



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÖZEL EĞİTİM MERKEZLERİNDE İZLENEN ENGELLİ
ÇOCUĞA SAHİP EBEVEYNLERİN DEPRESYON VE YAŞAM
KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

HAZIRLAYAN: HİLAL OLUKDERE
YÜKSEK LİSANS TEZİ

FİZYOLOJİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. NECİP KUTLU

II. DANIŞMAN

Doç. Dr. Erol OZAN

MANİSA 2020



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÖZEL EĞİTİM MERKEZLERİNDE İZLENEN ENGELLİ
ÇOCUĞA SAHİP EBEVEYNLERİN DEPRESYON VE YAŞAM
KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

HAZIRLAYAN: HİLAL OLUKDERE

YÜKSEK LİSANS TEZİ
FİZYOLOJİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. NECİP KUTLU

II. DANIŞMAN

Doç. Dr. Erol OZAN

TEZ SAVUNMA SINAVI JÜRİ ÜYELERİ

Prof. Dr. NECİP KUTLU

Prof. Dr. Ahmet KOYU

Prof. Dr. Nuran EKERBİÇER

MANİSA 2020

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından, veri toplanması ve yazımında kadar bütün sayfalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı

Hilal OLUKDERE

İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübeleriyle beni yönlendiren, desteğini, emeğini benden esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Necip KUTLU' ya, çalışmalarımda bana her zaman destek olan ve yol gösteren değerli arkadaşım Hamit BAŞ 'a, desteklerini ve bilgilerini hiç esirgemeyen birlikte uyum içinde çalıştığım meslektaşlarım Serdar Öcmenler Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi ailesine ve bütün hayatım boyunca yanımda olup sevgilerini ve desteklerini hiç esirgemeyen, eğitimim için her türlü imkânı sağlayan ve varlıkları ile beni her zaman mutlu eden saygıdeğer ve sevgili annem Emine OLUKDERE ile babam İbrahim OLUKDERE' ye ve tüm aileme son olarak hayatımdaki en büyük şansım ve destekçim, hayat arkadaşım Tufan ŞAHİN' e sonsuz teşekkürlerimi bildiriyorum.



KISALTMALAR VE SİMGELER

BD: Beck Depresyon

YKGS: Yaşam kalitesi genel sağlık

YKFS: Yaşam kalitesi fiziksel sağlık

YKPS: Yaşam kalitesi psikolojik sağlık

YKSİ: Yaşam kalitesi sosyal ilişkiler

YKÇ: Yaşam kalitesi çevre

SÇ: Sağlık çocuğa sahip

FE: Fiziksel engelli

ZE: Zihinsel engelli

FZE: Fiziksel ve zihinsel engelli

KMS: Kaba motor sınıflaması

DS: Down sendromu

CP: Serebral palsi

SB: Spina Bifida

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
ŞEKİL VE RESİMLER DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1 SİNİR SİSTEMİ ORGANİZASYONU.....	5
4.1.1 Merkezi Sinir Sistemi.....	6
4.1.1.2 Beyin.....	6
4.1.1.2.1 Ön beyin.....	7
4.1.1.2.2 Orta beyin.....	9
4.1.1.2.3 Arka beyin.....	10
4.1.1.2.4 Beyin lobları.....	11
4.1.1.2.4.1 Frontal lob.....	11
4.1.1.2.4.2 Oksipital lob.....	12
4.1.1.2.4.3 Parietal lob.....	13
4.1.1.2.4.4 Temporal lob.....	13
4.1.1.3 Omurilik.....	14
4.1.2 Periferik Sinir Sistemi.....	15
4.1.2.1 Otonom Sinir Sistemi.....	15
4.1.2.2 Somatik Sinir Sistemi.....	16
4.2 DEPRESYON.....	17
4.2.1 Depresyonun Tarihçesi.....	17
4.2.2 Depresyonun Tanımı.....	18
4.2.3 Depresyonda Risk Faktörleri.....	19
4.2.3.1 Genetik.....	19
4.2.3.2 Yaş.....	19
4.2.3.3 Cinsiyet.....	19
4.2.3.4 Medeni durum.....	20
4.2.3.5 Sosyal çevre.....	20
4.2.3.6 Ekonomik düzey.....	20
4.2.4 Depresyonun Belirtileri.....	21
4.2.5 Depresyonu Değerlendirmek için Kullanılan Beck Depresyon Envanteri....	21
4.3 YAŞAM KALİTESİ.....	22
4.3.1 Yaşam Kalitesi Kavramının Tarihsel Değişimi.....	22

4.3.2 Yaşam Kalitesinin Tanımı.....	22
4.3.3 Yaşam Kalitesini Etkileyen Değişkenler.....	23
4.3.4 Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler.....	24
4.3.4.1 Kısa Form-36 (Short Form-36).....	24
4.3.4.2 İyilik Hali Skalası.....	24
4.3.4.3 Nothingam Sağlık Profili.....	25
4.3.4.4 Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile).....	25
4.3.4.5 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu.....	25
4.4 ÖZEL EĞİTİM VE REHABİLİTASYON MERKEZLERİ.....	25
4.4.1 Özel Eğitim Merkezlerinden Yararlanabilecek Hasta Grupları.....	26
4.4.1.1 Mental Gelişim Geriliği.....	27
4.4.1.2 Serebral Palsi.....	27
4.4.1.2.1 Serebral palsy risk faktörleri.....	28
4.4.1.2.2. Serebral palsy tipleri.....	28
4.4.1.3 Down Sendromu.....	30
4.4.1.3.1. Regüler trizomi.....	32
4.4.1.3.2 Translokasyon tip.....	32
4.4.1.3.3 Mozaik tip.....	33
4.4.1.4 Otizm.....	33
4.4.1.5 Hidrosefali.....	35
4.4.1.6 Spina Bifida.....	36
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
5.1 FORMLARIN UYGULANMASI	37
5.2 İSTATİKSEL ANALİZ.....	38
6. BULGULAR.....	39
7. TARTIŞMA.....	59
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
9. KAYNAKLAR.....	63
10. EKLER.....	76
EK.1 Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	76
EK.2 Etik Kurul Onayı.....	77
EK.3 Özel Eğitim Merkezi İzin Yazısı.....	79
EK.4 Genel Bilgi Formu	80
EK.5 Beck Depresyon Envanteri.....	81
EK.6 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği Kısa Formu.....	83
EK.7 Gönüllü Onam Formu	85

EK.8 Turnitin Raporu	87
11. ÖZGEÇMİŞ.....	88



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil:1 Sinir Sistemi Organizasyon Şeması.....	5
Şekil:2 İnsan Beyninin Fizyolojik Anatomisi.....	7
Şekil:3 Beyin ve Ön Beyin Fizyolojik Anatomisi.....	9
Şekil:4 Orta Beyin Fizyolojik Anatomisi.....	10
Şekil:5 Arka Beyin ve Fizyolojik Anatomisi.....	11
Şekil:6 Beyin Lobları Fizyolojik Anatomisi.....	11
Şekil:7 Frontal Lob Fizyolojik Anatomisi.....	12
Şekil:8 Oksipital Lob Fizyolojik Anatomisi.....	12
Şekil:9 Parietal Lob Fizyolojik Anatomisi.....	13
Şekil:10 Temporal Lob Fizyolojik Anatomisi.....	14
Şekil:11 Omurga ve Omurilik Fizyolojik Anatomisi.....	14
Şekil:12 Otonom Sinir Sistemi Fizyolojik Anatomisi.....	16
Şekil:13 Parasempatik Sinir Sistemi Fizyolojik Anatomisi.....	17
Şekil:14 Down Sendromu Genel Özellikleri.....	31
Şekil 15 Çocuk Durumuna Göre Anne ve Baba Dağılımı.....	39
Şekil:16 Anne ve Babaların Çalışma Durumları Dağılımı.....	40
Şekil:17 Depresyon Düzeyinin Anne ve Babadaki Dağılımı.....	41
Şekil:18 Yaşam Kalitesinin Anneler ve Babalardaki Ortalama Puan Dağılımı.....	42
Şekil:19 Fiziksel Engelli Çocuğa Sahip Babaların Çocuğunun Yatağa Bağımlılık Derecesine Göre Depresyon ve Yaşam Kalitesi Korelasyon Grafiği.....	57
Şekil:20 Fiziksel- Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Babaların Çocuğunun Yatağa Bağımlılık Derecesine Göre Depresyon ve Yaşam Kalitesi Korelasyon Grafiği.....	58

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo:1 Sağlıklı ve Engelli Çocuğa Sahip Çalışan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi.....	43
Tablo:2 Sağlıklı ve Fiziksel- Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması.....	43
Tablo:3 Sağlıklı ve Engelli Çocuğa Sahip Çalışan Babalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi.....	44
Tablo:4 Sağlıklı ve Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışan Babalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırması.....	44
Tablo:5 Sağlıklı ve Fiziksel- Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışan Babalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırması.....	45
Tablo:6 Fiziksel Engelli ve Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışan Babalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırması.....	45
Tablo:7 Fiziksel Engelli ve Fiziksel- Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışan Babalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması.....	46
Tablo:8 Zihinsel Engelli ve Fiziksel- Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışan Babalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması.....	46
Tablo:9 Sağlıklı ve Engelli Çocuğa Sahip Çalışmayan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi.....	47
Tablo:10 Sağlıklı ve Fiziksel Engelli Çocuğa Sahip Çalışmayan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması.....	47
Tablo:11 Sağlıklı ve Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışmayan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması.....	48
Tablo:12 Sağlıklı ve Fiziksel- Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışmayan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması.....	48
Tablo:13 Fiziksel Engelli ve Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışmayan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması.....	49
Tablo:14 Zihinsel Engelli ve Fiziksel- Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışmayan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması.....	49
Tablo:15 Engelli Çocuğa Sahip Maddi Devlet Desteği Alan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması.....	50
Tablo:16 Fiziksel Engelli ve Fiziksel- Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Maddi Devlet Desteği Alan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması.....	50

Tablo:17 Zihinsel Engelli ve Fiziksel- Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Maddi Devlet Desteği Alan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması.....	51
Tablo:18 Engelli Çocuğa Sahip Maddi Devlet Desteği Almayan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması.....	51
Tablo:19 Sağlıklı ve Engelli Çocuğa Sahip Çalışmayan Babaların Depresyon ve Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi.....	52
Tablo:20 Sağlıklı ve Fiziksel Engelli Çocuğa Sahip Çalışmayan Babaların Depresyon ve Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi.....	52
Tablo:21 Sağlıklı ve Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışmayan Babaların Depresyon ve Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi.....	53
Tablo:22 Sağlıklı ve Fiziksel- Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışmayan Babaların Depresyon ve Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi.....	53
Tablo:23 Engelli Çocuğa Sahip Maddi Devlet Desteği Alan Babaların Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması.....	54
Tablo:24 Fiziksel Engelli ve Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Maddi Devlet Desteği Alan Babaların Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması.....	54
Tablo:25 Fiziksel Engelli ve Fiziksel-Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Maddi Devlet Desteği Alan Babaların Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması.....	55
Tablo:26 Fiziksel Engelli ve Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Maddi Devlet Desteği Alan Babaların Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması.....	55
Tablo:27 Engelli Çocuğa Sahip Maddi Devlet Desteği Almayan Babaların Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması.....	56
Tablo:28 Fiziksel Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Çocuğunun Yatağa Bağımlılık Derecesine Göre Depresyon ve Yaşam Kalitesi Korelasyonu.....	56
Tablo:29 Fiziksel- Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Çocuğunun Yatağa Bağımlılık Derecesine Göre Depresyon ve Yaşam Kalitesi Korelasyonu.....	56
Tablo:30 Fiziksel Engelli Çocuğa Sahip Babaların Çocuğunun Yatağa Bağımlılık Derecesine Göre Depresyon ve Yaşam Kalitesi Korelasyonu.....	57
Tablo:31 Fiziksel- Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Babaların Çocuğunun Yatağa Bağımlılık Derecesine Göre Depresyon ve Yaşam Kalitesi Korelasyonu.....	58

1. ÖZET

ÖZEL EĞİTİM MERKEZLERİNDE İZLENEN ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP EBEVEYNLERİN DEPRESYON VE YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Öğrencinin Adı: Hilal OLUKDERE

Danışmanı: Prof. Dr. Necip KUTLU

Anabilim Dalı: Fizyoloji

Amaç: Çalışmanın amacı özel eğitim merkezlerinde izlenen engelli çocuklarda tedavinin multidispliner oluşunu vurgulayarak, ebeveynlerin depresyon durumu ve yaşam kalitesinin engelli çocuğun eğitim ve tedavisine etkilerini araştırmaktır. Evdeki bakım ve tedavisiyle birlikte rehabilitasyon merkezlerinde uygulanan tedaviler çocuğun fiziksel ve mental halinde iyileşmesine katkı sağlamaktadır. Tüm bu sebeplerden dolayı engelli çocuğa sahip ve bakımını üstlenen ailenin genel sağlık durumu da önem arz etmektedir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Manisa ili Şehzadeler ilçesinde yer alan Özel Serdar Öcmenler Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi'nde izlenen engelli çocuğa sahip 78 anne 52 baba ve sağlıklı çocuğa sahip 30 anne 30 baba dahil edilmiştir. Ebeveynlerin demografik durumları, yaşam kalitesi skoru ve depresyon oranı bilgileri Genel Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu doldurularak elde edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda engelli çocuğa sahip ebeveynlerin yaşam kalitesi düşük, depresyon oranları yüksek iken sağlıklı çocuğa sahip ebeveynlerin yaşam kalitesi yüksek, depresyon oranları düşük bulunmuştur. Çocuğun cinsiyetinin, engel durumunun ya da engellilik oranının yaşam kalitesi ve depresyon oranını etkilemediği saptanmıştır.

Sonuç: Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin yaşam kalitesini arttırmak ve depresyon oranlarını azaltmak amacıyla fiziksel ve psikolojik sağlık durumunun iyileştirilmesi ve sosyal ilişkilerinin güçlendirilmesi kanısına varılmıştır. Ebeveynlerin psikososyal durumlarının iyileştirilmesi amacıyla profesyonel destek ve bilgilendirme önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ebeveyn, engelli çocuk, depresyon, yaşam kalitesi, özel eğitim

2. ABSTRACT

EVALUATION OF DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE OF PARENTS WITH DISABLED CHILDREN FOLLOWED UP IN SPECIAL EDUCATION CENTERS

Student's Name: Hilal OLUKDERE

Supervisor: Prof. Dr. Necip KUTLU

Department: Physiology

Aim:The aim of the study is to investigate the effects of parents' depression and quality of life on the education and treatment of disabled children, emphasizing the multidisciplinary treatment of children with disabilities who are followed up in special education centers. Together with home care and treatment, the treatments applied in rehabilitation centers contribute to the physical and mental recovery of the child. For all these reasons, the general health status of the family that has a disabled child and undertakes their care is also important.

Materials and Methods:The study included 78 mothers 52 fathers with disabled children and 30 mothers and 30 fathers with healthy children who were followed up in the Private Serdar Öcmenler Special Education and Rehabilitation Center located in the town of Şehzadeler in Manisa. The demographic status, quality of life score and depression rate information of the parents were obtained by filling out the General Information Form, Beck Depression Inventory and World Health Organization Quality of Life Inventory Short Form.

Results:In our study, the quality of life of parents with a disabled child was low, depression rates were high, while the quality of life of parents with healthy children was high and depression rates were low. It was found that the gender, disability or disability rate of the child did not affect the quality of life and the rate of depression.

Conclusion:In order to increase the quality of life of parents with disabled children and to decrease the rates of depression, it was concluded to improve the physical and psychological health status and strengthen their social relations. Professional support and information is recommended in order to improve the psychosocial status of the parents.

Key words: Parent, Disabled child, Depression, Life quality, Special education

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Zihinsel ya da bedensel herhangi bir engele sahip bireyler kişisel bakım ve günlük yaşam aktivitelerini tek başına gerçekleştirmekte zorlandıkları veya gerçekleştiremedikleri için başka bireylere ve eğitime ihtiyaç duymaktadırlar. İhtiyaç duyulan bireyler genellikle aileden olmaktadır. Bu eğitim ihtiyacı toplumda özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinin çoğalmasına sebep olmuştur. Engelli bireylerin topluma kazandırılmasında devlet destekli özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri yanı sıra ulusal veya uluslar arası çeşitli sivil toplum kuruluşları ve dernekler etkili olmaktadır (Kayhan 2000).

Son yıllarda ülkemizde engelli nüfusunun artmasıyla birlikte artan özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde engelli bireye uygun fiziksel ve zihinsel eğitim programı düzenlenir, uygulanır. Uygulanan tedavi multidisipliner olup ekipte özel eğitim öğretmeni, fizyoterapist, psikolojik danışma rehberi/psikolog ve aile de bulunmaktadır. Burada aldıkları zihinsel ve fiziksel eğitimin başarısı yalnızca orada çalışan personellerden ibaret değildir, günlük yaşamının büyük bir bölümünü birlikte geçirdiği aile de eğitimin başarısında oldukça önemlidir (<https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/42250/istatistik-bulteni-2020mart.pdf> Erişim tarih; 14.11.2020). İhtiyaçlarını karşılamada yardımcı olan veya bakım veren ailenin sosyal yaşantısı etkilenmektedir. Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde aldıkları zihinsel ve fiziksel tedavi programına ailenin katılabilmesi için bu konuda yeteri kadar bilgi sahibi olmaları ve tedaviye olan uyumlarını devam ettirebilmeleri için yeterli fiziksel ve mental iyilik halinde olmaları gerekmektedir (Özşenol ve ark 2002; Abay ve ark 1994).

Sosyal kültürümüzde kadın ve erkeğe belli sorumluluklar ve görevler yüklenmiştir. Kadın evin içindeki erkek ise evin dışındaki işlerden sorumludur. Bunu aile içinde düşündüğümüzde genellikle anne evin idaresi ve çocukların bakımında rol üstlenirken baba daha çok maddi imkânlar konusunu görev edinmiştir. Anne sürekli evin içinde olduğu için engelli çocukla daha çok vakit geçirmekte bu da annenin fiziksel ve mental iyilik halinde daha fazla değişikliğe sebep olmakta ve negatif yönde etki bırakmaktadır (Dönmez ve ark 1998). Engelli çocuğa sahip anne, babaya

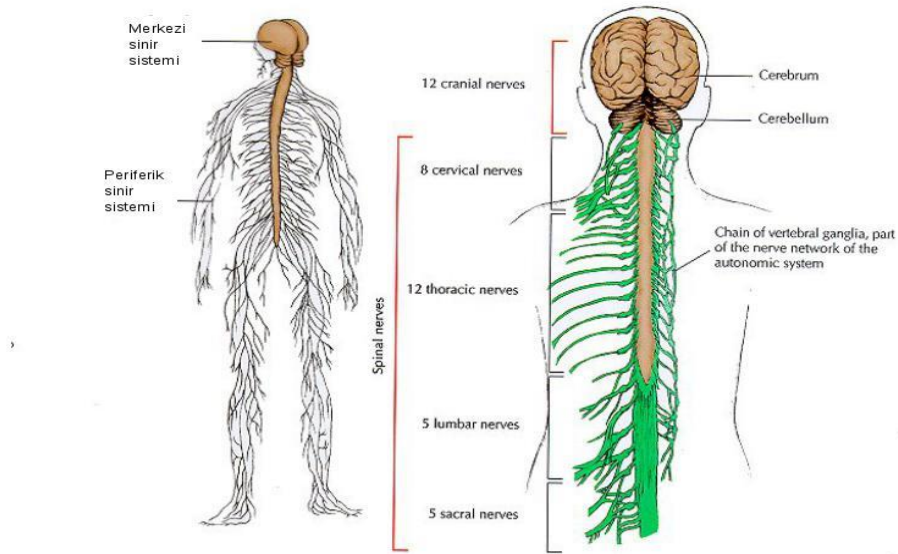
göre engelli çocuğun ihtiyaçlarını karşılamada daha fazla sorumluluk aldığı için sosyal hayatı kısıtlanmakta ve günlük yaşamda daha fazla problemle karşı karşıya kalmaktadır (Friedrich ve ark 1983). Engelli ocuğa sahip ebeveynlerin karşılaştıkları problemler yaşam kalitesi ve depresyon seviyelerinde değişiklik gösterebilmektedir. Anne ve babaların depresyon ve yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir (Bozkurt ve ark 2010).özel eğitim merkezlerinde izlenen engelli çocuğa sahip ebeveynler tedavi süresince aynı duygu durum da kalmayıp kimi zaman motivasyonlarını dşrebilmektedirler. Böyle zamanlarda anne ve babaların yaşamlarında üstlendikleri rollerde ve sosyal yaşantılarında kısıtlamalar yaşanmaktadır (Abay ve ark 1994).Engelli ocuğa sahip ebeveynler de çocuğun zihinsel ya da fiziksel engelli olması fark etmeksizin yalnızca karşılaştıkları sorunlar farklılaşmaktadır. Anne ve babaların maddi, eğitim ile ilgili ve psikolojik birçok sorun yaşayabilmektedir. Engelli ocuğa sahip ebeveynlerin yaşadığı stres, ailenin maddi durumunu, sosyal hayatlarını ve aile içi iletişimi etkileyip ebeveynlerin duygu durumlarını etkileyerek depresyon ve yaşam kalitelerinde olumsuzluklar yaşamalarına sebep olmaktadır (Özşenol ve ark 2002).

Evdeki bakım ve tedavisiyle birlikte özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde uygulanan tedaviler çocuğun fiziksel ve mental halinde iyileşmesine katkı sağlamaktadır. Tüm bu sebeplerden dolayı engelli çocuğun yanında, ona bakım veren ailenin genel sağlık durumu da bizler için önem arz etmektedir. Genel sağlık durumu iyi olan ve durumunu koruyabilen aileler bu ekipte daha başarılı rol oynayabilecektir. Çalışmanın amacı özel eğitim merkezlerinde izlenen engelli çocuklarda tedavinin multidispliner oluşunu vurgulayarak, engelli çocuğun eğitim ve tedavisine etki eden ebeveynlerin psikolojik durumlarının ve yaşam kalitesini incelemektir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1 SİNİR SİSTEMİ ORGANİZASYONU

Sinir sistemi periferik ve merkezi sinir sistemi olarak ikiye ayrılır. Merkezi sinir sistemini beyin ve omurilik oluşturur. Beyin ve omurilik meninks adı verilen üç katlı bir zar ile korumaya alınır. En üstte bulunan zar dura mater, arada bulunan araknoid zar ve en içte bulunan zar ise beyni tamamen saran ve besleyen piamater olarak adlandırılır. Periferik sinir sistemi somatik ve otonom olarak; otonom sinir sistemi ise sempatik ve parasempatik olarak ikiye ayrılır.



Şekil: 1 Sinir Sistemi Organizasyon Şeması (<https://muham.org/sinir-sistemi-fizyolojisi.html>,

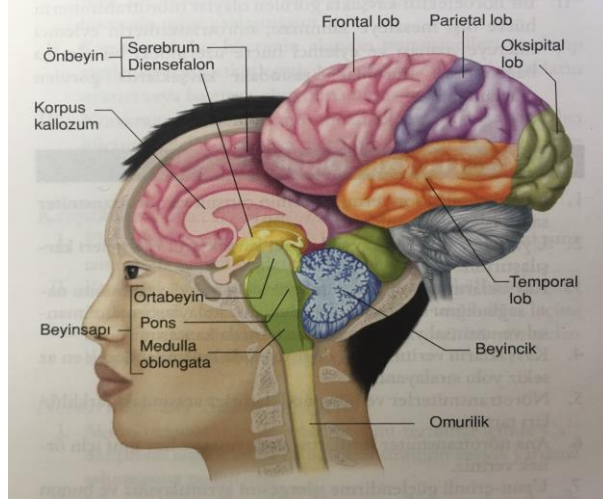
Erişim tarihi; 14.11.2020)

4.1.1 MERKEZİ SİNİR SİSTEMİ

4.1.1.2 Beyin

Beyin vücudumuzda bulunan en önemli organ ve aynı zamanda merkezi sinir sisteminin de en önemli parçasıdır. İnsan bedeninde beyin büyüklüğüne bakıldığında insan bedeni bulundurduğu beyinden çok daha büyüktür. İnsan beyni o kadar gelişmiştir ki ortalama insan ömrü boyunca beyine her saniye bilgi yüklense bile insan, beyninin ancak %50 sini kullanabilmektedir(Usta 2008; Avcı, 2007).Beynin biyolojik yapısına bakıldığında içeriğinde %78 su %8 protein %10 yağ ve diğer yapılar bulunmaktadır. Beyin vücutta oldukça korunaklı bir bölge olan kafatasının içinde bulunmaktadır. Kafatasını saran kas tabakası ve onu da saran saçlı deri bulunmaktadır. Kafatası dışarıdan gelecek herhangi bir darbeye karşı oldukça dayanıklı kemiklerden oluşmaktadır. Tıbbi olarak beyin cerebrum olarak adlandırılır. Beyin zarı ile sarılmış sağ ve sol lob olarak ikiye ayrılmış duyularla gelen bilgilerin işlenip yanıt verildiği organ kafatasında bulunur(Jensen, 2006; Kılıç 2018). Bir beyin anatomi modeline bakıldığında beynin ön, orta ve arka bölümlerden, sağ ve sol olmak üzere iki yarım küreden ve dört lobdan oluştuğu görülmektedir.

