



DÜZCE
ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP OLMA DURUMUNUN
BABALARIN ANKSİYETE VE DEPRESYON
DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

ELİF YILDIZ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ NEHİR YÜKSEL**

DÜZCE, 2024



DÜZCE
ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP OLMA DURUMUNUN
BABALARIN ANKSİYETE VE DEPRESYON
DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

ELİF YILDIZ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

DANIŞMAN

DR. ÖĞR. ÜYESİ NEHİR YÜKSEL

DÜZCE, 2024

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP OLMA DURUMUNUN
BABALARIN ANKSİYETE VE DEPRESYON
DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Elif Yıldız tarafından hazırlanan tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından Düzce Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Nehir Yüksel

Kırklareli Üniversitesi

Jüri Üyeleri

Dr. Öğr. Üyesi Nehir Yüksel
Kırklareli Üniversitesi

Prof. Dr. Atilla Senih Mayda
Düzce Üniversitesi

Prof. Dr. Hasan Çetin Ekerbiçer
Sakarya Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi: 05/01/2024

BEYAN

Bu tezin bana ait olduğunu, tüm aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, içinde yer alan bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, kullanmış olduğum bütün bilgilere kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin yürütülmesi ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

05.01.2024

Elif YILDIZ

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince, sabır ve özveri içerisinde yanımda olan, bilgi ve birikimi ve desteğini esirgemeyen, sabırla yanımda olan tez danışmanım sevgili Dr. Öğr. Üyesi Nehir YÜKSEL'e,

Yüksek lisans eğitimim süresince desteğini esirgemeyen Prof. Dr. Atilla Senih MAYDA'ya,

Yüksek lisans eğitimim süresince maddi ve manevi desteğiyle bu sürecin zorluklarını aşmamı sağlayan arkadaşım Dr. Hasan DURMUŞ'a ve desteğini hep sırtımda hissettiğim arkadaşım Handan Berivan BAKAR'a,

Deneyimlerini paylaşarak bu süreci daha anlaşılabilir yapan iş arkadaşlarım Tuğçe UZUN ve Merve KARAKUŞ'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince, desteklerini esirgemeyen Çatana ailesine ve sevgili arkadaşlarıma,

Eğitim hayatım süresince bana destek olan anne, babam ve yüksek lisans tez sürecimde hayatımı kolaylaştıran kardeşlerime ve

Bu süreçte sabırla yanımda olan yol arkadaşım Ulaş KAYA'ya teşekkür ederim.

Ocak, 2024

Elif YILDIZ

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TABLolar LİSTESİ	viii
SİMGE VE KISALTMALAR	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
1.GİRİŞ	1
1.1.GENEL BİLGİLER	1
1.2.ZİHİNSEL ENGELLİLİK	2
1.2.1. Zihinsel Engelliliğin Tanımı ve Epidemiyolojisi	2
1.2.2. Tarihçe	3
1.2.3. Zihinsel Engelliliğin Tanı Kriterleri ve Sınıflandırılması	4
<i>1.2.3.1. Zihinsel Engelliliğin Tanı Kriterleri</i>	4
<i>1.2.3.2. Zihinsel Engelliliğin Sınıflandırılması</i>	4
1.2.4. Zihinsel Engelliliğin Etiyolojisi	6
1.3. ANKSİYETE	7
1.3.1. Anksiyetenin Tanımı ve Epidemiyolojisi	7
1.3.2. Tarihçe	8
1.3.3. Anksiyete Tanı Kriterleri ve Sınıflandırılması	9
<i>1.3.3.1. Anksiyetenin Tanı Kriterleri</i>	9
<i>1.3.3.2. Anksiyetenin Sınıflandırılması</i>	10
1.3.4. Anksiyetenin Etiyolojisi	10
1.4. DEPRESYON	11
1.4.1. Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi	11
1.4.2. Tarihçe	12
1.4.3. Depresyonun Tanı Kriterleri ve Sınıflandırılması	13
<i>1.4.3.1. Depresyonun Tanı Kriterleri</i>	13
<i>1.4.3.2. Depresyonun Sınıflandırılması</i>	13
1.4.4. Depresyonun Etiyolojisi	14
1.5. ARAŞTIRMANIN KONUSU	15
1.6. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	15
2. MATERYAL VE YÖNTEM	17

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ, YERİ VE ZAMANI.....	17
2.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	17
2.3. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	18
2.3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçekler	18
2.3.1.1 <i>BECK Anksiyete Ölçeği.....</i>	<i>18</i>
2.3.1.2. <i>BECK Depresyon Ölçeği.....</i>	<i>18</i>
2.4. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU	19
2.5. İSTATİKSEL ANALİZ YÖNTEMLERİ	19
2.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	19
3.BULGULAR VE TARTIŞMA.....	20
3.1. BULGULAR	20
3.2 TARTIŞMA.....	29
4. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	35
4.1. SONUÇLAR	35
4.2. ÖNERİLER	36
5. KAYNAKLAR.....	38
6. EKLER.....	45
EK -1: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU ...	45
EK-2: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ.....	46
EK-3: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	47
EK-4: ETİK KURUL ONAY BELGESİ.....	48
EK-5: ARAŞTIRMA YÜRÜTME KURUM İZİN BELGESİ.....	49
EK-6: TEZ BAŞLIĞI DEĞİŞİKLİK OLUR BELGESİ.....	50
7. ÖZGEÇMİŞ.....	51

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 3.1. Zihinsel engelli çocuğu olan ve olmayan babaların sosyodemografik özellikleri ve karşılaştırılması.....	22
Tablo 3.2. Zihinsel engelli çocuğu olan ve olmayan babaların ve ailelerinin kronik, psikiyatrik hastalıkları, sürekli ilaç kullanım durumları ve karşılaştırılması.....	24
Tablo3.3. Zihinsel engelli çocukların sosyodemografik özellikleri	25
Tablo 3.4. Zihinsel engelli çocukların tıbbi özellikleri.....	25
Tablo 3.5. Zihinsel engelli çocuğu olan babaların günlük yaşamda karşılaştığı sorunlar.....	26
Tablo 3.6. Zihinsel engelli çocuğa sahip olma durumunun babalarda anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi.....	27
Tablo 3.7. Depresyon düzeylerinin ikili karşılaştırmaları.....	27
Tablo 3.8. Çocuğun yaşı, cinsiyeti, zihinsel, fiziksel engel durumu, başka engelli çocuk varlığı ve sürekli ilaç kullanımının anksiyete ve depresyona etkisi.....	28
Tablo 3.9. Zihinsel engelli çocuğu olan babaların anksiyete ve depresyon skorlarının korelasyonu	29

SİMGE VE KISALTMALAR

AAIDD	Amerikan Zihinsel ve Gelişimsel Yetersizlikler Birliği
(American Association on Intellectual and Developmental Disabilities)	
APA	Amerikan Psikoloji Derneği (American Psychological Association)
AAMR	Amerikan Zeka Geriliği Birliği (American Association On Mental Retardation)
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BAÖ	Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
DSM	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ICD	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (The International Classification of Diseases)
IHME	Sağlık Ölçütleri ve Değerlendirme Enstitüsü (The Institute for Health Metrics and Evaluation)
IQ	Zeka Katsayısı (Intelligence Quotient)
GBD	Küresel Hastalık Yüğü Çalışması (The Global Burden of Disease)
NKA	Nüfus ve Konut Araştırması
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TDK	Türk Dil Kurumu
TSA	Türkiye Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (The United Nations Children's Fund)

ÖZET

ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP OLMA DURUMUNUN BABALARIN ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Elif YILDIZ

Düzce Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi
Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Nehir Yüksel

Ocak 2024, 50 sayfa

Zihinsel engelli çocuğa sahip olmak, ailelerin çocukları için endişe duyması ya da sosyoekonomik ve kültürel nedenlerle ailelerin ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Çalışmalarda, zihinsel engelli çocuğa sahip olmanın çoğunlukla anneler üzerindeki etkileri değerlendirilmiş olup babalar üzerindeki araştırmalar sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı, zihinsel engelli çocuğa sahip olma durumunun babaların anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisini belirlemektir. Araştırma Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde Aralık 2022- Mayıs 2023 tarihlerinde yürütüldü. Çalışmaya zihinsel engelli çocuğu olan 126 baba ve zihinsel engelli çocuğu olmayan 126 baba olmak üzere 252 baba dahil edildi. Sosyo-demografik özellikleri içeren anket formu, Beck Anksiyete ve Beck Depresyon ölçekleri, yüz yüze uygulandı. Toplanan veriler, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 27.0 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p \leq 0.05$ olarak değerlendirildi. Verilerin analizinde, veriler normal dağılmadığı için, iki grup karşılaştırılırken Mann-Whitney U testi, ikiden çok olan gruplar için Kruskal- Wallis testi kullanıldı. Kategorik yapıdaki değişkenler bakımından gruplar arasındaki farklılıklar Ki-kare testi ile incelendi. Değişkenler arası ilişkileri saptamak için korelasyon analizi yapıldı. Zihinsel engelli çocuğu olan babaların %28,6'sının farklı düzeylerde anksiyetesi, % 35,7'sinin depresyonu olduğu bulundu. Zihinsel engelli çocuğu olmayan babaların ise %19,0'ının farklı düzeylerde anksiyetesi, % 27,0'ının depresyonu olduğu bulundu. Zihinsel engelli çocuk sahibi olan ve olmayan babalar arasında anksiyete düzeyleri arasında fark bulunmadı ($p=0,181$). Zihinsel engelli çocuğu olan ve olmayan babaların depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p= 0,012$). Zihinsel engelli çocuğu olan babalarda, zihinsel engelli çocuğu olmayan babalara göre “ciddi depresyon” anlamlı olarak daha fazlaydı. Zihinsel engelli çocuğu olan ailelerde babaların ruhsal sorunlarla karşılaşabilme ihtimali değerlendirilmeli, babalara bu konuda eğitim, sosyal ve ruhsal destek verilmelidir.

Anahtar sözcükler: Anksiyete, Babalar, Depresyon, Zihinsel engelli

ABSTRACT

THE EFFECT OF HAVING MENTALLY DISABLED CHILD ON ANXIETY AND DEPRESSION LEVELS OF FATHERS

Elif YILDIZ

Master of Science Thesis, Department of Public Health

Supervisor: Dr. Öğr. Üyesi Nehir YÜKSEL

January 2024, 50 pages

Having a child with mental disability can negatively affect the mental health of families due to families' concerns about their children or socioeconomic and cultural reasons. Studies have mostly evaluated the effects of having a child with mental disability on mothers, but research on fathers is limited. The aim of this study is to determine the effect of having a child with mental disability on fathers' anxiety and depression levels. The study was conducted at Düzce University Health Practice and Research Center between December 2022 and May 2023. The study included 252 fathers, 126 fathers with mentally disabled children and 126 fathers without mentally disabled children. A questionnaire form including socio-demographic characteristics, Beck Anxiety and Beck Depression scales were applied face to face. The collected data were evaluated using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 27.0 package program. Statistical significance level was evaluated as $p \leq 0.05$. In the analysis of the data, since the data were not normally distributed, Mann-Whitney U test was used when comparing two groups and Kruskal-Wallis test was used for more than two groups. Differences between groups in terms of categorical variables were analyzed by Chi-square test. Correlation analysis was used to determine the relationships between variables. It was found that 28.6% of the fathers with mentally disabled children had different levels of anxiety and 35.7% had depression. Among fathers without mentally disabled children, 19.0% had different levels of anxiety and 27.0% had depression. There was no difference in anxiety levels between fathers with and without mentally disabled children ($p=0.181$). A statistically significant difference was found between the depression levels of fathers with and without mentally disabled children ($p= 0.012$). "Severe depression" was significantly higher in fathers with mentally disabled children than in fathers without mentally disabled children. The possibility that fathers in families with children with mental disabilities may encounter mental problems should be evaluated, and fathers should be provided with education, social and mental support.

Keywords: Anxiety, Fathers, Depression, Mentally Disabled

1. GİRİŞ

1.1.GENEL BİLGİLER

Akıl yürütme, dikkati odaklama, muhakeme etme ve sorun çözme gibi beceriler, kaliteli bir yaşam ve yaşamın devamı için gerekli bilişsel yeteneklerdir. Bu yeteneklerin eksik olması durumuna, yani bilişsel yeteneğin belirgin olarak ortalamanın altında olmasına ve kişinin çevreye uyum sağlama yeteneğinin azalmasına zihinsel engellilik denir [1]. Zihinsel engellilik, bir başkasına fiziksel, duygusal ve düşünsel bağımlılığı gerektirdiği için hem çocukluk hem de erişkinlik döneminde kişinin yaşamını pek çok yönden olumsuz etkiler [2].

Washington Üniversitesi, Sağlık Ölçütleri ve Değerlendirme Enstitüsü (IHME)'nün 2020'de yayınladığı rapora göre 2019 yılında zihinsel engelliğin dünyadaki yaygınlığı %1,4'tür [3]. Toplumda nadir bir durum olmayan zihinsel engellilik, aileleri de etkilemekte, aile içinde çeşitli sorunlara neden olabilmektedir. Ebeveynlerin zihinsel engelli çocuğa sahip olması stres verici bir durumdur ve bazı psikolojik ve ekonomik sorunlara da yol açar [4]. 2020 yılında zihinsel engelli çocukların bakımverenlerinin anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeyleri arasında ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, zihinsel engelli çocukların bakımverenlerinde anksiyete ve depresyon görülme sıklıklarının sırasıyla %52,3 ve %53,2 olduğu bildirilmiştir [5]. 2023 yılında yapılan bir çalışmada zihinsel engelli çocuğu olan annelerin %26'sında hafif düzeyde, %18'inde orta düzeyde ve %6'sında ise ciddi düzeyde depresyon görüldüğü ve annelerin aldığı sosyal destek arttıkça depresyon düzeyinin düştüğü bildirilmiştir [6]. 2017 yılında annelerle yapılan bir çalışmada zihinsel engelli çocuğu olan annelerin, zihinsel engelli çocuğu olmayan annelere göre daha fazla anksiyete ve depresyon düzeyine sahip olduğu ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin ise daha düşük olduğu bildirilmiştir [7].

Literatürde daha çok anneler ile yapılmış çalışma mevcuttur [6]-[8]. Sadece zihinsel engelli çocuğu olan babaların anksiyete ve depresyon düzeylerini inceleyen çalışma sınırlıdır [9]. Çocuk bakımını anneler daha çok üstlendiği için bu durum beklenen bir durumdur ancak babaların bu süreçteki rolü geri planda bırakılmamalı, göz ardı edilmemelidir.

Bu çalışmanın amacı, zihinsel engelli çocuğa sahip olma durumunun babaların anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisini belirlemektir. Bununla birlikte zihinsel engelli çocuğun bazı özelliklerinin babaların anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

1.2. ZİHİNSEL ENGELLİLİK

1.2.1.Zihinsel Engelliliğin Tanımı ve Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) zekayı bilişsel, dil, motor ve sosyal yeteneklerin bütününe kapsayan beceriler olarak tarif ederken, zihinsel engellilik kavramını Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-11(ICD-11)'de bireyin psikolojik, biyolojik veya gelişimsel süreçlerinde ortaya çıkan ve bireyin bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak etkilendiği bir sendrom olarak tanımlamıştır [10],[11].

Zihinsel engellilik, Amerikan Zihinsel ve Gelişimsel Yetersizlikler Birliği (AAIDD) tarafından kavramsal, sosyal ve uygulama becerilerinin, uyumsal davranışlarda sınırlı olarak bulanabilmesine neden olan bir yetersizlik olarak tanımlanmaktadır [12]. Diğer bir deyişle zihinsel engellilik, bir bireyin yaşadığı kültür içerisinde hayatını devam ettirebilmek için sahip olması gereken becerilerin eksikliğidir. Bu çerçevede zihinsel engellilik, çocuğun gelişimsel döneminde meydana gelen, kavramsal, toplumsal ve uygulamalı alanlarda hem anlksal hem de uyumsal işlevsel eksikliklerini kapsayan, davranış bozukluklarının eşlik ettiği, ortalamanın altındaki zeka işlevi olarak tanımlanmaktadır [13] , [14]. Zihinsel engellilik, çocukluk döneminde başlayan ve günlük yaşama uyum sağlamayı engelleyen bilişsel becerilerin yoksunluğudur [15]. Çocuklar okula başlayana kadar semptomlar belirgin olmadığı için zihinsel engelli tanısını koymak zor olabilmektedir [16]. 2011 yılında zihinsel engellilikle ilgili 1980- 2009 yılları arasındaki çalışmaların incelendiği meta-analiz çalışmasına göre, zihinsel engellilik tanısının ön ergenlik ve ergenlik döneminde (10-14 yaşları arası) daha fazla konulduğu, erkeklerde kadınlara göre 1,5 kat daha yaygın olduğu bulunmuştur [17]. Çalışmalarda zihinsel engelli bireylerin çoğunluğunun hafif düzeyde zihinsel engel tanısı aldığı bulunmuştur [17], [18].

Maulik ve arkadaşları tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında, zihinsel engelliliğin toplumda görülme sıklığının gelişmiş ülkelerde %1 ile %3 arasında olduğu sonucu çıkmıştır [17]. Türkiye’de 2011 yılında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından

yapılan araştırmaya göre, toplam nüfus içerisinde zihinsel engelli oranı % 2,0 bulunmuştur [19]. 2019 Türkiye Sağlık Araştırmaları (TSA)'na göre % 5,4, 2020 Ulusal Engelli Veri Sistemi'ne göre ise % 5,8 olarak raporlanmıştır [20],[21]. Engelli Sağlık Kurulu Raporları'nı esas alan Ulusal Engelli Veri Sistemi'ne göre, Türkiye'de sağlık raporu almak için başvuran bireylerin %17'si (385,313) zihinsel engellidir [21]. TSA'da kendi yaş grubuna göre öğrenme ve hatırlama becerilerinde geriliğe sahip kişilerin cinsiyete göre dağılımına bakıldığında, engelli nüfus içerisinde kadınlar % 7,4 iken, erkekler % 3,3'tür [20].

