570	,216
		6-9 Yaş	7	9,71	6,10		
		10-13 Yaş	6	12,33	10,27		
		14-17 Yaş	10	17,00	7,96		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; çocuğu down sendromu tanısı almış ($F=1,352$: $p=,301$), çocuğu mental retardasyon tanısı almış ($F=,357$: $p=,784$), çocuğu otizm tanısı almış ($F=,320$: $p=,811$) ve çocuğu serebral palsi tanısı almış ($F=1,570$: $p=,216$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çocuğun yaşı açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 60: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Çocuğun Özel Eğitim Dışında Bir Okula Gitme Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	t	p
Depresyon	Down Sendromu	Evet	7	13,57	7,91	-,248	,807
		Hayır	10	14,50	7,37		
	Mental Retardasyon	Evet	43	13,40	6,89	-,642	,523
		Hayır	26	14,50	7,00		
	Otizm	Evet	26	15,73	8,12	1,181	,243
		Hayır	34	13,32	7,59		
	Serebral Palsi	Evet	5	9,40	6,35	-1,195	,241
		Hayır	30	13,67	7,53		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; çocuğu down sendromu tanısı almış ($t=-,248$: $p=,807$), çocuğu mental retardasyon tanısı almış ($t=-,642$: $p=,523$), çocuğu otizm tanısı almış ($t=1,181$: $p=,243$) ve çocuğu serebral palsi tanısı almış ($t=-1,195$: $p=,241$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çocuğun özel eğitim dışında bir okula gitme durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 61: Çocukları Farklı Türde Engele Sahip Olan Ailelerde Depresyonun Çocuğun Özel Eğitim Alma Süresine Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	Down Sendromu	1 Yıl ve Altında	5	12,60	3,58	,134	,876
		1-2 Yıl Arası	4	14,75	10,31		
		3 Yıl ve Üzerinde	8	14,75	8,29		
	Mental Retardasyon	1 Yıl ve Altında	16	16,44	8,71	1,579	,214
		1-2 Yıl Arası	27	12,74	5,52		
		3 Yıl ve Üzerinde	26	13,31	6,81		
	Otizm	1 Yıl ve Altında	11	14,73	9,41	,026	,974
		1-2 Yıl Arası	14	14,00	7,30		
		3 Yıl ve Üzerinde	35	14,40	7,78		
	Serebral Palsi	1 Yıl ve Altında	4	10,75	3,30	2,527	,096
		1-2 Yıl Arası	8	18,00	7,13		
		3 Yıl ve Üzerinde	23	11,74	7,50		

Tabloda sergilenen sonuçlara göre; çocuğu down sendromu tanısı almış ($F=,134$: $p=,876$), çocuğu mental retardasyon tanısı almış ($F=1,579$: $p=,214$), çocuğu otizm tanısı almış ($F=,026$: $p=,974$) ve çocuğu serebral palsi tanısı almış

($F=2,527$: $p=,096$) kişilerin depresyon puan ortalamalarının çocuğun özel eğitim alma süresi açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

3.7.7 Anne ve Babalarda Depresyon Puanlarının Demografik Bilgilere Göre Farklılaşmasının İncelenmesi

Tablo 62: Anne ve Babalarda Depresyonun Yaşa Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	Kadın	25-35	40	14,13	1,25	,058	,944
		36-45	51	14,59	1,14		
		46-55	23	14,74	1,47		
	Erkek	25-35	29	12,86	1,04	,706	,498
		36-45	26	12,08	1,30		
		46-55	12	14,75	2,29		

Tabloda yer alan sonuçlara göre; annelerde ($F=,058$: $p=,944$) ve babalarda ($F=,706$: $p=,498$) depresyon puan ortalamalarının yaş açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 63: Anne ve Babalarda Depresyonun Eğitim Durumuna Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	Kadın	İlkokul	52	16,19	1,05	1,700	,171
		Ortaokul	19	13,74	1,95		
		Lise	26	12,65	1,64		
		Üniversite	17	12,71	1,43		
	Erkek	İlkokul	15	14,33	1,77	,833	,481
		Ortaokul	11	13,91	1,82		
		Lise	20	13,05	1,48		
		Üniversite	21	11,19	1,35		

Tabloda yer alan sonuçlara göre; annelerde ($F=1,700$: $p=,171$) ve babalarda ($F=,833$: $p=,481$) depresyon puan ortalamalarının eğitim durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 64: Anne ve Babalarda Depresyonun Çalışma Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

		N	\bar{x}	SS	t	p	
Depresyon	Kadın	Evet	8	15,38	3,06	,345	,731
		Hayır	106	14,39	,75		
	Erkek	Evet	45	11,60	,98	-2,449	,017
		Hayır	22	15,55	1,13		

Tabloda yer alan sonuçlara göre; annelerde ($t=,345$: $p=,731$) depresyon puan ortalamalarının çalışma durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tabloda yer alan sonuçlara göre; babalarda ($t=-2,449$: $p=,017$) depresyon puan ortalamalarının çalışma durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık gösterdiği gözlenmektedir ($p<0,05$).

Tablo 65: Anne ve Babalarda Depresyonun Aylık Ortalama Gelir Düzeyine Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

		n	\bar{x}	SS	F	p	
Depresyon	Kadın	1000 TL -2000 TL	50	14,56	1,07	,035	,965
		2001 TL-3000 TL	38	14,18	1,31		
		3001 TL ve üzeri	26	14,65	1,57		
	Erkek	1000 TL -2000 TL	24	13,71	1,25	,360	,699
		2001 TL-3000 TL	21	12,81	1,47		
		3001 TL ve üzeri	22	12,09	1,41		

Tabloda yer alan sonuçlara göre; annelerde ($F=,035$: $p=,965$) ve babalarda ($F=,360$: $p=,699$) depresyon puan ortalamalarının aylık ortalama gelir düzeyi açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 66: Anne ve Babalarda Depresyonun Sigara Kullanma Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	t	p
Depresyon	Kadın	Evet	37	14,11	1,25	-,330	,742
		Hayır	77	14,62	,90		
	Erkek	Evet	31	13,52	1,09	,731	,467
		Hayır	36	12,36	1,13		