Sağ ve sol loblar arasında bilgi akışını sağlayan lif demetleri bulunur ve bu lif demetleri öğrenme için oldukça önemlidir. Sağ yarım kürede görsel şekiller, uzaysal bilgiler, sezgilerin kullanılması, vücudun sol bölgesini kontrol etme ve belirsiz olan durumlarla ilgilenme kontrol edilir. Sol yarım kürede ise karar verme, dil ile ilgili fikirlerin işlenmesi, karar verme, fikirlerin sınıflandırılması, sayılarla ve hesaplarla ilgili analizlerin yapılması ve vücudun sağ bölümünün kontrol edilmesi işlevleri yapılmaktadır (Sousa, 2001, s. 19).



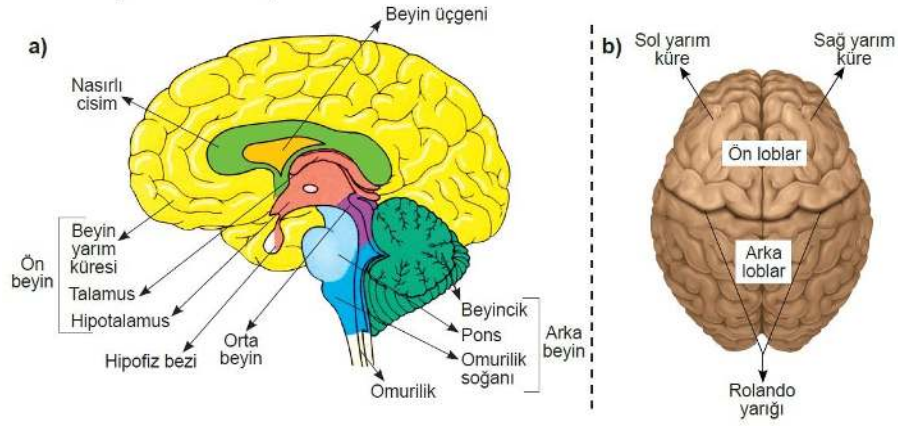
Şekil: 2 İnsan Beyninin Fizyolojik Anatomisi
(İnsan Fizyolojisi, Vander s.174)

Kortikal fonksiyonların lateralizasyonu Broca ve Wernicke dil öğrenme ve konuşma lezyonlarının sol hemisferde gerçekleşir. İki hemisferde vücudun karşı yarısının kontrolünde görev almaktadır. Sol hemisfer dil öğrenme matematik bilgisi gibi sağ hemisfer ise görsel hacimsel algılama, yüz ifadelerini yorumlama müzik bilgisi gibi kognitif fonksiyonlar için özelleşmişlerdir. Duygular ve lateralizasyonda ise sol hemisfer pozitif duyguların ortaya çıkmasında görev alırken sağ hemisfer negatif duyguların ortaya çıkmasında rol alır. Sol hemisferin lezyonunda zevk alma duygusu ortadan kalkar, fonksiyonun artmasıyla ise kişinin diğer insanlarla fazla yakınlık kurma durumu oluşur. Sağ hemisferin lezyonunda bireylerin duyguları abartması görülürken fonksiyonunun artması bireyin diğer insanlardan kaçmasına ve yalnızlığına sebep olur.

4.1.1.2.1 Ön beyin

Serebrum ve diensefalondan oluşur. Ön beyinin en geniş bölümü olan serebrum sağ ve sol hemisferlerden oluşur. Serebral hemisferler gri cevherden yapılmış dış katman olan serebral korteksten ve ak cevherin yaptığı iç katmandan oluşur. Birçok sinir lifinden oluşan lif demetleri serebruma bilgi iletir, serebrumdan dışarıya bilgi taşır ve bir hemisfer içindeki farklı alanları birbirine bağlar (Kandemir, 2006; Kılıç,2018). Sağ ve sol hemisferlerin kabuk katmanları boylamasına derin bir yarıkla birbirlerinden geniş ölçüde ayrılmakla beraber korpuskal lozum adı verilen yoğun bir sinir lifi demeti ile birbirine bağlanır. Her serebral hemisfer kafatası

kemiklerinin altında yer alan frontal, parietal, oksitipal ve temporal olmak üzere dört loba ayrılır. Frontal, parietal, oksipital ve temporal lob isimlerini altında bulundukları kafatası kemiklerinden alırlar. Kalınlığı 3 mm olan serebral korteks oldukça kıvrımlıdır. Bu özellik beyin hacminde artışa sebep olmadan kortikal nöron alanlarının fazla olmasını sağlar. Bu kıvrımlarda sulcus ve girus adı verilen yolak ve tümsekler bulunmaktadır. Serebral korteks sinir sisteminin en karmaşık bütünleştirme alanlarından biridir. Serebral hemisferin derinliklerinde yer alan subkortikal çekirdekler gri cevherin oluşturduğu heterojen yapılardır. Bunlardan biri olan bazal ganglionlar hareket ve postürün denetlenmesi ile davranışın daha karmaşık biçimlerinde önemli bir rol oynamaktadır. Diensephalonda epitalamus, thalamus ve hipotalamus bulunur. Talamus duyu organlarından gelen bilgileri alır ve beynin diğer bölgelerine yollar. Duyusal yolların kortekse uzanan yolları üzerinde kontrol ve koordinasyonu ve iskelet kaslarının çalışmasının koordinasyonunu düzenler. Talamus dikkatin odaklanması olayına da katılır. Talamus lezyonunda kas tonusunda azalma, ağrının aşırı hissedilmesi, duyuları ayırmada bozukluk, duygusal davranış bozukluğu ve talamik ağrı gibi patolojik sorunlar ortaya çıkabilir. Hipotalamus talamasun altında ve beyin alt yüzünde bulunur. Beyin ağırlığının %1 inden daha azından sorumludur. Hipotalamus sindirimde yeme içme davranışlarının düzenlenmesi, homeostatik düzenlemeyi, sirkadiyen ritim oluşumunu ve kontrolünü, davranış kalıplarının düzenlenmesini, dolaşımı, hormon salgılaması, cinselliği, beslenmeyi, uykuyu ve duyguları kontrol eder. Hipotalamus hipofiz bezi ile bağlantılıdır ve vücut salgılarının ve hormonların kontrolünde birlikte çalışırlar. Hipotalamus lezyonunda uyku bozuklukları, termoregülasyon bozuklukları, beslenme bozuklukları ve hormon bozuklukları gibi patolojik sorunlar ortaya çıkabilir. Epitalamus ise melatonin hormonu salgılayarak sirkadiyen ritmin düzenlenmesinde rol oynayan epifiz bezini içeren küçük bir dokudur.



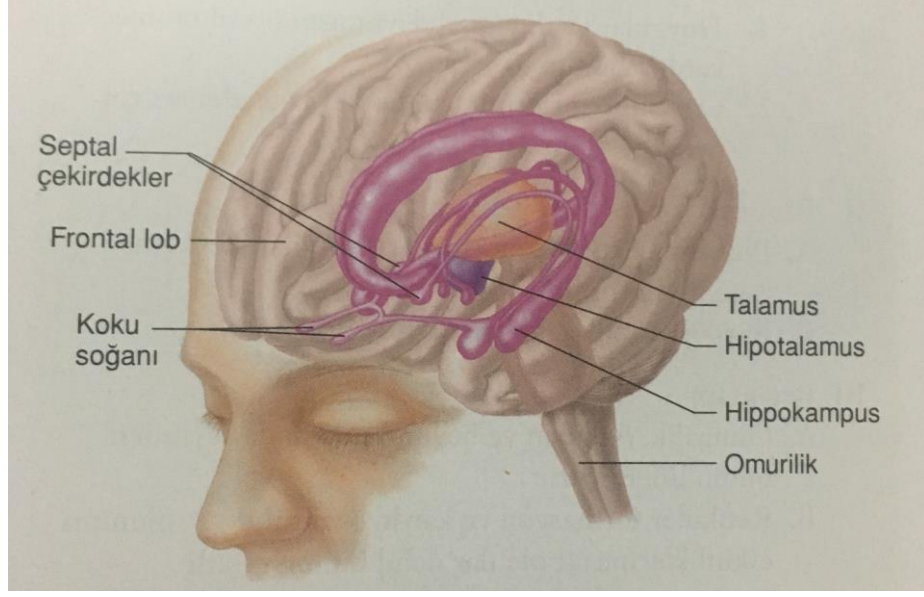
Şekil: 3 Beyin ve Ön Beyin Fizyolojik Anatomisi

(<https://www.yenibiyoloji.com/beyin-yapisi-ozellikleri-beynin-bolumleri-ve-kisimleri-1605/>, Erişim tarihi; 26.10.2020)

4.1.2.2 Orta beyin

Orta beyinde limbik sistem ve amigdala bulunur. Limbik sistem içinde bulunan yapılar öğrenme, duygusal deneyim ve davranış ile çok çeşitlilik gösteren visseral ve endokrin işlevlerle birliktelik gösterir. Beynin bu kısmı uyku, dikkat, motivasyon, cinsel dürtüler, heyecan ve korku gibi vücudun bazı işlevlerinden ve hormonların çoğunun salınımında görevlidir (Yakar, 2005).

Amigdala, talamus ve hipotalamusun yanında bulunur ve duygulardan sorumludur. Amigdala oluşacak bir tehlike durumunda hipotalamusu uyarır, vücuda hormonal iletiler gider ve psikolojik olarak hazır hale gelir. Hipokampüs temporal lobun derinlerinde yer alır. Bellek, duygular ve anılar hipokampüste bulunur. Hipokampüs aynı zamanda öğrenme ve hafızayı da kontrol eder (Kılıç 2018; Goldberg ve ark. 2001).



Şekil: 4 Orta Beyin Fizyolojik Anatomisi
(İnsan Fizyolojisi, Vander s.174)

4.1.1.2.3 Arka beyin

Tıbbi olarak serebellum adı verilen beyincik medulla oblongata ve ponsun arkasında konumlanmıştır. Beynin arka alt kısmına yerleşmiştir. Cerebellum hareketten, duruştan, koordinasyondan, dengeden, motor hafızadan ve yenilikleri öğrenmeden sorumludur. Beyincik, istemli hareketi bizzat başlatmaz fakat hareketlerin eşgüdümü ve postür ile dengenin denetlenmesinde görev alır. Bu görevleri gerçekleştirebilmek için beyincik kas ve eklemlerden, deri, göz, vestibüler sistemden ve iç organlardan bilgi alır. Beyincikte oluşan herhangi bir problemde denge gerektiren birçok hareketin gerçekleşmesinde sıkıntı oluşur (Duman, 2015). Beyin sapı bütün sinirlerin geçiş noktasıdır. Burası beynin en küçük ve en gelişmemiş kısmıdır. Nefes alıp verme, refleksler, kalp atışı gibi bazı işlevler otomatik olarak kontrol edilir. Beyin sapında düşünme ve öğrenme gerçekleşmez (Kılıç 2018; Özden 2014).

Beyin sapı boyunca seyreden ve akson demetleri ile karışmış nöron hücrelerin gövdelerine retiküler formasyon denir ve bu bölge beynin yaşam için varlığı zorunludur. Retiküler formasyon motor işlevlere, kardiyovasküler ve solunum denetimine ve uyku ile uyanıklığı düzenleyen işlevlere ve dikkati yöneltme olaylarına katılır. Beyin sapında 10 kafa sinirinden gelen bilgilerin işlendiği çekirdeklerde bulunmaktadır.

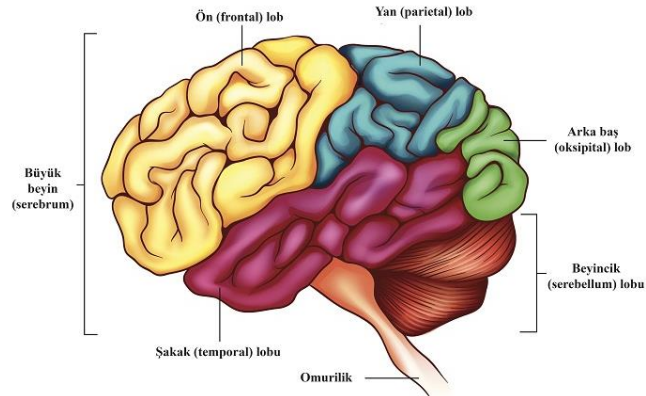


Şekil: 5 Arka Beyin ve Fizyolojik Anatomisi

(https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/79457/mod_resource/content/0/Hafta%209.pdf, Erişim tarihi; 26.10.2020)

4.1.1.2.4 Beyin lobları

Beyinde dört tane lob bulunmaktadır; frontal, parietal, temporal ve oksipital. İsimlerini bulundukları bölgedeki kafatası kemiklerinden alırlar. Gelişim sürecinde arkadan öne doğru bir gelişim mevcuttur. Her bir beyin lobunun farklı görev ve sorumlulukları vardır.



Şekil:6 Beyin LoblarıFizyolojik Anatomisi

(<https://eodev.com/gorev/13159752>, Erişim tarihi; 26.10.2020)

4.1.1.2.4.1 Frontal lob

Frontal lob hareketle ilgilenir. Üst düzey zihinsel aktivitelerden sorumludur. Bilinçli ve soyut düşünmede de önemli rol oynar. Frontal lob gelişimini 20'li yaşlarda ancak tamamlar. Motor fonksiyon, konuşma (Broca alanı) problem çözme,

planlama, bellek, lisan, karar verme, impuls kontrolü, sosyal ve seksüel davranışların oluşumunda görev alır (Usta, 2008).



Şekil:7 Frontal Lob Fizyolojik Anatomisi

(<http://noroblog.net/2020/02/01/beyin-loblari-beynimizde-kac-lob-var-beyin-loblari-ne-ise-yarar/>,

Erişim tarihi; 26.10.2020)

4.1.1.2.4.2 Oksipital lob

Oksipital lob, lobların en küçüğüdür. Görme, görseli algılama ve yorumlama ile ilgili görevleri vardır. Ön ve arka olarak adlandırılan görme yollarını bulundurmaz. Ön yol inferiordan temporal bölgeye uzanır ve nesne tanımda rol alır. Arka yol posteriordan parietal bölgeye uzanır ve hareketin görsel kontrolünde rol alır. Oksipital lob lezyonlarında yüz tanıma güçlüğü, renk tanıma güçlüğü, görsel yanılsama, okuma ve yazmada güçlük, nesneleri çevreye yerleştirmede güçlük gibi patolojik sorunlar ortaya çıkabilir.



Şekil:8 Oksipital Lob Fizyolojik Anatomisi

(<http://noroblog.net/2020/02/01/beyin-loblari-beynimizde-kac-lob-var-beyin-loblari-ne-ise-yarar/>,

Erişim tarihi; 26.10.2020)

4.1.1.2.4.3 Parietal lob

Parietal lob duyu organlarından gelen bilgileri birleştirmede rol alır.

Parietal lob lateralizasyonuna bakıldığında sağ parietal algı bilişsel ve motor davranış için uzaysal bilginin kullanımı rolünü üstlenirken sol parietal dil için duyusal ve bütünleştirici süreçleri, okuma, matematik ve hesaplama gibi rolleri üstlenir.

Parietal lob lezyonlarında aleksi, anomi, agrafi, apraksi, diskalkuli, sağ sol ayrımı yapamama, görsel dikkati odaklayamama, nesnelerin resmini çizmede zorlanma gibi patolojik sorunlar ortaya çıkabilir.



Şekil:9 Parietal Lob Fizyolojik Anatomisi

(<http://noroblog.net/2020/02/01/beyin-loblari-beynimizde-kac-lob-var-beyin-loblari-ne-ise-yarar/>,

Erişim tarihi; 26.10.2020)

4.1.1.2.4.4 Temporal lob

Temporal lob ise işitme, hafıza, konuşma ve koku ile ilgili duyusal işlevleri gerçekleştirir. Temporal lobun görsel nesne tanıma ve sınıflandırma, yaşam için kritik bilgilerin öğrenilmesi, dikkat ve bellek, uzaysal yerleşim, korku duygusu, davranışı belirleyen duygular gibi görevleri bulunmaktadır. Temporal lob lezyonlarında Wernicke afazisi, yüz tanımada sorun, kısa bellek kaybı, ısrarlı konuşma, uzun süreli bellekte parazit, nesneleri sınıflandırmada güçlük gibi patolojik sorunlar ortaya çıkabilir.



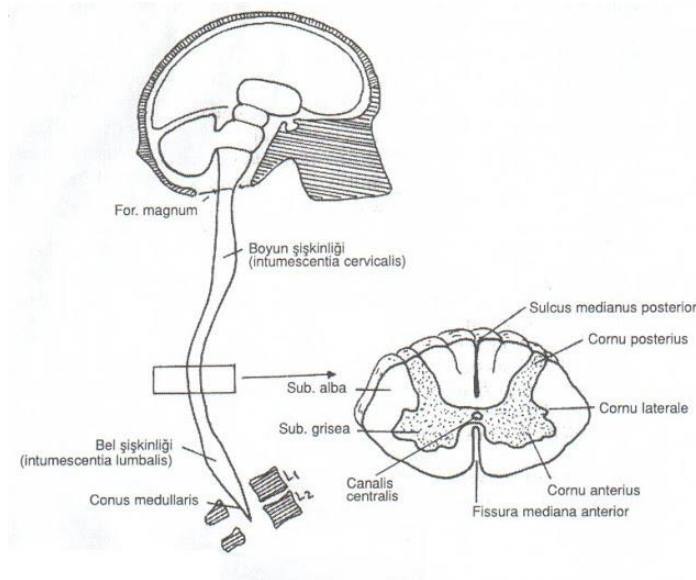
Şekil: 10 Temporal Lob Fizyolojik Anatomisi

(<http://noroblog.net/2020/02/01/beyin-loblari-beynimizde-kac-lob-var-beyin-loblari-ne-ise-yarar/>,

Erişim tarihi; 26.10.2020)

4.1.1.3 Omurilik

Omurga adı verilen kemikten oluşmuş sütunun içerisinde yer alır. Periferik sinir sisteminden gelen duyuşsal bilgileri beyine iletir. Beyinden aldığı motor uyarıları da organlara iletir. Bazı refleksler için merkezdir. Omurilik gri ve ak cevher adı verilen iki yapıdan oluşur. Gri cevher spinal refleksler için merkez iken bazı motor fonksiyonlar için entegrasyon alanıdır. Gri cevhere gelen uyarılar lokal olarak değerlendirilir yanıt verilir ya da yukarı segmentlere gönderilir.



Şekil: 11 Omurga ve Omurilik Fizyolojik Anatomisi

(<https://yavuzyilmazbiz.blogspot.com/2018/01/anatomi-merkezi-sinir-sistemi.html>, Erişim tarihi;

14.11.2020)

Gri cevherin merkezde oluşturduğu alan ara nöronlar, motor nöronların hücre gövde ve dentritleri, duyu nöronların aksonları ve glia hücrelerinden kurulmuştur. Gri cevherin gövdeden arkaya olan uzantısına arka boynuz, öne yerleşmiş kısmına ise ön boynuz adı verilir. Periferik sinir sisteminden gelen duyumlar duyu nöronları ile arka kökten içeriye girerken, motor nöronlar ön kökten omuriliği terk eder.

4.1.2 PERİFERİK SİNİR SİSTEMİ

Periferik sinir sistemi 12 çift kafa sinir ve 31 çift spinal sinirler olmak üzere 43 çift sinir içerir. Spinal sinirler omurgayı terk ettikleri omur düzeyine göre adlandırılır ve her düzeydeki spinal sinir nöronları genelde yakın yerlerdeki kas ve bezleri denetler, duysal girdileri alır. Periferik sinirler duyu, motor ya da her ikisinde aksonları olan sinir liflerini içerebilir. Bütün spinal sinirler hem duyu hem de motor sinir lifleri içerirken kafa sinirlerinin bazıları motor bazıları ise duyu sinir liflerini içerir. Motor nöronlar merkezi sinir sisteminden aldıkları bilgileri kaslar, bezler veya diğer dokulara taşır. Periferik sinir sistemi somatik ve otonom sinir sistemi olarak ikiye ayrılır. Somatik ve otonom sinir sistemi arasındaki en temel ve en belirgin fark somatik sinir sistemi iskelet kaslarını uyarırken, otonom sinir sistemi düz kas ve kalp kasını uyarır.

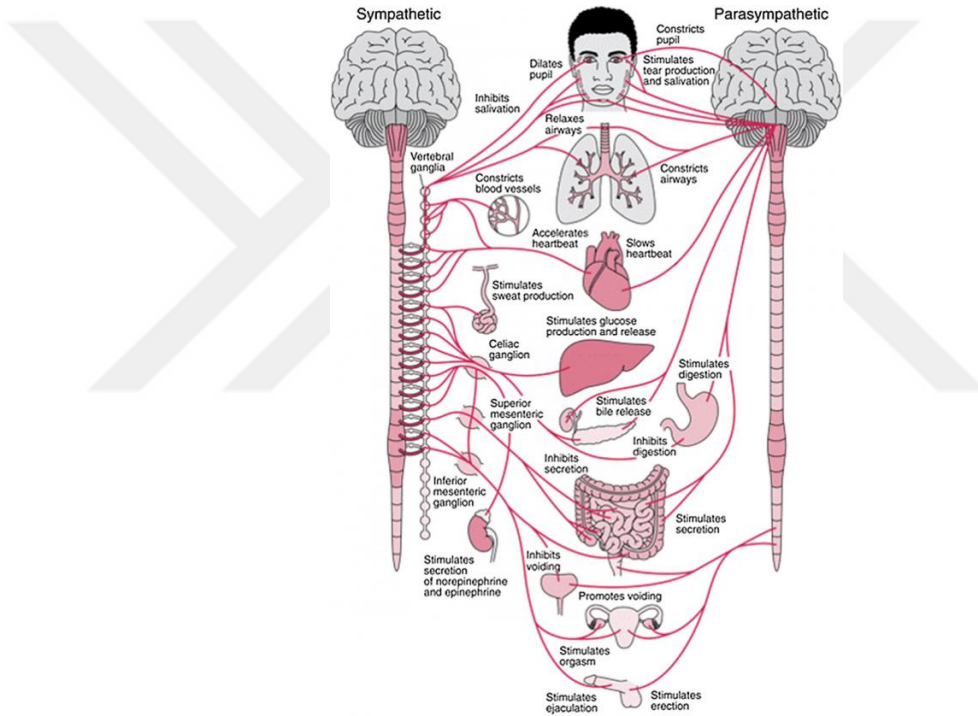
4.1.2.1 Otonom Sinir Sistemi

İskelet kası hariç vücutta bulunan diğer dokuların motor uyarısı otonom sinir sistemi ile sağlanır. Otonom sinir sistemi, içeriden ve dışarıdan gelen uyarılara karşı, organlarımızı düzenleyip yaşama uyumamızı sağlar. Otonomik sinir sisteminin aktivitesinin kontrol ve denetlenmesinde frontal korteks, limbik sistem ve hipotalamus yer alır. Otonom sinir sistemi de kendi içinde sempatik ve parasempatik olarak ikiye ayrılır (Eminoğlu 2010). Sempatik ve parasempatik sinir sistemlerinin nöronları merkezi sinir sistemini farklı seviyelerde terk etmektedir. Sempatik sinir sistemine ait nöronlar T1-L2 seviyeleri arasına yerleşmiş oldukları için torakalumbal sistem olarak adlandırılır. Enerji gerektiren tüm faaliyetlerde sempatik sistem aktivasyonu söz konusudur ve “Savaş ya da Kaç” prensibi ile çalışır. Parasempatik sistem nöronları ise 3, 7, 9 ve 10. Kafa sinirleri ile S2-S4 arasındaki sakral bölüm

arasında bulunur. O yüzden karanosakral olarak adlandırılır. Vücudu yenileyen sistemdir. “Dinlen ve beslen; uyu ve sindir” prensibi ile çalışır.