1.2.2 Tarihçe

M.Ö. 2000'li yıllarda Roma'da engelli çocukların yaşamları sonlandırılmış, “zihinsel kusurlu” olarak kabul edilen insanların evlendirilmesi yasaklanmıştır [22]. Orta Çağ Avrupa'sında, zihinsel engelli insanlar toplumdan uzaklaştırılarak kapalı mekanlara hapsedilmiş, gemilerle uzaklara gönderilmiş ya da kafeslere hapsedilip eğlence malzemesi olarak kullanılmıştır [23].

18. ve 19. yüzyıllarda, zihinsel engelli çocuklar bebeklik döneminde aileleri tarafından yetiştirildikten sonra, barınma ve bakım ihtiyaçlarının karşılanması için aileden alınıp profesyonel kurumlara yerleştirilirdi. Bu kurumlar zihinsel engelli bireylere kelime tanıma ve aritmetik gibi temel eğitim düzeyi sağlasa da çoğu zaman yalnızca barınma ve beslenme gibi temel ihtiyaçların sağlanmasına yönelik çalışırdı. Daha varlıklı ailelere mensup zihinsel engeli olan bireyler ya evde bakım alarak ya da özel akıl hastanelerinde daha iyi şartlarda yaşamlarını sürdürürlerdi [24].

1900'lü yılların ortalarına kadar zihinsel engelli bireyler, gelişiminde problem olmayan çocuklardan uzakta eğitildi. İlerleyen süreçte kaynaştırma ve normal sınıflara dahil edilen zihinsel engelli çocuklar, problemli olarak damgalanmaya ve olumsuz sosyal benlik algısıyla anılmaya devam edildi [25].

Wolf Wolfensberger'in 1969'da yayınlanan "Kurumsal Modellerimizin Kökeni ve Doğası" kitabında ilk kez gelişimsel yetersizliği olan kişilerin toplumdan ayrı tutulmasını sorguladı ve zihinsel engelli insanların temel insanı ihtiyaçlarının karşılanması ve nüfusun geri kalanıyla aynı insan haklarına sahip olması için politika ve uygulamalarda değişiklikler için bir tartışma başlattı [26] .

Günümüzde, engelli kişilerin haklarına ilişkin asgari standartları belirleyen Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi 180'den fazla ülke tarafından onaylanmıştır. Kanunlar zihinsel engelli bireylere, zihinsel engeli olmayanlara göre farklı muamele etmektedir. Oy kullanma, evlenme, eğitim, sözleşme vb. insan hakları ve özgürlüklerinde sınırlılıklar vardır. Bu sınırlamaların bazıları mahkemeler tarafından onaylanırken, bazılarında ayrımcılıklar olduğu tespit edilmiştir [27], [28]. DSÖ'nün 2022 tarihli engelli kişiler için sağlık eşitliğine ilişkin küresel raporuna göre, günlük işlevlerinde diğer insanlara göre daha fazla kısıtlama yaşayan zihinsel engellilerin de dahil olduğu engelliler sağlık sistemi dahil olmak üzere yaşamın her alanında adil olmayan koşullarla karşılaşmaktadır [29].

1.2.3. Zihinsel Engelliliğin Tanı Kriterleri ve Sınıflandırılması

1.2.3.1. Zihinsel Engelliliğin Tanı Kriterleri

Zihinsel engellilik Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM)-V'te Nörogelişimsel Bozukluklar bölümünde Anlıksal (Entelektüel) Yetersizlik adıyla geçmektedir. DSM-V'e göre zihinsel engelli tanısının koyulabilmesi için, aşağıdaki üç ölçütün olması gerekmektedir.

- “a) Kabul gören bir zekâ ölçeğiyle de doğrulanan klinik değerlendirmede, akıl yürütme, sorun çözme, soyut düşünme, yargılama, okul ve deneyimlerden öğrenmeyi içeren anlıksal işlevlerdeki yetersizlik,*
b) Kişisel bağımsızlık ve toplumsal sorumluluk için gelişimsel ve toplumsal-kültürel ölçütleri karşılayamama ile sonuçlanan, uyum işlevlerinde yetersizlikler,
c) Bu anlıksal ve uyumsal eksikliklerin gelişim evre sırasında başlaması[30].”

1.2.3.2. Zihinsel Engelliliğin Sınıflandırılması

Zihinsel engellilik sınıflandırılırken, bireylerin günlük yaşamlarını idame ettirebilmek için öğrendikleri sosyal, kavramsal ve pratik becerileri içeren uyumsal davranış becerileri göz önüne alınır. Bu uyumsal davranışlar, bireyin yaş grubu ve içerisinde olduğu toplumun beklentilerine cevap veren kişisel bakım, yemek yeme, okula gitme, okuma yazmayı öğrenme, para sayma vb. davranış becerileridir [31].

DSM-V'e göre zihinsel engelliliğin ağırlık düzeylerine göre sınıflandırılması şu şekildedir:

“1. Ağır Olmayan:

Kavramsal Alan

Okul öncesi çocuklarda belirgin kavramsal ayrımlar olmayabilir. Okul çocuklarında ve erişkinlerde, okuma, yazma becerileri, sayısal beceriler, zaman ya da para ile ilgili becerileri kapsayan okulda öğrenilen becerilerde güçlükler vardır ve yaşla ilgili beklentileri karşılamak için bir ya da birden çok alanda desteğe gerek vardır. Erişkinlerde, soyut düşünme, yerine getirme işlevi (tasarlama, yöntem belirleme, öncelik belirleme ve bilişsel esneklik) ve yakın bellekte olduğu gibi okulda öğrenilen becerilerin (örn. okuma, para yönetimi) yaşlılarıyla karşılaştırıldığında, sorunlara ve çözümlere bir ölçüde somut yaklaşımlar sergilemektedir.

Toplumsal Alan

Gelişmekte olan yaşlılarıyla karşılaştırıldığında kişi toplumsal etkileşimlerinde olgun değildir. Sözelimi yaşlılarının toplumsal dışavurumlarını tam olarak algılayamaz. İletişimi, karşılıklı konulması ve kullandığı dil yaşına göre beklendiğinden daha somut ya da olgun değildir. Duygularını ve davranışlarını yaşına uygun biçimde düzenlemekte güçlükler çeker; yaşadığı bu güçlükler, toplumsal durumlarda neyi göze aldığını tam anlayamaz; toplumsal yargılaması yaşına göre olgun değildir ve başkalarının kullanılması olasılığı vardır (kolay kanar).

Kılgısal (Uygulamalı) Alan

Kişisel bakımında yaşına uygun bir işlevsellik gösterebilir. Yaşlılarıyla karşılaştırıldığında, karmaşık günlük yaşam görevleri için bir ölçüde desteğe gereksinir. Erişkinlikte, ev alışverişini yapma, ulaşım, eve ve çocuğa bakma besin değeri olan yemekler hazırlama ve banka işlerini yapma ve parayı yönetme gibi alanlarda destek görür. Eğlenme-dinlenme becerileri yaşlılarınkine benzer, ancak iyilik durumu eğlenme-dinlenme etkinlikleriyle ilgili düzenlemelerine ilişkin yargılamasında desteğe gerek vardır. Erişkinlikte, sağlıkla ilgili ve yasal kararlarında, ayrıca belirli bir iş becerisi kazanmak için genellikle desteğe gereksinir. Çocuk büyütmek için destek görmesi gerekir.

2.Orta Derecede:

Kavramsal Alan

Bütün gelişimi boyunca, kişinin kavramsal becerileri, yaşlılarının hep belirgin olarak gerisinde kalmıştır. Okul öncesi dil ve okul öncesi beceriler yavaş gelişir. Okul çocuklarında, okuma, yazma becerilerinde ve sayısal becerilerde ilerlemede zamanı ve parayı anlamada, okul yılları boyunca bir yavaşlık vardır ve bunlar, yaşlılarıyla karşılaştırıldığında belirgin olarak kısıtlıdır. Erişkinler için okul becerileri gelişimi ilköğretim düzeyindedir ve iş yerinde ve kişisel yaşamında bütün bu becerilerin kullanımı sırasında desteğe gereksinir. Günlük yaşamın kavramsal işlerini tamamlayabilmek için günlük temelde süregiden bir yardıma gerek duyulur ve kişinin bu sorumluluklarını başkaları tümüyle üzerine alabilir.

Toplumsal Alan

Kişi, gelişimi boyunca, toplumsal ve iletişimsel davranışlarında yaşlılarından belirgin ayrımlar gösterir. Konuşma dili, toplumsal iletişim için başlıca gereçtir, ancak yaşlılarından çok daha az karmaşıktır. Ailesi ve arkadaşlarıyla bağ kurma, yaşamı boyunca arkadaşlarının olması ve erişkinlikte kimi zaman sevgili ilişkilerinin olmasıyla belirli olmak üzere ilişki kurma yeterliği vardır. Ancak bu kişiler toplumsal dışavurumları tam doğru olarak algılayamayabilir ya da yorumlayamayabilir. Toplumsal yargılama ve karar verme yetileri sınırlıdır, bakımverenleri yaşamsal kararlarında yardımcı olmak zorundadır. Olağan gelişim gösteren yaşlılarıyla olan arkadaşlıkları çoğu zaman iletişim kısıtlılıklarından ve toplumsal kısıtlılıklardan etkilenir. İş ortamında başarı sağlayabilmesi için belirgin toplumsal ve iletişimsel desteğe gereksinir.

Kılgısal (uygulamalı) alan

Kişi, bir erişkin olarak, yemek yeme, giyinme, dışkılama ve kişisel bakım gibi kişisel gereksinimlerini karşılayabilir, ancak bu alanlarda kişinin bağımsızlık kazanabilmesi için çok uzun bir süre eğitim verilmesi ve çok zaman harcanması gerekir ve anımsatıcılara gerek duyulur. Benzer biçimde, erişkinlikte ev işlerine katılım gösterebilir, ancak çok uzun süre bir eğitim verilmesi gerekir, erişkin düzeyinde bir yeterlilik sağlanabilmesi için süregiden bir desteğe gerek olur. Sınırlı kavramsal ve iletişimsel beceriler gerektiren işlerde bağımsız olarak çalışabilir, ancak toplumsal beklentileri, iş karmaşalarını ve tasarlama, ulaşım, sağlık hakları ve para yönetimi gibi yan sorumluluklarını yönetmek için iş arkadaşlarından, denetmenlerinden ve başkalarından önemli ölçüde desteğe gereksinir. Değişik bir takım eğlenme –dinlenme becerileri

geliştirebilir. Ancak bunları öğrenmesi için ek desteğe ve çok uzun bir süre eğitim almaya gerek duyar. Az da olsa, önemli bir kesiminde, uyumsuz davranışlar görülür.

3. Ağır:

Kavramsal Alan

Kavramsal beceriler sınırlı kazanılmıştır. Kişi yazılı dili ya da sayılar, nicelik, zaman ve para gibi kavramları genelde çok az anlar. Sorun çözmelerine, yaşamları boyunca bakımverenleri yardımcı olur.

Toplumsal Alan

Sözcük dağarcığı ve dilbilgisi açısından konuşma dili oldukça sınırlıdır. Konuşma, tek tek sözcüklerden ya da deyişlerden oluşabilir ve güçlendirici araçlar bunu eklenebilir. Konuşma ve iletişim, gündelik olaylar içinde, şimdi burada üzerine odaklanmıştır. Dil, yorum yapmaktan çok toplumsal iletişim için kullanılır. Bu kişiler yalın konuşmayı ve el-kol devinimleriyle iletişimi anlarlar. Aile bireyleriyle zevk alırlar ve yardım görürler.

Kılgısal (uygulamalı) alan

Kişi, yemekler, giyinme, banyo yapma ve dışkılama gibi günlük bütün etkinlikler için desteğe gereksinir. Her zaman denetim altında olmayı gerektirir. Kendisinin ya da başkalarının iyiliğini ilgilendiren sorumluluk, isteyen kararları alamaz. Erişkenlikte, evle, eğlenme-dinlenme etkinlikleriyle ve işle ilgili görevlere katılımı için sürekli bir destek ve yardım gerekir. Bütün alanlarda beceri kazanabilmesi için uzun süreli bir eğitim sürecine ve sürekli bir desteğe gerek vardır. Az da olsa önemli bir kesiminde, kendini yaralama da içinde olmak üzere, uyumsuz davranışlar görülür.

4. Çok Ağır:

Kavramsal Alan

Kavramsal beceriler, genellikle simgesel süreçlerden çok fiziki dünyayı kapsar. Kişi, kendine bakım, iş ve eğlenme-dinlenme için amacına yönelik olarak nesneleri kullanabilir. Eşleştirme ve fizik özelliklerine göre ayırma gibi belirli bir takım görsel –uzamsal beceriler kazanılmış olabilir. Ancak eşzamanlı devinsel ve duygusal bozukluklar, nesnelerin işlevsel kullanımını engelleyebilir.

Toplumsal Alan

Kişinin, konuşma ve el-kol devinimlerinin simgesel iletişim boyutuna anlaması sınırlıdır. Kimi yalın yönergeleri ya da el-kol devinimlerini anlayabilir. Kendi isteklerini ve duygularını, büyük ölçüde, sözel olmayan, simgesel olmayan iletişimle dışa vurur. Yakından tanıdığı aile bireyleriyle, bakımverenlerle ve duygusal dışavurumlarla toplumsal etkileşimleri başlatır ve yanıtlar. Eş zamanlı devinsel ve duygusal bozukluklar birçok toplumsal etkinliği engelleyebilir.

Kılgısal (uygulamalı) alan

Kişi, günlük bakım, sağlık ve güvenlik gibi alanlarda, bu etkinliklerin bir bölümüne kendisi de katılabiliyor olsa da bütün yönleriyle başkalarına bağımlıdır. Ağır bedensel özürü olmayan kişiler, evde yemek masasını kurma gibi günlük işlere yardımcı olabilirler. Yüksek düzeyde süregiden bir destekle, nesnelerle yalın birtakım eylemleri gerçekleştirerek işyerinde katılımda bulunabilirler. Eğlenme-dinlenme etkinlikleri, sözelimi, müzik dinleme, film izleme, yürüyüşe çıkma ya da su etkinliklerine katılmayı kapsayabilir, ancak bunların hepsi başkalarının desteğiyle yapılır. Eşzamanlı devinsel ve duygusal bozukluklar, evle, eğlenme-dinlenmeyle ve işle ilgili etkinliklere katılım için sıklıkla engel oluşturur (izleme {seyretme}dışında). Önemlenecek bir azınlığında uyumsuz davranışlar görülür[30]. ”

DSÖ psikometrik değerlendirmelerde oluşturulan IQ (Intelligence Quotient- Zeka katsayısı) seviyelerine göre zihinsel engel puan aralıklarını: hafif (IQ:52-69), orta (IQ:36-51), ağır (IQ:20-35) ve çok ağır (IQ:<20) zihinsel engellilik olarak sınıflandırmıştır [32].

1.2.4. Zihinsel Engelliliğin Etiyolojisi

Zihinsel engellilik, doğumdan önce, doğum sırasında veya çocuklukta beyin gelişimini bozan herhangi bir durum veya olaydan kaynaklanır. Spesifik olarak, potansiyel nedenler

arasında, kromozomal anomaliler, kalıtsal bozukluklar, metabolizmal hastalıklar, beyin hasarı, enfeksiyon, prematürite veya düşük doğum yer alır. Kilo, fetal malnütrisyon, gebelik sırasında ilaç veya alkol kötüye kullanımı, anne enfeksiyonları, duygusal ihmal veya istismar da potansiyel nedenler arasında sayılabilir. Fakat, birçok durumda belirli bir neden belirlenemez [33], [34]. Vakaların %30 ile % 50'sini nedeni bilinmeyen veya sendromik olmayan vakalar oluşturur [1]. Genetik bozukluk vakaların yaklaşık dörtte birinin nedenidir [1], [35]. 2013 itibariyle nedeni açıklanamayan vakalar yaklaşık 95 milyon kişiyi etkilemektedir [36].

1.3. ANKSİYETE

1.3.1 Anksiyetenin Tanımı ve Epidemiyolojisi

Amerikan Psikoloji Derneği (APA)'nin psikoloji sözlüğüne göre anksiyete, kişinin endişe ve somatik gerginlik belirtileri eşliğinde yaklaşan tehlikeyi, felaketi veya talihsizliği öngördüğü bir duygu durumu olarak tanımlanmıştır [37]. DSÖ ise, anksiyete bozukluklarını, aşırı korku ve endişenin oluşturduğu davranış bozukluğu olarak tanımlamıştır [38]. Korkuda gerçek bir tehlikeden kaynaklanan ruhsal ve bedensel tepkiler söz konusuysen, anksiyetede sebepsiz bir korku halinden kaynaklanan somatik tepkiler vardır [39]. Korku durumunun var olan tehdide karşı verilen bilişsel bir tepki, anksiyeteyi ise korkuya verilen duygusal bir tepkidir [40]. Korku sebebi belli olan dışsal bir tehlikeden kaynaklanan ve kaçma-kaçınma davranışları olarak ortaya çıkan bir tepkidir. Anksiyete ise, korkulan uyarandan kaçınmanın kesintiye uğradığı, uyarandan kaçamamanın kaygıya yol açtığı ve kişinin çevresi ve beklentileri eşleşmediğinde ortaya çıkan tepki durumudur [41]. Anksiyetede, tepki durumu hafif bir tedirginlikten dehşetli panik derecesine kadar farklı yoğunluklarda yaşanabilir [13]. Anksiyete, gelecekte olabilecek olumsuz olaylara karşı hazırlıklı olmak gerektiği düşüncesinin hâkim olduğu bir duygudurumdur. Korkuda şu anda olan tehlike algısı varken, anksiyetede gelecekte olabilecek tehlike algısı vardır [42].

