

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ BİLİM DALI

ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP EBEVEYNLERİN
DİNDARLIK YÖNELİMLERİ, DİNİ BAŞA ÇIKMA VE RED-KABUL DÜZEYLERİ
İLE RUH SAĞLIĞI GÖSTERGELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

DOKTORA TEZİ

HAZIRLAYAN
Hafize ALBAYRAK

İSTANBUL-2023

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ BİLİM DALI

ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP EBEVEYNLERİN
DİNDARLIK YÖNELİMLERİ, DİNİ BAŞA ÇIKMA VE RED-KABUL DÜZEYLERİ
İLE RUH SAĞLIĞI GÖSTERGELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

DOKTORA TEZİ

HAZIRLAYAN
Hafize ALBAYRAK

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ali Ulvi Mehmedoğlu

İSTANBUL-2023

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ BİLİM DALI

TEZ ONAY BELGESİ

GENEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Hafize ALBAYRAK
Ana Bilim Dalı : Felsefe ve Din Bilimleri
Bili Dalı : Felsefe ve Din Bilimleri
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Ali Ulvi MEHMEDOĞLU
Tez Türü ve Tarihi : Doktora, Ocak 2023
Anahtar Kelimeler : Engelli Ebeveynliği, Dini Başa Çıkma, Kabul-Red,
Depresyon, Anksiyete ve Stres, Hayat Memnuniyeti.

ÖZET

Araştırmada engelli (zihinsel, otizm ve down sendromlu) çocuğa sahip ebeveynlerin dindarlık yönelimleri, dini başa çıkma ve red-kabul düzeyleri ile ruh sağlığı göstergeleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmada nicel yöntemlerden ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırma İstanbul evreninde yapılmıştır. Örneklem belirlenmesinde uygun örneklem belirleme yolu tercih edilmiş ve engelli çocuklara sahip ebeveynlerden araştırmaya gönüllü katılmış 514 kişiden örneklem oluşmuştur. Araştırmaya katılanların demografik özelliklerini belirleme yönelik olarak Kişisel Bilgi Formu, Dini Başa Çıkma Tutumu Ölçeği, Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol Ölçeği (EKRO/K), Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASÖ) ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği (HMÖ) kullanılmıştır. Ölçeklerden toplanan veriler kodlanarak bilgisayar ortamında SPSS paket programı yardımı ile çözümlenmiştir. Ölçekler arasındaki ilişkilerin saptanması amacıyla Pearson korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Görüşler arasında anlamlı bir değişkenlik olup olmadığı $\alpha=0.05$ anlamlılık seviyesinde test edilmiştir. Araştırma sonucunda olumsuz dini başa çıkma tutumlarının depresyon ile pozitif yönlü anlamlı ilişkisinin olduğu belirlenmiştir. Olumsuz dini başa çıkma tutumunun çocuklarını reddetme eğilimini etkilediği; olumlu dini başa çıkma tutumunun ise reddetme eğilimine negatif etkide bulunduğu belirlenmiştir.

GENERAL KNOWLEDGE

Name and Surname : Hafize ALBAYRAK
Department : Philosophy and Religious Sciences
Field : Philosophy and Religious Sciences
Supervisor : Prof. Dr. Ali Ulvi MEHMEDOĞLU
Degree Awarded and Date : Doctorate, January 2023
Keywords : Parents of Children with Disabilities, Religious
Coping, Acceptance-Rejection, Depression, Anxiety
and Stress, Life Satisfaction.

ABSTRACT

In this study, the relationship between religious orientations, religious coping, and rejection/acceptance levels of parents with disabled children and indicators of mental health was examined. Relational screening model, one of the quantitative methods, was used in the research. The research was carried out in the Istanbul universe. Appropriate sampling method was preferred in determining the sample and the sample consisted of 514 people who voluntarily participated in the research from parents with disabled children. Personal Information Form, Religious Coping Attitude Scale, Parental Acceptance-Rejection/Control Scale (EKRO/K), Depression, Anxiety and Stress Scale (DASÖ) and Life Satisfaction Scale (HMÖ) were used to determine the demographic characteristics of the people participating in the research. The data collected from the scales were coded and analyzed in computer environment with the help of SPSS package program. Pearson correlation analysis was used to determine the relationships between the scales. Whether there is a significant variability between the views was tested at the $\alpha=0.05$ significance level. As a result of the research, it was determined that negative religious coping attitudes were positively and significantly related to depression. It was determined that negative religious coping attitude affected the tendency to reject their children, and positive religious coping attitude had a negative effect on the rejection tendency.

ÖNSÖZ

Araştırmada, toplumun önemli bir kesimini oluşturan engellilik konusu ele alınmıştır. Engelli (zihinsel, otizm ve down sendromlu) çocuklara sahip olan ebeveynlerin normal çocuklara sahip olan ebeveynlere göre yüklendiği sorumlulukların daha fazla olduğu bilinmektedir. Engelli çocukların gelişimlerinin desteklenerek bakım ve ihtiyaçlarının giderilmesi, özel eğitim gerekliliği, sosyal ilişkilerde yaşadıkları sorunların çözülmesi ve yaşam becerilerinin kazandırılması bu sorumluluklara örnek olarak verilebilir. Engelli ebeveynlerinin çocuklarını kabul etmekte ve sorumluluklarını taşımakta zorluk çektiği, çocuklarının geleceklerini düşünerek daha kaygılı olduğu ve bu durumun ruh sağlıklarını olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Engelli ailesi, tüm bu sorumluluk ve yüklerle başa çıkabilmek için mücadele etmekte ve çeşitli başa çıkma mekanizmaları kullanmaktadır. Dini yönelim kullanılan bir başa çıkma mekanizmasıdır. Bu bağlamda araştırmanın, engelli çocuğa sahip ebeveynlerin dindarlık yönelimleri, dini başa çıkma ve red-kabul düzeyleri ile ruh sağlığı göstergeleri olan depresyon, kaygı, anksiyete ve hayat memnuniyetinin incelenme gerektiği temel düşüncesiyle araştırma gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Giriş, dört bölüm ve Sonuçtan oluşmaktadır. Girişte, araştırmanın gerekliliği, amacı, önemi, varsayımları, hipotezleri ve ilgili literatür ele alınmıştır. Birinci bölümde, kuramsal bilgilere yer verilmiş; engelli bireylerin ve ailelerinin özellikleri açıklanmış; din ve dindarlık kavramları ile dini başa çıkma olgusu değerlendirilmiş, engelli çocuğa sahip ebeveynlerde red-kabul durumları ve ruh sağlığı ilişkisi kuramsal bağlamda incelenmiştir. İkinci bölümde, araştırmanın evren ve örnekleme, kullanılan ölçme araçları, uygulama yöntemi, veri analizi yöntemleri açıklanmıştır. Üçüncü bölümde araştırmada elde edilen bulgular verilmiştir. Dördüncü bölümde, bulguların tartışma ve değerlendirmesi yapılmıştır. Araştırma, ulaşılan sonuçlar ve bu sonuçlardan yola çıkılarak oluşturulan önerilerle neticelendirilmiştir.

TEŞEKKÜR

Öncelikle hem bilime hem de araştırmamın sonuçlanmasına katkı sağlayan tüm zihinsel engelli çocukların ailelerine sorduğum soruları sabırla ve özveriyle cevapladıkları için ayrı ayrı teşekkür ederim.

Doktora yolculuğumun her aşamasında yanımda olan, engin görüş ve deneyimleri ile ufkumu açan, akademik çalışma motivasyonumu arttıran ve öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyduğum kıymetli danışmanım Prof. Dr. Ali Ulvi Mehmedoğlu'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmanın hazırlanma sürecinin her aşamasında bilgilerini, tecrübelerini ve değerli zamanlarını esirgemeyerek her fırsatta çalışmamla yakından ilgilenen değerli hocam Prof. Dr. Ali Ayten'e teşekkürü bir borç bilirim. Değerli görüşleri ile çalışmamın şekillenmesini sağlayan ve akademik ufkumu zenginleştiren değerli hocalarım, Prof. Dr. Gülgün Uyar, Doç. Dr. M. Naci Kula, Doç. Dr. Sevede Düzgüner ve Doç. Dr. Fatma Baynal'a çok teşekkür ederim.

Çalışmalarım boyunca desteklerini ve samimiyetlerini hep hissettiğim sevgili doktora yol arkadaşlarım Dr. Nihâl İşbilen, Araştırma Görevlisi Nuriman Karayığit ve Dr. Öğretim Üyesi Hatice Kılınçer'e çok teşekkür ederim. Çalışmamın her aşamasında manevi desteklerini esirgemeyen ve veri toplama aşamasında çalışmama katkı sağlayan sevgili arkadaşım Çocuk Gelişimci Hilal Kulhan'a ve doktora ders süreci esnasında her zaman yanımda olan sevgili arkadaşım Sosyolog Seda Soylu'ya teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her döneminde maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, karşılıksız sevgi gösteren, eğitim hayatım boyunca hedeflerime gitmem konusunda beni yüreklendiren, cesaretlendiren cennetmekân babam Nuri Albayrak'a, benden hiçbir zaman desteğini esirgemeyen, hayatımı kolaylaştıran ve eğitim hayatım boyunca beni motive eden annem Sevinç Albayrak'a en derin şükranlarımı bir borç bilirim. Manevi destek ve dualarıyla yanımda olan sevgili kardeşlerim ve tüm değerli arkadaşlarıma, tez sürecinde desteklerini her daim hissettirdikleri için teşekkürlerimi sunarım.

Hafize Albayrak

İstanbul, 2023

İÇİNDEKİLER

ÖZET	IV
ABSTRACT	V
ÖNSÖZ	VI
TEŞEKKÜR	VII
İÇİNDEKİLER	VIII
TABLolar ve ŞEKİLLER LİSTESİ	X
KISALTMALAR	XIII

GİRİŞ	1
1. Araştırmanın Konusu ve Problemleri	1
2. Araştırmanın Amacı	4
3. Araştırmanın Önemi	5
4. Araştırmanın Varsayımları	6
5. Araştırmanın Hipotezleri	7
6. Araştırmanın Sınırlılıkları	7
7. Konu ile İlgili Önceki Araştırmalar	8

1. BÖLÜM: KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE	14
1.1. Engellilik	14
1.1.1. Engelli Bireyler	14
1.1.2. Engelli Çocukların Sınıflandırılması	15
1.1.2.1. Mental Retardasyon (Zihinsel Yetersizliği) Olan Çocuklar	19
1.1.2.1.1. Zihinsel Engelli Bireylerin Özellikleri	21
1.1.2.1.2. Zihinsel Engelliliğin Nedenleri	25
1.1.2.1.3. Zihinsel Engelliliğin Yaygınlığı	27
1.1.2.2. Down Sendromlu Çocuklar	28
1.1.2.3. Otizm/Yaygın Gelişimsel Bozukluğu Olan Çocuklar	29
1.2. Destekleyici Aileler	34
1.3. Dinin Tanımı ve Boyutları	39
1.3.1. Dinin Tanımı	39
1.3.2. Dinin Boyutları	44
1.4. Dindarlık	47
1.4.1. Din, Dindarlık ve Sağlık	49
1.4.2. Din, Dindarlık ve Engellilik	53
1.4.3. Din, Dindarlık ve Toplumsal Yaşam	55
1.5. Dini Başa Çıkma	57
1.5.1. Dini Başa Çıkma Yöntemleri	58
1.5.2. Dini Başa Çıkma Sürecini Etkileyen Faktörler	59
1.6. Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerde Red-Kabul	59
1.7. Engelli Çocuğa Sahip Olma ve Ruh Sağlığı	64
1.8. Dini Başa Çıkma ve Ruh sağlığı	68

2. BÖLÜM: YÖNTEM	72
2.1. Araştırmanın Modeli	72
2.2. Evren ve Örneklem.....	73
2.3. Ölçme Araçları	75
2.3.1. Kişisel Bilgi Formu	75
2.3.2. Dini Başa Çıkma Tutumu Ölçeği	75
2.3.3. Ebeveyn Kabul-Red / Kontrol Ölçeği	76
2.3.4. Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASÖ)	76
2.3.5. Hayat Memnuniyeti Ölçeği (HMÖ)	77
2.4. Verilerin Toplanması ve Analiz Yöntemleri	78
3. BÖLÜM: BULGULAR	80
3.1. Dini Başa Çıkma Ölçeğine İlişkin Bulgular	80
3.2. Ebeveyn Kabul-Red Ölçeğine İlişkin Bulgular	89
3.3. Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Bulgular	96
3.4. Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular	113
3.5. Regresyon Analizine İlişkin Bulgular.....	114
3.6. Açık Uçlu Sorularla İlgili Bulgular.....	115
4. BÖLÜM: TARTIŞMA	118
4.1. Dini Başa Çıkma.....	118
4.2. Ebeveyn Kabul-Red.....	126
4.3. Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti	133
SONUÇ ve ÖNERİLER	147
BİBLİYOGRAFYA	153
EKLER	193
EK 1. Kişisel Bilgi Formu	193
EK 2. Dini Başa Çıkma Ölçeği.....	196
EK 3. Kabul-Red Ölçeği.....	197
EK 4. Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASÖ)	199
EK 5. Etik Kurul Onayı	201
EK 6. Özgeçmiş.....	202

TABLolar ve ŞEKİLLER LİSTESİ

Tablo 1: Zihinsel Engelliğin Nedenleri	27
Şekil 1: Değişkenler Arası Araştırma Modeli	72
Tablo 2: Ebeveynlerin Demografik Özelliklerine İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri	73
Tablo 3. Őlçeklere Ait Basıklık, Ćarpıklık ve Güvenirlik DeĐerleri.....	78
Tablo 4. Dini BaŐa Ćıkma ŐlçeĐine İliŐkin Ortalama DeĐerler.....	80
Tablo 5. Ebeveynlere Göre Dini BaŐa Ćıkma ŐlçeĐi Sonuĉları	80
Tablo 6. YaŐlara Göre Dini BaŐa Ćıkma ŐlçeĐi Sonuĉları	81
Tablo 7. Medeni Duruma Göre Dini BaŐa Ćıkma ŐlçeĐi Sonuĉları	81
Tablo 8. EĐitim Durumuna Göre Dini BaŐa Ćıkma ŐlçeĐi Sonuĉları	82
Tablo 9. Meslek Durumuna Göre Dini BaŐa Ćıkma ŐlçeĐi Sonuĉları.....	82
Tablo 10. Gelir Durumuna Göre Dini BaŐa Ćıkma ŐlçeĐi Sonuĉları	83
Tablo 11. EŐ ile Akrabalık Durumuna Göre Dini BaŐa Ćıkma ŐlçeĐi Sonuĉları	83
Tablo 12. EŐ ile Akrabalık Derecesine Göre Dini BaŐa Ćıkma ŐlçeĐi Sonuĉları.....	84
Tablo 13. ĆocuĐun Cinsiyet Durumuna Göre Dini BaŐa Ćıkma ŐlçeĐi Sonuĉları.....	84
Tablo 14. ĆocuĐun YaŐ Durumuna Göre Dini BaŐa Ćıkma ŐlçeĐi Sonuĉları.....	84
Tablo 15. KardeŐ Sayısına Göre Dini BaŐa Ćıkma ŐlçeĐi Sonuĉları.....	85
Tablo 16. Kaĉıncı Ćocuk Olma Durumuna Göre Dini BaŐa Ćıkma ŐlçeĐi Sonuĉları.....	85
Tablo 17. Ćocuk Engel Durumuna Göre Dini BaŐa Ćıkma ŐlçeĐi Sonuĉları.....	86
Tablo 18. BaŐka Engelli ĆocuĐun Olup Olmamasına Göre Dini BaŐa Ćıkma ŐlçeĐi Sonuĉları.....	86
Tablo 19. Günlük İŐleri Organize Etmede Sorun YaŐayıp YaŐamama Durumuna Göre Dini BaŐa Ćıkma ŐlçeĐi Sonuĉları	86
Tablo 20. Aile İĉi Sorun Durumuna Göre Dini BaŐa Ćıkma ŐlçeĐi Sonuĉları.....	87
Tablo 21. DiĐer Ćocuklarla İlgilenmede Sorun YaŐama Durumuna Göre Dini BaŐa Ćıkma ŐlçeĐi Sonuĉları..	87
Tablo 22. Psikolojik Destek Alıp Almama Durumuna Göre Dini BaŐa Ćıkma ŐlçeĐi Sonuĉları	87
Tablo 23. ĆocuĐun Rehabilitasyona Devam EttiĐi Zamanına Göre Dini BaŐa Ćıkma ŐlçeĐi Sonuĉları	88
Tablo 24. Dindarlık Düzeyine Göre Dini BaŐa Ćıkma ŐlçeĐi Sonuĉları.....	88
Tablo 25. Kabul-Red/Kontrol Ölçeğine İlişkin Ortalama Değerler	89
Tablo 26. Ebeveyn Durumlarına Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuĉları	89
Tablo 27. Yaşlara Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuĉları.....	90
Tablo 28. Medeni Durumuna Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuĉları.....	90
Tablo 29. EĞitim Durumuna Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuĉları.....	90
Tablo 30. Meslek Durumuna Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuĉları	91

Tablo 31. Gelir Durumuna Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları.....	91
Tablo 32. Eş ile Akrabalık Durumuna Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları.....	91
Tablo 33. Eş ile Akrabalık Derecesine Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları.....	92
Tablo 34. Çocuğun Cinsiyetine Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sorunları.....	92
Tablo 35. Çocuğun Yaşına Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları.....	92
Tablo 36. Kardeş Sayısına Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları.....	93
Tablo 37. Kaçınıcı Çocuk Olma Durumuna Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları.....	93
Tablo 38. Çocuğun Engel Durumuna Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları.....	93
Tablo 39. Başka Engelli Çocuk Olup Olmamasına Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları.....	94
Tablo 40. Günlük İşlerde Sorun Yaşayıp Yaşamama Durumuna Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları.....	94
Tablo 41. Aile İçi Sorun Yaşama Durumuna Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları.....	94
Tablo 42. Diğer Çocuklarla İlgilenme Durumuna Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları.....	94
Tablo 43. Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları.....	95
Tablo 44. Çocuğun Rehabilitasyona Devam Ettiği Zamana Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları.....	95
Tablo 45. Dindarlık Düzeyine Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları.....	95
Tablo 46. Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Ortalama Değerler.....	96
Tablo 47. Ebeveyn Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları.....	96
Tablo 48. Yaşlara Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları.....	97
Tablo 49. Medeni Duruma Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları.....	98
Tablo 50. Eğitim Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları.....	99
Tablo 51. Meslek Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları.....	100
Tablo 52. Gelir Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları.....	101
Tablo 53. Eş ile Akraba Olup Olmama Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları.....	102
Tablo 54. Eş ile Akrabalık Derecesine Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları.....	102
Tablo 55. Çocuğun Cinsiyetine Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları.....	103
Tablo 56. Çocuğun Yaşına Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları.....	104
Tablo 57. Kardeş Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları.....	105
Tablo 58. Kaçınıcı Çocuk Olma Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları.....	106
Tablo 59. Çocuğun Engel Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları.....	107
Tablo 60. Başka Engelli Çocuğu Olup Olmama Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları.....	108

Tablo 61. Günlük İşlerinde Sorun Yaşayıp Yaşamama Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları	108
Tablo 62. Aile İçi Sorun Yaşama Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları.....	109
Tablo 63. Diğer Çocuklar ile İlgilenme Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları	109
Tablo 64. Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları.....	110
Tablo 65. Rehabilitasyona Devam Etme Zamanına Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları	111
Tablo 66. Dindarlık Düzeyine Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları ..	112
Tablo 67. Korelasyon Analizi Sonuçları	113
Tablo 68. Ebeveyn Kabul Red Ölçeğine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	114
Tablo 69. Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeğine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	114
Tablo 70. Hayat Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	115
Tablo 71. Günlük İşlerini Organize Etmede Yaşanan Sorunlar	115
Tablo 72. Engelli Çocuk Sahibi Olduktan Sonra Yaşanan Sorunlar	116
Tablo 73. Engelli Çocuğa Sahip Olma Nedeniyle Psikolojik Destek Alma Süresi.....	116
Tablo 74. Son 6 ayda Yaşanan Olumsuz Durumlar	117

KISALTMALAR

Bkz.	: Bakınız
bs.	: Baskı, basım
çev.	: Çeviren
DASÖ	: Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
Ed.	: Editör
EKAR	: Ebeveyn Kabul-Red
EKRÖ/K	: Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol Ölçeği
HMÖ	: Hayat Memnuniyeti Ölçeği
Hzl.	: Hazırlayan
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
t.y.	: Tarih yok
ve diğ.	: Ve diğerleri
y.y.	: Yayınevi yok, yayın yılı yok

GİRİŞ

Bu bölümde, araştırmanın konusu ve problem durumu, hipotezleri, araştırmanın amacı ve önemi ve bu konuda yapılan ilgili bilimsel araştırmalar verilmiştir.

1. Araştırmanın Konusu ve Problemleri

Engelli (zihinsel, otizm ve down sendromlu) çocuklara sahip olan ebeveynlerin normal çocuklara sahip olan ebeveynlere göre yüklendiği sorumlulukların daha fazla olduğu bilinmektedir. Engelli (zihinsel, otizm ve down sendromlu) çocuğa sahip ebeveynlerin dindarlık yönelimleri, dini başa çıkma ve red-kabul düzeyleri ile ruh sağlığı göstergeleri arasında ilişki olduğu düşünülmektedir. Araştırmada engelli çocuklar çalışma grubu zihinsel, otizm ve down sendromlu olarak sınırlandırılmıştır. Engellilik kavramı altında birçok alt engel türü olmasından dolayı çalışmanın daha spesifik olarak zihinsel, otizm ve down sendromlu olan türler ile sınırlandırılması tercih edilmiştir. Engelli çocukları olan ebeveynlerin normal gelişim gösteren çocuklara sahip ebeveynlere göre çocukların özel eğitim ihtiyacı, yaşadıkları arkadaş sorunları, disiplin sorunları, aile içi uyum sorunları, kardeşler arasında anlaşmazlık, ödev ve ders bilinci kazanım zorlukları, engelli çocukların gelişimlerinin desteklenmesi ve yaşam becerileri kazandırılması gibi çok geniş bir yelpazede farklılaşan sorumlulukları ve yükleri bulunmaktadır. Engelli ailesi, tüm bu sorumluluk ve yüklerle başa çıkabilmek için mücadele etmekte ve çeşitli başa çıkma mekanizmaları kullanmaktadır. Bu bağlamda dindarlık yönelimlerinin, dini başa çıkma ve red-kabul düzeylerinin ruh sağlığı göstergeleri ile ilişkili olduğu varsayılmıştır.

Tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de engelli bireylerin toplumun önemli bir bölümünü oluşturdukları bilinmekte (Öztürk, 2011, s. 9), engelli çocukların ebeveynlerinin, çocuklarının yüksek bakım gereksinimi nedeniyle ruh sağlıklarının bu durumdan olumsuz etkilendiği kabul edilmektedir (Hung ve diğ., 2010).

Engelli çocukları olan aileler bu rahatsızlığın/hastalığın getirdiği sorumluluklarla başbaşadır. Diğer aileler gibi çocuklarının genel bakım ve eğitim sorumluluklarını da yüklenmek durumundadır. Bu açıdan daha fazla sorumluluk üstlenen her ebeveyn daha fazla stres yaşayabilir (Cavkaytar, 2013, s. 55). Engelli bir çocuğun, ebeveyn açısından stres kaynağı olduğu, ailesine yeni yükler getirdiği ve ailesinde görülebilecek bazı rahatsızlıkların ve sorunların da etkeni olabildiği belirlenmiştir. Wayman (2017) ailelerin %12.7'sinin (annelerin %12.9'u, babaların %11.6'sı) "yüksek psikopatolojik belirtiler"; %8.8'inin ise "psikopatolojik belirtiler" gösterdiğini tespit etmiştir. Akçakın ve Erden (2001) ve Fırat (2007)'in araştırmalarında da annelerin depresyon puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sandler-Loeff ve diğ. (2006) zihinsel engelli çocukların ebeveynlerinin, toplum ve kültürel yapının çocuklarını reddedeceğinden korktuklarını belirtmişlerdir. Bu reddediliş düşüncesinin, engelli çocuğun toplumun kurallarına uyamayacağı, güzellik ve bağımsızlık gereksinimlerini ihlal edeceği görüşünden kaynaklandığı belirtilmiştir (Sandler-Loeff ve diğ., 2006). Ebeveynin görevi çocuğu olduğu gibi kabul ederek, çocuğu için en iyisini yapmaktır (Abalı, 2012, s. 10). Ancak engelli çocukların ebeveynlerinin, çocuklarının bu durumundan olumsuz etkilendiği (Hung ve diğ., 2010); kronik engelli çocukların bakım sürecinin ebeveynlerinin hem fiziksel sağlığına hem de psikolojik sağlığına zarar verdiği (Parminder ve diğ. 2005); iki engelli çocuk yetiştirmenin, anne psikolojik sıkıntı düzeyi ile ilişkili olduğu (olasılık oranı: bir çocuk için 1.72, iki çocuk için 2.85), ayrıca engelli olmayan çocuklarla karşılaştırıldığında anlamlı olarak ilişkili olduğu bildirilmiştir (Yamaoka ve diğ., 2016).

Engelli bir çocuğu büyütmek, ebeveynler için beklenmedik bir deneyim olarak değerlendirilmektedir (Raina ve diğ., 2005). Engelli bir çocuğa bakmanın, engelliliğin türüne bağlı olarak, fiziksel sağlık sorunlarına, zihinsel sağlık sorunlarına ve anneler üzerinde zamana veya mali yüklerle neden olduğu belirlenmiştir (Bourke ve diğ, 2008; Brehaut ve diğ, 2004; Estes ve diğ., 2013; Lee, 2013; Montes & Halterman, 2008a, 2008b; Nes ve diğ. 2014; Parish, Rose, Dababnah, Yoo ve Cassiman, 2012; Raina ve diğ., 2005). Özellikle anne ruh sağlığı hem anneler hem de çocuklar için önemlidir, çünkü anne ruh sağlığının bozukluğu olumsuz ebeveynlik uygulamalarıyla, (McLennan ve Kotelchuck, 2000; Minkovitz ve diğ., 2005); çocuk sağlığı sorunları ile (Ferro ve Speechley, 2009; Schwebel ve Brezausk, 2008) ve düşük akademik başarı ile (Shen ve diğ., 2016) ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Engelli çocuğa sahip ailelerin çocuklarını olduğu gibi kabullenmek yerine reddetme tutumuna yönelmesi durumunda ise çocukların gelişimlerinin olumsuz etkileneceği düşünölmektedir. Bu bağlamda alan yazın incelendiğinde, ebeveynlerinden reddetme yaşıyan çocukların, belirli kişilik özelliklerine özgü, daha spesifik olarak duygusal dengesizlik olan zihinsel bozuklukları (pasiflik, ilgisizlik, umutsuzluk ve depresyon duyguları) daha fazla içselleştirme yaygınlığına sahip olduğu bildirilmiştir (Baumrind, 1971; Del Barrio ve diğ., 2006; Lansford ve diğ. 2014; McCoy, Cybele 2011; Naghavi ve Redzuan, 2012; Piko ve Balázs, 2012; Aunola ve diğ., 2013). Bazı araştırmalar, anne/baba kabulünün reddinin, çocukların psikolojik uyumu üzerindeki rolünü ayrı ayrı analiz etmeye çalışmıştır. Elde ettikleri sonuçlar, her iki kabul-red türünün tüm kültürlerde eşit derecede önemli olduğunu ve her iki cinsiyetten çocuklarla benzer değişkenlerle ilişkili olduğunu göstermiştir (Ali ve diğ., 2015). Bu bağlamda, zihinsel sağlık bozukluklarının (içselleştirme veya dışsallaştırma) en iyi yordayıcısının, ebeveynlerin cinsiyetinin değil, çocukları ve çocukları arasındaki ilişkilerin olduğu tespit edilmiştir (Pinquart, 2017). Çöp, Kültür ve Dinç'in (2016) araştırmasında, engelli çocukların, ebeveynlerini daha ilgisiz, daha az sevecen ve daha reddedici gördükleri ve daha az denetleyici olarak algıladıkları bulunmuştur. Güçlü ve Erkıran (2005)'ın araştırmasında çocukların ebeveynlerinde borderline kişilik bozukluğu %1.3; borderline kişilik özelliği %3.4; obsesif kompulsif kişilik bozukluğu %19.9 ve antisosyal kişilik bozukluğu da %8.1 olarak saptanmıştır. DEHB'li çocukların annelerinde depresyonun %17.9 olduğu ifade edilmiştir.

Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin yüklendikleri sorumluluklarla başa çıkma yollarından birinin dini yönelimler olduğu düşünölmektedir. Dini yönelim önemli bir başa çıkma stratejisi olarak ele alınmaktadır (Pargament, 1997; Ekşi, 2001; Pargament ve Hill, 2003; Ayten, 2012; Hökelekli, 2015). Hayatın zorluklarıyla mücadele sürecinde, olumlu veya olumsuz değerlendirilmesinde din, bir başa çıkma stratejisi olarak önemli bir başlangıç noktası olabilir (Ekşi, 2001).

Psikoloji ve Din Psikolojisi literatüründe, hem başa çıkma hem de dini başa çıkma konuları üzerine pekçok araştırma yapılmış olduğu görölmektedir. Lazarus'un *Psychological Stress and the Coping Process* (Psikolojik Stress ve Başa Çıkma Süreci) başlığıyla 1966 yılında kaleme aldığı eserinin yayınlanmasından bu yana, başa çıkma ile ilgili pek çok eser yazılmıştır. Dini başa çıkma konusunda ise Pargament'in *The Psychology of Religion and Coping* (Din ve

Başa Çıkma Psikolojisi) isimli çalışması en kapsamlı eserdir. Dinin başa çıkma üzerindeki rolünün anlaşılmasında, bu çalışma önemli bir yere sahiptir (Ayten, 2012, s. 19).

İnsanlık tarihi kadar eski olan din tarihi, başlangıçtan itibaren insanlıkla iç içedir ve fertlerin hayatında önemli bir yere sahiptir. Bireylerin seçimlerinde, hal ve hareketlerinde hatta düşünce tarzlarında dahi dini inanç ve değerlerine başvurmayan insan sayısı oldukça azdır (Hökelekli, 2015, s. 29-31).

Başlangıçta psikolojinin üzerinde çok durmadığı dini ve manevi konular, günümüzde rağbet gören önemli konular arasındadır (Bergin, 1980; akt., Ekşi, 2001). Bu süreçte pek çok dini başa çıkma ölçeği geliştirilmiş, dini başa çıkma ile dini yönelim, kişilik özellikleri, depresyon, dini olmayan başa çıkma stratejileri, kronik rahatsızlıklar, kanser, endişe ve incinebilirlik, etnik kimlik gibi pek çok değişkenin ilişkisi araştırılmıştır (Ekşi, 2001).

Bir başka bakış açısıyla dinî başa çıkma; bireylerin öfkeyle ve diğer sorunlarıyla baş edemedikleri durumlarda kendinden üstün bir varlığa sığınma ihtiyacından kaynaklanan bir başa çıkma tarzıdır (Karakaş ve Koç, 2014). Dinî başa çıkma bireyin gündelik hayatında karşılaştığı sıkıntı, zorluk ve problemlerin üstesinden gelmesinde dinden nasıl ve ne düzeyde destek aldığını göstermektedir (Ayten ve diğ., 2012). Pargament, sıkıntılarla karşılaşan insanoğlunun bunların nedenine ilişkin bir sorgulama içerisine girdiğini ve nedensel yüklemelerde bulunduğunu; sıkıntılarla başa çıkabilmek için de dini ve manevi değerlerden destek aldığını belirtir ve bu sürece dini başa çıkma adını verir (Pargament, 1997, s. 190-240). Bu bağlamda araştırmanın, engelli çocuğa sahip ebeveynlerin dindarlık yönelimleri, dini başa çıkma ve red-kabul düzeyleri ile ruh sağlığı göstergeleri olan depresyon, kaygı, anksiyete ve hayat memnuniyeti düzeylerinin incelenmesi gerektiği düşünülmektedir. Araştırmanın problem cümlesi “Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin dindarlık yönelimleri, dini başa çıkma ve red-kabul düzeyleri ile ruh sağlığı göstergeleri arasındaki ilişkisi ne düzeydedir?” şeklinde belirlenmiştir.

2. Araştırmanın Amacı

Din ve maneviyat birçok problemin çözümünde başa çıkma stratejisi olarak bir güç kaynağı olarak düşünülmektedir. Maneviyatın insan üzerindeki etkisi birçok çalışmada araştırılmıştır (Pargament, 1997; Ekşi, 2001; Pargament ve Hill, 2003; Ayten, 2012; Hökelekli, 2015). Elde edilen bulgular bağlamında açıklamalarda bulunulmuştur. Ayrıca terapi yöntemi

olarak maneviyat temelli yaklaşımlar geliştirilmiştir (Pargament ve Hill, 2003). Çağdaş psikolojik yaklaşımlar sorun odaklı yaklaşmak yerine bireyin güçlü yanlarını ortaya çıkarmaya çalışmışlardır. Maneviyat temelli terapi ve yaklaşımların pozitif psikolojide kullanıldığı ve karakterin güçlü bir yansıması olan maneviyat ve hissiyatın bir güç kaynağı olarak kullanılabileceği ifade edilmiştir (Pargament, 1997, s. 190-240). Bu bağlamda araştırmanın temel amacı, engelli çocuğa sahip ebeveynlerin dindarlık yönelimleri, dini başa çıkma ve red-kabul düzeyleri ile ruh sağlığı göstergeleri arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Engelli çocuklar ve özellikleri, bu çocuklara sunulan hizmetler, bakım ve yaşam becerileri kazanmasında ailelerin sorumlulukları, dini başa çıkma tutumları ve ruh sağlığına ilişkin kuramsal açıklamalara yer verilmiş ve ilgili araştırma sonuçları ile karşılaştırmalar yapılmıştır. Ayrıca söz konusu bu üç olgu arasındaki ilişki ve etkileşim, İstanbul evreninden seçilen bir örneklem grubu üzerinde anket tekniği kullanılarak tespit edilmiştir. Bu bağlamda, dini başa çıkma tutumları ile red/kabul ilişkisi noktasında tesirinin nasıl olduğu, gerçekleştirilen empirik araştırmayla tespit edilmeye çalışılmıştır. Ayrıca bu araştırma ile gerek Batı’da konuyla ilgili literatürdeki bilgiler ve gerekse kültürümüzdeki bilgilerin toplanması ve yorumlanmasıyla psikoloji, din psikolojisi ve din sosyolojisi gibi ilgili alanlara zenginlik katmak amaçlamıştır.

3. Araştırmanın Önemi

Engelli çocuğa sahip ebeveynler yaşadıkları güçlüklerle karşı dini yönelimler ve başa çıkma stratejilerini kullanabilmektedirler. İnsan yaşamının neredeyse tamamını kuşatan ve başa çıkma mekanizmalarına da yansıyan dini unsurlar, başa çıkma sürecinden ayrı düşünülemez. Dolayısıyla belirli durumlarda kullanılan dini başa çıkma tarzlarının anlaşılmasının, ebeveynin red kabul tutumu ile ilişkisi ve ruhsal sağlığına etkisi bağlamında incelenmesinin, durum tespiti, gerekli koruyucu ve destekleyici önlemlerin alınması ve müdahale açısından önemli ve faydalı olacağı düşünülmektedir.

Engelli çocuğa sahip olmak, normal çocuklara sahip olmaktan farklıdır. Bu çocukların özellikleri gereği, ebeveyn sorumlulukları artmaktadır. (Bourke ve diğ., 2008; Brehaut ve diğ., 2004; Estes ve diğ., 2013; Lee, 2013; Montes & Halterman, 2008a, 2008b; Nes ve diğ. 2014; Parish, Rose, Dababnah, Yoo ve Cassiman, 2012; Raina ve diğ., 2005). Ebeveyn ruh sağlığı çocuklar için önemlidir, çünkü ruh sağlığı bozukluğunun olumsuz ebeveynlik uygulamalarıyla, (McLennan ve Kotelchuck, 2000; Minkovitz ve diğ., 2005), çocuk sağlığı sorunları ile (Ferro

& Speechley, 2009); Schwebel ve Brezaussek, 2008) ve düşük akademik başarı ile (Shen ve diğ., 2016) ilişkili olduğu belirlenmiştir. Özkan ve Düzgüner (2021) tarafından yapılan bir araştırmada da, bireylerde “güvenli bağlanma” eğilimi arttıkça, “dinî yalvarma, dinî yakınlaşma, dinî istikamet arayışı” etkinliklerine yönelme sıklığında artış tespit edilmiştir. Öte yandan “korkulu bağlanma” eğilimi arttıkça “dinî hoşnutsuzluk, manevi hoşnutsuzluk ve şerre yorma” sıklığında artış görülürken; “dinî yakınlaşma” boyutunda ise; düşüş olduğu tespit edilmiştir

Ebeveynlerin çocuklarının sorumlulukları karşısında dini başa çıkma ve red-kabul tutumları ile ruh sağlıkları ilişkisinin tespit edilmeye çalışılması bu araştırmayı önemli kılmaktadır. Literatür incelendiğinde, zihinsel engelli çocuğa sahip ebeveynlerin dini başa çıkma tutumlarını, engeli red-kabul durumlarını ve depresyon, anksiyete, stres düzeylerini ölçen daha önce yapılmış nicel bir araştırmaya rastlanmamıştır. Araştırmada elde edilen bulgular ile dini hassasiyetlerin gerek başa çıkma gerekse red-kabul tutumlarındaki etkisi incelenmiş olmaktadır. Dini başa çıkma düzeyleri ile ruh sağlığı ilişkisinin incelenmesi de ayrıca önemlidir. Elde edilecek olan tüm bu bulguların, literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca, toplumsal bir olgu olan dini yönelimlerin bir başa çıkma stratejisi olarak ne düzeyde kullanıldığının belirlenmesi, araştırmayı diğer bir yönden önemli kılmaktadır.

4. Araştırmanın Varsayımları

- Araştırmada kullanılan ölçekler konuyu ölçmek için yeterlidir.
- Belirlenen örneklem evreni temsil yeterliliğine sahiptir.
- Kullanılan istatistiksel yöntemler araştırmanın bulgularını yorumlamak için uygundur.
- Araştırmada kullanılan kaynaklar geçerli ve güvenilirlerdir.

5. Araştırmanın Hipotezleri

- Engelli çocuğu olan ebeveynlerin dini başa çıkma tutumları orta düzeydedir.
- Ebeveynler çocuklarını orta düzeyde kabullenmektedirler.
- Ebeveynlerin depresyon, anksiyete ve stres durumları yüksek, hayat memnuniyeti durumları düşük düzeydedir.
- Ebeveynlerin olumlu dini başa çıkma tutumları ile reddetme düzeyleri arasında negatif bir ilişki vardır.
- Ebeveynlerin olumlu dini başa çıkma tutumları ile depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur.
- Ebeveynlerin olumsuz dini başa çıkma tutumları ile depresyon düzeyleri arasında pozitif bir ilişki vardır.
- Ebeveynlerin olumsuz dini başa çıkma tutumları ile anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur.
- Ebeveynlerin demografik özellikleri ile dini başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.
- Ebeveynlerin demografik özellikleri ile red-kabul düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur.
- Ebeveynlerin demografik özellikleri ile depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti düzeyleri arasında anlamlı ilişki yoktur.

6. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma, konu açısından dini başa çıkma tutumları, red-kabul düzeyleri, depresyon, kaygı ve anksiyete ve hayat memnuniyeti ile sınırlandırılmıştır.
- Örneklem olarak engelli (zihinsel, otizm ve down sendromlu) çocuklara sahip ebeveynler ile sınırlıdır.