Sempatik sinir sistemi uyarıcı etkisiyle birlikte gözbebeğinde genişleme, tükürük salgısında artma, kalp atımında artma, yağ yakımında artma, ejakülasyon, koroner damarlarda genişleme gibi durumlar görülür. Sempatik sistem baskılayıcı etkisi ise sindirim sistemi, idrara çıkma ve pankreas salgıları üzerindedir.

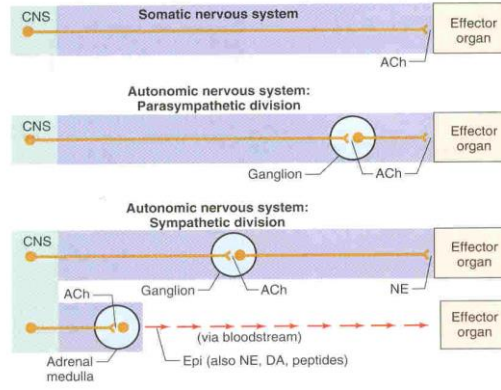
Parasempatik sinir sisteminin vücutta aktive olmasıyla birlikte kan basıncının düşmesi, oksijen tüketiminin azalması, kalp atım frekansının düşmesi, solunum frekansının azalması, kanda laktik asit azalması ve meditasyon cevabının görülmesi gibi durumlar oluşur.



Şekil: 12 Otonom Sinir Sistemi Fizyolojik Anatomisi
(<https://sinirbilim.org/otonom-sinir-sistemi/>, Erişim tarihi; 26.10.2020)

4.2.2. Somatik Sinir Sistemi

Merkezi sinir sistemi ve iskelet kas hücreleri arasındaki tek bir nörondan oluşur. İskelet kas hücrelerini uyarır. Sadece kas hücrelerinin uyarılmasına sebep olur.



Şekil:13 Parasempatik Sinir Sistemi Fizyolojik Anatomisi
(İnsan Fizyolojisi, Vander s.174)

4.2 DEPRESYON

4.2.1 Depresyonun Tarihçesi

Depresyonun çok eski zamanlara dayanan bir geçmişi vardır. Bulunan bilinen psikiyatrik hastalıklarda ilklerden biridir. Literatüre bakıldığında yapılan çalışmalarda depresyonu ilk tanımlayan kişinin Hipokrat olduğunu belirlenmiştir. Eski çağlarda depresyonun gelişmesinde doğaüstü olaylar ve ilahi güçlerin varlığı ve kontrolüne bağlanırken, Hipokrat (M.Ö. 460-357) ise depresyonu fizyolojik olaylar üzerinden tanımlamıştır. Tanımlarken fizyolojik olarak melankolinin dalaktan fazla üretilen siyah safra olduğunu öne sürmüştür (Ertunç 2018). Sonraki dönemlerde Hipokrat'ı izleyen diğer tıp bilimcileri bu bilimsel tanımları olgunlaştırarak sürdürmüşlerdir. Çok eski zamanlardan beri depresyon ile ilgili tarihte pek çok örneklerine rastlanmaktadır. Tarih öncesi dönemlerde Niobe ağlayan bir taşla ölümsüz biçimde sembolleştirilmiştir. Manisa'nın Spil Dağı'nda yer alan Ağlayan Kaya (Niobe) bir taşla ölümsüz simgeleştirilmiştir. Bu; belki de bilinen ilk stuporlu depresyon bulgusudur. İslam dünyasında İbni Sina ile İshak İbni İbrahim gibi bilim insanları kayda değer ilerlemeler kaydetmiştir. 16.YY a kadar dini güçlerle tanımlanan hastalıklar ve yine dini güçlerin hakim olduğu tedavi yöntemlerinin uygulanması gerektiği görüşü hakimdi. Psikolojik rahatsızlıklara ve depresyona görünmeyen güçlerin sebep olduğu düşünülmekteydi (Yetkin ve ark 2007).

Her gün gelişen dinamik tıp dünyasında bu konuda da çeşitli gelişmeler yaşanmıştır. Günümüze doğru bu düşünceler artık yerini daha bilimsel açıklamalara

bırakmıştır. 20. YY. da nörofizyolojik yaklaşımlar ile depresyon kavramına yönelik ciddi katkılar sağlanmıştır. Güncel tıp yaklaşımları psikolojik ve biyolojik kuramları ilişkilendirmeye çalışarak hala depresyona yeni tanımlamalar getirmektedir.

4.2.2 Depresyonun Tanımı

Sözlüğe bakıldığında sözcük karşılığı çökkünlük olarak Türkçe'ye aktarabileceğimiz depresyon, anlık gelişen ve değişen bir duygusal durum veya tanısı konmuş bir hastalık olarak tanımlanabilir. Yaşam boyu herkes inişli çıkışlı zamanlar yaşayabilir. Bu zamanlar bazı kişilerde baş edemeyeceği problemler haline gelerek depresyon diye bahsettiğimiz bu hastalığın bir semptomu haline gelir. (<http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/17/1701ms.pdf>, Erişim tarihi: 21.10.2020) Depresyon bireyde duygusal ve psikolojik olarak negatif hissetme durumu ile günlük yaşam aktivitelerinde tam verim gösterememe ile karakterize duygu durum bozukluğudur. Şiddeti kişiden kişiye farklı algılanabilir ve değişebilir (Ertunç 2018). Depresyon geçmişten günümüze artarak gelişme göstermiştir. Kentsel yaşamın artması, hava şartlarının bozulması, beslenme düzeninin bozulması, gelişen teknoloji ile azalan insan ilişkileri gibi parametreler bu artışa sebep olarak gösterilebilir (Özbek 2018).

Depresyon ile birlikte fizyolojik olarak da işlevsel olarak yavaşlama, durgunluk, konuşmada yavaşlık gibi değişiklikler gözlenir. Depresyon en az iki hafta süreyle genel olarak her şeye karşı isteksizlik ve ilgi eksikliği yan etkilerle birlikte bireyin tüm gününe hakim olan duygu durum bozukluğudur. Depresyonla alakalı olarak Bandura Kelly gibi araştırmacılar kurumsal açıklamalarda bulunmuşlardır. Beck ve arkadaşlarına göre temelde depresyon duygusal bozukluktan ziyade bilişsel bir bozukluktur. Duygusal bozukluğun bundan sonra geldiğini savunmuşlardır (Pervin 1996). Dünya Sağlık Örgütünün (WHO) araştırmalarına bakıldığında depresyon tanısı alan dünya çapında 121 milyon insan vardır ve bu insanların yalnızca %25'lik bölümü tedavi olmaktadır. Ayrıca her yıl ortalama 850 bin kişinin depresyon sebebiyle intihar ettiği araştırmalarda görülmektedir. 2000 yılında kaydedilen bilgilere göre Dünyada var olan hastalıklar arasında depresyon 2020 yılının gelmesiyle tüm yaş grubunda ve cinsiyette ikinci sıraya yükseleceği düşünülmektedir. Dünya da kadınlarda %30, erkeklerde ise %12,6 oranında depresyonla ilgili değişikliklere şahit olunmaktadır. Ayrıca kadınlarda %20

erkeklerde %11 oranında yaşam süresince depresyon görüldüğü ifade edilmiştir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmalarına göre Türkiye'deki yetişkin insanlarda depresyon ile karşılaşma sıklığı %4 olarak ifade edilmiştir (Bal 2018; Hajak, 2012).

4.2.3 Depresyonda Risk Faktörleri

Depresyonda genetikten başlayıp dış etmenlere kadar uzanabilen risk faktörleri bulunmaktadır.

4.2.3.1 Genetik

Araştırmalarda genetiğin %31-42 arasında etkili olduğu gösterilmiştir. Tek yumurta ikizlerinde etkilenme oranı çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek bulunmuştur.(<https://www.doktortakvimi.com/blog/major-depresyon-ve-risk-faktorleri-korunabilir-miyiz>, Erişim tarihi: 21.10.2020) Hormonsal hastalıklar, kalp hastalığı, felç inme, kanser, Alzheimer, Parkinson gibi hastalıklar depresyon görülme sebepleri arasında sayılabilir (Köroğlu 2004).

4.2.3.2 Yaş

Depresyon her yaş grubunda karşılaşılabilecek bir rahatsızlıktır. Genelde 18-55 yaş arası görülebilmektedir. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda orta yaşlılıkta ve çocukluk döneminde depresyon oranında artış gözlemlenmiştir (Savrun 1999). Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaptırılan araştırmada ortalama başlangıç yaşı 28,9'dur.Depresyon çoğunlukla 20-50 yaş aralığında gözlenir. Son zamanlarda yaşlılıkta görülen depresyon oranının çocukluk çağında görülen depresyona oranla arttığı ifade edilmiştir (Savrun 1999).

4.2.3.3 Cinsiyet

Ergenlik ve olgunluk çağı depresyonun sıklığı kadınlarda erkeklere göre daha çok artış göstermektedir. Premenstrual Sendrom ile değişen hormonlar, korunma yöntemlerinden biri olan doğum kontrol hapı ile hormonlarda gelişen değişimler, prenatal ve menopoz ile değişen hormonlar bu artışa neden olan

parametreler olarak sayılabilir. Günümüzde maalesef artan cinsel istismar da kadınlarda erkeklerden daha sık depresyona rastlanmasına sebep olarak gösterilebilir. Kadınların depresyon ile karşı karşıya kalma durumları erkeklere oranla iki kat daha fazladır. Fakat bipolar depresyonda kadın erkek arasındaki karşı karşıya kalma durumuna baktığımızda bir farklılık söz konusudur. Çalışmalara göre kadınlar çoğunlukla doğum sonrası yeterli desteği göremediklerinden depresyona girmektedirler (Charney ve ark. 1988).

4.2.3.4 Medeni Durum

Depresyon ve medeni durum arasındaki ilişki daha önce çalışmalara konu olmuştur. Evliliğini sonlandırmış kişilerde ve dul olarak hayatına devam eden bireylerde depresyon oranının arttığı gözlenmiştir. Evli erkeklerde ise bu oranın düştüğü görülmüştür. Ülkemizdeki yapılan çalışmalara bakıldığında, 65 yaş üstü, kadın, dul ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan bireylerde depresyon oranının arttığı görülmüştür (Kirchheimer 2003).

4.2.3.5 Sosyal çevre

Gelişen teknoloji ile azalan insan ilişkileri bireyi sosyal çevresinde yalnızlaşmaya itmiştir. Bu da bireyde zamanla psikolojik kaygılara ve depresyona dönüşebilmektedir. Yapılan araştırmalarda sosyal çevresi geniş olan bireylerin olaylar karşısında daha güçlü bir tutum sergileyerek duygu durumlarını koruyabildikleri gözlemlenmiştir (Aybar 2014).

4.2.3.6 Ekonomik düzey

Ekonomik düzey ve depresyonun ilişkisi uzun zamanlar araştırmalara konu olmuştur. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerin depresyon riski oranının diğer bireylere oranla fazla olduğu gösterilmiştir. Bu durum ekonomik düzeyin toplumun refah düzeyi ile ilişkilendirilebilir.

4.2.4. Depresyonun Belirtileri

Depresyonun belirtileri kişiden kişiye değişiyor gibi gözükse de belli başlı bazı semptomları vardır. Kilo değişimleri, hızlı duygu değişimleri, uyku düzensizlikleri, sürekli yorgun hissetmek, sosyal çevreden uzaklaşmak, odaklanma problemleri ve duyguları kontrol edememe gibi belirtileri depresyon için sayabiliriz (<https://www.psikologofisi.com/depresyon/belirtileri-nelerdir,Erişim> tarihi;21.10.2020). Genel görünüşe baktığımızda depresif bireylerin yüz çizgileri belirgin, omuzları çökük, yüzü hüznüldür. Konuşmalarında ses düzeyi alçak, konuşma hızı yavaşlamıştır. Sorulan sorulara cevap vermekte zorlanırlar. İlişki kurmakta zorlanırlar (Köroğlu 2004).

Her zaman yaptıkları aktivitelerden eskisi gibi zevk alamamaktadırlar. Gerçek bir hafıza kaybı olmasa da unutkanlıkta görülebilir. Düşünce akışları yavaşlar düşüncelerini söylerken düşük ses tonu kullanırlar ve zorlanırlar. Sürekli olumsuz duygularla baş etmeye çalışmaktadırlar. Kendilerini olan güvenlerini ve saygılarını kaybetmişlerdir. Hareketleri de yavaşlamıştır ve sürekli bir tedirginlik hali hakimdir. Fizyolojik olarak iştah da azalma buna bağlı olarak kilo kaybı gerçekleşir. Uykuya dalmakta zorlanırlar ve uykularının kalitesi düşmüş durumdadır. Cinsel isteklerinde de azalma görülür (Quinn 2002).

4.2.5 Depresyonu Değerlendirmek İçin Kullanılan Beck Depresyon Envanteri

Beck, 1961 yılında depresyon ile ilgili bu ölçeği oluşturup kendi adını vererek Beck Depresyon Envanteri'ni (BDI) geliştirilmiştir. Ülkemizde 1988 yılında Hisli, N. Ve arkadaşları ölçeği Türkçeye uyarlamış ardından da ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapmışlardır (Tunay ve ark 2009). Beck depresyon ölçeği yetişkinlerdeki depresyon ile karşı karşıya kalma riskini, depresyon belirtilerinin düzeyini ve şiddet değişimini test etmek için hayata geçirilmiştir(Özkan 2016).

Ölçek depresyonun belirtilerini içeren toplamda 21 sorudan oluşan bir kişisel değerlendirme formudur. Her madde dört seçenek içerir. Bireylerden bulunan seçeneklerden kendilerine en uygun maddeyi seçmeleri istenir. Her soru 0-3 arası puanlanarak cevaplanmaktadır. Toplamda alınabilecek puan 0-63 arasında

değişmektedir. 17 puan ve üzeri puana sahip olanlar risk altında olan grup içerisine girer (Hisli 1989). Alınan puan ile depresyonun düzey ve şiddeti arasında doğru orantı vardır

4.3. YAŞAM KALİTESİ

Sağlık üzerine yapılan çalışmalarda yakın zamanda yaşam kalitesi kavramına sıkça yer verilmektedir.

4.3.1 Yaşam Kalitesi Kavramının Tarihsel Değişimi

Yaşam kalitesi ifadesi çok eski zamanlara dayanmaktadır. Aristo, döneminde yazılarında mutluluğa ve insanların iyi bir yaşama sahip olabilmesi için önemli olan noktalara değinmiştir. Yunan felsefesinde insanların memnuniyetinden bahsederken Aristo yaşam kalitesine değinmiştir (Mandzuk ve ark 2005). Aristo ve diğer filozoflar yaşamın temel amacının yaşamlarında en iyi duruma sahip olma gayesi olduğunu dile getirmişlerdir. Böylelikle hedefine ulaşmış bireyler artmış yaşam kalitesine sahip olur. Sözcük olarak sözlükte İkinci Dünya Savaşından sonra iyi yaşam karşılığı olarak yer almaya başlamıştır (Holmes 2005). 1946 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığa getirdiği yeni tanımlama da tam iyilik hali kavramı ile birlikte yaşam kalitesine olan rağbet artmıştır. Günümüzde yaşam kalitesine olan ilginin artmasının bir diğer sebebi de sağlık alanında yapılan birçok çalışmanın teknoloji ile birlikte artmasıdır. Çoğu hastalığın tedavisi yapılabilmekte kronik hastalıklarla daha uzun süre yaşam sağlanabilmektedir. Bu da hasta bireylerin yaşam sürelerini arttırmaktadır. Tüm bu gelişmelerle birlikte günümüzde sadece iyileşmenin sağlanması değil, iyilik halinin devam etmesi önem kazanmıştır. Böylelikle yaşam kalitesi kavramı göz önünde bulundurulmuştur.

4.3.2 Yaşam Kalitesinin Tanımı

Yaşam kalitesi genelde mutluluk ile birlikte kullanılır. Temelinde fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak iyilik halini temsilen günlük yaşam aktivitelerini yürütebilme yeteneği, sorunların kontrol altına alınabilme düzeyi ile bireyin doyumu olarak tanımlanabilecek iki farklı bileşeni olan iyilik halidir. Dünya Sağlık Örgütü yaşam

kalitesi grubu tanımlamayı yaparken bireyin hem içinde yaşadığı toplumun kültürel yapısı ve değerler sistemi paralelinde, hem de kendi hedefleri beklentileri ve kaygıları açısından yaşamdaki durumu ile alakalı algı düzeyi olarak belirtmiştir (Aydemir 2007; WHOQOL Group 1995).

Yaşam kalitesine farklı açılardan bakıldığında tanımlamalar değişebilir. Düşünsel yaklaşım iyi bir yaşam kalitesine sahip olabilmek için yapmamız gerekenler üzerine yoğunlaşırken, ekonomik bakış açısında maliyet-etkinlik hesaplamaları göz önüne alınır. Sosyal bakış açısı iç ve dış faktörlerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini araştırır. Bu açıdan yaklaşım yaşam kalitesinin öznelliğini ve kültürel detaylarla olan alakasını öne çıkarır. Psikolojik olarak tanımlamaya bakıldığında yaşam kalitesi artmış birin kendine olan güveni de artmıştır, mutlu ve her açıdan doyuma ulaşabilmiş kişiler olarak tanımlanabilir (Lindstrom ve ark 1991).

Terim olarak 1980 yılında hemşirelik arşivinde yer almaya başlamıştır. Bireyin kendi hayatına olan bakışı yaşam kalitesi olarak değerlendirilmekte ve kavram; yaşamdan alınan doyum ve mutluluk ile aynı anlamda kullanılmaktadır (Kızılcı 1999). Yaşam kalitesinin tanımı için toplumlara hatta bireylere göre bile değişebilmektedir. Fakat tanımın içinde olmazsa olmaz bazı terimler vardır; sosyal ilişkilerde iyilik, fiziksel yeterlilik ve psikolojik yeterlilik. Camlan ve ark yaşam kalitesini bireyin hedefleri ve hedeflerine ulaşabilmeleri arasındaki oran ile tanımlamıştır. Hunt ve ark ise yaşam kalitesini ihtiyaçların farkında olunması olarak tanımlamıştır. Bu tanımlamaya göre bireylerin tüm ihtiyaçlarına sahip olamasa bile onlara ulaşabilmek için sürekli bir çaba halinde olabileceklerini göstermektedir. Dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi grubu yaşam kalitesini; bireyin içinde bulunduğu kültürel ve değer sistemi, kendi hedefleri endişeleri tüm bunların arasındaki ilişkinin yaşamdaki durumlarını tanımlaması ile açıklamaktadır (Kuyken ve ark 1995)

4.3.3 Yaşam Kalitesini Etkileyen Değişkenler

Yaşam kalitesini arttıran veya azaltan birçok neden vardır. Saygınlık, ekonomik durumun iyi düzeyde olması, mahremiyete gösterilen özen ve saygı, içinde bulunduğu yaşamdan güven duymak, sosyal olarak güvence altında olmak, kişisel düşüncelerine saygı gösterilmesi, anlamlı bir yaşam sürdürmek, ekonomik bağımsızlık gibi değişkenler bireyin yaşam kalitesini arttıran değişkenlerdir. Akut ya da kronik sağlık problemleri, gelecek ile ilgili endişeler, kişisel saygınlığın

olmaması, günlük faaliyetlerini gerçekleştirirken birilerine ya da bir şeylere bağımlı olmak, cinsel aktivitede oluşan problemler, sürekli yorgunluk ve halsizlik gibi değişkenler bireyde yaşam kalitesinin azalmasına sebep olan değişkenlerdir (Aybar 2014).

4.3.4 Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Değerlendirmede kullanılabilecek birden fazla ölçek vardır.

4.3.4.1 Kısa form-36 (Short form-36)

Yaşam kalitesinin tanımlanmasında bireyin içinde bulunduğu toplumun kültürel değerleri ve beklentileri doğrultusunda hayatından aldığı doyum algılaması bulunur. Kısa Form-36 sık kullanılır ve genel bir ölçüm sağlar. Kullanıma uygun hale getirip geliştiren kişi RandCorporationdur. Türkiye de geçerlilik ve güvenilirliğini Koçyiğit ve arkadaşları geliştirmiştir. Formda sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyon, emosyonel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, genel sağlık durumu, mental sağlık durumu, ağrı ve enerji adında toplamda 8 alt başlıktan oluşur. Form bireyin cevaplandıracağı 36 sorudan oluşmaktadır (Koçyiğit ve ark 1999).

4.3.4.2 İyilik hali skalası

İyilik hali skalası 2009 yılında Diener ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu skala, bireyin iyilik durumlarını algılama düzeylerini inceleyen ve bireyin kendisi hakkında bilgilendirmesi ile karakterize bir değerlendirme ölçeğidir. Bireyler iyilik hallerini değerlendirirken sorulan sorulara Likert tipi bir derecelendirme ile görüş bildirirler. Skalada bulunan tüm sorulardan elde edilen puan ile bireyin iyilik halini algılama düzeyleri değerlendirilir. Skaladan alınabilecek en yüksek puan 56 en düşük puan 8'dir. Yüksek puan alan bireylerin iyilik durumlarını algılama düzeyleri yüksek olarak değerlendirilir. 8 maddeden oluşan bir ölçektir. Ülkemizde yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmalarından elde edilen bilgilere göre İyilik Hali Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliği sağlandığı görülmektedir. 31 sorudan oluşup, bireyin fiziksel sosyal aktivitesini ve hareketliliğini değerlendirir (WHO Chapter 1998).

4.3.4.3 Nothingam sağlık profili

Evet veya hayır olarak cevaplandırılan 38 sorundan oluşan bir formdur. Hedefi bireyin hissettiklerine göre sorunlarını değerlendirmektir (WHO Chapter 1998).

4.3.4.4 Hastalık etki profili (sickness impact profile)

Hedefi bireyin tanımladığı sağlıklı olma durumunu davranışlarına ne kadar yansıttığını ölçebilmektir. Psikososyal, fiziksel ve bağımsız alan başlıklarının değerlendirilmesiyle sonuç alınır (WHO Chapter 1998).

4.3.4.5 Dünya sağlık rgt yaşam kalitesi leği kısa formu (whoqol-bref-tr)

Dünya Sağlık rgt tarafından geliştirilmiş olan bu ölçeğin hedefi bireyin iyilik halinin tanımlanabilmesi ve toplum kültürleri arası karşılaştırma yapılabilmesi için kullanılmaktadır. WHOQOL-100 diye adlandırılmış 100 soruluk formun kısa halidir. 24 bölümden oluşan WHOQOL-100 formunun her bölümünden bir soru alınmıştır. 24 soruya ek olarak yaşam kalitesi ile ilgili iki soru sonrasında Türk toplumuna uyarlamak için de bir soru eklenerek toplamda 27 soruluk bir form haline gelmiştir. WHOQOL-BREF-TR leğinin Türkiye de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını 1999 yılında Eser ve arkadaşları yapmışlardır (Eser ve ark 1999). Ölçekte 4 farklı başlık altında yaşam kalitesi sorgulanmaktadır; bedensel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal hayat, çevresel sağlık. Her başlık 4-20 arası puanlanmaktadır. Puan ve bireyin yaşam kalitesi arasında doğru orantı vardır (Oliver 1997).