Kişide olası tehlike durumunun şiddeti ile verilen tepkideki kaygı düzeyinin orantılı olmaması, zaman ilerledikçe anksiyetenin şiddetinin azalmak yerine aynı kalması ya da daha da artması, bedensel belirtilerin daha belirgin olması, kişinin anksiyeteye katlanamaması ve günlük işlevselliğinin bozulması, anksiyetenin klinik olarak patolojik

hale geldiği anlamına gelir. Bu durumda, anksiyetenin gün içerisinde sık sık ortaya çıkarak kişinin gününün büyük bir kısmını etkilemesi ve kişinin bu durum üzerinde hakimiyetini kaybedip baş edememesi, kişiler arası ilişkilerde, ailevi ve mesleki yaşantılarda bozulmalarla birlikte kişinin yaşantısını olumsuz olarak etkiler. Bu klinik tabloda kişinin aynı zamanda huzursuz, gergin, kaygılı, sıkıntılı, bunalımlı, yorgun, konsantre olamama, kolay irkilme ve uyanık hali de gözlenir. Baş ağrısı, baş dönmesi, kulak çınlaması, ağız kuruluğu, taşikardi, nefes darlığı, çeşitli ağrı türleri, kas zayıflığı, yorgunluk ve mide-bağırsak rahatsızlıkları gibi fiziksel reaksiyonlar da ortaya çıkabilir. Anksiyetenin bu belirtilerle kendini gösterdiği durumlar “anksiyete bozuklukları” tanısı içinde yer almaktadır [13].

IHME'nin 2019 verilerine göre, 58 milyonunu çocuk ve ergenlerin oluşturduğu 301 milyon kişi, DSÖ'nün 2022 yılında yayıldığı rapora göre ise 2020'nin ilk aylarında 298 milyon kişinin anksiyete bozukluğu yaşadığı düşünülmektedir [3],[43]. 2012'de Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yapılan bir meta-analiz çalışmasında, anksiyetenin yaşam boyu yaygınlık oranı 13-17 yaş arası ergenlerde %7,7 bulunurken, 18-64 yaş arası yetişkinlerde %6,6 bulunmuştur [44]. Çalışmalarda, her üç kadından birinde hayatında bir kere anksiyete bozukluğu yaşadığı sonucu bulunurken, kadınların erkeklere göre iki kat daha fazla anksiyete bozukluğu yaşadığı belirlenmiştir [44], [45].

DSÖ 2017 raporuna göre, Türkiye'de yaklaşık 3 milyon kişi anksiyete bozukluğundan muzdaripken, bu toplam nüfusun %4'üne denk gelmektedir [46]. IHME'nin 2019'da yayınlanan Küresel Hastalık Yüğü Çalışması'na göre Türkiye'de toplam nüfusa oranla erkeklerde anksiyete bozukluklarının yaşam boyu görülme olasılığı 3.74% olarak, kadınlarda ise 5.76% olarak tahmin edilmektedir [3]. Türkiye Ruh Sağlığı Profili 1997 verilerine göre anksiyete bozukluklarının Türkiye'deki bir yıllık görülme yaygınlığı %6,7 iken, kadınlarda bu oran %0,8 iken erkeklerde %0,5'tir [47]. Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasının üzerinden 20 yıldan uzun süre geçmiştir, Türkiye'de anksiyete bozukluklarının epidemiyolojisiyle ilgili son yıllarda yeterli çalışmaya rastlanmamıştır [48]-[50].

1.3.2. Tarihçe

Anksiyete bozukluğunun tarihçesi ile ilgili ilk yazılı belge Hipokrat döneminde elde edilmiştir. Hipokrat'ın öğrencileri tarafından yazılan Yunan tıbbi metinlerinde Nicanor

isimli bir kişinin flütçü bir kızın korkusundan kaynaklanan fobisinden, flüt sesini her duyduğunda baş edilemeyen bir dehşet duygusundan bahsedilir. [51]. MÖ 1. yüzyılda yaşayan Çıçero'nun incelemelerinde ise anksiyetenin klinik özellikleri ve bilişsel tedavisinin nasıl olması gerektiği ile ilgili modern bakış açısının önu açılır. Tuscalan Tartışmaları'nda Çıçero anksiyeteyi, sıkıntılı bir zihni ıstırap, endişe ve kaygı bozuklukları olarak adlandırır [52]. Robert Burton 1621'de, Antik Çağ'dan 17. yüzyıla kadar olan edebiyatın ansiklopedik bir derlemesi olan Melankolinin Anatomisi (The Anatomy of Melancholy) adlı çalışmasında işlediği melankoli kavramı sadece depresyonu değil, anksiyeteyi de kapsar [53].

19. yüzyılla birlikte, literatürde daha kavramsal bir şekilde yer alan anksiyete, DSM-I'de kişiliğin bilinçli tarafından gönderilen bir uyarı sinyali olarak açıklanırken, DSM-II'de ise endişe semptomlarına nevrozlar adı verilir [54],[55]. En güncel hali DSM-V'de yer alır [30].

1.3.3. Anksiyete Tanı Kriterleri ve Sınıflandırılması

1.3.3.1. Anksiyetenin Tanı Kriterleri

Ruhsal bozuklukları teşhis etmek için yaygın olarak kullanılan tanısal sınıflandırma sistemi, DSM-V'tir. DSM-V'e göre Anksiyete Bozuklukları'ndan yaygın anksiyete bozukluğu tanı ölçütleri;

"A) En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okul başarısı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.

B) Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

C) Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtilerden üçü (ya da çoğu) eşlik eder. (En azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur.);

Not: Çocuklarda yalnızca bir maddenin olması yeterlidir.

1. Dinginleşememe(huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.

2. Kolay yorulma.

3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması.

4. Kolay kızma.

5. Kas gerginliği.

6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).

D) Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

E) Bu bozukluk bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka sağlık durumunun (örn. Hipertiroidi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F) Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz. (örn: panik bozukluğunda panik atakları olacağına ilişkin kaygı ya da kuruntu, toplumsal kaygı bozukluğunda(sosyal fobi) olumsuz değerlendirilme, takıntı-zorlantı bozukluğunda bulaşma ya da diğer takıntılar, ayrılma

kaygısı bozukluğunda bağlandığı kişilerden ayrılma, örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda örseleyici olayların anımsatıcıları, aneroksiya nevrozda kilo alma, bedensel belirti bozukluğunda bedensel yakınmalar, beden algısı bozukluğunda algılanan görünüm kusurları, hastalık kaygısı bozukluğunda algılanan görünüm kusurları, hastalık kaygısı bozukluğunda önemli hastalığı olma ya da şizofreni ya da sanrılı bozukluk sanrısız inançların içeriği) [30]. ”

1.3.3.2. Anksiyetenin Sınıflandırılması

DSM-V anksiyete bozukluklarını Anksiyete Bozuklukları başlığı altında şu şekilde sınıflandırmıştır:

- “Ayrılma Kaygısı Bozukluğu,
- Seçici Konuşmazlık (Mutizm),
- Özgül Fobi,
- Toplumsal Kaygı Bozukluğu,
- Panik Bozukluğu,
- Panik Atak Blirleyecisi,
- Agorafobi,
- Yaygın Kaygı Bozukluğu,
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu,
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu,
- Tanımlanmış ve Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu [30].”

1.3.4. Anksiyetenin Etiyolojisi

Genetik ve ikiz çalışmaları, anksiyete bozukluklarında kalıtımın etkisinin, %30-%40 olduğunu öne sürer [56]. Aile ve ikiz çalışmaları hakkında yapılan meta-analiz çalışmaları, birinci derece akrabalarında yaygın anksiyete bozukluğu olan kişilerde anksiyetenin ortaya çıkma olasılığının daha yüksek olduğunu saptamıştır [57], [58]. İkiz çalışmaları, kişiye özgü ortamların anksiyete üzerinde büyük etkisi olmakla birlikte, bu çevre etkisinin ergenlikle birlikte azaldığını göstermektedir [58]. Anksiyete ile ilişkilendirilen belirli durumlar arasında çocuk istismarı, ailede ruh sağlığı bozuklukları öyküsü ve yoksulluk yer almaktadır [59]. Yaygın anksiyete bozukluğunda çevrenin etkisiyle birlikte, ebeveynlerin kaygıyla ilgili davranışları örnek alındığı için, bu davranışların anksiyete bozukluklarında önemli bir etkiye sahip olacağı düşünülmüştür [60]. Genetik çalışmalarında, anksiyete bozukluklarında nörotransmitterler ve reseptörlerinde yer alan genler arasındaki ilişkiler incelemiş ve anksiyete bozukluklarında, korku ve anksiyete amigdalanın işlevsel bağlantısıyla ilişkilendirilmiştir [61], [62].

Yapılan bir çalışmada, tütün, alkol, yatıştırıcılar (reçeteli benzodiazepinler dahil), opioidler (reçeteli ağrı kesiciler ve eroin gibi yasa dışı ilaçlar dahil), uyarıcılar (kafein, kokain ve amfetaminler vb.) çeşitli ilaç ve maddelerinde anksiyeteye neden olabileceği veya durumu kötüleştirebileceği sonucu çıkmıştır [63]. İlaç ve maddelere ek olarak KOAH ve astım gibi nefes alma becerisini etkileyen bazı tıbbi durumlarında anksiyete bozukluklarına neden olabileceği bulunmuştur [64]. Karın ağrısı veya göğüs ağrısına neden olan durumların kaygıya neden olabildiği ve bazı durumlarda kaygının somatize edilebileceği sonucu bulunmuştur [65]- [66].

1.4. DEPRESYON

1.4.1 Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi

Amerikan Psikoloji Derneği (APA) depresyonu; *“Mutsuzluk ve hoşnutsuzluktan aşırı üzüntü, karamsarlık ve umutsuzluk hissine kadar değişen ve günlük yaşama müdahale eden olumsuz bir duygusal durum [67].”* olarak tariflemektedir. DSÖ depresif bozuklukları keder, ilgi veya zevk kaybı, düşük benlik değeri veya suçluluk duyguları, uyku veya iştah bozukluğu, yorgun hissetme ve odaklanmakta güçlük yaşama semptomları ile karakterize eder [47]. Depresyon, günlük yaşam işlevselleğini olumsuz olarak etkileyecek kadar yoğun üzüntü ve mutsuzluğun baskın olduğu duygudurumdur [68]. Diğer bir deyişle, kalıcı bir üzüntü duygusuya birlikte ilgi kaybına neden olan ve belirli semptomlarla döngüsel bir ruhsal durumu içeren duygudurum bozukluğuna depresyon denir [69].

IHME, 2019 verilerine göre depresyon, dünyada 23 milyonu çocuk ve ergenlerin olduğu, yaklaşık 280 milyon insanın yaşadığı bir yaygın bir durumdur. Yetişkinler arasında depresyon görülme sıklığı %5,0 iken, 60 yaş üstü yetişkinlerin %5,7'i depresyondan etkilenmektedir. Toplam nüfus içerisinde, toplumun %3,8'inin depresyon geçirdiği tahmin edilmektedir [43]. Depresyon, kadınlarda erkeklerden yaklaşık %50 daha yaygındır. Dünya genelinde gebe kadınların ve yeni doğum yapmış kadınların %10'dan fazlası depresyon yaşamaktadır [70]. 2018'de 1994 ile 2014 yılları arasında farklı ülkelerden topluluklarda depresyonun toplam yaygınlığını değerlendirmeyi ve yaygınlıktaki coğrafi, metodolojik ve sosyo-ekonomik faktörlere göre katmanlara ayrılmış varyasyonları araştırmayı amaçlayan bir meta-analiz çalışmasında, cinsiyet farklılıklarına ilişkin olarak, toplam yaygınlık kadınlar için %14,4 ve erkekler için %11,5 idi. Kadınlarda depresyon anlamlı olarak daha yüksektir [71].

Her yıl 700.000'den fazla insan intihar nedeniyle ölmektedir [43]. İntihar, 15-29 yaşındakiler arasında dördüncü önde gelen ölüm nedenidir [38], [47] . 2019 yılında yapılan bir çalışmada, herhangi bir zihinsel sağlık durumu tanısı olmayan hastalarla karşılaştırıldığında, depresif bozuklukları tanısı alan birinin intihar nedeniyle ölme olasılığı 4,98 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir [72]. 2020'de psikiyatri hastalarındaki intihar oranlarının değerlendirildiği ve genel popülasyonla karşılaştırıldığı bir çalışmada ise, psikiyatri hastalarının 5,13 kat daha fazla intihar oranına sahip olduğu ve depresyonun intihar vakalarında, psikotik bozukluk, bipolar bozukluk ve maddeye bağlı organik bozukluktan sonra 5.69'la dördüncü sırada yer aldığı bulunmuştur [73].

DSÖ'nün paylaşmış olduğu Türkiye verilerine göre, nüfusun yüzde 17'sinin ruh sağlığı sorunları vardır. Yaklaşık olarak 3,2 milyon kişinin depresyon hastalığı yaşadığı ve bunun toplumun %4'üne denk geldiği bulunmuştur [47]. TÜİK tarafında hazırlanan Türkiye Sağlık Araştırması, 2019 verilerine göre toplam nüfus içerisinde son 12 ay içerisinde 15 yaş ve üstü kişilerin yaşadığı depresyon oranların toplam nüfusa oranı %9 iken, kadınların %12,2'si, erkeklerin ise %5,7'si depresyondadır [20].

1.4.2. Tarihçe

Depresyonla ilgili en eski yazılı açıklamalar, M.Ö. 2.bin yüzyılda Mezopotamya'da bulunmuştur. Depresyon ruhsal bir bozukluk olarak kabul edilmiştir ve diğer akıl hastalıkları gibi şeytanın ele geçirmesinden kaynaklandığı düşünüldüğünden, hekimler yerine rahipler tarafından ele alınmıştır [74]. Hipokrat, başlangıçta melankoli olarak adlandırılan depresyonun, sarı safra, kara safra, balgam ve kan denilen dört vücut sıvısının dengesizliğinden kaynaklandığını öne sürmüştür [75].

1621 yılında Robert Burton tarafından, depresyonun yoksulluk, korku ve yalnızlık gibi sosyal ve psikolojik nedenlerinin açıklandığı Melankoli Anatomisi adlı kitap yayınlandı. Burton bu kitapta, diyet, egzersiz, seyahat, müşil (vücuttan toksinleri atmak için), kan alma, şifalı bitkiler ve müzik terapiyi depresyon tedavisi için önerdi [53] .

19. ve 20. yüzyılda ise farklı teorisyenler depresyonun ne olduğu ile ilgili farklı teoriler geliştirmeye başladı. Sigmund Freud 1917'de yas ve melankoliyi psikoanalitik açıdan ele alırken, melankolinin gerçek ya da sembolik bir kayba verilen tepki olarak açıkladı. Kişinin kendinden nefret etmesi ve kendine zarar verme davranışlarının, kayıplara karşı

verilen bilinçdışı bir öfkeden kaynaklandığına inanıyordu [76] . 1960’larda ortaya çıkan bilişsel teorisyenlerden Aeron Beck, depresyonun yaşanan olumsuz olayların kişi tarafından yorumlanma biçimlerinden kaynaklandığını ve depresif bireylerin olayları olumsuz yorumladığı için kendilerini çaresiz ve yetersiz görme eğiliminde olduklarını ileri sürdü [77].

1950’ler, tıp doktorlarının isoniazid adı verilen bir tüberküloz ilacının, depresyon tedavisinde bazı insanlarda yardımcı olduğunu fark etmesiyle, depresyon tedavilerinde ilaç tedavileri yer almaya başladı [78] . Depresyon, 1980’de resmi olarak DSM-III’ün bir bölümünde yer aldı [79].

1.4.3. Depresyonun Tanı Kriterleri ve Sınıflandırılması

1.4.3.1. Depresyonun Tanı Kriterleri

DSM-5, Depresyon Bozuklukları adı altında majör depresif bozukluğun tanı kriterlerini belirtmiştir:

“A) Belirtiler

Ardışık iki hafta boyunca önceki işlevsellik düzeyinde bozulma olmuştur ve aşağıdaki belirtilerden en az beşi vardır ya da aşağıdaki belirtilerden en az biriyle birlikte ya çökkün duygudurum ya da ilgisini yitirme ve zevk alamama vardır. Bu belirtiler başka bir sağlık durumundan kaynaklanan belirtiler değildir.

- Kişi kendisinde veya başkalarının kişide gözlemlediği, neredeyse her gün ve günün büyük bölümünde çökkün duygu durum
- Neredeyse her gün, günün büyük bölümünde, bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin bir azalma ve zevk alamama durumu
- Kilo verme amacı olmaksızın yeme isteğinde azalma ve artma olması ve bu durumdan kaynaklı çok kilo alma ya da çok kilo verme
- Neredeyse her gün, aşırı uyuma veya uykusuzluk çekmek
- Neredeyse her gün, başkalarınca da gözlemlenebilen ajitasyon ya da yavaşlama
- Neredeyse her gün, enerji düşüklüğü (içsel gücün kalmaması) ya da bitkinlik
- Neredeyse her gün, değersizlik duyguları ve uygun olmayan ya da aşırı olan suçluluk duyguları
- Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama
- Yineleyici şekilde ölüm düşünceleri ve intihar tasarlama ya da kalkışmalarında bulunmak

B. Bu belirtiler klinik açıdan kişinin işlevselliğinde düşmeye neden olur.

C. Kişinin yaşadığı bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz [30].”

1.4.3.2. Depresyonun Sınıflandırılması

DSM-V’de depresyon, Depresyon Bozuklukları başlığı altında;

- “• *Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu,*
- *Majör Depresif Bozukluk*
- *Süregiden Depresif Bozukluk (Distimi)*
- *Aybaşı Öncesi (Menstruel siklus öncesi)*
- *Disfori Bozukluğu*
- *Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresif Bozukluk,*
- *Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresif Bozukluk,*
- *Tanımlanmış Diğer Bir Depresif Bozukluk ve Tanımlanmamış Depresif Bozukluğu [30].”*

olarak sınıflandırılır.