- Zaman açısından 2020-2021 yılında toplanan veriler ile sınırlıdır.
- Kullanılan kaynaklar, ölçme araçları ve istatistiksel yöntemlerle sınırlıdır.

7. Konu ile İlgili Önceki Araştırmalar

Pargament ve diğ. (1988), 197 kilise üyesinin problem çözme becerileri ile dindarlıkları arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Araştırma sonucunda, dinin problem çözmede ve ortaya çıkan sorunları çözmede önemli bir etken olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Pargament ve diğ. (1992) yaptıkları bir başka araştırmada, 538 Hristiyan kilise üyesinin dinî yönelimlerini incelemişler, dinî başa çıkma yönteminin olumsuz yaşam olaylarıyla ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Smith, Pargament, Brant ve Oliver'in (2000) yaptıkları araştırmada, kilise üyelerinin psikolojileri ile dinî başa çıkma arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Pargament ve Brant (1998), din ve uyum arasındaki ilişki üzerine makro ve mikro yaklaşımları esas alan bir araştırma yapmışlardır. Araştırmada dinin sorunlarla başa çıkmada önemli bir unsur olduğunu, hayatta dini yok saymanın eksiklik oluşturacağını, dindar insanın ruh sağlığına dinin katkı sağladığını ve dinin insanın ayrılmaz bir parçası olduğunu ifade etmişlerdir. Pargament, Koenig ve Perez (2000), üniversite öğrencilerinin olumsuz yaşam olayları ile başa çıkmaları üzerine araştırma yapmışlardır. Dinin, duanın ve kiliseye katılımın yaşlı hastaların stres, ruh sağlığı ve fiziksel sağlığı üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Pargament, Koenig ve Perez (2000) yaptıkları araştırmada, bireyin kimliği ve sosyal rolleri ile dinî başa çıkma arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Pozitif ve negatif dinî başa çıkmanın uzun vadede etkilerinin olduğu ve bireyi daha güçlü hale getireceği, dinin ve din eğitiminin ruhsal sorunlarla başa çıkmada bireye destek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Pargament (2002a), dinin birey üzerindeki pozitif ve negatif etkilerini incelemiştir. Pozitif etkileri olarak dinin bazı yönlerden faydalı olduğu, refah sağladığı, motivasyon sağladığı, Tanrı ile güvenli bir ilişki sunduğu, sosyal hayat için yararlı olduğu, stresli durumlar karşısında dinî inançların bireye yardımcı olduğu sonucuna ulaşmıştır. Negatif etkileri olarak ise; pozitif etkilerin oluşmaması veya pozitif etkilere karşın ters yönde bir etkileşimin oluşması halinde ihlallerin oluşacağı, bireyler arası ilişkilerde olumsuzluklar meydana geleceği sonucuna ulaşmıştır. Pargament (2002b), din, sağlık ve refah düzeyi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, dinin genel anlamda insana daha kapsamlı bir anlayış kazandırdığını, bireyin

psikolojisine ve fiziksel sağlığına katkıda bulunduğunu; ayrıca dinin kendi başına bir anlam ifade ettiği sonucuna ulaşmıştır. Pargament (2002c) bir başka araştırmasında, dinin sağlık ve mutlulukla ilgili pozitif ve negatif içerimler sunduğunu ifade etmiştir. Pargament ve Raiya (2007), dinî başa çıkmanın bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerindeki etkisini araştırmışlardır, dinî başa çıkmanın bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığına katkıda bulunduğunu, zorluklarla, problemlerle ve krizle başa ıkmanda bireye fayda sağladığı sonucuna ulaşılmışlardır.

Hayta (2000), bir grup İlâhiyat Fakóltesi öğrencisi üzerinde yaptığı araştırmada, ibadetlerini yerine getiren gençlerin yaşamın getirdiği gúlükleri aşmada daha başarılı olduklarını, sıkıntı, kaygı ve öfke duygularını, olumsuz dúřünce değişimlerini daha az yaşadıklarını ve gençlik dönemlerinde olumsuz olaylar karşısında ruh sağlıklarının daha az etkilendiğini ifade etmiştir.

Türkiye’de “Dinî Başa ıkma” ile ilgili ilk alışma Ekşi (2001) tarafından yapılmıştır. Ekşi, alışmasında “Dinî Başa ıkma Ölçeğinin” Türkçe dilsel eşdeğerlik çalışmalarını yapmıştır, dinî başa çıkma ve stres ile başa çıkma ilişkisini ilâhiyat, eğitim ve mühendislik fakóltesi öğrencileri üzerinde incelemiştir. Fakólter düzeyinde stres nedenli başa çıkma, dinî başa çıkma ve ruh sağlığını kısmi olarak etkilemiştir. Dinî başa çıkma tarzları ise; stresin kaynağına göre farklılık göstermiştir. Olumlu dinî başa çıkmanın ruhsal rahatsızlıkla ilişkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. İlâhiyat Fakóltesi öğrencileri arasında ise; olumlu dinî başa çıkmanın ruh sağlığını olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, olumsuz dinî başa çıkmanın da ruh sağlığı ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Kula’nın (2002), depremzedelerle ilgili araştırmasında, depremzedelerin olumlu dinî başa çıkma etkinliği olarak dua, kelime-i şahadet, salâvat, tekbir getirme, manevî destek ve gú elde etme, Kur’an okuma, namaz kılma, ölümü ve ahireti dúřünerek rahatlama yöntemlerini kullandıkları tespit edilmiştir. Ayrıca, olumsuz başa çıkma olarak Allah’a kızma, öfkelenme ve bu olayın Allah’ın cezalandırması olarak verdiğini dúřünme şeklinde bir dúřünceye sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Marmara depreminden etkilenenlerle yapılan araştırmada ise gerek depremi algılama, açıklama ve anlamlandırmada, gerekse etkileriyle başa ıkmanda dinî kavram ve motiflerin sıklıkla kullanıldığı belirlenmiştir.

Kula (2006), bedensel olarak engelli doğan veya daha sonra kaza, hastalık, doğal afetler gibi nedenlerden dolayı engelli hale gelen bireylere yönelik tutumlarla dinî tutumlar arasındaki ilişkiyi konu edinen araştırmasında, lise ve üniversite eğitimi alan öğrencilerin dinî tutumları ile engellilere yönelik tutumları arasında olumlu bir ilişki olduğunu belirlemiştir.

Ayten ve diğ. (2012) yaptıkları araştırmada, kişilerin şükretme, hayat memnuniyeti ve dinî başa çıkma etkinliklerinde olumlu dinî başa çıkma etkinliklerini olumsuz dinî başa çıkma etkinliklerinden daha çok kullandıkları tespit edilmiştir. Hayra yorma ve dinî yalvarma düzeyinde erkeklerin olumlu dinî başa çıkma etkinliklerini kadınlardan daha fazla kullandığı, yaşam memnuniyeti bakımından erkeklerle kadınlar arasında fark olmadığı görülmüştür. Hastaların hasta yakınlarına ve hastane çalışanlarına göre dinî başa çıkma etkinliklerini daha fazla kullandıkları görülmüştür. Hayat memnuniyeti ve şükür ile olumlu dinî başa çıkma arasında olumlu ilişki olduğu görülmüştür, olumsuz dinî başa çıkma ile hayat memnuniyeti arasında ise anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

Eryücel (2013) yaşam olayları ve dinî başa çıkma üzerine yaptığı araştırmada, yaşam olayları ile başa çıkma sürecinde dinî başa çıkmanın ilişkisini incelemiştir. Olumlu ve olumsuz olaylarla başa çıkmada Allah'a başvurma seçeneğinin, başa gelen olumsuz olayı Allah'ın bir cezalandırması veya olaydan bir ders alma olarak görmenin, olayı kabullenip kabullenmemenin, sosyal destek alma veya almama hususunda tercihte bulunmanın ve bireylerden memnun kalmanın belirleyici olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, yaşanan hayattan memnun kalmanın ve başa gelen olayların bireyi olumlu-olumsuz yönde değiştirdiği, bireyde farkındalık yarattığı ve olaylar karşısında bireylerin bakış açılarını değiştirdiği, sorun çözme yönetiminde belirleyici olduğu ve olumsuz dinî başa çıkmanın problemleri çözmede negatif sonuçlar oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ayten ve Sağır (2014) yaptıkları araştırmada, Suriye'deki iç savaştan kaçarak Türkiye'ye sığınan ve Kilis'te yaşayan 553 Suriyelinin dindarlık, dinî başa çıkma ve depresyona yönelme ilişkisini incelemiştir. Araştırmada, bireylerin dinî başa çıkma düzeyleri ile depresif eğilimleri arasında olumlu ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Muğu (2015), Trabzon il ve ilçelerinde yaşayan ortopedik engelli bireylerin karşılaştıkları güçlükleri aşmada hangi dini başa çıkma yöntemlerini kullandıklarını belirlemek,

karşılaştıkları güçlükleri tespit ederek kendilerine rehberlik yapmak, toplumda diğer bireyler gibi hayatlarını sürdürmelerini sağlamaya çalışmıştır. Eğitim ve ekonomik seviyesi yüksek olanların dine bağlılıkları ve kendini kabullenmeleri daha zayıf, ekonomik ve eğitim seviyesi düşük olanların ise; dine bağlılıkları daha kuvvetlidir. Engelli olma durumu doğuştan ve erken yaşta olanların, dini inanç ve ibadetlerini yerine getirmeleri geç yaşta engelli olanlardan daha zayıftır. Erkeklere göre bayanlarda, engellilik oranı yüksek olan ve ailesinde engelli birey bulunanların diğerlerine göre dini inanç ve ibadetlerini yerine getirme oranının daha düşük olduğu görülmüştür.

Gören, (2015)'in çalışmasında, dünyada ortalama her 600 doğumda bir oranıyla, en sık görülen kromozom anomalisi olan Down Sendromuna sahip çocukların annelerinin destek ihtiyaçları ve destek kaynaklarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla Down Sendromlu çocuğa sahip, Ankara ilinde yaşayan on üç anne ile yarı yapılandırılmış açık uçlu mülakat yöntemi ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Betimsel ve sistematik analizle değerlendirilen verilerden elde edilen sonuçlara göre, annelerin, temel destek ihtiyaçları fiziksel iş yükünde destek ihtiyacı, derdini paylaşma, anlaşılma ihtiyacı, manevi bakım desteği ihtiyacı, sağlık bakım/bilgilendirilme desteği ihtiyacı olarak belirlenmiş olup, destek kaynaklarının içsel ve dışsal kaynaklar olarak iki kategoride değerlendirilmesi uygun görülmüştür. Buna göre, eşten ve çocuklardan görülen destek, geniş aileden görülen destek, komşulardan ve arkadaşlardan görülen destek ve kurumsal destekler, dışsal destek kaynakları olarak belirlenirken; anlam bularak kendini destekleme ve bilgece değişim yaşama ise, içsel destek kaynakları olarak değerlendirilmiştir.

Özgül (2017), sürekli öfke-öfke ifade tarzları ve dinî başa çıkma ile çeşitli demografik değişkenler (cinsiyet, medenî durum, yaş, öğrenim durumu, yaşanılan yer ve aylık gelir düzeyi) arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırmaya, 2016 yılında Kastamonu ilinde yaşayan 12 yaş ve üstü 619 birey katılmıştır. Katılımcılara Spielberger tarafından geliştirilen ve Özer tarafından Türkçeye uyarlanan “Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği” ve Aytan tarafından geliştirilen “Dinî Başa Çıkma Ölçeği” uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda, olumlu dinî başa çıkma ile sürekli öfke arasında anlamlı negatif bir ilişki, öfke kontrolü arasında anlamlı pozitif bir ilişki, dışa yönelik öfke arasında anlamlı negatif bir ilişki, içe yönelik öfke arasında anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur. Olumsuz dinî başa çıkma ile sürekli öfke arasında anlamlı pozitif

bir ilişki, öfke kontrolü arasında anlamlı pozitif bir ilişki, dışa yönelik öfke arasında anlamlı pozitif bir ilişki, içe yönelik öfke arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur.

Özdemir (2016), palyatif bakım alan hasta yakınlarının yaşadıkları psiko-sosyal sorunlar ile dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırmada, hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon belirtileri gösterdikleri saptanmış ve çoğunun pozitif dini başa çıkmaya sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırmada, anksiyete arttıkça hem depresif belirtilerin hem de olumlu dini başa çıkmanın arttığı da tespit edilmiştir.

Gümüş'ün (2017), ağır engelli kişiye bakım hizmeti veren kişilerle gerçekleştirdiği araştırmada, katılımcıların dinî başa çıkma durumlarının ekonomik durum, öznel dindarlık algısı ve algılanan dinî bilgi düzeyine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Kara (2018), dini danışmanlık, manevi destek uygulamalarını inceleyerek İslam dini çerçevesinde örnek bir uygulama denemiştir. Çalışmada, Özel Eğitim dersi için rehabilitasyon merkezleri ziyaretleri esnasında tanışılan 5 gönüllü anne ile, “günah işlemiş olma, suçluluk ve hayata değer verme, imtihan ve sabır, rıza ve tevekkül” konularını da içeren 6 oturum yapılmıştır. Bu uygulamada zihindeki olumsuz dini düşünceleri ve algıları alternatif olumlu düşünce ile değiştirmek, ailelerin kendi inançlarını kaynak olarak kullanıp onları manevi açıdan güçlendirmek amaçlanmıştır. Aileler bu küçük uygulamadan olumlu düşüncelerle ayrılmışlardır. Bu tür çalışmaların devamlı olarak düzenlenmesi, çeşitli sosyal aktivitelerle desteklenmesi önerilmiştir

Yapıcı ve Doğanay (2019) çalışmalarında, bireyin hayatın zorluklarıyla başa çıkma sürecinde nasıl bir tutum takındığı sorusuna cevap aramışlardır. Amacı ise; dinî başa çıkma ve sabır bağlamında ortaya çıkan insan tiplerini belirlemektir. Nitel bir desene sahip olan bu çalışmada veriler, amaçlı örneklem tekniği kapsamında yarı yapılandırılmış mülakat ve katılımlı gözlem yoluyla elde edilmiştir. Bu kapsamda doğrudan travmatik yaşantılara maruz kalan bireylerle görüşülmüştür. Veriler çözümlenirken betimsel analiz ve içerik analizi tekniklerinden faydalanılmıştır. Ulaşılan bulgulara göre, dramatik ve travmatik hadiseler karşısında katılımcılar “Şaşkın”, “Kaygılı”, “Öfkeli”, “Suskun” ve “Teslimiyetçi” tutumlar göstermekte, ancak bu halleri sıralı bir şekilde ve tedricen yaşamamaktadır.

Sağır (2019), birçok zorlukla karşılaşmalarına rağmen, göçmenler arasında sıklıkla göz ardı edilen engelli sığınmacılara odaklanmıştır. Çalışmanın amacı, katılımcıların söz konusu zorlukların üstesinden gelme çabalarında dinin rolünü anlamaktır. Çalışma, deney grubu olarak 6 engelli Suriyeli ve kontrol grubu olarak da 6 engelli Türkü kapsamaktadır. Derinlemesine, yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Çalışma sonucunda, bireylerin yaşama tutunduğu en önemli unsurun dini öğeler olduğu belirlenmiştir. Karşılaşılan zorlukları aşmada dinden destek alınmaktadır. Bunun bir nedeni olarak birey açısından bu durumun hiçbir maliyetinin olmayışı ve en önemli kültürel benzerlik faktörü olması gösterilmiştir.

Karagöz, (2020), özel gereksinimli çocuk sahibi annelere yönelik uygulanan manevi içerikli grup rehberliği programının olumlu dini başa çıkma ve olumsuz dini başa çıkma düzeyleri üzerindeki etkisini incelemiştir. Araştırmada 66 özel gereksinimli çocuk sahibi anneye ulaşılmıştır ve gerçekleştirilen taramalar neticesinde dahil etme kriterlerine göre 24 anne deney ve kontrol gruplarına atanmıştır. Araştırmada elde edilen bulgulara göre, deney grubu katılımcılarının olumlu dini başa çıkma düzeylerinde anlamlı düzeyde artma olmuştur. Olumsuz dini başa çıkma düzeylerinde de uygulama sonrasında anlamlı düzeyde azalma meydana gelmiştir. Ayrıca deney grubu ve kontrol grubundaki katılımcıların uygulama öncesindeki olumlu ve olumsuz dini başa çıkma ön-test puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmuyorken, uygulama sonrasında anlamlı farklılık meydana geldiği tespit edilmiştir.

Özetlemek gerekirse, konu ile ilgili araştırmalarda spesifik olarak bir veya birkaç değişkenin ele alındığı görülmektedir. Dini başa çıkma ve red-kabul tutumları ile ruh sağlığı ilişkisinin tek bir araştırmada incelendiği tespit edilmemiştir. Bu açıdan araştırmanın önemli olduğu düşünülmektedir. Araştırmada elde edilen bulgular ile dini hassasiyetlerin gerek başa çıkma gerekse red-kabul tutumlarındaki etkisi incelenmiş olmaktadır. Dini başa çıkma düzeyleri ile ruh sağlığı ilişkisinin incelenmesi güncel veriler ışığında diğer araştırma sonuçları ile karşılaştırma olanağı sağlamıştır. Ayrıca, toplumsal bir olgu olan dini yönelimlerin bir başa çıkma stratejisi olarak ne düzeyde kullanıldığının belirlenmesi, araştırmayı gerekli ve önemli kılan diğer bir husustur.

1. BÖLÜM

KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde, engelli kavramı, engelli bireyler, engel türleri, engelli aileleri, din ve dindarlık kavramı, dini başa çıkma, ebeveyn red-kabul, engelli ailelerinde ruh sağlığı konuları, kuramsal bilgiler ve ilgili araştırma sonuçları bağlamında ele alınmıştır.

1.1. Engellilik

Bu başlık altında engellilik kavramı incelenmiş, engelli bireyler ve engellilik sınıflandırmaları verilmiştir.

1.1.1. Engelli Bireyler

İnsan gelişiminin en önemli faktörlerinden bir tanesi bireysel farklılıklardır (Eripek, 1998). Engellinin varlığı neredeyse insanlık tarihi kadar eskidir. Tarihin en eski dönemlerinden bu yana toplumların özürli bireylere yönelik tutumları, engelliler için var olan sağlık ve eğitim hizmetlerini önemli ölçüde etkilemiştir (Öztürk, 2011, s. 16). Bu durum bireyin eğitim olanaklarından tam olarak yararlanması konusunda belirli bir seviyeden sonra sorun oluşturmaya başlamış, eğitim düzenlenmesi gerektirmiştir (Eripek, 1998).

Engellilik kavramı incelendiğinde, farklı kaynaklarda çoğunlukla aynı anlama gelecek farklı kavramlar kullanıldığı görülmektedir. Özel gereksinimli bireylerin tanımlanmasında, yetersizlik/özür, engel ve risk gibi kavramlar sıklıkla karşımıza çıkmaktadır (Özen, 2012). Bunlar arasında en sık rastlanılanlar ise “bozukluk”, “engellilik”, “özürlülük” ve “sakatlık” kavramlarıdır. Bu kavramlar üzerinde henüz bir anlaşma sağlanamamış ve tek bir anlam için farklı durumlarda farklı kavramlar kullanılmıştır (Öztürk, 2011, s.17). Engellilik insanın, yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak oynaması gereken rolleri yetersizlik-sakatlık yüzünden gereği gibi yapamaması durumudur (King, 1998, s. 38; akt: Kula, 2005, s. 59). Kavramlar farklı olsa da engelli bireyi ve özellikleri tanımlamak, gereksinim duyduğu desteği

vermek gibi amaçlar için kullanıldığı görülmektedir. Özel eğitime ihtiyaç duyan bireyler, özür durumlarına bağlı olarak farklı düzeyde desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (Özen, 2012). Ülkemizde, 2006 yılında yayınlanan yönetmelikte, “özel gereksinime muhtaç olan birey, gelişim özellikleri ve yeterlilikleri açısından akranlarının gösterdiği gelişimi gösteremeyen birey” olarak ifade edilmektedir (MEB, 2009). ‘Engelli’ sözcüğü genelde hareket yeteneği sınırlanmış bireyi çağrıştırmaktadır. Hareket yeteneğini sınırlayan nedenler ise doğuştan getirilen, doğum sırasında karşılaşılan ya da sonradan yaşanan bir hastalık veya kaza sonucu ortaya çıkan bir işlev bozukluğu kaynaklı olmaktadır Engelliliği: “doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük ihtiyaçlarını karşılamada güçlükleri olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi” olarak tanımlamak mümkündür (Öztürk, 2011, s. 17-18).

İnsanın bu engelliliği belli durumlarda kendisi için sorun çıkartmasa da içinde yaşadığı sosyal çevreyle kurduğu ilişki sürecinde ciddi problemlere neden olabilmektedir (Kula, 2005). Bireylerin ihtiyaçları ve özellikleri farklı olduğundan eğitim sisteminin de bu özellikler bakımından düzenlenmesi gerekmektedir (Özkardeş Güngörmüş, 2012). Özel eğitim; bireyde var olan yeteneğin daha da büyüyenek engelle dönüşmesinin önüne geçen, yetersizliklere sahip bireyleri sosyal çevreye uyum sağlayabilen, toplumsal üretime destek verebilen, becerilere sahip ve bu becerileri geliştirebilen bir birey haline getirmek amacıyla verilen bir eğitim hizmetidir (MEB, 2010). Sınırlamaları en aza indiren eğitim ortamı, öğrencinin yalın çevresiyle rahatlıkla vakit geçirebileceği ve aynı zamanda eğitim gereksiniminin en verimli bir şekilde gerçekleşebileceği bir ortam olarak tanımlanabilir (Batu ve Kırcaali İftar, 2005). Ataman (2009) özel eğitimi, yetersizliğe sahip bireylere verilen bir eğitim olarak ifade etmektedir.

1.1.2. Engelli Çocukların Sınıflandırılması

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA-American Psychiatric Association) tarafından geliştirilmiştir. Sınıflama yaklaşımlarının genel amaçlarını paylaşmaktadır. APA ilk kez 1952’de ruhsal bozuklukları sınıflama girişiminde bulunmuştur. İlk sınıflama sistemini DSM (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) adıyla yayınlamıştır. APA sınıflamalarından DSM-4 1994 yılında yayınlanmış (APA, 1994) DSM-5 ise son baskı olarak 2013 yılında yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (APA, 2013). DSM-4 APA sınıflama yaklaşımını

yansıtan, ruhsal bozuklukların doğru olarak tanımlanması, sınıflanması ve tanılanmasında ruh sağlığı uzmanlarına yol gösterici olarak düzenlenmiş bir el kitabıdır (APA, 1994). DSM-4'ün en önemli özelliği araştırma bulgularına ağırlık tanınması, bu uğurda yüksek sayıda eştanıya izin vermesi ve hatta beş eksenli bir sistem oluşturarak bu yapıyı desteklemesi idi. DSM-5 için getirilen öneriler ise klinik görünüme daha uygun olma, eştanıyı azaltma ve ilk üç eksenin birleştirilmesi ile bu tutumu desteklemek yönündedir (Şar, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO-World Health Organization) tarafından geliştirilen sınıflama sistemidir. Son şekli 1992'de ICD-10 (International Classification of Disorders) adıyla yayınlanmıştır. ICD-10 ile DSM-4-5 benzer noktaları olmakla birlikte, önemli farklar da taşımaktadır. En önemli farklardan biri, DSM-4-5'in daha çok Amerikalı uzmanların bakış açısını yansıtmaması, ICD-10'un ise daha çok Avrupalı uzmanların bakış açısını içermesidir. Bir diğer fark, kullanılan kavramlarda ortaya çıkmaktadır. Örneğin, DSM-4-5 "ruhsal bozukluk" terimini kullanmakta, ICD-10 "ruhsal ve davranışsal bozukluk" terimini yeğlemektedir. Her iki sınıflama yaklaşımında da yetişkinlik çağı ruhsal bozukluklarına, çocukluk ve ergenlik çağı bozukluklarına oranla kat kat fazla yer ayrılmıştır. ICD-10'un, daha tarafsız olduğu ve evrensel ölçütleri kullandığı ileri sürülebilir; ancak bu, uygulamada hak ettiği yeri alabildiğini göstermemektedir (WHO, 1992).

Bazı uluslararası meslek örgütleri; yukarıdaki iki sistemi tümünden reddetmemekle birlikte, kendi sınıflama ve tanılama ölçütlerini geliştirmişlerdir. Örneğin, Amerika Otizm Topluluğu (Autism Society of America) otizmin tanımlanması ve tanılanması için DSM-4-5 ve ICD-10'un görüşlerinden de yararlanarak, kendi tanım ve ölçütlerini oluşturmuştur. Ancak, özgül sınıflama sistemleri, bütün ruhsal bozukluklar için değil, yalnızca kendi alanlarına giren bozukluklar için tanım ve ölçüt üretebilmektedir (Doğan, 2011, s. 134).

Özel gereksinimleri olan bireylerin tespit edilerek uygun eğitim kurumlarına yerleştirilmelerinde tıbbi tespitin oldukça önemli olduğu bilinmelidir. Tıbbi teşhis gerçekleşikten sonra, anne ve babaya devlet tarafından gereken maddi ve manevi yardımlar verilebilmektedir. Özel eğitime ihtiyaç duyan bireylerin yetersizlik tür ve kademeleri birbirinden farklıdır. Bu farklılıklar yaş, cinsiyet, kültür ve yaşam koşulları bakımından farklılık oluşturmaktadır. ÖEHY'nin (2009) tanımlar kısmında özel gereksinimli bireyler şu şekilde sıralanmıştır:

- Zihinsel yetersizlik,
- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu,
- Dil ve konuşma problemi,
- Görme yetersizliği,
- İşitme yetersizliği,
- Fiziksel yetersizliği,
- Otizm,
- Özel öğrenme güçlüğü,
- Serabral palsililer

Bu bölümde ruhsal bozuklukların özellikleri anlatılırken, yukarıdaki sınıflama yaklaşımlarından yalnızca birine bağlı kalınmamış, olanaklar ölçüsünde bütün yaklaşımlardan yararlanılmış, gerektiğinde araştırma sonuçlarına başvurulmuş ya da klinik deneyimlere yer verilmiştir. Bu araştırmada engel türleri aşağıdaki şekilde ele alınmış ve incelenmiştir.

- Mental Retardasyon (Zekâ Geriliği) Olan Çocuklar
- Down Sendromlu Çocuklar
- Yaygın Gelişimsel Bozukluğu Olan Çocuklar
 - Otistik Bozukluk
 - Rett Bozukluğu
 - Çocukların Dezintegratif Bozukluğu
 - Asperger Bozukluğu
 - BTA Yaygın Gelişimsel Bozukluk
- Görme Yetersizliği Olan Çocuklar
- İşitme Yetersizliği Olan Çocuklar
- Ortopedik Yetersizliği Olan Çocuklar (Bedensel Engelliler)

Zihinsel engellilik, down sendromu ve otizm, ayrıntıları ile ileride incelendiğinden dolayı engellilik sınıflaması içinde yer alan görme, işitme ve ortopedik engellilik tanımları aşağıda verilmiştir.

Görme yetisinin kısmi veya bütün olarak yetersiz olması sebebiyle eğitim ve sosyal uyumun kötü etkilenmesi mümkündür. Görme engelinin resmi tanımının belirlenmesi görme

ve görüş alanını ölçerek olur. Bu yasal tanım tıp alanıyla ilgilenenler ve diğer ilgililerce kullanılır. Bahsedilen tanımda “tüm düzeltmelere rağmen, normal görme yetisine göre onda birlik (20/200) veya daha az görme keskinliğine sahip veya görme açısı 20 derece veya daha az olan bireyler ‘kör’ olarak değerlendirilmektedir. 20/200 şu anlama gelmektedir; görme yetersizliğine sahip birey 60 cm mesafeden görebilirken, olağan görme gücü olan birey aynı cismi 6 m.’den görebilir. Görme açısının darlığı şu anlama gelir; olağan seviyede görme keskinliğine karşın, görüş merkezle ve 20 derece ile sınırlıdır. 20 derece dışındaki nesnelere görülemez (MEB, 2010b, s. 28). Körlük, Dünya Sağlık Örgütü tarafından bir kişinin en iyi gözünde 20/500’den daha az düzeltme veya 10 dereceden daha az bir görme alanı ile görme olarak tanımlanır (Maberley ve diğ., 2006). Tek veya iki gözünde tam veya kısmi görme kaybı veya bozukluğu olan kişidir. Görme kaybıyla birlikte göz protezi kullananlar, renk körlüğü, gece körlüğü (tavukkarası) olanlar bu gruba girer (Öztürk, 2011).

İşitme Yetersizliğinin anlamı, işitmenin kısmi ya da bütün olarak yetersiz olması dolayısıyla bireyin konuşma, dil ve iletişimde zorlanması ve bunun sonucu olarak eğitimin ve sosyal uyumun negatif etkilenmesidir (MEB, 2006). Tek veya iki kulağında tam veya kısmi işitme kaybı olan kişidir. İşitme cihazı kullananlar da bu gruba girmektedir (Öztürk, 2011). İşitme kaybı, kısmi veya tamamen duyma yetersizliğidir (Encyclopædia Britannica, 2011). Sağırılık, bir kişinin amplifikasyon varlığında bile konuşmayı anlayamayacağı bir kayıp derecesi olarak tanımlanır (Elzouki, 2012). Sağır kişi hiçbir duymaz. İşitme kaybı bir veya iki kulakta meydana gelebilir. Çocuklarda işitme sorunları, konuşma dilini öğrenme yeteneğini etkileyebilir ve yetişkinlerde sosyal etkileşim ve işte zorluklar yaratabilir. Bazı insanlarda, özellikle yaşlılarda işitme kaybı yalnızlığa neden olabilir. İşitme kaybı geçici veya kalıcı olabilir (Lasak ve diğ., 2014). Herhangi bir nedenle konuşamayan veya konuşmanın hızında, akıcılığında, ifadesinde bozukluk olan ve ses bozukluğu olan kişidir (Öztürk, 2011). Sağır olan çoğu insanın işitme ebeveynleri olduğu, yani çocuğun ve ebeveynlerin iletişim kurduğu kanalın çok farklı olabileceği ve genellikle ilişkilerini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur (Foster, 1996).

Ortopedik Yetersizliğin anlamı, iskelettaki, kaslardaki ve eklemlerdeki hastalıklar, bozukluklar ve yetersizlik sebebiyle, bireylerin eğitimlerinde ve sosyal uyumalarında kötü etkiler görülmesidir (MEB, 2010, s. 32). Kas ve iskelet sisteminde yetersizlik, eksiklik ve

fonksiyon kaybı olan kişidir. El, kol, ayak, bacak, parmak ve omurgalarında, kısalık, eksiklik, fazlalık, yokluk, hareket kısıtlılığı, şekil bozukluğu, kas güçsüzlüğü, kemik hastalığı olanlar, felçliler, serabral palsi, spastikler ve sipina bifida olanlar bu gruba girmektedir (Öztürk, 2011).

1.1.2.1. Mental Retardasyon (Zihinsel Yetersizliği) Olan Çocuklar

Zihinsel engellilik (ID), 3 özellik ile karakterize edilen bir nörogelişimsel bozukluktur; bilişsel eksiklikler, adaptif fonksiyondaki eksiklikler ve gelişim döneminde başlar (APA, 2013; DSM, V). Zihinsel engellilik terimi, 20. yüzyılın ortalarında, "embesil" (Fernald, 1912) ve "moron" (Rafter, 1998) olarak adlandırılan ve şimdi rahatsız edici olarak kabul edilen bu terimlerin yerini almıştır. 20. yüzyılın sonunda, bu terimlerin yaygın olarak küçük düşürücü ve politik olarak yanlış olduğu ve değiştirilmesi gerektiği düşünülmüştür (Cummings ve Wright, 2005). “Zihinsel engellilik (zihinsel gelişim bozukluğu)” DSM-5 (2013) “son yirmi yılda eğitim, psikiyatri ve diğer profesyoneller arasında yaygın olarak kullanılan terim” olarak ifade edilmiştir.

Genel öğrenme özürlü ve zihinsel gerilik (MR) olarak da bilinen zihinsel özürülük (Ansberry, 2010), önemli ölçüde bozulmuş entelektüel ve uyarlanabilir işlev ile karakterize genelleşmiş bir nöro gelişimsel bozukluk olarak çeşitli derecelerde zihinsel yetersizliği ifade etmektedir (Öztürk, 2011, s. 19). Zihin engeli bir gelişimsel yetersizlik türüdür. Zihin engeli, genel anlamda bireylerin zihinsel gelişimindeki gecikmeler, çevreye uygun olmayan davranışlar ya da olgun olmayan tepkilerde bulunma, akademik, psikolojik, fiziksel, sosyal ve dil gelişimi alanlarında ortalamanın altında performansta bulunmayla kendini gösterir (Cavkaytar ve diğ., 2013). Zihinsel yetersizliğin başladığı yaş 18'den öncedir. Zihinsel işleyiş konusunda; kavramsal, toplumsal ve uygulama ile ilgili becerilerden oluşan uyumsuz davranışlar konusunda belirli sınırlılıklar ile ayırt edilen bir yetersizlik halidir. Tanımda, zihinsel yetersizlik ile ilgili üç ana özellik bulunmaktadır (AAIDD, 2007; APA, 1994). Zihinsel yetersizlik birey 18 yaşına gelmeden başlar. 18 yaşına gelen bireyin beyinsel ve buna bağlı şekilde bilişsel gelişimi büyük oranda tamamlandığı için, bu yaştan sonra kimi sebeplerle zihinsel işlevlerinde problemler gözlenen bireylere ‘zihinsel yetersizlik’ teşhisi konulur. Gelişimsel bir yetersizlik olsa da, zihinsel yetersizliğin ömür boyu sürmediği görülebilir. Bundan, zihinsel yetersizliği iyileştirebilme veya zekâ testlerindeki ZB puanlarının yükselmesi imkânı olduğu çıkmamaktadır. Fakat kimi hallerde kişilere gereken özel eğitim hizmetleri

verilerek veya buldukları çevre ile uyumları arttırılarak zihinsel kapasiteleri etkinleştirilebilir. Yani ZB puanları değişmeyen bireylerin uyum sağlama düzeyleri gelişebilir (Kapçı, 2011, s. 135). Bu bireylerin zihinsel işlevleri ortalamaya göre iki standart sapma altta fark gösteren ve dolayısıyla kavramsal, sosyal ve pratik uyum konusunda eksik veya sınırlı bireylerdir ve özel eğitime ihtiyaçları vardır (MEB, 2010, s. 3).

Amerikan Zihinsel ve Gelişimsel Yetersizlik Birliği (AAIDD-American Association on Intellectual and Developmental Disabilities), zihinsel yetersizlik konusunda milletlerarası düzeydeki en saygıdeğer kuruluşlardandır. Bu kuruluşun benimsediği tanımdan yola çıkarak (AAIDD, 2011), zihinsel yetersizliğin zihinsel işlevler ve uyumsal davranışlar konusunda büyük ölçüde sınırlılıklar ile ayrımsanan ve bilişsel, sosyal ve pratik uyum konusunda ortaya çıkan bir yetersizlik türü olarak tanımlanması mümkündür. Birey 18 yaşına gelmeden kendini göstermektedir.

Zekâ da denilen zihinsel işlevlerin kapsamında öğrenmek, mantık yürütmek ve problemleri çözmek gibi genel zihinsel yeterlikler bulunur. Bu işlevler genelde standart zekâ testlerinin yardımıyla değerlendirilir. Kabule göre 70-75 arasında veya onun da altında zekâ puanı almak zihinsel işlevlerin sınırlılığının göstergesidir. Buna benzer standart tesler uyumsal davranışların sınırlılıklarının tespit edilmesinde de yardımcı olabilmektedir. Uyumsal davranışlarda gözlemlenen sınırlılıklar şu konularda ortaya çıkmaktadır (AAIDD, 2011):

Bilişsel Beceri: Dil becerisi, okuma-yazma becerisi, para becerisi, vakit ve sayı kavramı, kendini yönetebilme becerisi.

Sosyal Beceri: Bireyler arası becerileri, sorumluluğu, özgüveni, toplumsal sorunların çözülebilmesini, kural ve yasalara uyum sağlanmasını, kişinin kendini koruyabilmesini ve bunlara benzer becerileri kapsar.

Pratik Uyumsal Beceri: Kişisel bakımını yapabilme becerisi, rutin yaşama becerisi, iş becerisi, güvenlik ve sağlıkla ilgili beceri, seyahat etme becerisi, telefon kullanabilme gibi becerilerdir.

Zihinsel yetersizlik sınıflandırılırken genelde zihinsel işlevlerin değerlendirilmesi için kullanılan standart testlerin zekâ bölümünden alınan puanlara veya kişilerin ihtiyacı olan yardım düzeylerine dikkat edilir.

1.1.2.1.1. Zihinsel Engelli Bireylerin Özellikleri

Zihinsel olarak yetersiz bireylerin özelliklerinde farklılıklar görülebilir. Fakat bu tanı koyma kriterleri açısından genelde ortak noktaları değerlendirilir ve sonuca ulaşılır (Kurt, 2012, s. 32). Çocuklar arasında, zihinsel engellilik vakalarının yarısında neden bilinmemektedir. Vakaların yaklaşık %5'i için ebeveynlerinden miras olarak alındığı ileri sürülmüştür (Daily ve diğ., 2000).

Zihinsel işlevlerin kapsamında öğrenmek, mantık yürütmek ve problem çözmek, bilgilere dikkat yöneltmek, bilgileri genelledebilmek, seri düşünebilmek ve benzer genel zihinsel yeterlikler ile ilgili kapasiteden bahsedilir (AAIDD, 2011; Kırcaali-İftar, 2007). Bu bireylerde ortaya çıkan zihinsel işlev sorunlarından birkaçı şöyledir (Kurt, 2012, s. 32):

Dikkat: Bir beceriyi öğrenirken öncelikli olan öğrenme durumu ile ilgili unsurlar üzerinde dikkatin toplanabilmesidir. Zihinsel yetersizliğe sahip bireylerin dikkatlerini gerekli sürede ve gerekli yoğunlukta kullanması konusunda sorunlar yaşadığı bilinmektedir.

Bellek: Zihinsel yetersizliği olan bireylerin bilgileri hatırlamaları zor olabilir. Zihinsel yetersizlik arttığında, bellek ile ilişkili sorunlar da artar. Bu konudaki en büyük sorunlardan birisi, bilginin kısa süreli bellekten uzun süreli belleğe geçirilmesidir. Bunun bir nedeni zihinsel yetersizlik bulunan bireylerde kısa süreli belleğin işlevsel kullanılabilmesini sağlayan; bilginin kısa süreli belleğe kaydedilmesi ve uzun süreli belleğe aktarılması için gereken stratejilerin kullanılamamasıdır.

Genelleme ve Kalıcılık: Zihinsel yetersizliği olan bireylerde öğrenilenlerin çeşitli şartlarda (ortam, kişi, araç ve gereçler, zaman değişikliklerinde) kullanmada; yani genellemede zorluk görülebilmektedir. Zihinsel yetersizliğe sahip bireylerde görülen öğrenme zorluklarından birisi de öğretimlerini tamamladıktan sonra öğrenilenlerin kalıcılığı ve kullanılabilmesi konusunda ortaya çıkar. Bu güçlüğü aşmak için uygulamalı davranış analizini temel alarak geliştirilen yöntemler kullanılmaktadır.