4.4 ÖZEL EğİTİM VE REHABİLİTASYON MERKEZLERİ

Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri, özel eğitim ihtiyacı olan fiziksel, sosyal, psikolojik, davranışsal, konuşma ve dil gibi alanlardaki yetersizliklerini gidermek veya var olan problemlerini en alt düzeye indirerek günlük yaşamdaki bağımsızlıklarını arttırmaya yardımcı eğitimleri sağlayan merkezlerdir. Özel

ihtiyaçları olan kişiler ile ilgili bilgiler tarihte çok eski çağlara kadar uzanmaktadır. O ağlarda kişiler farklı durumlarından dolayı uğursuz ve gereksiz sayılarak dışlanmış, kendi aileleri tarafından sokağā bırakılmış veya öldürölmüşlerdir. Bu kötü tutum İslamiyetin ve Hristiyanlığın etkisi ile ilerleyen zamanlarda yerini şefkat ve korumaya bırakmıştır. Dini kurumlarda özel ihtiyaçlara sahip bireylerin gereksinimleri karşılanmaya başlamıştır. Sonrasında sırasıyla işitme engelli bireylere özel okullar ardından görme engelli bireylere sahip özel okullar sonrasında da İsviçre de zihinsel engelli bireylere ait özel okullar açılmıştır. Özel eğitim kurumlarının sayısı ve önemi ölkemizde rehberlik araştırma merkezlerinin açılmasıyla artmıştır. 1951 yılında Özel Eğitim Kurumları Milli Eğitim Bakanlığınca örgün hale getirilmiştir. 1983 yılında çıkarılan kanun ile bugünkü yürütme belirlenmiştir. 1955 yılında rehberlik araştırma merkezlerinin sayısı 6yı bulmuştur yıllar içinde de artarak devam etmiştir. 1930-2006 yılında ölkemizdeki istatistiksel bilgilere bakacak olursak, engelli birey sayısının 8.413.937 olduğu belirtilmiştir. Erkek bireylerdeki engel oranı %11 iken kadın bireylerdeki engel oranı %13 idir. 2006 yılında tüm verilere baktığımızda 508 tane özel eğitim kurumu olduğu, bu okullara kayıtlı 79691 özel eğitime ihtiyaç duyan engelli birey ve bu özel eğitimlerde çalışan 4680 personel olduğu belirtilmiştir (Yağcı 2013). 2019 yılı itibariyle ölkemizde 1706 tane özel eğitim kurumu açılmıştır. Bu da yıllar içerisinde özel eğitim anlayışının ne kadar geliştiğini ve yaygınlaştığını göstermektedir. Bu kurumlarda eğitim ve tedavi alan birey sayısı ise yaklaşık 350 bine ulaşmıştır (https://www.meb.gov.tr/earged/earged/Ozel_eg_ok_ozel_eg_hizm_uygu_deg.pdf. Erişim tarihi: 26.11.2020).

4.4.1 Özel Eğitim Merkezlerinden Yararlanabilecek Hasta Grupları

Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde bireysel eğitim, grup eğitimi ve fizik tedaviyi tek başına ya da birlikte alma ihtiyacı olan birçok hastalığā sahip engelli bireyler vardır. Hastanelerden ve rehberlik araştırma merkezlerinden aldıkları rapor doğrultusunda engelli bireylere uygun tedavi ve eğitim planı hazırlanıp, uygulanır. Bu kurumlarda tedavi ve eğitim alan bireyleri tanıya göre gruplandırmışlardır.

4.4.1.1 Mental gelişim geriliği

Mental gelişim geriliği çocuğun zihinsel gelişiminin olması gerektiğinden ya da yaşlıtlarından daha yavaş veya farklı ilerlemesidir. Mental reterdasyon olarak adlandırılır.

4.4.1.2 Serebral palsi

Serebral palsi (SP) doğum öncesi, sonrası ve sırasında oluşan beyin hasarı yada hastalıkları sonucu oluşan, ilerleyici olmayan hareket ve duruş bozukluklarının genel adıdır. Oluşan beyin hasarı ile primer ve sekonder sonuçlar oluşur. Primer problemler kas problemleri, postür bozuklukları, hareketlerde yetersizlik ve kas koordinasyon bozuklukları iken sekonder problemler olarak duyu ve algı bozuklukları, iletişim problemler ve nöbetler eşlik eder. Serebral palsili çocuklar oturma emekleme yürüme gibi hareket kısıklılıklarına sahiptir, oturması geciken birey postural kontrolün ilk aşamasını gerçekleştiremediği için devamında problemler getirebilmektedir. Normal gelişim basamaklarını gösteremediğini belirtir. Serebral palsili tanıli çocuklar santral sinir sistemindeki problemler doğrultusunda geliştiği için belirti ve bulgular değişkenlik gösterir ve ortaya çıkabilecek problemler çocuğun yaşamı süresince devam edebilir (Tekin 2016). Doğum öncesi, doğum sırasında ve doğum sonrasında beyinde gelişen hasarlar gelişerek bebeği etkiler ve erken dönemde beyin lezyonları ile serebral palsi kendini gösterir. Beyinde etkilenen bölge ve hasarın boyutuna göre hastalığın tipi ve şiddeti farklılık gösterebilmektedir. Halk arasında beyin felci olarak adlandırılan hastalığın tam nedeni belli olmadığı gibi kesin bir tedavisi de bilinmemektedir.

ICD-10 tanı kriterlerine göre; serebral palsi normal olmayan kas tonusu, normal olmayan duruş, normal olmayan hareket gibi motor ve koordinasyon problemleri ile kendini gösteren gelişimini hala tamamlamayan beyinde oluşan hasar veya hasarlara bağlı olduğu kabul edilen, kronik sürekli ilerlemeyen merkezi sinir sistemi hasarına sebep olan belirtileri içine alan genel bir tanımlamadır. Temel maddesi motor hareket bozukluğu olsa da bu tabloya genellikle duyuusal eksikler, davranış ve kişilik bozuklukları, öğrenmede güçlük, konuşma, iletişim ve dil problemleri dahil farklı problemlerde eşlik edebilir. Ailelerin çocuğun engelini kabul etmesinde çocuğun engelinin tipi ve derecesi oldukça önemlidir (Atam 2009).

Serebral palsi çocukluk çağında görülen en yaygın hastalıklardan biridir. Gelişmiş ülkelerde görülme sıklığı 1000 de 2.5 iken Türkiye de 1000 kişi de 4.4 tür (Serdaroğlu ve ark 2006). Serebral palseye sahip çocukların sayısı; erken doğan bebeklerin yaşama şanslarının artması, normal kiloda zamanında doğmuş bebeklerin artması ve genel olarak yaşam süresinin uzamasıyla artmıştır. Buna bağlı olarak Serebral palsi oranında artmaktadır (Winter 2002).

Serebral palsi de beyin hasarı doğum öncesi, doğum sırasında ya da doğum sonrasında gelişebilir. Serebral palseye sebep olan bu aşamaların görülme sıklığı doğum öncesi %50-60, doğum sırasında %30-40, doğum sonrasında ise %10-15 tir (Livanelioğlu ve ark 2009).

4.4.1.2.1 Serebral palsi risk faktörleri

Doğum öncesi; çoğul gebelikler, enfeksiyon, radyasyon, ilaçlar, genetik bozukluklar, plasental yetmezlik, rh uyumsuzluğu, doğum sırası; beynin oksijensiz kalması, 32. gebelik haftasından önce,2500gr altında doğum, kan uygunsuzluğu, enfeksiyonlar, doğum kanalına yerleşmede bozukluklar, plasentanın erken ayrılması, zor doğum, asfiksi, konvulsiyonlar, doğum sonrası; beynin oksijensiz kalması, doğumdan sonraki ilk 48 saat içindeki nöbetler, bilirubin yüksekliği(sarılık), enfeksiyonlar, solunum bozuklukları, beyin kanamaları, bebeğin şiddetle sarsılması, zehirlenmeler,vasküler problemler, koagulopatiler (Jones ve ark 2006; Wood 2006).

4.4.1.2.2 Serebral palsi tipleri

Serebral palsi tipleri vücutta etkilenen ve tutulum gösteren bölgelere göre gruplandırılır. Hareket paternlerine göre klinik sınıflandırma;

Spastik tip serebral palsi tüm serebral palsi tipleri içinde %75 i kaplar. Spastisitekomplike nörolojik anormalliktir. Genellikle pasif harekete karşı hıza bağlı istemdışidirenç ve hipertoni olarak tanımlanabilir. Kendi içinde dipleji, hemipleji ve quadripleji olarak üçe ayrılır. Fransa’da yapılan bir araştırmada %40 quadripleji %21 hemipleji ve %17 dipleji görülme sıklığı olarak belirtilmiştir (Miller 2005).Pasif gerime karşılık oluşan cevabın şiddetinin artması ve kasta bu gerime karşılık oluşan aşırı direnç ile belirgindir. Artmış kas tonusunun yanı sıra artmış refleks, ekstansör

plantar yanıt, ilkel refleksler gibi üst motor nöron sendromu belirtileri de görülebilir (Livanelioğlu ve ark 2009; Sade ve ark 1991 28).

Diskinetik tip serebral palsi çoğunlukla kas gevşekliği ile başlangıç gösterir. Hastalığın ileri seyrinde kas tonusunda değişiklik görülür. İstem dışı kontrolsüz stereotipik hareketler görülür. Diskinetik serebral palsi distonik veya koreo-atetotik olacak iki farklı formda görülebilir. Distonik serebral palsi de yavaş hareketler ve kas gevşekliği görülür, koreo-atetotik serebral palsi de hızlı hareketler ve kas gevşekliği görülür (Yalçın ve ark 2000). Artmış kas tonusu, kasta titreme, gözlerde şaşılık gibi istem dışı hareketler de ortaya çıkabilir. Radyolojik görüntüleme sonuçlarında beyin gri maddesinde fazla ve periventriküler beyaz maddesinde daha az oranda anormallikler tespit edilmiştir (Miller 2005).

Hipotonik tip serebral palsi kasta gevşeklik anlamına gelen hipotoni, serebral palsili çocuklarda genellikle atetoz veya spastisite gelişmeden önceki geçiş aşamasıdır. Fakat bazı çocuklarda kalıcı olarak da görülebilir. Bu sebeplerden dolayı özellikle bir çeşidi olarak sayılmayabilir. Mesela gövde ve alt üst ekstremiteleri de içine alan bir hipotonisi bulunan bir yeni doğanda zamanla çoğunlukla uçlardan başlayıp yukarıya doğru ilerleyici bir spastisite oluşur (Miller 2005). Kasta olması gereken ve yeterli sayılabilecek bir kasılma veya gevşeme yoktur. İstem dışı hareketlerle karşılaşılmaz (Livanelioğlu ve ark 2009).

Ataksik tip serebral palsi temelinde kuvvet eksikliği, koordinasyon eksikliği, artmış destek yüzeyi ile yürüme ve genellikle kaslarda titreme ile hareketleri zamanlamada problem ile belirlidir. Serebral palsinin bu tipi beyincik anormalisi sebebiyle oluşur ve genellikle spastisite ve atetoz birlikte görülür (Howle 2002). Hareket duyusu ve denge bozukluğu görülür. Bu tanıya sahip çocuklarda yürüyüşteki koordinasyonsuzluk en belirgin özelliğidir (Yalçın ve ark 2000).

Miks tip serebral palsi serebral palsinin miks adı verilen tipi ise nöromusküler bozuklukların bir arada görülmesi ile oluşur. Spastisite, distoni ve atetoid hareketler birlikte oluşabilir (Tekin 2016). Anatomik olarak sınıflandırma; Monopleji; vücutta tek bir ekstremitenin etkilenmesi ile oluşur. Bulunabilmesi için kısa aralıklarla muayene edilmelidir. Parapleji; Spastik tip serebral palsi ya da rijit tip ile beraber görülür. Yalnızca alt ekstremiteler etkilenir. Hemipleji; spastik tip serebral palside görülür, vücudun yarısının etki altına girer. Rijit hemipleji ya da atetoid hemipleji şeklinde de görülebilir. Beyinde bulunun dil alanının hasarı olarak tanımlanan afazi genellikle vücudun sol yarısının etkilenmesi ile görülür. Tripleji; çoğunlukla üç

ekstremite hasar görür. Alt ekstremite ve bir üst ekstremiteden birinin etkilenmesi ile oluşan spastik tip serebral palsidir. Etkilenen taraf üst ekstremitesi diğer ekstremiteye göre daha kısadır. Quadripleji; alt ve üst dört ekstremiteninde etkilendiği tiptir. Dipleji; hasarın bedenin her iki yanını da etki altına alması ile oluşan tiptir.Çift Hemipleji; çok sık rastlanılmayan bu tipte, hasar gören üst ekstremite alt ekstremiteye göre daha fazla etkilenmiştir (Minear 1956).

4.4.1.3 Down Sendromu

Down sendromu bir diğer adı trizomi 21 olan kromozom anormalisi insanlarda çok sık görülür. Yaş, ırk, ekonomik seviye fark etmeksizin her insanda görülebilir (Batu 2011). Down sendromu farklı hasarlar görmüş özellikler, doğumsal oluş bozuklukları ve farklı çeşit sağlık problemleri yanında medikal problemlerinde belirgin olarak görüldüğü nörofizyolojik ve nöropsikolojik belirtileri olan genetik sebepli sendrom birleşmesi olarak tanımlanabilir. Down sendromu en sık görülen kromozom hastalıklarındandır. Orta veya ağır mental geriliğin sebeplerinin büyük bir kısmını oluşturur (www.uptodate.com/contents/down-syndrome-clinical-features-anddiagnosis, Erişim tarihi: 21.10.2020). 46 kromozom bulunması gerekirken Down sendromuna sahip bebeklerde 47 kromozom görülür. Bunun sebebi ise 21. Kromozomda iki kromozom olması gerekirken üç kromozom oluşur. Down sendromunun oluşma sebebi net olarak bilinmesede, bir tür kromozom bozukluğu down sendromunu oluşturur.Fiziksel özellikleri birbirine benzesede bireysel farklılıkları çoktur (Batu 2011; Turan 2002). Doğurganlık yaşının artıp, doğum öncesi tanı yöntemlerinin gelişmesine rağmen Down sendromu görülme sıklığında azalma kaydedilememiştir (Celbek ve ark 2018).

Edouard Onesimus Seguin isimli bilim insanı 1846 yılında Down sendromunu tanımlamıştır fakat 1866 yılında mongolizm diyerek bildiren John Langdon Down isimli bilim insanıdır. Zamanla bu terim ırkçılığı uyandırdığı için yerine Down Sendromu adı verilmiştir.1930 yılında Waardenberg ve Bleyer Down sendromunun kromozal farklılıklar sebebiyle oluştuğu fikrini belirtmişlerdir. 1961 yılında kromozom farklılığının sebebini ilk kez belirtenler ise Lejeune ve arkadaşlarıdır(Kuzucu ve ark 2008). Down sendromu 21. Kromozomdaki farklılıktan oluşur ve down sendromu vakalarının %95 ini kapsar. %5 lik bir kısım da olsa farklı kromozomal sebeplerle de Down sendromu, tranlokasyon ve mozaik türde

görülebilmektedir. 1960lı yıllardan sonra çalışmalarda önemli gelişmeler kaydedilmiştir (Batu 2011). Bir hastalık değil, genetik sebepli kromozom anormalisidir. Down sendromu da saç rengi, göz rengi gibi genetik farklılıklardan biridir. Down sendromu fiziksel olarak tipik benzerliğe, mental geriliğe ve erken yaşta ölüme sebep olur. Genel özelliklerine baktığımızda oldukça sosyal ve dışa dönük davranışlar sergilerler. Bu yüzden hızlı arkadaşlık kurabilirler. Yeni girdikleri bir ortama kolayca uyum sağlayabilir, girişkenlerdir. Bazı Down sendromuna sahip bireyler hızlı sinirlenip saldırgan tavırlar sergileyebilirler. Fiziksel özelliklerine bakacak olursak vücutları oldukça esnektir ve kasları güçsüzdür. Yüz şekli olarak düz ve basık burunları ise yüzlerine göre küçüktür. Ağız boyuna ve şekline oranla dil daha büyüktür. Ellerin içinde palmar yüzeyi ikiye ayıran Simian çizgisi dediğimiz çizgi bulunur. Eklemlerde hiper mobilizasyon mevcuttur (Gerçeksever 2011).



Şekil: 14 Down Sendromu Genel Özellikleri (<https://www.drismetyildirim.com/wp-content/uploads/2016/09/down-sendromu-belirtileri-nelerdir.jpg>, Erişim tarihi; 14.11.2020)

Görülme sıklığına bakacak olursak dünyada yıl içinde doğan her 800 bebekten bir tanesi Down sendromlu olarak dünyaya gelir. 2010 yılında yapılan bir araştırmada Türkiye'nin toplam nüfusu 72.561,312 olarak belirtilmiştir. Bu rakamın içinde Down sendromuna sahip birey sayısı ise 86,117 'dir (Gerçeksever 2011). Kromozal farklılık kaynaklı olarak belirtilmeden önce Down sendromuna geç yaşta anne olmanın sebep olduğu öne sürülmekteydi fakat ilerleyen çalışmalar sebebin

kromozal farklılık olduğunu belirtmiştir. Geç anne olma riski arttıran bir etmen olsa bile tek başına bir sebep değildir. Klinik semptom olarak aynı olsa da down sendromu regüler trizomi, translokasyon tipi ve mozaik tip olarak üçe ayrılır. Kromozom incelemelerinde görülme sıklığına bakıldığında %95 regüler trizomi, %4 translokasyon tip ve %1 de mozaik tip olarak bulunmuştur (Kargün 2015).

4.4.1.3.1 Regüler trizomi

1959 yılında Lejeune ve arkadaşları tarafından tanımlanan tiptir. G grubu kromozomlarından olan 21. Çift kromozomun iki yerine üç adet olmasıyla görülür. Down sendromu tipleri arasında %90-95 oranında görülme sıklığına sahiptir. Oluşan bu hasarın sebebi %86 annedeki mayoz bölünme hatası, %9 babadaki mayoz bölünme hatası %5 ise mitoz bölünmedeki hatadan dolayı oluşmaktadır. 47 XX+21 kadın genotipi, 47 XY+21 erkek genotipi şeklindedir. Down sendromlu bireyler 47 kromozoma sahip olsada ebeveynlerinin somatik hücreleri normaldir (Kargün 2015; Lejeune ve ark 1959).

4.4.1.3.2 Translokasyon tip

1960 yılında Polani ve arkadaşları tarafından Down sendromlu bir kız çocuğundan yola çıkarak tanımlanmıştır. İki olması gerekirken üç olan 21. Çift kromozomunda D ya da G grubu kromozom çiftinin birine eklenmesiyle oluşur. Bu tipte görülme çokluğu annenin yaşına bağlı olmadığı belirtilmiştir. Down sendromuna sahip vakaların %4-6 oranını kapsamaktadır. Translokasyon dengeli geliştiğinde gen sayısı ve özellikleri aynı durmaktadır. Anomaliye sebep olan translokasyon dengesiz olarak gelişip gen sayısını ve niteliğini etkileyen translokasyondur. Bu tipte toplam kromozom sayısı 46'dır. Serbest iki tane bulunan 21. Kromozoma ek üçüncü bir 21. Kromozom eklenerek gelişir. Bu tipte anne yaşının translokasyona herhangi bir etkisi olmadığı belirtilmiştir. Otuz yaşından önce anne olmuş ve Down sendromlu bebeğe sahip ailelerde translokasyon oranı %9 olarak belirtilmiştir (Polani ve ark 1960; Apak 2010).

4.4.1.3.3 Mozaik Tip

1961 yılında Clarke ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Down sendromunun bu tipinde belirtiler diğer tiplerdeki belirtilerden daha hafif seyreder. Bu tipler içinde %2-4 oranında bir alan kaplar. Annenin doğum yaşında genelde 35 yaş kritik bir yaş olarak gösterilmektedir fakat çoğunlukla 35 yaş altı kadınlar doğum yapmasına rağmen Down sendromuna sahip vakalar artmaktadır. Annenin yaşının Down sendromuna kritik gösterilme sebebi yaş arttıkça yumurta oluşumu embriyo gelişme aşamasında olduğu için bölünmedeki sorunlar artmasıdır. Down sendromu otozomal kalıtsal hastalıklar arasında en çok karşımıza çıkan rahatsızlıktır. Akraba evliliği de otozomal kalıtsal hastalıkların gelişmesine sebep olarak gösterilmiştir (Akın 1995).

4.4.1.4 Otizm

Otizm kelimesi Yunancada ‘kendisi’ anlamına gelen ‘autos’ ve Latince de takı eki olan ‘ismus’ sözcüklerinin birleşmesiyle oluşmuştur. Otizm iletişimde zayıflık sosyal ilişkilerde kısıtlılık davranışlarda farklılık ve bilişsel olarak gecikme ile karakterize bir nörogelişimsel bozukluktur. Bebeklik çağında başlar ve hayat boyu devam eder (Kuhn ve ark 2004). Otizimin tarihsel gelişimine bakacak olursak süreç 1700lü yıllarda Jon Halsam ve Jan Itard isimli bilim insanlarının Fransa ve İngiltere’de otizme dair çalışmalar yapmasıyla başlamıştır. Otizm bulguları gösterdiği düşünülen çocukları normalden farklı çocuklar olarak gruplandırmışlardır. Otizm kavramı ilk kez 1911 yılında Amerikan Ruhsal Hastalıklar Dergisi’nde İsveçli Uzman Eugen Bleuler tarafından ifade edilmiştir. 1943 yılında Leo Kanner yaptığı bir çalışma ile Erken Çocukluk Otizmi diye bir kavram öne sürmüştür. Sonrasında 1944 yılında Hans Asperger isimli doktor Viyana’da bulunduğu hastanede çocuklar üzerinde gözlemlerde bulunmuştur. Gözlemleri sonucunda çocukların farklı davranışlarına Otistik Psikopati adını vermiştir. Ancak bu çalışma 1980 yılında Lora Wing isimli bilim insanının da benzer bulguları ifade etmesiyle yayınlanmıştır. Kannerin tanımlaması otizm tanısına sahip çocukların kendi dünyası olduklarından bahsettiği için psikiyatri uzmanları bu durumu çocukluk şizofrenisi olarak düşünmüşlerdir. Sonrasında yapılan çalışmalarda psikolog Bruno Bettelheim otizmin görülme sebebinin çocuğuna karşı ilgisiz soğuk mesafeli davranan annelerin

olabileceğini belirtmiştir. Bu tarz sevgiden uzak yetişen çocukların gelişimlerinin olumsuz etkileneceğini ve otizm bulgularını göstereceğini ifade etmiştir. Bernard Rimland'ın 1964 yılında yaptığı çalışma ile otizmin biyolojik beyin gelişmesindeki problemlerden oluşabileceğini ifade etmiştir ve sonraki yıllarda çalışmalar bu alana yönelmiştir. Bugün günümüzde hala kullanılan otizm tanı kriterlerine de rehberlik eden otizm tanı kriterleri ilk olarak 1970li yıllarda Rutter'in yaptığı çalışmalarla belirlemiştir. Lorna Wing ve Christopher Gillberg 1980 yılında yaptıkları çalışmalar ile otizmin spektrum bozukluğu olduğunu belirtmişlerdir (Bıçak 2009; Özbey 2005).

Ülkemizde otizm görülme sıklığı ile ilgili son yapılan çalışmalara bakıldığında 2015-2016 yılı istatistiklerinde eğitim öğretim gören toplamda 3027 öğrenci olduğu belirtilmiştir. Aynı dönemde kaynaştırma öğrencisi sayısı ise toplamda 2496 olduğu ifade edilmiştir (Rakap ve ark 2017).