1.4.4. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyon sosyal, biyolojik ve psikolojik etkenlerin etkileşiminden kaynaklandığı için, yaşamın günlük zorluklarına karşı verilen daha kısa süren duygusal tepkiler veya sıradan ruh hali dalgalanmalarından farklıdır. Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında majör depresif bozukluğunun oluşması için genetik, biyolojik ve psikososyal etmenlerinin sebep olduğu ve açıklanmasında tek etmenden bahsedilemeyeceği anlaşılmaktadır [80].

Sullivan ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir meta-analiz çalışmasında, majör depresyonun genetik yapıdan etkilendiği gösterilmiştir. İkiz kardeşler araştırmalarında, majör depresyonun kalıtsallığının %31-42 aralığında olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada, güvenilir şekilde teşhis edilen majör depresyonun kalıtsallığı %66 bulunmuştur [81]. Bir analiz, depresyon öyküsü olan ebeveynlerin çocuklarının, sağlıklı ebeveynlerin çocuklarına göre üç ila dört kat daha fazla depresyon riskine sahip olduğunu göstermiştir [82].

Serotonin taşıyıcı geninin ileri yaşlarda, erken yaşam streslerine daha duyarlı olması serotoninin depresyon gelişimi için önemli bir etken olduğunu desteklemektedir [83]. Çökkünlüğü olan hastalarda, antidepresan verildikten sonra yapılan beyin görüntüleme ve ölüm ardı çalışmaları, dopamin taşımının arttığını ve depresyonun antidepresan ilaçlardan etkilendiğini göstermektedir. Diğer taraftan genler, çevresel streslerle birlikte depresyon bozukluklarının başlangıcını hızlandırma olasılığını artırarak, depresyon gelişimi için açıkça bir risk faktörü olmaktadır [84]. Depresyonu olan bireyler depresyonu olmayan katılımcılarla karşılaştırıldığında, daha yaşlı, kadın cinsiyeti, halen sigara içen, hiç veya nadiren güneş ve ultraviyole ışınları koruması kullanan ve düşük eğitim düzeyine, daha yüksek vücut kitle indeksine, daha az uyku süresine, daha kötü hava

maruziyetine sahip olma eğilimindedir [84]. Depresyonu olan bireyler, dış mekân ışığında daha uzun ortalama süre geçirme eğilimindedir [85].

1.5. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Zihinsel engelli çocuğa sahip olmak, ailelerin ruh sağlığını etkileyebilmektedir. Bu araştırma, zihinsel engelli çocuğa sahip babaların engelli çocuğunun hayatlarını nasıl etkilediği, bu konuyla ilgili duygu ve düşünceleri ve engelli çocuğa sahip olmanın babalar üzerindeki etkisinin ne olduğuyla ilgilenmektedir. Araştırmanın konusu zihinsel engelli çocuğu olan babaların, zihinsel engelli çocuğu olmayan babalara göre anksiyete ve depresyon düzeylerinin farklı olup olmadığını incelemektir. Aynı zamanda zihinsel engelli çocuğun özelliklerinin babaların anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi olup olmadığını incelemektir.

1.6. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Bu araştırmanın amacı, zihinsel engelli çocuğa sahip olma durumunun babaların anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisini belirlemektir. Bununla birlikte zihinsel engelli çocuğun bazı özelliklerinin babaların anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Bu araştırmanın temel hipotezi;

Hipotez (H1): Zihinsel engelli çocuğa sahip babaların, zihinsel engelli çocuğa sahip olmayan babalara göre anksiyete düzeyleri farklıdır.

Hipotez (H2): Zihinsel engelli çocuğa sahip babaların, zihinsel engelli çocuğa sahip olmayan babalara göre depresyon düzeyleri farklıdır.

Araştırmada aşağıdaki sorulara cevap aranacaktır:

- 1) Zihinsel engelli çocuğa sahip babaların, zihinsel engeli olmayan çocuklara sahip babalara göre anksiyete düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı bir fark var mıdır?
- 2) Zihinsel engelli çocuğa sahip babaların, zihinsel engeli olmayan çocuklara sahip babalara göre depresyon düzeylerinde fark var mıdır?

Çalışma ile çocuğunda zihinsel engel olan babaların anksiyete ve depresyon düzeyleri, çocuğunda zihinsel engel olmayan babaların anksiyete ve depresyon düzeylerine göre farklıysa bu gruba yapılacak psikolojik yardım ve desteğin daha etkili planlanmasına ışık

tutması amaçlanmıştır. Zihinsel engelli çocuğa sahip olan babalarla ilgili toplanan bilgiler üzerinde düşünme, tartışma ve yeni araştırma olanakları yaratacağı ve çalışmanın bu bakımlardan literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Zihinsel engelli çocuğu olan babalarla ilgili çalışmaların kısıtlı olması da bu noktada çalışmanın önemini artırmaktadır.



2.MATERYAL VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ, YERİ VE ZAMANI

Kesitsel tipteki araştırma Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde Aralık 2022- Mayıs 2023 tarihleri arasında yürütüldü.

2.2 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evreninde, Aralık 2022-Mayıs 2023 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde psikolog polikliniğine yönlendirilen ve değerlendirmeler sonrasında Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde hafif, orta ve ağır zihinsel engel tanısı konulan çocukların babaları, “Zihinsel engelli çocuğu olan babalar” grubunu oluşturmuştur.

“Zihinsel engelli çocuğu olmayan babalar” kontrol grubunu ise; Aralık 2022-Mayıs 2023 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde ortopedi ve travmatoloji, aile hekimliği, göz hastalıkları, kulak burun boğaz hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları ve deri ve zührevi hastalıklar polikliniklerine 18 yaş altı çocukları için başvuran, çocuklarında zihinsel engel ve bilinen kronik bir hastalık tanısı olmayan, çalışmaya katılmaya gönüllü babalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü; minimum örneklem sayısı G-Power 3,1 programında iki bağımsız grup arasında, tip 1 hata %5, %95güven aralığı, literatürde benzer çalışmaya rastlanılmadığından Cohen'in önerdiği büyük etki büyüklüğü 0,5, olarak hesaplanılarak 105 bulunmuştur, % 20 yedek (21 kişi) de dâhil edilerek ulaşılması hedeflenen sayı her iki grup için 126 şar olmak üzere toplam 252 kişidir.

Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğinde Aralık 2022-Mayıs 2023 tarihleri arasında çeşitli tanılarla 4436 kişinin kaydı yapılmıştır. Aynı tarih aralığında bu kişiler arasından mental kapasite değerlendirilmesinin yapılması için hastane psikolog polikliniğine 451 çocuk konsülte edilmiş olup 151'inde zihinsel engel düşünülmüştür. 151 çocuk arasından 127'si çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğinde zihinsel engel ve gelişimsel bozukluk tanısı almıştır. Bu çocukların 126'sının babaları araştırmaya dahil edilmiştir.

2.3. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırmada, veri toplama aracı olarak Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne başvuran, çalışmaya katılmaya gönüllü olan babalara yüz yüze anket yöntemi uygulandı. Anket toplam 30 sorudan oluşmaktaydı (EK-1). Anketin birinci bölümü her iki gruba yöneltilen babaların kendisi ve çekirdek ailesiyle ilgili sosyo-demografik bilgileri içeren 17 sorudan oluşurken, ikinci bölüm, zihinsel engelli çocuğu olan babalar grubuna yöneltilen zihinsel engelli çocuk ve diğer çocuklarla ilgili 13 soruyu içermektedir. Anket formu tamamlandıktan sonra çalışmaya katılan babalara Beck Anksiyete ve Beck Depresyon ölçekleri yüz yüze uygulanarak araştırmacı tarafından dolduruldu.

2.3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

2.3.1.1. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ):

Beck anksiyete ölçeği (BAÖ), kişilerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin düzeyini ölçmek için Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilen bir ölçektir. 1998 yılında Ulusoy ve arkadaşları tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır [86]. Ölçek her biri 4 seçeneği içeren 21 maddeden oluşmaktadır (EK-2). Her bir madde için katılımcılardan 0-3 arasında puan vermesi istenmektedir. Ölçekten minimum 0 maksimum 63 puan alınmaktadır. Bu puanlara göre kişinin anksiyete şiddeti; 0-7 puan arasında ise hiç, 8-15 puan arasındaysa hafif düzeyde, 16-25 puan arasındaysa orta düzeyde ve 26-63 puan arasındaysa ciddi düzey olarak kabul edilmektedir [87].

2.3.1.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck ve arkadaşları tarafından, fiziksel ve duygusal açıdan depresyon düzeyini tespit etme olanağı sağlayan bir ölçektir. 1980 yılında Tegin ve arkadaşları tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır [88]. Ölçek her biri dört seçenekten oluşan 21 maddeden oluşmaktadır (EK-3). Dört seçenekte, 0- 3 arası puanlandırılan dört ayrı ifade vardır. Kişiler kendilerine göre cevap verdikten sonra elde edilen puana göre depresyon düzeyi sınıflandırılır. Ölçekten minimum 0- maksimum 63 puan alınmaktadır. 0-9 arası normal, 10-18 arası hafif düzeyde, 19-29 arası orta düzeyde, 30-63 puan arası ise ciddi düzeyde depresyon

şiddetini gösterir. Bu çalışmada, hafif, orta ve ciddi düzeyde depresyonu olan babaların duygu durumunda depresif eğilim olduğu kabul edildi [77].

2.4. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

05.12.2022 tarihinde Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 2022/205 karar numarasıyla etik kurul izni alındı (EK-4). Düzce Üniversitesi, Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliği ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı'ndan izin alındı. İlgili onaylar ekte sunuldu (EK-5).

2.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ YÖNTEMLERİ

Anket verilerinin değerlendirilmesi SPSS For Windows IBM SPSS Statistics 27.0.1 (Statistical Package of Science) programında gerçekleştirildi. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi.

Sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler aritmetik ortalama±standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum), kategorik yapıdaki veriler için sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Kategorik yapıdaki değişkenler bakımından gruplar arasındaki farklılıklar Ki-kare testi ile incelendi.

Verilerin analizinde, veriler normal dağılmadığı için non-parametrik yöntemler kullanıldı. İki grup karşılaştırılırken Mann-Whitney U testi, ikiden çok olan gruplar için Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Değişkenler arası ilişkileri saptamak için korelasyon analizi yapıldı. Spearman korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p \leq 0.05$ kabul edildi.

2.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu çalışma, Aralık 2022- Mayıs 2023 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne başvuru yapan babalarla yapılmıştır, topluma genellenemez. Çalışma kesitsel tiptedir, etken ile sonucun zamansal ilişkisi kesin olarak bilinmemektedir. Zihinsel engelli çocuğa sahip olma durumunun depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerinde etkisi araştırılan çalışmada “zihinsel engelli çocuğu olan babalar” ve “zihinsel engelli çocuğu olmayan babalar”dan oluşan grupların sosyodemografik özellikleri benzerdir. Ancak çocuk sayıları bakımından farklılık göstermektedir. Bu durum etkisi incelenen durumlar için karıştırıcı bir rolü olabilir.

3.BULGULAR VE TARTIŞMA

3.1. BULGULAR

Zihinsel engelli çocuğu olan babalar ve zihinsel engelli çocuğu olmayan babaların dahil olduğu iki grup; yaşı, sahip olunan çocuk sayısı, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile yapısı ve eşle akrabalık durumunu içeren sosyodemografik özellikleri bakımından incelendi.

Katılımcıların yaş ortalaması $40,93 \pm 6,68$ 'di. Araştırmaya katılan babalardan yaşı en küçük olan 27, en büyük olan ise 64 yaşında idi. Zihinsel engelli çocuğu olan babaların yaş ortalaması $41,60 \pm 6,94$, zihinsel engelli çocuğu olmayan babaların yaş ortalaması ise $40,25 \pm 6,37$ olduğu bulundu. Gruplar arası farklılık saptanmadı (Tablo 3.1).

Zihinsel engelli çocuğu olan babaların %13,5'inin (n=17), zihinsel engelli çocuğu olmayan babaların %27,8'inin (n=35) tek çocuğu bulunmaktaydı. Gruplar arasında çocuk sayısı bakımından anlamlı fark saptandı ($p < 0,001$). Zihinsel engelli çocuğu olan babaların %21,4'inin (n=27), zihinsel engelli çocuğu olmayan babaların ise %6,4'ünün (n=8) dört ve üzeri sayıda çocuğu bulunmaktaydı. Gruplar arasında çocuk sayısı dışında diğer sosyodemografik özellikler bakımından istatistiksel olarak farklılık saptanmadı, gruplar birbirine benzerdi, Tablo 3.1.'de gösterilmiştir.

Zihinsel engelli çocuğu olan babaların % 94,4'ü (n=119), zihinsel engelli çocuğu olmayan babaların % 96,8'i (n= 122) evliydi (Tablo 3.1).

Babaların eğitim düzeyine bakıldığında, okur yazar olmayanların oranı %1,6 (n=4), ilkokul mezunu %34,9 (n=88), ortaokul mezunu %13,5 (n=34), lise mezunu %33,7 (n=85), üniversite mezunu %15,1 (n=38) ve yüksek lisans ve üstünün oranın ise % 1,2 (n=3) olduğu görüldü. Gruplar arasında değerlendirildiğinde zihinsel engelli çocuğu olan babalarda %38,1 (n=48) ile en fazla ilkokul mezunu, zihinsel engelli çocuğu olmayan babalarda da %34,1 (n=43) ile en fazla lise mezunu vardı (Tablo 3.1).

Babaların çalışma durumu ve meslekleri incelendiğinde, katılımcıların %7,9 (n=20)'unun emekli, %11,9'unun (n=30) memur, %11,9'unun (n=30) çiftçi, %13,1'inin (n=33) esnaf, %40,5'inin (n=102) işçi, % 6,8' inin (n=17) diğer işlerde (kuaför, garson vb.) çalıştığı belirlenirken, babaların %7,9'unun (n=20) ise çalışmadığı görüldü. Hem zihinsel engelli çocuğu olan babalar (% 44,4, n= 56), hem de zihinsel engelli çocuğu olmayan babalar (% 36,5, n=46) en çok işçi olarak bulunmaktaydı (Tablo 3.1).

Hane içi gelir düzeyleri incelendiğinde, babaların %20,6'sının (n= 52) 8500 TL altı, %36,9 'unun (n= 93) 8500 TL- 16000 TL arası, %32,9' unun (n= 83) 16000 TL- 20000 TL arası, %8,3'ünün (n=21) 20000 TL ve üzeri gelirleri olduğu görüldü. Zihinsel engelli çocuğu olan babaların %38,1'i (n=48), zihinsel engelli çocuğu olmayan babaların % 35,7'si (n=45) 8500-16000 TL arası gelire sahipti, her iki grupta da en fazla kişinin yer aldığı gelir düzeyi 8500-16000 TL'ydi (Tablo 3.1).

Aile yapısına bakıldığında, %73,8'inin (n=186) aile tipi çekirdek aile, 26,2'sinin (n=66) ise geniş aileydi. Zihinsel engelli çocuğu olan babaların % 75,4'ü (n=95), zihinsel engelli çocuğu olmayan babaların % 72,2'si (n= 91) çekirdek aile içinde yaşamaktaydı (Tablo 3.1).

Evli olan katılımcıların %15,8'i (n=38) eşiyle akraba iken, %84,2'sinin eşiyle herhangi bir akrabalık bağı yoktu (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Zihinsel Engelli Çocuğu Olan ve Olmayan Babaların Sosyodemografik Özellikleri ve Karşılaştırılması.

Sosyo-demografik Özellikler	Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Babalar		Zihinsel Engelli Çocuğu Olmayan Babalar		Toplam Katılımcı		χ ² P	
Yaş	Ort± SS	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	Ortanca (min-maks)	Ort± SS	Ortanca (min-maks)	6900,49 0,087	
	41,60 ±6,94	42 (27-64)	40,25 ±6,37	39 (27-54)	40,93 ±6,68	41 (27-64)		
Çocuk Sayısı	n	%	n	%	n	%	19,282 <0,001	
	Tek Çocuk	17	13,5	35	27,8	52		20,7
	İki çocuk	44	34,9	55	43,6	99		39,3
	Üç çocuk	38	30,2	28	22,2	66		26,1
	Dört çocuk ve üzeri	27	21,4	8	6,4	35		13,9
Medeni Durum	Evli	119	94,4	122	96,8	241	95,6	0,856 0,355
	Bekar	7	5,6	4	3,2	11	4,4	
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	2	1,6	2	1,6	4	1,6	1,466 0,690
	İlkokul	48	38,1	40	31,7	88	35,0	
	Ortaokul	16	12,7	18	14,3	34	13,5	
	Lise	42	33,3	43	34,1	85	33,7	
	Lisans ve üstü	18	14,3	23	18,3	41	16,2	
Çalışma Durumu	Emekli	12	9,5	8	6,3	20	7,9	7,267 0,297
	Memur	12	9,5	18	14,3	30	11,9	
	Çiftçi	12	9,5	18	14,3	30	11,9	
	Esnaf	14	11,1	19	15,1	33	13,1	
	İşçi	56	44,4	46	36,5	102	40,5	
	Diğer*	7	5,6	10	7,9	17	6,8	
	Çalışmıyor	13	10,4	7	5,6	20	7,9	
Hane İçi Gelir Düzeyi	8500 tı altı	28	22,2	24	19,1	52	20,7	1,180 0,758
	8500 -16000 tı	48	38,1	45	35,7	93	36,9	
	16000-20000tl	40	31,7	43	34,1	83	32,9	
	20000-30000tl	9	7,2	12	9,5	21	8,3	
	30000 tı üzeri	1	0,8	2	1,6	3	1,2	
Aile Yapısı	Çekirdek Aile	95	75,4	91	72,2	186	73,8	0,328 0,567
	Geniş Aile	31	24,6	35	27,8	66	26,2	
Eşle Akrabalık Durumu	Evett	21	17,6	17	13,9	38	15,8	0,625 0,429
	Hayır	98	82,4	105	86,1	203	80,6	

*Diğer: Garson, Şöfor, Berber

Zihinsel engelli çocuğu olan ve zihinsel engelli çocuğu olmayan babaların ve ailelerinin kronik, psikiyatrik hastalıkları ve sürekli ilaç kullanımı tıbbi öyküleri

değerlendirildiğinde gruplar arasında incelenen özellikler bakımından istatistiksel olarak fark bulunmadı (Tablo 3.2).