Tabloda yer alan sonuçlara göre; annelerde ($t=-,330$: $p=,742$) ve babalarda ($t=,731$: $p=,467$) depresyon puan ortalamalarının sigara kullanma durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 67: Anne ve Babalarda Depresyonun Çocuğun Engel Türüne Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	Kadın	Down Sendromu	8	17,88	2,84	,558	,644
		Mental Retardasyon	39	14,03	1,16		
		Otizm	44	14,27	1,27		
		Serebral Palsi	23	14,35	1,57		
	Erkek	Down Sendromu	9	10,78	1,67	1,351	,266
		Mental Retardasyon	30	13,53	1,20		
		Otizm	16	14,63	1,56		
		Serebral Palsi	12	10,58	1,98		

Tabloda yer alan sonuçlara göre; annelerde ($F=,558$: $p=,644$) ve babalarda ($F=1,351$: $p=,266$) depresyon puan ortalamalarının çocuğun engel türü açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 68: Anne ve Babalarda Depresyonun Çocuk Sayısına Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	Kadın	Tek Çocuk	28	13,54	1,57	1,176	,322
		İki Çocuk	41	13,24	1,18		
		Üç Çocuk	36	16,03	1,28		
		Dört ve Üzeri Çocuk	9	16,56	2,39		
	Erkek	Tek Çocuk	15	13,93	1,77	,269	,848
		İki Çocuk	26	12,12	1,28		
		Üç Çocuk	15	12,87	1,66		
		Dört ve Üzeri Çocuk	11	13,36	1,87		

Tabloda yer alan sonuçlara göre; annelerde ($F=1,176$: $p=,322$) ve babalarda ($F=,269$: $p=,848$) depresyon puan ortalamalarının çocuk sayısı açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 69: Anne ve Babalarda Depresyonun Çocuk Sayısına Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	t	p
Depresyon	Kadın	İki ve Altı Çocuk	69	13,36	,94	-1,879	,063
		Üç ve Üzeri Çocuk	45	16,13	1,12		
	Erkek	İki ve Altı Çocuk	41	12,78	1,03	-,183	,856
		Üç ve Üzeri Çocuk	26	13,08	1,22		

Tabloda yer alan sonuçlara göre; annelerde ($F=-1,879$: $p=,063$) ve babalarda ($F=-,183$: $p=,856$) depresyon puan ortalamalarının çocuk sayısı açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 70: Anne ve Babalarda Depresyonun Çocuğun Bakımına Destek Olan Birinin Varlığına Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

			N	\bar{x}	ss	t	p
Depresyon	Kadın	Var	23	16,70	1,64	1,555	,123
		Yok	91	13,89	,81		
	Erkek	Var	16	12,63	1,88	-,192	,849
		Yok	51	12,98	,86		

Tabloda yer alan sonuçlara göre; annelerde ($t=1,555$: $p=,123$) ve babalarda ($t=-,192$: $p=,849$) depresyon puan ortalamalarının çocuğun bakımına destek olan birinin varlığı açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 71: Anne ve Babalarda Depresyonun Eş İle Kan Bağı Olması Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

			N	\bar{x}	ss	t	p
Depresyon	Kadın	Var	31	14,87	1,37	,347	,730
		Yok	83	14,30	,87		
	Erkek	Var	12	14,08	2,13	,704	,484
		Yok	55	12,64	,84		

Tabloda yer alan sonuçlara göre; annelerde ($t=,347$: $p=,730$) ve babalarda ($t=,704$: $p=,484$) depresyon puan ortalamalarının eş ile kan bağı olması durumu

açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 72: Anne ve Babalarda Depresyonun Çocuğun Yaşına Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	Kadın	2-5 Yaş	37	15,00	1,20	,109	,955
		6-9 Yaş	28	13,89	1,65		
		10-13 Yaş	24	14,42	1,72		
		14-17 Yaş	25	14,32	1,43		
	Erkek	2-5 Yaş	19	11,42	1,25	,456	,714
		6-9 Yaş	20	13,55	1,35		
		10-13 Yaş	18	13,39	1,58		
		14-17 Yaş	10	13,50	2,74		

Tabloda yer alan sonuçlara göre; annelerde ($F=,109$: $p=,955$) ve babalarda ($F=,456$: $p=,714$) depresyon puan ortalamalarının çocuğun yaşı açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 73: Anne ve Babalarda Depresyonun Çocuğun Özel Eğitim Dışında Bir Okula Gitme Durumuna Göre Farklılaşmasının Bağımsız Gruplar T-Testi İle Değerlendirilmesi

			N	\bar{x}	ss	t	p
Depresyon	Kadın	Evet	48	14,38	1,14	-,095	,925
		Hayır	66	14,52	,96		
	Erkek	Evet	33	13,24	1,17	,433	,667
		Hayır	34	12,56	1,07		

Tabloda yer alan sonuçlara göre; annelerde ($t=-,095$: $p=,925$) ve babalarda ($t=,433$: $p=,667$) depresyon puan ortalamalarının çocuğun özel eğitim dışında bir okula gitme durumu açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

Tablo 74: Anne ve Babalarda Depresyonun Çocuğun Özel Eğitim Alma Süresine Göre Farklılaşmasının ANOVA İle Değerlendirilmesi

			n	\bar{x}	ss	F	p
Depresyon	Kadın	1 Yıl ve Altında	21	16,52	1,93	,942	,393
		1-2 Yıl Arası	33	14,27	1,24		
		3 Yıl ve Üzerinde	60	13,83	1,00		
	Erkek	1 Yıl ve Altında	15	12,27	1,56	,196	,823
		1-2 Yıl Arası	20	13,60	1,35		
		3 Yıl ve Üzerinde	32	12,75	1,23		

Tabloda yer alan sonuçlara göre; annelerde ($F=,942$: $p=,393$) ve babalarda ($F=,196$: $p=,823$) depresyon puan ortalamalarının çocuğun özel eğitim alma süresi açısından istatistiki olarak geçerli seviyede farklılık göstermediği gözlenmektedir ($p>0,05$).