Güdülenme: Zihinsel yetersizliğe sahip bireylerde öğrenmeye ve problemleri çözmeye karşı isteksizlik ortaya çıkabilmektedir. Bunun sebebi, o döneme dek tekrarlanmış başarısızlıklardır. Bu deneyimler bireylerde kendileriyle ilgili beklentilerin olumsuzlaşmasına ve özgüvenin zedelenmesine yol açar. Bu bireyler sorunlarını çözmek için başka bireylere bağımlı hale gelebilirler. Bu durum bazen başarısız deneyimlerden bazen de çevrelerinin sürekli sorunların çözümünü üstlenmesinden kaynaklanabilir. Güdülenme konusundaki sorunlar zihinsel yetersizliğe özgü değil, tekrarlanan başarısızlıkların ve çevrenin yardımına bağımlılığın sonucudur. Buna dayanılarak bu bireyler için uygulanan programların, bireylerin kimseye bağlı olmadan problemlerini çözebilme alışkanlığı edinmeleri yönünde düzenlenmesi gerekir.

Öz Bakım ve Günlük Yaşam Becerileri: Zihinsel yetersizliğe sahip bireylerden bazıları öz bakımı ve gündelik yaşam becerilerinde sıradan yaşlıları gibi doğal yaşamın akışında buldukları fırsatlarla kendi kendilerine öğrenebilirler. Buna karşın, zihinsel yetersizlikleri ilerlemiş düzeydeki bireyler için tuvalete gitme, bireysel temizliğini ve bakımını yapma, giyinebilme, beslenebilme becerilerinin ve kişisel ihtiyaçlarını karşılama becerilerinin veya bulaşıkları yıkayabilme, telefon görüşmesi yapma, faturaları ödeyebilme gibi gündelik yaşam becerilerinin öğrenilmesi için düzenli ve sistemli bir eğitim şart olabilir. Bu yetersizliğin daha az etkilediği ve dıştan bir destek gerekmeden kişisel bakımını ve rutin yaşam becerilerini öğrenen bireyler konusunda özerk yaşayabilmeleri, işlerinin ve mesleklerinin olması için ihtiyaçları olan zamanın planlanması ve kullanılması gibi öz yönetime ilişkin becerilerle ilgili sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

Sosyal Gelişim: Zihinsel yetersizliğe sahip bireyler arkadaş edinmek, sosyalleşmek ve sosyal ilişkilerini sürdürmek konularında zorlanmaktadır. Diğer bireylerinin duygularını ve bakış açılarını anlamakta, kendilerini başkalarının yerine koymada eksiklikler; etkin iletişimde gereken beceriler konusunda yetersizlikler zihinsel yetersizliğe sahip bireylerin sosyalleşmede sorun yaşamasına yol açabilir. Bundan dolayı toplumsal becerilerin gelişmesiyle ilgili uygulamaların; araştırmacı ve uygulamacılar için çalışma alanlarındaki yeri büyüktür.

Uyumsal Davranışlarda Belirgin Sınırlılıkların Varlığı: Bu özelliği sadece ZB puanı ile sınırlamak doğru olmaz. Bireylerin dil kullanabilmesi, okuma ve yazması, para kavramını anlayabilmesi gibi kavramsal becerileri; bireylerarası ilişkileri, sorumluluk

alabilmesi, öz saygısını geliştirmesi, yasalara uyması gibi sosyal becerileri ve gündelik yaşantının sürdürülebilmesini sağlayan uygulamayla ilişkili becerileri konusunda ciddi sınırlılıkları bulunmasıdır. Bireyde hayata uyum sağlayabilmesini sağlayacak becerilerin belirli derecede yoksun olması anlamına gelir. Normalin yakınında bir ZB puanına sahip olsa da, bireyin gündelik yaşamına devam edebileceği becerileri eksikse zihinsel yetersizlik kuşkusu duyulabilir (Doğan, 2011, s. 135).

Zihinsel İşleyişteki Belirgin Sınırlılıkların Varlığı: Bu özellik belirlenirken kişisel zekâ testlerinin zekâ bölümü (ZB) puanlarından yararlanılır. ZB puanını elde etmek için, zekâ testinden alınan ham puan özel yöntemler kullanılarak hesaplanmalıdır. DSM-4'e göre, zihinsel işleyişte belirgin sınırlılığın varlığı; zekâ testi puanının hemen hemen 70 veya altı olması demektir. AAIDD ise sınırı 70-75 ZB puanı olarak belirlemiştir. Bu sınırlardan düşük ZB puanları, zihinsel yetersizliği göstermektedir (Doğan, 2011, s. 135). DSM-5'e göre de bu tanımlama aynı şekilde yapılmıştır (APA, 2013). Aynı zamanda, genellikle tamamen olumsuz terimlerle karakterize edilmekle birlikte, bazı zihinsel özellikler veya bozukluklar olarak etiketlenen durumlar, aynı zamanda, ortalamanın üzerinde yaratıcılık, uyumsuzluk, hedef çabası, titizlik veya empati içerebilir (Pilgrim ve Rogers, 2005).

Erken çocukluk döneminde, çocuklar okula başlayana kadar hafif zihinsel engel (IQ 50-69) belirgin olmayabilir veya tanımlanmayabilir. Zayıf akademik performans tanınsa bile, hafif zihinsel yetersizliği belirli öğrenme yetersizliğinden veya duygusal/davranışsal bozukluklardan ayırt etmek uzman değerlendirmesi alabilir. Hafif kimliğe sahip kişiler, okuma ve matematik becerilerini yaklaşık dokuz ila on iki yaşındaki tipik bir çocuğun seviyesine kadar öğrenebilir. Yemek pişirme veya yerel toplu taşıma sistemini kullanma gibi kişisel bakım ve pratik becerileri öğrenebilirler. Zihinsel engelli bireyler yetişkinliğe ulaştığıça, birçoğu bağımsız yaşamayı öğrenebilir ve maaşlı çalışabilir (Daily ve diğ., 2000).

Orta düzeyde zihinsel yetersizlik (IQ 35-49), yaşamın ilk yıllarında neredeyse her zaman belirginliğini korur. Konuşma gecikmeleri özellikle orta düzeyde engelin yaygın belirtileridir. Orta derecede zihinsel engelli insanların tam katılım için okulda, evde ve toplumda önemli desteklere ihtiyaçları vardır. Akademik potansiyelleri sınırlı olmakla birlikte, basit sağlık ve güvenlik becerilerini öğrenebilir ve basit etkinliklere katılabilirler. Yetişkin olarak, ebeveynleriyle birlikte, destekleyici bir ortamda hatta mali yardımlarını yönetmelerine

yardımcı olacak önemli destekleyici hizmetlerle yarı bağımsız olarak yaşayabilirler. Yetişkin olduklarında korunaklı bir atölyede çalışabilirler (Daily ve diğ., 2000).

Ağır zihinsel engelli bireyler ise (IQ 20-34) veya (IQ 19 veya altı) olan kişilerin tüm yaşamları için daha yoğun destek ve denetime ihtiyaçları vardır. Bazı temel becerileri öğrenebilirler, ancak bireyler yetişkinlik boyunca bir bakıcıdan önemli bir yardım almadan bağımsız olarak yaşamlarını sürdüremezler (Daily ve diğ., 2000).

Uyumsal davranışların anlamı bireyin günlük yaşamında işlevsel olmak için öğrenip kullandığı bilişsel, sosyal ve pratik beceriler bütünüdür (AAIDD, 2011; Kırcaali-İftar, 2007). Bu tanımdan da anımsanabileceği gibi, bu bireyler zihinsel işlevler ile beraber, uyumsal davranışlar konusunda da sınırlılık gösterir. Bunlar bilişsel, sosyal ve pratik uyum becerilerinde ortaya çıkar. Uyumsal davranışlar alanındaki sınırlılık birçok farklı biçim ve alanda görülebilir. Bu davranışlar ile ilgili beklentiler bireylerin yaşı, kültürel ve çevresel gerekler doğrultusunda farklılaşabilir (Kurt, 2012, s. 33).

Klinik olarak, zihinsel engel, daha geniş bir kavram olan ve zihinsel yetersizlik ya da çok spesifik (belirli öğrenme engelinde olduğu gibi) veya daha sonra edinilen çok hafif zihinsel eksiklikleri içeren, zihinsel yetenekleri etkileyen bir bilişsel eksiklik veya engellilik alt türüdür. Kazanılmış beyin yaralanmaları veya demans gibi nörodejeneratif hastalıklar yoluyla hayatta, bilişsel bozukluklar her yaşta ortaya çıkabilir. Gelişimsel yetersizlik, büyüme ve gelişme ile ilgili sorunlardan kaynaklanan herhangi bir engeldir. Bu terim birçok konjenital tıbbi durumu kapsar zihinsel veya entelektüel bileşenleri olmayan, bazen de zihinsel engellilik için kullanılır (Lawyer, 2010). Zihinsel yetersizliği olan birey sayısı ve nüfusa göre oranları konusunda doğru istatistiklere ulaşmak zordur. Çünkü zihinsel yetersizlik çeşitli şekillerde tanımlanır. Bu tanımlarda zihinsel işlevlerin, uyumsal davranışların göz önüne alınmasına göre zihinsel yetersizlik teşhisi konan birey sayısı değişmektedir. Bunun bir nedeni de zihinsel yetersizlik dolayısıyla fazla etkilenmeyen bireylerden bir kısmının tanı alma sürecinde bulunmamalarıdır. Bu bireyler bazen etiketlenme durumunun negatif etkisinden korumak için tanılamaya sokulmamakta ve bazen de yetersizliklerin seviyesi düşük olduğundan tanılamaya girmelerine gerek olmadan hayatlarını sürdürmektedirler (Kurt, 2012, s. 33).

Zihinsel engellilik, genel nüfusun yaklaşık %2-3'ünü etkiler. Etkilenen kişilerin %75 ila %90'ında hafif bir zihinsel engel bulunmaktadır (Daily ve diğ. 2000). Bahsedilen zorluklara karşın, alanyazında zihinsel yetersizlik tanımlarıyla bağıntılı biçimde, nüfusun ortalama %1'i ve %3'ünün arasındaki bir oranda görüleceği belirtilir. Zihinsel yetersizliğe sahip bireylerden %85'i zayıf, hemen hemen %10'u orta seviyede, %3-%4'ü ise ağır seviyede, %1-%2'sini ise çok ileri seviyede yetersizliğe sahip olduğu ifade edilmektedir (Smith, 2007; akt. Kurt, 2012, s. 33).

1.1.2.1.2. Zihinsel Engelliğin Nedenleri

Bir takım çevresel, genetik veya çoklu faktörler zekâ geriliğine neden olabilir. Ne yazık ki, vakaların yaklaşık %30 ila %50'sinde, kapsamlı tanılma değerlendirmeden sonra bile etioloji belirlenmemiştir. Bazı kişilerde doğuştan gelen bir beyin kusuru vardır; diğerleri, doğum öncesi veya sonrası gelişimin kritik bir döneminde beyne zarar vermiştir. Edinilmiş gecikme nedenleri arasında boğulma, travmatik beyin hasarı ve merkezi sinir sistemi malignitesi bulunur (Donna ve diğ., 2000). Zihinsel engellilik nedenleri şöylece sıralanabilir (The Arc, 2011; akt. Kurt, 2012, s. 33).

Genetiğe İlişkin Etmenler: Anneden ve babadan kalıtımla aktarılan gen anormalliklerine, genler birleşirken oluşan enfeksiyonlara veya hamilelikte oluşan enfeksiyonlara, x-ray ışınlarına maruz kalmaya dayalı sebeplerle oluşan farklı gen bozuklukları da yol açabilir. Bu faktörler dolayısıyla oluşan pek çok zihinsel yetersizlik türleri bulunur. Bunlardan bazıları 'Fenülketonuri, Down sendromu (kromozomal bozukluklardan kaynaklanır), Fragile X sendromu'dur.

Hamilelik Sürecinde Ortaya Çıkan Faktörler: Hamilelik esnasında alkolün ve uyuşturucunun, yeterli olmayan beslenmenin, çevrede bulunan toksinlerin, annenin hastalıklarının zihinsel yetersizliğin sebebinin oluşturması mümkündür.

Doğum Esnasında Oluşan Problemler: Prematüre doğma ve düşük kilo ile doğma, doğumda oksijen alamama, doğumda oluşan yaralanma zihinsel yetersizlik nedenini oluşturabilir.

Doğumdan Sonra Ortaya Çıkan Faktörler: Bireyin geçirebileceği hastalıklardan boğmacanın, suçiçeğinin, kızamığın, menenjitin ve diğerlerinin; kimi çevresel toksinlerden olan kurşunun, civanın ve diğerlerinin yol açtığı zehirlenmelerin zihinsel yetersizliğe yol açabileceği belirtilmektedir.

Yoksulluğun ve Kültürel Yoksunluğun Yol Açtığı Etmenler: Yoksullukla büyümüş çocuklarda zihinsel yetersizliğe sahip olma riski daha fazladır. Bunun nedeni yeterli beslenmemek, çocuklukta görülen hastalıklar, sağlıklarına zarar veren çevre koşulları, yeterli olmayan sağlık hizmeti ve benzerleridir. Sosyoekonomik olarak dezavantajları bulunan, çocukların istismar veya ihmal edildiği, eğitim imkânlarının sınırlı bulunduğu, uyarının eksik olduğu, sosyal ve çevresel yoksunluklar bulunan ortamların zihinsel yetersizliğe yol açması mümkündür.

Zihinsel yetersizliğe yol açan sebeplerle ilgili oldukça sınırlı bilgi vardır. İhtimaller biyolojik, psikososyal ve kültürel faktörlerdir. Biyolojik etmenler üç aşama esnasında kendini gösterebilir: Doğumdan önce, doğum sırasında ve doğum sonrasında. Doğumdan önceki kromozom bozuklarının (Down sendromu gibi), kalıtsal metabolizma bozukluklarının (PKU-fenilketonuri) veya embriyoya fiziksel travmalar yaşatmanın (hamile bireyin alkol tüketmesi) zihinsel yetersizliğe yol açabilir. Doğum sırasında uygulamada yapılan yanlışlar; doğumdan sonra beyin iltihabının, sarılığın, ateşli hastalıkların, menenjitin, zehirlenmenin, kaza geçirmenin, yeterli olmayan beslenmenin, çocuğu yüksek düzeyde istismara maruz bırakmanın ve benzeri biyolojik faktörlerin zihinsel yetersizliğe yol açması mümkündür. Psikososyal ve kültürel faktörlerden yoksulluğun, annenin veya babanın ruhsal bozukluklarının olmasının (alkolik olmaları gibi), tıbbi bakımın yetersizliğinin ve ayrımcılığın zihinsel yetersizlik durumuna yol açması mümkündür. Sayılan faktörlerin doğrudan etkisi kanıtlanamamışsa da zihinsel yetersizlik ile ilişkisi gözlemlenmektedir (Dumas ve Nilsen, 2003).

Metabolik bozukluklar, zekâ geriliğinin bir başka olası nedenidir. Bazı durumlarda (örneğin, PKU, hipotiroidizm), erken tedavi ile gerilik önlenir. Diğer bozukluklar (örneğin, mukopolisakkaridoz, sfingolipidozlar) erken müdahaleye daha az yanıt verir. Moleküler tıp, mitokondriyal hücre hastalıkları olarak adlandırılan bir dizi durumu teşhis etmeyi mümkün kılmıştır. Bir dizi tek gen bozukluğu zihinsel geriliğe neden olur. Bunların çoğu atipik veya dismorfik fiziksel özelliklerle ilişkilidir. Bu tür durumlar, kırılğan X sendromu,

nörofibromatoz, tüberoskleroz, Noonan sendromu ve Cornelia de Lange sendromunu içerir. Zekâ geriliği olan kişilerin dörtte birinde saptanabilir bir kromozom anormalliği vardır. Down sendromlu çocuklar (trizomi 21) genellikle yüksek oranda tanınabilir fiziksel özelliklere sahiptir (Donna ve diğ., 2000).

Tablo 1: Zihinsel Engelliğin Nedenleri (MEB, 2015)

Zaman	Tıbbi	Sosyal	Davranışsal	Eğitimsel
Doğum Öncesi	1-Kromozom bozuklukları 2-Sendromlar 3-Metabolik bozukluklar 4-Kaba beyin hastalıkları 5-Annenin hastalıkları 6-Annenin doğum yaşı	1-Yoksulluk 2-Annenin yetersiz beslenmesi 3-Aile içi şiddet 4-Doğum öncesi annenin bakımının yetersizliği	1-Uyuşturucu kullanımı 2-Alkol kullanımı 3-Sigara içme	1-Ailenin bilişsel güçlüğünün olması, destekten yoksun olma 2-Ebeveynliğe hazırlıkta yetersizlik
Doğum Anı	1-Prematürelilik 2-Doğum incinmeleri 3-Yeni doğan hastalıkları	1-Doğum bakımının yetersizliği	1-Ailenin çocuk bakımını reddetmesi 2-Ailenin çocuğu terk etmesi	1-Tıbbi servislerden yoksun olma

1.1.2.1.3. Zihinsel Engelliğin Yaygınlığı

Geçmişte ve günümüzde zihinsel engelli çocukların genel nüfus içerisindeki yaygınlık oranlarının belirlenmesine ilişkin pek çok araştırma yapılmıştır. Araştırma sonuçları sıralandığında, en düşük oran %0.5, en yüksek oran ise %23 olmaktadır. Araştırma sonuçlarında ortaya çıkan bu farklılıklar temelde, araştırmalarda benimsenen zihinsel engelli tanımlarının ve izlenen yöntemlerin farklı oluşundan kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte araştırma sonuçları genellikle %3 oranına yakın sonuçlar vermektedir (MEB, 2015).

Zekâ engelliliğinin geleneksel yaygınlık oranı tahmini %3'ü göstermektedir. Bu açıklamaya göre, ülkemizde yaklaşık 7 milyon bireyin zihinsel yetersizliği olduğu tahmin edilmektedir. Geleneksel yaygınlık değeri %3'ten hareket eden Kauffman ve Payne'e göre, bu değer yetersizliğin psikolojik sınıflandırma yapılarak ağırlık derecelerine göre dağılımı hafif grupta %2.3, orta grupta %0.6, ağır ve çok ağır grupta %0.1 olmaktadır (MEB, 2015).

Zihinsel engel, öğrenme ve davranış problemi olan çocuklara hizmet veren her programda erkeklerin sayısı kızlardan fazladır. Zihinsel yetersizliği olan bireylerin yaklaşık %90'ını oluşturan hafif derecede zihinsel engelliler genellikle okula başlayana kadar farkına varılmazlar. Okula başladıklarında özellikle akademik çalışmalarda karşılaştıkları güçlüklerin

bir sonucu olarak yetersizlik durumları ortaya çıkar. Bundan dolayı, okul çağında zihinsel engel oranında ciddi artışlar olmaktadır. Ancak yapılan bütün araştırmalarda, zihinsel engelliğin yalnızca zihinsel işlevlerde engellilik boyutu dikkate alınmıştır. AAMD'nin ikinci ölçütü olan uyumsuz davranışlarda yetersizlik boyutu araştırmalarda dikkate alınmamıştır. Çünkü uyumsuz davranışları ölçmede pek çok zorluk bulunmaktadır. Bununla birlikte her iki ölçüt birlikte dikkate alındığında zihinsel engelli çocukların yaygınlık oranının %1 olacağı tahmin edilmektedir (MEB, 2015).

1.1.2.2. Down Sendromlu Çocuklar

Down sendromu genellikle fiziksel büyüme gecikmeleri, hafif ila orta derecede zihinsel engel ve karakteristik yüz özellikleri ile ilişkilidir (Weijerman, de Winter, 2010). Down sendromu 21. kromozomun 3 tane olmasına dayalı genetik bir bozukluktur (Patterson, 2009). Down sendromlu genç bir yetişkinin ortalama IQ değeri, 8 veya 9 yaşında bir çocuğun zihinsel yeteneğine eşdeğerdir (Malt ve diğ., 2013). Ekstra kromozomun, tesadüfen oluştuğuna inanılır ve bilinen hiçbir davranışsal aktivite veya çevresel faktör değişmediği düşünülür. Down sendromu, hamilelik sırasında doğum öncesi tarama, ardından tanı testi veya doğumdan sonra doğrudan gözlem ve genetik test ile tanımlanabilir. Tarama başlangıcından bu yana, tanı konulan gebeliklerin sonlandırıldığı görülür (Natoli, 2012). Down sendromu için bir tedavi yoktur. Eğitim ve uygun bakımın yaşam kalitesini artırdığı düşünülebilir.

Down sendromu insanlarda en sık görülen kromozom anomalisidir (Malt ve diğ., 2013). Her yıl doğan her 1000 bebekten birinde görülür (Weijerman ve de Winter, 2010). Down sendromlu olanlar neredeyse her zaman fiziksel ve zihinsel engellere sahiptir (Faragher ve diğ., 2013). Down sendromlu bireylerin çoğunda hafif (IQ: 50-69) veya orta (IQ: 35-50) zihinsel özürülük vardır ve bazı vakalarda ciddi (IQ: 20-35) zorlukları vardır (Weijerman ve de Winter, 2010). İşitme ve görme bozuklukları, Down sendromlu kişilerin yarısından fazlasında görülür (Hickey ve diğ., 2012).

2010 yılı itibariyle küresel olarak Down sendromu, her 1000 doğumda bir görülür. Okul çağına ulaşmadan önce eğitim programları yararlı olabilir (Weijerman ve de Winter, 2010). Down sendromlu okul çağındaki çocuklar, müfredatta bazı ayarlamalar yapılması

koşuluyla kapsayıcı eğitimden (farklı yeteneklere sahip öğrencilerin aynı yaştaki akranlarıyla sınıflara yerleştirildiği) yararlanabilir.

1.1.2.3. Otizm/Yaygın Gelişimsel Bozukluğu Olan Çocuklar

Son zamanlarda alanyazında sıkça rastladığımız “otizm spektrum bozukluğu” teriminin DSM-4’teki eş anlamlısı “yaygın gelişimsel bozukluklar”dır. Otizm spektrum bozukluğu genel kategorisinde aşağıda açıklanan beş bozukluk bulunmaktadır (Kırcaali-İftar, 2007). Otistik Bozukluk, Rett Bozukluğu, Çocukların Dezintegratif Bozukluğu, Asperger Bozukluğu, BTA Yaygın Gelişimsel Bozukluk.

Otistik bozukluğunu ilk tanımlayan 1943’te Leo Kanner’dir. Otizm spektrum bozukluklarından bilinme ve karşılaşılma sıklığı konusunda birinci sıradadır. İlk tanımlandığı tarihten beri hakkında bilinenler değişerek artış göstermiştir. Otizmin pek çok tanımlaması yapılabilmektedir. Amerika Otizm Topluluğu (ASA-Autism Society of America) tanımına göre otizm;

- Tipik olarak insan üç yaşına gelinceye dek belirlenir.
- Nörolojik bir bozukluk sonucu beynin normal işleyişi etkilenir.
- Toplumsal etkileşimde ve iletişimsel becerilerde bozukluklarla ayrımsanan karışık bir gelişim yetersizliği çeşididir (ASA, 2007).

Bu bozukluk, yakın zamanda Dünya’nın ve Türkiye’nin akademik ve uygulama çalışmalarında daha çok ilgi çeken ve çalışmalar yapılan bir gelişimsel yetersizlik kategorisidir. Bunun nedeni, otizmle ilgili tam olarak açıklanamayan konuların varlığı olabilir. Mesela bu spektruma nelerin yol açtığı, biyolojik ve nörolojik yapıyı ne şekilde etkilediği gibi konular henüz tamamen açıklanamamıştır. Neredeyse 50 senedir devam eden ve hızla artan sistemli ve bilimsel çalışmalar bu konuda bilinenleri artırmıştır (Kurt, 2012, s. 22). Bu bozukluğa sahip bireyler, toplumsal etkileşimlerinde, sözel ve sözel olmayan iletişimlerinde, ilgilerinde ve faaliyetlerinde sınırlılıkları erken çocuklukta gözlemlenebilen ve özel eğitime ihtiyaç duyan bireylerdir (BEBKA, 2012, s. 30).

İlk kez 1910 yıllarında ortaya çıktığına düşünülen ‘otizm’ ifadesinin yerini ‘otizm spektrum bozukluğu’ almıştır. Bu ifade alan yazında ‘yaygın gelişimsel bozukluk’ ile aynı anlamda kullanılır. Otizm spektrum bozukluğu olan bireyler, toplumsal etkileşimlerinde sorun

yaşamalarıyla ve sınırlı, tekrarlayan ilgiler ve davranışlar aracılığıyla veya dili ve iletişim becerilerini kullanırken ortaya çıkan sınırlılıklar ile tespit edilebilen üst düzeyde ve karışık bir gelişimsel yetersizliğine sahiptirler. Otizm ya da otistik bozukluk, bugün otizm spektrum bozukluğunun kapsamındaki kategorilerin biri olarak incelenmektedir (Kurt, 2012, s. 22).

Otizm, bireyin yaşamı boyunca sürer. Otizmliler, çoğunlukla özel eğitim uygulamalarının yardımıyla ihtiyaç duydukları yaşam becerilerine sahip olabilirler (Kapçı, 2011, s. 142). Otizmin özelliklerinin belirti olarak değerlendirilmesi mümkündür. Hâkim görüşe göre, otizm belirtileri üçe ayrılmaktadır (APA, 1994; WHO, 1992).

1-Toplumsal etkileşime ilişkin sorunlar: Sosyal etkileşimde ihtiyaç duyulan, sözel olmayan davranışlarla sınırlıdır. Örneğin; göz temasında zorlanmak veya doğrudan bakışlar, jest ve mimiklerin kullanılmasında yetersizlik, bireylerle ilişki kurduğu esnadaki yaklaşma seviyesini kestirememesi, sesi sıra dışı kullanma. Yaşıtlarıyla arkadaşlık etmekte zorlanır, tek olmayı yeğlerler. Dikkat çekmek için çabalamaz, övgü veya onaylamalara tepki vermeyebilirler. Diğerlerinin varlıklarına, ilgilerine kayıtsız kalmaları; duygu durumlarını anlama konusunda yetersiz kalmaları olağandır.

2-Dile ve iletişime dair sorunlar: Otizmlilerde çocuklarda çoğunlukla sözel iletişime ve konuşmaya dair sorunlara rastlanır. Dil gelişimlerinde gecikmeler; karışık dil bilgisi kurallarını kullanamama; diyalog başlatırken, sürdürürken ve sonlandırırken zorlanmalar gözlemlenmektedir. Kendi hakkında üçüncü kişi gibi konuşma, kelimeleri devamlı yineme, robotik konuşmak gibi olağan olmayan iletişim biçimlerine rastlanabilir. Oyun esnasındaki iletişimlerinde de sorun vardır. Senaryosu olan oyunlarda yetersiz kalabilirler, oyun hayal edemez, sosyal oyunlarla ilgilenmezler. İletişim zorlukları, sosyal ilişkilerinde de soruna yol açabilir.

3-İlgiye ve davranışa ilişkin sorunlar: Bu küme, sınırlı ilgiler ve tekrarlayan basmakalıp davranışlardan oluşur. Arabalarla ilgilenen çocuk, arabalara ait her özelliği hatırlarken; başka hiçbir şeyle ilgilenmeyebilir. Etrafında dönmek, nesnelere döndürerek seyretmek, dönen nesnelere ilgi duymak (çamaşır makinesi), el ve kollarını sallamak, başına vurmak, elini ısırma gibi davranışlar gözlemlenebilir. Gündelik hayatlarında tekdüzedirler. Kıyafetleri, güzergâhları, işleri yapma biçimleri hep aynı kalabilir. Kimi nesnelere için bağımlılık

geliştirebilirler. Örneğin; kutular, kapaklar, kredi kartları. Bu nesnelere aynı nesnelere kabul etmezler. Kendilerinin kurduğu ve alışmış oldukları düzendeki en küçük değişime dahi sert tepkiler verirler.

Otizm spektrum bozukluğu, tüm coğrafyada her ırktan ve her sınıftan insanda karşımıza çıkabilir. Erkeklerin bu bozukluğa sahip olma oranı kızlardan 4 kat fazladır. Fakat kızların sahip olduğu bozukluk, genelde erkeklere oranla daha ileri ve ağırdır (BEBKA, 2012, s. 29). Otizm spektrum bozukluğunun nedenleri hala tamamıyla belirlenememiştir fakat birtakım olasılıklar ortaya koyan teoriler geliştirilmiştir. Bu iddialardan kimi bilimsel yaklaşıma uzak olsa da; bilhassa genetik ve nöroloji alanlarında yürütülen bilimsel araştırmalarla otizm spektrum bozukluğuna neden olan faktörler araştırılmaktadır. Günümüzde, şimdiye dek saptanan faktörler çevresel ve kalıtsal olarak iki başlıkta incelenebilir. Çevresel faktörlerin ise; fiziksel ve sosyal olarak iki alt başlığı bulunmaktadır. Fakat bu faktörlerin etkileme düzeyleri hala saptanabilmiş değildir (Kurt, 2012, s. 28). Bilim dünyasına hâkim olan görüş, otizm spektrum bozukluğuna sahip bireylerde genetik temeller bulunduğudur. Bu kalıtsal temellerin nörolojik bozukluklar ortaya çıkardığı düşünülür. Bu düşüncenin ana sebebi, kimi ailelerin bireylerinde otizm spektrum bozukluğunun daha sıklıkla ortaya çıkmasıdır. Otizm spektrum bozukluğuna sahip bir kardeşi olan bireylerde bu soruna sahip olma olasılığı artmaktadır. Fakat bu bozukluğu taşıyan genin belirlenmemesinden dolayı ortaya kesin iddialar atılamamaktadır (BEBKA, 2012, s. 29).

Uygulamalı davranış analizi (ABA), Amerikan Pediatri Akademisi tarafından Otizm spektrum bozuklukları için en etkili tedavi olarak kabul edilir (Myers ve Johnson, 2007). ABA sosyal beceriler, oyun becerileri veya iletişim becerileri gibi adaptif davranışları öğretmeye yöneliktir (Matson ve diğ., 2012). Mesleki terapi, otistik çocukların ve yetişkinlerin kişisel hijyen ve hareket gibi günlük görevlerde kendilerine yardımcı olan günlük becerileri öğrenmelerine yardımcı olabilir. Bu beceriler, daha sonra evlerine, okullarına ve çalışma ortamlarına entegre edilir. Terapistler, çoğu zaman hastaların çevrelerini beceri seviyelerine uyarlamayı öğrenmelerine yardımcı olabilir.

Rett sendromunun ise; nörodejeneratif bir durumun aksine nörogelişimsel bir durum olduğu ileri sürülmüştür (Guy ve diğ., 2007). Rett sendromu kadınlarda tipik olarak 6 ila 18 aylıktan sonra ortaya çıkan genetik bir beyin bozukluğudur. Belirtiler dil, koordinasyon ve

tekrarlayan hareketlerle ilgili sorunları içerir. Çoğunlukla daha yavaş büyüme, yürüme sorunları ve daha küçük bir kafa boyutu vardır. Komplikasyonlar nöbetleri, skolyozu ve uyku problemlerini içerebilir. Ancak etki dereceleri farklıdır (Neul ve diğ., 2010).

Çocuk psikiyatrisi alanında ağır mental retardasyonun ve otizme benzetilmesinin sonucunda sıklıkla yanlış tanıları konan grup olarak dikkat çekmektedir (BEBKA, 2012, s. 30). Rett sendromuna sahip bireylerde, doğum sonrası gelişimde ve işlevsellikte diğerlerinden farklı değildir. Fakat 5. aya geldiğinde sendromun etkileri görülmeye başlanır. Birey, zihin, iletişim, devinim ve sosyal becerilerinde gerilemeye başlar. Ancak, 5. aydan itibaren sendrom kendini göstermeye başlar. Doğum sırasında kafanın çevresi olağan sınırlara sahiptir fakat 5-48 ay arasındaki süreçte kafanın büyüme hızı yavaşlar, çocuk edinmiş olduğu becerileri kaybetme sürecine girer. Birbirinin aynı, yineleyen, amacı olmayan hareketler gözlenir. Yürümede ve gövde hareketlerinde düzensizleşme, bedenin duruşunda bozulma ortaya çıkar. Otistik bozuklukla benzer olarak; sosyal ilişkiler azalır, dil becerileri gelişmez. Sadece kızlarda, on beş bin kişiden birinde görülür. X kromozomundaki bir genin bozulması sonucu ortaya çıktığı iddia edilmektedir (Dumas ve Nilsen, 2003). Otizm spektrum bozukluğunun alt gruplarından rett sendromu kalıtsal temelinin belirlenebilmesi yönüyle tekdir. İkizlerde yapılan araştırmalar sonucu bahsedilen bozukluğa, kardeşlerden biri sahipken diğerinin sahip olmadığı durumların varlığı saptanmıştır. Bundan dolayı, kalıtsal sebeplerden farklı etmenlerin var olabileceği düşünülmektedir. Konu ile ilgili yürütülen çalışmalarda, tek yumurta ikizlerinden birinde otizm spektrum bozukluğu görülürken; diğer ikizde görülmediği durumlarla karşılaşılmıştır (BEBKA, 2012, s. 29).

Çocukların dezintegratif bozukluğunda ise; Heller sendromu ve parçalayıcı psikoz olarak da bilinen çocuklukta dağılma bozukluğu dil, sosyal işlev ve motor becerilerde geç gelişimsel gecikmelerin (veya ciddi ve ani tersinmelerin) başlamasıyla karakterize nadir görülen bir durumdur. Araştırmacılar, bu bozukluğun nedenlerini tam olarak tespit edememişlerdir. Çocukların Dezintegratif Bozukluğunun otizme benzerliği vardır ve bazen bunun düşük işleyen bir biçimi olarak kabul edilir (McPartland ve Volkmar, 2012; Venkat ve diğ., 2012). 3 yaşını geçen çocuklarda dilin, sosyal işlevin ve motor becerilerin gelişimi esnasında gecikme biçiminde ortaya çıkan nadir görülen bir bozukluk türüdür (BEBKA, 2012, s. 30). Çocukluk çağı dezintegratif bozukluğunun etkileri de Rett sendromuyla benzer biçimde

doğumdan bir süre sonra görülmektedir. Çocuk tüm gelişiminde olağan bir süreç içerisindeyken; 2-4 yaşları arasında çocuğun sahip olduğu tüm yetiler aniden kaybolmaya başlar. Bu hızla gelişen kayıp sonucu, çocuğun zekâsı ileri derece ağır zihinsel yetersizliğe kadar gerileyebilir. Bu gerilemeler sosyal, devinsel ve iletişimsel alanda da görülür. Neredeyse elli bin kişinin birinde görülen nadir bir bozukluk türüdür. Çoğunlukla, erkeklerde görülmektedir. Çocukluk çağı dezintegratif bozukluğunun zamanla ağırlaştığı sık görülür (Kırcaali-îftar, 2007). Rett sendromunun ve çocukluk çağı dezintegratif bozukluğunun normal gelişen çocuklarda bir süre sonra görülmesi aileleri yıkıma uğratar (Doğan, 2011, s. 140).

Asperger sendromu ise gelişim bozukluğu önemli zorluklar ile karakterize, sosyal etkileşim ve sözlü olmayan iletişim, davranış ve çıkarları sınırlı ve yineleyici desenler ile birlikte. Daha hafif bir otizm spektrum bozukluğu olarak, nispeten normal bir dil ve zekâ ile farklılaşır. Tanı için gerekli olmamakla birlikte, fiziksel sakarlık ve alışılmadık dil kullanımı yaygındır. İşaretler genellikle iki yaşından önce başlar ve tipik olarak bir kişinin tüm hayatı boyunca sürer (McPartland ve Klin, 2006). 1943'te Leo Kanner otizm tanımı yaptıktan bir sene sonra Hans Asperger, bugün Asperger sendromu dediğimiz bozukluğu kavramsallaştırır. Pek çok özelliğinin otizmle benzemesine karşın otizmin aksine dil gelişiminin ve kullanımının neredeyse normal olduğu ve zihinsel yetersizlik bulunmadığı görülmektedir. Dil otizme kıyasla daha iyi kullanılır fakat bu yüzeysel bir gelişmişliktir. Otizme oranla daha az belirti gösteren bir otizm spektrum bozukluğu türüdür. Yüksek işlevli otizm biçiminde isimlendirilen bozukluğu, belli bir düzeydeki otizm olarak değerlendiren, farklı bir bozukluk olmadığını düşünenler de bulunmaktadır. Bu bozukluğa neden olan faktörler ve bozukluğun ne kadar yaygın olduğu saptanmamıştır (Yorbık ve diğ., 2000). Çocuklukta gözlemlenen kalıtsal geçişli bir problemdir. Temel belirti çok fazla içe kapanık olmaktır. Tekrarlayan hareketler, tekdüze konuşmak, bir konuyla aşırı ilgilenmek öteki mühim belirtilerindendir. Hastalığın, 3 veya 4 yaşındaki çocuklarda fark edilmeye başlanması mümkündür (BEBKA, 2012, s. 30). Tek bir tedavi yoktur ve belirli müdahalelerin etkinliği sadece sınırlı verilerle desteklenir (McPartland ve Klin, 2006). Tedavi, obsesif veya tekrarlayan rutinleri azaltmayı ve iletişim becerilerini ve fiziksel sakarlığı geliştirmeyi amaçlamaktadır. Müdahaleler sosyal beceri eğitimi içerebilir, bilişsel davranışçı terapi, fizik tedavi, konuşma terapisi böyle bir ruh hali ve endişe gibi ilişkili sorunlar için, ebeveyn eğitimi ve ilaçlar vardır (NINDS, 2007). Çoğu çocuk büyüdükçe gelişir, ancak sosyal ve iletişim güçlükleri genellikle devam eder (Woodbury ve Volkmar, 2009). Bazı

araştırmacılar, otizm spektrumundaki bireylerin tanımlanmasında otizm spektrum bozukluğunun tedavi edilmesi veya iyileştirilmesi gereken bir hastalıktan ziyade gelişimsel bir farklılaşma olduğunu ileri sürmektedirler (Clarke ve van Amerom, 2007; Baron, 2002).

Yaygın gelişimsel bozuklukta bazı çocuklar otizme benzer belirtiler veya bu belirtilerden bazılarını gösterebilir. Otizm belirtilerinden bir kısmının gözlemlenmesi halinde veya tespit edilen bulguların otizm tanısının konulması için yeterli olmaması durumunda ‘atipik otizm’ söz konusudur. ‘Atipik otizm’ farklı bir bozukluğu değil; farklı bir isim verilemeyen otizm spektrum bozukluğunu ifade eder. Uzmanlar tanı koyarken zorlandığında bu kategoriye başvururlar (WHO, 1992).

1.2.Destekleyici Aileler

Tarihsel gelişim içerisinde, toplumların engellilere yaklaşımı farklılık göstermiştir. Bilimsel, teknolojik ve kültürel gelişmelere paralel olarak olumlu yönde bir farklılaşma olduğu da görülmektedir (Öztürk, 2011, s. 16). Yapılan araştırmalar, ailelerin ihtiyaçlarını birçok şekilde sıralamıştır. Bu sınıflandırmalara göre, ailelerin ihtiyaçları altı temel başlıkta sıralanabilir. Bunlar; bilgi-eğitim ihtiyacı, duygusal destek ihtiyacı, bakım ihtiyacı, maddi ihtiyaç, aile işlevlerine ilişkin ihtiyaçlar ve toplumsallaşma gereksinimidir. Özel gereksinimleri olan bireye sunulan hizmetlerin ailelerin ihtiyaçlarına göre şekillendirilmesi, bu hizmetlerin verimliliğini oldukça arttırmaktadır (Özen, 2012). Ailenin ihtiyaçlarının giderilmesi, çocuğun ihtiyaçlarının karşılanması olarak ifade edilebilir. İhtiyaçları giderilmeyen ailelerin, bakım ve eğitim olanaklarından verimli bir şekilde yararlanamadıkları bilinmektedir. Son yıllarda özel gereksinimli çocukların ve yetişkinlerin eğitiminde, aileyi hedef alan çalışmaların sayısı giderek artmaktadır. Her ailenin ihtiyaçları farklılık göstermektedir. Örneğin, geleneksel toplumlarda ailenin bütün ekonomik yükünü sırtlayan baba için maddi ihtiyaçlar ön planda iken, bireylerin bakımından sorumlu olan anne için bilgi ve bakım daha önemlidir (Kaner, 2009).