Babaların %13,9'u (n=35) kendilerinin, %9,5'i (n=24) aynı hane içerisinde yaşayan aile üyelerinden birinin herhangi bir kronik hastalığı olduğunu bildirdi. Gruplar arasında değerlendirildiğinde zihinsel engelli çocuğu olan babaların % 12,7'sinin (n= 16) zihinsel engelli çocuğu olmayan babaların % 15,1'inin (n=19) kronik hastalığı vardı. Ailesinde kronik hastalık olan zihinsel engelli çocuğu olan babalar %10,3 (n= 13) iken, zihinsel engelli çocuğu olmayan babalarda bu oran % 8,7 (n= 11)'ydi (Tablo 3.2).

Babaların 35'inin kronik hastalığı vardı (Tablo 3.2.). 17 kişide hipertansiyon, damar tıkanıklığı gibi kardiyovasküler hastalıklar, 11 kişide diyabetes mellitus, 2 kişide dermatolojik hastalık, 1'er kişide görülmek üzere vertigo, böbrek, mide hastalıkları, ortopedik rahatsızlık ve uyku apnesi vardı.

Babaların %9,9'u (n=25) sürekli ilaç kullanmaktaydı. Zihinsel engelli çocuğu olan babalarda bu oran % 9,5 (n=12), zihinsel engelli çocuğu olmayan babalarda ise %10,3 (n=13)' tü (Tablo 3.2).

Zihinsel engelli çocuğu olan babaların %7,2'sinde (n=9) depresyon öyküsü, zihinsel engelli çocuğu olmayan babaların ise %5,6'sında (n=7) depresyon öyküsü bulunmaktaydı. Aradaki fark anlamlı değildi (p=0,833) (Tablo 3.2).

Zihinsel engelli çocuğu olan babaların %3,9'unun (n=5) aynı hane içerisinde yaşayan aile üyelerinden birinde depresyon tanısı, % 5,6'sının (n=7) ise aynı hane içerisinde yaşayan aile üyelerinden birinde depresyon dışında başka bir psikiyatrik tanı bulunmaktaydı. Bu oran zihinsel engelli çocuğu olmayan babalarda sırasıyla % 2,4 (n=3) ve %3,2 (n=4)'tü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunma (p=0,472), (p=0,355) (Tablo 3.2).

Hane içerisindeki psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerde obsesif- kompulsif bozukluk, sosyal fobi, travma sonrası stres bozukluğu, panik bozukluk ve bipolar bozukluk tanısı bulunmaktaydı.

Tablo 3.2. Zihinsel engelli çocuğu olan ve olmayan babaların ve ailelerinin kronik, psikiyatrik hastalıkları ve sürekli ilaç kullanım durumları ve karşılaştırılması.

Özellikler	Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Babalar		Zihinsel Engelli Çocuğu Olmayan Babalar		Toplam Katılımcı		χ^2	P
	n	%	n	%	n	%		
Babalarda Kronik Hastalık Var Yok	16 110	12,7 87,3	19 107	15,1 84,9	35 217	13,9 86,1	0,299	0,585
Babalarda Sürekli İlaç Kullanımı Var Yok	12 114	9,5 90,5	13 113	10,3 89,7	25 227	9,9 90,1	0,044	0,833
Ailede Kronik Hastalık Var Yok	13 113	10,3 89,7	11 115	8,7 91,3	24 228	9,5 90,5	0,184	0,668
Babalarda Depresyon Öyküsü Var Yok	9 117	7,1 92,9	7 119	5,6 94,4	16 236	6,3 93,7	0,267	0,605
Ailede Depresyon Tanısı Var Yok	5 121	3,9 96,1	3 123	2,4 97,6	8 244	3,2 96,8	0,516	0,472
Ailede Psikiyatrik Tanı* Var Yok	7 119	5,6 94,4	4 122	3,2 96,8	11 241	4,4 95,6	0,856	0,355

*: Depresyon dışında psikiyatrik tanı

Zihinsel engelli çocukların yaşlarının ortalaması $10,92 \pm 3,57$ 'di (min:6, maks: 17) (Tablo 3.3).

Zihinsel engelli çocukların %42,9'u (n=54) kız, % 57,1'i (n=72) erkekti. Bu çocukların %38,9'u (n=49) ilk çocuk, %27,8'i (n=35) ortanca çocuk ve %32,5'i (n=41) son çocuğu (Tablo 3.3).

Tablo 3.3. Zihinsel engelli çocukların sosyodemografik özellikleri

Zihinsel Engelli Çocukların Sosyodemografik Özellikleri		
	Ort±SS	Ortanca (min-maks)
Yaş	10,92±3,57	11(6-17)
	n (126)	%
Cinsiyet		
Kız	54	42,9
Erkek	72	57,1
Doğum sırası		
İlk	49	38,9
Ortanca	35	27,8
Son	41	32,5
İkiz	1	0,8

Zihinsel engelli çocukların zihinsel engel düzeyine bakıldığında, hafif %66,7 (n=84), orta %23,8 (n= 30) ve ağır %9,5 (n=12)'di. Çocukların %81'inin (n= 102) sağlık raporu vardı (Tablo 3.4).

Zihinsel engelli çocukların %19'unda (n=24) bir veya daha fazla fiziksel engel bulunmaktaydı, ince motor engeli 1, yürüme engeli 9, tüm beden engeli 14 çocukta bulunmaktaydı. Zihinsel engelli çocukların %27'si (n=34) sürekli ilaç kullanmaktaydı, Tablo 3.4.'te gösterilmiştir.

Tablo 3.4. Zihinsel engelli çocukların tıbbi özellikleri.

Tıbbi Özellikler		
Zihinsel Engel Düzeyi		
Hafif	84	66,7
Orta	30	23,8
Ağır	12	9,5
Sağlık Raporu		
Var	102	81,0
Yok	24	19,0
Fiziksel Engel		
Var	24	19,0
Yok	102	81,0
Fiziksel Engel Çeşidi (n:24)		
İnce Motor	1	0,8
Yürüme	9	7,1
Tüm Beden	14	11,1
Sürekli İlaç		
Var	34	27,0
Yok	92	73,0

Zihinsel engelli çocuğu olan babaların, %46'sı (n=58) işlerini organize etmede sorun yaşadığını, %36,5'i (n=46) aile içi problem yaşadığını bildirdi. Babaların %9,5'i (n=12) psikolojik yardım aldığını, % 90,5'i (n=114) herhangi bir psikolojik yardım almamış olduğunu bildirdi (Tablo 3.5).

Tablo 3.5. Zihinsel engelli çocuğu olan babaların günlük yaşamda karşılaştığı sorunlar.

Günlük Yaşamda Karşılaşılan Sorunlar	n	%
İşleri Organize Etmede Sorun Yaşama		
Evet	58	46,0
Hayır	68	54,0
Aile İçi Sorun Yaşama		
Evet	46	36,5
Hayır	80	63,5
Psikolojik Yardım Alma İhtiyacı		
Evet	12	9,5
Hayır	114	90,5

Babaların anksiyete düzeyine bakıldığında, tüm babaların %12,7'sinin (n=32) hafif, %8,3'ünün (n=21) orta ve %2,8'nin (n= 7) ciddi düzeyde anksiyete düzeyleri olduğu tespit edilirken, çalışmaya katılan babaların %76,2'sinini (n=192) anksiyete düzeyinin normal olduğu bulundu.

Zihinsel engelli çocuğu olan babaların %71,4'ünün (n=90) anksiyete düzeyinin normal , %13,5'inin (n=17) hafif, %11,9'unun (n=15) orta düzeyde ve %3,2'sinin (n=4) ciddi düzeyde anksiyetesi olduğu bulundu.

Zihinsel engelli çocuğu olmayan babaların %81'inde (n=102) anksiyete düzeyinin normal, %11,8'inin (n=15) hafif, %4,8'inin (n=6) orta düzeyde ve % 2,4'ünün (n=3) ciddi düzeyde anksiyetesi olduğu bulundu. Zihinsel engelli çocuğu olan babalarla zihinsel engelli çocuğu olmayan babaların anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,181), (Tablo 3.6).

Depresyon düzeyi açısından incelendiğinde ise tüm babaların %17,5'inin (n=44) hafif, %8,3'ünün (n=21) orta ve %5,5'inin (n= 14) ciddi düzeyde depresyonu olduğu bulundu. Çalışmaya katılan babaların % 68,7'sinin (n=173) depresyon düzeyi normaldi. Hem depresyonu hem de anksiyetesi olan babaların oranı %15,8'di.

Zihinsel engelli çocuğu olan babaların % 64,3'ünün (n=81) depresyon düzeyi normalken, %17,5'inin (n=22) hafif, %7,9'unun (n=10) orta düzeyde ve %10,3'ünün (n=13) ciddi düzeyde depresyonu olduğu bulundu. Zihinsel engelli çocuğu olmayan babaların ise %73'ünün (n=92) normal, %17,5'inin (n=22) hafif, %8,7'sinin (n=11) orta düzeyde ve % 0,8'inin (n=1) ciddi düzeyde depresyonu olduğu bulundu. Zihinsel engelli çocuğu olan babalarla zihinsel engelli çocuğu olmayan babaların depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p= 0,012), (Tablo 3.6).

Tablo 3.6. Zihinsel engelli çocuğa sahip olma durumunun babalarda anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi.

	Anksiyete				χ^2 P	Depresyon				χ^2 P
	Yok	Hafif	Orta	Ciddi		Yok	Hafif	Orta	Ciddi	
	n (%)					n (%)				
Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Babalar	90 (71,4)	17 (13,5)	15 (11,9)	4 (3,2)	4,875	81 (64,3)	22 (17,5)	10 (7,9)	13 (10,3)	11,033 0,012*
Zihinsel Engelli Çocuğu Olmayan Babalar	102 (81,0)	15 (11,8)	6 (4,8)	3 (2,4)	0,181	92 (73,0)	22 (17,5)	11 (8,7)	1 (0,8)	

*p<0,05

Depresyon durumu için ikili karşılaştırmalar yapıldığında farkın ciddi depresyondan kaynaklandığı görülmektedir. Zihinsel engelli çocuğu olan babalarda zihinsel engelli çocuğu olmayan babalara göre ciddi depresyon anlamlı olarak fazladır (Tablo 3.7).

Tablo 3.7. Depresyon düzeylerinin ikili karşılaştırmaları.

Depresyon	P
Normal-Hafif	0,706
Normal-Orta	0,945
Normal-Ciddi	<0,001*
Hafif-Orta	0,857
Hafif-Ciddi	0,004*
Orta-Ciddi	0,006*

Zihinsel engelli çocuğu olan babaların anksiyete düzeyi ile zihinsel engelli çocuğun yaşı, zihinsel engel düzeyi, fiziksel engeli, sürekli ilaç kullanımı ve başka engelli çocuk arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$), (Tablo 3.8).

Zihinsel engelli çocuğu olan babaların depresyon düzeyi ile zihinsel engelli çocuğun yaşı, zihinsel engel düzeyi, fiziksel engeli ve sürekli ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Fakat başka engelli çocukla zihinsel engelli çocuğu olan babaların depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p=0,002$), (Tablo 3.8).

Tablo 3.8. Çocuğun yaşı, cinsiyeti, zihinsel, fiziksel engel durumu, başka engelli çocuk varlığı ve sürekli ilaç kullanımı anksiyete ve depresyona etkisi.

Çocuğun Özelliği	Anksiyete				χ^2 P	Depresyon				χ^2 P
	Normal	Hafif	Orta	Ciddi		Normal	Hafif	Orta	Ciddi	
		Ort±SS					Ort±SS			
Çocuğun Yaşı	10,93 ± 3,53	10,41 ± 3,86	10,87 ± 3,62	13,00 ± 3,56	1,717 0,633	10,76 ± 3,76	11,95 ± 3,05	9,60 ± 3,31	11,15 ± 3,21	3,938 0,268
	Ortanca (min-maks)					Ortanca (min-maks)				
	11 (6-17)	10 (6-17)	11 (6-17)	13,50 (9-16)		10 (6-17)	12 (6-17)	9 (6-15)	11 (7-17)	
	n (%)				χ^2 P	n (%)				χ^2 P
Cinsiyet										
Kız	36(66,6)	8(14,8)	7(13,0)	3(5,6)	2,199	35(64,8)	5(9,2)	7(13,0)	7(13,0)	7,294
Erkek	54(75,0)	9 (12,5)	8(11,1)	1(1,4)	0,568	46(63,9)	17(23,6)	3(4,2)	6(8,3)	0,063
Zihinsel Engel Düzeyi										
Hafif	64(76,2)	11(13,1)	7(8,3)	2(2,4)	5,433 0,490	57(67,9)	16(19,0)	3(3,6)	8(9,5)	8,965 0,176
Orta	18(60,0)	4(13,3)	6(20,0)	2(6,7)						
Ağır	8(66,6)	2(16,7)	2(16,7)	0						
Fiziksel Engel										
Var	14(58,3)	6(25,0)	3(12,5)	1(4,2)	3,723 0,293	18(75)	3(12,5)	1(4,2)	2(8,3)	1,591 0,661
Yok	76(74,6)	11(10,7)	12(11,8)	3(2,9)						
Başka Engelli Çocuk										
Evet	5(41,7)	3(25,0)	3(25,0)	1(8,3)	5,969 0,113	5(41,7)	1(8,3)	1(8,3)	5(41,7)	14,325 0,002
Hayır	85(74,6)	14(12,2)	12(10,6)	3(2,5)						
Sürekli İlaç Durumu										
Var	24(70,6)	6(17,7)	4(11,7)	0	2,079 0,556	24(70,6)	6(17,7)	3(8,9)	1(2,8)	2,790 0,425
Yok	66(71,7)	11(11,9)	11(11,9)	4(4,5)						

Zihinsel engelli çocuğu olan babalarda anksiyete düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında pozitif yönlü güçlü ($r=0,624$) ($p=0,0000$) bir ilişki bulunduğu belirlendi (Tablo 3.9).

Tablo 3.9. Zihinsel engelli çocuğu olan babaların anksiyete ve depresyon skorlarının korelasyonu.

	Beck Depresyon Toplam Skoru	
	r	p
Anksiyete Toplam Skoru	0,624	0,000

3.2. TARTIŞMA

Zihinsel engelli çocuğa sahip olmanın babaların anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisinin incelendiği bu çalışmada zihinsel engelli çocuğu olan babalarda farklı düzeylerde anksiyetesi olan babaların oranı % 28,6 iken, farklı düzeylerde depresyonu olan babaların oranı % 35,7'di. Hem depresyonu hem de anksiyetesi olan babaların oranı % 15,8'di.

Bu çalışmada, anksiyetesi olan babalara bakıldığında, zihinsel engelli çocuğu olan babaların % 13,5'inin hafif, % 11,9'unun orta ve % 3,2'sinin ciddi düzeyde anksiyeteye sahipti. Farklı düzeylerde depresyonu olan babalara bakıldığında ise, çalışmaya katılan zihinsel engelli çocuğu olan babaların % 17,5'inin hafif, % 7,9'unun orta ve % 10,3'ünün ciddi düzeyde depresyona sahip olduğu bulundu. Giallo ve arkadaşlarının 2015 yılında Avustralya'da yaptıkları çalışmada zihinsel engelli çocuğu olan babaların % 7'sinin hafif, % 4,1'inin orta ve % 6'sının ciddi düzeyde anksiyeteye sahip olduğu bulunmuştu. Aynı çalışmada zihinsel engelli çocuğu olan babaların depresyon düzeylerinin % 10,5'i hafif, % 10,2'isi orta ve % 6,9'u ise ciddi düzeyde depresyon şeklinde dağıldığı bulunmuştu [9].

2023 yılında Çin'de zihinsel engelli çocuğu olan 306 anne ve 74 babayla yapılan bir çalışmada babaların % 21,6'sının hafif, % 2,8'inin ciddi düzeyde depresyonu olduğu ve

zihinsel engelli çocuğa sahip olan ailelerin % 35'inin genel Çin popülasyonuna göre depresyon riski altında olduğu bulunmuştur [89].

Sharma ve arkadaşları tarafından 2021 yılında, Hindistan'da yapılan zihinsel engelli çocuğu olan ebeveynlerle yapılan bir çalışmada, babaların (n=99) % 57,6'sında anksiyete, 35,4'ünde depresyon, % 26'3'ünde hem anksiyete hem de depresyon olduğu bulunmuştur. Zihinsel engelli çocuğu olan babaların, %37,4'ü hafif, %19, 2'si orta ve %1'i ciddi düzeyde anksiyeteye sahipken, babaların %27,3'ü hafif, % 6,1'i orta ve %2'si ciddi düzeyde depresyon semptomlarına sahip olduğu bulunmuştur [90].

Qian ve arkadaşları tarafından, zihinsel engelli çocukların bakım verenleriyle, 2020 yılında Çin'de yapılan bir çalışmada zihinsel engelli çocuğu olan bakımveren babaların (n=17) anksiyete ve depresyon oranları %52,3 ve % 53,2 olarak bulunmuştur [5].