SONUÇ

Araştırmanın amacı engelli bireylere sahip ebeveynlerin depresyon süreçlerinin incelenmesidir. Araştırmadaki temel amaçlardan bir tanesi olarak ta ailelerin engelli çocuk yetiştirirken ne düzeyde psikolojik olarak yıpranmalarını incelemektir. Araştırmada ebeveynlerin depresyon düzeylerinin cinsiyet, çalışma durumu, eğitim durumu, yaş, çocuğun engel türü gibi değişkenler açısından farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi hedeflenmiştir. Bu bölümde elde edilen bulgular emsal niteliğindeki çalışmaların sonuçları ile karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan 181 kişinin %63'i (n=114) anne ve %37'i (n=67) babadır. Yapılan ki kare testi sonucunda eğitim durumu ve çalışma durumu ile cinsiyetin birbirinden bağımsız olmadığı görülmüştür. Kadınların %45,6'i (n=52) ilkokul, %16,7'i (n=19) ortaokul, %22,8'i (n=26) lise ve %14,9'i (n=17) üniversite mezunu iken erkeklerin %22,4'i (n=15) ilkokul, %16,4'i (n=11) ortaokul, %29,9'i (n=20) lise ve %31,3'i (n=21) üniversite mezundur. Kadınların %7'i (n=8) çalıştığını ve %93'i (n=106) çalışmakta iken erkeklerin %67,2'i (n=45) çalıştığını ve %32,8'i (n=22) çalışmadığını belirtmiştir. Buna göre engelli çocuk sahibi olan babalar arasında çalışma oranının ve eğitim düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ağca (2017) tarafından anneler arasında yapılan çalışmada, otizm tanısı almış çocuğa sahip anneler arasında çalışmayanların oranının, otizmlili olmayan çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.⁸⁰

Araştırmaya katılan kişilerin %9,4'i (n=17) down sendromlu, %38,1'i (n=69) mental retardasyon, %33,1'i (n=60) otizm ve %19,3'i (n=35) serebral palsi teşhisi almış çocuğa sahiptir. Ebeveynlerin %44,8'i (n=81) çocuğunun özel eğitim dışında bir okula gittiğini, %55,2'i (n=100) gitmediğini ifade etmiştir. Çocukların %19,9'i (n=36) 1 yıl ve altında, %29,3'i (n=53) 1-2 yıl arası ve %50,8'i (n=92) 3 yıl ve üzerinde süre ile özel eğitim aldığı belirtilmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçeğin Türkçe 'ye uyarlandığı makale çalışmasında kesme puanı 17 olarak belirtilmiştir.⁸¹ Ayrıca ölçeğin ileri dönemde yapılan bir çalışmada belirti kategorileri oluşturulmuştur. Bu kategorilerden her biri 4 maddeden oluşur ve 0 ile 3 puanla derecelendirilir. Ölçekte en düşük 0, en yüksek 63 puan alınmaktadır. Alınan puanlar 0–9 puan arası minimal düzeyde depresyon, 10-16 puan arası normal, 17–23 orta derecede depresyon, 24–63 puanları arası

⁸⁰ Zeynep Ağca, Otizmlili Bireye Sahip Annelerin Kabul-Red Düzeylerinin Depresyona Etkisi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2017, s.62-67. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

⁸¹ Hisli, a.g.e. s. 118-122.

ciddi derecede depresyon olarak değerlendirilmektedir.⁸² Tablo 'da görüldüğü üzere kişilerin %64,1'i (n=116) depresyon görülmemekte iken %35,9'i (n=65) depresyon görülmektedir. Kişilerin %34,8'i (n=63) minimal düzeyde depresif belirtiler, %29,3'i (n=53) hafif düzeyde depresif belirtiler ve %35,9'i (n=65) orta düzeyde depresif belirtiler göstermektedir.

Araştırma sonucunda tüm ebeveynlerin depresyon düzeylerinin cinsiyete, yaşa, gelir düzeyine, sigara kullanma durumuna, çocuğun engel türüne, çocuk sayısına, çocuğun bakımına destek olan birinin varlığına, eş ile kan bağı olması durumuna, çocuğun yaşına, çocuğun özel eğitim dışında bir okula gitme durumuna, çocuğun özel eğitim alma süresine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Çalışma sonucunda ilkokul ve ortaokul mezunu olan engelli çocuğa sahip ebeveynlerin, lise ve üniversite mezunu olan ebeveynlere kıyasla depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer olarak Görgü (2005) tarafından düzenlenen çalışmada ebeveynlerin eğitim durumu düştükçe depresyon düzeylerinin yükseldiği gözlenmiştir. Çalışma sonucunda çalışmamakta olan engelli çocuğa sahip ebeveynlerin, çalışmakta olan ebeveynlere kıyasla depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.⁸³

Kesme puanına göre depresyon görülen ve görülmeyen engelli çocuğa sahip ebeveynler arasında yapılan incelemede iki grupta da ebeveynlerin depresyon düzeylerinin cinsiyete, yaşa, eğitim durumuna, çalışma durumuna, gelir düzeyine, sigara kullanma durumuna, çocuğun engel türüne, çocuğun bakımına destek olan birinin varlığına, eş ile kan bağı olması durumuna, çocuğun yaşına, çocuğun özel eğitim dışında bir okula gitme durumuna, çocuğun özel eğitim alma süresine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Şahin (2015) tarafından yapılan bir araştırmada otizm tanısı almış çocuğa sahip olan bireylerin sağlıklı ve otistik çocuğa sahip olan bireylere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bizim araştırmamız sonucunda ise kesme puanına göre depresyon görülmeyen engelli çocuğa sahip ebeveynler

⁸² Öner, a.g.e., s. 9-18.