Otizmin tam bir tedavisi yoktur ancak çocukların sosyal hayata adaptasyonu için eğitimler verilir. Otizm ile oluşan belirtiler en aza indirilmeye çalışılır. Her rahatsızlıkta olduğu gibi otizmde de erken tanı çok önemlidir. Otizm tanısı koyabilmek için bazı belirtilerin olması gerekir: iletişimde ve topluma olan adaptasyonda gelişimsel olarak gerilik ya da bozuklukların olması. Tekrarlayıcı hareketlerin görülmesi de tanı kriterlerinde mevcuttur. 3 yaş ve öncesinde görülen bu belirtiler otizm tanısına yönlendirir. Genellikle belirtiler 2 yaş öncesinde kendini gösterir. Otizm tanısına sahip çocuklarda öğrenme ve algılamada güçlük görülür (Çopuroğlu ve ark 2014). Otizm, bireyin hayatının ilk 3 yılında kendini gösteren ve bireyin sosyal, entelektüel ve dil alanlarında toplumla olan iletişimini neredeyse hepsini yok eden bir bozukluktur. Otizm de sosyal alanda belli zorluklar, yineleyici-sınırlı-olağan dışı davranış döngüleri ve ilgileri bulunur. Kanner, 1943 yılında otizme ömür boyu süren büyüdükçe belirtilerin görülme ve şiddetinde değişmelerin görüldüğü kronik bozukluktur tanımını getirmiştir (Şener ve ark 2013).

Otizm karmaşık bir yapıya sahiptir ve heterojen bir hastalıktır. Temel özelliklerine bakıldığında geç ve düzensiz gelişen dil, hasar görmüş sosyal ilişkiler, izole ilgi alanları dikkat çeker. Hem ince motor hem de kaba motor işlev bozukluğu görülür. Beynin belli bölgelerinde anatomik değişiklikler gözlemlenmiştir. Beyinde görülen bu anormal gelişim erken yaşlarda başlayıp 3 yaşından önce aşırı büyüme gözlenirken sonrasında bu büyümenin durduğu belirtilmiştir. Frontal ve temporal lobta atipik gelişim gözlenir. Beynin aşırı büyümesi ile amigdala hücreleri birbiri üzerine bindiği için amigdala da bu durumdan olumsuz etkilenmektedir. Otizm

spektrum bozukluğu tanısına sahip bireylerde amigdala nöronları çocukluk çağında fazlalık gösterirken, ileriye doğru yetişkinlik döneminde azalır. Bu azalma yaklaşık %17 oranındadır. Serebellum bilişsel, dil, duyuşsal ve duyuşsal işlemlerin genelinde bir modölatör olarak görev yapar. Beyin sapı ile birlikte iletişimi sağlar. Bu sebepten dolayı otizmde fonksiyon ve koordinasyon bozukluğu için alt yapı oluşturur. Otizmlili bireyler reflekslerin zayıf olması, dikkat dağınlıklılığı oluşması, duyuşsal davranış bozukluklarının oluşması da serebellum hasarı ile gelişir. Tüm bu belirtiler otizmin doğum öncesinde oluşan bir bozukluk olduğu gösterilmektedir (Schmahmann 1997).

4.4.1.5 Hidrosefali

Hidrosefali doğuştan ya da doğum sonrası herhangi bir sebepten gelişen beyin omurilik sıvısının (BOS) emilimi ve salgılanması arasındaki orantısızlıktır. Bu orantısızlık kafa içi basınçta artışa sebep olur (Düzgün 2018). Hidrosefali kavramından ilk kez 15. yy da bahsedilmiştir. Vesalius'un bahsettiği hidrosefalinin sözcük anlamı 'su kafa' dır (Bulekbayeva 2013). Şerefeddin Sabuncuoğlu, Cerrahiyetül Haniye ismiyle yazdığı resimli tıp kitabında hidrosefaliden sıvı artışı olarak bahsetmiştir. 20. yy da hidrosefali konusunda birçok tanımlama yapılmıştır. Bunlardan biri de 1936 yılında Dr. İhsan Şükrü ve Dr. Mahzar Osman'ın yaptığı tanımlamadır. Bir kongrede hidrosefalinin yalnızca BOS aşırı salgılanmasıyla değil BOS yollarında gelişen herhangi bir tıkanıklığında hidrosefaliye sebep olacağını öne sürmüşlerdir. Hidrosefali beyinde etkilenen bölgeye göre çocuğun fiziksel, zihinsel gelişimi üzerinde değişimler yaratır (Yüceer 2005). Her yaşta görülebileceği gibi genellikle çocuklukta veya yaşlılıkta görülür. Tanı genellikle doğumda, doğum öncesi ya da erken bebeklikte konulur. Hidrosefali doğum ile birlikte ya da sonrasında gelişebilir. Doğum ile birlikte her 1000 doğumda hidrosefali görülme durumu 1-1,5 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte hidrosefali diğer doğumsal nörolojik hastalıklara eşlik edebilmektedir (Erbaş 2012).

Hidrosefali semptomları çocuğun yaşına ve durumuna göre değişir. Yeni doğan da kafatası henüz kemikleşmediği için kafa içi basıncı arttırmadan başta büyüme görülebilir. Prematürelerde görülen belirtilerden bazıları solunumun kesilmesi, kalp hızının azalması, kas tonusunda azalma olarak sayılabilir. Yeni doğan belirtilerine baktığımızda normalden büyük kafa çapı, boyun kasları zayıf olduğu için başı tutamama, sürekli uyku hali, alında kabarıklık bunlardan bazılarıdır. 3 yaş ve

üzeri belirtiler ise normal gelişimden geri kalma, sürekli uyuklama, yüksek tansiyon, huysuzluk bunlardandır (Düzgün 2018). Tanısında genellikle ultrason, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans kullanılır. Tedavisi ise çoğunlukla cerrahi yöntemdir.

4.4.1.6 Spina Bifida

1651 yılında Nicolas Tulp tarafından spina bifida ilk defa kullanılmıştır. Günümüzde nöral tüp anormallisini tanımlamak için kullanılır. Gebeliğin ilk haftalarında nöral tüpün tam kapanmamasıyla birlikte sinirlerin dışarıya çıkmasıyla spina bifida gelişir. Çocukluk çağı engel sebepleri arasında ikinci sırada yer alır. Fiziksel, psikolojik ve sosyal etkileri olan komplike bir rahatsızlıktır (Özek ve ark 2008). Açık ya da ayrık omurga anlamına da gelir. Doğumdan hemen sonra omurga ameliyat edilir ayrıklık kapatılır. Etkilenen bölgeye göre sekel bırakabilir. Spina bifida konjenital bir doğum defekti olarak spinal kordu birkaç alanda etkileyerek, çocuğun etkilenen lezyon ve sinir zedelenme düzeyine bağlı, güç kaybı ve alt seviyede duyu kayıpları sonucu mesane ve dışkı kontrolünü bozmakta ve hidrosefaliye neden olmaktadır (Düzgün 2018).

Kromozom defektleri, gen bozuklukları ve teratojenik etkiler spina bifida nedenleri arasında sayılır. Annede folik asit eksikliği olması da spina bifida nedenlerinden biridir. Fakat tam sebebi bilinmemektedir. Spina bifida da omurganın etkilenmesinin dağılımına bakılırsa %10 sakral bölgede %20 lumbosacral bölgede %20 lumbal bölgede %50 torakolumbal bölgede görülür. Omurgada etkilenme seviyesi arttıkça fonksiyonel yetersizlikte artar. Çocuklarda görülen ortopedik ve nörolojik problemler fonksiyonellik seviyesini etkilediği için günlük yaşam aktivitesinde bağımlılığı artar yaşam kalitesi azalır (Batshaw 2002).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fiziyojji Anabilim Dalı'nda yürütölmüştür. Ebeveynler Manisa ili Şehzadeler

ilçesinde yer alan Özel Serdar Öcmenler Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi'nden sağlanmıştır. Çalışmanın etik açıdan uygunluğu Manisa Celal Bayar Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Çalışmaya 190 anne –baba dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen ebeveynler gönüllü olur formu doldurmuştur.

Özel eğitim merkezlerinde izlenen engelli çocuğa sahip ebeveynlerin verdiği bilgilerin toplanmasında izlenen yol şu şekildedir.

- Genel Bilgi Formunun doldurulması
- Beck Depresyon Ölçeği'nin doldurulması
- WHOQOL-BREF-TR' nin doldurulması

5.2. FORMLARIN UYGULANMASI

Genel Bilgi Formu

Çocuk ve ebeveynlerle ilgili sosyo-demografik bilgilerin toplandığı, bu bilgilerle beraber ekonomik algısı, devletten aldığı maddi yardım, engelli çocuk sayısı, eğitim durumu ve alışkanlıklarında sorgulandığı 13 soruluk bir formdur. Formun doldurulmasında eğitim ya da tedavi veren personel ile daha ilgili olan ebeveyn olmasına dikkat edilmiştir. Bu durum tedavi ve eğitim sürecinde aile ile birlikte etkili sonuç olacağı düşünüldüğü için önemlidir. Formun cevaplanma süresi ortalama 20 dakikadır. Formda bulunan sorular tek tek araştırma yürütücüsü tarafından okunmuştur. Formun uygulanması sırasında sessiz bir ortam tercih edilmiştir. Oda da yalnızca araştırmacı ve formu cevaplayan ebeveyn bulunmuştur. Sorulara verilen cevaplar forma araştırmacı tarafından yazılmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği

Ebeveynlerin depresyon düzeyi Beck Depresyon Ölçeği ile belirlenmiştir. Formun uygulanması sırasında sessiz bir ortam tercih edilmiştir. Oda da yalnızca araştırmacı ve formu cevaplayan ebeveyn bulunmuştur. Ebeveynlerin soruları tek başlarına geçirdikleri son 1 haftayı göz önünde bulundurarak cevaplamaları istenmiştir. Herhangi bir soruları var ise araştırmacıya sorabilecekleri anlatılmıştır.

Cevaplardan aldıkları puanlara göre toplam skorları belirtilmiştir. Skorların yorumlaması şu şekilde olmuştur:

0-11 puan: Depresyon yok

12-17 puan: Hafif depresyon

18-29 puan: Orta şiddetli depresyon

30-63 puan: Şiddetli depresyon (Cihaner, 2020).

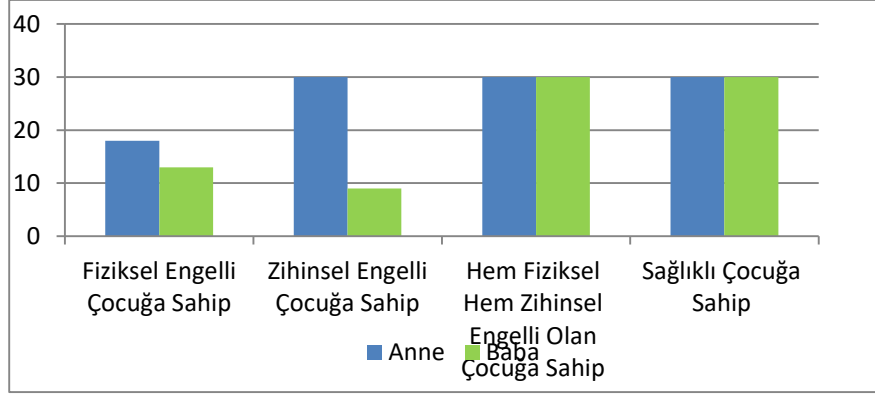
WHOQOL-BREF-TR (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu)

Ebeveynlerin yaşam kalitesi WHOQOL-BREF-TR ile belirlenmiştir. Formun uygulanması sırasında sessiz bir ortam tercih edilmiştir. Oda da yalnızca araştırmacı ve formu cevaplayan ebeveyn bulunmuştur. Soruları tek başına cevaplamaları istenmiştir. Herhangi bir soruları var ise araştırmacıya sorabilecekleri anlatılmıştır.

5.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

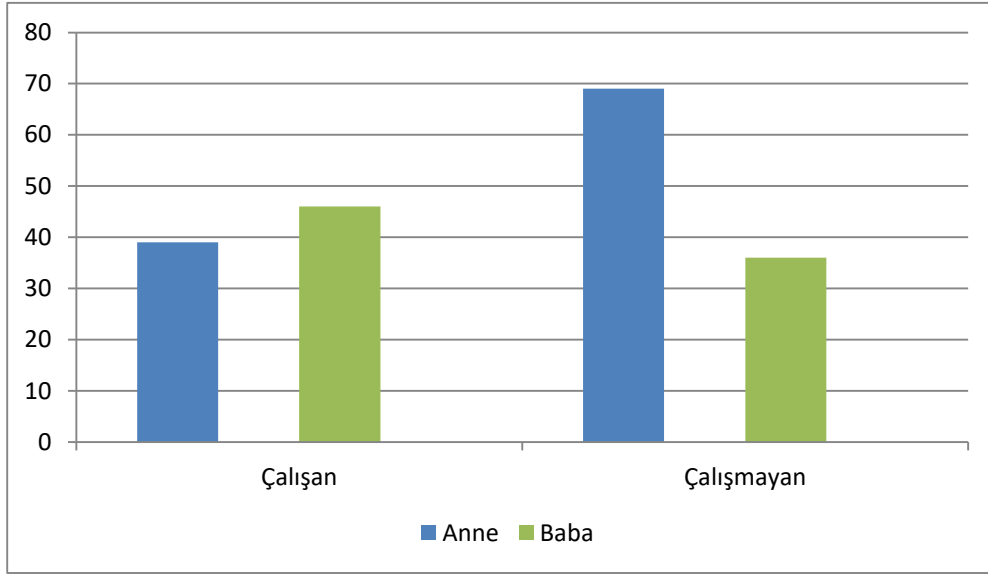
İstatistiksel analiz, bilgisayar ortamında IBM SPSS Statistics15 programı ile yapıldı. Sonuçlar (Ortalama±Standart Sapma) olarak kaydedildi. Ortalamalar arasındaki farkların hesaplanması bağımsız örneklem t testi ve ki kare testi ile yapıldı. Pearson korelasyon analizi ile parametreler arasındaki ilişkilere bakıldı. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

6. BULGULAR



Şekil:15 Çocuk Durumuna Göre Anne ve Baba Dağılımı

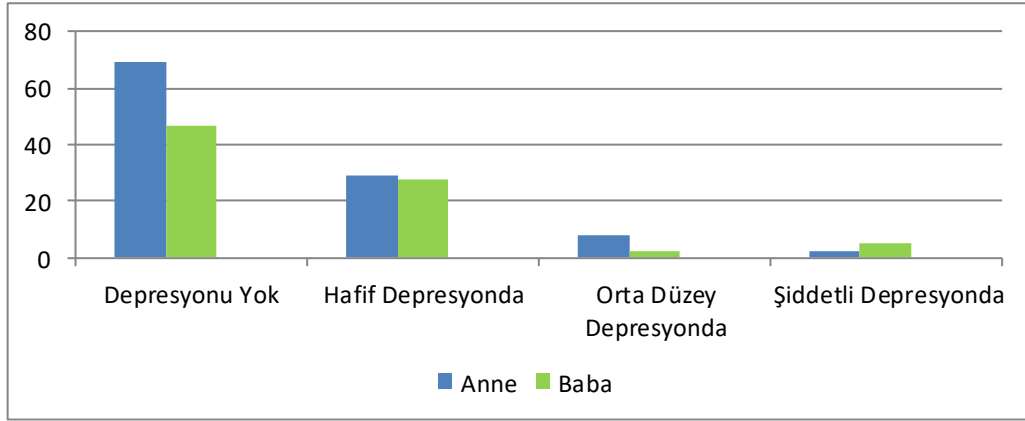
Araştırmamızda fiziksel engelli çocuğa sahip ve takip eden anne sayısı 18, baba sayısı 13'tür. Araştırmamızda zihinsel engelli çocuğa sahip ve takip eden anne sayısı 30, baba sayısı 9'dur. Araştırmamızda hem fiziksel hem zihinsel engelli çocuğa sahip ve takip eden anne ve baba sayısı 30'dur. Araştırmamızda sağlıklı çocuğa sahip anne ve baba sayısı 30'dur.



Şekil:16 Anne ve Babaların Çalışma Durumları Dağılımı

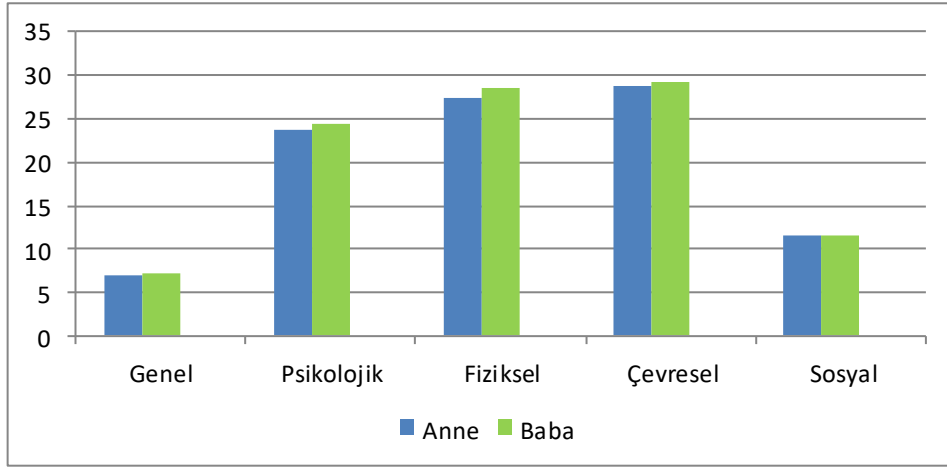
Araştırmamızda yer alan anne ve babaların çalışma durumları incelendiğinde Annelerin, 39'unun çalıştığı 69'unun çalışmadığı görülmüştür. Babaların ise, 46'sının çalıştığı 36'sının çalışmadığı saptanmıştır.

Araştırmamızda yer alan tüm annelerin yaş ortalama $35,99 \pm 5,21$, babaların yaş ortalaması $35,94 \pm 6,29$ olarak bulunmuştur. Engelli çocuğa sahip 140 ailenin 56'sı maddi devlet desteği alıyor olarak, 84'ü maddi devlet desteği almıyor olarak belirlenmiştir.



Şekil:17 Depresyon Düzeyinin Anne ve Babadaki Dağılımı

Şekil 17 de annelerin, 69’unda depresyonun olmadığı, 29’unun hafif depresyonda olduğu, 8’inin orta düzeyde depresyonda olduğu, 2’sinin ise şiddetli depresyonda olduğu bulunmuştur. Babaların, 47’sinde depresyonun olmadığı, 28’inin hafif depresyonda olduğu, 2’sinin orta düzeyde depresyonda olduğu, 5’inin ise şiddetli depresyonda olduğu görülmüştür. Annelerde ilk üç grupta sayısal olarak daha fazla olduğu saptanmıştır. Babalarda ise sadece şiddetli depresyonda daha fazla sayıda olduğu saptanmıştır. Anne ve babaya uygulanan Beck Depresyon Ölçeği’ nin puan ortalaması annelerde $9,45 \pm 6,63$ olarak bulunmuştur. Babalarda ise, $10,97 \pm 8,98$ olarak bulunmuştur.



Şekil:18 Yaşam Kalitesinin Anneler ve Babalardaki Ortalama Puan Dağılımı

Sosyal alt başlığında babaların puan ortalaması annelerden düşükken genel, psikolojik, fiziksel ve çevresel alt başlıklarında babaların puan ortalamaları annelerden daha yüksek olduğu Şekil 18 de belirlenmiştir.

Tablo:1 Sağlıklı ve Engelli Çocuğa Sahip Çalışan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi

	SÇ(n=20) ort±std	FE(n=2) ort± std	ZE(n=5) ort± std	FZE(n=12) ort± std	p
BD	7±4,46	8,5±0,70	8,4±5,02	13,08±8,0	0,101
YKGS	8,05±0,94	7,50±0,70	7,0±2,0	6,9±0,79	0,023*
YKFS	30,15±2,94	28,50±2,12	29,40±2,07	27,58±5,17	0,157
YKPS	26,10±3,14	21,0±1,41	23,40±2,60	25,25±3,51	0,046*
YKSİ	12,40±1,35	12,0±1,41	12,40±0,54	11,08±1,97	0,230
YKÇ	30,50±2,28	28,0±1,41	30,40±4,15	28,83±4,42	0,409

*p<0,05(Sağlıklı Çocuğa Sahip: SÇ, Fiziksel Engelli: FE, Zihinsel Engelli: ZE, Fiziksel ve Zihinsel Engelli: FZE, Beck Depresyon: BD, Yaşam Kalitesi-Genel Sağlık: YKGS, Yaşam Kalitesi- Fiziksel Sağlık: YKFS, Yaşam Kalitesi-Psikolojik Sağlık: YKPS, Yaşam Kalitesi –Sosyal İlişkiler: YKSİ, Yaşam Kalitesi- Çevre: YKÇ)

Tablo 1 de sağlıklı çocuğa sahip çalışan annelerde genel sağlık ve psikolojik sağlık ortalaması engelli çocuğa sahip tüm çalışan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı (p=0,023, p=0,046). Ayrıca Beck depresyon ortalaması düşükken fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevreye uyum puan ortalamaları ise yüksekti.

Tablo:2 Sağlıklı ve Fiziksel - Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması

	SÇ(n=20) ort±std	FZE(n=12) ort±std	p
BD	7±4,46	13,08±8,0	0,020*
YKGS	8,05±0,94	6,9±0,79	0,002*
YKFS	30,15±2,94	27,58±5,17	0,042*
YKPS	26,10±3,14	25,25±3,51	0,263
YKSİ	12,40±1,35	11,08±1,97	0,060
YKÇ	30,50±2,28	28,83±4,42	0,245

*p<0,05

Tablo 2 de sağlıklı çocuğa sahip çalışan annelerde genel sağlık ve psikolojik sağlık ortalaması fiziksel - zihinsel engelli çocuğa sahip tüm çalışan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı (p=0,002, p=0,042). Ayrıca Beck depresyon ortalaması düşükken fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevreye uyum puan ortalamaları ise yüksekti.

Tablo:3 Sağlıklı ve Engelli Çocuğa Sahip Çalışan Babalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi

	SÇ(n=12) ort±std	FE(n=12) ort±std	ZE(n=4) ort±std	FZE(n=18) ort±std	p
BD	7,41±3,94	6,16±5,14	33,50±16,70	11,88±5,27	0,005
YKGS	7,33±1,37	7,33±1,15	6,50±1,0	7,11±0,96	0,606
YKFS	29,91±3,26	28,91±4,31	21,0±3,16	27,77±3,82	0,018
YKPS	25,50±2,77	24,0±2,89	16,25±3,86	23,66±3,71	0,009
YKSİ	12,08±1,24	11,0±2,48	9,50±2,88	11,16±1,24	0,163
YKÇ	31,0±4,15	28,83±2,36	19,25±3,77	28,61±2,74	0,003

*p<0,05

Tablo 3 de gibi sağlıklı çocuğa sahip çalışan babalarda incelenen parametrelerde engelli çocuğa sahip tüm çalışan babalara göre istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo:4 Sağlıklı ve Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışan Babalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması

	SÇ(n=12) ort±std	ZE(n=4) ort±std	p
BD	7,41±3,94	33,50±16,70	0,011*
YKGS	7,33±1,37	6,50±1,0	0,291
YKFS	29,91±3,26	21,0±3,16	0,004*
YKPS	25,50±2,77	16,25±3,86	0,003*
YKSİ	12,08±1,24	9,50±2,88	0,082
YKÇ	31,0±4,15	19,25±3,77	0,005*

*p<0,05

Sağlıklı çocuğa sahip çalışan babalarda depresyon, psikolojik sağlık ve fiziksel sağlık ortalaması zihinsel engelli çocuğa sahip tüm çalışan babalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı (p<0,05). Ayrıca Beck depresyon ortalaması düşükken genel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevreye uyum puan ortalamaları ise yüksekti.