Engelli çocukların gelişimini optimize etmek için ebeveynlerin bebek ve çocuk gelişimi hakkında temel bir anlayışa sahip olmaları gerekmektedir (Belcher ve diğ., 2007; Benasich ve Brooks-Gunn, 1996, s. 1187; Bornstein ve Cote, 2004; Hess ve diğ., 2004; Huang ve diğ., 2005; Larsen ve Juhasz, 1985; Mercy ve Saul, 2009). Yüksek eğitim seviyesine sahip

ebeveynlerin, çocuğun gelişimsel özellikleri ve süreçleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olma eğiliminde oldukları ve eğitim seviyesi yüksek ebeveynlerin, olmayanlara kıyasla çocuklarının gelişimini desteklemek için daha fazla araştırma ve çözüm aradıkları (Bornstein ve diğ., 2010; Conrad ve diğ., 1992; Hess ve diğ., 2004; Huang ve diğ., 2005) ve etkili ebeveynlik stratejileri geliştirdikleri (Morawska ve diğ., 2009); güçlü bir çocuk gelişimi bilgisine sahip olan annelerin, daha az bilgiye sahip annelerle karşılaştırıldığında çocuklarıyla daha olumlu etkileşime girdiği bulunmuştur (Bornstein ve Bradley, 2012; Huang ve diğ., 2005). Çocuk gelişimini anlayan ebeveynlerin, uygun disiplinin kullanımını ve ebeveyn-çocuk etkileşimlerinin niteliğini ve kalitesini etkileyen çocuklarına yönelik yaşa uygun olmayan beklentileri olması daha az olası görülmüştür (Huang ve diğ., 2005).

Çocuk gelişimi konusunda yüksek bilgiye sahip annelerin, çocukların ilgi alanlarına ve yaşlarına göre uyarlanmış kitap ve öğrenme materyalleri sağlama konusunda daha az bilgiye sahip annelere kıyasla daha fazla okuma, konuşma ve hikâye anlatma çalışmalarını sürdürdükleri belirlenmiştir (Curenton ve Justice, 2004; Gardner-Neblett ve diğ., 2012; Grusec, 2011). Babaların küçük çocukların dil ve okuryazarlıktaki gelişimlerini kavramaları, çocuklarını desteklemek konusunda bilinçli olmak ve yaşama hazırlamakla ilişkili bulunmuştur (Cabrera ve diğ., 2014). Öğrenmenin doğumda başladığını bilmeyen ebeveynlerde, bebeklik döneminde öğrenmeyi teşvik eden (örneğin hikâye okuma) ve küçük çocukları sözcükleri duymaya ve dili kullanmanın önemini takdir etme uygulamalarına girme olasılığı daha düşüktür. Küçük çocukların özenli olmayan davranış sergileyen anneleri ile olan ilişkilerinde, çocuklarının onlarla etkileşim kurma çabalarına bu annelerin yanıt verme olasılıklarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Putnam ve diğ., 2002). Ayrıca, davranışsal zorluklar ve bilişsel ve motor performans ölçümlerinde iyileştirmeler dahil olmak üzere ebeveyn bilgisi ve çocuk sonuçları arasında doğrudan bir ilişki bulunmuştur (Benasich ve Brooks-Gunn, 1996; Dichtelmiller ve diğ., 1992; Hunt ve Paraskevopoulos, 1980).

Özellikle, doğru beslenme, güvenli uyku ortamları, ağlayan bir bebeğin nasıl yatıştırılacağı ve sevginin nasıl gösterileceği hakkında ebeveynlik bilgisinin, küçük çocukların optimal gelişimi için kritik öneme sahip olduğu belirtilmiştir (Chung-Park, 2012; Regalado ve Halfon, 2001; Zarnowiecki ve diğ., 2011). Birçok ebeveyn için, bebek ağlaması yaşamın ilk aylarında büyük bir zorluktur. Ağlayan bebeklerini sakinleştiremeyen ebeveynler, uyku

yoksunluğundan muzdariptir, kendinden şüphe duyarlar, emzirmeyi daha erken durdurabilirler ve eşleri ve çocukları ile daha fazla çatışma ve anlaşmazlık yaşayabilirler (Boukydis ve Lester, 1985; Karp, 2008). Korelasyonel araştırmalar, normal bebek ağlamasıyla ilgili ebeveyn bilgisindeki iyileşmenin, bebekler için gereksiz tıbbi acil servis ziyaretlerinde azalma ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Barr ve diğ., 2015). Bilginin davranış değişikliklerine yol açması, Bryanton ve arkadaşları (2013) tarafından randomize kontrollü çalışmaların ve Middlemiss ve diğ. (2015) çalışmalarında, her iki grup da annenin bebek davranışı hakkındaki bilgisindeki artışların ev ortamında olumlu değişikliklerin yanı sıra bebek uyku süresindeki iyileşmelerle ilişkili olduğunu belirlemiştir.

Sağlık ve güvenlikle ilgili-sağlık hizmetlerine nasıl erişileceği, çocukları fiziksel zararlardan nasıl koruyacağı (ör. emniyet kemeri veya kask takmanın önemi) ve iyi hijyen ve beslenmeyi teşvik etme hakkındaki bilgiler de dahil olmak üzere- özel bilgi ebeveynliğin temel yetkinliğidir. Deneysel çalışmalar, örneğin, ebeveynlerin beslenme bilgisi ile hem çocukların besleyici gıda alımı hem de azaltılmış kalori ve sodyum alımı arasında pozitif bir bağlantı olduğunu göstermektedir (Campbell ve diğ., 2013; Katz ve diğ., 2011). Randomize kontrollü bir çalışmada Campbell ve diğ. (2013) ebeveynleri, bebek besleme, diyet, fiziksel aktivite ve televizyon izleme ile ilgili bilgi, beceri ve sosyal destek alan çocukların, ebeveynleri kontrol grubunda bulunan çocuklara göre daha az tatlı atıştırmalık tükettiklerini ve televizyon izlemek için günlük olarak daha az zaman harcadıklarını bulmuşlardır (Campbell ve diğ., 2013). Ayrıca, çocukların besleyici gıda alımı ile ilişkili olan diğer bir değişken ebeveynlerinden iyi beslenme alışkanlıklarını ve beslenme uygulamalarını modellemesidir (Mazarello Paes ve diğ., 2015). Anne babadan alınan her bilgi, çocuğun sınıf içindeki davranışlarına ilave katkı sağlayacaktır. Davranış değiştirme teorisine göre (Ajzen ve Fishbein, 1980; Fishbein ve diğ., 2001), bir kişinin tutumu genellikle bilgiyi kullanıp kullanamayacağını ve pratiğe dönüştürüp dönüştürmeyeceğini belirler. Kısacası, bir kişi bilgiye inanmaz veya değer vermezse, o kişinin bu konuda hareket etme olasılığı daha düşüktür. Ebeveynlerin ebeveynlik uygulamasıyla öğrendikleri de bir bilgi kaynağı olabilir ve ebeveynlerin tutumlarını şekillendirebilir. Ebeveynlik tutumları, ebeveynlerin ebeveynlik rolünde başarılı olma yeteneklerine dair kendi inanç düzeyi olarak tanımlanan ebeveynlik öz-yeterliliğinden de etkilenir (Jones ve Prinz, 2005).

Ebeveynler ve diğerk bakıcılar, çocuklar için duygusal uyarılma, başa çıkma ve davranışları yönetmede temel kaynaklardır. Olumlu onaylar vererek, sevgi ve saygıyı ileterek ve bir güvenlik duygusu yaratarak bu role hizmet ederler. Ebeveynler tarafından destek sağlanması, çocukların evde, okulda ve toplumda iyi bir şekilde uyum sağlamalarını ve işlevlerini bozabilecek kaygı ve depresyonla ilişkili davranışlar gibi içselleştirme riskini en aza indirmeye yardımcı olur (Osofsky ve Fitzgerald, 2000). Bazı anne ve babalar çocuklarına karşı ilgisiz olabilmektedir. Ancak bazen bu durumun yanlış anlaşılın kültürel etmenlerin ya da çeşitli olumsuz koşulların bir sonucu olarak meydana gelmektedir. İlgisiz anne ve babanın davranışları yüzünden uzmanlar daha fazla dayanamayarak aile ile iletişimini kesebilir. Bu gibi olumsuz olaylarda bile uzman öncelikle anne ve babanın düşüncelerini tespit etmeye çalışmalıdır. Anne babanın ilgisizliği giderilmeye ya da en azından etkisi azaltılmaya çalışılmalıdır (Özen, 2012). Aşırı korku, çaresizlik, umutsuzluk, ilgisizlik, depresyon ve geri çekilme gibi belirtiler, yetersiz ebeveyn bakımı yaşayan çocuklarda duygusal zorluklar görülmektedir (Osofsky ve Fitzgerald, 2000). Ergenlik dönemindeki zorluklar çoğunlukla fiziksel gelişim ile çocuğun zihinsel ve sosyal gelişimi arasındaki boşluktan kaynaklanmaktadır. Bu dönemde aile desteği ayrı bir önem taşımaktadır (Kraemer ve Blacher, 2001; White ve Hastings, 2004). Okul ortamından bağımsız yaşama geçiş, bir meslek edinme, eğitimine devam etme, hane halkına katkıda bulunma, kişisel ve sosyal ilişkiler içinde bulunma engelli bireylerin yaşama tutunması için gereklidir (Wheman, 2006). Engellilerin toplumla bütünleşme yönünde büyük sorunlar yaşadıkları ayrı bir sorun alanını oluşturmaktadır (Öztürk, 2011, s. 22). Özel gereksinimli bireylerin topluma kazandırılmasında yaşam çevrelerindeki sınırlıklar üzerinde çalışılmalıdır ve bu sınırlılıklar en az düzeye indirilmelidir (Sucuoğlu ve Kargın, 2010, s. 37).

Engellilerin en temel sorunu eğitimidir. Özürlülerin eğitimsizliği, toplumla bütünleşmesinin önündeki en önemli sorunlardan birisi olarak karşımıza çıkmaktadır (Öztürk, 2011, s. 23). Engelliye hayata hazırlayan en önemli kurumlardan biri olan okul ortamlarına ilişkin anne ve babaların geçmişte yaşadıkları olumsuz deneyimler, ileriki dönemlerde anne ve babanın okula ve öğretmene olumsuz bir gözle bakmasına neden olabilir. Anne ve babanın geçmiş tecrübeleri, anne ve babaların, çocuklarının gelişimi için sunulan hizmetlerin aslında faydasız olduğu düşüncesine kapılmasına neden olabilir (Diken, 2013). Özel eğitim uygulamalarında farklı yaklaşımlar belirlemek gerekmektedir (İrdem, 2002, s. 215). Özel

eğitim, tek bir eğitimciden ziyade birçok konuda uzmanlaşmış bireylerin ekip halinde çalışmasıyla gerçekleşir (Özen, 2012, s. 3). Bu bağlamda eğitimcilerin, engelli öğrencilerin düzenli ortamlara dahil edilmesine yönelik tutumlarını incelemek önemlidir; nk algıları bu tür öğrencilere yönelik davranışlarını ve kabullerini etkileyebilir (Hammond ve Ingalls, 2003). Araştırma sonuçları, sınıf ğretmenlerinin özel gereksinimleri olan öğrencilerin kaynaştırılması uygulamaları hakkında olumsuz görüş ve tutuma sahip olduklarını (Bilen, 2007; nder, 2007; Avcioğlu, zbey ve Eldeniz etin, 2005; Diken Sucuoğlu, 1999); kaynaştırma uygulamalarında üzerlerine düşen sorumlulukları yerine getirmede yetersizlik hissettiklerini (Avcioğlu, zbey ve Eldeniz etin, 2005; Babaoğlan ve Yılmaz, 2010; Nizamoğlu, 2006) ve bu konuda bilgilendirilmeye ihtiyaç duyduklarını düşündüklerini göstermektedir (Avcioğlu, zbey ve Eldeniz etin, 2005; Rakap ve Kaczmarek, 2010). Ayrıca, kaynaştırma uygulamalarında kendilerine yeterince destek verilmediğini düşünmektedirler (Bilen, 2007; nder, 2007). Öğretmenler, okul müdürünün ve diğer okul liderlerinin desteğinin, kapsayıcı uygulamaları uygulamalarında kritik öneme sahip olduğuna inanmaktadır (DaaHammond ve Ingalls, 2003). Sadioğlu, Batu ve Bilgin (2012) gerçekleştirdikleri çalışmada, özel gereksinimli öğrencilere sunulan eğitim hizmetlerinde genel olarak değerlendirildiğinde; sınıf ğretmenlerinin müdürden destek alamadıklarını ifade etmişlerdir. Leatherman (2007, s. 600) ve Metin, Güleç ve şahin'in araştırmalarında (2009, s. 7), öğretmenlere okul yönetimi desteğinin gerekli olduğu ve buna öğretmenlerin ihtiyaç duydukları belirlenmiş; Timuçin (1998, s. 169), özel gereksinimli öğrenciyi yerleştirirken sınıf mevcudunun azlığını, sınıf öğretmeninin gönüllülüğünü göz önünde bulundurmadıkları yönüyle yönetici uygulamalarını tespit etmiştir.

Engellilik kavramının kültürel bir kavram olduğu kabul edilmektedir. Birey engeli ile yaşarken biyolojik doğası yanında içinde yaşadığı sosyal ve kültürel alanın etkisindedir. Bireyin engeli, toplumun kendisine sunduğu imkânlar lsnde azalacaktır. Toplumun engelliye bakışı, sosyal ve kültürel anlamdaki karşılığıdır (Burcu, 2002, s. 85-86). Diğer kültürlerde var olduğu gibi Türk kültürü de engelli bireye daha önceden belirlenmiş kültürel kalıplar sunmaktadır. Sosyal tutumların, değerlerin ve kurumların beden gerçekliğini belirleyen biyolojik olgudan çok daha fazla etkili olduğu kabul edilmektedir (Siebers, 2001, s. 1).

1.3. Dinin Tanımı ve Boyutları

1.3.1. Dinin Tanımı

Dinin varlığı insanın varoluşuna dayanır ve bu varlık sürdükçe de var olacaktır. İnsanlık tarihi boyunca her toplum bir dine inanmıştır. Tarihi dönemlerin tamamında insanlar çeşitli inanışlara sahip olmuşlardır (Tümer ve Küçük, 1993, s. 1). İnsanın her dönemde din ile ilişkisi bulunmuş, dinden tamamen kopuk bir toplum bulunmamıştır. Din insan ilişkisi kimi zaman ilgi ve sevgi temeline kimi zaman nefret ve korku temeline dayalı olarak şekillenmiştir. Bu bağlamda dinin insanların hayatına etkisi gözmezden gelinemeyecek biçimde günümüze dek gelmiştir (Kayıklık, 2011, s. 11). Din, kutsal/metafizik alanla insan arasında bağlantıyı ifade eder. Her dönemde, insanların önemseydiği inanışın yansımasıdır. Tarihsel geçmişine rağmen, dinin herkesçe kabul edilebilir bir tanımı yapılamamıştır (Köse ve Ayten, 2012, s. 108). Dinin ortak bir tanımı bulunmamasının ana sebebi; tanımlarda dine ait bir yönün vurgulanarak bu yönle açıklanmaya çalışılmasıdır. Dolayısıyla, dinin unsurları belirlendikten sonra tanımlama yapılmalıdır. Bu unsurlara “doğüstü varlıklara inanmak, kutsal ile kutsal olmayanı ayırt etmek, kutsal olanı saymak ve dini merasimler, ahlâki olan sistemler ve davranışlar, bununla bağlantılı olarak tapınmak, günahlar, korkular gibi hisler, dua biçimleri, bir doğa görüşü, hayatı bütünüyle inançla organize etmek, toplumsal hayata ilişkin normlar örnek verilebilir. Bunlar, çoğunlukla dinlerde olması gereken unsurlardır (Yılmaz, 2011, s. 24). Çeşitli disiplinler alanındaki birçok bilim insanı din ile ilgilenerek birbirinden farklı tanım ve yaklaşımlar ileri sürmüşlerdir. Aşağıda dinin boyutlarını, amaç ve sınırlarını belirlemek odaklı birtakım tanımlara ve çeşitli yaklaşımlara yer verilmiştir.

İnsan denen varlığı anlamlandırmayı amaçlayan alanlarda ana hareket noktası, insanların değerleri ve değerler ile kurduğu bağlantıyı anlamaya ve aydınlatmaya çalışmaktır (Göcen, 2014, s. 10). İnsanlık tarihi boyunca her birey ve toplum din fenomeninden etkilenmiştir. İnsanlık tarihinin bu yönüyle din ve dinsel olaylar tarihi olarak değerlendirilmesi mümkündür (Okumuş, 2002 s. 95). Batı dillerindeki ‘din’ kavramının kökeni Latincedeki ‘religio’dur. Bu kelimenin kökeni ise Lucretius’a ve Cicero’ya göre ‘religare’ veya ‘religere’dir. ‘Religare’nin anlamı, “insanın dini yola Tanrı ve birbirleri ile bağlanması”dır. Religere ise, bir işin tekrarlanarak, özenle yapılması yani devamlı yapılan ibadetler ve ayinler anlamına gelir (Chevzier, 2012, s. 53).

Dinin sözlük anlamı, insanların davranışlarını yönlendiren, hayatlarını anlamlı hale getiren, kutsal ya da doğaüstü bir ya da daha fazla güce, yaratıcıya, yaratıcı kavramına dayalı inanç, sembol ve törenlerden oluşan sistemdir (Budak, 2000, s. 2014). Arapça terminolojisinde dinin kökeni “d-y-n” fiilinden gelmektedir. “Borçlu olmak; galip gelmek; yönlendirmek; hâkim olmak; otoriteye sahip olmak; yönetmek; baş eğdirme veya buyruk altına alma amaçlarıyla güce, zorlamaya başvurulmasına; köleleştirmek, itaat, birinin kulu olmak, birinin kölesi olmak, bir kimsenin buyruğu altına girmek, inanmak, adet edinmek, şeriat, kanun, mezhep, millet, izlenen misal, usûl, âdet, hâl, tutulan yol, huy, yargılamak, sorgulamak, cezalandırmak ve mükâfatlandırmak (karşılık)” anlamlarına gelir. Din, Kur’ân’da bu anlamlarda kullanılır (Elmalılı, 2015). Tümer ve Küçük (1993)’e göre dinin Kur’an’da kullanılan anlamı; yüce bir otoriteye boyun eğilmesi, o otoriteden gelen emirlere ve yasaklara uyulması ve sonucunda uyan kişinin mükâfatlandırılması, uymayan kişinin cezalandırılmasıdır.

Dinin her insan zihnindeki çağrışımı farklıdır. Hristiyanın, Müslümanın, Brahmanın, Budistin ya da Totemistin din için benimsediği düşünceler ve anlamlar birbirinden farklıdır (Yılmaz, 2011, s. 24). Bu sebeple dini tanımlamak görüldüğünden zordur. Çünkü din kendisine özgü bir tabiata, evrenselliğe sahiptir. Birçok farklı biçimde ortaya çıkar ve heterojen bir yapıya sahiptir. En büyük sebeplerden biri de görünememesidir (Okumuş, 2002, s. 52). Dini tanımlama biçimleri birçok farklı şekilde sınıflandırılabilir. Bu tanımlamalar “Teolojik” ve “Sosyal Bilimler” şeklinde ikiye ayrılabilir (Günay, 2006, s. 12-22). John Ferguson’a göre din tanımları teolojik, ahlâki, felsefi, psikolojik ve sosyal tanımlar şeklinde beş kategoriye ayrılır (Cox, 2004, s. 18). Yılmaz’a göre, din tanımlamaları ‘batıdaki tanımlamalar’ ve İslami manadaki tanımlamalar’ olarak ikiye ayrılır (Yılmaz, 2011, s. 21-27). Din sosyolojisinde, din tarifleri iki başlıkta incelenir. İlki, dinde bulunan kutsal ve aşkın mana ile değer içeriğine dayanarak oluşturulan “substansiyel (asli, özsel)” tanımdır. Bu tanımlarda, dindeki doğaüstü, ilahi yöne vurgu yapılır. Kimi sosyologlara göre, bahsedilen tanımlar dar tanımlardır. Bunun sebebi, dinlerden bazılarının doğaüstü kavramlar barındırmamasıdır. İkincisi, “fonksiyonel (işlevsel)” din tanımlarıdır. Buna göre, toplumsal bütünleşmeye katkı sağlayan, kişisel davranış yönelimlerinin belirlenmesine imkân tanıyan ya da değer kategorisi şeklinde rol oynayan, bir anlam sistemine sahip tüm düşünsel ve davranışsal sistemlerdir.

İşlevsel tanımlarda ‘Tanrı’ kavramı geçmediğinden dinin dışındaki pek çok ideolojinin ve düşüncenin din olarak algılanması mümkün hale gelir. Bundan dolayı bu tanımlama biçimiyle dinin, din dışı olandan ayrılması zordur (Taş, 2012, s. 39-41). Bahsedilen iki yaklaşımın alternatifi olarak görülebilecek “çok yönlü kapsayıcı (polythetic) tanımlar” yaklaşımı da mevcuttur. Politetik biçiminde de isimlendirilir. Bir sistemi tanımlamaktansa o sistemi din olarak görmek için bazı kriterler koyulması gerektiğine vurgu yapar. Kendi dışındaki yaklaşımların da kapsandığı genel bir yaklaşım biçimidir. Dini tanımlarken ortaya çıkabilecek sorunlardan kaçınarak mutlak sınırlar çizmeyi reddeder. Ancak bu yaklaşımda bazı belirsizlikler oluşabilir. En büyük eksikliği kutsallığı ya da sekülerliği tanınmış her fenomeni dini kabul etmektir ve bu özelliğiyle eleştirilir. Mesela milliyetçiliğin, komünizmin ve benzeri dünyevi fikir ve oluşumların din kabul edilip edilemeyeceğini tartışmaya açık hale getirir (Kurt, 2011, s. 41-43).

Malinovski’ye göre din, kendini, insanların evren içindeki konumunu, kökenlerini, amaçlarını ortaya koyan inanç sistemidir. Berger’e göre, tüm varlıkları içine alan kutsal düzene ilişkin beşerî tavidir. Başka bir deyişle anlamca insandan aşkın ve kapsayan bir düzen inancıdır. Durkheim’e göre kutsal olana, diğerinden ayrı ve yasaklanana ilişkin inanç ve uygulamadan türeyen çelişkisiz sisteme denir (Akt. Bal, 2014, s. 48-53). Geertz, dini, sembollerden oluşan bir sistem olarak tanımlar. İnsandan güçlüdür, kapsamlıdır, kalıcı ruh halleri ve güdülenmeler meydana getirir. Bunları yaparken kendine genel bir varoluşu formülize eder ve bu kavramları realite elbisesiyle giydirir. Bu sayede ruh halleri ve güdülenmelerin kendilerine has bir şekilde gerçekçi bir görünüm ve sosyal birlik oluşmasını sağlar (Akt. Demirezen, 2015, s. 24). Marx, dini, adaletsiz düzenin devamını sağlamak adına üretilen bir üst yapı kurumu olarak tanımlar ve insanı uyuşturduğunu düşünür. Ona göre din kalbi olmayan dünyadaki hisler, ruhu olmayan şartlardaki ruh, baskılanan sınıflardaki iniltidir. Toplumun afyonu olarak görev yapar (Akt. Kılıç, 2014, s. 45). Rizzuto’ya göre, din, bireysel tecrübelerin toplamından ziyade, karmaşık kültürel bir görüntüdür. Tanrı algısı da, kişisel tecrübelerin olduğu kadar kolektif tecrübelerin bir sonucudur ve kültürel yapılardan bağımsız olarak değerlendirilemez (Hoffmann, 2005).

Schleiermacher, dini, sonsuzun duyumsanması, insanların kâinata karşı hayranlık ve acizliği olarak tanımlar. Wundt’a göre, “kâinattaki tüm mütenahilerin nâmütenahi olarak ve

tüm fanilerin ebedi olarak yaşamasına dair bir şuurdur’’ (Akt. Uysal, 1996, s. 18). Hamdi Yazır’a göre akli olanları dindarlıkla iyilik ve nimetlere yönlendiren ilahi bir vaz’dır. Şeriatın, milletin, insanın keyfi hareketlerinin hayra ve mutluluğa yönelmesini güvence altına alan bir yolu, kanunu, âmil-i maneviyi ifade eder. Vardi, dinin, insana bir yaşama biçimi sunduğunu, insanları belirli bir dünya görüşünde topladığını ifade eder. Ona göre din, bir değer biçmeyi, yaşama tarzını, yaratana kişinin iradesiyle bağlanmasını, bazı olguları duyma, inanma, uymayı, aşkın varlığın inananların hayatındaki tezahürlerini içerir (Akt. Vardi, 2013, s. 36). Bu çeşitli tanımlar ve yaklaşımlardan yola çıkılarak din için, bireysel ve toplumsal yönleri olduğu, bireylere hayat biçimi sunduğu, fikir ve uygulama bakımından bir sistematiği olan, inanları bir hayat görüşünde birleştiren kurum diyebiliriz. Din değer koymadır, değer biçmedir, bir hayat biçimidir (Sambur, 2007, s. 24).

Genel geçer bir din tanımlaması bulunmamaktadır. Bunun sebebi dinin çeşitli biçimlerde oluşmasıdır. Yapılacak tanımın çeşitli dinleri kapsamaması beklenir fakat böyle bir tanım yapmak görüldüğünden zordur. Mesela Hinduizm’i kuran belirli bir kişi değildir; Budizm’in dayandığı bir yüce yaratıcı inancı yoktur; Antik Roma dinlerinin dayandığı olgu sadece ibadetlerdir. Ek olarak çok Tanrılı ve tek Tanrılı dinler, inanma konusunda, birbirinden oldukça farklıdır. Tek Tanrılı dinlerin dahi kendi içlerinde farklı anlayışları vardır. Buna örnek olarak Yahudilikte tek tanrı millileştirilir, Hıristiyanlıkta Tanrı tek bir öz ve üç değişik görünüş ile tanımlanır, İslamiyet’te Tanrı doğmaz, doğurulmaz, bedenlenmez, bir topluluğa özgü değildir (Yapıcı, 2013, s. 6). Tüm bu özellikler din tanımlamalarındaki farklılıkların nedenini açıklamaktadır. Her dinin kendi özeline ilişkin tanımlamalara yöneldiği ve kendi değerlerini yansıtan bir tanımlama ve anlayış geliştirdiği söylenebilir.

Dine Özsel Yaklaşımlar: Dinin olduğu şeye odaklanan, asıl önemini ortaya koyan tanımlardır. Din aşkın olana bağlanır (Yapıcı, 2013, s. 7). Batı toplumlarında dinin ferdi ve içtimai konumu birbiriyle uyumludur. Bu tanımlama biçiminin bir olumlu yanı da bünyesindeki objeleri daha belirli bir şekilde gözönüne sermesidir. Bundan dolayı dinin alanı bir aşkın formdan referans almayan vakıaların dışında tutulur. Bu tanımlar tarihsel dinler (tek veya çok Tanrı’lı dinler) ile bağlantılı olduğuna dair eleştiriler alır. Fakat tüm dinler aşkınlık fikrini benimsemez. Üstelik kimilerinde inanılan bir Tanrı dahi yoktur. Diğer eleştirilere göre din belli bir biçime sokulma ihtimaline sahiptir, bireylerin dinlerini değiştirmelerini (ihtida) ve

toplumsal değişimlerde dinin değişmesini ve dönüşmesini anlamada yetersizdir. Fakat dinlerin değişimi, kendiliğinden olmaktadır ve dini ortaya çıkaran sembolik pratiklerin büyük değişimler geçirmesi mümkün olabilmektedir (Willaime, 1995; Akt. Yapıcı, 2013, s. 7).

Otto (1969) ve takipçisi Eliade'a (1965; 1995) göre din, korkutucu ve büyülü bir sır olan kutsallığın deneyimidir. Bu tanım özsel açıdan en kapsamlı ve en fazla kabul edilen tanımdır. Bundan da çıkarılabileceği üzere dinin anlaşılması ve kavramlaştırılması söz konusu olduğunda genişlemenin ve esnemenin kaybolması özsel tanımlamalara ulaştırmaktadır. Buna bağlı olarak Robertson (1970, s. 47) dini, “deneysel olanın deneysel olmayanın manasına katıldığı, deneysel bir realite ile deneyimden öte ve aşkın bir gerçeklik arasındaki ayırımla bağlı, birtakım değerleri ortaya çıkaran sembol ve inançlar sistemi” biçiminde tanımlar. Spiro'ya göre din, toplumun kültürünce benimsenmiş insanüstü varlıklarla kültürün modellediği etkileşim kurumudur. Bu tanımda da dinin tanımı özsel yaklaşımla yapılmıştır (Willaime, 1995, s. 118-119; Akt. Yapıcı, 2013, s. 9).

Dine İşlevsel Yaklaşımlar: Din olgusunun ferdi ve içtimai hayattaki rolü ve işlevini vurgulayan tanımlar işlevselci tanımlardır. Din olgusunun işlevi, ferdi ve içtimai olarak iki boyuta ayrılır. Din konusunda araştırma yapan psikologlar genelde ferdi işleve odaklanır, sosyologlar ise içtimai işlevine vurgu yapar. Fakat buradaki bireyselliğin sosyalliği dışladığı sanılmamalıdır. Ferdi ve içtimai sistem birbirlerinin oluşumuna ve devamlılığına katkı sağlarlar (Yapıcı, 2013, s. 10). Geertz de (1975, s. 90-91) dini bu kapsamda tanımlamıştır. Bu tanıma göre din, varlığa ilişkin düzen mefhumlarını formülize eder ve güç, devamlılık ve motivasyon sahibi, insanları etkileyen ve formülize ettiği mefhumları gerçek gibi göstererek motivasyon ve imkân sağlayan ve bunların yalnız gerçeğe dayandığı izlenimi veren semboller sistemi olarak tanımlanır. Buna yaklaşıma dayanarak dinin, bireylere dünyadaki hadise ve deneyimleri değerlendirme ve anlamlandırma imkânı sağlayan semboller bütünü olarak tanımlanması mümkündür. Tabiatı deneysel olmasa da benimsenen din anlayışlarını bireyler realite olarak kabul eder. Kimi araştırmacılar, dinin fonksiyonlarını belirlerken daha ileri gidebilir (Akt. Yapıcı, 2013, s. 10).

Dine Özsel-İşlevsel Yaklaşımlar: Dinin tanımlanmasında özsel yaklaşımın da işlevsel yaklaşımın da kapsam açısından bazı eksiklikleri bulunmaktadır. Bundan dolayı, yaklaşımlar arasındaki karşıtlık aşılarak hem öz hem işlevin vurgulandığı tanımlara ulaşmaya

çalışılmıştır (Willaime, 1995). Bu ikilemin, iki yaklaşımın birleşmesiyle aşılabileceği düşünülmüştür. Din aşkınlığı ve toplumsal işlevi göz önüne alınarak değerlendirildiği için Durkheim'e ait (1968, s. 27) olan tanım, bu kategoride yer almaktadır. O'nun tanımında dinden, kutsal olduğuna inanç duyulan varlıklarla orantılı olarak gelişen ve manevi bir birleşme oluşturan inanç ve uygulamalardan oluşan dayanışma sahibi bir sistem olarak bahsedilmiştir (Akt. Yapıcı, 2013, s. 13).

Dini tanımlarken özü ve işlevi aynı derece vurgulayarak özlü bir biçimde bütünleştiren Pargament'e göre (1997, s. 32) din, kutsallıkla ilişkisi bulunacak şekilde ortaya çıkan bir mana arayışıdır ve insanüstü bir kutsallığa ve bu kutsallıktan doğan varoluşsal endişelere atıfta bulunur. Bu tanım psikolojik bir temele oturur. James (1931) geleneğinin ifade ettiği kavramları, yani kutsal olana ilişkin özel duyguları ve heyecanları da zikreder. Ek olarak Frankl (1988; 1991; 1994) dinin bireyin mana arayışıyla ilişkisini sistemli ve düzenli biçimde ifade eder (Akt. Yapıcı, 2013, s. 14). Bunlara göre din, bir yönden özsel, işlevsel ve ikisini birleştirerek; başka bir yönden ferdi, içtimai ve psiko-sosyal açıdan sınıflandırılır. Fakat sınıflandırmalar sayılanlardan ibaret değildir. Yukarıda sayılan açıklamalar da kapsanarak din; ilahî ve beşerî olarak da değerlendirilebilir. İlahi değerlendirme teoloji alanının konusudur. Ferdi ve içtimai olarak ikiye ayrılan beşerî yaklaşımda din psikolojisi, din sosyolojisi, dinler tarihi ve benzeri din bilimleri perspektifini oluşturur. Bu tanım ve sınıflandırmalar eksik olsa da yanlış değildir. Eksikliğin sebebi tanımda kullanılan olguların ve bu olguları gösteren kavramların sınırlandırılmasıdır. Buna göre, tanımlama esasen bir şeyin sınırlarını belirlemektir. İşlevsel tanımda da özsel tanımda da dine ait işlevlerden bahsediliyorsa dinin ferdi ve içtimai etkilerinin göz önüne alınması gerekir. Bunun sebebi, psikolojik veya sosyolojik tanımlardan çoğunda dindeki insan unsuruna dikkat edilerek insanları etkileme ve yönlendirme biçimine odaklanmasıdır. Buradan hareketle dindarlığı tanımlamaya ve dini yaşamın boyutlarını belirlemeye gidilir (Yapıcı, 2013, s. 17).

1.3.2. Dinin Boyutları

Din, Glock ve Stark tarafından çok boyutlu bir kavram olarak düşünülür ve sistemleştirilir. Glock ve Stark'a göre dinlerdeki ana boyutlar "inanç, ibadet, duygu/deneyim (kutsallığa katılmak ve dini duyguları hissetmek), bilgi (entelektüel) ve etki (dine bağlanmak

ve imanın görünürdeki etkileri)” olmak üzere beş adettir (Glock, 2007, s. 252; Kurt, 2009, s. 25).

İnanç Boyutu: Burada dindarlara yöneltilen soru inandıklarının ne olduğudur (Çapcıoğlu, 2008, s. 54). Her din kendine mensup olanlardan birtakım esaslara inanmasını talep eder. Bu dine inanan birey önce bu esasları kabullenmeli ve doğrulamalıdır. Bu esaslar, dinler arasında ve bir dinin içerisinde farklılıklar gösterebilir. Bu esaslar, kutsal bir varlığı, o varlığın özelliklerini ve farklı inanç öğelerini (ahiret, kurtulmak, ceza, kader vb.) benimsemeyi içerir. Her dinde bu ilkelerin değişik yanları vurgulanır. Çoklukla kabullenilen dini inanışlar bu boyutu meydana getirir. Örneğin Müslümanların tek bir Allah’ı, melekleri, peygamberleri, ahireti ve bunlara dair ana esasları kabul etmesi, tasdik etmesi inanç boyutunun kapsamındadır. Bu boyutun en mühim noktası, yaşamın merkezinde bulunup inanan insanların asıl anlama ilişkin meraklarını gidermesidir (Köse ve Aydın, s. 113).

Din hayatı kendisini üç biçimde gösterir: Dinî kanaat ve düşünceler (dogmalar), dinî davranış ve tutumlar ile dinî deneyimler. Bunlarda belirleyici unsur toplumsal esaslardır. İnanma tasavvurlarında (düşünce, kanaat) dinler hayatın manasını açıklar. Berger ile Luckmann dinlerin bu yönünü açıklar. Onlar dini, kendisine has anlamlar kazanan kavramlara, sembollere, törenlere sahip olan sembol dünyası olarak tanımlar (symbolik universe). Onlara göre, bu anlam kazandıran sistemin uyumlu toplumsal temeli makul yapıdır. Büyüklüğü önemsenmeden her din grubunun bir sistemi vardır ve farklı üyeler bir öğrenim sürecinden sonra bu sistemin parçası olurlar. Buna ek olarak bireyler olayları, davranışları, tecrübeleri anlamlandırmayı öğrendikleri bir sosyal süreçten de geçerler (Holm, 2007, s. 24).

İbadet Boyutu: İnananlar dualarını ve ibadetlerini Yüce varlıkla iletişime geçmek, o varlığın onayını kazanmak için yaparlar. Bu uğraşla yapılan ibadet, bu iletişim biçiminin sözler, jestler, davranışlarla meydana gelen biçimidir (Koç, 2004, s. 147). Dinler kendisine inananlardan bazı dini uygulamalar talep eder. İnananlar bunları koşulları ölçüsünde yerine getirmek zorundadırlar. Dinlerde bulunan her çeşit ayinler, dualar, ibadetler dinin bu boyutunda bulunur. Müslümanların namaz kılması, oruç tutması; Hristiyanların kiliseye gitmeleri, ayinlerde bulunmaları, dua etmeleri bu boyutta bulunan faaliyetlerdendir (Köse ve Ayten, 2012, s. 113). İbadet; “Tanrı buyruklarını yerine getirme, Tanrı’ya yönelen saygı davranışı, tapınma, tapınış, kulluk” gibi anlamlara gelmektedir. Terim olarak, “Allah’a karşı kulluk ve bağlılığı

ifade eden sözler ve hareketler, O'na yaklaşmak için yapılan dinî davranışlar” diye tanımlanır (Peker, 2010, s. 199).

Duygu/Tecrübe Boyutu: Bu boyutta, din inancı ve ibadetlerle ilişkili biçimde, nahif ve kapalı yaşam biçimleri düşüncesi bulunur. Bu boyut çeşitli bileşenlere sahiptir. Bu bileşenler “gereksinim”, “idrak”, “tevekkül (veya güven)” ve “korku (endişe)” biçimindedir. Din tecrübesi, birinin deneyimlediği, küçük de olsa, bir din grubuyla ilahi öze, Allah’a, asıl gerçekliğe, aşkın otoriteye ilişkin bütün duygu, algı ve duyumlardır (Hökelekli, s. 132). Bu boyut, bireyin kutsalla doğrudan iletişimde yaşanan dinsel duygulardan (huzur, huşu, korku, sevgi vb.) oluşur. İnanlardan her biri bu duyguları değişik yoğunluklarda yaşar ve dinler kişisel dindarlığa bir gösterge olan bu deneyimleri farklı biçimlerde değerlendirir. İnananlar genelde bu boyutu dualarında veya ibadetlerinde hissetse de duygu boyutu bunlardan ibaret değildir. Gündelik yaşamında güzel gelişmeler yaşayan birey bunu Allah’ın bir lütfu olarak düşünür ve Allah’a karşı huşu duyar, ona şükreder ve onu sever. Tecrübe boyutunu anlatmak kolay değildir. Mesela hacca gidenlere bunun nasıl olduğu sorulduğunda ağlamaları ve anlatamamaları, “görmen, yaşamam lazım” demeleri bu boyutun anlatılmasının zor olduğuna bir örnektir (Köse ve Ayten, 2012, s.112).

Bilgi Boyutu: Bu boyutta din tutumunun bilişsel yanı ifade edilir (Hökelekli, 2015 s. 74). Dinlerin hepsinde ilahi metinlere, inanç esaslarına, ibadetlerle ilişkili bilgilere yer verilir. Din hayatının bilgisel ve inançsal boyutları ilişki içindedir. Ek olarak din bilgisinin ibadet ile de bağlantısı vardır. Bunun sebebi, kişinin dini bilgisiyle orantılı olarak ibadetlerini, dininin gerektirdiklerini yerine getirebilmesidir. Dini ilkeleri yaşamına uygulama bilginin de üstünde; inanmayı, iradeli olmayı, motive olmayı, kültür ve çevre şartlarının uygun olmasını gerektirir. Bundan dolayı, kişinin bildiği her şey yaşamına uygulanamayabilir. Dine bağlılığın bir göstergesi din bilgisidir (Köse ve Ayten, 2012, s. 112).