2019 yılında zihinsel engelli ve gelişimsel geriliğe sahip çocuğu olan 3033 ailenin dahil edildiği 11 ülkeden 19 çalışmanın analiz edildiği sistematik meta-analiz çalışmasında, zihinsel engelli çocuğu olan ailelerin %31'inde orta düzey ve orta düzeyin üstünde depresyon olduğu bulunmuştur [91].

Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda zihinsel engelli çocuğa sahip babaların anksiyete ve depresyon düzey oranları farklılık göstermektedir, bu durum ülkelerin sosyo kültürel özelliklerinin farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu çalışmada anksiyete ve depresyon düzeylerinin Avustralya gibi gelişmiş ülkelere düşük, Hindistan, Pakistan gibi gelişmekte olan ülkelere ise daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni gelişmiş ülkelere zihinsel engelli çocuklar ve ailelerine sağlanan hizmetlerin daha destekleyici olması, ailede bakımveren yükünün eşler tarafından paylaşıyor olması olabilir.

Bu çalışmaya katılan zihinsel engelli çocuğu olan babalarda anksiyete ve depresyon görülme sıklığı, zihinsel engelli çocuğu olmayan babalara göre daha yüksekken, zihinsel engelli çocuğu olan babalarda zihinsel engelli çocuğu olmayan babalara göre sadece ciddi düzeyde depresyon anlamlı olarak fazla bulunmuştur.

Ülkemizde zihinsel engelli çocuğu olan ve olmayan babalar arasında benzer bir karşılaştırmayı yapıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Babalar ile anneleri karşılaştırıldığı çalışmalar bulunmaktadır. 2020'de Türkiye'de engelli çocuğu olan ailelerle yapılan bir çalışmada, çocuğun bakımverenin baba (n=22) olduğu durumlarda, babaların

bakımveren annelere (n=78) göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur [92].

2013 yılında Pakistan'da zihinsel engelli çocuğu olan ailelerle yapılan bir çalışmada, annelerde (n=99) babalara (n=99) göre istatistiksel olarak anksiyete, depresyon ya da her ikisinin de daha fazla olduğu ve babaların zihinsel engelli çocuk sahibi olmasıyla anksiyete ve depresyon skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur [93].

Kawa & Shafi'nin 2013 yılında yaptığı çalışmada babaların zihinsel engelli çocuğa sahip olmasıyla anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştı [94].

2015 yılında, Giallo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, zihinsel engelli çocuğu olan babaların zihinsel engelli çocuğu olmayan gruba göre önemli ölçüde daha fazla depresyon ve stres semptomunun olduğu bulunmuştur. Anksiyetede ise normal gruba göre anlamlı bir farklılık bildirilmişti [9].

Majumdar ve arkadaşlarının 2005'te zihinsel engelli çocuğu olan ailelerle yaptığı çalışmada ise zihinsel engelli çocuğu olan babalarda daha fazla algılanan stres ve anksiyete olduğu ve algılanan stres düzeyiyle anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu belirtilmişti [95]. Chouan ve arkadaşları tarafından 2016 yılında zihinsel engelli çocuğu olan ailelerle yapılan bir çalışmada da (n=90), ailelerin zihinsel engelli çocuğu olmayan gruba göre anksiyete skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [96].

Zihinsel engelli çocuğu olan babalarda yapılmış kısıtlı sayıda çalışmada, araştırma sonuçlarımıza hem benzer ve hem de farklı sonuçlar yer almaktadır. Ülkemizde çalışmamıza benzer şekilde zihinsel engelli çocuğu olan ve olmayan babalar arasında söz konusu özellikler yönünden değerlendirilmiş çalışmaya rastlanmamıştır. Literatürde çalışmalarda genellikle anneler dahil edilmiştir bu nedenle ülkemizde babaları merkeze alan daha fazla çalışma yapılmalıdır. Farklı ülkelerde babaların dahil edildiği çalışmalarda sonuçların farklılığı ülkeler ve bölgeler arasındaki sosyokültürel, ekonomik nedenler gibi farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Pakistan, Afganistan gibi gelişmekte olan ülkelere, aile yapısı ve cinsiyet rollerinden dolayı çocukların bakımı genellikle annenin sorumluluğunda olması babaların daha iyi ruh halinde olmasını sağlamış olabilir. Babaların çocuklara bakımveren olduğunda çocuğun durumundan daha fazla etkilenmesi

bu durumun göstergesi olabilir. Diğer taraftan örneklem sayılarının farklı olması, çalışmaya kimlerin dahil edildiğinin de sonuçları etkilemiş olabileceği düşünüldü.

Bu çalışmada zihinsel engelli çocuğu olan babaların anksiyete skorları ile depresyon skorları arasındaki korelasyon incelenmiş, pozitif yönlü güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. Babaların anksiyete skoru arttıkça, depresyon skoru da artmıştır.

2016 yılında Hindistan'da zihinsel engelli çocuğu olan ailelerle yapılan bir çalışmada anksiyete ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur [96]. 2013 yılında İspanya'da öğrenme güçlüğü yaşayan çocukların anne babalarla yapılan başka bir çalışmada da babaların anksiyete ve depresyon skorları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu, anksiyete semptomu arttıkça depresyon semptomunun da arttığı bulunmuştur [97]. Literatürdeki çalışmalar çalışmamızı destekler niteliktedir.

Bu çalışmada, zihinsel engelli çocuğun yaşının, cinsiyetinin, zihinsel engel şiddetinin, fiziksel engelinin, sürekli ilaç kullanımının babaların anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilemediği bulunmuştur.

2018'de Hindistan'da yapılan çalışmada zihinsel engelli çocuğun zihinsel engelli çocuğun cinsiyetinin ve yaşının babaların anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi olmadığı bulunmuştu [98]. Azeem ve arkadaşlarının zihinsel engelli çocuğu olan ailelerle 2013 yılında yaptığı çalışmada, zihinsel engelli çocuğu olan babaların anksiyete ve depresyon düzeyi ile zihinsel engel düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştu [93]. Vilaseca ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada da zihinsel engelli çocuğun yaşı, cinsiyeti ve zihinsel engel düzeyleriyle ailelerin anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilemediği bildirilmişti [97]. 2004 yılında White ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da çocuğun yaşı, cinsiyeti, ailelerin medeni durumu, eğitim durumu, ya da medeni durum gibi sosyodemografik özelliklerinin anne ve babaların anksiyete, depresyon ya da stres seviyesini etkilemediği bulunmuştu [99].

Sharma ve arkadaşlarının 2021 yılında zihinsel engelli çocuğu olan ailelerle yaptığı çalışmada zihinsel engelli çocuğun cinsiyeti, zihinsel engel düzeyi ve eşlik eden tıbbi bir rahatsızlığı ile babaların anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştu. Aynı çalışmada, zihinsel engelli çocuğu olan babaların depresyon düzeyi ile çocuğun cinsiyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, babaların depresyon düzeyi ile çocuğun zihinsel engel düzeyi ve çocuğun eşlik eden tıbbi bir rahatsızlığı arasında anlamlı fark olduğu bildirilmişti [90].

Türkiye’de 2020 yılında, Ören & Aydın tarafından zihinsel engelli çocuğu olan ailelerle yapılan çalışmada, zihinsel engelli çocuğun bakım vereni baba olduğunda, çocuğun cinsiyetinin babanın depresyon düzeyini etkilemediği ancak çocuğun yaşı, zihinsel engel düzeyi ile babanın depresyon düzeyi arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur [92]. Bu çalışma, Karabük ilinde 78’i anne, 22’si babalardan oluşan 100 ebeveynle yapılmıştır. Daha fazla sayıda babanın dahil edildiği araştırmalarda farklı sonuçlar çıkabileceği düşünülmektedir.

2001 yılında Türkiye’de zihinsel engelli çocuğu olan anne babaların kaygı düzeylerine etki eden etmenleri inceleyen bir çalışmada, zihinsel engelli çocuğun cinsiyetinin babaların sürekli kaygı puanını etkilediği, babaların erkek çocuklarda daha fazla kaygılandığı bulunmuştur [100]. Hacettepe Üniversitesi’nde yapılan bu çalışmadaki bulgular çalışmamızdan farklıdır. Çalışmanın eğitim kurumları ve özel eğitim merkezlerinde yapılmış olması ve örneklemdaki zihinsel engelli çocuk cinsiyet oranlarının (% 37,6’kız ve % 62,4 erkek) eşit dağılmamış olması anksiyete düzeyindeki farklı sonucun nedeni olabilir.

2016’da Choan ve arkadaşları tarafından zihinsel engelli çocuğu olan ailelerle (n =90) yapılan çalışmada orta ve ağır zihinsel engel düzeyi olan çocukların-anne ve babalarında depresyon ve anksiyete düzeyi, hafif zihinsel engelli çocuğu olanlara göre daha yüksek, hafif zihinsel engel düzeyi olan çocukların ailelerin anksiyete ve depresyon düzeyleri normal zeka düzeyine sahip çocuklu ailelere göre daha yüksekti [96].

Depresyon ve anksiyete pek çok faktörden etkilenen, biyopsikososyal ortak etkilanimle ortaya çıkabilen hastalıklar olduğundan literatürde farklı sonuçlara rastlanabileceği düşünülmektedir. Literatürde bu çalışmayı destekleyen sonuçlar olduğu gibi, farklı araştırma sonuçlar da bulunmaktadır. Literatürde yer alan çalışmaların genellikle annelerle yapıldığı ya da babaların annelerle birlikte çalışmaya alınıp, anksiyete ve depresyon düzeylerinin annelerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle karşılaştırıldığı görülmektedir. Zihinsel engelli çocuğu olan babaların, zihinsel engelli çocuğu olmayan babalarla karşılaştırıldığı çalışmaların kısıtlı olduğu görülmektedir [95],[96].

Türkiye’de yapılan çalışmalar incelendiğinde, araştırma yerinin hastanede değil de, rehabilitasyon ve eğitim merkezleri olduğu görülmektedir, bu durum zihinsel engelli çocuğun eğitim ihtiyaçlarını karşılamak, bakım veren olarak devamlı ve yoğun bir

sorumluluk gerektirdiği için rehabilitasyon ve eğitim merkezlerine çocuklarını getiren babaların, ruhsal olarak daha çok etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir.

Ayrıca Türkiye’de yapılan çalışmalarda zihinsel engelli çocuğu olan anne ve babaların çalışmaya çoğunlukla birlikte dahil edildiği, zihinsel engelli çocuğu olan babalar ile olmayan babaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin karşılaştırmasının dahil olduğu çalışmaların yapılmadığı görülmektedir. Sonuçların farklılığının bu nedenle olduğu düşünülmektedir. Çalışmamız ülkemizde daha önceki çalışmaya göre babaların depresyon ve anksiyete durumlarının zihinsel engelli çocuğa sahip olma durumundan etkileniminin daha etkili şekilde değerlendirilebileceği bir çalışma olmuştur. Bu çerçevede ülkemizde zihinsel engelli çocuğu olan babaların ruh sağlıklarıyla ilgili daha fazla araştırma yapılması önemlidir.

Farklı ülkelerde yapılan çalışmaların çoğunluğunda çalışmamıza benzer şekilde, zihinsel engelli çocuğun yaş, cinsiyet, engel düzeylerinin babaların anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında bir anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Babaların anksiyete ve depresyon düzeylerini etkileyen durumlar, Türkiye’de yapılan çalışmalarda görüldüğü üzere, babaların bakımveren olup olup olmadığı, babaların ekonomik kaygıları ve kişilik özelliklerinden kaynaklı olabilir. Zihinsel engelli çocuğu olan babaların zihinsel çocuğun özellikleri yanında, babanın sosyodemografik özellikleriyle ilgili daha fazla çalışma yapılması gerektiği görülmektedir.

Çalışmamızda birden fazla zihinsel engelli çocuk olmasıyla babaların anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken, birden fazla zihinsel engelli çocuğu olan babalarda ciddi depresyon düzeyi, tek zihinsel engelli çocuğu olan babalardaki ciddi depresyon düzeyine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Literatürde yapılan çalışmalarda, birden fazla engelli çocuğun ve zihinsel engelli çocuğun sürekli ilaç kullanımının, zihinsel engelli çocuğu olan babaların anksiyete ve depresyon düzeylerini etkileme durumuna dair herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. SONUÇLAR

Bu çalışmada zihinsel engelli çocuğa sahip olmanın babaların anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi incelendi. Aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı;

- Zihinsel engelli çocuğu olan ve olmayan babaların dahil olduğu iki grup yaş, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile yapısı ve eşle akrabalık durumunu içeren sosyodemografik özellik bakımından benzerdi.
- Zihinsel engelli çocuğu olan babalar, zihinsel engelli çocuğu olmayan babalara göre daha fazla sayıda çocuk sahibiydi.
- Zihinsel engelli çocuğu olan ve olmayan babalar ve ailelerinin kronik, psikiyatrik hastalıkları, depresyon öyküsü ve sürekli ilaç kullanımı değerlendirildiğinde gruplar birbirine benzerdi.
- Zihinsel engelli çocuğu olan babaların, zihinsel engelli bir çocuğa sahip olmasının % 46'sının işlerini organize etmede, % 36,5'inin aile içi problem yaşamada sorun yaşadığı belirlenmiştir. Babaların % 9,5'inin psikolojik yardım aldığı görülmüştür.
- Babaların anksiyete durumu değerlendirildiğinde, zihinsel engelli çocuğu olan babaların %28,6'sının (% 13,5'inin hafif, %11,9'unun orta düzeyde ve %3,2'sinin ciddi düzeyde) anksiyetesi olduğu bulundu. Zihinsel engelli çocuğu olmayan babaların %19,0'ının (%11,8'inin hafif, %4,8'inin orta düzeyde, % 2,4'ünün ciddi düzeyde) anksiyetesinin olduğu görüldü.
- Zihinsel engelli çocuğu olan ve olmayan babaların anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı.
- Depresyon durumu incelendiğinde zihinsel engelli çocuğu olan babaların % 35,7'sinin (%17,5'inin hafif, %7,9'unun orta düzeyde ve %10,3'ünün ciddi düzeyde) depresyonu olduğu bulundu. Zihinsel engelli çocuğu olmayan babaların ise % 27,0'ının (%17,5'inin hafif, %8,7'sinin orta düzeyde ve % 0,8'inin) ciddi düzeyde depresyonu olduğu bulundu.
- Zihinsel engelli çocuğu olan babalarla zihinsel engelli çocuğu olmayan babaların depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Zihinsel engelli çocuğu olan babalarda, zihinsel engelli çocuğu olmayan babalara göre “ciddi depresyon” daha fazladır.

- Zihinsel engelli çocuğu olan babalarda, zihinsel engelli çocuğun yaşı, cinsiyeti, zihinsel engel düzeyi, fiziksel engeli, sürekli ilaç kullanımı anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilememektedir.
- Birden fazla zihinsel engelli çocuğu olan babalar ile tek bir zihinsel engelli çocuğu olan babaların anksiyete düzeyleri farklı değildi ancak depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardı. Birden fazla zihinsel engelli çocuğu olan babalarda “ciddi depresyon” düzeyi daha yüksekti.
- Zihinsel engelli çocuğu olan babalarda anksiyete skorları ile depresyon skorları arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki bulundu.

4.2. ÖNERİLER

1. Bu araştırma sonucuna göre, hafif, orta ve ciddi düzeylerde anksiyete ve depresyonu olan zihinsel engelli çocuğu olan babalar, zihinsel engelli çocuğu olmayan babalara göre daha fazla sayıda idi. Zihinsel engelli çocuğu olan babalarda, zihinsel engelli çocuğu olmayan babalara göre “ciddi depresyon” daha fazladır. Bu durum, zihinsel engelli çocuğu olan babaların iyilik halinin belirlenmesi ve iyileştirilmesi için bilgi ve müdahale desteği sağlanması önemi ortaya koymaktadır. Bu bağlamda zihinsel engelli çocuğunu hastaneye muayeneye getiren babaların, ruhsal durumunun değerlendirilmesi, ruhsal desteğe ihtiyaç durumlarında gerekli müdahale bulunulması için ilgili poliklinikler tarafından hastane psikoloji polikliniklerine yönlendirilmesi konusunda çalışmalar yapılmalıdır.

Toplumun temel yapı taşı olan ailelerin refahının sağlanmasının halk sağlığının korunmasında önemli bir etken olduğu düşünöldüğünde, toplum sağlığı ve iyilik halinin devam ettirilebilmesi için sağlık kurumlarının zihinsel engelli çocuğu olan ailelere ayrıca psikososyal destek veren birimler oluşturması sağlanabilir.

2. Ülkemizde konunun önemi ortaya koymak ve gerekli müdahaleleri yaygınlaştırmak, için daha fazla çalışma yapılmalıdır. Bu çalışmada, 6-18 yaş aralığında çocuklar yer aldığından ötürü çalışmaya dahil edilen babalar genellikle orta yaş kapsamındaydı. Yetişkin zihinsel engelli çocuğu olan babaların da ruh sağlığı ile ilgili araştırmalar yapılmalıdır.

3. İlgili kurumların iş birliğı ile zihinsel engelli çocuğı olduğı bilinen devlet kurumları ya da özel kurumlarda, “zihinsel engelli çocukların bakımında yer almak” konulu psikoeğitimler ve bilinçlendirme projeleri teşvik edilmelidir. Eğitim ve sağık gibi devlet kurumları ile özel kurumlarda zihinsel engelli çocuğı olan ailelere ve çocuğun bulunduğı ortamdaki diğerk çocukların ailelerine depresyon ve anksiyete bozuklukları ile ilgili bilinçlendirme eğitimleri verilebilir. Söz konusu eğitimler zihinsel engelli çocuğı olan anne ve babaların olası ruhsal sorunlarını önlemeye ya da erken dönemde tedaviye başlamaya yönelik girişimlerde önemli rol oynayabilir. Zihinsel engelli çocuğı olan ailelerde babaların ruhsal sorunlarla karşılaşabilme ihtimali değerdendirilmeli, babalara bu konuda eğitim, sosyal ve ruhsal destek verilmelidir.