Tablo:5 Sağlıklı ve Fiziksel - Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışan Babalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması

	SÇ(n=12) ort±std	FZE(n=18) ort± std	p
BD	7,41±3,94	11,88±5,27	0,016*
YKGS	7,33±1,37	7,11±0,96	0,582
YKFS	29,91±3,26	27,77±3,82	0,135
YKPS	25,50±2,77	23,66±3,71	0,152
YKSİ	12,08±1,24	11,16±1,24	0,054
YKÇ	31,0±4,15	28,61±2,74	0,052

*p<0,05

Sağlıklı çocuğa sahip çalışan babalarda Beck depresyon puan ortalaması fiziksel - zihinsel engelli çocuğa sahip tüm çalışan babalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı (p=0,016). Ayrıca genel sağlık, sosyal ilişkiler, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve çevreye uyum puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo:6 Fiziksel Engelli ve Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışan Babalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması

	FE(n=12) ort± std	ZE(n=4) ort± std	p
BD	6,16±5,14	33,50±16,70	0,010*
YKGS	7,33±1,15	6,50±1,0	0,260
YKFS	28,91±4,31	21,0±3,16	0,015*
YKPS	24,0±2,89	16,25±3,86	0,006*
YKSİ	11,0±2,48	9,50±2,88	0,318
YKÇ	28,83±2,36	19,25±3,77	0,004*

*p<0,05

Fiziksel engelli çocuğa sahip çalışan babalarda depresyon, psikolojik sağlık çevreye uyum ve fiziksel sağlık ortalaması zihinsel engelli çocuğa sahip tüm çalışan babalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı (p<0,05). Ayrıca Beck depresyon ortalaması düşükken genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevreye uyum puan ortalamaları ise yüksekti.

Tablo:7 Fiziksel Engelli ve Fiziksel - Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışan Babalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması

	FE(n=12) ort± std	FZE(n=18) ort± std	p
BD	6,16±5,14	11,88±5,27	0,043*
YKGS	7,33±1,15	7,11±0,96	0,624
YKFS	28,91±4,31	27,77±3,82	0,393
YKPS	24,0±2,89	23,66±3,71	0,966
YKSİ	11,0±2,48	11,16±1,24	0,514
YKÇ	28,83±2,36	28,61±2,74	0,514

*p<0,05

Fiziksel engelli çocuğa sahip çalışan babalarda Beck depresyon puan ortalaması fiziksel - zihinsel engelli çocuğa sahip tüm çalışan babalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı (p=0,043). Ayrıca Beck depresyon ortalaması düşükken genel sağlık, fiziksel sağlık ve psikolojik sağlık puan ortalamaları ise yüksekti.

Tablo:8 Zihinsel Engelli ve Fiziksel - Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışan Babalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması

	ZE(n=4) ort± std	FZE(n=18) ort± std	p
BD	33,50±16,70	11,88±5,27	0,072
YKGS	6,50±1,0	7,11±0,96	0,243
YKFS	21,0±3,16	27,77±3,82	0,013*
YKPS	16,25±3,86	23,66±3,71	0,010*
YKSİ	9,50±2,88	11,16±1,24	0,187
YKÇ	19,25±3,77	28,61±2,74	0,003*

*p<0,05

Zihinsel engelli çocuğa sahip çalışan babalarda fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve çevreye uyum puan ortalaması fiziksel - zihinsel engelli çocuğa sahip tüm çalışan babalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı (p<0,05). Ayrıca Beck depresyon ortalaması yüksekken genel sağlık, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve psikolojik sağlık puan ortalamaları ise düşüktü.

Tablo:9 Sağlıklı ve Engelli Çocuğa Sahip Çalışmayan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi

	SÇ(n=10) ort±std	FE(n=16) ort±std	ZE(n=25) ort±std	FZE(n=18) ort±std	p
BD	7,30±4,54	10,50±8,50	8,24±5,91	12,11±7,29	0,238
YKGS	7,50±1,58	6,68±1,25	7,04±1,09	6,33±1,71	0,172
YKFS	29,10±3,34	24,62±5,66	29,28±3,02	23,05±5,127	0,000
YKPS	26,10±3,07	21,25±3,62	24,04±2,68	20,38±2,99	0,000
YKSİ	12,50±1,43	11,18±2,63	11,88±1,42	10,11±2,16	0,014
YKÇ	30,80±2,39	28,06±5,99	29,16±3,46	25,05±5,67	0,008

p<0,05

Sağlıklı çocuğa sahip çalışmayan annelerde incelenen parametrelerde engelli çocuğa sahip tüm çalışmayan annelere göre istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo:10 Sağlıklı ve Fiziksel Engelli Çocuğa Sahip Çalışmayan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması

	SÇ(n=10) ort±std	FE(n=16) ort±std	p
BD	7,30±4,54	10,50±8,50	0,410
YKGS	7,50±1,58	6,68±1,25	0,094
YKFS	29,10±3,34	24,62±5,66	0,039*
YKPS	26,10±3,07	21,25±3,62	0,001*
YKSİ	12,50±1,43	11,18±2,63	0,335
YKÇ	30,80±2,39	28,06±5,99	0,184

*p<0,05

Sağlıklı çocuğa sahip çalışmayan annelerde fiziksel sağlık ve psikolojik sağlık ortalaması fiziksel engelli çocuğa sahip tüm çalışmayan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı (p=0,039, p=0,001). Ayrıca Beck depresyon ortalaması düşükken fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevreye uyum puan ortalamaları ise yüksekti.

Tablo:11 Sağlıklı ve Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışmayan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması

	SÇ(n=10) ort±std	ZE(n=25) ort±std	p
BD	7,30±4,54	8,24±5,91	0,783
YKGS	7,50±1,58	7,04±1,09	0,195
YKFS	29,10±3,34	29,28±3,02	0,659
YKPS	26,10±3,07	24,04±2,68	0,023*
YKSİ	12,50±1,43	11,88±1,42	0,181
YKÇ	30,80±2,39	29,16±3,46	0,045*

*p<0,05

Sağlıklı çocuğa sahip çalışmayan annelerde çevreye uyum ve psikolojik sağlık ortalaması zihinsel engelli çocuğa sahip tüm çalışmayan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı (p=0,023, p=0,045). Ayrıca Beck depresyon ortalaması düşükken psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevreye uyum puan ortalamaları ise yüksekti.

Tablo:12 Sağlıklı ve Fiziksel - Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışmayan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması

	SÇ(n=10) ort±std	FZE(n=18) ort±std	p
BD	7,30±4,54	12,11±7,29	0,107
YKGS	7,50±1,58	6,33±1,71	0,064
YKFS	29,10±3,34	23,05±5,127	0,009*
YKPS	26,10±3,07	20,38±2,99	0,000*
YKSİ	12,50±1,43	10,11±2,16	0,004*
YKÇ	30,80±2,39	25,05±5,67	0,002*

*p<0,05

Sağlıklı çocuğa sahip çalışmayan annelerde çevreye uyum, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve psikolojik sağlık ortalaması fiziksel – zihinsel engelli çocuğa sahip tüm çalışmayan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı (p<0,05). Ayrıca Beck depresyon ortalaması düşükken psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevreye uyum puan ortalamaları ise yüksekti.

Tablo:13 Fiziksel Engelli ve Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışmayan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması

	FE(n=16) ort± std	ZE(n=25) ort± std	p
BD	10,50±8,50	8,24±5,91	0,422
YKGS	6,68±1,25	7,04±1,09	0,384
YKFS	24,62±5,66	29,28±3,02	0,004*
YKPS	21,25±3,62	24,04±2,68	0,019*
YKSİ	11,18±2,63	11,88±1,42	0,869
YKÇ	28,06±5,99	29,16±3,46	0,444

*p<0,05

Fiziksel engelli çocuğa sahip çalışmayan annelerde fiziksel sağlık ve psikolojik sağlık ortalaması zihinsel engelli çocuğa sahip tüm çalışmayan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı (p=0,004, p=0,019). Ayrıca psikolojik sağlık ve fiziksel sağlık puan ortalaması düşükken Beck depresyon puan ortalaması ise yüksekti.

Tablo:14 Zihinsel Engelli ve Fiziksel - Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışmayan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması

	ZE(n=25) ort± std	FZE(n=18) ort± std	p
BD	8,24±5,91	12,11±7,29	0,068
YKGS	7,04±1,09	6,33±1,71	0,188
YKFS	29,28±3,02	23,05±5,127	0,000*
YKPS	24,04±2,68	20,38±2,99	0,000*
YKSİ	11,88±1,42	10,11±2,16	0,006*
YKÇ	29,16±3,46	25,05±5,67	0,007*

*p<0,05

Zihinsel engelli çocuğa sahip çalışmayan annelerde fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler, çevreye uyum ve psikolojik sağlık ortalaması fiziksel - zihinsel engelli çocuğa sahip tüm çalışmayan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı (p<0,05). Ayrıca Beck depresyon ortalaması düşükken psikolojik sağlık, fiziksel sağlık ve çevreye uyum puan ortalamaları ise yüksekti.

Tablo:15 Engelli Çocuğa Sahip Maddi Devlet Desteği Alan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması

	FE(n=5) ort± std	ZE(n=13) ort± std	FZE(n=13) ort± std	p
BD	6,80±3,89	7,30±4,97	12,53±6,47	0,039*
YKGS	7,40±1,14	7,23±1,23	6,53±1,61	0,500
YKFS	26,60±5,17	30,46±2,33	23,46±5,39	0,007*
YKPS	22,80±2,68	24,07±2,28	21,30±3,47	0,097
YKSİ	11,20±3,27	11,84±0,98	10,30±1,97	0,115
YKÇ	28,20±7,85	28,61±2,43	25,84±5,94	0,521

*p<0,05

Engelli çocuğa sahip maddi devlet desteği alan annelerin Beck depresyon ve fiziksel sağlık ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptandı (p=0,039, p=0,007). Ayrıca Beck depresyon ortalaması düşükken fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevreye uyum puan ortalamaları ise yüksekti.

Tablo:16 Fiziksel Engelli ve Fiziksel – Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Maddi Devlet Desteği Alan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması

	FE(n=5) ort± std	FZE(n=13) ort± std	p
BD	6,80±3,89	12,53±6,47	0,042*
YKGS	7,40±1,14	6,53±1,61	0,349
YKFS	26,60±5,17	23,46±5,39	0,298
YKPS	22,80±2,68	21,30±3,47	0,398
YKSİ	11,20±3,27	10,30±1,97	0,251
YKÇ	28,20±7,85	25,84±5,94	0,657

*p<0,05

Fiziksel engelli çocuğa sahip maddi devlet desteği alan annelerde Beck depresyon ortalaması fiziksel- zihinsel engelli çocuğa sahip maddi devlet desteği alan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı (p=0,042). Ayrıca Beck depresyon ortalaması düşükken fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevreye uyum puan ortalamaları ise yüksekti.

Tablo:17 Zihinsel Engelli ve Fiziksel – Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Maddi Devlet Desteği Alan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması

	ZE(n=13) ort± std	FZE(n=13) ort± std	p
BD	7,30±4,97	12,53±6,47	0,029*
YKGS	7,23±1,23	6,53±1,61	0,313
YKFS	30,46±2,33	23,46±5,39	0,003*
YKPS	24,07±2,28	21,30±3,47	0,036*
YKSİ	11,84±0,98	10,30±1,97	0,037*
YKÇ	28,61±2,43	25,84±5,94	0,245

*p<0,05

Zihinsel engelli çocuğa sahip maddi devlet desteği alan annelerde Beck depresyon, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler puan ortalaması fiziksel- zihinsel engelli çocuğa sahip maddi devlet desteği alan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı (p<0,05). Ayrıca Beck depresyon ortalaması düşükken fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevreye uyum puan ortalamaları ise yüksekti.

Tablo:18 Engelli Çocuğa Sahip Maddi Devlet Desteği Almayan Annelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması

	FE(n=12) ort± std	ZE(n=17) ort± std	FZE(n=17) ort± std	p
BD	9,66±5,69	9,0±6,26	12,47±8,34	0,390
YKGS	6,75±0,96	6,88±1,26	6,58±1,32	0,764
YKFS	25,08±5,46	28,41±2,95	25,94±5,56	0,200
YKPS	20,91±3,55	23,82±2,94	23,11±4,25	0,121
YKSİ	11,66±2,01	12,05±1,56	10,64±2,26	0,158
YKÇ	28,16±5,13	29,94±4,17	27,11±5,18	0,460

*p<0,05

Engelli çocuğa sahip maddi devlet desteği almayan annelerin incelenen parametrelerde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo:19 Sağlıklı ve Engelli Çocuğa Sahip Çalışmayan Babaların Depresyon ve Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi

	SÇ(n=18) ort±std	FE(n=1) ort±std	ZE(n=5) ort±std	FZE(n=12) ort±std	p
BD	6,72±2,58	1,0±.	19,40±13,79	14,16±6,87	0,000*
YKGS	7,77±0,64	10,0±.	6,80±0,83	6,75±0,75	0,002*
YKFS	31,11±1,27	27,0 ±.	27,0±7,38	28,0±5,39	0,213
YKPS	27,61±1,19	28,0±.	24,80±5,54	22,58±2,90	0,000*
YKSİ	12,72±1,12	14,0±.	10,40±2,50	11,08±2,23	0,007*
YKÇ	31,55±0,78	35,0±.	27,80±3,96	28,33±3,93	0,000

p<0,05

Sağlıklı çocuğa sahip çalışmayan babalarda Beck depresyon. genel sağlık, sosyal ilişkiler ve psikolojik sağlık puan ortalaması engelli çocuğa sahip tüm çalışmayan babalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı (p<0,05). Ayrıca Beck depresyon ortalaması düşükken fiziksel sağlık ve çevreye uyum puan ortalamaları ise yüksekti

Tablo:20 Sağlıklı ve Fiziksel Engelli Çocuğa Sahip Çalışmayan Babaların Depresyon ve Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi

	SÇ(n=18) ort±std	FE(n=1) ort±std	p
BD	6,72±2,58	1,0±.	0,087
YKGS	7,77±0,64	10,0±.	0,070
YKFS	31,11±1,27	27,0 ±.	0,089
YKPS	27,61±1,19	28,0±.	0,699
YKSİ	12,72±1,12	14,0±.	0,174
YKÇ	31,55±0,78	35,0±.	0,072

*p<0,05

Sağlıklı çocuğa sahip çalışmayan babalarda incelenen parametrelerde fiziksel engelli çocuğa sahip tüm çalışmayan babalara göre istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo:21 Sağlıklı ve Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışmayan Babaların Depresyon ve Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi

	SÇ(n=18) ort±std	ZE(n=5) ort±std	p
BD	6,72±2,58	19,40±13,79	0,001*
YKGS	7,77±0,64	6,80±0,83	0,023*
YKFS	31,11±1,27	27,0±7,38	0,106
YKPS	27,61±1,19	24,80±5,54	0,172
YKSİ	12,72±1,12	10,40±2,50	0,008*
YKÇ	31,55±0,78	27,80±3,96	0,002*

*p<0,05

Sağlıklı çocuğa sahip çalışmayan babalarda Beck depresyon, çevreye uyum, genel sağlık ve sosyal ilişkiler ortalaması zihinsel engelli çocuğa sahip tüm çalışmayan babalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı (p<0,05). Ayrıca Beck depresyon ortalaması düşükken fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevreye uyum puan ortalamaları ise yüksekti.

Tablo:22 Sağlıklı ve Fiziksel - Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Çalışmayan Babaların Depresyon ve Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi

	SÇ(n=18) ort±std	FZE(n=12) ort±std	p
BD	6,72±2,58	14,16±6,87	0,000*
YKGS	7,77±0,64	6,75±0,75	0,001*
YKFS	31,11±1,27	28,0±5,39	0,290
YKPS	27,61±1,19	22,58±2,90	0,000*
YKSİ	12,72±1,12	11,08±2,23	0,015*
YKÇ	31,55±0,78	28,33±3,93	0,000*

*p<0,05

Sağlıklı çocuğa sahip çalışmayan babalarda Beck depresyon, psikolojik sağlık, çevreye uyum, genel sağlık ve sosyal ilişkiler ortalaması fiziksel - zihinsel engelli çocuğa sahip tüm çalışmayan babalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı (p<0,05). Ayrıca Beck depresyon ortalaması düşükken fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevreye uyum puan ortalamaları ise yüksekti.

Tablo:23 Engelli Çocuğa Sahip Maddi Devlet Desteği Alan Babaların Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması

	FE(n=6) ort± std	ZE(n=4) ort± std	FZE(n=15) ort± std	p
BD	3,33±1,86	27,25±17,96	13,26±3,08	0,001*
YKGS	8,0±1,41	6,50±1,0	6,93±0,96	0,142
YKFS	29,16±4,35	25,25±6,23	28,06±4,13	0,539
YKPS	24,66±3,50	20,50±8,34	24,20±3,36	0,840
YKSİ	11,66±2,94	9,75±2,62	11,80±0,86	0,107
YKÇ	29,83±3,97	22,50±7,04	29,26±2,63	0,080

*p<0,05

Engelli çocuğa sahip maddi devlet desteği alan babalarda Beck depresyon puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı (p=0,001).

Tablo:24 Fiziksel Engelli ve Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Maddi Devlet Desteği Alan Babaların Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması

	FE(n=6) ort± std	ZE(n=4) ort± std	p
BD	3,33±1,86	27,25±17,96	0,010*
YKGS	8,0±1,41	6,50±1,0	0,098
YKFS	29,16±4,35	25,25±6,23	0,336
YKPS	24,66±3,50	20,50±8,34	0,664
YKSİ	11,66±2,94	9,75±2,62	0,128
YKÇ	29,83±3,97	22,50±7,04	0,131

*p<0,05

Fiziksel engelli çocuğa sahip maddi devlet desteği alan babalarda Beck depresyon puan ortalaması zihinsel engelli çocuğa sahip maddi devlet desteği alan babalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı (p<0,05). Ayrıca Beck depresyon ortalaması düşükken fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevreye uyum puan ortalamaları ise yüksekti.

Tablo:25 Fiziksel Engelli ve Fiziksel - Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Maddi Devlet Desteği Alan Babaların Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması

	FE(n=6) ort± std	FZE(n=15) ort± std	p
BD	3,33±1,86	13,26±3,08	0,000*
YKGS	8,0±1,41	6,93±0,96	0,098
YKFS	29,16±4,35	28,06±4,13	0,693
YKPS	24,66±3,50	24,20±3,36	0,665
YKSİ	11,66±2,94	11,80±0,86	0,275
YKÇ	29,83±3,97	29,26±2,63	0,813

*p<0,05

Fiziksel engelli çocuğa sahip maddi devlet desteği alan babalarda Beck depresyon puan ortalaması fiziksel - zihinsel engelli çocuğa sahip maddi devlet desteği alan babalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı (p=0,000). Ayrıca Beck depresyon ortalaması düşükken genel sağlık ve fiziksel sağlık puan ortalamaları ise yüksekti.

Tablo:26 Fiziksel Engelli ve Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Maddi Devlet Desteği Alan Babaların Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması

	ZE(n=4) ort± std	FZE(n=15) ort± std	p
BD	27,25±17,96	13,26±3,08	0,189
YKGS	6,50±1,0	6,93±0,96	0,460
YKFS	25,25±6,23	28,06±4,13	0,329
YKPS	20,50±8,34	24,20±3,36	0,687
YKSİ	9,75±2,62	11,80±0,86	0,058
YKÇ	22,50±7,04	29,26±2,63	0,020*

*p<0,05

Zihinsel engelli çocuğa sahip maddi devlet desteği alan babalarda çevreye uyum puan ortalaması fiziksel - zihinsel engelli çocuğa sahip maddi devlet desteği alan babalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı (p=0,020). Ayrıca psikolojik sağlık ve fiziksel sağlık puan ortalamaları düşükken Beck depresyon puan ortalaması ise yüksekti.

Tablo:27 Engelli Çocuğa Sahip Maddi Devlet Desteği Almayan Babaların Depresyon ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması

	FE(n=7) ort± std	ZE(n=5) ort± std	FZE(n=15) ort± std	p
BD	7,85±6,22	24,40±16,22	12,33±7,97	0,167
YKGS	7,14±1,21	6,80±0,83	7,00±0,84	0,874
YKFS	28,42±4,31	23,60±7,16	27,66±4,85	0,467
YKPS	24,0±2,70	21,40±5,45	22,26±3,26	0,559
YKSİ	10,85±2,26	10,20±2,77	10,46±2,03	0,811
YKÇ	28,85±1,57	25,20±5,06	27,73±3,63	0,563

*p<0,05

Engelli çocuğa sahip maddi devlet desteği almayan babaların incelenen parametrelerde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo:28 Fiziksel Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Çocuğunun Yatağa Bağımlılık Derecesine Göre Depresyon ve Yaşam Kalitesi Korelasyonu

		BD	YKGS	YKFS	YKPS	YKSİ	YKÇ
KMS	p	0,514	0,494	0,642	0,819	0,690	0,920
	Korelasyon	-0,170	0,178	-0,121	0,060	-0,104	0,026

Kaba motor sınıflaması (KMS)

Fiziksel engelli çocuğa sahip annelerde çocuğunun yatağa bağımlılık derecesi ile depresyon ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmamıştır.

Tablo:29 Fiziksel - Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Çocuğunun Yatağa Bağımlılık Derecesine Göre Depresyon ve Yaşam Kalitesi Korelasyonu

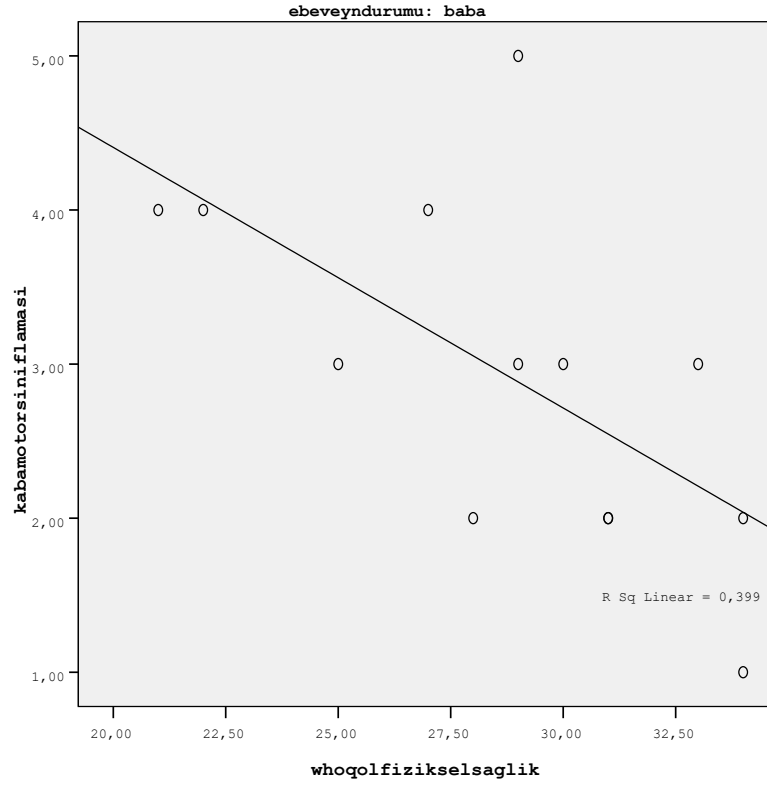
		BD	YKGS	YKFS	YKPS	YKSİ	YKÇ
KMS	p	0,796	0,081	0,560	0,404	0,354	0,773
	Korelasyon	-0,049	-0,324	-0,111	-0,158	0,175	-0,055

Kaba Motor Sınıflaması(KMS)

Fiziksel – zihinsel engelli çocuğa sahip annelerde çocuğunun yatağa bağımlılık derecesi ile depresyon ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmamıştır.