Etki Boyutu: Etki boyutunda, dinlerin bireyin yaşantısına, toplumsal yaşamına, psikolojisine, duygularına etkisi incelenmektedir (Hökelekli, 2015, s. 75). Dinlerin inananlarından neler beklediği, inananların dini bağlılıklarının ve ibadetlerinin tutumlarını nasıl etkilediği incelenir. İnsanların, inandıkları dinin ilkeleri doğrultusunda dürüst olmaları, insan ilişkilerinde iyi olmaları, yeme-içme ve giyinişlerini bunlara göre ayarlamaları bu boyutun kapsamındadır. Ek olarak, kişinin toplumsal ilişkileri, evlenmesi, boşanması, doğum

kontrolünde ve kürtajda izledikleri tutum bu boyutta incelenebilir (Köse ve Ayten, 2012, s. 113).

1.4. Dindarlık

Dinî ifade şekillerinin ifade ettiği şey dinlerin insanın hayatındaki farklı yansımalarıdır. Bu yansımaların başlıcaları dini kanaat, hareket tarzı ve deneyimlerdir. Dini kanaat insanlara has olan düşünebilme yetisini temel alır. Tanımı varlığa ve hayata mana bulma uğraşı, insanlara has bir özellik şeklinde yapılabilir. Din çerçevesinde kanaatlerin etkisiyle mitler, dini metinler, Tanrı tasvirleri, dogmalar, teolojik sistemler oluşturulur (Holm, 2007, s. 12). Din psikologları, dindarlığı sistematize etmek ve anlaşılmasını kolaylaştırmak amacıyla farklı boyutlarını incelerler. Fakat bu konuda çalışılırken dinin boyutlarını dindarlığın boyutlarından ayırmak gerekir. Bu ikisi birbirinden farklı değerlendirmelerdir. Dinin kastettiği kutsal bir öğretilken, dindarlığın anlamı bu öğretinin insanın hayatında uygulanmasıdır (Kayıklık, s. 191). Aşağıda dindarlık tanımları başlık altında verilmiştir.

Dindarlığı sadece dinle ilişkilendirmek mümkündür. Tıpkı din kavramı gibi genel geçer bir tanımla yapılamaz (Yılmaz, 2002, s. 57-66). Din tanımındaki gibi dindarlığın tanımla yapılırken de çeşitli güçlüklerle karşılaşılır. Dinler insan hayatına şekil veren subjektif bir gerçekliktir. Dindarlık ise dini ilkeleri ferdi veya içtimai yaşama aktarma durumudur. Bundan dolayı dindarlık, dinin birtakım tutumlar ve davranışlar aracılığıyla rutin hayatı etkilemesidir. Dindarlığın bilgi, duygu, davranış boyutlarını kapsayan bir yapısı vardır (Köse ve Ayten, 2012, s. 111).

Dindarlığın ifade ettiği şey; bireyin dinine verdiği önem, inanç ve bağlanma seviyesidir. Din yaşantısı toplum ve kültürden etkilenir. Dolayısıyla, farklı şekillerde görülebilir. Birbirinden oldukça farklı davranışlar dindarlığa işaret edebilir. Çok yönlüdür ve kapsamlıdır. Bundan dolayı dindarlık göreceli bir kavramdır (Taş, 2012, s. 46). Dindarın sözlük anlamı dinin emir ve yasaklarına uyan, mütedeyyindir. Dindarlığın anlamı ise; dinin emir ve yasaklarına uyma durumu, tedeyyündür (Doğan, 1994, s. 284). Scheler dindar insanı, Allah'ı kalbinde ve davranışlarında taşıyan, manevi kişiliğinin aracılığıyla ruhları dönüştüren, farklı yöntemlerden Allah'ın kelamını bulan ve teslim olan, gönüllere ilham veren kişi olarak tanımlar. Guyau'ya göre dindarlık, dünyadaki tüm toplumları insancıl toplumlar olarak

düşlemektir. Vergote'ye göre dindarlık, Allah'ı varlığın yaratıcısı ve yardımsever bir güç olarak benimsemektir (Mehmedoğlu, 2004, s. 30-31).

Dindarlığın tanımı, “insanların iman ve amel konusundaki tutumu, deneyimi, davranışları başka bir deyişle, din hayatını ve dindar bir yaşamı, dinin emirlerine ve yasaklarına uymayı içeren; inanmak, bilmek, deneyim etmek, hissetmek, ibade etmek, etkilemek, organize etmek gibi boyutlara sahip bir olgu” olarak yapılabilir (Okumuş, 2002, s. 38). Tekin'e göre dindarlığın tanımı, dini inancın insan yaşamına nüfuzunun derecesidir. Bu tanım dinin teori yani inanç boyutuna vurgu yapar. İnsan kelimesiyle tek bir kişiyi kastetmez. Derecenin kastettiği anlam dini yaşama şiddet ve yoğunluğudur (Tekin, 2006, s. 53).

Din psikolojisinde birçok dindarlık tipolojisi vardır. İlk defa Allport'un kullandığı ve dini kişilikleri bakımından insanı “iç güdümlü” ve “dış güdümlü” dindar şeklinde sınıflandıran tasnif en popüler tipolojilerden biridir. Allport iç güdümlü dindarlığı, hayatın dini olarak belirlenmesi ve geri kalan bütün fikirlerden üstte olan dine teslim olmak olarak tanımlar. Dış güdümlü dindarlığı ise, tehlikeyle karşı karşıya kalınca bireysel güvenliği kapsayan, pragmatik ve din dışı amaçlar elde etmeyi hedef alan dindarlık biçimi olarak tanımlar. Türkiye'de ilk kez Taplamacıoğlu, dini yaşamın şiddetini ve yoğunluğunu baz alan bir alan araştırması yapmıştır. Bu çalışmada 5 alt başlıklı bir dindarlık tipolojisi ortaya çıkmıştır. Günay'ın çalışmasında şiddet ölçüsü baz alınarak dokuz tip varsayılmıştır. Birinci türde beş tip vardır; “ateşli dindarlık (sofu, softa veya grupçu), alaca dindarlık, mevsimlik dindarlık, beynamaz (iş dindarlığı), ilgisiz dindarlık”, ikinci türde ise dört tip bulunur; geleneksel halk dindarlığı, seçkinler dindarlığı, laik dindarlık ve tranzisyonel (geçişli) dindarlık (Mehmedoğlu, s. 39).

Gazzali'ye göre, dindarlık bir gelişim sürecidir. Birey “taklidi dindarlık”, “tahkiki dindarlık” ve “zevk alınan dindarlık” olmak üzere üç çeşit dindarlık sergileyebilir. Taklidi dindar, bir kanıt istemez, inanç ve değerler öylece benimsenir, taklit edilir. Tahkiki dindar, davranışlarına ve inancına bir temel ve delil arar. Sorgulama sonucu inanır. Zevk alınan dindarlık, kişinin tecrübelerinden, din inancından ve uygulamasından zevk aldığını keşfetmiş olmasıdır. Dinin duygusal boyutu ön plana çıkar (Köse ve Ayten, 2012, s. 114).

Mesching sosyal sınıfları baz alarak dindarlığı dörde ayırmıştır. Fichter'a göre dindarlık, şekilcidir, kenardandır, kapalıdır. Gabriel L. Bras'a göre dindarlık, iki açıdan

sınıflandırılır. Bunların biri insan ile din ilişkisini temel alır. Bu sınıflandırmaya göre dindarlık tipleri dört adettir. Birincisi “dine yabancı olanlar, bölünenler, dinden kopanlar ve bir dine inanmayanlar” biçimindedir. İkincisi, “dine inananlar”, “belli dönemlerde dine inananlar”, “dinle ilgilenmeyenler” biçimindedir. Üçüncüsü, “dini yaşayanlar”, “düzenli biçimde dini yaşayanlar”, “dine saygı gösterenler ve uyanlar”, “düzenli biçimde dine uyanlar” biçimindedir. Dördüncüsü ise “sofular, dindar ve muttaki kişiler” biçimindedir. Le Bras’a göre, dini davranış şekilleri baz alınarak dindarlar dört tipte incelenebilir. Birincisi “hiçbir dini davranış göstermeyenler”, ikincisi “doğumda, ölümden, Noelde, Paskalyada ve bunun gibi belli dönemlerde sergilenen davranışlar”, üçüncüsü “pazar ayinleri gibi haftada bir; Paskalya, günah çıkartma gibi yılda bir sergilenen dönemli davranışlar”, dördüncüsü “istisna, tekrarlı dini davranışlar” biçimindedir (Akt. Okumuş, s. 39).

1.4.1. Din, Dindarlık ve Sağlık

Dinin sağlıkla etkileşimi başından beri psikoloji ve din psikolojisinin ilgisini çekmiştir. James, Freud ve Jung gibi araştırmacılar, din ve sağlık ilişkisi üzerine çalışmışlardır. İlk dönemde çoğunlukla din ve ruh sağlığına odaklanılırken, 1980 sonrasında dinin hem fiziki hem ruhsal sağlıkla ilişkisi araştırılmaya başlanmıştır (Ayten, 2013, s. 8).

Din bireyleri yalnız toplumsal ve ruhsal anlamda değil fiziksel sağlıkları anlamında da geliştirir. İçten bir dindar, yaşama olumlu bir biçimde bağlanabilir. Mesela samimiyetle ve istikrarla bazı davranışları gerçekleştiren dinsel yapılar, genelde diğerlerinden daha sağlıklıdır. Lewin ve Schiller, bir inancı benimseyerek ona uyumlu bir şekilde yaşayanların hastalık ve ölüm istatistiklerini belirlemeye uğraşan çalışmaları incelemiş ve dinin sağlıkla olumlu bir etkileşim içinde olduğunu ortaya koymuştur. Fakat incelemeler yaşın, cinsiyetin, ırkın, milletin, dinin, etnik grubun bu konuda bir fark yaratmadığını ortaya koymuştur (Köylü, 2010, s. 19). Birçok ruh sağlığı uzmanı, spiritüel yönelimli müdahaleleri faydalı bulmaktadır (Post ve Wade, 2009; Walker, Gorsuch, Tan ve Otis, 2008). Benzer seküler müdahalelerle kıyaslandığında daha etkili olduğu belirtilmiştir (Smith, Bartz ve Richards, 2007). Bu yönüyle Pargament (2007), danışmanların/terapistlerin danışanlarının psikolojik yönlerini belirleyen birden çok faktörü incelemesi gerektiğini belirtmektedir.

Araştırmacıların ve kuramcıların açıklamaları ve modellerinde dinin ruh ve fizik sağlığını pozitif yönde etkilediği savunulur. Adler, din ve sağlık ilişkisini anlattığı modelinde dinin ruhsal sağlığa üç biçimde etki edebileceğini açıklar. Sosyal saygınlık hipotezinde dinlerin duygusal, bilişsel ve maddi konularda yararlı olan toplumsal destekler ve ilişki olanakları yarattığını söyler. Tutarlılık hipotezinde; din sayesinde kaderciliğin azalarak iyimserliğin geliştiğini söyler. Dinler, hayatı anlamlandırır ve ölümden korkmayı dizginler. Teodise hipotezine göre; din ıstıraba karşı olan megatif bakışı pozitif bir bakış ve anlamla yükler. Adler'e göre din, risk içeren davranışların azalmasını sağlar, toplumsal şaşkınlığın artmasına katkıda bulunur, uygun inançlarla sağlığın güçlenmesini sağlar. Önleme modelini ortaya atan Levin dinin; sigarayı, alkolü, diyet ile ilişkili sorunları, güvensiz cinsel ilişkiyi, boşanmayı azalttığını ve bunlar gibi stres oluşturan davranışları önleyerek sağlığa fayda sağladığını ifade eder (Cirhinlioğlu ve diğ., 2013, s. 88).

Seybold ve Hill'e göre din ve maneviyatın sağlığa etkileri ilgi çeken bir konudur. Onlar başlangıçta din ve sağlık arasında olumsuz bir ilişki saptansa da son zamanlarda bu iki olgunun karışık bir ilişkiye sahip olduğunu ve bir yargıya varmanın kolay olmadığını ileri sürerler. Din ve maneviyatın fizik ve ruh sağlığına olan etkisini inceleyen literatürü incelemiş ve bu iki olgunun yüksek ölçüde pozitif bir ilişkisi olduğunu ileri sürmüşlerdir (Yapıcı, 2013, s. 53). Manevi ve dinî kaynakları kullanarak geliştirilmiş teknikler ve bu konuda yapılmış birçok araştırma sonucu yayınlamıştır (Aten ve Leach, 2009; Moodley ve West, 2005; Pargament, 2007; Plante, 2009; Sperry ve Shafranske, 2004). Bu araştırmalarda maneviyatın bireyin iyi oluşunda ve sorunlarla başa çıkmada kullandığı stratejilerinden biri olduğu vurgulanmıştır.

Alport ve Jung'a göre din ruhsal sağlığı güçlendirir. Jung yetişkinlerin psikolojik sorunlarının asıl sebebinin dinsizlik olduğunu ileri sürer. Jung'a göre dinin mitsel oluşu, sembolikliği, mistikliği, rasyonellikten uzak yönleri iyileştirir ve geliştirir (Cirhinlioğlu ve diğ., 2013, s. 88). Dinsel inancın inananların hayatında mühim bir yeri vardır. Dindarlığın psikolojik sağlıkla anlamlı bir ilişkisi bulunur. İnsanlar çaresizlik veya zorluk içinde olduğunda Tanrı veya ilahi bir güce sığınabilirler. Dini inançları ve uygulamaları bireylerin stresle uyumlu yaşamaları ve başa çıkmalarına yardımcı olur. Din zorluklarla karşılaşan insan için sığınabileceği bir limandır. Çaresizliğe ve korkuya karşı insanlara güç verir (Güler, 2010, s. 100). Holden ve Williamson (2014)'e göre aile içerisindeki dindarlık, çocuğun ve gencin, psikolojik sağlığı ve

iyi oluşu ile pozitif ilişkilidir. Ayrıca gencin agresiflik düzeyinin azalmasında etkili olabileceği belirtilmektedir.

Orucun sağlığa etkisi, Kur'an okumanın ve dua etmenin bedene etkisi, meditasyon yapmanın beyne etkisi deneysel yöntemlerle araştırılmıştır. Ahmed Abdullah'ın, Kur'an dinleme ve psikolojik güven duygusu ilişkisini inceleyen bir araştırması vardır. 73 kişiden oluşan deney grubunda 12 oturumda 45'er dakika Kur'an dinletilir ve psikolojik güvenlik ölçeği uygulanır. Şu sonuca varılır; Kur'an'ı dinlemek psikolojik güven duygusunu pozitif olarak etkiler (Abdullah, 2007, s. 5).

Yapıcı, dindarlık ve ruhsal sağlık ilişkisini incelerken öğrencilerde Allah'ı içsel dünyalarında hissetme derecelerine göre öz saygılarının, umutsuzluklarının, intihar ihtimallerinin değiştiğini gözlemlemiştir. Allah'la kendi içlerinde temasta bulunan, O'na sığınarak güven duyan ve sıklıkla onu anımsayan gençler ruhsal olarak daha sağlıklıdır. Duanın etkileri de buna benzerdir. Aciz, çaresiz ve yetersiz olduğunu fark eden, Allah'tan yardım ve destek bekleyen, Allah'a yönelen gençlerin güçlü strese, umutsuzluğa ve depresyona daha kolay karşı koydukları görülür. Bu gençlerin intihar olasılıkları daha düşüktür. Allah'ı içsel olarak hissetmek ve kişisel dualar kişisel dindarlığa göre değerlendirildiğinde dindarların ruh sağlıklarının daha iyi olduğu görülür (Yapıcı, 2013, s. 311).

Horozcu (2010) ülke ve dünya çapındaki araştırmalar üzerinde çalışarak maneviyatın ve dinin hem bedeni hem psikolojik sağlığı ve yaşama biçimini olumlu etkilediğini ileri sürmüştür. Bireyi uyuşturucudan, alkolden korur, insanları etkileşime sokarak yakınlaştırır, yardımlaşmaya katkı sağlar, ferdi ve içtimai güven sağlar. Bireylere yaşamlarının bir amacı ve manası bulunduğunu, bir güç tarafından korunduklarını ve gözetildiklerini, öldükten sonra yaşayacaklarını dolayısıyla gördüğü haksızlıklar karşısında adaletin vuku bulacağını söyleyerek bireyleri ruhsal ve bedensel anlamda korur (Horozcu, 2010, s. 236). Bireyler bakımından sağlıklı bir ruhsal duruma sahip insanların normal olarak görülen davranışlarda bulunması sıkı ilişki içinde olsa da esasen birbirlerinden farklıdır. Bireyler içlerinde buldukları grupça öngörülen davranışların dışına çıktıklarında özümstedikleri inançlar ve değerlerin etkisiyle çeşitli seviyelerde suçluluk hissedebilir ve bireyde grubun baskısından dolayı yalnızlık, endişe, depresyon gibi ruhsal durumlar görülebilir. Grup ile uyumlu davranışlarda bulunmamak, bireyin duygu ve düşüncelerini etkiler. Bu uyumsuzluk, psikolojik

problemlerden kaynaklanıyor olabilir. Grup kişilerin psikolojisini etkileyebileceği gibi, psikoloji de birey ile grubun ilişkisini etkileyebilir. Kimi yaklaşımlar normal olanı, grup ve toplum ortalamasını baz alarak benimser. Bu yaklaşımda kültürel farklılık dikkate alınırken; bireysel farklılık yok sayılır. Kişinin yetişmiş olduğu sosyo-kültürel ortam onun tutumlarına ve davranışlarına şekil verir ve buna karşılık olarak bireyler de izlenmesi mümkün olmayan bir şekilde toplumsal yapıyı dönüştürür. Bu yapıda dışarıdan normal görünen bireyleri sağlıklıymış gibi düşünebiliriz ama bu birey içsel olarak kötü hissediyorsa psikososyal uyum bakımından ruhsal sağlığı nasıl tanımlayabiliriz? Bunun cevabı için önce ruhsal sağlığın ana ölçütleri belirlenmelidir (Yapıcı, 2013, s. 41).

McCullough ve Larson, “belirli bir dine bağlılık”, “dinî ilgi”, “dinî inançlar”, “dinî ibadetlere katılım”, “dua”, “iç ve dışa dönük dinî motivasyon” olarak tanımlanan dindarlık göstergeleriyle depresif belirtiler ve bozukluklar arasındaki ilişkiyi ele alan yayınlanmış ve yayınlanmamış 80 ampirik araştırmayı analiz etmişlerdir. Ulaştıkları sonuçlar göstermiştir ki, dinî bağlılıkları, dinî ibadetlere katılımları ve içe dönük dindarlık puanları yüksek olanlarda depresif belirtiler ve bozukluklar daha az, depresyon riski daha düşüktür (McCullough ve Larson, 1999, s. 126-136). Sohail (2018), Müslüman kronik karaciğer hastaları ile gerçekleştirdiği çalışmasında, hastaların, acılarını dindirmek ve hastalıkla mücadele etmek için dini ve manevi inançları (özellikle ibadet ve inançları, hastalarda duygusal tatminkârlık sağlamıştır) kullandıklarını belirtmektedir. Dini ve manevi inançlarını kullanan hastalar, zihinsel yoğunluklarını acıdan arındırarak pozitif etkiler üzerine yoğunlaştırabilmektedirler.

Dindarlık ile depresif semptomlar arasındaki ilişkiyi metaanaliz yöntemiyle inceleyen Smith, McCullough ve Poll, dindarlıkla depresyon belirtileri arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu bulgulamışlardır (Smith, McCullough ve Poll, 2003, s. 614-636). Ayrıca İslâmi inançlarla entegre edilmiş bilişsel-davranışçı terapi uygulanan grubun kontrol grubundan daha hızlı iyileştiğine dair anlamlı sonuçlar elde edilmiştir (Azhar ve Varma, 2000). İslam’da gün içerisinde tekrarlanan namaz ibadeti, insanı günlük hayatındaki yoğun işlerden, zihnini rahatsız eden problemlerden uzaklaştırarak kısa bir süre de olsa dinlenmesini ve stres atmasını sağlar. Ona psikolojik boşalım yaşatır. Namaz belli aralıklarla sürekli devam ettiği için bir süre sonra birey, ruh sağlığını bozan düşüncelerden tamamen kurtulabilir (Peker, 2010, s. 206). Şengül (2007), bu konudaki araştırmasında, bilgi-ibadet boyutunun artışına bağlı olarak depresif

belirtilerin azaldığı; depresyona karşı ibadetin koruyucu işlevde bulunabileceği sonucuna ulaşmıştır.

1.4.2. Din, Dindarlık ve Engellilik

İster doğuştan isterse sonradan olsun bir insan için engelli olmanın birtakım zorlukları bulunmaktadır. Özellikle engelli birey, kendisi ile başkalarının davranış ve durumlarını mukayese etmeye başladığı andan itibaren, kendini konumlandırmaya ve kendi kişilik özelliklerini geliştirmeye başlar. Başkalarıyla yapılan bu mukayese sonucunda yeterliliklerini ve yetersizliklerini belirler, neleri yapabileceğini, neleri yapamayacağını anlamaya çalışır. Böylece kendisiyle ilgili bir değere, kaniya ulaşır (Kula, 2005, s. 67). İnsan hayatında dinin önemli bir yeri vardır. Dinin insanlara sunduğu imkânlar, bireyi, içinde bulunduğu stresli durumdan kurtarmada ve bunalımlardan korumada koruyuculuk görevi sağlar. Hayatın getirdiği güçlükler, engeller, stres ve depresyonla mücadele etmede, yaşamla mücadele ve başa çıkmada en büyük desteği verir (Mehmedoğlu, 2001, s. 119-123). Din, engelli bireye ibadet, dua, grup üyeliği gibi aidiyet duygusuyla birlikte manevi destek ve teselli verir. Engelli bireyin, içinde bulunduğu olumsuzluklardan çıkmada, dine bağlanma, dine sarılma ve dinî gruplara yönelme önemli bir çıkış yolu olarak görülmektedir. İnsanı hem beden hem de ruhen bir bütün olarak değerlendiren İslam, engelli bireylere sağladığı imkânlar ve hayatlarına getirdiği pozitif bakış açısıyla, onların olayları olumlu değerlendirmesinde etkili olmaktadır.

Engelli ya da engelsiz tüm insanlar yaşamlarını sınırlayan farklı engellemelerle yüz yüze gelmekte, biyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlardan biri veya birkaçı ile başa çıkmaya çalışmaktadırlar (Bahçekapılı, 2016). Engellilerin farklı alanlarda karşılaştıkları sorunları aşmalarında, yaşadıklarını ifade edebilme ve çözüm arayışlarında, anlamaları ve anlaşılmalrı önemli bir basamaktır (Özdemir, 2017). İnsanlar, ruh ve beden olarak, sağlıklı-engelli, güzel-çirkin, kısa-uzun gibi farklı, avantajlı veya dezavantajlı tarafları olsun veya olmasın, İslam düşüncesine göre saygı, sevgi, şefkat ve hoşgörüyeye layıktır. Allah'ın yaratıkları içinde en değerli varlık olarak insan, Yaratıcı yanında özel bir konuma sahiptir. (Bakara, 2/30; Sad, 38/26; Yunus, 10/14; A'raf, 7/69; Fâtır, 35/39; Secde, 32/9; Hicr, 15/29). Birey ister engelli ister engelsiz olsun İslam'da en üst saygı ve muameleyi görmüştür. Bu durum engellilere ve ihtiyaç sahiplerine yönelik hem anlayışta mükemmeliyeti, hem de mimari ve sağlık hizmetleri alanında hizmeti ve imkânları beraberinde getirmiştir. Yaratılan, Yaratıcı'dan ötürü sevilmiştir,

eksiği, kusuru araştırılmamıştır. Bunun neticesinde İslam dünyasında, Müslüman topluluklarda engelliler itinayla, saygıyla, sevgiyle ve hoşgörülle iyi muamele görmüşlerdir (Usta, 2010, s. 84-94).

Dini inanç ve değerlerin varlık sebebi, insanın huzur ve mutluluğunu sağlamaktır. Dinler, ortaya koydukları ilke ve prensiplerle, engelli veya engelsiz olsun, bireyi kuşatmakta, içerden ve dışarıdan gelen/gelecek tehditlere karşı onu korumaktadır (Bahçekapılı, 2016). Dinî inanç, bireye çözülemeyecek sorunun, ortadan kaldırılamayacak engelin olmadığı mesajını vererek, sorunla karşılaşan bireye cesaret vermektedir. Ona her problemin çözülebileceği şeklinde verdiği moral-motivasyonla farkındalık ve çözüm odaklı anlayışın oluşmasını sağlamaktadır (Cebeci, 2012, s. 145-167). Toplumların bunalımlı ve buhranlı dönemlerinde dini eğilimlerini artırdıkları, sıkıntı ve kriz anlarında dine başvurdukları; maruz kaldıkları sorunun ortaya çıkardığı sonuçları yorumlamada, kabullenmede ve onlarla başa çıkmada dinin yararlı olduğu görülmektedir (Pargament ve Rye, 1998, s. 60-63; Ayten, 2012).

Bireyler bir engel durumuna sahip olmanın yaşamlarına farklı bir bakış açısı sağladıklarını belirtmektedirler. Din ve maneviyat, güçlü psikolojik kaynaklar olmalarından dolayı, rehabilitasyon sürecinde başa çıkma mekanizması olarak kullanılmaktadır (Aydoğdu, 2019). Engelli bireylerin içinde buldukları maddi-manevi problemlerle başa çıkmalarında, engeliyle birlikte mutlu olabilmelerinde, dinin onlar için yapacağı önemli katkılar vardır. Engelliye dinin sunacağı katkı “dinî danışmanlık ve rehberlik” ilkeleri çerçevesinde yapılırsa amacına daha kolay ulaşacaktır (Cebeci, 2012, s. 143). En acı ve zorlu durumlarda anlam arayışı, kutsal olana ve kâinata bağlı olma hissi olarak tanımlanabilen maneviyat, bütüncül sağlık anlayışının vazgeçilmez bir parçasıdır. Bireyi bir bütün olarak değerlendiren bu anlayış, her bireyin manevi boyutu olduğunu vurgular. Bu boyut, yaşamı tehdit eden istenmedik ve beklenmedik durumlarda stres yaşayan bireylerde, karşılanması gereken manevi gereksinimleri ortaya çıkarmaktadır. Bu gereksinimler özellikle içinde bulunduğu durumu anlamak, kavramak isteyen, karşılaştığı sorunlar ile de baş etmede ve öz bakım gereksinimlerini karşılamakta zorluk yaşayan engelli ve yaşlı bireylerde daha fazla yaşanmaktadır (Çınar, 2018). Okumuş (2014, s. 439-441), ailevi, ideolojik, iktisadi, politik, ahlaki sosyalleşme gibi dini sosyalleşmeden de söz etmenin mümkün olduğunu belirtmiş, birlikte yaşamının ve sağlıklı iletişimin önemine vurgu yapmıştır.

1.4.3. Din, Dindarlık ve Toplumsal Yaşam

Dindarlık temel olarak Tanrı inancı ve Tanrıyı tanımak üzerine kurulur. Dindar kişiye göre Tanrı, her şeyi yaratmış olan mutlak güçtür. Bu bağlamda, inananlar ile Tanrı aktif bir iletişime sahiptir. Bu iletişimi ibadetler, dualar ve tövbeler ile sağlarlar. Buna bağlı olarak bireyler, dinle ilişkili tutumlarını ve kanaatlerini hayatlarına davranışlarıyla yansıtmış olur. Buna göre, inananın inanç ve davranış biçimi sağlam bir ilişkiye sahiptir. Bundan dolayı din esasları yaşama yansıtılarak birey zararlı alışkanlıklara karşı korunur, insanlar ile iyi ilişkilere sahip olur (Köse ve Ayten, 2012, s. 112). Kurum ya da gelenek kapsamındaki dindarlık ve din; zihin ve ruh olarak sağlıklı bireylerin çevrelerine uyum sağlamalarına katkıda bulunabilir. Fakat içsel ve bireysel olmayan dinin; ruh ve zihin olarak sıkıntı içindeki bireyi nasıl etkileyeceği tartışılabilir. Kimi zaman bireylerin dini algılayışları ve yaşamlarına yansıtılmaları da bireylerin psiko-sosyal uyumunu bozabilir (Yapıcı, 2013, s. 16).

Fakat dinler toplumsal fenomenlerdir ve tek işlevleri bireylere anlamlandırıcı bir düşünce sistemini sunmak değildir. Din, davranışlar bağlamında toplumsal rollerin kazanılmasını da sağlar. Her toplumda, mesela çocukların, anne ve babaların, öğretmen veya öğrencilerin sergilemesi gereken davranış biçimi hakkında sürekliliği olan birçok model yaratır. Bireylerin sevinç, üzüntü, günahkârlık veya arınmışlık durumlarında sergilemesi gereken davranışlar ile ilgili belli modeller vardır. Büyürken bu modeller ve roller öğrenilir, başkalarının davranışları sayesinde deneyimlenir. Benzer rollerde bulunacağımız zaman bu davranış ve rolleri kendimize model olarak alırız. Bu tarz bir rolü üstlendiğimiz zaman bu rolü kendi kendimize ve samimi bir biçimde uygularız. Yani bu rolleri tiyatrodaki gibi diğerlerinden kopuk, yalnızca bizim için yaratılmış roller olarak sergilemeyiz (Holm, 2007, s. 25).

McCullough ve diğerlerinin (2002) araştırmasına göre, maneviyatı gelişmiş kişiler daha dindar olmakta ve iç-güdümlü dini yönelimleri bulunmaktadır. Onlara göre bu insanlar daha kadirşinastırlar. Kaynağını dışarıdan alan, pragmatik ve sorgulayıcı din yönelimine sahip olmak ile kadirşinaslık seviyesinin anlamlı bir ilişkisi tespit edilememiştir. Bu bulgulara göre, geleneksel dindarlıkları gelişmiş, bilhassa fundamental anlayışta olan bireyler (mesela, iç-güdümlü yönelimi bulunanlar) ve manevi aşkınlıkları gelişmiş olanlar, bu özellikleri gelişmemiş olanlara göre daha kadirşinastırlar. Adıgeçen bu inceleme, maneviyatı ve dindarlığı gelişmiş bireylerin gündelik duygusal hayatlarını araştıran nadir çalışmalardandır.

Dindarlığın ruhsal sağlıkla ve toplumsal uyumla olan ilişkisini inceleyen çalışmalar, dindarların kurallara daha çok uyan ve sosyal hayata uyum sağlayan insanlar olduğunu göstermektedir. Buna göre dindarlık, münakaşaların doğrudan, çatışmaların ise dolaylı yoldan azalmasını sağlar. Toplumda anormal ve antisosyal görülen davranışların dindarlar tarafından tercih edilmediği, dindarlığın negatif davranışlara karşı bireyleri koruduğu ve suçluları ıslah etmede din kurumunun faydalı olabileceği görülmektedir (Certel, 2003, s. 63). Dindarlığın ters orantılı olduğu şeyler suçlar ve normal olmayan tutumlarla sınırlı sayılamaz. Alkol ve uyuşturucu tüketimiyle de olumsuz, ahlaki davranışlarla olumlu ilişki içindedir. Bilhassa duaların ve ibadetlerin sıklığı negatif davranışları azaltırken, toplumun beklediği kişi olma eğilimini artırır (Yapıcı, s. 60).

Türkiye'deki kimi araştırmalar da bu sonuçları teyit etmiştir. Hayta (2006) İlahiyat Fakültesinde yaptığı araştırmada, dini pratiklerin seviyesi ile öğrencilerin sosyallikleri ve sorumluluk duyguları arasında olumlu bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Ekşi'nin (2002) imam-hatip lisesini ve genel liseyi karşılaştırmak için yaptığı çalışmanın da bu anlamda değerlendirilmesi mümkündür. Ekşi'ye göre dini eğitim alan öğrenciler, otokontrolde, uyumda ve sebatta genel liseli öğrencilere göre daha iyiyken, saldırganlıkları anlamlı ölçüde zayıftır. Uysal, daha kapsamlı bir örnekleme çalışmıştır. Bu çalışmaya göre, dindarlık ve dinselikle sorumluluğun anlamlı bir ilişkisi bulunmaktadır (Uysal, 2006).

Bilge'nin dindarlık eğilimini ve iyi algısını inceleyen araştırması, lisedeki öğrencilerin içten kaynaklanan ve dıştan kaynaklanan dindar olma eğilimlerinin iyilik algısıyla ilişkisini saptamayı hedeflemiştir. Araştırmada asıl sorun dindar olma eğiliminin iyilik algısıyla ilişkisi iken; altta bulunan problem bu ikisinin cinsiyetle, yaşla, sınıfla, okul türüyle ve sosyo-ekonomik düzeyle ve buna benzer toplumsal değişkenler ile ilişkisidir. Ankara'da 5 lisede bulunan 379 kişilik örnekleme yapılan ankette “Dini Yönelim Ölçeği” ve “İyilik Algısı Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırma sonucuna göre iyilik algısının; içten kaynaklanan dindarlıkla olumlu, dıştan kaynaklanan dindarlıkla olumsuz bir ilişkisi vardır. Bunlara ek olarak dindar olma eğiliminin ve iyilik algısının birtakım toplumsal değişkenlerle anlamlı ilişkileri olduğu tespit edilmiştir (Bilge, 2013).

Alıcıkuşu, çalışmasında, ortaokuldaki öğrencileri dindarlıkları, dinsel davranışları, okul türü, akademik başarıları, ders çalışmaları ve benzeri değişkenler bakımından nicel

araştırma yöntemlerini kullanarak incelemiştir. Bu araştırmada dindarlığın akademik başarıyla anlamlılık bulunmasa da olumlu bir ilişki içinde olduğu saptanmıştır. Bu araştırmaya göre, kız öğrencilerin dindarlık puanları ve akademik başarıları erkeklerden yüksektir. Okul türlerinin akademik başarıları ile anlamlı bir ilişkisi vardır. Fen liselerinin en iyi, endüstri meslek liselerinin ise en kötü ortalamasının sahibi olması bunu gösterir. Meslek eğitimi veren liselerden İmam hatip lisesinde dindarlığın ve akademik başarının ortalaması ticaret ve meslek liselerinden anlamlı biçimde yüksektir. En iyi dindarlık ortalamasına imam hatip liseleri sahiptir. Ailenin geliri ile dindarlığın anlamlı bir ilişkisi bulunamamıştır (Alıcıküşu, 2013).

Öztürk, üniversitelilerde iyimserlik, dindarlık ve dini yönelim ilişkisini nüfus bilimsel verilerini de (yaş, cinsiyet, fakültes, anne ve babanın eğitim düzeyleri, sosyo-ekonomik durum vb.) göz önünde bulundurarak karşılaştırılmıştır. Örnekleme, İstanbul Üniversitesindeki 12 fakülteden 753 öğrenciyi içermektedir. Sonuç olarak iyimserliğin, dindarlıkla ve dini yönelimle pozitif ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ek olarak iyimserliğin, namaz kılmak, Kur'an okumak, dua etmek ve dindarlığı algılamak ile de olumlu ve anlamlı ilişkileri olduğu tespit edilmiştir (Öztürk, 2013).

1.5. Dini Başa Çıkma

Dini inancın ruh sağlığına etkisi, psikolojide, başta gelen araştırma konuları arasındadır. Bilhassa Avrupa ve Amerika'daki ruhsal sağlık göstergelerini (mutluluğu, içsel huzuru, öz saygıyı, kaygıyı, depresyonu, umutsuzluğu, intihar olasılığını vs.), hem genel dindarlığı, hem de dindarlıktaki çeşitli görüntüler arasında bulunan ilişkileri nicel ve nitel çalışmalar kullanarak incelemektedir. Özellikle, geçtiğimiz yirmi otuz yılda bu konu hakkındaki incelemeler artmıştır. Hatta Batı literatüründe bu ilişkiyi inceleyenler, din psikologlarıyla sınırlı değildir. Psikologların, psikiyatrların, sosyologların da araştırma konuları içine girmiştir (Yapıcı, 2013, s. 1). Psikolojide ve din psikolojisinde baş etme ve dini baş etme konularına dair birçok inceleme yapılmıştır.

İstenilen gerçeklik ve asıl gerçeklik birbirine uymadığında bireyler baş etme yollarıyla durumlarını kontrol altına almak, idare etmek, uzlaştırmak isterler. İnsan kazalar, kayıplar, hastalıklar, başarısızlıklar ve benzeri birçok zorlu durumla karşı karşıya gelir ve çoğunlukla kontrol edemediğini hisseder. Bu düşünceler sonucunda birey, hayata yeni bir anlam vermeye,

kontrolü eline almaya, teselli bulmaya uğraşır. Bunlar baş etme sürecinin başlamasıdır. Başa çıkmak, negatif duyguların düzenlenmesi, kontrolün ele alınması ve mananın yeniden oluşturulmasına yarar (Folkman, Maskowitz, 2004, s. 747). Pargament, sıkıntılar ile karşı karşıya gelen insanın bunların nedenini sorguladığı ve bir yüklemde bulunduğunu söyler. Bu sıkıntılı durumlarla baş etme amacıyla da dini ve manevi değerleri destek olarak kullanır. Buna “dini başa çıkma süreci” denir (Pargament, 1997, s. 190-240). Dini başa çıkma kavramının anlamı; bireyin stresli olaylara karşı inançlarından yararlanma yoludur (Pargament ve diğ., 2000; Pargament, 1997, s. 90; Pargament ve diğ., 2001). Günümüzdeki çalışmalara göre dinin, tabii bir müdafaa yolundan öte hayatın anlamı ve değerinin olmasını sağlayan bir sistem olduğu söylenebilir (Ayten, 2012, s. 19). Pargament (1997), dini tabii bir müdafaa biçiminden öte bir anlama ve değere de sahip olarak yorumlar. Bundan dolayı dini baş etme bunlara ek olarak dinin bireylerin mânâ aramasına katkısıdır. Başa çıkmaya, stresli ve kaygılı içsel ya da dışsal durumlara karşı bilişsel ve davranışsal çabalarla uğraşmak da denebilir. Dini başa çıkma da, bu mücadeleye dini inançların ve ritüellerin eklenmesidir (Ekşi, 2001).

Engellilik konusunda engelli ailesine verilecek sosyal desteğin yararlı olabileceği düşünülebilir. Sosyal destek olarak adlandırılan dini sosyal destek, dini faaliyetlere katılarak diğer üyelerinden destek içeren sosyal ağlara erişim sağlanması durumudur (Kanu, Baker ve Brownson, 2008). Bu dini ağlardan elde edilen faydalar, daha seküler ağlardan alınan destekten farklı olabilir (Krause, 2002). Teori, sosyal desteğin sağlanan desteğin işlevi ile ilgili çok boyutlu bir yapı olduğunu göstermektedir (Cohen, 2009). Dini sosyal desteğin, bir hastanın iyileşmesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Webb, Charbonneau, McCann ve Gayle, 2011). Psikolojik sorunlar ile başa çıkmada sosyal desteğin daha düşük depresif belirtiler ve psikolojik sıkıntı ile önemli ölçüde ilişkili olduğu belirlenmiştir (Campbell, Yoon ve Johnstone, 2010).