5. KAYNAKLAR

- [1] D. K. Daily, H. H. Ardinger, & G. E. Holmes, "Identification And Evaluation of Mental Retardation.", *Am Fam Physician*, c. 61, sy 4, ss. 1059-1067, 2000.
- [2] E. Bilal, & İ. Dağ, "Eğitilebilir Zihinsel Engelli Olan ve Olmayan Çocukların Annelerinde Stres, Stresle Başa Çıkma ve Kontrol Odağının Karşılaştırılması", *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, c. 12, sy 2, ss. 56-68, 2005.
- [3] Institute of Health Metrics and Evaluation. (2023, 6 Nisan). *Global Health Data Exchange (GHDx)*. [Online]. Erişim: <https://ghdx.healthdata.org/>
- [4] K. Baykoç, N. Bayhan, & İ. Artan, "Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Beklentileri ve Endişe Duydukları Konuların İncelenmesi," *Sosyal Hizmetler Dergisi*, c.1, ss. 16-23, 2000.
- [5] P. Qian, L. Wenxia, M. Jun, W. Lijun, & L. Weiwei, "Study on the Relationship Between Anxiety, Depression and Social Support of Caregivers of Mentally Retarded Children", *Clinical Medicine Research*, c. 9, sy 1, ss. 1-5, 2020.
- [6] H. Şahin, & E. A. Yılmaz, "Engelli Çocuğu Olan Annelerin Depresif Semptomlar ve Algıladıkları Sosyal Destek Açısından İncelenmesi," *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 6(2), 97-105, 2023.
- [7] T. Gülşah, "Engelli Çocuğu Olan ve Çocuğu Engelli Olmayan Annelerin Anksiyete, Depresyon ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin İncelenmesi," *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (18), 30-36, 2017.
- [8] A. Nagarkar, J. Sharma, S. Tandon, & P. Goutam, "The Clinical Profile of Mentally Retarded Children in India and Prevalence of Depression in Mothers of The Mentally Retarded", *Indian Journal Psychiatry*, c. 56, sy 2, ss. 165-170, 2014.
- [9] R. Giallo, M. Seymour, J. Matthews, S. Gavidia-Payne, A. Hudson, & C. Cameron, "Risk Factors Associated With The Mental Health of Fathers of Children With An İntellectual Disability in Australia", *Journal of Intellectual Disability Research*, c. 59, sy 3, ss. 193-207, 2015.
- [10] Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), (2023, 15 Şubat), *Seen, Counted, Included: Using data to shed light on the well-being of children with disabilities*. [Online]. UNICEF.
Erişim:<https://data.unicef.org/resources/children-with-disabilities-report-2021/>
- [11] International Classification of Diseases, 11th revision. Geneva: World Health Organization; 2019. [Online]. WHO. Erişim: <https://icd.who.int/en>
- [12] American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, (2023, 19 Mart). FAQs on Intellectual Disability. [Online]. Erişim: <https://www.aaidd.org/intellectual-disability/faqs-on-intellectual-disability>
- [13] American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4. bs.) Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 1994.
- [14] Ş. S. Başgül, (edt. B. Semerci, A. Tufan, & S. Gökçe), "Mental Retardasyon," *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Klinik El Kitabı*, 1.bs., Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, ss. 31- 37, 2022.

- [15] T. Türkbay, “Zeka Geriliği (Mental Retardasyon),” Psikiyatri Temel Kitabı, 2. bs, c. 1. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Basın Yayın, ss. 157-174, 2007.
- [16] B.K, Shapiro & M.L., Batshaw, “Intellectual disability.” (Editörler: R.M., Kliegman, B.F., Stanton, N.F., Schor). Nelson Textbook of Pediatrics, Philadelphia: Elsevier, 216-22, 2016.
- [17] P. K. Maulik, M. N. Mascarenhas, C. D. Mathers, T. Dua, & S. Saxena, “Prevalence of Intellectual Disability: A Meta-analysis of Population-based Studies”, *Research in Developmental Disabilities*, c. 32, sy 2. ss. 419-436, 2011
- [18] R.L. Schalock, S.A. Borthwick-Duffy, & V.J. Bradely, “Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports.”, 11. bsm. Washington, DC., 2009.
- [19] Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), “Nüfus ve konut araştırması 2011”, Ankara, 2013, (2023, 24 Mart). [Online]. Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Nufus-ve-Konut-Arastirmasi-2011-15843>
- [20] Nüfus Bilim, “2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”, Ankara, 2019, (2023, 24 Mart). [Online]. Erişim: https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018_turkiye_nufus_ve_saglik_arastirmasi-55
- [21] Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni”, Ankara, 2023, (2023, 24 Mart). [Online]. Erişim: <https://www.aile.gov.tr/eyhgm/sayfalar/istatistikler/engelli-ve-yasli-istatistik-bulteni/>
- [22] National Health Service (NHS). (2023, 1 Nisan). A Disability History Timeline. [Online]. Erişim: <https://ukdhm.org/v2/wp-content/uploads/2016/03/B5-Disability-Time-Line-NHS-North-West.pdf>
- [23] The Minnesota Governor’s Council on Developmental Disabilities. (2023, Nisan). A History of Developmental Disabilities. [Online]. Erişim: <https://mn.gov/mnddc/parallels/>
- [24] R. Porter ve D. Wright, Ed., “The Confinement of the Insane.”, Cambridge University Press, ss. 109-110, 2003.
- [25] G. Cooney, A. Jahoda, A. Gumley, & F. Knott, “Young People With Intellectual Disabilities Attending Mainstream and Segregated Schooling: Perceived Stigma, Social Comparison and Future Aspirations”, *Journal of Intellectual Disability Research*, c. 50, sy 6, ss. 432-444, 2006.
- [26] W. Wolfensberger, “The Origin and Nature of Our Institutional Models.”, Changing Patterns in Residential Services For The Mentally Retarded. Washington, D.C.: President’s Committee on Mental Retardation, ss. 59-171, 1969.
- [27] J. Toplak. (2023, 23 Mart). *Voting is every EU citizen’s right, regardless of disability*. [Online]. Erişim: <https://www.euractiv.com>
- [28] A. Hild. (2023, 23 Mart). *5 reasons why people with intellectual disabilities should get the right to vote* [Online]. Erişim: <https://www.inclusion-europe.eu/why-people-with-intellectual-disabilities-should-get-the-right-to-vote/>
- [29] World Health Organization (WHO), “World report on disability and rehabilitation and rehabilitation, 2015”, Geneva, 2016. (2023, 3 Nisan). [Online]. Erişim: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>
- [30] Amerikan Psikiyatri Birliği, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, DSM V Tanı Ölçütleri*, (Çev. E. Köroğlu), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014.

- [31] J. D. Clements, "Classification in Mental Retardation", c. 2. Washington: American Association on Mental Deficiency, 1984.
- [32] ICD-10 Version:2016, (WHO), (2023, 5 Nisan). Online. Erişim: <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F70-F79>
- [33] R. C. Kessler, W. T. Chiu, O. Demler, & E. E. Walters, "Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication", *Archives of General Psychiatry*, c. 62, sy 6, s. 617-627, 2005.
- [34] S. B. Sulkes, "Intellectual Disability", Merck Manual Consumer Version, Eylül 2022.
- [35] R. Thivakulan, P. Chamithra, D. Rupasinghe, E. Vikram Reddy, & J. C. Sangeetha, "Analysis Of Preliminary And Clinical Measurements In Children With Intellectual Disabilities And Toddlers In Southern Karnataka", *NeuroQuantology*, c. 20, sy 17, ss. 561-567, 2022.
- [36] T. Vos, "Global, Regional, and National Incidence, Prevalence, and Years Lived With Disability For 301 Acute and Chronic Diseases and Injuries In 188 Countries, 1990–2013: A Systematic Analysis For the Global Burden of Disease Study 2013", *The Lancet*, c. 386, sy 9995, ss. 743-800, 2015.
- [37] APA Dictionary of Psychology, "anxiety", American Psychological Association, 2023.[Online]. Erişim: <https://dictionary.apa.org/anxiety>
- [38] World Health Organization. (2023, 4 Nisan). Mental disorders. [Online]. Erişim:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- [39] A. Öhman, & J. J. Soares, "On The Automatic Nature of Phobic Fear: Conditioned Electrodermal Responses To Masked Fear-Relevant Stimuli.", *Journal of Abnormal Psychology*, c. 102, sy 1, ss. 121-132, 1993.
- [40] P. Sylvers, S. O. Lilienfeld, & J. L. LaPrairie, "Differences Between Trait Fear And Trait Anxiety: Implications For Psychopathology", *Clinical Psychology Review*, c. 31, sy 1, ss. 122-137, 2011.
- [41] S. Epstein, "The Nature of Anxiety With Emphasis Upon Its Relationship To Expectancy", Elsevier, 1972, ss. 291-342, 1972.
- [42] D. H. Barlow, "Unraveling The Mysteries of Anxiety And Its Disorders From The Perspective of Emotion Theory.", *American Psychologist*, c. 55, sy 11, ss. 1247-1263, 2000.
- [43] World Health Organization. (2023, 8 Nisan). *World mental health report: Transforming mental health for all*. [Online]. Erişim <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- [44] R. C. Kessler, M. Petukhova, N. A. Sampson, A. M. Zaslavsky, & H-U. Wittchen, "Twelve-Month and Lifetime Prevalence and Lifetime Morbid Risk of Anxiety and Mood Disorders in The United States", *International Journal of Methods in Psychiatric Research Int. J. Methods Psychiatr. Res*, c. 21, sy 3, ss. 169-184, 2012.
- [45] D. J. Stein ve B. Vythilingum. (2023, 12 Nisan). *Anxiety Disorders and Gender*. [Online]. Erişim adresi: www.ebook3000.com
- [46] World Health Organization (2023, 16 Nisan). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. [Online].

Erişim:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

- [47] T.C. Sağlık Bakanlığı, “Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Ön Rapor”, Ankara, 1997.
- [48] T. Binbay, K. Alptekin, H. Ulaş, N. Direk, A. T. Aker, Y. Akvardar,...& O. Taycan, “Psychiatric Epidemiology in Turkey: Main Advances in Recent Studies and Future Directions”, *Turkish Journal of Psychiatry*, c. 25, ss. 264-281, 2013.
- [49] C. Kılıç, “Türkiye’de Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı ve Ruhsal Tedavi İhtiyacı Konusunda Neredeyiz?”, *Toplum ve Hekim*, c. 35, sy 3, ss. 179-187, 2020.
- [50] M. Özcan, F. Uğuz, & A.S. Çilli, “Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ek Tanılar”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 276-285, 2006.
- [51] W. D. Smith, (Editör). (1994). *Hippocrates. Epidemics*, Cambridge: Harvard Yayınları, c. 7, 1994,
- [52] H. C. Nutting, (Editör). (1935). *Cicero, Tusculanae Disputationes*, Pittsburgh: The Classical Weekly, c. 28, sy 4, ss. 31-35.
- [53] B. Robert, *The Anatomy of melancholy*, Philadelphia: J.W. Moore, 1857, c. 8.
- [54] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (c. 1), Washington: American Psychiatric Publishing, 1952.
- [55] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (c. 1), Washington: American Psychiatric Publishing, 1968.
- [56] C. A. Reynolds, Behavioral Genetics, Robert Plomin, John C. DeFries, Valerie S. Knopik, Jenae M. Neiderhiser (Editörler). *Behavioral Genetics*. 6.Baskı. New York. Worth Publishers, c. 43, sy 4, ss. 360-361, 2013.
- [57] J. M. Hettema, M. C. Neale, & K. S. Kendler, “A Review and Meta-Analysis of the Genetic Epidemiology of Anxiety Disorders”, *American Journal of Psychiatry*, c. 158, sy 10, ss. 1568-1578, 2001.
- [58] J. W. Smoller, S. R. Block, & M. M. Young, “Genetics of anxiety disorders: the complex road from DSM to DNA”, *Depression and Anxiety*, c. 26, sy 11, ss. 965-975, 2009.
- [59] M. G. Craske, M. B. Stein, T.C. Eley, M. R. Milad, A. Holmes, R. M. Rapee, & H-U. Wittchen, “Anxiety disorders”, *Nature Reviews Disease Primers*, c. 3, sy 1, ss. 1-18, s. 17024, 2017.
- [60] Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry 2/2015. (2023, 25 Nisan). [Online]. Erişim: <https://www.libraioghedini.it/psichiatria/6062-massachusetts-general-hospital-comprehensive-clinical-psychiatry-2-2015.html>
- [61] G. Perna, A. Alciati, A. Riva, W. Micieli, & D. Caldirola, “Long-term Pharmacological Treatments of Anxiety Disorders: An Updated Systematic Review”, *Current Psychiatry Reports*, c. 18, sy 3, s. 23, 2016.
- [62] A. Etkin, K. E. Prater, A. F. Schatzberg, V. Menon, & M. D. Greicius, “Disrupted Amygdalar Subregion Functional Connectivity and Evidence of A Compensatory Network in Generalized Anxiety Disorder”, *Archives General Psychiatry*, c. 66, sy 12, s. 1361, 2009.

- [63] S. Center for Behavioral Health Statistics. (2023, 1 Mayıs). *Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*. [Online]. Erişim adresi: <http://store.samhsa.gov/home>.
- [64] J. Baldwin, & J. Cox, "Treating Dyspnea", *Medical Clinics of North America*, c. 100, sy 5, ss. 1123-1130, 2016.
- [65] M. R. A. Muscatello, A. Bruno, C. Mento, G. Pandolfo, & R. A. Zoccali, "Personality Traits and Emotional Patterns in Irritable Bowel Syndrome", *World Journal of Gastroenterology*, c. 22, sy 28, s. 6402-6415, 2016.
- [66] J. M. Remes-Troche, "How to Diagnose and Treat Functional Chest Pain", *Current Treatment Options in Gastroenterology*, c. 14, sy 4, ss. 429-443, 2016.
- [67] APA Dictionary of Psychology. (2023, 5 Mayıs). *Depression*. [Online]. Erişim: <https://dictionary.apa.org/depression>
- [68] Salik I, Marwaha R. (2023, 8 Mayıs). "Electroconvulsive Therapy," [Online]. Erişim: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538266/>.
- [69] H. Türkçapar, "Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri," *Klinik Psikiyatri*, c. 26, sy 2, ss. 12-16, 2004. <https://klinikpsikiyatri.org/tr/jvi.aspx?pdire=kpd&plng=tur&un=KPD-54782&look4=>
- [70] C. A. Woody, A. J. Ferrari, D. J. Siskind, H. A. Whiteford, & M. G. Harris, "A Systematic Review and Meta-Regression of The Prevalence and Incidence of Perinatal Depression", *Journal of Affective Disorders*, c. 219, ss. 86-92, 2017.
- [71] G. Y. Lim, W. W. Tam, Y. Lu, C. S. Ho, M. W. Zhang, & R. C. Ho, "Prevalence of Depression in the Community From 30 Countries Between 1994 and 2014", *Scientific Reports*, c. 8, sy 1, s. 2861, ss. 1-10, 2018.
- [72] H.H. Yeh, J. Westphal, Y. Hu, E. L. Peterson, L.K. Williams, D. Prabhakar, ... & B. K. Ahmedani, "Diagnosed Mental Health Conditions and Risk Of Suicide Mortality.", *Psychiatric services*, 70(9), 750-757, 2019.
- [73] Y. Song, S. J. Rhee, H. Lee, M.J. Kim, D. Shin, & Y.M. Ahn, "Comparison of Suicide Risk By Mental Illness: A Retrospective Review of 14-Year Electronic Medical Records.", *Journal of Korean Medical Science*, 35(47), 2020.
- [74] E. H. Reynolds & J. V. K. Wilson, "Depression and Anxiety in Babylon", *Journal of the Royal Society of Medicine*, c. 106, sy 12, ss. 478-481, 2013.
- [75] C. M. Tipton, "The History of 'Exercise Is Medicine' in Ancient Civilizations", *Advances in Physiology Education*, c. 38, sy 2, ss. 109-117, 2014.
- [76] S. Freud & J. Strachey, "Mourning and Melancholia. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud", *Trauer und Melancholie Technik und Metapsychol*, c.14, sy 6, ss. 428- 474, 1917.
- [77] A. T. Beck, "An Inventory for Measuring Depression", *Archives of General Psychiatry*, c. 4, sy 6, s. 561, 1961.
- [78] C. Ramachandrai, N. Subramanyam, K. Bar, G. Baker, & V. Yeragani, "Antidepressants: From MAOIs to SSRIs and more", *Indian Journal of Psychiatry*, c. 53, sy 2, s. 180, 2011.