Tablo:30 Fiziksel Engelli Çocuğa Sahip Babaların Çocuğunun Yatağa Bağımlılık Derecesine Göre Depresyon ve Yaşam Kalitesi Korelasyonu

		BD	YKGS	YKFS	YKPS	YKSİ	YKÇ
	p	0,217	0,524	0,021	0,376	0,288	0,976
KMS	Korelasyon	-0,367	-0,194	-0,632*	-0,268	-0,319	0,008

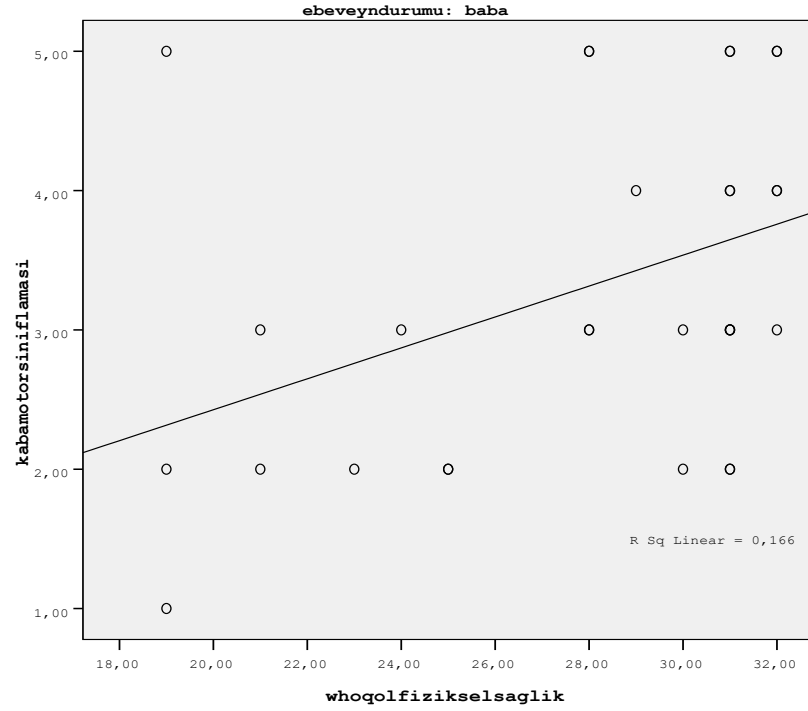


Şekil:19 Fiziksel Engelli Çocuğa Sahip Babaların Çocuğunun Yatağa Bağımlılık Derecesine Göre Depresyon ve Yaşam Kalitesi Korelasyon Grafiği

fiziksel engelli çocuğa sahip babalarda kaba motor puanı ile fiziksel sağlık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır (p=0,021,r=-0,632).

Tablo:31 Fiziksel - Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Babaların Çocuğunun Yatağa Bağımlılık Derecesine Göre Depresyon ve Yaşam Kalitesi Korelasyonu

		BD	YKGS	YKFS	YKPS	YKSİ	YKÇ
	p	0,510	0,065	0,018	0,237	0,346	0,543
KMS	Korelasyon	0,125	-0,341	0,430*	0,222	0,178	0,115



Şekil:20 Fiziksel - Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Babaların Çocuğunun Yatağa Bağımlılık Derecesine Göre Depresyon ve Yaşam Kalitesi Korelasyon Grafiği

Fiziksel - zihinsel engelli çocuğa sahip babalarda kaba motor puanı ile fiziksel sağlık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır ($p=0,018$, $r=0,430$).

7.TARTIŞMA

Araştırmamızda fiziksel veya zihinsel engele sahip bireylerin zihinsel eğitim ve fizik tedavi hizmeti aldığı özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde izlenen çocukların ebeveynlerinde depresyon ve yaşam kalitesini değerlendirmektedir. Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde izlenen engelli çocuğa sahip ebeveynlerin sağlıklı çocuğa sahip ebeveynlere göre depresyon oranları yüksek iken yaşam kalitesi puanlarını düşük olarak saptadık. Mcmanus ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada engelli çocuğun yaşam boyu bakıma ihtiyacı olması ve bu sürece en yakın tanıkların ebeveynlerin olması, anne ve babaların hayatlarında psikolojik, fiziksel ve sosyal hallerinde değişimlere sebep olmaktadır. Bu durum yaşam kalitesindeki birçok parametrede de değişime sebep olduğu gösterilmiştir. Bir başka çalışmada da engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyona yatkınlığı belirlenmiştir.(Mcmanus ve ark 2006; Candemir, 2018). Çalışmamız engelli çocuğa sahip ebeveynlerin yaşam kalitesindeki çeşitli parametrelerde farklılık göstermesi yönünden Candemir ve Mcmanus ile arkadaşlarının yaptığı çalışmalarla uyumludur.

Özel eğitim ve rehabilitasyon hizmetleri veren merkezleri, çalışan personeller ile engelli çocuğa sahip ebeveynler bireyin tedavisinde önemlidir. Bir araştırmada rehabilitasyon sürecinde bedensel engelli çocukla birlikte ailenin de değerlendirilmesi gerektiği belirlenmiştir (Değer,2020). Bizim çalışmamızda fiziksel veya zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin değerlendirilmesi araştırmamızı farklılaştırmaktadır.

Biz araştırmamızda fiziksel ve zihinsel engelli çocuğa bakım veren ailelerin depresyon oranı ve yaşam kalitesini incelediğimizde yatağa bağımlılık oranının parametreler üzerinde etkili olmadığını saptadık. Değer yaptığı araştırmada fiziksel engelli bireylere bakım veren ailenin bakım sürecindeki problemlerinde engellilik oranının etkili olmadığını belirlemiştir (Değer,2020). Fakat zihinsel ve fiziksel engelli çocuklara bakım veren aileleri incelememiz bizim araştırmamızı farklılaştırmaktadır. Çalışmanın öncülük edeceği ve benzer alanda yapılan diğer araştırmalara da destek olacağı düşünülebilir.

Çalışmamızda ise zihinsel veya fiziksel engelli çocuğa sahip ebeveynlerde depresyon oranı annelerde babalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bir araştırmada annenin sosyal anlamda yalnızlık çektiği konulardan biri de engelli çocuğunun günlük yaşam aktivitelerinde çoğu sorumluluğu üzerine almasıdır. Bu araştırmada annenin stres ve depresyon seviyesinin babaya göre daha yüksek olmasının sebebi annenin tüm yükü üstlenmesinden kaynaklandığı görülmektedir (Crnic ve ark 1983). Singer ve arkadaşlarının engelli çocuğa sahip ebeveynlerle yaptığı araştırmada ebeveynlerin eğitim seviyesi arttıkça anksiyete ve stres seviyelerinin de arttığı bulunmuştur (Singer ve ark 1988). Frey ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada zihinsel veya fiziksel engelli çocuğa sahip ebeveynlerde babaların stres seviyesinin annelere göre daha fazla olduğu görülmektedir (Frey ve ark 1989). Çalışmamız Crnic ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile uyumluluk gösterirken Frey ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile farklılık göstermektedir. Bu iki çalışmanın birbirinden farklı olma nedeni çalışmanın yapıldığı toplumların farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda sağlıklı çocuğa sahip anne ve babaların depresyon seviyelerinin engelli çocuğa sahip anne ve babalardan daha düşük yaşam kalitelerinin ise daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonucun sağlıklı çocuğa sahip ebeveynlerin engelli çocuğa sahip ebeveynlerden daha az sorumluluk almasıyla ilgili olduğu düşünülebilir. Gowen ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada engelli çocukların bakım yükünün artması depresyon seviyesini de arttırdığı belirtilmektedir (Gowen ve ark 1989). Bu çalışma ile araştırmamız uyumludur.

Heller ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada engelli çocuğa sahip ebeveynlerde annelerin çocuğun davranışlarının şekillendirmede ve sağlık durumlarının iyi halde devam ettirilmesi konusunda babalardan daha büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir (Heller ve ark 1997) fakat bizim araştırmamızda engelli çocuğun yatağa bağımlılık düzeyinin artmasıyla annelerin depresyon ve yaşam kalitesi seviyeleri arasında ilişki bulunmazken, babalar da engelli çocuğun yatağa bağımlılık düzeyinin artmasıyla birlikte yaşam kalitesi seviyesinin azaldığı bulunmuştur. Engelli çocuğa sahip maddi devlet desteği alan anne ve babaların depresyon ve yaşam kalitesi seviyeleri arasında çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptanmıştır. ($p < 0,05$) Maddi devlet desteği almayan engelli çocuğa sahip anne ve babalarda ise herhangi bir ilişki saptanmadı. Lehman ve arkadaşlarının yaptığı

araştırmada engelli çocuğa sahip ailelerin yardım alması ebeveynlerin stres seviyelerinde azalma olduğunu belirtmektedir (Lehman ve ark 1996).

Çalışmamızda engelli çocuğa sahip çalışan annelerin, çalışmayan annelere göre depresyon oranı düşük ve yaşam kalitesi puanı daha yüksek saptanmıştır. Başka bir araştırmada da annelerin çalışma durumlarının depresyon seviyelerini etkilediği belirtilmektedir (Uzun, 2019). Bir çalışmada ise engelli çocuğa sahip annelerin çalışma durumu yaşam kalitesi üzerinde farklılığa sebep olmadığını belirtmektedir (Gençer, 2020). Çalışmamız Uzun'un yaptığı çalışma ile uyumluluk gösterirken Gençer'in yaptığı çalışma ile farklılık göstermektedir.

Çalışmamızda zihinsel engelli çocuğa sahip ebeveynlerin, fiziksel engelli çocuğa sahip ebeveynlere göre depresyon oranı yüksek ve yaşam kalitesi puanı daha düşük saptanmıştır. Candemir ise araştırmasında fiziksel engelli bireye bakım verenlerin yaşam kalitelerinin zihinsel engelli bireye bakım verenlerin yaşam kalitelerinden daha düşük olduğu belirtmiştir (Candemir, 2018). Çalışmamız bu araştırma ile farklılık göstermektedir.

Araştırmamızda ocuğun yatağa bağımlılık düzeyi arttıķa ebeveynlerin yaşam kalitesi puanları düşük olarak saptanmıştır. Başka bir çalışmada da fiziksel engelli çocuklarda engellilik oranıyla birlikte bakım yükünün artmasıyla annelerin sağlık problemlerinin arttığı yaşam kalitesinin azaldığı belirtilmiştir (Tekin, 2015). Çalışmamız bu araştırma ile uyumluluk göstermektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda özel eğitim merkezlerinde izlenen engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon ve yaşam kaliteleri incelenmiş ve sağlıklı çocuğa sahip ebeveynlere göre yaşam kalitelerinin düşük depresyon oranlarının ise yüksek olduğu saptanmıştır. Bulgularımız yaşam kalitesinin düşmesinde ve depresyon oranının artmasında, çocuğun sahip olduğu engellilik durumunun etkili olduğunu göstermiştir. Ebeveynlik durumu, çalışma durumu, maddi - manevi duygu ve durumlar ebeveynlerin yaşam kalitesini ve depresyon oranlarını etkilediği belirlenmiştir.

Bu çalışmanın sonuçları uzmanlara bilgi vermekle kalmayıp, aynı zamanda engelli çocukların eğitim ve tedavisinde de etkili sonuçlar için aileye ve ekibin diğer üyelerine önemli bilgilendirme verecektir. Çocuk sayısı ya da çocukların cinsiyeti ile ebeveynlerin depresyon oranı ve yaşam kalitesi puanları arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Ebeveynlerin depresyon oranı ve yaşam kaliteleri aile yaşantısı hakkında ve çocukların bakımı, eğitimi ve tedavisi hakkında bilgiler sağlayabilir. Bu amaçla ebeveynlerin depresyon oranı ve yaşam kalitelerine ilişkin bilimsel araştırmalar engelli çocukların gelişimine olan etkisi ve değeri incelenmelidir.

Biz araştırmamızı özel eğitim merkezlerinde izlenen ebeveynler ile sınırlı tuttuk. Araştırmaya katılan ebeveyn sayısı artırılarak çalışmaların genişletilmesi önerilir. Özel eğitim merkezlerinde izlenen engelli çocuğa sahip katılımcılar ile engelli çocuğa sahip fakat özel eğitim merkezlerine herhangi bir sebepten dolayı devam edemeyen katılımcıların da olduğu daha kapsamlı ileri çalışmalar yapılabilir. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin psikolojik ve fiziksel destek alması için önerilerde bulunulmalıdır. Engelli çocuğun bakımında annenin yükünü alması gerektiği, engelli çocuğun bakımının ebeveynlerin ortak sorumluluğunda olduğu anlatılmalıdır. Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde engelli çocuğun eğitim ve tedavisinde rol alan diğer ekip üyeleri ebeveynlere yalnız olmadıkları hakkında bilgilendirme yapmalı gerekirse devlet destekli ve sivil toplum kuruluşlarının işbirliği ile toplumumuzun bir parçası oldukları anlatılmalı ve desteklenmelidir.

Çalışmamızın engelli çocukların eğitim ve tedavisinde ebeveynleri, ekibin diğer üyelerini desteklemeye yardımcı olacağı ve ileride yapılacak çalışmalara ışık tutabileceği düşünülmektedir.

9. KAYNAKLAR

Ayna A.B. 5-18 Yaş Arası Bedensel Ve Zihinsel Engelli (Serebral Palsili) Çocukların Annelerinin Depresyon Ve Kaygı Düzeylerinin Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N. Doksat Güvender). İstanbul, 2015.

Altuğ N. Karacığer Nakilli Çocukların Ve Ailelerinin Yaşam Kalitesi/Yaşam Kalitesini Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. B. Bolışık). İzmir, 2011.

Atam A. SerebralPalsili Çocuğu Olan Ve Olmayan Annelerin Evlilik Yaşantılarında Algıladıkları Doyum Ve Evliliklerinde Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman:Yrd. Doç. Dr. N. ÖNGİDER). İstanbul,2009.

Adıgözelova S. Çocuklarında Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Anne Ve Babaların Tükenmişlik Düzeyleri, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman:Dr. Öğr. Üyesi M. Elagöz Yüksel). İstanbul, 2019.

Abay E, Saltık S, Molla S, Şenveli B. Zihinsel ve/veya Bedensel Özürlü Çocukların Ana Babalarında Depresyon ve Kaygı. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 1994;11:62-9.

Akın, G. (1995). Kan Yakını Evliliklerin Van Populasyonunda Sıklığı ve Bazı Etkileri Üzerine Araştırmalar. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih- Coğrafya Fakültesi Dergisi(1), (27r), 1-2, 249-258.

Apak, M. (2002). Tıbbi Genetik ve Genetik Hastalıklar. O. Neyzi, & T. Ertuğrul içinde, Pediatri (s. 135-162). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Aydemir Ö. (2007); “Kronik hastalığı olan çocuk ve yaşam kalitesi”, D.Ü. Tüzün, S. Hergüner (Ed.). Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım; 61-78, Epsilon Yayıncılık, İstanbul.

Aydemir Ö. (2007); “Kronik hastalığı olan çocuk ve yaşam kalitesi”, D.Ü. Tüzün, S. Hergüner (Ed.). Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım; 61-78, Epsilon Yayıncılık, İstanbul.

Akyüz G, Türkdogan D. Otonom sinir sistemi elektrofizyolojisi. Akyüz G. (Editör). Elektrodiagnoz. s.437-463, Öncü Basımevi, Ankara, 2003.

Bozkurt T, Uluğ M, Turpoğlu Çelik A, Oktuğ Z, İçellioğlu S, Özden M.S. Stres. İstanbul, 2010, 20-25.

Benedict RHB, Fishman I, McClellan MM, Bakshi R, Weinstock-Guttman B. Validity of the Beck Depression Inventory-Fast Screen in multiple sclerosis. Mult. Scler. 2003; 9:393-396.

Bulekbayeva B. Pediyatrik Olgularda Hidrosefali Tanısında Ve Tedavi Sonuçlarının Değerlendirilmesinde Radyolojik Görüntülemenin Katkısı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi (Danışman: Prof. Dr. N. Şener). İzmir, 2013.

Bal F. Engelli Çocuğa Sahip Anne Ve Babaların Kişilik Özellikleri İle Stres, Empati Ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi N. Kılıç). İstanbul, 2018.

Batu, E. S. (2011). 0-6 Yaş Arası Down Sendromlu Çocuklar Ve Gelişimleri. Ankara: Kök Yayıncılık.

Batshaw ML. Children with Disabilities. 5th Ed., Washington: BrookesPublishing Co, 2002.

Candemir M, Fiziksel Ve Zihinsel Engelli Çocuklara Bakım Verenlerin Fiziksel Ve Psikolojik Etkilenimlerinin İncelenmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi B. Yiğit). İstanbul, 2018.

Clayton DB, Brock JW, Joseph DB. Urologic Management of Spina Bifida, Developmental Disabilities 2010; 16: 88–95.

Crytzer, T.M., Dicianno, B.E., and Kapoor, R. (2013). Physical activity, exercise, and health-related measures of fitness in adults with spina Bifida: A review of the literature. PM and R5, 1051-1062.

Crnic KA, Friedric WN, Greenberg MT Adaptation of families with mentally retarded children: a model of stress, coping and family ecology. Am. J. Ment. Def. 1983, 88:125-138.

Charney E, Weissman M. Epidemiology Of Depressive And Manic Syndromes In Depression And Mania, Ed(S) Georgotas A, Cancro R. Elsevier, New York, 1988.

Cihaner Ö., Psikojenik Non-Epileptik Nöbet Tanılı Kişilerin, Kişilik, Beck Depresyon Ve Anksiyete Ölçekleriyle Değerlendirilmesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. O. O. Erdinç). Eskişehir, 2020.

Ceylan R. Entegre Eğitime Katılan Ve Katılmayan Engelli Çocukların Annelerinin Depresyon Ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi (Danışman: Prof. Dr. N. ARAL). Ankara, 2004.

Ceylan Gür S. Kanserli Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüğü, Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi F. ERSİN). Şanlıurfa, 2018.

Celbek B. S. Down Sendromu Olan Ve Olmayan Çocuklarda Hipotiroidi İle Kardiyolojik Bulgular Arasındaki İlişki, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Çocuk Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi, Tıpta Uzmanlık Tezi (Danışman: Doç. Dr. H. A. Gürsu). Ankara, 2018.

Çopuroğlu C., Mengi, A. (2014) Toplumsal dışlanma ve otizm, International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Volume 9/5 Spring 2014, p. 607-626

Çopuroğlu, Y. C., & Mengi, A. (2014). Toplumsal dışlanma ve otizm. Electronic Turkish Studies, 9(5).

Çopuroğlu, Y., & Mengi, A. (2014). Toplumsal Dışlanma ve Otizm. Sözlü Tarih Dergisi.

Çandır G. 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, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. F. Maner). İstanbul, 2015

Değer M., Bedensel Engelli Çocuklara Bakım Veren Aileleri Etkileyen Faktörlerin Rehabilitasyonda Aile İşlevselliğine Etkisi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. H. B. Yosmaoğlu). Ankara, 2020.

Duman, B. (2015). Neden beyin temelli öğrenme Ankara: Pegem Akademi.

Dönmez N.B., Bayhan P, ve Artan İ. Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Yaşam Döngüsü İçinde Karşılaştıkları Sorunların İncelenmesi, Marmara Üniversitesi Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaası, 1998, 23-35.

Eminoğlu S. Obez Çocuklarda Otonom Sinir Sistemi Fonksiyonlarının Kalp Hızı Değişkenliği Analizi İle Değerlendirilmesi, Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Pediatrik Kardiyoloji Yandal Uzmanlık Tezi (Danışman: Prof. Dr. S. TÜRKEY). Ankara,2010.

Ertunç C. Engelli Bireylere Sahip Ebeveynlerin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Dr. Öğr. Üys. F. BAL). İstanbul, 2018.

Ercan N. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. O. N. Emiroğlu). Ankara, 2010.

Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY ve ark. Psychometricproperties of WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF. 3P Dergisi. 1999,7:23-40.

Eser SY, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H ve ark. Measure of quality of life WHOQOL-100 and WHOQOL-Bref. 3P Dergisi. 1999,7:5-13.

Erbaş A. Şantı Olan Hidrosefalili Çocuklara Sahip Ailelerin Yaşadıkları Güçlükler, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. H. Bulut). Ankara, 2012.

Frey KS, Greenberg MT, Fewell RR. Stres and copingamong parents of handi capped children: A multi dimensional approach. Am. J. Ment. Retard. 1989, 94:240-249.

Friedrich W, Gallagher M.T., ve Crnic K. A Short Form Of The Questionnaire On Resources and Stres. Am. J. Ment. Def. Cilt: 1,1983.

Gençer C., Kronik Engelli Çocuklara Bakım Verenlerde ‘Yetişkin Bakıcıların Yaşam Kalitesi Anketinin (AdultCarer Quality of Life Questionnaire)’ Geçerlilik ve Güvenilirliği, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. Y. Salık Şengül). İzmir, 2020.

Gowen JW, Martin JN, Goldman BD, Appelbaum M. Feelings of Depression and Parenting Competence of Mothers of Handicapped and Nonhandicapped Infants: A Longitudinal Study. Am. J. Ment. Retard. 1989,94: 259-271.

Guyton AC, Hall JE. Otonom sinir sistemi: böbreküstü bezi medullası. s: 769-778, Textbook of Medical Physiology. 9. baskı, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Sti, İstanbul, 1996.

Goldberg, D. & Stevens, J. (2001). For the learners' sake: Brain-based instruction for the 21st century. Tuscon: Zephyr.

Gündede E. Serebral Palsili Çocukların Fonksiyonelliği İle Ebeveynlerinin Bakım Yüğü, Aktivite Düzeyi, Yaşam Kalitesi Ve Psikolojik Durumu Arasındaki İlişki, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. A. Yıldız). İstanbul, 2018.

Gerçeksever H. İ. Down Sendromu Çocukların Giysilerden Kaynaklanan Giyinme Problemleri Ve Giysi Tercihleri, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. H. Pektaş). Konya, 2011.

Göç G. N. SpinaBifidalı Engellilerde Yardımcı Cihaz Kullanımının Değerlendirilmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ö. Yılmaz). İstanbul, 2014.

Heller T, Hsieh K, Rowitz L. Maternal and Paternal Caregiving of Persons with Mental Retardation Across The Lifespan. Fam. Relat. 1997, 46 4:407-415.

Holmes, S. (2005). Assessing The Quality Of Life—Reality Or İmpossible Dream A Discussion Paper. International Journal Of Nursing Studies, 42, 493–501.

Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği güvenirliği Psikoloji Dergisi, 7: 3-13.

Hajak, G. (2012). Depresyon: Hastalar ve Yakınları İçin Kılavuz. München:

Servier Deutschland GmbH.

Ilıca B.SpinaBifidalı Çocuklarda Üst Ekstremité Ve Gövde Kas Kuvvetinin Solunum Fonksiyonlarına Etkisi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi A. Kostanoğlu). İstanbul, 2019.

Jones MW, Morgan Elaine, Shelton JE, Thorogood C. CerebralPalsy: Introduction and Diagnosis (Part I). Journal of Pediatric Health Care. 2006; 21(3):146-152

Jones MW, Morgan Elaine, Shelton JE. Primary Care of the Child with CerebralPalsy: A Review of Systems (Part II) . 2006; 21(4):226-237

Koman LA, Smith BP, Shilt JS. CerebralPalsy. Lancet. 2004;363:1619-1631.

Kargün K. Down Sendromlu Hastalarda MEF2c ve CREB1 Gen Polimorfizm İlişkisinin Araştırılması (Doktora Tezi) Eskişehir–2015.

KUHN R, CAHN C. H,“EugenBleuler'sconcepts of psychopathology”, HistPsychiatry15 (3),2004, p361–366.

Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Memiş A. "Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği", İlaç ve Tedavi Dergisi, 1999, 12: 102- 106.

Kızılcı S (1999). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 3(2):18-26.

Kuyken W, Orley J, Power M, et al. The world health organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Positionpaper from the world health organization. Soc Sci Med 1995; 41: 1403-9.

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

Kayhan O. Yaygın Toplumsal Rehabilitasyon. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ed:Beyazova M. Kutsal YG. Ankara, Güneş Kitabevi, 2000.

Kandaş G. Otizmlı Çocuğa Sahip Annelerin Depresyon, Umutsuzluk Ve Tükenmişlik Düzeylerinin Çocuğun Otizm Ağırılık Derecesine Göre Karşılaştırılması,Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman:Dr. Öğr. Üyesi E. Tolun Arıcı). İstanbul,2019.

Karagözoğlu A. Serebral Palsili Çocukların Fonksiyonel Durumları İle Aktivite Ve Katılım Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. F. G. Şener). Ankara, 2014.

Kirchheimer S. How Preschollers Play Can Indicate the State of Their Emotional Health. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. San Francisco, 2003.