⁸³ Ertan Görgü, 3-7 Yaş Arası Otistik Çocuk Sahibi Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2005, s.72-77. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

arasında depresyon düzeyinin çocuk sayısına göre farklılık gösterdiği fakat depresyon görülen grupta çocuk sayısına göre farklılık göstermediği saptanmıştır.⁸⁴

Farklı düzeyde depresif belirtiler gösteren engelli çocuğa sahip ebeveynler arasında yapılan incelemede iki grupta da ebeveynlerin depresyon düzeylerinin cinsiyete, yaşa, eğitim durumuna, çalışma durumuna, gelir düzeyine, sigara kullanma durumuna, çocuk sayısına, çocuğun engel türüne, eş ile kan bağı olması durumuna, çocuğun yaşına, çocuğun özel eğitim dışında bir okula gitme durumuna, çocuğun özel eğitim alma süresine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Araştırma sonucunda hafif düzeyde depresif belirtiler gösteren engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeylerinin çocuğun bakımına destek olan birinin varlığına göre farklılık gösterdiği fakat minimal ve orta düzeyde depresif belirtiler gösteren engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeylerinin çocuğun bakımına destek olan birinin varlığına göre farklılık göstermediği saptanmıştır.

Çocukları farklı türde engellere yönelik tanı alan sahip ebeveynler arasında yapılan incelemede ebeveynlerin depresyon düzeylerinin gelir düzeyine, sigara kullanma durumuna, çocuk sayısına, çocuğun engel türüne, çocuğun bakımına destek olan birinin varlığına, eş ile kan bağı olması durumuna, çocuğun yaşına, çocuğun özel eğitim dışında bir okula gitme durumuna, çocuğun özel eğitim alma süresine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre mental retardasyon, otizm, serebral palsi ve down sendromu tanısı almış çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeylerinin çocuğun özel eğitim dışında bir okula gitme durumuna göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bu çalışma bulgularını destekler nitelikte Aydın (2016) mental retardasyon, otizm ve down sendromu tanısı almış çocukların annelerinin, annelerin depresyon düzeylerinin çocuklarının özel eğitim okulu dışında başka okula gitme durumlarına göre farklılaşmadığı bulgusuna ulaşmıştır.

Araştırmamız sonucunda otizm tanısı almış çocuklara sahip ebeveynlerin depresyon düzeylerinin çocuk sayısına göre farklılaşmadığı gözlenmiştir. Çalışmamızı destekler nitelikte olarak Ağca (2017) tarafından yapılan araştırmada

⁸⁴ Tuğba Şahin, Sadece Otistik Çocuğu Olan Annelerin Kaygı ve Depresyon Düzeyi İlke Sağlıklı Kardeş/kardeşlere Sahip ve Otistik Çocuğu Olan Annelerin Kaygı ve Depresyon Oranlarının Karşılaştırılması, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015, s. 79. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

da otizmlı çocuk sahibi annelerin depresyon düzeylerinin çocuk sayısına göre bir farklılaşma göstermediği bulgusuna ulaşılmıştır.⁸⁵

Araştırmamızda otizm tanısı almış çocuklara sahip ebeveynlerin depresyon düzeylerinin gelir düzeyine göre farklılaşmadığı gözlenmiştir. Bu bulguları destekler şekilde Ağca (2017) tarafından yapılan araştırmada otizm tanısı almış çocuğa sahip annelerin depresyon düzeyleri arasında ekonomik gelir düzeyleri bakımından anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır.⁸⁶

Araştırmamızda otizm tanısı almış çocuklara sahip ebeveynlerin depresyon düzeylerinin eğitim düzeyine göre farklılaşmadığı gözlenmiştir. Benzer şekilde şahin (2015) alışmasında otizmlı çocuğu olan farklı eğitim düzeyindeki annelerin depresyon puanları arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır.⁸⁷ Bunu destekler nitelikte olarak Ağca (2017) tarafından yapılan araştırmada da otizm tanısı almış çocuğa sahip annelerin eğitim düzeyinin depresyon üzerinde bir farklılaşma oluşturmadığı saptanmıştır.⁸⁸

Çocuğu down sendromu tanısı almış ebeveynlerin depresyon düzeylerinin cinsiyete, çalışma durumuna göre farklılık gösterdiği fakat çocuğu diğer türlerde engellere yönelik tanı almış ebeveynler arasında farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Buna göre çocuğu down sendromu tanısı almış kişiler arasında kadınların, erkeklere kıyasla depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna göre çocuğu down sendromu tanısı almış kişiler arasında çalışmamakta olan bireylerin, çalışmakta olan bireylere kıyasla depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Peker (2007) Serebral palsi'li çocuğa sahip ailelerde algılanan sosyal desteğin anne babaların depresyon düzeyi ile ilişkisi üzerine gerçekleştirdiği çalışmada Serebral palsi'li çocuğa babaların, normal gelişim gösteren çocuğa sahip babalara kıyasla daha şiddetli depresyona sahip oldukları belirlenmiştir.⁸⁹ çalışmamızda çocuğu serebral palsi tanısı almış ebeveynlerin depresyon düzeylerinin yaşa, eğitim durumuna göre farklılık gösterdiği fakat çocuğu diğer türlerde engellere yönelik tanı almış ebeveynler arasında farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Buna göre çocuğu serebral palsi tanısı almış kişiler arasında 46-55 yaş

⁸⁵ Ağca, a.g.e., s. 61.

⁸⁶ Ağca, a.g.e., s. 63.

⁸⁷ şahin, a.g.e., s. 69.

⁸⁸ Ağca, a.g.e., s. 64.