1.5.1. Dini Başa Çıkma Yöntemleri

Pargament, dinsel hedefleri, bireylerin sorunlarıyla baş etme sürecini anlamlandırma, kontrolü ve güvenliği hissettirme, teselli verme, yakınlık, toplumsal destekte bulunma ve dönüşüm duygusu verme olarak 5 başlıkta saymıştır (Pargament, 1997; s. 190-240; Pargament ve diğ., 2000). Başa çıkmak için kutsal olanla bir bağın bulunması gerekmez. Fakat dinler ve başa çıkma, anlamı korumak, yenilemek ve dönüştürmek ister (Ekşi, 2001). Pargament (1997), dini baş etmedeki amacın, durumunu sürdürerek pozitif sonuçlar almak veya negatif durumları

pozitif hale getirmek olduğunu söyler. Dini baş etme, sıkıntı ve zorluk içinde olduğumuz zamanlarda olanlara anlam verme ve kontrol altına alabilmek için ilahi bir gücün kendisini yönettiğini düşünüp ruhsal açıdan kontrollü hissetmesi, manevi tesellilerin, rahatlamanın, inancın, ritüellerin verdiği Allah'a yaklaşma hissiyatı, yaşamını değiştirmek isteyen bireylere farklı fırsatlar önerme gibi yararlar sağlar (Aytan, 2012, s. 49). Allport (2004, s. 94-95), kimi nedenlerle dinden destek göremeyen psikologların, hastalarının irrasyonel sorunlarına karşı bocalayabileceklerini vurgular. Bunun sebebi, pozitivist-seküler yaklaşımın dine karşı dışlayıcı bir tutum sergilemesidir. Sonuçta hastanın dinsel inanç ve yönelimleri göz ardı edilebilir.

1.5.2. Dini Başa Çıkma Sürecini Etkileyen Faktörler

İnsanların başa çıkma sürecindeki her çabası, baş etme etkinliği olarak görülebilir. Bu etkinlik, çeşitli biçimlerde olabilir. Mesela başa çıkmanın boyutlarından anlamlandırmak bilişselliğe, öfkelenmek duygusallığa, çeşitli ibadetler davranışsallığa örnektir (Aytan, 2012, s. 38). Bu anlamda baş etme, bireysel kaynakların üstündeki içsel ve dışsal etkenlerle baş etmek için bazı bilişsel ve davranışsal tekniklerden yararlanmaktır (Ekşi, 2001). Dinin bir işlevi de negatif olguların pozitif yanlarını ortaya çıkarabilmesidir. Buna ek olarak din, insanları birçok konuda yetersiz görür ve bu durum koruyuculuk işlevi yerine getirir. Dinsel başa çıkmanın bireyin benliğine verdiği değer ve huzurunun artırılmasında faydası vardır. Tanrı'ya ve insanlara yakın hissettirir ve kişisel gelişimi destekler (Pargament ve Park, 1995). Dindarlığın dini başa çıkma ile güçlü bir bağı bulunur. Dindarlığın strese karşı koruyucu bir kalkan olduğu söylenebilir (Aytan, 2012, s. 94; Horozcu, 2010). Din, birey tarafından hangi ölçüde içselleştirildiyse dinsel başa çıkmanın da bireye o kadar etkisi olur. Üstelik gündelik hayatında dinin yeri olmayan bireylere dahi travma anında veya çaresizlik durumlarında din desteği verilmelidir. Çünkü; böyle durumlar esnasında toplumsal koşullar, dinsel değerleri öne çıkarır (Aytan, 2012, s. 108-109). Pargament, dini inancı kişinin yaşamını kuşatıyorsa, baş etme süreci içerisinde de dine yer verilmesi olasılığının arttığını söyler (Pargament ve Brant, 1998, s. 112).

1.6. Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerde Red Kabul

Engelli çocukların ebeveynleri, çocuklarının başarılı bir şekilde rehabilite olmasında önemli bir rol oynar. Bununla birlikte, gereken meşakkatli bakım düzeyi ebeveynlerin ruh sağlığını olumsuz etkileyebilir ve bu durum sonuç olarak çocukların eğitim ve

rehabilitasyonunda gecikmeye yol açabilir (Hung ve diğ., 2010). Aile normal olmayan çocuk doğarken, büyürken ve öğrenim görürken bazı farklılıklar yaşar. Çocukların gelişiminde ebeveynlerinin tutumu oldukça önemlidir. Bu tutum çocukların ilk yıllarda yaşadıkları ana toplumsal etkinin oluşumunu sağlar (BEBKA, 2012, s. 51). Ebeveyn tutumları, engelli çocuğun eğitim sürecinde desteklemeye yönelik olmalıdır. Bu tutumların pozitif ya da negatif olması mümkündür. Ailenin eğitime ve okullaşmaya karşı negatif tutumundan dolayı çocuklar eğitimden mahrum kalabilir. Engelli bireyler konusundaki bir incelemeye göre, toplumdan izole olmak aileyi de çocuğu da etkiler ve aile çocuğun yaşam becerilerini kazanmasına engel olur. İzole olmanın korku kaynaklı olduğu ifade edilmiştir (Cacioppo ve diğ., 2000; Goossens, 2006). Oysaki ebeveynin çocuğu tanınması ve onun özelliklerini olduğu gibi kabul etmesi beklenmektedir.

İlk çocukluk yıllarında uzmanlar bir çocuğun gelişimsel bir sakatlığı olduğunu farkettilerinde, ebeveyne durumu kabullendirmek durumundadırlar. Ebeveyn çoğu zaman, çocuğa nasıl yardım edileceği konusunda destek ve tavsiye beklerken; bir yönüyle yaşayacaklarının tedirginliğini yaşamaktadırlar (Hedderly, 2003). Rohner (1975), ebeveyn davranışının iki özelliğini tanımlamaktadır: kabul etme ve reddetme.

Ebeveyn kabulü-red teorisi (Rohner, 1986; Rohner, 2004) ana boyutunun (yani kabul-ret eksenini), yetiştirme sürecinde geliştirilen ebeveyn davranışının belirli yönlerini şekillendirdiğini gösteren kanıtlara dayanmaktadır. Ebeveyn kabulü daha fazla psikolojik uyum ile ilişkilirken, ebeveyn reddi psikolojik bozukluklarla ilişkilidir (Dwairy, 2010). Bazı çalışmalar, çocuk ve ergenlerin psikolojik ve sosyal uyumlarının, ebeveynleri ile ilişkilerin kabul veya reddine bağlı olarak değiştiğine vurgu yapmışlardır (Rohner, 2004; Gracia ve diğ., 2005).

Ebeveynlerin olumlu tutumlara sahip olarak geliştirdikleri destekleyici davranışlarının çocuklarına olumlu etkisi, çocuklarda ruh sağlığı bozukluklarına karşı koruyucu bir faktör olarak kabul edilmektedir (Tabak ve Zawadzka, 2017). Ancak ebeveynlerinden reddetme yaşayan çocuklar, belirli kişilik özelliklerine özgü, daha spesifik olarak duygusal dengesizlik olan zihinsel bozuklukları (pasiflik, ilgisizlik, umutsuzluk ve depresyon duyguları) daha fazla içselleştirme yaşayabilmektedir (Baumrind, 1971; Del Barrio ve diğ., 2006; Lansford ve diğ., 2014; McCoy ve Cybele 2011; Naghavi ve Redzuan, 2012; Piko ve Balázs, 2012; Aunola ve

diğ., 2013). Bazı araştırmalar, anne/baba kabulünün reddinin, çocukların psikolojik uyumu üzerindeki rolünü ayrı ayrı analiz etmeye çalışmıştır. Elde ettikleri sonuçlar, her iki kabul-red türünün tüm kültürlerde eşit derecede önemli olduğunu ve her iki cinsiyetten çocuklarla benzer terimlerle ilişkili olduğunu göstermektedir (Ali ve diğ., 2015). Bu bağlamda, zihinsel sağlık bozukluklarının (içselleştirme veya dışsallaştırma) en iyi yordayıcısı, ebeveynlerin cinsiyeti değil, çocukları ve çocukları arasındaki ilişkiler olduğu tespit edilmiştir (Pinquart, 2017). Çocuk yetiştirme tutumları, bir bireyi çocuğa olumlu ya da olumsuz davranmaya yatkın kılan bilişlerdir. En sık düşünölen tutumlar, ebeveyn-çocuk ilişkisinde var olan sıcaklık ve kabul veya soğukluk ve reddin yanı sıra ebeveynlerin, yavruları için belirledikleri sınırlara ne ölçüde izin verdikleri veya kısıtlayıcı olduklarını içerir. Bilişsel bileşen, gelecekteki bir zaman çizelgesine göre beklentilerin inşasıyla ilgilenir ve umutlarla ifade edilen olumlu bir yönü ve korkuların ifade ettiği olumsuz bir yönü içerir. Hem umutlar hem de korkular iş ve kariyer, yükseköğretim ve aile gibi yaşam alanlarında ifade edilebilir (Seginer, 2005; Seginer, Vermulst ve Shoyer, 2004). Gelecekteki yönelimin geliştirilmesi, sosyo kültürel, aile ve iç kişisel alanlarda karmaşık ve devam eden etkileşimli bir süreçtir. Zihinsel engelli çocukların doğumu aile içinde gerilime neden olur ve aile biriminin yeniden örgütlenmesini zorunlu kılar (Behr, 1990; Heiman, 2002; Kearney ve Griffin, 2001; Najman ve diğ., 1993).

Ailelerin tutumu, engelli çocuklarının belirli bireyler ve toplum tarafından genel olarak istismar edilecekleri korkularını yansıtmaktadır (Reiter, Bryen ve Shachar, 2007). Ebeveynlerin aşırı korumacı davranışları genellikle gerçekte sevgi ve endişenin sonucudur; ancak, çocukların dayanıklılık geliştirmelerini ve kendi hatalarından sorumluluk almalarını engeller. Bu, işte, evrensel ve sosyal gibi birçok yaşam alanında etki edebilir. Çocuklar çeşitli olumlu ve olumsuz duygularla baş etmeye alışmazlarsa, yetişkinlikte, işler kaçınılmaz olarak yolunda gitmediğinde çalışmaya devam etmezler. Sosyal red, engelli bir çocuğun izolasyonu ve reddediş düşünçesi, esas olarak toplumun böyle bireylerin zekâ, çekici görünmeme ve bağımsızlık normlarını ihlal ettiği algısından kaynaklanmaktadır (Karni ve diğ., 2011; Crabtree, 2007; Sandler-Loeff ve Shahak, 2006).

Özel eğitimin gerekli olduğu çocukların kardeşleri de anne ve babasına göre tutumlar geliştirirler. Genelde kardeş de ebeveynler gibi karmaşık hisler yaşar. Bunlar yok saymak, utanmak, korkmak, kıskanmak, kötü davranmak olabilir. Ama kimi zaman böyle kardeşlerinin

olması sonucunda, daha hoşgörü sahibi, farklı özelliklere saygı gösteren, sorumlu ve benzeri pozitif duygularda ve davranışlarda artış görülebilir. Kardeşlere de, ebeveyne olduğu gibi, özel eğitim gereksinimi olan çocuklar ve özellikleri ile ilgili yaşlarına göre anlaşılır bilgiler verilmelidir (BEBKA, 2012, s. 51). Araştırmalara, göre aileler red kabul süreçlerini 3 aşamada yaşarlar. Bunlar şöyledir:

1. AŞAMA: Şok—Reddetme—Çöküntü/Depresyon
2. AŞAMA: Karışık Duygular — Suçluluk—Kızgınlık—Utanç
3. AŞAMA: Pazarlık Etme — Kabul ve Uyum

Bunlar sırasıyla yaşanmayabilir. Mesela; ‘pazarlık etme’den ‘şok’a dönülebildiği gibi, kabulde iken karışık duygulara dönülebilir.

1.AŞAMA

Şok: Ebeveynler bu dönem çaresiz ve çok üzgün hissederler. Durumu kabul edemezler. Uzun veya kısa olarak yaşanabilir. Beklemedikleri bir durumun içinde olduklarından güçlü duygusal patlamalar yaşayabilirler. Genelde ebeveynler, çevrelerinden koparlar. Mesela; annenin ağlama krizlerine girmesi olasıdır (BEBKA, 2012, s. 52). Araştırmalarda, ebeveynlerin ilk reaksiyonlarının negatif olma olasılığına vurgu yapılmıştır (Blacher,1984; Marvin ve Pianta, 1996).

Reddetme: Bu aşamadaki ebeveynler özel eğitim gereksinimi duyan bir çocuğa sahip olduklarını kabullenmezler ve çocuklarının bir sorunu olmadığını kanıtlamaya çalışırlar. Bu evre, bir korunma biçimidir. Ebeveynlerin ilgisi farklı şeylere yoğunlaşabilir ve çocuğun problemlerine ilgi göstermeyebilirler. Mesela; büyükannesinin çocuğa durumu kabullenmeyerek sıradan bir çocuğa davrandığı gibi davranmasıdır (BEBKA, 2012, s. 52).

Depresyon: Ebeveynler, çocuklarındaki yetersizliğin yok olmayacağını ve değişmeyeceğini düşündüklerinde güçlü bir üzüntüye ve yasa girerler. Bu süreçte, çevreleriyle olan ilişkilerini tekrar düzenlerler ve normal bir çocuğa özlem duyarlar. Ailede genel olarak mutsuz ve umutsuz bir hava egemendir. Yapacak bir şeyin bulunmadığını ve hiçbir şeyin anlamının olmadığını düşünebilirler. Bundan dolayı ebeveynler, depresyona girebilir. Bunun oldukça normal olduğu aileye anlatılmalıdır (BEBKA, 2012, s. 52).

2. AŞAMA

Karışık Duygular: Sevginin ve kızgınlığın aynı anda hissedilmesidir. Çocuktaki yetersizliğin sonucunda, aile ağır bir yük altına girmektedir. Çocuğa bakmak, sağlığına dikkat etmek ve eğitim vermek aileyi maddi ve manevi açıdan yorar. Bundan dolayı, kimi dönemlerde çocuğuna kızarken, kimi dönemlerde sevgi hissedebilir. Mesela; böyle bir çocuğa sahip olmak istemeyen ebeveynin daha sonra çocuğuna sarılarak sevgi göstermesi gibi (BEBKA, 2012, s. 52). Ebeveynlerin, engelsiz çocukların ebeveynlerine göre ebeveyn depresyonu yaşadıkları (Quine ve Paul, 1985; Roach ve diğ., 1999; Valentin ve diğ., 1998); bazı ailelerin ise; yaşamlarında mali sıkıntılar çektikleri belirtilmiştir (Freedman ve Boyer, 2000).

Bozukluğa ya da özre anlam vermek, çocuklarının sağlıklı ve sıradan bir gelişim geçirmeyeceğini anlayan aileler için büyük bir görev haline gelir. Fakat ebeveynler engellere odaklanarak tanım yapamazlar. Herkes çeşitli yeteneklere sahiptir ve çocuktaki güçlü yanlara odaklanarak dayanıklılıklarını arttırmalıdır.

Suçluluk: Daha önce yaşadıkları karmaşık duygular nedeniyle suçlu hissetmeye başlarlar. Çocuk için duydukları kızgınlığı kendileri için duymaya başlarlar. Çocuklarının durumundan kendilerinin sorumlu olduğunu düşünürler. Daha önce yapılan bir hatanın cezasını çektiklerini düşünebilirler. 'Ne yaptığımız için bunu yaşıyoruz' sorusunu sıklıkla sorarlar. Mesela; çocuğun babası geçmişindeki bir hata sebebiyle çocuğuyla cezalandırıldığına inanabilir (BEBKA, 2012, s. 52). Zihinsel engelli çocukların annelerinin daha yüksek sosyal yük ve suçluluk hissi taşıdıkları belirtilmiştir (Tangri ve Verma, 1992).

Kızgınlık: Aileler çocuğu kabullenme aşamasındayken kızgınlıkları ciddi bir engel oluşturur. Genellikle bu kızgınlık 2 biçimde oluşur. Birincisinde, bunun başına gelmesinin nedeni, onun çocuğunun başına gelmesinin nedeni sorgulanır. İkincisinde kızgınlık, engelin kaynağı olmayan kişilere, çoğunlukla doktorlara ve eğitimcilere yöneltilir. Mesela aile, teşhise veya tedaviye gittikleri doktor karşısında kızgın ve anlaşılammış hissedebilirler (BEBKA, 2012, s. 53). Zihinsel engelli çocukların ebeveynleri için, toplumun ve kültürün çocuklarını reddedeceğinden korkmaları nedeniyle gerilim daha fazladır. Bu reddin, esas olarak, engelli çocuğun toplumun kurallarını ve istihbarat, güzellik ve bağımsızlık gereksinimlerini ihlal ettiği görüşünden kaynaklanmaktadır (Sandler-Loeff ve diğ., 2006).

Utandır: Ebeveynler çocuklarının engelini kendi engelleri gibi algılar. Bundan dolayı kimi ebeveynler çocuklarıyla dışarı çıkmaya yanaşmazlar. Çevreden çocuklarına karşı gösterilen acımayla, reddetmeyle, garipsemeyle başa çıkmaya çaba gösterirler (BEBKA, 2012, s. 53).

3.AŞAMA

Pazarlık Etme: Ebeveynler çocuklarını iyileştirmek için yollar araştırır, engeli yok etmek için çabalar. Doktora çocuğunu iyileştirirse her şeyini verebileceğini vaad eder. Fakat istedikleri cevabı alamadıklarında başka çözümler arar. Suçluluğun ve çaresizliğin, pazarlığa dönüştüğü görülür (BEBKA, 2012, s. 53).

Kabul ve Uyum: Aile bu sırada çocuğu ve kendi hakkında birçok bilgi edinir, çocuğunu da kendini de tanır. Bu evrede çocuk, olduğu biçimde kabullenilmeye başlanır. Ebeveyn, çocuğunun iyiliği için uzmanların desteğini alır. Fakat kimi zamanlarda geçmişteki negatif duyguları tekrar hissedebilirler. Bu aşama, çocukların gelişimleri ve eğitimleri bakımından önemlidir (BEBKA, 2012, s. 53). Nadiren de olsa ebeveynler tarafından özür lülüğün gelişmiş yönleriyle ve pozitif biçimde aile kimliğinde birleştirilmesiyle stresi kontrol etmek için ailenin kaynakları -finans, duygular ve uygulama- daha verimli kullanılabilir. Pozitif bir ailesel kimlik stresten korunmaya yarayabilir.

Tüm ebeveynler, çocuklarının bir özü olduğunu ilk öğrendikleri anı hatırlama ve daha sonra ne kadar iyi başa çıktıklarının nasıl anlatıldığına bağlı olduğunu iddia etme eğilimindedir. Tanının verilmesiyle ebeveynler tarafından ifade edilen memnuniyet veya memnuniyetsizlik çalışmaları (Sloper ve diğ., 1993; Hasnat ve diğ., 2000) mevcuttur. Bu tür bildirimler, açıklamadan sorumlu kişinin empatisine ve diline, gerçekleştiği koşullara ve bilgilere ayrı ayrı bakma eğilimindedir.

1.7. Engelli Çocuğa Sahip Olma ve Ruh Sağlığı

Engelli çocukların yüksek bakım düzeyi, ebeveynlerinin ruh sağlığını olumsuz etkileyebilir ve bu durum sonuç olarak çocukların eğitim ve rehabilitasyonunda gecikmeye yol açabilir (Hung ve diğ., 2010). Kronik engelli çocukların bakım sürecinin ebeveynlerinin hem fiziksel sağlığına hem de psikolojik sağlığına zarar verdiği belirlenmiştir (Parminder ve diğ., 2005). İki engelli çocuk yetiştirilenin, anne psikolojik sıkıntı ile (olasılık oranı: bir çocuk için

1.72, iki çocuk için 2.85), engelli olmayan çocuklarla karşılaştırıldığında anlamlı olarak ilişkili olduğunu bildirmiştir (Yamaoka ve diğ., 2016).

Engelli bir çocuğu büyütmek ebeveynler için beklenmedik bir deneyimdir (Raina ve diğ., 2005). Engelli bir çocuğa bakmak, engelliliğin türüne bağlı olarak, fiziksel sağlık sorunlarına, zihinsel sağlık sorunlarına ve anneler üzerinde zamana veya mali yüklerle neden olabilir (Bourke ve diğ., 2008; Brehaut ve diğ., 2004; Estes ve diğ., 2013; Lee, 2013; Montes & Halterman, 2008a, 2008b; Nes ve diğ., 2014; Parish, Rose, Dababnah, Yoo ve Cassiman, 2012; Raina ve diğ., 2005). Özellikle anne ruh sağlığı, hem anneler hem de çocuklar için önemlidir, çünkü kötü anne ruh sağlığının olumsuz ebeveynlik uygulamalarıyla (McLennan ve Kotelchuck, 2000; Minkovitz ve diğ., 2005); çocuk sağlığı sorunlarıyla (Ferro ve Speechley, 2009); Schwebel ve Brezaussek, 2008) ve zayıf okul performansıyla (Shen ve diğ., 2016) ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Aytaç'ın (2000) görüşüne göre psikolojisi sağlıklı olan birey gerçeği açıkça anlayabilmeli, mantık, tutarlılık ve esneklik gibi özelliklere sahip olmalıdır. Birey, kendini olduğu biçimde kabullenmeli, kendiyi barışmalı, başka insanlarla ve olaylarla ilişkisini sürdürmelidir. Bu çerçevede, çevresindeki bireylerle içtenlikli ve samimi bağlar oluşturabilmelidir. Bunun için de bireyin kendiyi ve insanlarla güvenli ilişkiler kurabilmesi gerekir. Sosyo-kültürel değerlere de özen göstererek kendi kararlarını alan bağımsız kişilikler, psikolojik sağlığın mühim bir göstergesidir.

Anne-baba olmayı bekleyen bireyler, sağlıklı bir çocuk umuduyla dokuz ay hazırlanırlar. Hamilelikten önce ve hamilelikte bebekleriyle ilgili birçok düşünür, güzel ve zeki bir bebek hayal ederler. Ve doktorlar, bebeklerinin anormal olduğunu söylediğinde bu heyecanlı bekleyişi yerle bir ederler. Beklentinin altüst olmasıyla, anne-baba birbirini suçlar ve ailede çatışmalar meydana gelir. Bunun sonucunda baba, evinden uzaklaşabilir, işine yoğunlaşabilir, bebeğin bakımını tamamıyla anneye devredebilir. Eğer aile maddi güce sahipse; bakıcılar tutarak çocuğu ona teslim edebilir ve yok sayabilir, bakıcı tutulamıyorsa; çocuğu aile büyüklerine verme durumları yaşanabilir (BEBKA, 2012, s. 54).

Aileler, çocuklarının engellerinden kaynaklanan sorunlarla başa çıkmanın çeşitli yollarını bulurlar ve son yirmi yılda yapılan araştırmalar, bireysel farklılıkların olduğunu

göstermektedir (Beresford, 1994; McConachie, 1994). Hizmet sunumunun ve çocuğun ve ailenin ihtiyaçlarının karşılanması aileye ve bireysel esenliğe ne kadar katkıda bulunduğunu inceleyebiliriz. Herhangi bir çocukta olduğu gibi, engelli bir çocuğu büyütmek genellikle bir aile için çok ödüllendirici ve olumlu bir deneyim olarak algılanması söz konusudur.

Sağlıklı bir psikolojinin en büyük şartlarından biri, stresle başa çıkma gücüdür. Bu yararlı özelliklerin psikolojik sağlığı yerinde olan bireyin kendini gerçekleştirilmesiyle yakın bir ilişkisi vardır. Fakat sayılan niteliklere sahip olunması bize düzgün bir psikolojinin teminatını vermez. Çünkü bireyleri psikolojik açıdan tanımlarken belirli nitelikler doğrultusunda ruh sağlığının yerinde veya bozuk olduğunu değerlendirmek güçtür. Bundan dolayı davranışları 'sağlıklı' ve 'hasta' olarak kesin sınırlarla ayırmamalıyız. Bireylerin normal bulduğu, olguları toplumun ne şekilde değerlendirdiği önem arz eder. Sağlıklı olduğu kabullenilmiş davranışlar, toplumdaki topluma değişkenlik gösterebilir (Aytaç, 2000). Ebeveynler çevrelerinden, akraba arkadaş ve büyüklerinden oldukça etkilenirler. Çevreden gelen negatif tutumlar, ailedeki çaresizliği arttırmaktadır. Bu süreç, her aile ve kişide farklı işlese de ortak olarak yaşanan duyguların anlaşılması için aile eğitimlerinin büyük önemi vardır. Bu eğitimlerin hedefi, aileleri desteklemek ve çocukların nitelikleriyle ilgili bilinçlendirmektir (BEBKA, 2012, s. 54).

Engelli bir çocuğa sahip olmayı, ebeveynlerin, aile yaşamında sürekli başa çıkmak zorunda oldukları birçok sorunla karşı karşıya gelmek olarak algıladıkları saptanmıştır (Ardıç, 2013; Blacher, Neece ve Packowski, 2005; Uğuz, Toros, İnanç ve Çolakkadioğlu, 2004). Bu sorunlar ve travmatik deneyimler, ebeveynlerin çocuklarının sakatlık olup olmadığından şüphe ettiği ilk anla başlar. Bu sorunların ilk adımı diyagnoz sürecidir (Diken, 2008). Bu sorunlar nedeniyle ebeveynler, kaygı, stres, depresyon, umutsuzluk ve travmatik stres gibi farklı psikolojik reaksiyonlar gösterebilirler (Blacher ve diğ., 2005; Lovell, Mass ve Wetherell, 2015; Weiss, 2002).

Engelli çocuklar gelişebilmek için büyük bir destek ve bakıma ihtiyaç duyarlar ve bu, aileler için bitmeyen bir strese dönüşebilir. Buna ek olarak ailelerin sağlığıyla ilgili sorunlar, ekonomik sıkıntılar, destekten yoksun kalma, yetersiz destek gibi problemlerle karşılaşılabilir (Karataş, 2003). Kimi sağlık sorunlarında stresin etkisi vardır. Stresten dolayı pek çok fiziki ve ruhsal rahatsızlık oluşabilir (Usta, 2012, s. 4).

Evlilik yaşamını konu alan literatüre göre, engelli bireylerin ailelerinde çatışmalara ve boşanmaya daha fazla rastlanır. Ve anne-baba genelde anksiyeteden, depresyondan ve benzeri ruhsal sorunlardan, üstlenilen rollerin eşit olmadığından bahseder (Dereli ve Okur, 2008). Babaların bu duruma gösterdiği tepkiler de anne üzerinde etkili olur ve annenim kaygıya, umutsuzluğa sürüklenmesine yol açabilir. Bu aileler, çoğunlukla birbiriyle benzeyen aşamalar atlatır. Zaman içerisinde çocuklarındaki engeli kabul ederek onu geliştirmek ve eğitmek için gerekeni yapmaları ve çocuklarına ilgi ve sevgiyle yaklaşarak onların hayata adapte olmalarına yardımcı olmaları ideal durumdur (Ceylan, 2004). Geniş aile içinde, arkadaşlar ve komşular tarafından sağlanan sosyal desteğin sağlık çıktıları üzerindeki olumlu etkisi, yakın aile içinde, yakın işbirliği içinde çalışanların desteğinin önemli olduğu belirlenmiştir. Aile fonksiyonun sağlığı doğrudan etkilediği ve aynı zamanda kendini algılama, sosyal destek ve stres yönetiminin etkilerine aracılık ettiği tespit edilmiştir (Parminder ve diğ., 2005). Bu anlamda engelliler, ailelerine stresin yanında bazı yük, rahatsızlık ve sorunlar getirebilir.

İstisnai ailelerin karşılaştıkları stres faktörleri sabit değildir. Araştırmalar, annelerin başa çıkma becerileri daha yüksek olduğunda, çocuklarının daha az davranış problemleri olduğunu göstermektedir. Koruyucu anne babaların çocuklarının sıkıntılarına cevap verme yeteneklerini geliştirmek, çocukların duygularını düzenlemeye yardımcı olmak, travma geçirmiş çocuklarda stresin biyolojik sonuçlarına karşı tampon olabilir. Eagly (1987, 1995) tarafından geliştirilen sosyal roller teorisi, cinsiyet farklılıklarını toplumsal yapıdaki kadın ve erkek konumuyla ilişkilendirmektedir. Bu yapı, erkeklerin aile geçimini sağlayanlar iken kadınların ev işlerindeki rolü gibi rollerin cinsiyete göre dağılımı ile karakterizedir (Eagly ve Wood, 1999). Bu rol dağılımı, erkeklere kontrol, güç ve gelişmiş statü kazandırır ve erkekler ile kadınlar arasında farklılıklara yol açar. Cinsiyet rolleri teorisi, bu nesillerle etkileşim yoluyla gelecek nesillere aktarılan ve cinsiyet farklılıklarını doğal bir süreçle ilişkilendiren iki cinsiyetin sosyal beklentilerine odaklanmaktadır (Deaux ve Major, 1987; 2004; Seginer, 2005). Bu teori, erkeklerin ve kadınların farklı gelecek yönelimleri geliştireceğini öngörmektedir (Seginer, 2005). Ebeveynler, ergenliğe geçişe yaklaştıkça çocuklarının geleceği konusunda daha endişeli hale gelirler. Genel olarak, ebeveynler çocuklarının düşünme, davranış ve kişilik özellikleri hakkında geniş bilgiye sahiptir. Bu bilgi, ebeveynlerin ergenlik çağındaki çocuklarının yeteneklerini değerlendirmelerine izin verir. Aile etkileşimi sırasında, ebeveynler ergenin gelecekteki yönelimi ile ilgili düşüncelerini, inançlarını, pozisyonlarını, beklentilerini ve

değerlerini ifade eder ve böylece bu gelecekteki yönelimi etkiler (Seginer, 2005; Seginer ve Mahajna, 2004, 2012; Seginer ve Shoyer, 2012).

Engelli çocukların ebeveynlerinin psikolojik reaksiyonlarını incelemeye yönelik birçok çalışma yapılmıştır (Dehkordi, Kakojoibari, Mohtashami ve Yehtakha, 2011; Gallagher, Phillips, Oliver ve Carroll, 2008; Guralnick, Hammond, Neville, ve Conor, 2008; Hayes ve Watson, 2013; Hill ve Rose, 2009; Lovell ve diğ., 2015; Şentürk ve Varol-Saraçoğlu, 2013). Bu çalışmaların bazılarında, engelli çocukların ebeveynlerinin kaygı, stres, depresyon ve umutsuzluk düzeyleri tipik gelişime sahip çocukların ebeveynleriyle karşılaştırılmıştır. Çalışmaların çoğunda; özürlü çocukların ebeveynlerinin kaygı, stres, depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin, tipik gelişim gösteren çocukların ebeveynlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Dehkordi, Kakojoibari, Mohtashami ve Yehtakha, 2011; Gallagher, Phillips, Oliver ve Carroll, 2008; Guralnick, Hammond, Neville ve Conor, 2008; Hayes ve Watson, 2013; Hill ve Rose, 2009; Lovell ve diğ., 2015; Şentürk ve Varol-Saraçoğlu, 2013).

Ergen çocukların ebeveynlerinin bu çocuklara yardım etme yeteneği sınırlıdır. Destek hizmetlerinin eksikliği ve profesyoneller ile temas (Sandler-Loeff ve diğ., 2006; Azaiza ve Cohen, 2006), ebeveynlerin yetişkinlere ve ailedeki kardeşlere karşı tutumu, çocuğun kişiliğinin çeşitli bileşenlerine, özellikle akademik performansını iyileştirmede önemli katkıda bulunur.

1.8. Dini Başa Çıkma ve Ruh Sağlığı

Din ile bedensel sağlık arasındaki ilişki konusundaki görüşleri yansıtan dikkat çekici birçok çalışma yapılmıştır (Aten ve Leach, 2009; Moodley ve West, 2005; Pargament, 2007; Plante, 2009; Post ve Wade, 2009; Sperry ve Shafranske, 2004; Walker, Gorsuch, Tan ve Otis, 2008). Din ile şu ya da bu şekilde ilgili olan 21 doktorun dindarlıkla sağlık arasındaki ilişki konusunda ne düşündüklerini yarı yapılandırılmış mülakat tekniğiyle inceleyen Curlin ve diğerlerinin (2005) bulgularına göre doktorlar, dinin sağlık üzerinde etkisi olduğunu, ancak bunun sonuçlar üstünde değil, sonuca götürücü vasıtalar üzerinde gerçekleştiğini düşünmektedirler. Yani onlara göre din, sağlığı doğrudan doğruya etkilememekte, fakat sağlıklı olmaya götüren faktörleri hazırlamasıyla dolaylı bir tesirde bulunmaktadır. Bununla birlikte doktorlar şu hususun altını önemle çizmişlerdir: Din ve dindarlık kişiye hastalığını anlama ve

onunla mücadele etme gücü verdiği zaman olumlu, psikolojik çatışma yaşattığı ve tıbbî tavsiyeleri reddetmeyi beraberinde getirdiğinde ise olumsuz etki yapmaktadır. Görüleceği üzere doktorlar, sağlığın korunması ya da korunmamasında dinin ikinci dereceden bir rol oynadığı kanaatindedir. Holden ve Williamson (2014)'e göre, aile içerisindeki dindarlık çocuğun ve gencin, psikolojik sağlığı ve iyi oluşu ile pozitif ilişkilidir. Ayrıca, gencin agresiflik düzeyinin azalmasında etkili olabileceği belirtilmektedir.

Din ve maneviyatın fiziksel ve ruhsal sağlık üzerindeki etkisini ele alan yaklaşık 1200 empirik araştırmayı inceleyen Larson ve Larson'a (2003, s. 48-49) göre, özellikle boylamsal çalışmalarda kiliseye devam ve dinî ibadetlere katılım sıklığı ile uzun yaşam arasında pozitif bir ilişki ortaya çıkmaktadır. Buna göre, dindar insanlar daha uzun yaşama şansına sahiptir. Din, başka faktörler devreye girmediği sürece erken ölümlere karşı koruyucu olabilmektedir. Ayrıca dinî/manevî çöküntü ruh sağlığında ciddi problemler ortaya çıkarabileceği gibi, dinin ve maneviyatın başa çıkma sürecinde olumsuz kullanılması da ruh sağlığını bozucu olabilmektedir. İşte bu noktada manevî çöküntünün önüne geçilmesi, hem fiziksel hem de ruhsal sağlık açısından oldukça önemlidir. Buradan hareketle dindarlığın, bireye manevî açıdan dayanma gücü verdiği, dinin sağlık üzerindeki olumlu etkisinin de büyük oranda bundan beslendiği söylenebilir.

Kişinin dindarlık biçimi ve dinî başa çıkma stratejisi yaşam kalitesine yönelik algısını ve hayattan memnuniyet düzeyini farklılaştırabilir. Koenig, Pargament ve Nielsen (1998) tarafından 55 yaş ve üzeri 577 hasta üzerinde gerçekleştirilen çalışmanın sonuçlarını bu bağlamda ele almak mümkündür. Zira ulaşılan bulgulara göre, düşük dinî başa çıkma ile fiziksel sağlığın zayıflığı, hayat kalitesinin düşüklüğü, yüksek düzeyde depresyon ve manevî memnuniyetsizlik arasında yakın bir ilişki vardır. Dindarlık ile depresyon ilişkisini empirik olarak ele alan 101 çalışmanın 65'inde (%64), bu iki olgu arasında ters yönlü bir ilişkinin bulunduğu, bir başka ifadeyle, dindarlık arttıkça depresif belirtilerde azalma görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (Koenig ve Larson 2001).

Pargament'in gerçekleştirdiği çalışmalar, olumlu dini başa çıkma tarzlarının psikolojik sağlık üzerinde olumlu; olumsuz dini başa çıkma tarzlarının ise olumsuz etkisine işaret etmektedir. Ona göre, manevi veya dini pratiklerin stres veya kriz anlarında daha fazla kullanılması, sağlık üzerinde güçlü olumlu bir etkide bulunmaktadır (Pargament, 1997).

Dindarlıkla depresif semptomlar arasındaki ilişkileri konu edinen araştırmaları metaanaliz yöntemiyle inceleyen Smith, McCullough ve Poll (2003), bu iki olgu arasında -.096 düzeyinde ters yönlü bir ilişkinin bulunduğunu belirlemişlerdir

Ebeveynlerin kaygısı, genellikle engelli çocuklarıyla ilgili yanlış gitme potansiyeli hakkında aşırı endişe duymayı içerir. Endişeli ebeveynler, endişelerini çocuklarına yansıtırlar. Bazı insanlar doğaları gereği daha endişeli olabilirler. Çocuklar, belirli durumların ebeveynlerinin endişeli olmasına yol açtığını öğrenebilir, bu da onları bu durumlardan benzer şekilde tehdit altında hissetmelerine ve benzer şekilde kaçınma duygusu yaşamalarına yol açabilir. Ebeveynlerin duygusal sorunları olduğunda, bu sorunlar çocuklarını etkileyebilir. Bir anksiyete bozukluğu olan bir ebeveyni olan çocukların da endişe göstermesi muhtemeldir. Alanyazında, dindarlık ile depresyon arasında genellikle negatif yönlü bir ilişki bulunduğu sıklıkla ifade edilmektedir. Mesela, Murphy ve diğ. (2007), dini inançların daha düşük düzeyde depresyon ve umutsuzlukla ilişkili olduğunu saptamıştır. Ayten ve Sağır (2014), her iki dini başa çıkma biçiminin, depresif eğilimleri artırıcı etkisinin olduğunu tespit etmiştir. Murat ve Kızılgöçit (2017), psikopatolojisi olan ve olmayan her iki grupta da depresyon ile olumlu dini başa çıkma arasında herhangi bir anlamlı ilişki bulamamış; literatürü destekler şekilde ise psikopatolojisi olan grupta, olumsuz dini başa çıkma ile depresyon arasında pozitif yönde bir ilişki saptamışlardır. Aydın (2011, s. 134)'ın çalışmasında da depresyonun, olumsuz dini başa çıkma ile olumlu yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği belirlenmiş; olumlu dini başa çıkma ile depresyon arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Jang ve Johnson (2004), “dindarların”, “dindarlık düzeyi düşük olanlara” ya da “hiç dindar olmayanlara” nispetle daha az depresyon belirtisi gösterdiklerini tespit etmişlerdir. Koenig, George ve Titus'un (2004) bulguları da bu kapsamda değerlendirilebilir. Zira onlar hastanede tedavi gören 838 yaşlı üzerinde yaptıkları bir çalışmada, dindarlık ve maneviyatın hastalara sistematik olarak büyük bir sosyal destek sağladığını, bundan dolayı dindarlarda depresif belirtilerin daha az görüldüğünü, kognitif fonksiyonların ise daha iyi olduğunu tespit etmişlerdir.

Wink, Dillon ve Larsen (2005), yaşlılarda dindarlık ve maneviyatla depresyon ve fiziksel sağlık arasındaki ilişkileri ele aldıkları çalışmalarında, yüksek düzeyde dindarlığın (kurumsal anlamda kiliseye devamlılık, ibadet ve dua), fiziksel sağlıkla ilişkili problemlerin

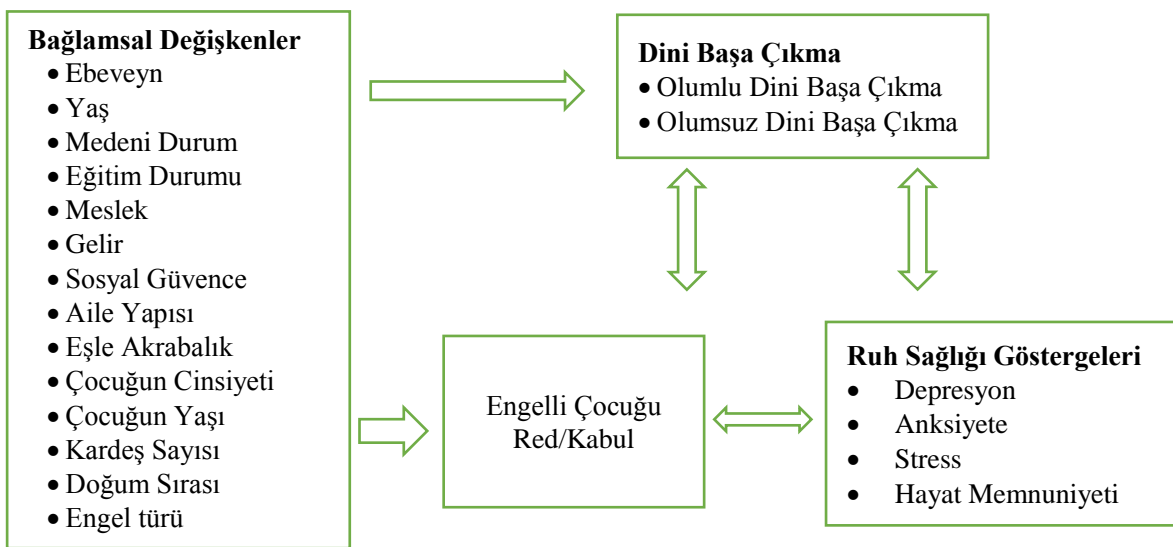
ortaya çıkardığı depresyona karşı koruyucu bir tampon vazifesi üstlendiğini bulmuşlardır. Dindarlık seviyesi düşük olanlarda ise; depresif belirtilerin daha yüksek çıktığı görülmüştür. Ancak, kurumsal olmayan dinî inanç ve pratikler olarak kavramlaştırılan maneviyat ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmektedir. Başka bir deyişle maneviyat, depresyona karşı koruyucu değildir. Dikkat edilecek olursa bu çalışmada, temelde kurumsal dindarlık ve buna bağlı olarak şekillenen bireysel dinî yaşantının olumlu etkileri ön plana çıkarılmaktadır. Buradan hareketle belli bir dinî gelenek içerisinde yaşanmayan maneviyatın depresyona karşı koruyucu bir faktör işlevi görmediği söylenebilir.

2. BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma konusu, daha önce de belirtildiği üzere, engelli çocuğa sahip ebeveynlerin dindarlık yönelimleri, dini başa çıkma ve red-kabul düzeyleri ile ruh sağlığı göstergeleri arasındaki ilişki ve etkileşimlerdir. Bu bağlamda araştırmada nicel yöntemlerden ilişkisel tarama modeli kullanılmaktadır. “Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekilde betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez” (Karasar, 2009, s. 77). Çalışmada nicel araştırma desenlerinden biri olan ilişkisel arama modeli kullanılmıştır. Creswell (2014, s. 13), tarama çalışmasının bir araştırma evreninin eğilimini, tutumunu veya görüşlerini, belirlenen evrendeki bir örnekleme çalışarak nicel veya sayısal olarak tanımlamaya imkân sağladığını ifade etmektedir. İlişkisel tarama modelleri ile elde edilen ilişkiler, bir değişkendeki durumun bilinmesi ile birlikte buna bağlı olarak bir diğer değişkenin tahmininde faydalı sonuçlar ortaya koymak için bazı ipuçları sunarken öte yandan ortaya konan ilişkiler gerçek bir neden sonuç ilişkisi olarak yorumlanamamaktadır (Karasar, 2009, s. 82).



Şekil 1: Değişkenler Arası Araştırma Modeli

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırma İstanbul evreninde yapılmıştır. Örneklem belirlenmesinde olasılık dışı örneklem belirleme yöntemlerinden biri olan uygun örneklem (kolayda örneklem) belirleme yolu tercih edilmiş ve engelli çocuklara sahip ebeveynlerden araştırmaya gönüllü olarak katılmış 514 kişiden örneklem oluşturulmuştur. İstanbul'un ilçelerinden Üsküdar, Maltepe, Ümraniye, Sancaktepe, Fatih, Gaziosmanpaşa, Çekmeköy ve Kadıköy'den veriler toplanmıştır. Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Ebeveynlerin Demografik Özelliklerine İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri

	Gruplar	<i>f</i>	%
Ebeveyn	Anne	354	68,9
	Baba	160	31,1
Yaş	30 yaş ve altı	159	30,9
	31-40 yaşında	193	37,5
	41 yaş ve üzeri	162	31,5
Medeni Durum	Bekâr	144	28,0
	Evli	178	34,6
	Boşanmış	63	12,3
	Dul	129	25,1
Eğitim Durumu	İlkokul	267	51,9
	Ortaokul	101	19,6
	Lise	49	9,5
	Üniversite	97	18,9
Meslek	Memur	67	13,0
	İşçi	74	14,4
	Emekli	148	28,8
	Serbest	86	16,7
	Ev hanımı	87	16,9
	İşsiz	52	10,1
Gelir Durumu	2000 TL altı	107	20,8
	2001-3000 TL	117	22,8
	3001-4500 TL	177	34,4
	4501 TL üstü	113	22,0
Eş ile Akrabalık Durumu	Var	141	27,4
	Yok	373	72,6
Eş Akrabalık Derecesi	Yok	373	72,6
	2. Derece	41	8,0
	3. Derece	78	15,2
	Uzaktan	22	4,3
Çocuk Cinsiyet	Kız	309	60,1
	Erkek	205	39,9
Çocuk Yaş	0-3 yaşında	131	25,5

	4-6 yaşında	166	32,3
	7-10 yaşında	103	20,0
	11 yaş ve üzeri	114	22,2
Kardeş Sayısı	Tek Çocuk	198	38,5
	2 Kardeş	202	39,3
	3 Kardeş	75	14,6
	4 ve üzeri	39	7,6
Çocuk Engel Türü	Zihinsel Engel	196	38,1
	Otizm	205	39,9
	Down Sendrom	76	14,8
	Diğer	37	7,2
Başka Engelli Çocuk Olma Durumu	Var	108	21,0
	Yok	406	79,0
Günlük İşlerde Sorun Yaşama	Evet	305	59,3
	Hayır	209	40,7
Aile İçi Sorun Yaşama	Evet	136	26,5
	Hayır	378	73,5
Çocuk ilgilenme	Evet	163	31,7
	Hayır	351	68,3
Psikolojik Destek Alma Durumu	Evet	79	15,4
	Hayır	435	84,6
Rehabilitasyona Devam Etme Süresi	1 yıldan az	163	31,7
	1-2 yıl	225	43,8
	3-4 yıl	102	19,8
	5 yıl ve üzeri	24	4,7
Dindarlık Düzeyi	Çok Dindar	168	32,7
	Dindar	253	49,2
	Biraz Dindar	67	13,0
	Dindar Değil	10	1,9
	Hiç Dindar Değil	16	3,1
Toplam	514	514	100

Tablo 2’de verilmiş olan örneklem grubunun demografik özellikleri incelendiğinde araştırmaya 514 kişi katılmıştır. Katılımcıların 354’ü (%68,9) anne, 160’ı (%31,1) babadır. 159’u (%30,9) 30 yaş ve altında, 193’ü (%37,5) 31-40 yaşında, 162’si (%31,5) 41 yaş ve üzerindedir. 144’ü (%28,0) bekâr, 178’i (%34,6) evli, 63’ü (%12,3) boşanmış, 129’u (%25,1) duldur. 267’si (%51,9) ilkokul, 101’i (%19,6) ortaokul, 49’u (%9,5) lise, 97’si (%18,9) üniversite mezunudur. 67’si (%13,0) memur, 74’ü (%14,4) işçi, 148’i (%28,8) emekli, 86’sı (%16,7) serbest, 87’si (%16,9) ev hanımı, 52’si (%10,1) işsizdir. 107’si (%20,8) 2000 tl. altı, 117’si (%22,8) 2001-3000 tl., 177’si (%34,4) 3001-4500 tl., 113’ü (%22,0) 4501 tl. gelir elde etmektedir. 141’inin (%27,4) eşi ile akrabalık bağı varken, 373’ünün (%72,6) eşi ile akrabalık bağı yoktur. 41’inin eşi ile (%8,0) 2. derece, 78’inin (%15,2) 3. derece, 22’sinin (%4,3) uzaktan

akrabalık bağı vardır. 309'unun (%60,1) kız çocuğu, 205'inin (%39,9) erkek çocuğu vardır. Çocukların 131'i (%25,5) 0-3 yaşında, 166'sı (%32,3) 4-6 yaşında, 103'ü (%20,0) 7-10 yaşında, 114'ü (%22,2) 11 yaş ve üzerindedir. 198'i (%38,5) tek çocuk, 202'si (%39,3) 2 kardeş, 75'i (%14,6) 3 kardeş, 39'u (%7,6) 4 ve üzeridir. Çocukların 196'sı (%38,1) zihinsel engelli, 205'i (%39,9) otizm, 76'sı (%14,8) down sendromu, 37'si (%7,2) diğerine sahiptir. 108'inin (%21,0) başka engeli varken, 406'sının (%79,0) yoktur. Katılımcıların 305'i (%59,3) günlük işlerinde sorun yaşarken, 209'u (%40,7) yaşamamaktadır. 136'sı (%26,5) aile içi soruna sahiptir, 378'i (%73,5) değildir. 163'ü (%31,7) diğer çocuklarıyla ilgilenirken sorun yaşadığını cevaplarırken 351'i (%68,3) sorun yaşamadığına dair cevap vermektedir. 79'u (%15,4) psikolojik destek alırken, 435'i (%84,6) almamaktadır. Çocukların rehabilitasyona devam etme zamanı 163'ünün (%31,7) 1 yıldan az, 225'inin (%43,8) 1-2 yıl, 102'sinin (%19,8) 3-4 yıl, 24'ünün (%4,7) 5 yıl ve üzeridir. Katılımcıların 168'i (%32,7) çok dindar, 253'ü (%49,2) dindar, 67'si (%13,0) biraz dindar, 10'u (%1,9) dindar değil, 16'sı (%3,1) hiç dindar değildir.

2.3. Ölçme Araçları

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya katılanların demografik özelliklerini belirleyeme yönelik olarak hazırlanan sorulardır. Burada cinsiyet, yaş, eğitim durumu gibi sorular yöneltilmiştir.

2.3.2. Dini Başa Çıkma Ölçeği

Araştırmada Dini Başa Çıkma Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek, katılımcıların zor ve sıkıntılı durumlarda yöneldikleri başa çıkma etkinliklerini ve bu etkinliklere başvurma sıklığını tespit etmeye yöneliktir (Abu-Raiya ve Ayten, 2020). Ölçek, 1. Olumlu dini başa çıkma, 2. Olumsuz dini başa çıkma olarak iki alt ölçekten oluşmaktadır. 5'li Likert tipinde hazırlanan ölçekte, katılımcılardan, ifade edilen başa çıkma durumuna ne sıklıkla başvurduklarını ifade etmeleri bakımından; 5-Her zaman, 4-Çoğu zaman, 3-Bazen, 2-Nadiren, 1-Hiçbir zaman seçeneklerinden birinin tercih etmesi istenmektedir. Her bir boyut için ayrı ayrı aritmetik ortalamalar hesaplanmaktadır. Buna göre her bir üst boyutta elde edilen yüksek değerler söz konusu boyuta giren etkinliklerin kullanılma sıklığının arttığını, düşük ortalamalar ise azaldığını ifade etmektedir. Testin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının .883 olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek üzere yapılan faktör analizinde, Kaiser-Mayer-

Olkin (KMO) değerinin ,777; Bartlett's Test of Sphericity değerinin ise $x^2= 1976,212$; $p=000$ olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca gore dini başa çıkma oleği araştırmada kullanmaya elverişli bir olme aracıdır (Aytan ve diğ., 2012).

2.3.3. Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol oleği

1978 yılında Rohner ve arkadaşları tarafından geliştirilen EKAR oleği, 60 maddeden ve 4 alt olekten oluşmaktadır. olekle, algılanan ebeveyn kabulünün ve reddinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır (Rohner, 1998). 1987 yılında, oleğe “ebeveyn kontrolü” alt oleği ile birlikte 13 madde daha eklenmiş ve 73 maddelik son halini alan bu olek “Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol oleği” olarak adlandırılmıştır (Rohner ve Khaleque, 2003).

Bu çalışmada oleğin 29 maddelik kısa formu uygulanmıştır. olekten elde edilen puanın yuksekligi, ebeveyn reddinin yuksekligini ve çocuğunu kabul duzeyinin bir o kadar duşuk olduğunu ifade etmektedir. EKRO/K'de yer alan maddelerden olumlu ifadeler için (1, 3, 4, 7, 11, 15, 16, 20, 21, 23, 26, 27, 29) puanlama “hemen hemen her zaman doğru” (1 puan), “bazen doğru” (2 puan), “nadiren doğru” (3 puan), “hiç bir zaman doğru değil” (4 puan) biçiminde; olumsuz ifadeler için ise (2, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 22, 24, 25, 28) ters puanlama yapılarak “hemen hemen her zaman doğru” (4 puan), “bazen doğru” (3 puan), “nadiren doğru” (2 puan), “hiç bir zaman doğru değil” (1 puan) biçiminde dortlu Likert tipi olek üzerinde cevaplanmaktadır. Ebeveyn EKRO/K anne ve babaların çocuklarına karşı kendi davranışlarını objektif olarak değerlendirdikleri bir oz bildirim oleğidir. olekten alınan en yuksektek puan 116, en az puan ise 29'dur. oleğin Turke' ye evirisi Anjel ve Erkman (1993) tarafından dilsel eşitlik ile ilgili son duzenlemeler ise Erkman tarafından 2002 yılında yapılmıştır (Toran, 2005). EKRO/K oleği 26'dan fazla dile çevrilmiş ve yaklaşık 60 ülkede 230'dan fazla çalışmada kullanılmıştır. EKRO'nn çeşitli ülkelerde yapılmış geçerlik ve guvenirlik çalışmalarında guvenilir ve geçerli bir olek olduğu gosterilmiştir (Khaleque ve Rohner, 2001).

2.3.4. Depresyon Anksiyete ve Stres oleği (DASO)

Araştırmaya katılan niversite ogrencilerinin depresyon, anksiyete ve stres duzeylerini belirlemek için Lovibond ve Lovidond (1995a) tarafından geliştirilen ve etin, Akın ve Abacı

(2007) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASÖ) kullanılmıştır. Bu ölçeğin psikometrik özellikleri aşağıda verilmiştir.

Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği'nin (DASÖ) Türkçeye uyarlanması sürecinde bir dizi geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Çetin, Akın ve Abacı, 2006). Öncelikle ölçeğin dilsel eşdeğerlik çalışması yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular Türkçe ve orijinal formlar arasındaki ilişim katsayılarının, depresyon için .97 ($p<.001$), anksiyete için .98 ($p<.001$), stres için .97 ($p<.001$) ve ölçeğin bütünü için .99 ($p<.001$) olduğunu göstermiştir. DASÖ'nün geçerlik çalışması olarak yapı, uyum ve ayırt edici geçerlikleri incelenmiştir. Güvenirlik çalışmaları olarak ise Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı, test-tekrar test, iki- yarı güvenilirlikleri ve düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları incelenmiştir. DASÖ'nün Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları ölçeğin bütünü için .89, depresyon, anksiyete ve stres alt boyutları için sırasıyla .90, .92 ve .92 olarak bulunmuştur. Ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Depresyon alt boyu 14 maddeden (3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42); Anksiyete alt boyutu 14 maddeden (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 41); Stres alt boyutu ise 14 maddeden (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39) oluşmaktadır.

2.3.5. Hayat Memnuniyeti Ölçeği (HMÖ)

Hayat memnuniyeti kişinin, idealindeki hayatı yaşadığını düşünmesi, hayat şartlarını beğenmesi ve tekrar yaşama şansı sunulsa bile hâlihazırda yaşadığı hayatta pek çok şeyi değiştiremeyecek olması gibi duygu ve düşünceleri içermektedir. Araştırmada katılımcıların hayat memnuniyeti düzeylerini ölçmek için Diener, Emmons, Larsen ve Griffin tarafından geliştirilen Hayat Memnuniyeti Ölçeği (The Satisfaction with Life Scale) kullanılmıştır. Ölçek hayattan memnuniyeti içeren beş ifadeden oluşur: 'Pek çok yönüyle idealimdeki hayatı yaşıyorum', 'Hayat şartlarım mükemmeldir', 'Hayatımdan memnunum', 'Şimdiye kadar hayatta istediğim çoğu şeyi elde ettim', 'Dünyaya yeniden gelseydim, hayatımda neredeyse hiçbir değişiklik yapmazdım'. Bireylerden her ifadenin kendilerine ne kadar uyup uymadığını işaretlemeleri istenmiştir. Seçenekler 'bana hiç uygun değil' ve 'bana çok uygun' şeklindedir. 1 ile 7 arasında değişen bir parametrede puanlama yapılmıştır. Buna göre ortalamanın 7'ye yaklaşması hayat memnuniyetinin arttığına, 1'e yaklaşması ise hayat memnuniyetinin düştüğüne işaret etmektedir. Ölçek, Ayten (2013) tarafından İngilizce'den tercüme edilmiş ve Türkçesi için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır.

2.4. Verilerin Toplanması ve Analiz Yöntemleri

Ölçekler hazırlandıktan sonra etik kurul iznine başvurulmuş, (31.01.2022 tarih ve 2021/117 sayılı) etik kurul izni alındıktan sonra verilerin toplanmasına geçilmiştir. Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerine gidilerek ebeynlere araştırmanın amaçları anlatılmıştır. Araştırmaya katılmak isteyen bireylere anketler verilmiştir. Veriler yüz yüze toplanmıştır. Daha sonraki aşamada anketler ön incelemeye alınmıştır. Uygun olmayan (boş kalmış, eksik doldurulmuş) anketler analiz dışı bırakılmıştır.

Ölçeklerden toplanan veriler kodlanarak bilgisayar ortamında SPSS paket programı yardımı ile çözümlenmiştir. Ölçeğin birinci bölümüne ilişkin verilerle ilgili anlamlı birleştirmeler yapıldıktan sonra frekans ve yüzde dağılımı alınmış, öğrencilerin ve velilerin algılamalarının belirlenmesi için aritmetik ortalama ve standart sapma; farklılıkları ortaya koyabilmeye yönelik ikili kıyaslamalarda normal dağılım olduğu tespit edildiğinden ikili değişkenlere bağımsız grup “t” testi, ikiden çok değişken gruplarının dağılım durumuna göre tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testleri uygulanmıştır. Farklılığın anlamlı olduğu belirlendiğinde Scheffe testi uygulanmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkilerin saptanması amacıyla Pearson korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Ayrıca regresyon analizi ile değişkenler arası etkiler tespit edilmiştir. Görüşler arasında anlamlı bir değişkenlik olup olmadığı $\alpha = 0.05$ anlamlılık seviyesinde test edilmiştir. Verilerin normallik analizleri Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 3: Ölçeklere Ait Basıklık, Çarpıklık ve Güvenirlik Değerleri

	<i>N</i>	<i>Skewness</i> (Çarpıklık)	<i>Kurtosis</i> (Basıklık)
Olumlu Dini Başa Çıkma	514	,612	,910
Olumsuz Dini Başa Çıkma		-,004	,484
Kabul/Red		,489	,322
Depresyon		,261	-,487
Anksiyete		,286	-,274
Stres		5	,413
Toplam Ölçek		,402	-,117
Hayat Memnuniyeti		,781	-,117

Tablo 3’e göre Olumlu Dini Başa Çıkma çarpıklık ,612, basıklık ,910, Olumsuz Dini Başa Çıkma çarpıklık -,004, basıklık ,484, Kabul Red çarpıklık ,489, basıklık ,322, Depresyon çarpıklık ,261, basıklık -,487, Anksiyete çarpıklık ,286, basıklık -,274, Stres çarpıklık ,5, basıklık ,413, Toplam Ölçek çarpıklık ,402, basıklık -,117, Hayat Memnuniyeti çarpıklık ,781,

basıklık -,117 olduğu belirlenmiştir. Katsayılarının -1 ile +1 arasında yer aldığı görüldüğünden verilerin normal dağıldığı kabul edilmiş (Tabachnic veidell, 2007) parametrik testlerin yapılması gerektiği belirlenmiştir.

3. BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Dini Başa Çıkmaya İlişkin Bulgular

Dini Başa Çıkma Ölçeğine İlişkin ortalama değerler aşağıda verilmiştir.

Tablo 4: Dini Başa Çıkma Ölçeğine İlişkin Ortalama Değerler

Değişkenler	N	M	SD
Olumlu Dini Başa Çıkma	514	13,40	2,938
Olumsuz Dini Başa Çıkma	514	12,43	2,586

Tablo 4’teki verilere göre, katılımcıların Dini Başa Çıkma Ölçeğinde olumlu dini başa çıkma alt boyutunda (M=13,40 (1,91); SD=2,938) “Orta” düzeyde; olumsuz dini başa çıkma alt boyutunda (M=12,43 (2,07); SD=2,586) yine “orta” düzeyde başa çıkma stratejileri kullandıkları belirlenmiştir. Demografik özellikler ile dini başa çıkma ilişkisi t testi ve Anova testleri değerlendirmeleri aşağıda verilmiştir.

Tablo 5: Ebeveynlere Göre Dini Başa Çıkma Ölçeği Sonuçları

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	SD	P
Olumlu Dini Başa Çıkma	Anne	354	13,40	3,044	,162	,036	512	,971
	Baba	160	13,39	2,697	,213			
Olumsuz Dini Başa Çıkma	Anne	354	12,49	2,595	,138	,779	512	,436
	Baba	160	12,29	2,571	,203			

Tablo 5, katılımcıların anne-baba olma durumuna göre dini başa çıkma durumlarını göstermektedir. Analiz sonuçlarına göre ebeveynler arasında olumlu dini başa çıkma alt boyutu (t=,036; p>,05) ve olumsuz dini başa çıkma alt boyutunda (t=,779; p>,05) anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 6: Yaşlara Göre Dini Başa Çıkma Ölçeği Sonuçları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	SD	KO	F	P
Olumlu Dini Başa Çıkma	30 -	159	13,45	3,018	G.Arası	7,804	2	3,902	,451	,637
	31-40	193	13,25	2,720	G.İçi	4419,636	511	8,649		
	41 +	162	13,54	3,113	Toplam	4427,440	513			
	Toplam	514	13,40	2,938						
Olumsuz Dini Başa Çıkma	30 -	159	12,46	2,714	G.Arası	,750	2	,375	,056	,946
	31-40	193	12,45	2,481	G.İçi	3430,941	511	6,714		
	41 +	162	12,37	2,597	Toplam	3431,691	513			
	Toplam	514	12,43	2,586						

Tablo 6, ebeveynlerde dini başa çıkma ölçeği puanlarının yaşa göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Analiz sonuçlarına göre yaş bakımından olumlu dini başa çıkma alt boyutu (F=451; p>,05) ve olumsuz dini başa çıkma alt boyutunda, (F=,056; p>,05) anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 7: Medeni Duruma Göre Dini Başa Çıkma Ölçeği Sonuçları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	SD	KO	F	P
Olumlu Dini Başa Çıkma	Bekâr	144	13,33	2,862	G.Arası	1,464	3	,488	,056	,982
	Evli	178	13,46	3,048	G.İçi	4425,976	510	8,678		
	Boşanmış	63	13,44	2,928	Toplam	4427,440	513			
	Dul	129	13,39	2,903						
Toplam	514	13,40	2,938							
Olumsuz Dini Başa Çıkma	Bekâr	144	12,59	2,493	G.Arası	10,072	3	3,357	,500	,682
	Evli	178	12,25	2,601	G.İçi	3421,618	510	6,709		
	Boşanmış	63	12,51	2,235	Toplam	3431,691	513			
	Dul	129	12,45	2,831						
Toplam	514	12,43	2,586							

Tablo 7, ebeveynlerde dini başa çıkma ölçeği puanlarının medeni durumuna göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Analiz sonuçlarına göre medeni durum bakımından olumlu dini başa çıkma alt boyutu (F=,056; p>,05) ve olumsuz dini başa çıkma alt boyutunda, (F=,500; p>,05), anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 8: Eğitim Durumuna Göre Dini Başa Çıkma Ölçeği Sonuçları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	SD	KO	F	P	Fark (Scheffe)
Olumlu Dini Başa Çıkma	İlkokul	267	13,69	3,085	G.Arası	66,756	3	22,252	2,602	,051	
	Ortaokul	101	13,40	2,846	G.İçi	4360,684	510	8,550			
	Lise	49	13,12	2,538	Toplam	4427,440	513				
	Üniversite	97	12,75	2,720							
	Toplam	514	13,40	2,938							
Olumsuz Dini Başa Çıkma	İlkokul	267	12,17	2,631	G.Arası	59,947	3	19,982	3,022	,029	c-a
	Ortaokul	101	12,38	2,249	G.İçi	3371,744	510	6,611			
	Lise	49	13,18	2,306	Toplam	3431,691	513				
	Üniversite	97	12,80	2,831							
	Toplam	514	12,43	2,586							

Tablo 8, ebeveynlerde dini başa çıkma ölçeği puanlarının eğitim durumuna göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Tablodaki sonuçlara göre eğitim durumu bakımından gruplar arasında olumlu dini başa çıkma alt boyutunda anlamlı bir farklılık görülmezken (F=2,602; p>,05); olumsuz dini başa çıkma alt boyutunda anlamlı bir farklılık görülmüştür (F=3,022; p<,05). Lise mezunu olanlar (M=13,18), ilkokul mezunu olanlara (M=12,17) kıyasla daha yüksek olumsuz dini başa çıkma puanına sahiptir.

Tablo 9: Meslek Durumuna Göre Dini Başa Çıkma Ölçeği Sonuçları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	SD	KO	F	P	Fark (Scheffe)
Olumlu Dini Başa Çıkma	Memur	67	14,18	2,871	G.Arası	131,246	5	26,249	3,104	,009	
	İşçi	74	12,70	2,531	G.İçi	4296,194	508	8,457			
	Emekli	148	13,09	2,711	Toplam	4427,440	513				a-b
	Serbest	86	13,27	3,208							f-b
	Ev hanımı	87	13,54	3,288							
	İşsiz	52	14,25	2,800							
Toplam	514	13,40	2,938								
Olumsuz Dini Başa Çıkma	Memur	67	11,93	2,476	G.Arası	126,546	5	25,309	3,890	,002	b-a
	İşçi	74	13,51	2,854	G.İçi	3305,144	508	6,506			b-e
	Emekli	148	12,51	2,360	Toplam	3431,691	513				
	Serbest	86	12,26	2,766							
	Ev hanımı	87	11,97	2,228							
	İşsiz	52	12,35	2,835							
Toplam	514	12,43	2,586								

Tablo 9, ebeveynlerde dini başa çıkma ölçeği puanlarının meslek durumlarına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Tabloda özetlenen sonuçlara göre olumlu dini başa çıkma alt boyutunda da (F=3,104; p<,05) olumsuz dini başa çıkma alt boyutunda da (F=3,890; p<,05) meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Farklılığın hangi gruplar

arasında olduğunu belirlemek için scheffe testi uygulanmış ve test sonuçları tablonun fark bölümünde gösterilmiştir. Buna göre olumlu dini başa çıkma tutumlarında memurlar (M=14,18) ve işsizler (M=14,25), işçi (M=12,70) olanlara kıyasla daha yüksek olumlu dini başa çıkma puanına sahiptir. Olumsuz dini başa çıkma tutumlarında ise işçi olanlar (M=13,51), memur (M=11,93) ve ev hanımı (M=11,97) olanlara kıyasla daha yüksek olumsuz dini başa çıkma puanına sahiptir.

Tablo 10: Gelir Durumuna Göre Dini Başa Çıkma Ölçeği Sonuçları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	SD	KO	F	P	Fark (Scheffe)
Olumlu Dini Başa Çıkma	2000 -	107	14,04	2,910	G.Arası	61,996	3	20,665	2,414	,066	
	2001-3000	117	13,03	2,940	G.İçi	4365,443	510	8,560			
	3001-4500	177	13,30	2,936	Toplam	4427,440	513				
	4501 +	113	13,35	2,909							
	Toplam	514	13,40	2,938							
Olumsuz Dini Başa Çıkma	2000 -	107	11,84	2,245	G.Arası	92,283	3	30,761	4,698	,003	b-a
	2001-3000	117	13,07	2,629	G.İçi	3339,408	510	6,548			
	3001-4500	177	12,26	2,450	Toplam	3431,691	513				
	4501 +	113	12,58	2,909							
	Toplam	514	12,43	2,586							

Tablo 10, ebeveynlerde dini başa çıkma ölçeği puanlarının gelir durumlarına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Tablodaki sonuçlara göre olumlu dini başa çıkma alt boyutunda anlamlı bir farklılık görülmezken (F=2,414; p>,05); olumsuz dini başa çıkma alt boyutunda anlamlı bir farklılık görülmüştür (F=4,698; p<,05). Test sonuçlarına göre olumsuz dini başa çıkma tutumlarında 2001-3000 tl. arası geliri olanlar (M=13,07), 2000 tl. altı geliri olanlara (M=11,84) kıyasla daha yüksek olumsuz dini başa çıkma puanına sahiptir.

Tablo 11: Eş ile Akrabalık Durumuna Göre Dini Başa Çıkma Ölçeği Sonuçları

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	SD	P
Olumlu Dini Başa Çıkma	Var	141	13,52	3,127	,263			
	Yok	373	13,35	2,866	,148	,588	512	,557
Olumsuz Dini Başa Çıkma	Var	141	12,43	2,424	,204			
	Yok	373	12,42	2,648	,137	,035	512	,972

Tablo 11, ebeveynlerde dini başa çıkma ölçeği puanlarının eş ile akrabalık bağı olup olmamasına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Analiz sonuçlarına göre, ne olumlu dini başa çıkma alt boyutunda (t=,588; p>,05) ve ne de olumsuz dini başa çıkma alt boyutunda gruplar arasında (t=,035; p>,05) anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 12: Eş ile Akrabalık Derecesine Göre Dini Başa Çıkma Ölçeği Sonuçları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	SD	KO	F	P
Olumlu Dini Başa Çıkma	Yok	373	13,38	2,891	G.Arası	17,666	3	5,889	,681	,564
	2. Derece	41	12,93	2,687	G.İçi	4409,774	510	8,647		
	3. Derece	78	13,62	3,196	Toplam	4427,440	513			
	Uzaktan	22	13,86	3,270						
	Toplam	514	13,40	2,938						
Olumsuz Dini Başa Çıkma	Yok	373	12,43	2,660	G.Arası	37,914	3	12,638	1,899	,129
	2. Derece	41	11,83	2,108	G.İçi	3393,777	510	6,654		
	3. Derece	78	12,45	2,399	Toplam	3431,691	513			
	Uzaktan	22	13,45	2,595						
	Toplam	514	12,43	2,586						

Tablo 12, ebeveynlerde dini başa çıkma ölçeği puanlarının eşin akrabalık derecesine göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Tabloda özetlenen sonuçlara göre ne olumlu dini başa çıkma alt boyutunda (F=,681; p>,05) ve ne de olumsuz dini başa çıkma alt boyutunda, (F=1,899; p>,129) gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 13: Çocuğun Cinsiyet Durumuna Göre Dini Başa Çıkma Ölçeği Sonuçları

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	SD	P
Olumlu Dini Başa Çıkma	Kız	309	13,38	2,809	,160	-,210	512	,834
	Erkek	205	13,43	3,128	,218			
Olumsuz Dini Başa Çıkma	Kız	309	12,50	2,604	,148	,778	512	,437
	Erkek	205	12,32	2,561	,179			

Tablo 13, ebeveynlerde dini başa çıkma ölçeği puanlarının çocuğun cinsiyetine göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Sonuçlara göre, gruplar arasında olumlu dini başa çıkma alt boyutunda da (t=-,210; p>,05), olumsuz dini başa çıkma alt boyutunda da (t=,778; p>,05) anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 14: Çocuğun Yaş Durumuna Göre Dini Başa Çıkma Ölçeği Sonuçları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	SD	KO	F	P
Olumlu Dini Başa Çıkma	0-3 yaş.	131	13,56	3,218	G. Arası	22,388	3	7,463	,864	,460
	4-6 yaş.	166	13,57	2,771	G. İçi	4405,052	510	8,637		
	7-10 yaş.	103	13,06	3,105	Toplam	4427,440	513			
	11 yaş +	114	13,27	2,675						
	Toplam	514	13,40	2,938						
Olumsuz Dini Başa Çıkma	0-3 yaş.	131	12,10	2,601	G. Arası	27,009	3	9,003	1,349	,258
	4-6 yaş.	166	12,40	2,437	G. İçi	3404,682	510	6,676		
	7-10 yaş.	103	12,76	2,546	Toplam	3431,691	513			
	11 yaş +	114	12,54	2,797						
	Toplam	514	12,43	2,586						

Tablo 14, ebeveynlerde dini başa çıkma ölçeği puanlarının çocuğun yaş durumuna göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Analiz sonuçlarına göre, gruplar arasında ne olumlu dini başa çıkma alt boyutunda ($F=,864$; $p>,05$) ve ne de olumsuz dini başa çıkma alt boyutunda ($F=1,349$; $p>,05$) anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 15: Kardeş Sayısına Göre Dini Başa Çıkma Ölçeği Sonuçları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	SS	Var.K.	KT	SD	KO	F	P
Olumlu Dini Başa Çıkma	Tek Çocuk	198	13,41	2,835	G. Arası	3,309	3	1,103	,127	,944
	2 Kardeş	202	13,32	2,963	G. İçi	4424,130	510	8,675		
	3 Kardeş	75	13,49	3,095	Toplam	4427,440	513			
	4 ve üzeri	39	13,59	3,110						
	Toplam	514	13,40	2,938						
Olumsuz Dini Başa Çıkma	Tek Çocuk	198	12,63	2,384	G. Arası	14,945	3	4,982	,744	,526
	2 Kardeş	202	12,28	2,503	G. İçi	3416,745	510	6,700		
	3 Kardeş	75	12,40	3,084	Toplam	3431,691	513			
	4 ve üzeri	39	12,18	2,964						
	Toplam	514	12,43	2,586						

Tablo 15, ebeveynlerde dini başa çıkma ölçeği puanlarının kardeş sayısına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Tablodaki verilere göre olumlu dini başa çıkma alt boyutu ($F=,127$; $p>,05$) ve olumsuz dini başa çıkma alt boyutunda ($F=,744$; $p>,05$) gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 16: Kaçınıcı Çocuk Olma Durumuna Göre Dini Başa Çıkma Ölçeği Sonuçları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	SS	Var.K.	KT	SD	KO	F	P
Olumlu Dini Başa Çıkma	1. Çocuk	214	13,14	2,838	G. Arası	61,287	3	20,429	2,386	,068
	2. Çocuk	252	13,73	3,065	G. İçi	4366,153	510	8,561		
	3. Çocuk	41	13,02	2,162	Toplam	4427,440	513			
	4. Çocuk	7	12,00	4,203						
	Toplam	514	13,40	2,938						
Olumsuz Dini Başa Çıkma	1. Çocuk	214	12,49	2,571	G. Arası	38,485	3	12,828	1,928	,124
	2. Çocuk	252	12,39	2,564	G. İçi	3393,205	510	6,653		
	3. Çocuk	41	11,95	2,801	Toplam	3431,691	513			
	4. Çocuk	7	14,43	1,902						
	Toplam	514	12,43	2,586						

Tablo 16, ebeveynlerde dini başa çıkma ölçeği puanlarının kaçınıcı çocuk olduğuna göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Verilere göre olumlu dini başa çıkma alt boyutu ($F=2,386$; $p>,05$) ve olumsuz dini başa çıkma alt boyutunda ($F=1,928$; $p>,05$) gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 17: Çocuk Engel Durumuna Göre Dini Başa Çıkma Ölçeği Sonuçları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	SD	KO	F	P
Olumlu Dini Başa Çıkma	Zihinsel Engel	196	13,52	2,938	G. Arası	27,996	3	9,332	1,082	,356
	Otizm	205	13,31	2,904	G. İçi	4399,444	510	8,626		
	Down Sendrom	76	13,67	3,168	Toplam	4427,440	513			
	Diğer	37	12,70	2,602						
	Toplam	514	13,40	2,938						
Olumsuz Dini Başa Çıkma	Zihinsel Engel	196	12,61	2,502	G. Arası	35,910	3	11,970	1,798	,147
	Otizm	205	12,36	2,585	G. İçi	3395,781	510	6,658		
	Down Sendrom	76	12,54	2,868	Toplam	3431,691	513			
	Diğer	37	11,57	2,328						
	Toplam	514	12,43	2,586						

Tablo 17, ebeveynlerde dini başa çıkma ölçeği puanlarının çocuğun engeline göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Tabloda özetlenen verilere göre, gruplar arasında olumlu dini başa çıkma alt boyutu (F=1,082; p>,05) ve olumsuz dini başa çıkma alt boyutunda (F=1,798; p>,05) anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 18: Başka Engelli Çocuğun Olup Olmamasına Göre Dini Başa Çıkma Ölçeği Sonuçları

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	SD	P
Olumlu Dini Başa Çıkma	Var	108	13,79	3,139	,302	1,539	512	,124
	Yok	406	13,30	2,877	,143			
Olumsuz Dini Başa Çıkma	Var	108	12,62	2,535	,244	,878	512	,380
	Yok	406	12,37	2,601	,129			

Tablo 18, ebeveynlerin dini başa çıkma ölçeği puanlarının başka engelli çocuğun olup olmamasına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Sonuçlara göre, olumlu dini başa çıkma alt boyutu (t=1,539; p>,05) ve olumsuz dini başa çıkma alt boyutunda (t=,878; p>,05) gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 19: Günlük İşleri Organize Etmede Sorun Yaşayıp Yaşamama Durumuna Göre Dini Başa Çıkma Ölçeği Sonuçları

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	SD	P
Olumlu Dini Başa Çıkma	Evet	305	13,29	2,906	,166	-1,047	512	,296
	Hayır	209	13,56	2,983	,206			
Olumsuz Dini Başa Çıkma	Evet	305	12,50	2,550	,146	,835	512	,404
	Hayır	209	12,31	2,641	,183			

Tablo 19, ebeveynlerin dini başa çıkma ölçeği puanlarının günlük işlerde sorun yaşayıp yaşamamasına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Sonuçlara göre, gruplar arasında olumlu dini başa çıkma alt boyutu ($t=-1,047$; $p>,05$) ve olumsuz dini başa çıkma alt boyutunda, ($t=,835$; $p>,05$) anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 20: Aile İçi Sorun Durumuna Göre Dini Başa Çıkma Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	SD	P
Olumlu Dini Başa Çıkma	Evet	136	13,58	2,604	,223	,833	512	,405
	Hayır	378	13,34	3,050	,157			
Olumsuz Dini Başa Çıkma	Evet	136	12,73	2,739	,235	1,590	512	,113
	Hayır	378	12,32	2,524	,130			

Tablo 20, ebeveynlerin dini başa çıkma ölçeğinden aldıkları puanların aile içinde sorun yaşayıp yaşamadıklarına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Analiz sonuçlarına göre, olumlu dini başa çıkma alt boyutu ($t=,833$; $p>,05$) ve olumsuz dini başa çıkma alt boyutunda ($t= 1,590$; $p>,05$) gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 21: Diğer Çocuklarla İlgilenmede Sorun Yaşama Durumuna Göre Dini Başa Çıkma Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	SD	P
Olumlu Dini Başa Çıkma	Evet	163	13,40	3,142	,246	,022	512	,983
	Hayır	351	13,40	2,843	,152			
Olumsuz Dini Başa Çıkma	Evet	163	12,50	2,649	,207	,423	512	,673
	Hayır	351	12,39	2,560	,137			

Tablo 21, ebeveynlerin dini başa çıkma ölçeği puanlarının diğer çocuklarla ilgilenmede sorun yaşayıp yaşamadıklarına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Analiz sonuçlarına göre, gruplar arasında ne olumlu dini başa çıkma alt boyutunda ($t=,022$; $p>,05$) ve ne de olumsuz dini başa çıkma alt boyutunda ($t=,423$; $p>,05$) anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 22: Psikolojik Destek Alıp Almama Durumuna Göre Dini Başa Çıkma Ölçeği Sonuçları

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	SD	P
Olumlu Dini Başa Çıkma	Evet	79	13,57	2,822	,318	,555	512	,579
	Hayır	435	13,37	2,960	,142			
Olumsuz Dini Başa Çıkma	Evet	79	12,58	2,550	,287	,583	512	,560
	Hayır	435	12,40	2,595	,124			

Tablo 22, ebeveynlerin dini başa çıkma ölçeği puanlarının psikolojik destek alıp almadıklarına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Tabloda özetlenen sonuçlara göre, ne olumlu dini başa çıkma alt boyutunda ($t= ,555$; $p> ,05$) ve ne de olumsuz dini başa çıkma alt boyutunda ($t= ,583$; $p> ,05$) gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 23: Çocuğun Rehabilitasyona Devam Ettiği Zamanına Göre Dini Başa Çıkma Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	SD	KO	F	P	Fark (Scheffe)
Olumlu Dini Başa Çıkma	1 yıldan az	163	13,61	3,076	G.Arası	11,817	3	3,939	,455	,714	
	1-2 yıl	225	13,28	2,729	G.İçi	4415,622	510	8,658			
	3-4 yıl	102	13,29	3,205	Toplam	4427,440	513				
	5 yıl ve üzeri	24	13,50	2,782							
	Toplam	514	13,40	2,938							
Olumsuz Dini Başa Çıkma	1 yıldan az	163	11,94	2,279	G.Arası	57,067	3	19,0222,875	,036		a-b,c,d
	1-2 yıl	225	12,68	2,657	G.İçi	3374,624	510	6,617			
	3-4 yıl	102	12,62	2,663	Toplam	3431,691	513				
	5 yıl ve üzeri	24	12,58	3,202							
	Toplam	514	12,43	2,586							

Tablo 23, ebeveynlerde dini başa çıkma ölçeği puanlarının çocuğun rehabilitasyona devam ettiği zamanına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Tabloda özetlenen sonuçlara göre, olumlu dini başa çıkma alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmezken ($F=,455$; $p>,05$), olumsuz dini başa çıkma alt boyutunda ($F=2,875$; $p<,05$) anlamlı bir farklılık görülmüştür. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için uygulanan scheffe testine göre olumsuz dini başa çıkma tutumlarında 1-2 yıl ($M=12,68$), 3-4 yıl ($M=12,62$) ve 5 yıl ve üzeri ($M=12,58$) rehabilitasyona devam edenlerin, 1 yıldan az ($M=11,94$) devam edenlere kıyasla daha fazla olumsuz dini başa çıkma puanına sahip olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 24: Dindarlık Düzeyine Göre Dini Başa Çıkma Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	SD	KO	F	P	Fark (Scheffe)
Olumlu Dini Başa Çıkma	Çok Dindar	168	13,46	2,889	G. Arası	22,811	4	5,703	,659	,621	
	Dindar	253	13,52	3,123	G. İçi	4404,629	509	8,653			
	Biraz Dindar	67	13,03	2,570	Toplam	4427,440	513				
	Dindar Değil	10	12,70	1,703							
	Hiç Dindar Değil	16	12,88	2,473							
	Toplam	514	13,40	2,938							
	Çok Dindar	168	12,33	2,537	G. Arası	72,867	4	18,217	2,761027		

Olumsuz Dini Başa Çıkma	Dindar	253	12,46	2,569	G. İçi Toplam	3358,824	509	6,599	c-e
	Biraz Dindar	67	13,04	2,458		3431,691	513		
	Dindar Değil	10	11,60	3,502					
	Hiç Dindar Değil	16	10,88	2,729					
	Toplam	514	12,43	2,586					

Tablo 24, ebeveynlerin dini başa çıkma ölçeği puanlarının dindarlık düzeyine göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Buna göre, olumlu dini başa çıkma alt boyutunda anlamlı bir farklılık görülmezken ($F=,659$; $p>,05$), olumsuz dini başa çıkma alt boyutunda anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır ($F=2,761$; $p<,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için scheffe testi uygulanmış ve biraz dindar olanların ($M=13,04$) hiç dindar olmayanlara ($M=10,88$) kıyasla daha fazla olumsuz dini başa çıkma puanına sahip olduğu belirlenmiştir.