Kılıç Z. Beyin Temelli Öğrenme Yaklaşımının Öğrencilerin Anatomi Ve Fizyoloji Dersindeki Başarı Ve Tutumlarına Etkisi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. S. Güven). Ankara, 2018.

Kuzucu A, Vidinlisan S, Kibar AE, Ekici F, Alpan N, Çakır HT. Down sendromunda konjenital kalp hastalığı sıklığının ve ekokardiyografik bulguların değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi. 2008;18(3):105-10.

Lehman CM, Irvin LK. Support for Families with Children Who Have Emotional or Behavioral Disorders. Education & Treatment of Children. 1996;19 (3):335-354.

Livaneloğlu, A. ve Kerem, Günel, M. (2009). Serebral Palside Fizyoterapi. Ankara: Yeni Özbek Matbaası.

Livanelioğlu, A. ve Kerem, Günel, M. (2009). Serebral Palside Fizyoterapi. Ankara: Yeni Özbek Matbaası.

Lindstrom B., Koehler L., (1991); “Youth, disability and quality of life Pediatrician”, 18(2):121-128.

Milli Eğitim. Milli Eğitim İstatistikleri Örgün Eğitim. Ankara, Milli Eğitim Bakanlığı, 2012.

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

Mandzuk, L L., McMillan, D E. (2005). A Concept Analysis Of Quality Of Life. Journal of Orthopaedic Nursing, 9, 12–18.

Miller F. Cerebral Palsy, Springer-Verlag, New York, 2005, 32.

Minear, W. L. (1956). Special Article: A classification of cerebral palsy. Pediatrics, 18, 841-852.

McManus V, Michelsen SI, Parkinson K, Colver A, Beckung E, Pez O, Caravale B. Discussion groups with parents of children with cerebral palsy in Europe designed to assist development of a relevant measure of environment. Child. Care. Hlth. Dev. 2006, 32:185-192.

Oliver M, WHOQOL-Bref. University of Washington Seattle, United States of America U.S. 1997, 5-31.

Özkan F. Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Anne Ve Babaların Depresyon Ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S. Özdemir). İstanbul, 2016.

Özgüç B. Bir Veya Birden Fazla Zihinsel, Bedensel Ve Hem Zihinsel Hem De Bedensel Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri,

Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. H. Erkmen). İstanbul,2018.

Özbek E. Engelli Çocuğa Sahip Anneler İle Engeli Olmayan Çocuğa Sahip Annelerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Depresyon Açısından İncelenmesi, Toros Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. B. Yazgan İnanç). Mersin,2018.

Özşenol F, Ünay B, Aydın Hİ, Akın R, Gökçay E. Engelli Çocuklara Sahip Ailelerin Psiko-Sosyal Durumlarının ve Beklentilerinin İncelenmesi, Gülhane Tıp Dergisi. 2002;44:188-94.

Özdereli Z. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Çocuğu Olan Ve Olmayan Babaların Çocukları İle İlişkilerinin İncelenmesi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. F. Gürsoy). Ankara, 2019.

Özden, Y. (2014). Öğrenme ve öğretme. Ankara: Pegem.

Özek, M.M., Cinalli, G., and Wirginia, J.M. (2008). The Spina Bifida Management and Outcome. Italy: Springer.

Pico, E.L., Wilson, P.E., and Haas, R. (2015). Spina Bifida. In: Alexander, M.A., Matthews, D.J. (Eds.), Pediatric Rehabilitation Principles and Practice. (4th ed., pp.373-411). New York, USA: Demos Medical Publishing.

Pervin, Lawrence A. (1996) The Science of Personality, USA: John Wiley and Sons Inc.

Quinn, B., Depresyon el kitabı. (Çeviri: A.E. Danacı), Hekimler Yayın Birliği Yayını, Ankara, 2002.

Savrun Mb. Depresyon, Somatizasyon Ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. İstanbul.1999;2-3 Aralık:11-17

Serdaroğlu, A., Cansu, A., Özkan, S. ve Tezcan, S.(2006). Prevalanceofcerebralpalsy in Turkish childrenbetween the ages of 2 and 16 years.DevelopmentalMedicine and Child Neurology, 48, 413-6.

Sade, A. ve Otman, S.A. (1991). Serebral Paralizde Değerlendirme. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu Yayınları: 7.

Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 22(1) 86-92, 2013
OTİZMİN GENETİK TEMELLERİ The Genetic Basis of Autism Elif Funda
ŞENER¹, Yusuf ÖZKUL²

Schmahmann, J.D., and Sherman, J.C., 1988, “The cerebellarcognitiveAffective syndrome”, Brain, 121: 561-579.

Singer GH, Irvin LK, Hawkins N. Stress management training for parents of children with severe handicaps. Ment.Retard. 1988, 26(5): 2 69-77.

Şimşek Aybar S. Ş. Özel Eğitim Merkezinde Tedavi EdilenÇocukların Anne Ve Babalarında Depresyon VeYaşam Kalitesinin Analizi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi(Danışman:Yrd. Doç. Dr. Ü. Uğurlu). İstanbul,2014.

Tekin M. Ç., Engelli Çocukların Kas Tonus Seviyelerindeki Değişikliklerin Annelerin Bel Ağrısına Ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi(Danışman: Prof. Dr. N. Tunalı). İstanbul,2015.

Tekin F. Serebral Palsili Çocuklarda Nörogelişimsel Tedavi (Bobath Tedavisi) Yaklaşımı’nın Postüralkontrol Ve Denge Üzerine Etkisi,Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. E. Kavlak). Denizli,2016.

Tunay, Ş. ve Soygüt, G. 2009, “Türk Üniversite Öğrencileri Üzerinde Endişe Şiddet Ölçeği’nin Güvenirlilik ve Geçerliği.” Türk Psikiyatri Dergisi, 20(1), ss. 68-74.

Tunçel A. Çocuklarında Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Annelerin Depresyon, Tükenmişlik Ve Umutsuzluk Düzeylerinin Çocuktaki Otizmin Ağırlık Derecesine Göre Karşılaştırılması, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. B. Semerci). Gaziantep,2017.

Tezcan S. Serebral Paralizilive Spina Bifidalı Çocuklarda Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. T. Tarsuslu Şimşek). Bolu,2011.

Usta İ.Öğrenme Stillerine Göre Düzenlenen Beyin Temelli Öğrenme Uygulaması, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. F. Çelik). Isparta, 2008.

Uzun B., Engelli Çocukların Annelerinde Fiziksel Aktivite Düzeyi, Bakım Veren Yüğü, Ebeveyn Öz Yeterliliğı Ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. M. Yıldırım). İzmir, 2019.

WHOQOL Group. (1995); The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Positionpaper from the World Health Organization. Social Science and Medicine, 41(10) :1403-1409.

World Health Organization. Measuringquality of life: the development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). Geneva: WHO, 1993.

Winter S, Autry A, Boyle C, Yeargin-Allsopp M. Trends in the prevalance of cerebropalsy in population-basedstudy. Pediatrics2002; 110 (6): 1220-1225.

Wood E. The Child with CerebralPalsy: Diagnosis and Beyond. Seminars in PediatricNeurology. 2006;13:286-296.

WHO Chapter 2: Measuring health. The World Health Report 1998– Life in the 21st century: A Vision for All Geneva: World Health Organisation, 1998.

Yağcı M. F. Konya’da Rehabilitasyon Merkezlerinin Tarihsel Gelişimi Ve Örnek Bir Kurumun İncelemesi (Özel Atak Aday Özel Eğitim Okulu- Rehabilitasyon Merkezi), Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Z. Bülbül). Konya, 2013.

Yakar, K. (2005). Fizyoloji. Ankara: Nobel.

Yetkin S. Ve Özgen F., (2007). Tarihsel bakış içinde depresyon. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Psikiyatri Dergisi, 3(47), 1-5.

Yalçın, S. Dormans, J., Berker, N. ve Sussman, M. (2000). Serebral Palsi Tedavi ve Rehabilitasyon İstanbul: Mas Matbaacılık.

10. EKLER

EK.1 Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 28/12/2020-E.98103



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : E-74547675-302.14.01-
Konu : Hilal OLUKDERE Tez Savunma Sınavı
Hk.

SBE FİZYOLOJİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüz 25.12.2020 tarih ve 44/7 sayılı yönetim kurulu toplantısında Fizyoloji Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hilal OLUKDERE'nin 17.12.2020 tarihinde yapılan ve kabul kararı verilen **"Özel Eğitim Merkezlerinde İzlenen Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi"** başlıklı tez savunma sınavının kabul edilmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Ömer TETİK
Enstitü Müdürü

Belge Doğrulama Kodu :BE6PL-YTRM Pin Kodu :06622
Adres:Tıp Fakültesi Dekanlığı Zemin Kat Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon:(0 236) 2360989 Faks:(0 236) 2382158
e-Posta:saglik.evrak@cbu.edu.tr Elektronik Ağ:saglikbe.cbu.edu.tr

<https://www.turkiye.gov.tr/manisa-celal-bayar-universitesi-cbys>

Bilgi için: Çisem Tutan
Unvanı: Sürekli İşçi



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK.2 Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 03/01/2019-E.596



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Sağlık Bilimleri Etik Kurulu

Sayı : 20478486-050.04.04-
Konu : Etik Kurul Kararı - Necip KUTLU - özel
eğitim

Sayın Prof. Dr. Necip KUTLU

"Özel eğitim merkezlerinde izlenen engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi" başlıklı dosyanız görüşülmüş olup, Etik Kurul Karar Formu ektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Zeki ARI
Kurul Başkanı

Ek: Necip KUTLU - özel eğitim 26.12.2018 karar tutanağı (1 sayfa)

Adres: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon: (0 236) 2338586 Faks: (0 236) 2331466
E-Posta: tip@cbu.edu.tr Elektronik Ağ: http://tip.cbu.edu.tr

Bilgi İçin: İsa Köse
Unvanı: Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	26 / 12 / 2018 / 20.478.486				
ARAŞTIRMANIN ADI	Özel eğitim merkezlerinde izlenen engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Prof. Dr. Necip KUTLU - MCBÜ Fizyoloji AD				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Yük. Lisans Öğr. Fizyoterapist Hilal Olukdere,- Doç. Dr. Erol Özcan (2. Danışman)				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ ☐	YÜKSEK LİSANS-DOKTORA-TEZİ ☒	AKADEMİK AMAÇLI ☐		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	21 / 12 / 2018 / Tarih ve 58973 Sayılı; araştırma dosyası				
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	☐	☐	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi	☐	☐
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	☐	☐	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıp Tarihi ve Etik AD	☐	☐
Prof. Dr. Betül ERSOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	☐	☐	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	☐	☐
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	☐	☐	Mukadder YILMAZER Avukat	☐	☐
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	☐	☐	Sivri Üye Hüseyin TUNÇAY	☐	☐
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir, Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</u> Prof. Dr. Zeki ARI Başkan					

EK.3 Özel Eğitim Merkezi İzin Yazısı

**T.C
ŞEHZADELER KAYMAKAMLIĞI
ÖZEL SERDAR ÖCMENLER ÖZEL EĞİTİM VE
REHABİLİTASYON MERKEZİ
MÜDÜRLÜĞÜ**

**SAYI : 99947473/410.07 /15 18.03.2019
KONU : HİLAL OLUKDERE**

**İLGİLİ MAKAMA
(BELGEDİR)**

**ADI SOYADI : HİLAL OLUKDERE
T.C KİMLİK NO : 53149383152
BABA ADI : İBRAHİM
ANNE ADI : EMİNE
DOĞUM YERİ VE YILI : MANİSA(SARUHANLI)-07.08.1995**

Yukarıda Açık Kimlik bilgileri yazılı İBRAHİM kızı HİLAL OLUKDERE’NİN 01.01.2019 -29.09.2019 tarihleri arasında kurumumuzda “Özel Eğitim Merkezlerinde İzlenen Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Depresyon Ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi” başlıklı tez çalışmasına kurumumuz tarafından izin verilmiştir. Gereğinin yapılmasını bilgilerinize arz ederim

e-imzalıdır

KERİM UZUN

KURUM MÜDÜRÜ

EK.4 Genel Bilgi Formu

GENEL BİLGİ FORMU

- 1-) AD: SOYAD:
- 2-) CİNSİYET : YAŞ :
- 3-) EĞİTİM DURUMU:
- a) -İLKOKUL
 - b) -ORTAOKUL
 - c) -LİSE
 - d) -ÜNİVERSİTE
 - e) -DİĞER
- 4-) MEDENİ DURUMU:
- a) BEKAR
 - b) EVLİ
 - c) BOŞANMIŞ
- 5-) ÇOCUK SAYISI:
- 6-) ENGELLİ ÇOCUK SAYISI:
- 7-) ÇALIŞIYOR MUSUNUZ?
- a) EVET
 - b) HAYIR
- 8-) GELİR DÜZEY ALGISI :
- a) DÜŞÜK
 - b) ORTA
 - c) İYİ
 - d) ÇOK İYİ
- 9-) SOSYAL YARDIMLAŞMA KURUMLARINDAN DESTEK ALIYOR MUSUNUZ?
- a) EVET
 - b) HAYIR
- 10-) SİGARA KULLANIYOR MUSUNUZ?
- a) EVET
 - b) HAYIR
- 11-) ALKOL KULLANIYOR MUSUNUZ?
- a) EVET
 - b) HAYIR
- 12-) DİNİ İNANCINIZI NASIL DEĞERLENDİRİRSİNİZ?
- a) İNANIYORUM
 - b) İNANMIYORUM
- 13-) KRONİK BİR RAHATSIZLIĞINIZ VAR MI? VAR İSE NEDİR?
- a) YOK
 - b) VAR.....

EK.5 Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği	
Adı Soyadı:	_ _ / _ _ / 20 _ _
Doğum yılı / Yaşı:	Tel:
Bu form son bir 1 hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatan cümleyi işaretleyin. Son 1 haftadır: ...	
1	0 Üzüntülü ve sıkıntılı değilim. 1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. 2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bu duygudan kurtulamıyorum. 3 O kadar üzgün ve mutsuzum ki artık dayanamıyorum. Son 1 haftadır: ...
2	0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim. 1 Gelecek konusunda umutsuzum. 2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. 3 Benim için bir gelecek yok ve hiçbir şey düzelmeyecek. Son 1 haftadır: ...
3	0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum. 1 Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum. 2 Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum. 3 Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum. Son 1 haftadır: ...
4	0 Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. 1 Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum. 2 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor. 3 Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı. Son 1 haftadır: ...
5	0 Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum. 1 Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor. 2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum. 3 Kendimi her an suçlu hissediyorum. Son 1 haftadır: ...
6	0 Kendimden memnunum. 1 Kendimden pek memnun değilim. 2 Kendime kızgıyım. 3 Kendimden nefret ediyorum. Son 1 haftadır: ...
7	0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum. 1 Hatalarım ve zayıf taraflarım için kendimi eleştiriyorum. 2 Hatalarımdan dolayı kendimi hep suçluyorum. 3 Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum. Son 1 haftadır: ...
8	0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok. 1 Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama bunu yapamam. 2 Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim. 3 Fırsatını bulursam kendimi öldürürüm. Son 1 haftadır: ...
9	0 Her zamankinden daha fazla içimden ağlamak gelmiyor. 1 Eskisine göre şimdilerde içimden daha çok ağlamak geliyor. 2 Şimdilerde çoğu zaman ağlıyorum. 3 Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum. Son 1 haftadır: ...
10	0 Eskisine göre daha sinirli ya da tedirgin değilim. 1 Eskisine göre daha tedirginim ve çabuk kızıyorum. 2 Şimdilerde çoğu zaman sinirli ve tedirginim. 3 Şu aralar her an sinirli ve tedirginim.

B.D.Ö.

11	<i>Son 1 haftadır: ...</i>	
	0	Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
	1	Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
	2	Birileriyle görüşüp konuşmaya yönelik ilgimin çoğunu kaybettim.
12	<i>Son 1 haftadır: ...</i>	
	0	Karar verirken eskisinden fazla bir güçlük çekmiyorum.
	1	Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyor ve karar vermeyi erteliyorum.
	2	Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
13	<i>Son 1 haftadır: ...</i>	
	0	Dış görünüşümün eskisinden kötü olduğunu sanmıyorum.
	1	Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmiş gibi düşünüyorum ve üzülüyorum.
	2	Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
14	<i>Son 1 haftadır: ...</i>	
	0	Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
	1	Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
	2	Ne iş olursa olsun yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
15	<i>Son 1 haftadır: ...</i>	
	0	Uykum her zamanki gibi
	1	Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
	2	Eskiye göre 1-2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
16	<i>Son 1 haftadır: ...</i>	
	0	Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu hissetmiyorum.
	1	Eskisine göre daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
	2	Şimdilerde hemen hemen her şey beni yoruyor.
17	<i>Son 1 haftadır: ...</i>	
	0	İştahım her zamanki gibi.
	1	İştahım eskisinden daha az.
	2	Şimdilerde iştahım çok azaldı.
18	<i>Son 1 haftadır: ...</i>	
	0	Son zamanlarda zayıflamadım.
	1	Zayıflamaya çalışmadığım halde 2 kg'dan fazla verdim.
	2	Zayıflamaya çalışmadığım halde 4 kg'dan fazla verdim.
19	<i>Son 1 haftadır: ...</i>	
	0	Sağlığım ile ilgili endişelerim yok.
	1	Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu ve kabızlık gibi şikâyetlerim var ve bunlar beni endişelendiriyor.
	2	Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
20	<i>Son 1 haftadır: ...</i>	
	0	Son zamanlarda cinselliğe karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
	1	Eskisine oranla cinselliğe ilgim az.
	2	Cinsel isteğim eskisine göre çok azaldı.
21	<i>Son 1 haftadır: ...</i>	
	0	Cezalandırılmıyordum gibi duygular içinde değilim.
	1	Sanki yaptıklarımın dolayısı cezalandırılabilirliğim gibi duygular içindeyim.
	2	Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
	3	Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.

Bu anket bitti.

B.D.Ö.

EK.6 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği- Kısa Formu

WHOQOL-BREF

(Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu)

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtlara işaret koyun ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir?	☐ Erkek	☐ Kadın	Doğum tarihiniz nedir?	
Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?	Medeni durumunuz nedir?			
☐ Hiç Eğitim Almadım	☐ İlkokul-Ortaokul	☐ Hiç Evlenmemiş	☐ Evli Gibi Yaşıyor	☐ Evli
☐ Lise Veya Eşdeğeri	☐ Üniversite	☐ Boşanmış	☐ Ayrılmış	☐ Eşi Yaşamıyor
Şu anda bir hastalığınız var mı?	☐ Evet	☐ Hayır	Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa;	
Sizce bu nedir? _____ (hastalık/sorun)				

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü ☐ 1	Biraz kötü ☐ 2	Ne iyi, ne kötü ☐ 3	Oldukça iyi ☐ 4	Çok iyi ☐ 5
2 G4	Sağlığınıza ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil ☐ 1	Çok az hoşnut ☐ 2	Ne hoşnut, ne de değil ☐ 3	Epeyce hoşnut ☐ 4	Çok hoşnut ☐ 5
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç ☐ 5	Çok az ☐ 4	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 2	Aşırı derecede ☐ 1
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç ☐ 1	Çok az ☐ 2	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 4	Son derecede ☐ 5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç ☐ 1	Çok az ☐ 2	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 4	Tamamen ☐ 5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

WHOQOL-BREF Sayfa-2

15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü ☐ 1	Biraz kötü ☐ 2	Ne iyi, ne kötü ☐ 3	Oldukça iyi ☐ 4	Çok iyi ☐ 5
16 F13.3	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil ☐ 1	Çok az hoşnut ☐ 2	Ne hoşnut, ne de değil ☐ 3	Epeyce hoşnut ☐ 4	Çok hoşnut ☐ 5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
20 F13.3	Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	Hiçbir zaman ☐ 5	Nadiren ☐ 4	Ara sıra ☐ 3	Çoğunlukla ☐ 2	Her zaman ☐ 1
27 U	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	Hiç ☐ 1	Çok az ☐ 2	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 4	Aşırı derecede ☐ 5
Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?		☐ Evet	☐ Hayır	Bu formun doldurulması ne kadar sürdü? -----		

EK.7 Gönüllü Onam Formu

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU



ÇALIŞMANIN ADI (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2’de yer alan araştırma adı kullanılmaktadır.) :

**ÖZEL EĞİTİM MERKEZLERİNDE EĞİTİM VE TEDAVİ ALAN ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP ANNE VE BABALARIN
DEPRESYON VE YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdığını ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Çalışmanın konusu ve amacı özel eğitim merkezlerinde izlenen zihinsel, fiziksel veya her ikisine sahip engelli çocuğu olan ebeveynlerin yaşam kalitesi ve depresyonlarının incelenmesidir. Çalışmamızda değerlendireceğimiz engelli çocuğa sahip ebeveynlerin yaşam kalitesi ve depresyon durumları onların genel sağlık durumları hakkında bilgi sahibi olmasına, bizlerin aslında onların da sağlığını önemseyeceğimiz farkındalığına varmasını hedefliyoruz. Sonuçlarımız tedavi sürecinde ebeveynlerin genel sağlık durumuna destek olacaktır. Bu çalışma, Prof. Dr. Necip Kutlu danışmanlığında, Celal Bayar Üniversitesi Fizyoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hilal Olukdere tarafından yüksek lisans tezi kapsamında yürütülmektedir. Çalışmanın yürütülebilmesi için gerekli etik izinler alınmıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

Araştırmamızda öncelikle ebeveynlerin durumu hakkında bilgi veren bir form araştırmacı tarafından aileye doldurulacaktır. Bu form ebeveynlerin bilgilerini içerecek olup araştırmada kullanılacaktır. Ardından Beck Depresyon Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu yine araştırmacı tarafından ebeveynlere doldurulacaktır. Manisa Özel Serdar Öcmenler Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezinde gönüllü ebeveynlere formlar doldurulacaktır. Bu araştırmayı Prof. Dr. Necip Kutlu ve yardımcı araştırmacı Hilal Olukdere yürütecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılacak ebeveynler depresyon ve yaşam kalitesi kavramlarını öğrenecek, depresyon ve yaşam kaliteleri hakkında farkındalıkları artarak genel durumları hakkında bilgi sahibi olacaklardır.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Gönüllüye uygulanacak işlemlerin olası bir zararı bulunmamaktadır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Vereceğiniz bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacaktır.

Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Güncelleme Tarihi : 13.04.2017

Sayfa: 1 / 2

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BASVURULACAK KİŞİLER:

1. Hilal Olukdere, e-posta: hilal_olukdere@hotmail.com
2. Prof. Dr. Necip Kutlu, e-posta: kutlunecip@hotmail.com

Çalışmaya Katılma Onayı

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

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

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

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi
2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK.8 Turnitin Raporu

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ,
FİZYOLOJİ Ana Bilim Dalı Başkanlığı'na

Tez Adı: **ÖZEL EĞİTİM MERKEZLERİNDE İZLENEN ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP
EBEVEYNLERİN DEPRESYON VE YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Tezime ilişkin 27/11/2020 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 12'dir.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

27.11.2020

Adı Soyadı : Hilal OLUKDERE
Öğrenci No : 171342003
Anabilim Dalı : FİZYOLOJİ
Programı : FİZYOLOJİ

DANIŞMAN ONAYI

Prof. Dr. **Y. GÜNDOĞAR** (Uyan, Adı Soyadı, Tarih)

Açıklamalar

- 1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN intihal tespit programının kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneçiler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezlerin tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır. (400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
- Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4-TURNITIN intihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süre gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.
- 7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.dbu.edu.tr/turnitin/9370.tr.html>

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı	HİLAL	Soyadı	OLUKDERE
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu	T.C.	Tel	
E-mail			

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	x	x
Yüksek lisans	M.C.B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoloji ABD.	2020
Lisans	M.C.B.Ü. Sağlık Yüksekokulu Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	2017
Lise	Manisa Fatih Anadolu Lisesi	2013

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl)
Fizyoterapist	Kamu Hastanesi ve Özel Eğitim Merkezi	3

Yabancı dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma *	Yazma*
İngilizce	orta	orta	orta

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	80,31014	82,07788	72,52335

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
MS Office	İyi