⁸⁹ Fatma Peker, Serebral Palsi'li Çocuğa Sahip Ailelerde Algılanan Sosyal Desteğin Anne Babaların Depresyon Düzeyi ile İlişkisi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2007, s.45. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

arası bireylerin, daha genç yaştaki bireylere kıyasla depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna göre çocuğu serebral palsi tanısı almış kişiler arasında ilkokul ve ortaokul mezunu bireylerin, lise ve üniversite mezunu bireylere kıyasla depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Natan (2007) zihinsel engelli çocuğu olan ve zihinsel engelli çocuğu olmayan annelerin depresyon ve kaygı düzeyleri üzerine düzenlediği çalışma sonucunda annelerin depresyon düzeylerinin yaş açısından anlamlı bir farklılık göstermediğini saptamıştır. Yaptığımız araştırma sonucunda da Natan (2007) ile paralel olarak çocuğu mental retardasyon tanısı almış farklı yaşlardaki anne ve babaların depresyonlarının farklılaşmadığı gözlenmiştir. Natan (2007) tarafından aynı çalışmada, araştırmamızın bulguları ile aynı doğrultuda olarak annelerin depresyonunun çocuk sayısına bağlı olarak değişim göstermediği saptanmıştır. Bu çalışmada çocuğu mental retardasyon tanısı alan anne ve babaların eğitim düzeyleri ile depresyon puanları arasında bir ilişki olmadığı gözlenmiştir. Çalışmamızı destekleyici olarak Natan (2007) tarafından zihinsel engelli çocuğu olan anneler arasında yapılan çalışmada da farklı düzeydeki eğitim kurumlarından mezun olan annelerin depresyon şiddetlerinin farklılık göstermediği belirlenmiştir. Gelir düzeyine göre bakıldığında çalışmamız sonucunda mental retardasyon tanısı almış engelli bireye sahip olan ebeveynlerin ve Natan (2007) tarafından yapılan çalışmada zihinsel engelli çocuğu olan annelerin arasında farklı gelir gruplarının depresyon düzeylerinin farklılaşmadığı saptanmıştır.⁹⁰

Engelli çocuğa sahip anne ve babalar arasında yapılan incelemede iki grupta da ebeveynlerin depresyon düzeylerinin yaşa, eğitim durumuna, gelir düzeyine, sigara kullanma durumuna, çocuk sayısına, çocuğun engel türüne, eş ile kan bağı olması durumuna, çocuğun bakımına destek olan birinin varlığına, çocuğun yaşına, çocuğun özel eğitim dışında bir okula gitme durumuna, çocuğun özel eğitim alma süresine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Araştırma sonucunda engelli çocuğa sahip babalar arasında depresyon düzeyinin çalışma durumuna göre farklılık gösterdiği fakat anneler çalışma durumuna göre farklılık göstermediği saptanmıştır. Buna göre çalışmamakta olan engelli çocuğa sahip babaların depresyon düzeylerinin çalışmakta olan engelli çocuğa sahip babalara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bulgularımızla benzer doğrultuda olarak Fırıncı (2017) tarafından otizm spektrum bozukluğu olan

⁹⁰ Karin Natan, Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olmayan Annelerin Depresyon Ve Kaygı Düzeyleri, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2007, s.50-54. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

çocuğa sahip annelerin ve normal gelişim gösteren çocuğa sahip annelerin depresyon düzeylerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmada da çalışan ve çalışmayan annelerin depresyon düzeylerinin anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir.⁹¹



⁹¹ Aysu Fırıncı, Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuğa Sahip Annelerin Ve Normal Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Annelerin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2017, s.27. **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).**

ÖNERİLER

Geniş ailelerde otizm, serebral palsi, mental retardasyon ve down sendromu yeterince bilinçlendirilmesi ve ebeveynlere destek olmaları sağlanabilir.

Eğitim düzeyi düşük olan ebeveynlerin depresyon belirtilerinin yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu sebepten dolayı eğitim düzeyi düşük anne ve babalara ihtiyaçları doğrultusunda psiko-eğitim verilmelidir.

Araştırmada engelli bireye sahip kişiler arasında çalışmayan kadınların oranının yüksek olduğu görülmüştür. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelere sosyal destek sağlanması ve kadınların çocuklarına bakım verirken de aile ekonomisine katkı sağlayabileceği iş kollarına yönlendirilmeleri uygun olabilir.

KAYNAKÇA

Kitaplar

Aile Eğitim Rehberi, **Zihinsel Engelli Çocuklar**, T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Yayınları, Ankara, 2008.

Amerikan Psikiyatri Birliği, **Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM-IV**, Çev, Ertuğrul Köroğlu, Amerikan Psiyatri Birliği Hekimler Yayın Birliği, Medikomat Basım Evi, Ankara.

ATAMAN Ayşegül, Özel Gereksinimli Çocuklar ve Özel Eğitime Giriş, Gündüz Eğitim Ve Yayıncılık, Ankara, 2003.

OCAKÇI Ayşe, KOCAKULAK Oya, YILDIRIM Gülseren Özçelik, AYTUĞ Duygu, **Serebral Palsili (Beyin Felci) Çocuklar İçin Aile Rehberi**, Bizim Büro Basım Evi, Ankara, 1995.

DÖKMEN Üstün, **Küçük Şeyler**, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 2004.

ERİPEK, Süleyman, **Zeka Gerililiği**, Kök Yayıncılık, Ankara, 2005.

GOLEMAN Daniel, **Duygusal Zeka Neden IQ' dan daha önemlidir?**, (çev. Süleyman Yüksel),Varlık Yayınları, İstanbul, 2011.

KARASAR, Niyazi, **Bilimsel Araştırma Yöntemi**. Ankara: Nobel Yayınları. 2005.

KONRAD Stefan ve HENDL Claudia, **Duygularla Güçlenmek** (çev: Meral Taştan), Hayat Yayınları, İstanbul, 2001,

KULAKSIZOĞLU Adnan, **Farklı Gelişen Çocuklar**, Epsilon Yayınları, İstanbul, 2003.

LİVANELİ Ayşe ve GÜNEL M Kerem, **serebral Palside Fizyoterapi**, Pelikan Yayınevi, Ankara, 2009.

DEMİREL Özcan, ERDEM Eda, BAŞBAY Alper, **Eğitimde Çoklu Zeka Kuram ve Uygulama**, Pegem A Yayıncılık, Ankara, 2006.

ÖZTÜRK Mustafa, **"Türkiye'de Engelli Gerçeği"**, Müsiad Cep Kitapları, İstanbul, 2011.

ÖZTÜRK Orhan ve ULUŞAHİN Aylin, **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 2**, Nobel Tıp Kitapları, İstanbul, 2014.