- [79] A. M. Cooper, & R. Michels, "Diagnostic and statistical manual of mental disorders, revised (DSM-III-R)", *American Journal of Psychiatry*, 145(10), 1300-1301, 1988
- [80] O. Remes, J. F. Mendes, & P. Templeton, "Biological, psychological, and social determinants of depression: A Review of Recent Literature", *Brain Sciences*, c. 11, sy 12, s. 1633, 2021.
- [81] P. F. Sullivan, M. C. Neale, & K. S. Kendler, "Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis", *American Journal of Psychiatry*, c. 157, sy 10, ss. 1552-1562, 2000.
- [82] F. Rice, G. Harold, & A. Thapar, "The genetic aetiology of childhood depression: a review", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, c. 43, sy 1, ss. 65-79, 2002.
- [83] R. V. Saveanu & C. B. Nemeroff, "Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors", *Psychiatric Clinics of North America*, c. 35, sy 1, ss. 51-71, 2012.
- [84] A. Caspi, K. Sugden, T.E. Moffitt, A. Taylor, I.W. Craig, H. Harrington,...& R. Poulton, "Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene", *Science*, c. 301, sy 5631, ss. 386-389, 2003.
- [85] J. Lin, H. Yang, Y. Zhang, Z. Cao, D. Li, L. Sun,...& Y. Wang, "Association of Time Spent in Outdoor Light and Genetic Risk With The Incidence of Depression", *Translational Psychiatry*, c. 13, sy 1, s. 40, 2023.
- [86] M. Ulusoy, N. H. Sahin, & H. Erkmen, "Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties", *Journal of Cognitive Psychotherapy*, c.12, sy 2, ss. 163- 172, 1998.
- [87] A. T. Beck, N. Epstein, G. Brown, & R. A. Steer, "An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties.", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, c. 56, sy 6, ss. 893-897, 1988.
- [88] B. Tegin, "Depresyonda Bilişsel Bozukluklar: Beck Modeline Göre Bir İnceleme", Yayınlanmamış Doktora Tezi, Psikoloji Bölümü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1980.
- [89] C. Xia, H. Zheng, S. Zhang, L. Tang, Q. Jing, G. Chen, ... & J. Lu." Modifiable Personal and Environmental Factors Associated With Anxiety in Family Caregivers Of Children With Disabilities: A Comparison Between Parents And Grandparents." *Journal of Affective Disorders*, 295, 604-611, 2021.
- [90] R. Sharma, H. Singh, M. Murti, K. Chatterjee, & J. Rakkar, "Depression and Anxiety in Parents of Children and Adolescents With Intellectual Disability", *Industrial Psychiatry Journal*, c. 30, sy 2, s. 291-298, 2021.
- [91] N. Scherer, I. Verhey, & H. Kuper., "Depression and anxiety in parents of children with intellectual and developmental disabilities: A systematic review and meta-analysis." *PloS one*, 14(7), e0219888, 2019.
- [92] B. Ören ve R. Aydın, "Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerde Bakım Veren Yükü ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi", *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, c. 7, sy 3, ss. 302-309, 2020.
- [93] M. Waqar Azeem, I. A. Dogar, S. Shah, M.A. Cheema, A. Asmat, M. Akbar,...& I.I. Haider, "Anxiety and Depression among Parents of Children with Intellectual

Disability in Pakistan”, *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, c. 22, sy 4, ss. 290-295, 2013.

[94] M. H. Kawa & H. Shafi, “Comparative Study of Stress and Depression Among Parents of Mentally Retarded Children”, *Quest International Multidisciplinary Research Journal*, c. 2, sy 2, ss. 24- 34, 2013.

[95] M. Majumdar, Y. Da Silva Pereira, & J. Fernandes, “Stress and Anxiety in Parents Of Mentally Retarded Children”, *Indian Journal Psychiatry*, c. 47, sy 3, ss. 144-147, 2005.

[96] S. C. Chouhan, P. Singh, & S. Kumar, “A Comparative Study of Anxiety and Depressive Symptoms Among Parents of Mentally Retarded Children”, *Journal of Well Being*, c. 10, sy 2, ss. 17-28, 2016.

[97] R. Vilaseca, F. Ferrer, & J. Guardia Olmos, “Gender Differences in Positive Perceptions, Anxiety, and Depression Among Mothers and Fathers Of Children With Intellectual Disabilities: A Logistic Regression Analysis”, *Qual Quant*, c. 48, sy 4, ss. 2241-2253, 2013.

[98] S. V. Jaiswal, A.A. Subramanyam, H.R. Shah, & R.M. Kamath., “Psychopathology and Coping Mechanisms in Parents of Children With Intellectual Disability.” *Indian journal of psychiatry*, 60(3), 312,2018.

[99] N. White, & R. P. Hastings, “Social and Professional Support for Parents of Adolescents with Severe Intellectual Disabilities”, *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, c. 17, sy 3, ss. 181-190, 2004.

[100] N. Türkoğlu ve Artan İsmihan, “Zihinsel Engelli Çocukların Anne ve Babalarının Kaygı Düzeylerine Etki Eden Etmenlerin İncelenmesi”, *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, c. 1, sy 2, ss. 41-53, 2001.

6. EKLER

EK-1: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Aşağıda sizi ve çocuğunuzu tanımaya yönelik bazı sorular sorulmaktadır. Sorulara içtenlikle cevap vermeniz araştırmanın güvenilirliği açısından önem taşımaktadır. Anket üzerinde kimliğinizi belirten herhangi bir soru bulunmamaktadır. Bu nedenle her soru için mümkün olduğunuzca samimi bir şekilde size uyan cevabı işaretleyiniz: Lütfen her maddeyi cevaplandırırdığınızdan emin olun. Katılımınız için teşekkür ederim 1) Yaşınızı belirtiniz. ... 2) Kaç çocuğunuz var, belirtiniz... 3) Medeni durumunuz nedir? a) Evli b) Bekar 4) Eğitim düzeyiniz nedir? a) Okur yazar değil b) İlkokul mezunu c) Ortaokul mezunu d) Lise mezunu e) Üniversite mezunu f) Yüksek lisans ve üstü 5) Çalışma durumu a) Emekli b) Memur c) Çiftçi d) Serbest meslek e) İşçi f) Diğer g) Çalışmıyor 6) Hane içi toplam geliriniz ne kadar? a) 8.500 TL altı b) 8.500 TL-16.000 TL c) 16.000 TL-20.000 TL d) 20.000 TL- 30.000 TL e) 30.000 TL üzeri 7) Aile yapınız nedir? a) Çekirdek aile b) Geniş aile 8) Eşle akrabalık var mı? a) Evet b) Hayır 9) Kronik rahatsızlığınız var mı? a) Evet. Kronik rahatsızlığınız nedir? b) Hayır 10) Psikiyatrik bir rahatsızlığınız var mı? a) Evet. Nedir belirtiniz?... b) Hayır 11) Depresyon öykünüz var mı? Varsa ne zaman. a) Evet. Zamanını belirtiniz. b) Hayır 12) Sürekli ilaç kullanımınız var mı? a) Evet. Nedir?... b) Hayır 13) Ailede depresyon tanısı olan var mı? a) Evet b) Hayır 14) Ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan bir birey var mı? a) Evet. Yakınlığı? b) Hayır. 15) Ailede kronik rahatsızlığı olan biri var mı?	a) Evet. Yakınlığı? b) Hayır 16) Ailede fiziksel engelli bir birey var mı? a) Evet. Yakınlığı? b) Hayır 17) Ailede zihinsel engelli bir birey var mı? a) Evet. Yakınlığı? b) Hayır. Aşağıdaki soruları 18 yaş altı, zihinsel engelli çocuğunuz varsa cevaplayınız: 18) Çocuğunuzun cinsiyeti nedir? a) Kız b) Erkek 19) Çocuğunuzun yaşı nedir? Belirtiniz.... 20) Çocuğunuzun doğum sırası nedir? a) İlk çocuk b) Ortanca çocuk c) Son çocuk 21) Zihinsel engel şiddeti? a) Ağır zihinsel engel b) Orta zihinsel engel c) Hafif zihinsel engel 22) Çocuğunuzun sağlık kurulu raporu var mı? a) Evet. b) Hayır. 23) Çocuğunuzun fiziksel bir engeli var mı? Varsa nedir? a) Evet.... b) Hayır 24) Çocuğunuzun kronik bir rahatsızlığı var mı? Varsa nedir? a) Evet... b) Hayır 25) Çocuğunuz sürekli ilaç kullanıyor mu? a) Evet. Belirtiniz. b) Hayır 26) Başka engelli çocuğunuz var mı? Varsa kaç tane? a) Evet b) Hayır 27) Kronik rahatsızlığı olan başka çocuğunuz var mı? a) Evet b) Hayır 28) Çocuğunuzun özel durumundan dolayı işlerinizi organize etmede sorun yaşıyor musunuz? a) Evet b) Hayır 29) Çocuğunuzun özel durumundan dolayı aile içinde problem yaşıyor musunuz? a) Evet b) Hayır 30) Çocuğunuzun özel durumundan dolayı hiç psikolojik destek aldınız mı? a) Evet b) Hayır
--	---

EK-2: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

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

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

EK-3: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

1-a) Kendimi üzgün hissetmiyorum. b) Kendimi üzgün hissediyorum. c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum. d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum. 2. -a) Gelecekte umutsuz değilim. b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum. c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek. 3.- a) Kendimi başarısız görmüyorum b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır. c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum. d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum. 4.-a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum. b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum. c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum. d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Herşey çok can sıkıcı. 5. -a) Kendimi suçlu hissetmiyorum. b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor. c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum. d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum. 6.-a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum. b) Bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum. c) Cezalandırılmayı bekliyorum. d) Cezalandırıldığımı hissediyorum. 7. a) Kendimden hoşnutum. b) Kendimden pek hoşnut değilim. c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum. d) Kendimden nefret ediyorum. 8. -a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum. b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum. c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum. d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum. 9. -a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok. b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam. c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim. d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm 10.-a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum. b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum. c) Şu sıralarda her an ağlıyorum. d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum. 11. -a) Her zamankinden daha sinirli değilim. b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum. c) Çoğu zaman sinirliyim. d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum. 12.- a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim. b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim. c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim. d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.	13.- a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum. b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum. c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum. d) Artık hiç karar veremiyorum. 14.- a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum. b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzüldüyorum. c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum. d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum. 15.-a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum. b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor. c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum. d) Hiçbir iş yapamıyorum. 16. -a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum. b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum. c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum. d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum. 17. -a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum. b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum. c) Şu sıralarda neredeyse herşey beni yoruyor. d) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum. 18.-a) İştahım eskisinden pek farklı değil. b) İştahım eskisi kadar iyi değil. c) Şu sıralarda iştahım epey kötü. d) Artık hiç iştahım yok. 19.-a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum. b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim. c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim. d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim. Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. 20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor. -b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var. c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor. d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum. 21. -a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok. b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum. c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim. d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.
--	--

EK-4: ETİK KURUL ONAY BELGESİ

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU									
ARAŞTIRMANIN AKÇIK ADI		Zihinsel Engelli Çocuklara Sahip Babalarının Anksiyete ve Depresyon Skorları							
TITLE OF STUDY		Anxiety and Depression Scores of Fathers of Mentally Handicapped Children							
KADIN + ERKEK BÖLGE LEVENİ	ARAŞTIRILAN HASTA GRUBU	ARAŞTIRILAN HASTA GRUBU	Belge Adı		Tarihi	Yerleşim Numarası	Dini		
			DÜZCE İLİ HALUK BAYRAZ ÇOCUK POLİKLİNİĞİ'NE BAĞLI OLAN DÜZCE BAĞCIK FORTUM ARAŞTIRMA HASTAHANE				Türkçe ☐ İngilizce ☐	Filizir ☐	Filizir ☐
			Belge Adı				Türkçe ☐ İngilizce ☐	Filizir ☐	Filizir ☐
							Türkçe ☐ İngilizce ☐	Filizir ☐	Filizir ☐
							Türkçe ☐ İngilizce ☐	Filizir ☐	Filizir ☐
							Türkçe ☐ İngilizce ☐	Filizir ☐	Filizir ☐
							Türkçe ☐ İngilizce ☐	Filizir ☐	Filizir ☐
							Türkçe ☐ İngilizce ☐	Filizir ☐	Filizir ☐
							Türkçe ☐ İngilizce ☐	Filizir ☐	Filizir ☐
							Türkçe ☐ İngilizce ☐	Filizir ☐	Filizir ☐
Açıklama									
Karar No:2022/205 Tarih: 05.12.2022 Bu formda belirtilen verilerin barındırma devresi ile ilgili belgeler araştırmamın gerekecek, amaç, saklanması ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunduktan sonra araştırmanın başlatılması için karar olmuştur. Araştırma saati sonuna kadar belirlenen merkezi etik kurul başkanlığında değerlendirilmiştir. ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASİ Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi, İyi Klinik BASKIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof.Dr. İsmail MALKOÇ Uzmanlıklar Kurulu									
Unvanı/Adı/Soyadı		Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlgili		Katılım *	İmza	
Prof.Dr.Ender GÜÇLÜ		Klinik Kurum Başak Hastahaneleri	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	☒	☒	☒	☒	
Doç.Dr.Mehmet ARICAN		Ortopedi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	☒	☒	☒	☒	
Doç.Dr.Ahmet ÖRKEZ		Te Hastahaneleri	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	☒	☒	☒	☒	
Doç.Dr.Mehmet ALI SUNGUR		Radyasyonist ve Tıbbi Bilimler	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	☒	☒	☒	☒	
Dr.Oğr.Yvesit Nuri Cenk ÇOKLU		Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	☒	☒	☒	☒	
Dr.Oğr.Yvesit Sakirye ÖZDE		Çocuk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	☒	☒	☒	☒	
Dr.Oğr.Yvesit Ersin BEYAZZADE		Egzersiz	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	☒	☒	☒	☒	
Dr.Oğr.Yvesit Abdullah HELADA		Klinik Kurum Başak Hastahaneleri	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	☒	☒	☒	☒	
Dr.Oğr.Gökçe YILMAZ		Hemşirelik Tarihi ve	Düzce Üniversitesi Sağlık Hizmetleri	E	☒	☒	☒	☒	
Metin POLAT		Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Fakültesi	E	☒	☒	☒	☒	
Kenan VAROL		Sivil Dye	Varellar Demir Çelik Sanayi ve Ticaret Şti.	E	☒	☒	☒	☒	
* Toplantıda Bulunma									

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Zihinsel Engelli Çocuga Sahip Babaların Anksiyete ve Depresyon Skorları
TITLE OF STUDY	Anxiety and Depression Scores of Fathers of Mentally Handicapped Children

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	

BAYIRI BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Ogr.Üyesi Nehir YÜKSEL			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR UNVANI/ADI/SOYADI	Yüksek Lisans Öğrencisi EHT YILDIZ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÖRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	CTÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		In vitro tıbbi tam cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☐		
		Diğer ise belirtiniz ****			
		TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etikçi
Unvanı
İmza

: Prof.Dr.İsmail MALKOÇ

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-5: ARASTIRMA YÜRÜTME KURUM İZİN BELGESİ

İZİN FORMU

Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Babaların Anksiyete ve Depresyon Skorları konulu araştırma çalışması yapmayı planlamaktayım. Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Babaların Anksiyete ve Depresyon Skorları konulu araştırma çalışmam için Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalınızda ve Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Babaların Anksiyete ve Depresyon Skorları konusunda çalışmalarına izin verilmesi için müsaadelerinizi arz ederim.

Tarih
04.11.2022
Adı/Soyadı
Elif Yıldız

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda çalışmalar yapması uygundur.

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

Tarih 04.11.2022
Adı Soyadı B. ÖZ
İmzası

Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışmalar yapması uygundur.

Başhekim

Tarih 04.11.2022
Adı Soyadı Prof. Dr. Ömer Abidin BALBAY
Başhekim
ve Müdürü
İmzası

EK-6: TEZ BAŞLIĞI DEĞİŞİKLİĞİ OLUR BELGESİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 22.06.2023-308448

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARARLARI

TOPLANTI TARİHİ : 21.06.2023

TOPLANTI SAYISI : 2023/ 26

KARAR NO: 2023 / 890

Enstitümüz Lisansüstü Programlarına kayıtlı olan ve aşağıdaki tabloda bilgileri verilen öğrencilerin Anabilim/Anasanat Dalı Başkanlıkları tarafından gönderilen tez başlığı değişiklik formları okundu.

Yapılan inceleme ve görüşmeler neticesinde, Düzce Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin 8-(1), 18-(1) maddeleri uyarınca EABD/EASD Başkanlıklarının önerisi de göz önünde bulundurularak tabloda bilgileri verilen öğrencilerin mevcut tez başlıklarının değiştirilerek yeni tez başlıklarının aşağıdaki şekliyle kabul edilmesine oy birliği ile karar verildi.

Numarası	Adı Soyadı	Kayıt Tarihi	Anabilim/Anasanat Dalı	Programı	Tez Danışmanı	Tez Başlığı	
						Mevcut	Önerilen
2145041001	Elif YILDIZ	17.09.2021	Halk Sağlığı	YL	Dr. Öğr. Üyesi Nehir YÜKSEL	Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Olma Durumunun Babaların Anksiyete ve Depresyon Skorları	Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Olma Durumunun Babaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi

KARAR NO: 2023 / 940

Enstitümüz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi 2145041001 numaralı Elif YILDIZ ile Kırklareli Üniversitesine geçiş yapan tez danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Nehir YÜKSEL'e ait, Anabilim Dalı Başkanlığı tarafından gönderilen 15.06.2023 tarihli ve E. 304966 sayılı yazı okundu.

Yapılan inceleme ve görüşmeler neticesinde, Düzce Üniversitesi Lisansüstü Uygulama Esasları'nın F-(4) "İstifa eden, ilgili kanunlar çerçevesinde başka bir kuruma görevlendirilen veya kadrosuyla başka bir kuruma geçen öğretim üyesinin tez aşamasında olmayan öğrencileri için danışmanlığı kendiliğinden sona erer. Ancak, tez aşamasındaki öğrenciler için öğrencinin ve danışmanın birlikte talebi halinde danışmanlığı devam eder. Bu durumdaki öğretim üyeleri için kurumlar arası görevlendirme işlemi yapılmaz." maddesi uyarınca, tez aşamasında bulunan Elif YILDIZ'ın tez danışmanlığına Dr. Öğr. Üyesi Nehir YÜKSEL'in devam etmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

EK-7: ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Elif YILDIZ

Yabancı Dili: İngilizce

ÖĞRENİM DURUMU

Derece	Alan	Okul/Üniversite	Mezuniyet Yılı
Y. Lisans	Halk Sağlığı	Düzce Üniversitesi	2024
Lisans	Psikoloj	ODTÜ	2015
Lise		Van Milli Piyango Anadolu Lisesi	2009