Makaleler

AKKÖK Füsün, AŞKAR Petek ve KARANCI Nuray A, “Özürlü Bir Çocuğa Sahip Anne – Babalardaki Stresin Yordanması”, **Özel Eğitim Dergisi**, İstanbul, 1992, 1, (2), 8-12.

ALTIN Gamze Ergil, “Perinatal Depresyon Tedavisinde Kişilerarası Psikoterapi”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, 2012, 4, (2), 188-203.

ARI Gonca ve GÜNEL Mintaze Kerem, “Serebral Palsili Çocuklarda Nörogelişimsel Tedaviye Dayalı Gövde Eğitiminin Kontrolüne Etkisi”, **Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation**, 2015, 2, (3), 79-85.

AYYILDIZ Tülay, ŞENER Dilek Konuk, KULAKÇI Hülya, VEREN Funda, “Zihinsel Engelli çocuğa Sahip Annelerin Stresle baş Etme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi”, **Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi**, 2012, Cilt:, 11, (2).

BAŞOĞLU Ceyda ve BULDUKOĞLU Kadriye, “Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, Antalya, 2015, 7, (1), 1.15.

BİLGE Ayşegül, BURUNTEKİN Fatma, DEMİRAL Orçin, ÖZER Gamze N, KELEŞ Betül, YALÇIN Elif, TAVUKÇU Gizem, KIRAY Aylin, SİVİLOĞLU Tuğba ve BOL Semra, “Engelli Yakınlarına Verilen “Stresle Baş Etme ve Yaşam Doyumunu Artırma”, Eğitiminin Etkinliğinin Belirlenmesi”, **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, 2014, 3, (1).

ÇAKAR Ulaş ve ARBAK Yasemin, “Modern Yaklaşımlar Işığında Değişen Duygu-Zeka İlişkisi ve Duygusal Zeka” **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı 3, 23-48, 2004.

GÖNER Demet, GÜLER Yelda, ALTAY Birsen, AÇIL Dilay Argun, “Zihinsel Engelli Çocukların Evde Bakımı ve Hemşirelik Yaklaşımı”, **Gazi Antep Tıp Dergisi**, 2010, 16 (2), 57-65.

DEMİRALP Meral ve OFLAZ Fahriye, “Bilişsel-Davranışçı Terapi Teknikleri ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 2007, 8, 132-139.

DOĞAN Murat, “Depresyonda Bilişsel Terapi Yaklaşımı: Temel Boyutlar ve Açıklamalar”, **Sosyal Bilimler Dergisi**, 2001, 61-103.

DUMAN Özgür, İMAD Filiz Müftüoğlu, KIZILAY Ferah, YÜCEL İclal, BALKAN Sevin, HASPOLAT Şenay, “Serebral Palsili Hastaların İşlevsel Kapasitelerine Göre Görme Sorunlarının Değerlendirilmesi”, **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, 2005, 48, 130-135.

DUYGUN Tolga Ve SEZGİN Nihan, “Zihinsel Engelli ve Sağlıkçı Çocuk Annelerinde Stres Belirtileri, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Algılanan Sosyal Desteğin Düzeyine Olan Etkisi”, **Türk Psikoloji Dergisi**, 2003, 18, (52), 37-52.

EFE Arzu, KARASU H, Pelin, “Kaynaştırma Eğitimine Devam Eden İşitme Engelli Öğrencilerin Yazdıkları Öykülerin İncelenmesi”, **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi**, 2017, cilt:, 18, 1-26.

ELÇİN Özge ve DİKEN İbrahim H, "Türkiye'de Yaygın Gelişimsel Bozukluklar Alanında Gerçekleştirilen Lisansüstü Tez Çalışmalarının Gözden Geçirilmesi", **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimler Fakültesi Özel Eğitim Dergisi**, 2011, 12, (2), 17-44.

ERDEM Raziye ve EGE Pınar, "Down Sendromlu Bireylerin Zihin Kuramı Gelişimi", **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimler Fakültesi Özel Eğitim Dergisi**, 2011, 12 (1), 23-36.

GÜLEÇ Cengiz, "Transkültürel Açından Psikoterapiler", **Hacatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı**, Ankara, 1999, 1, 5-11.

GÜNEŞ Mehmet Latif, YAZICI Esra, YAZICI Ahmet Bülten, FERAH İrmak, ÇADIRCI Elif, "Antidepresan İlaçların Gastrik Ülser Üzerine Etkileri", **Dicle Tıp Dergisi**, 2013, 40 (4), 691-699.

HİSLİ Nesrin, "Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma", **Psikoloji Dergisi**, 1988; 6,118-122.

KAÇAR Servet, SERAP Başaran ve SÜTÇÜ Serap Tekinsav, "Panik Bozukluğun Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Etkliliği: Sistematik Bir Gözden Geçirme", **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, 2016, 8, (1), 79-94.

KORKUT Yeşim, "Aile Danışmanlığı ve Aile Terapisi Hizmetleri", **Psikoloji Çalışmaları Dergisi**, 2001, 22, 111- 133.

METE Hayriye Elbi, "Kronik Hastalık ve Depresyon", **Klinik Psikiyatri**, İzmir, 2008, 11, (3), 3-18.

OĞUZ Şükrü, TOROS Fevziye, İNANÇ Banu Yazgan, ÇOLAKKADIOĞLU Oğuzhan, Zihinsel ve/veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi, **Klinik Psikiyatri**, 2004, 7, 42-47.

OKAN Mehmet ve ÖZDEMİR Özlem, "Çocuklarda Mental Retardasyon", **Güncel Pediyatri**, 2004, 3, 62-66.

ÖNER Necla, "Güvenirliliği Veya Geçerliliği Sınanmış Psikolojik Testler", **Türk Psikoloji Dergisi**,1994, 33, 9-18.

ÖRSEL Sibel, "Depresyonda Tedavi: Genel İlkeler ve Kullanılan Antidepresan İlaçlar", **Klinik Psikiyatri**, Ankara, 2004, 4, 17-24.

SOFTA Havva Kaçan, Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, **Kastamonu Eğitim Dergisi**, 2013, cilt:, 21, 2, 590-600.

ŞENGÜL Sevgi ve BAYKAN Hayriye, "Zihinsel Engelli Çocukların Annelerinde Depresyon, Anksiyete ve Stresle Başa Çıkma Tutumları", **Kocatepe Tıp Dergisi**, 14, 30-39.

ŞENORMANCI Ömer, KONKAN Ramazan, SUNGUR Mehmet Zihni, "İnternet Bağımlılığı ve Bilişsel Davranışçı Terapisi", **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 2010, 11, 261-268.

TAŞKIN Emin Oryal, "Psikanaliz ve psikanalitik Psikoterapi", *Türkiye Klinikleri*, 2009, 2, (2).

TOMRUK Nesrin Buket ve ORAL Timuçin, "Elektrokovulsif Tedavinin Klinik Kullanımı: Bir Gözden Geçirme", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, İstanbul, 2007, (4), 302-309.

TÜRKÇAPAR M. Hakan ve SARGIN A. Emre, "Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Tarihçe ve Gelişim", *Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler ve Araştırmalar Dergisi*, 2012, 1, 7-14.

ULUTAŞDEMİR Nilgün, "Engelli Çocuklarda İletişim ve Oyunun Önemi", *Fırat Sağlık hizmetleri Dergisi*, 2007, cilt:, 2, 5.

VARMA Gülfizar Sözeri, KARADAĞ Filiz, OĞUZHANOĞLU Nalan Kalkan, ÖZDEL Osman, "Depresyon Tedavisinde Grup Psikoterapisi ve Psikodramanın Yeri", *Klinik Psikiyatri*, 2017, 20, 308-317.

YAKUT Ayten, "Serebral Palside Yeni Gelişmeler", *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrical Sciences*, 2008, 4, (4), 127-138.

YİĞİTER Alin Başgül ve KAVAK Zehra Neşe, "Anne Karnında Down Sendromu Tanısına Güncel Yaklaşımlar ve Bir Olgu Sunumu", *Türk Aile Hekimler Dergisi*, 2006, 10, (4), 178-182.

YILDIRIM Arzu, AŞILAR Rabia Hacıhasanoğlu ve KARAKURT Papatya, "Engelli Çocukların Annelerinin Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi", *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2012, 20, 200-209.

Tezler

AĞCA Zeynep, Otizmlili Bireye Sahip Annelerin Kabul-Red Düzeylerinin Depresyona Etkisi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2017, s.62-67. **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi)**.

ALBAYRAK Hafize, Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Stresle Başa Çıkma Tutumları, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2005. **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**.

ASLANOĞLU Mızgin, Otistik, Zihinsel, İşitme, Görme ve Bedensel Engelli Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Aile İçi İlişkilerinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2004, **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**.

AYDIN Şebnem, Fiziksel ve/veya Zihinsel engelli Çocuk Annelerinin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2016. **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

CANARSLAN Harun, Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı, Sınıf Öğretmenliği Bilim Dalı, Edirne, 2014. **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).**

ÇANDIR Gül, 4-24 Yaş Arası Otizm Spektrum Bozukluğu ve Down Sendromu Tanısı Alan Çocukların Annelerinde Depresyon, Anksiyete, Stres ve Baş Etme Tutumları Arasındaki ilişkinin İncelenmesi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2015. **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).**

ÇAPA Begüm, Zihin Engelli ve Otistik Çocuğa Sahip Ailelerin Toplumsal Hayata Katılmada Yaşadıkları Güçlüklerin Karşılaştırılması, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2003. **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).**

GENÇ Hulusi, Zihinsel Engelli Çocuklara Sahip Anne ve Babaların Yaşam Doyumlarının ve Aleksitimik Düzeylerinin İncelenmesi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Tokat, 2015. **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).**

FIRINCI Aysun, Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuğa Sahip Annelerin Ve Normal Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Annelerin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2017, s.27. **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).**

GÖRGÜ Ertan, 3-7 yaş Arası Otistik Çocuğa Sahip Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2005. **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).**

KARA Çiğdem, Zihinsel ve Fiziksel Engelli Çocukların Rehabilitasyonun Yönetimi ve Ailelerin Rolü, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2013. **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).**

KARAASLAN Mehtap Metin, Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Ebeveynlerin Psikolojik Durumları İle Bakım Yükünün Değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bölümleri Enstitüsü, Erzurum, 2015. **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).**

KARAÇENGEL Füsun Jale, Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Anneler ile Sağlıklı Çocuğa sahip Annelerin Atılganlık ve Suçluluk-Utanç Düzeyleri açısından Karşılaştırılması, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji İnsan Bilimleri ve Felsefe Anabilim Dalı, İstanbul, 2007. **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).**

KARYERLİOĞLU Selim, Zihinsel Engelli Çocuklara Sahip Ailelerde İletişim Sorunları, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kurumlar Sosyolojisi Anabilim Dalı, İzmir, 2002. **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).**

KOCABIYIK Dilek, İşitme Engelli Öğrencilere Yönelik Türkiye ve İngiltere'de Uygulanan Ana Dil Eğitiminin Karşılaştırılması, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimler Enstitüsü, Türkçe Eğitimi Anabilim Dalı Türkçe Öğretmenliği Bilim dalı, Ankara, 2015, **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).**

NATAN Karin, Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olmayan Annelerin Depresyon Ve Kaygı Düzeyleri, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2007, s.50-54. **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).**

OKUTAN Hülya, Zihin Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Yaşam Doyumlarının İyimserlik ve Psikolojik Belirti Düzeyleri Açısından İncelenmesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimler Enstitüsü Özel Eğitim Anabilim Dalı, Konya, 2016. **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).**

PEKER Fatma, Serebral Palsi'li Çocuğa Sahip Ailelerde Algılanan Sosyal Desteğin Anne Babaların Depresyon Düzeyi İle İlişkisi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2007, s.45. **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).**

ŞAHİN Tuğba, Sadece Otistik Çocuğu Olan Annelerin Kaygı ve Depresyon Düzeyi İlke Sağlıklı Kardeş/kardeşlere Sahip ve Otistik Çocuğu Olan Annelerin Kaygı ve Depresyon Oranlarının Karşılaştırılması, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015, s. 79. **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).**

TANRIVERDİ Başak, İstanbul İli, Küçükçekmece İlçesinde Engelli Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Durumluluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri ile Ebeveyn Stilleri Arasındaki İlişki, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2015. **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).**

EKLER

EK A- Anket Formu

Bu anket formu İstanbul Gelişim Üniversitesi, Klinik Psikoloji Bölümü bitirme tezimin bir parçası olarak hazırlanmıştır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılmayı reddetme veya kendinizi rahatsız hissettiğinizde soruları yanıtlamama hakkına sahipsiniz. Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olsanız dahi istediğiniz zaman bırakabilirsiniz. Ankette isim ya da isim yerine geçebilecek herhangi bir bilgi istenmemektedir. Araştırmanın sağlıklı yürütülmesi için soruları eksiksiz ve samimiyetle yanıtladığınız önemlidir.

TEŞEKKÜRLER

Cevdet Ertunç

Kişisel Bilgi Formu

1.Cinsiyet:

Kadın
Erkek

2.Yaşınız:

25-35
36-45

3.Eğitim durumunuz:

Okur yazar değil
Okur yazar
İlkokul
Ortaokul
Lise
Üniversite

4.Çalışıyor musunuz?

Evet
Hayır

5.Aylık ortalama geliriniz nedir?

- 1000tl -2000tl
- 2001tl-3000tl
- 3001tl -5000tl
- 5001tl ve üzeri

6.Sigara kullanıyor musunuz?

- Evet
- Hayır
- Bazen

7.Çocuğunuzun engel türü:

- Mental retardasyon
- Otizm
- Down sendromu
- Serebral palsi

8.Kaç çocuğunuz var?

- 1
- 2
- 3
- 4 ve daha fazla

9.Çocuğunuzun bakımında başka yardımcınız var mı?

- Var
- Yok

10.Eşinizle kan bağınız var mı?

- Var
- Yok

11.Çocuğunuzun yaşı

- 2-5
- 6-9
- 10-13
- 14-17

12.Çocuğunuz özel eğitim dışında herhangi bir okula gidiyor mu?

- Evet
- Hayır
- Diğer

13.Çocuğunuzun özel eğitim alma süresi

- 6 aydan az
- 6 ay -1 yıl
- 1 yıl-2 yıl
- 3 yıl ve üzeri

Beck Depresyon Envanteri

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1. (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
 (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
 (1) Gelecek için karamsarım.
 (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
 (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
 (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
 (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 (3) Her şeyden sıkılıyorum.
5. (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
 (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. (0) Kendimden memnunum.
 (1) Kendimden pek memnun değilim.
 (2) Kendime kızgınım.
 (3) Kendimden nefrete ediyorum.
7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
 (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
 (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.
8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
 (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
 (2) Kendimi öldürmek isterdim.
 (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9. (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
 (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
 (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10. (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
 (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
 (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
 (3) Canımı sıkınan şeylere bile artık kızamıyorum.
11. (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
 (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
 (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
 (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
12. (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
 (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
 (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
13. (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
 (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
 (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
 (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
 (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
 (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
 (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
15. (0) Uykum her zamanki gibi.
 (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
 (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
 (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
16. (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
 (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
 (2) Her şey beni yoruyor.
 (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
17. (0) İştahım her zamanki gibi.
 (1) Eskisinden daha iştahsızım.
 (2) İştahım çok azaldı.
 (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
18. (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
 (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
 (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
 (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
19. (0) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.
 (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
 (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
 (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20. (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
21. (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.



EK-B Anket İzin Yazısı

GÜLEN GÖZLER ÖZEL EĞİTİM VE REHABİLİTASYON KURUMLARI

08.11.2017

KARAR

Sayın Cevdet Ertunç,

İlgili yazınızda belirttiğiniz "Engelli Bireylere Sahip Ebeveynlerin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi" konulu tez araştırmanız, 08.11.2017 tarihinde kurum idaresine sunulmuş. Özel Eğitim Yönetmeliği kurallarına göre incelenmiş ve tez araştırmanızın kurumumuzda yapılmasına kurumumuz tarafından uygun görülmüştür.

KURUM MÜDÜRÜ



EK-C ETİK KURUL İZİN KARARI



T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

ETİK KURUL KARAR ÖRNEĞİ

TOPLANTI TARİHİ : 02.02.2018
TOPLANTI SAYISI : 2018-3

KARAR NO:2018-3-4 : Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Cevdet ERTUNÇ'un "Engelli Bireylere Sahip Ebeveynlerin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi" konulu tezi hakkında yapacağı anket çalışmasının etik kurallara uygun olup olmadığını tespit etmek üzere, Etik Kurulumuzun 02.01.2018 tarih ve 2018-1 sayılı toplantısında, İGÜ Etik Kurul Yönergesinin 12(1) maddesine göre değerlendirme yapmak üzere görevlendirilen öğretim elemanlarının raporları incelenmiş olup, ilgili çalışmada yer alan bilimsel araştırmanın etik kurallara uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir

ASLI GİBİDİR

Prof.Dr.Nuri KURUOĞLU
Rektör Yardımcısı

EK-C ÖZGEÇMİŞ

Ben Cevdet Ertunç 1988 Hakkari doğumluyum. Hakkari Merkezde doğdum Şuan İstanbul'da yaşamaktayım. 2005 Hakkari Lisesi mezunuyum. 2010-2015 Yılları arasında Girne Amerikan Üniversitesi Psikoloji Bölümünde lisans eğitimimi tamamladım ve psikolog ünvanını aldım. Lisans eğitimim biter bitmez 2016 yılında İstanbul Gelişim Üniversitesi'nde Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Eğitimime başladım. 2016 yılında Üsküdar'da özel bir rehabilitasyon merkezinde iş hayatına başladım. Halen aynı kurumda çalışmaya devam etmekteyim.

Mail Adresi: cevdetertunc@gmail.com