3.2.Ebeveyn Kabul/Red Ölçeğine İlişkin Bulgular

Bu ölçekten alınan puanların yüksekliği çocuklarını reddetme tutumlarının fazlalığını; kabul etme davranışlarının düşüklüğünü göstermektedir.

Tablo 25: Kabul-Red/Kontrol Ölçeğine İlişkin Ortalama Değerler

	N	M	SD
Kabul/Red	514	86,96	8,052

Tablo 25’te özetlenen bulgulara göre, ebeveynlerin Kabul-Red/Kontrol Ölçeğinde “orta” düzeyde kabul red davranışı sergiledikleri ($M=86,96$ (3,00); $SD=8,052$) yani çocuklarını orta düzeyde reddetme tutumuna sahip oldukları görülmektedir.

Tablo 26: Ebeveyn Durumlarına Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	SD	P
Kabul/Red	Anne	354	86,68	8,142	,433	-1,191	512	,234
	Baba	160	87,59	7,837	,620			

Tablo 26, ebeveynlerin kabul-red/kontrol ölçeği puanlarının ebeveyn olma durumuna göre farklılaşmasını göstermektedir. Elde edilen sonuçlara göre, kabul red boyutunda anlamlı bir farklılık görülmemiş ($t=-1,191$; $p>,05$), anne ve babaların benzer şekilde reddetme tutumuna sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 27: Yaşlara Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var. K.	KT	SD	KO	F	P
Kabul Red	30 -	159	87,64	8,048	G.Arası	105,247	2	52,624	,811	,445
	31-40	193	86,73	8,021	G.İçi	33152,123	511	64,877		
	41 +	162	86,59	8,101	Toplam	33257,370	513			
	Toplam	514	86,96	8,052						

Tablo 27, ebeveynlerin kabul-red/kontrol ölçeği puanlarının yaşlarına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Tabloda özetlenen sonuçlara göre, kabul-red boyutunda yaş farklılıklarına göre anlamlı bir farklılık görülmemiş ($F=,811$; $p>,05$), grupların benzer şekilde reddetme tutumuna sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 28: Medeni Durumuna Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	Ss	Var. K.	KT	SD	KO	F	P
Kabul Red	Bekâr	144	87,15	7,628	G.Arası	57,755	3	19,252	,296	,828
	Evli	178	86,62	7,933	G.İçi	33199,614	510	65,097		
	Boşanmış	63	86,62	8,490	Toplam	33257,370	513			
	Dul	129	87,40	8,511						
Toplam	514	86,96	8,052							

Tablo 28, ebeveynlerin kabul-red/kontrol ölçeği puanlarının medeni duruma göre farklılaşmasını göstermektedir. Bu sonuçlara göre, kabul-red boyutunda medeni durumu göre anlamlı bir farklılık görülmemiş ($F=,296$; $p>,05$), benzer reddetme tutumuna sahip oldukları belirlenmiştir.

Tablo 29: Eğitim Durumuna Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	Ss	Var. K.	KT	SD	KO	F	P
Kabul Red	İlkokul	267	87,21	8,321	G.Arası	86,829	3	28,943	,445	,721
	Ortaokul	101	86,51	7,395	G.İçi	33170,540	510	65,040		
	Lise	49	87,63	7,129	Toplam	33257,370	513			
	Üniversite	97	86,42	8,443						
	Toplam	514	86,96	8,052						

Tablo 29, ebeveynlerin kabul-red/kontrol ölçeği puanlarının eğitim durumuna göre farklılaşmasını göstermektedir. Elde edilen sonuçlara göre, kabul red boyutunda eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık görülmemiş ($F=,445$; $p>,05$), grupların benzer reddetme tutumuna sahip oldukları belirlenmiştir.

Tablo 30: Meslek Durumuna Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	Ss	Var. K.	KT	SD	KO	F	P
Kabul Red	Memur	67	86,60	8,152	G. Arası	293,981	5	58,796	,906	,477
	İşçi	74	87,19	8,523	G. İçi	32963,388	508	64,889		
	Emekli	148	87,87	7,786	Toplam	33257,370	513			
	Serbest	86	87,19	8,645						
	Ev hanımı	87	85,79	7,319						
	İşsiz	52	86,13	8,170						
	Toplam	514	86,96	8,052						

Tablo 30, ebeveynlerin kabul-red/kontrol ölçeği puanlarının mesleklerine göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Buna göre, kabul-red boyutunda mesleklerine göre anlamlı bir farklılık görülmemiş ($F=,906$; $p>,05$), benzer reddetme tutumuna sahip oldukları belirlenmiştir.

Tablo 31: Gelir Durumuna Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	Ss	Var. K.	KT	SD	KO	F	P
Kabul Red	2000 -	107	86,06	7,903	G. Arası	175,912	3	58,637	,904	,439
	2001-3000	117	87,26	7,671	G. İçi	33081,458	510	64,866		
	3001-4500	177	86,81	8,139	Toplam	33257,370	513			
	4501 +	113	87,77	8,440						
	Toplam	514	86,96	8,052						

Tablo 31, ebeveynlerin kabul-red/kontrol ölçeği puanlarının gelir seviyesine göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Tabloda özetlenen sonuçlara, kabul-red boyutunda gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık görülmemiş ($F=,904$; $p>,05$), benzer reddetme tutumuna sahip oldukları belirlenmiştir.

Tablo 32: Eş ile Akrabalık Durumuna Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	n	\bar{x}	Ss	Sh	t	SD	P
Kabul Red	Var	141	86,57	8,242	,694			
	Yok	373	87,12	7,985	,413	-,688	512	,492

Tablo 32, ebeveynlerin kabul-red/kontrol ölçeği puanlarının eş ile akrabalık bağı olup olmamasına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Bu sonuçlara göre, kabul-red boyutunda eş ile akrabalık bağı olup olmamasına göre anlamlı bir farklılık görülmemiş ($t=-,688$; $p>,05$), benzer reddetme tutumuna sahip oldukları anlaşılmıştır.

Tablo 33: Eş ile Akrabalık Derecesine Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	Ss	Var.K	KT	SD	KO	F	P	Fark (Scheffe)
Kabul Red	Yok	373	87,06	7,996	G. Arası	661,404	3	220,468	3,449	,017	
	2. Derece	41	89,73	7,490	G. İçi	32595,966	510	63,914			b-c
	3. Derece	78	84,88	8,307	Toplam	33257,370	513				
	Uzaktan	22	87,50	7,726							
	Toplam	514	86,96	8,052							

Tablo 33, ebeveynlerin kabul-red/kontrol ölçeği puanlarının eş ile akrabalık derecesine göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Tabloda özetlenen sonuçlara göre, kabul-red boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=3,449$; $p<,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için uygulanan scheffe testi sonuçlarına göre, eşiyile 2. derece akraba olanların ($M=89,73$) 3. derece akraba olanlara ($M=84,88$) kıyasla daha yüksek puana sahip oldukları ve çocuklarını daha fazla reddetme tutumu taşıdıkları belirlenmiştir.

Tablo 34: Çocuğun Cinsiyetine Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sorunları

	Gruplar	n	\bar{x}	Ss	Sh	t	SD	P
Kabul Red	Kız	309	86,87	8,108	,461	-,337	512	,736
	Erkek	205	87,11	7,984	,558			

Tablo 34, ebeveynlerin kabul-red/kontrol ölçeği puanlarının çocuğun cinsiyetine göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Kabul-red boyutunda, çocuğun cinsiyetine göre anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($t=-,337$; $p>,05$).

Tablo 35: Çocuğun Yaşına Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	Ss	Var.K.	KT	SD	KO	F	P
Kabul Red	0-3 yaş.	131	86,42	7,827	G. Arası	60,297	3	20,099	,309	,819
	4-6 yaş.	166	87,26	7,931	G. İçi	33197,073	510	65,092		
	7-10 yaş.	103	87,22	8,612	Toplam	33257,370	513			
	11 yaş +	114	86,93	8,031						
	Toplam	514	86,96	8,052						

Tablo 35, ebeveynlerin kabul-red/kontrol ölçeği puanlarının çocuğun yaşına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Buna göre, kabul-red boyutunda çocuğun yaşına göre anlamlı bir farklılık bulunmadığı anlaşılmıştır ($F=,309$; $p>,05$).

Tablo 36: Kardeş Sayısına Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	Ss	Var. K.	KT	SD	KO	F	P	Fark (Scheffe)
Kabul Red	Tek Çocuk	198	86,34	7,856	G. Arası	637,444	3	212,481	3,322	,020	b-d
	2 Kardeş	202	88,21	7,818	G. İçi	32619,926	510	63,961			
	3 Kardeş	75	86,55	8,108	Toplam	33257,370	513				
	4 ve üzeri	39	84,51	9,335							
	Toplam	514	86,96	8,052							

Tablo 36, ebeveynlerin kabul-red/kontrol ölçeği puanlarının çocuğun kardeş sayısına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Tabloda özetlenen sonuçlara göre, kabul-red boyutunda gruplar arasında anlamlı farklılık vardır ($F=3,322$; $p<,05$). Uygulanan scheffe testi sonuçlarına göre, 2 kardeş olanlar ile ($M=88,21$) 4 ve üzeri kardeş olanlar ($M=84,51$) arasında anlamlı bir farklılık olduğu, 2 çocuğu olan ebeveynlerin daha fazla reddetme davranışı sergilediği belirlenmiştir.

Tablo 37: Kaçınıcı Çocuk Olma Durumuna Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	Ss	Var.K.	KT	SD	KO	F	P
Kabul Red	1. Çocuk	214	87,50	8,263	G. Arası	279,313	3	93,104	1,440	,230
	2. Çocuk	252	86,84	8,010	G. İçi	32978,057	510	64,663		
	3. Çocuk	41	84,73	7,099	Toplam	33257,370	513			
	4. Çocuk	7	88,14	7,221						
	Toplam	514	86,96	8,052						

Tablo 37, ebeveynlerin kabul-red/kontrol ölçeği puanlarının doğum sırasına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Bu sonuçlara göre, kabul-red boyutunda çocuğun doğum sırasına göre anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($F=1,440$; $p>,05$)

Tablo 38: Çocuğun Engel Durumuna Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	Ss	Var.K.	KT	SD	KO	F	P
Kabul Red	Zihinsel Engel	196	87,34	7,767	G. Arası	358,254	3	119,418	1,851	,137
	Otizm	205	87,33	7,895	G. İçi	32899,115	510	64,508		
	Down Sendrom	76	86,34	8,156	Toplam	33257,370	513			
	Diğer	37	84,24	9,759						
	Toplam	514	86,96	8,052						

Tablo 38, ebeveynlerin kabul-red/kontrol ölçeği puanlarının çocuğun engel türüne göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Kabul-red boyutunda çocuğun engel türüne göre anlamlı bir farklılık yoktur ($F= 1,851$; $p>,05$).

Tablo 39: Başka Engelli Çocuk Olup Olmamasına Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	SD	P
Kabul Red	Var	108	86,39	8,675	,835	-,836	512	,403
	Yok	406	87,12	7,882	,391			

Tablo 39, ebeveynlerin kabul-red/kontrol ölçeği puanlarının başka engelli çocukları olup olmadığına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Bu sonuçlara göre, kabul-red boyutunda başka engelli çocukları olup olmama durumuna göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($t=-,836$; $p>,05$).

Tablo 40: Günlük İşlerde Sorun Yaşayıp Yaşamama Durumuna Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	SD	P
Kabul Red	Evet	305	87,06	7,970	,456	,308	512	,758
	Hayır	209	86,83	8,186	,566			

Tablo 40, ebeveynlerin kabul-red/kontrol ölçeği puanlarının günlük işlerde sorun yaşayıp yaşamamalarına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Buna göre, kabul-red boyutunda günlük işlerde sorun yaşayıp yaşamama durumuna göre anlamlı bir farklılık yoktur ($t=,308$; $p>,05$).

Tablo 41: Aile İçi Sorun Yaşama Durumuna Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	SD	P
Kabul Red	Evet	136	86,34	8,025	,688	-1,059	512	,290
	Hayır	378	87,19	8,060	,415			

Tablo 41, ebeveynlerin kabul-red/kontrol ölçeği puanlarının aile içi sorun yaşayıp yaşamadıklarına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Bu sonuçlara göre, kabul-red boyutunda aile içi sorun yaşayıp yaşamama durumuna göre anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($t=-1,059$; $p>,05$).

Tablo 42: Diğer Çocuklarla İlgilenme Durumuna Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	SD	P
Kabul Red	Evet	163	86,77	8,017	,628	-,368	512	,713
	Hayır	351	87,05	8,077	,431			

Tablo 42, ebeveynlerin kabul-red/kontrol ölçeği puanlarının diğer çocuklarla ilgilenmelerine göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Buna göre, kabul-red boyutunda çocuklarla ilgilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık yoktur ($t=-,368$; $p>,05$).

Tablo 43: Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	SD	P
Kabul Red	Evet	79	88,42	6,281	,707	1,747	512	,081
	Hayır	435	86,70	8,312	,399			

Tablo 43, ebeveynlerin kabul-red/kontrol ölçeği puanlarının psikolojik destek alıp almamalarına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Bu sonuçlara göre, kabul-red boyutunda psikolojik destek alıp almama durumuna göre anlamlı bir farklılık yoktur ($t=1,747$; $p>,05$).

Tablo 44: Çocuğun Rehabilitasyona Devam Ettiği Zamana Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	Ss	Var. K.	KT	SD	KO	F	P
Kabu l Red	1 yıl -	163	85,99	8,318	G.Arası	270,212	3	90,071	1,393	,244
	1-2 yıl	225	87,67	7,642	G.İçi	32987,157	510	64,681		
	3-4 yıl	102	86,90	8,606	Toplam	33257,370	513			
	5 yıl +	24	87,25	7,273						
	Toplam	514	86,96	8,052						

Tablo 44, ebeveynlerin kabul-red/kontrol ölçeği puanlarının çocuğun rehabilitasyona devam etme zamanına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Bu sonuçlara göre, kabul-red boyutunda çocuğun rehabilitasyona devam ettiği süreye göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F=1,393$; $p>,05$).

Tablo 45: Dindarlık Düzeyine Göre Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	Ss	Var. K.	KT	SD	KO	F	P
Kabu l Red	Çok Dindar	168	86,35	8,125	G.Arası	408,378	4	102,095	1,582	,178
	Dindar	253	86,73	7,959	G.İçi	32848,991	509	64,536		
	Biraz Dindar	67	88,30	7,691	Toplam	33257,370	513			
	Dindar Değil	10	89,50	9,022						
	Hiç Dindar Değil	16	90,00	9,033						
	Toplam	514	86,96	8,052						

Tablo 45, ebeveynlerin kabul-red/kontrol ölçeği puanlarının dindarlık düzeylerine göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Buna göre, kabul-red boyutunda dindarlık düzeyine göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($F=1,582$; $p>,05$).

3.3. Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyetine İlişkin Bulgular

Tablo 46: Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Ortalama Değerler

Değişkenler	N	M	SD
Depresyon	514	27,51	3,877
Anksiyete	514	26,23	3,816
Stres	514	28,89	3,808
Toplam Ölçek	514	82,63	8,345
Hayat Memnuniyeti	514	12,39	5,191

Tablo 46’da özetlenen bulgular incelendiğinde ebeveynlerin, Depresyon Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeğinde Depresyon alt boyutunda “düşük” (M=27,51 (1,96); SD=3,877); Anksiyete alt boyutunda “düşük” (M=26,23 (1,87); SD=3,816); Stres alt boyutunda “düşük” (M=28,89(2,04); SD=3,808); Toplam Ölçek alt boyutunda “düşük” (M=82,63(1,96); SD=8,345) ve Hayat Memnuniyeti alt boyutunda “düşük” (M=12,39 (2,47); SD=5,191) düzeyde puanlar elde ettikleri görülmektedir.

Tablo 47: Ebeveyn Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	SD	P
Depresyon	Anne	354	27,44	3,791	,201	-,649	512	,516
	Baba	160	27,68	4,069	,322			
Anksiyete	Anne	354	26,12	3,674	,195	-1,022	512	,307
	Baba	160	26,49	4,115	,325			
Stres	Anne	354	28,92	3,825	,203	,264	512	,792
	Baba	160	28,83	3,779	,299			
Toplam Ölçek	Anne	354	82,47	8,356	,444	-,648	512	,517
	Baba	160	82,99	8,334	,659			
Hayat Memnuniyeti	Anne	354	12,44	5,281	,281	,279	512	,781
	Baba	160	12,30	5,002	,395			

Tablo 47, ebeveynlerin depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ölçeği puanlarının ebeveyn olmalarına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Tabloda özetlenen sonuçlara göre, depresyon alt boyutu (t=-,649; p>,05); anksiyete alt boyutu (t=-1,022; p>,05); stres alt boyutu (t=,264; p>,05); toplam ölçek (t=-,648; p>,05) ve hayat memnuniyeti boyutunda (t=,279; p>,05) anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 48: Yaşlara Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var. K.	KT	SD	KO	F	P	Fark (Scheffe)
Depresyon	30 -	159	27,09	3,756	G. Arası	40,943	2	20,471	1,364	,257	
	31-40	193	27,69	4,063	G. İçi	7671,509	511	15,013			
	41 +	162	27,70	3,758	Toplam	7712,451	513				
	Toplam	514	27,51	3,877							
Anksiyete	30 -	159	25,70	3,811	G. Arası	67,343	2	33,671	2,324	,099	
	31-40	193	26,38	3,798	G. İçi	7404,107	511	14,489			
	41 +	162	26,57	3,812	Toplam	7471,449	513				
	Toplam	514	26,23	3,816							
Stres	30 -	159	28,63	4,101	G. Arası	23,712	2	11,856	,817	,442	
	31-40	193	29,15	3,643	G. İçi	7414,187	511	14,509			
	41 +	162	28,85	3,704	Toplam	7437,899	513				
	Toplam	514	28,89	3,808							
Toplam Ölçek	30 -	159	81,42	8,272	G. Arası	338,346	2	169,173	2,443	,088	
	31-40	193	83,22	8,570	G. İçi	35383,158	511	69,243			
	41 +	162	83,12	8,064	Toplam	35721,504	513				
	Toplam	514	82,63	8,345							
Hayat Memnuniyeti	30 -	159	11,37	4,665	G. Arası	250,067	2	125,034	4,707	,009	a-c
	31-40	193	12,71	5,127	G. İçi	13572,759	511	26,561			
	41 +	162	13,02	5,620	Toplam	13822,827	513				
	Toplam	514	12,39	5,191							

Tablo 48, ebeveynlerin depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ölçeği puanlarının yaşlarına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Bu sonuçlara göre, depresyon alt boyutu (F=1,364; p>,05); anksiyete alt boyutu (F=2,324; p>,05); stres alt boyutu (F=,817; p>,05) ve toplam ölçekte (F=2,443; p>,05) anlamlı bir farklılık görülmezken; hayat memnuniyeti boyutunda (F=4,707; p<,05) anlamlı bir farklılık görülmüştür. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için uygulanan scheffe testi sonuçlarına göre, 41 yaş ve üzeri olanların (M=13,02) 30 yaş ve altı olanlara (M=11,37) kıyasla daha fazla hayat memnuniyeti puanına sahip olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 49: Medeni Duruma Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	SS	Var. K.	KT	SD	KO	F	P	Fark (Scheffe)
Depresyon	Bekâr	144	27,35	3,937	G. Arası	139,397	3	46,466	3,129	,025	c-d
	Evli	178	27,65	3,719	G. İçi	7573,055	510	14,849			
	Boşanmış	63	28,68	4,083	Toplam	7712,451	513				
	Dul	129	26,91	3,826							
	Toplam	514	27,51	3,877							
Anksiyete	Bekâr	144	26,12	3,987	G. Arası	90,734	3	30,245	2,090	,101	
	Evli	178	26,31	3,880	G. İçi	7380,716	510	14,472			
	Boşanmış	63	27,21	3,178	Toplam	7471,449	513				
	Dul	129	25,77	3,768							
	Toplam	514	26,23	3,816							
Stres	Bekâr	144	28,64	3,797	G. Arası	77,974	3	25,991	1,801	,146	
	Evli	178	29,03	3,752	G. İçi	7359,924	510	14,431			
	Boşanmış	63	29,78	3,576	Toplam	7437,899	513				
	Dul	129	28,54	3,967							
	Toplam	514	28,89	3,808							
Toplam Ölçek	Bekâr	144	82,11	8,506	G. Arası	898,801	3	299,600	4,388	,005	c-d
	Evli	178	83,00	8,162	G. İçi	34822,703	510	68,280			
	Boşanmış	63	85,67	8,314	Toplam	35721,504	513				
	Dul	129	81,22	8,100							
	Toplam	514	82,63	8,345							
Hayat Memnuniyeti	Bekâr	144	12,58	5,014	G. Arası	137,785	3	45,928	1,712	,164	
	Evli	178	12,93	5,556	G. İçi	13685,042	510	26,833			
	Boşanmış	63	11,59	4,841	Toplam	13822,827	513				
	Dul	129	11,84	4,979							
	Toplam	514	12,39	5,191							

Tablo 49, ebeveynlerin depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ölçeği puanlarının medeni duruma göre farklılaşmasını göstermektedir. Bu sonuçlara göre, anksiyete alt boyutu ($F= ,2,090$; $p> ,05$), stres alt boyutu ($F= 1,802$; $p> ,05$) ve hayat memnuniyeti boyutunda ($F= 1,712$; $p> ,05$) anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Buna karşılık depresyon alt boyutu ($F=3,129$; $p<,05$) ve toplam ölçekte ($F=4,388$; $p<,05$) anlamlı bir farklılık vardır. Test sonuçlarına göre, boşanmış ($M= 28,68$) olanların dul ($M=26,91$) olanlara kıyasla daha fazla depresyon puanına sahip olduğu; toplam ölçekte boşanmış ($M= 85,67$) olanların dul ($M=81,22$) olanlara kıyasla daha fazla puana sahip oldukları anlaşılmıştır.

Tablo 50: Eğitim Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var. K.	KT	SD	KO	F	P	Fark (Scheffe)
Depresyon	İlkokul	267	27,11	3,687	G. Arası	178,928	3	59,643	4,038	,007	a-b,c
	Ortaokul	101	28,17	3,871	G. İçi	7533,524	510	14,772			d-b,c
	Lise	49	28,84	4,160	Toplam	7712,451	513				
	Üniversite	97	27,25	4,067							
	Toplam	514	27,51	3,877							
Anksiyete	İlkokul	267	25,81	3,817	G. Arası	124,779	3	41,593	2,887	,035	a-b,c,d
	Ortaokul	101	26,93	3,686	G. İçi	7346,670	510	14,405			
	Lise	49	26,98	3,897	Toplam	7471,449	513				
	Üniversite	97	26,29	3,797							
	Toplam	514	26,23	3,816							
Stres	İlkokul	267	28,66	3,792	G. Arası	61,775	3	20,592	1,424	,235	
	Ortaokul	101	29,57	3,835	G. İçi	7376,124	510	14,463			
	Lise	49	28,90	3,820	Toplam	7437,899	513				
	Üniversite	97	28,80	3,790							
	Toplam	514	28,89	3,808							
Toplam Ölçek	İlkokul	267	81,58	8,116	G. Arası	934,659	3	311,553	4,568	,004	a-b,c
	Ortaokul	101	84,67	8,456	G. İçi	34786,845	510	68,209			d-b,c
	Lise	49	84,71	8,512	Toplam	35721,504	513				
	Üniversite	97	82,34	8,314							
	Toplam	514	82,63	8,345							
Hayat Memnuniyeti	İlkokul	267	12,21	5,185	G. Arası	90,363	3	30,121	1,119	,341	
	Ortaokul	101	12,07	4,902	G. İçi	13732,464	510	26,926			
	Lise	49	12,39	4,573	Toplam	13822,827	513				
	Üniversite	97	13,25	5,752							
	Toplam	514	12,39	5,191							

Tablo 50, ebeveynlerin depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ölçeği puanlarının eğitimlerine göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Tabloda özetlenen sonuçlara göre, depresyon alt boyutu ($F=4,038$; $p<,05$), anksiyete alt boyutu ($F=2,887$; $p<,05$) ve toplam ölçekte ($F=4,568$; $p<,05$) anlamlı bir farklılık mevcutken; stres alt boyutu ($F=1,424$; $p>,05$) ve hayat memnuniyeti boyutunda ($F=1,119$; $p>,05$) anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Test sonuçlarına göre, lise ($M=28,84$) ve ortaokul mezunu ($M=28,17$) olanların üniversite ($M=27,25$) ve ilkokul mezunu ($M=27,11$) olanlara kıyasla daha fazla depresyon puanına sahip oldukları; lise ($M=26,98$), ortaokul ($M=26,93$) ve üniversite mezunu ($M=26,29$) olanların ilkokul mezunu ($M=25,81$) olanlara kıyasla daha fazla anksiyete puanına sahip oldukları ve lise ($M=84,71$) ve ortaokul mezunu ($M=84,67$) olanların ilkokul mezunu ($M=81,58$) olanlara kıyasla daha fazla toplam ölçek puanına sahip oldukları anlaşılmıştır.

Tablo 51: Meslek Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	<i>ss</i>	Var. K.	<i>KT</i>	<i>SD</i>	<i>KO</i>	F	<i>P</i>
Depresyon	Memur	67	27,66	3,493	G. Arası	78,705	5	15,741	1,048	,389
	İşçi	74	27,61	4,134	G. İçi	7633,746	508	15,027		
	Emekli	148	27,93	3,998	Toplam	7712,451	513			
	Serbest	86	26,77	3,843						
	Ev hanımı	87	27,33	3,709						
	İşsiz	52	27,50	3,943						
	Toplam	514	27,51	3,877						
Anksiyete	Memur	67	26,12	3,784	G. Arası	47,115	5	9,423	,645	,666
	İşçi	74	26,38	3,905	G. İçi	7424,334	508	14,615		
	Emekli	148	26,60	3,644	Toplam	7471,449	513			
	Serbest	86	25,79	3,941						
	Ev hanımı	87	26,23	4,011						
	İşsiz	52	25,85	3,733						
	Toplam	514	26,23	3,816						
Stres	Memur	67	28,97	3,195	G. Arası	65,491	5	13,098	,903	,479
	İşçi	74	28,39	3,831	G. İçi	7372,408	508	14,513		
	Emekli	148	29,28	4,054	Toplam	7437,899	513			
	Serbest	86	28,64	3,541						
	Ev hanımı	87	29,15	4,022						
	İşsiz	52	28,38	3,846						
	Toplam	514	28,89	3,808						
Toplam Ölçek	Memur	67	82,75	7,239	G. Arası	431,023	5	86,205	1,241	,289
	İşçi	74	82,38	8,881	G. İçi	35290,481	508	69,469		
	Emekli	148	83,81	8,571	Toplam	35721,504	513			
	Serbest	86	81,20	7,884						
	Ev hanımı	87	82,71	8,354						
	İşsiz	52	81,73	8,845						
	Toplam	514	82,63	8,345						
Hayat Memnuniyeti	Memur	67	12,40	5,391	G. Arası	212,996	5	42,599	1,590	,161
	İşçi	74	12,51	5,609	G. İçi	13609,831	508	26,791		
	Emekli	148	11,82	4,601	Toplam	13822,827	513			
	Serbest	86	13,69	5,312						
	Ev hanımı	87	12,36	5,309						
	İşsiz	52	11,79	5,352						
	Toplam	514	12,39	5,191						

Tablo 51, ebeveynlerin depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ölçeği puanlarının mesleklerine göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Bu sonuçlara göre, depresyon ($F=1,048$; $p>,05$), anksiyete ($F=,645$; $p>,05$), stres ($F=,903$; $p>,05$), toplam ölçek ($F=1,241$; $p>,05$) ve hayat memnuniyeti boyutlarında ($F=1,590$; $p>,05$) gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 52: Gelir Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var. K.	KT	SD	KO	F	P
Depresyon	2000 -	107	27,80	3,591	G. Arası	93,754	3	31,251	2,092	,100
	2001-3000	117	28,11	4,055	G. İçi	7618,697	510	14,939		
	3001-4500	177	27,04	3,914	Toplam	7712,451	513			
	4501 +	113	27,35	3,835						
	Toplam	514	27,51	3,877						
Anksiyete	2000 -	107	26,53	3,640	G. Arası	80,552	3	26,851	1,853	,137
	2001-3000	117	26,57	4,054	G. İçi	7390,898	510	14,492		
	3001-4500	177	26,28	3,924	Toplam	7471,449	513			
	4501 +	113	25,52	3,498						
	Toplam	514	26,23	3,816						
Stres	2000 -	107	29,06	3,414	G. Arası	8,709	3	2,903	,199	,897
	2001-3000	117	28,88	3,929	G. İçi	7429,190	510	14,567		
	3001-4500	177	28,94	3,780	Toplam	7437,899	513			
	4501 +	113	28,67	4,107						
	Toplam	514	28,89	3,808						
Toplam Ölçek	2000 -	107	83,39	7,491	G. Arası	323,591	3	107,864	1,554	,200
	2001-3000	117	83,56	8,889	G. İçi	35397,913	510	69,408		
	3001-4500	177	82,25	8,593	Toplam	35721,504	513			
	4501 +	113	81,54	8,068						
	Toplam	514	82,63	8,345						
Hayat Memnuniyeti	2000 -	107	13,18	5,300	G. Arası	128,758	3	42,919	1,598	,189
	2001-3000	117	12,60	5,277	G. İçi	13694,069	510	26,851		
	3001-4500	177	12,23	5,167	Toplam	13822,827	513			
	4501 +	113	11,71	4,989						
	Toplam	514	12,39	5,191						

Tablo 52, ebeveynlerin depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ölçeği puanlarının gelir seviyesine göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Bu sonuçlara göre, depresyon ($F=2,092$; $p>,05$), anksiyete ($F=1,853$; $p>,05$), stres ($F=,199$; $p>,05$), toplam ölçek ($F=1,554$; $p>,05$) ve hayat memnuniyeti boyutlarında ($F=1,598$; $p>,05$) gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 53: Eş ile Akraba Olup Olmama Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	n	\bar{x}	Ss	Sh	t	SD	P																																																				
Depresyon	Var	141	28,16	3,807	,321	2,359	512	,019																																																				
	Yok	373	27,26	3,880	,201				Anksiyete	Var	141	26,12	3,718	,313	-4,05	512	,686	Yok	373	26,27	3,857	,200	Stres	Var	141	29,28	3,518	,296	1,413	512	,158	Yok	373	28,75	3,906	,202	Toplam Ölçek	Var	141	83,56	8,515	,717	1,552	512	,121	Yok	373	82,28	8,264	,428	Hayat Memnuniyeti	Var	141	11,72	4,559	,384	-1,807	512	,071	Yok
Anksiyete	Var	141	26,12	3,718	,313	-4,05	512	,686																																																				
	Yok	373	26,27	3,857	,200				Stres	Var	141	29,28	3,518	,296	1,413	512	,158	Yok	373	28,75	3,906	,202	Toplam Ölçek	Var	141	83,56	8,515	,717	1,552	512	,121	Yok	373	82,28	8,264	,428	Hayat Memnuniyeti	Var	141	11,72	4,559	,384	-1,807	512	,071	Yok	373	12,65	5,394	,279										
Stres	Var	141	29,28	3,518	,296	1,413	512	,158																																																				
	Yok	373	28,75	3,906	,202				Toplam Ölçek	Var	141	83,56	8,515	,717	1,552	512	,121	Yok	373	82,28	8,264	,428	Hayat Memnuniyeti	Var	141	11,72	4,559	,384	-1,807	512	,071	Yok	373	12,65	5,394	,279																								
Toplam Ölçek	Var	141	83,56	8,515	,717	1,552	512	,121																																																				
	Yok	373	82,28	8,264	,428				Hayat Memnuniyeti	Var	141	11,72	4,559	,384	-1,807	512	,071	Yok	373	12,65	5,394	,279																																						
Hayat Memnuniyeti	Var	141	11,72	4,559	,384	-1,807	512	,071																																																				
	Yok	373	12,65	5,394	,279																																																							

Tablo 53, ebeveynlerin depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ölçeği puanlarının eş ile akrabalık bağı bulunup bulunmamasına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Buna göre, depresyon alt boyutunda anlamlı bir farklılık görülürken ($t=2,359$; $p<,05$); anksiyete ($t=-,405$; $p>,05$), stres ($t=1,413$; $p>,05$), toplam ölçek ($t=1,552$; $p>,05$) ve hayat memnuniyeti boyutlarında ($t=-1,807$; $p>,05$) anlamlı bir farklılık yoktur. Eşiyle akrabalık bağı bulunanların ($M=28,16$) bulunmayanlara ($M=27,26$) kıyasla daha fazla depresyon puanına sahip oldukları anlaşılmıştır.

Tablo 54: Eş İle Akrabalık Derecesine Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	SD	KO	F	P	Fark (Scheffe)
Depresyon	Yok	373	27,27	3,882	G.Arası	138,175	3	46,058	3,101	,026	a-c,d
	2. Derece	41	27,20	3,770	G.İçi	7574,276	510	14,852			
	3. Derece	78	28,45	3,599	Toplam	7712,451	513				b-c,d
	Uzaktan	22	28,91	4,374							
	Toplam	514	27,51	3,877							
Anksiyete	Yok	373	26,26	3,853	G.Arası	35,642	3	11,881	,815	,486	
	2. Derece	41	25,41	3,507	G.İçi	7435,808	510	14,580			
	3. Derece	78	26,37	3,794	Toplam	7471,449	513				
	Uzaktan	22	26,77	3,854							
	Toplam	514	26,23	3,816							
Stres	Yok	373	28,73	3,905	G.Arası	50,339	3	16,780	1,158	,325	
	2. Derece	41	28,78	3,283	G.İçi	7387,559	510	14,485			
	3. Derece	78	29,58	3,750	Toplam	7437,899	513				
	Uzaktan	22	29,32	3,092							
	Toplam	514	28,89	3,808							
Toplam Ölçek	Yok	373	82,26	8,259	G.Arası	481,294	3	160,431	2,322	,074	
	2. Derece	41	81,39	8,006	G.İçi	35240,210	510	69,098			

	3. Derece	78	84,40	8,380	Toplam	35721,504	513				
	Uzaktan	22	85,00	9,497							
	Toplam	514	82,63	8,345					a-b,c,		
	Yok	373	12,69	5,393	G.Arası	232,102	3	77,367	2,903	,034	d-b,c
Hayat Memnu niyeti	2. Derece	41	10,93	4,009	G.İçi	13590,725	510	26,648			
	3. Derece	78	11,41	4,421	Toplam	13822,827	513				
	Uzaktan	22	13,68	5,454							
	Toplam	514	12,39	5,191							

Tablo 54, ebeveynlerde depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ölçeği puanlarının eş ile akrabalık derecesine göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Elde edilen sonuçlara göre, depresyon alt boyutu ($F=3,101$; $p<,05$) ve hayat memnuniyeti boyutunda ($F=2,903$; $p<,05$) gruplar arasında anlamlı bir farklılık varken; anksiyete alt boyutu ($F=,815$; $p>,05$), stres alt boyutu, ($F=1,158$; $p>,05$) ve toplam ölçekte ($F=2,322$; $p>,05$) anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Uygulanan test sonuçlarına göre, uzaktan ($M=28,91$) ve 3. derece ($M=28,45$) yakınlığı olanların olmayanlara ($M=27,27$) ve 2. derece ($M=27,20$) yakınlığı olanlara kıyasla daha fazla depresyon puanına; akrabalığı bulunmayanlar ($M=12,69$) ile uzaktan akrabalığı bulunanların ($M=13,68$) 2. derece ($M=10,93$) ve 3. derece akrabalığı olanlara ($M=11,41$) kıyasla daha fazla hayat memnuniyeti puanına sahip oldukları anlaşılmıştır.

Tablo 55: Çocuğun Cinsiyetine Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	n	\bar{x}	Ss	Sh	t	SD	P
Depresyon	Kız	309	27,34	3,856	,219	-1,244	512	,214
	Erkek	205	27,77	3,905	,273			
Anksiyete	Kız	309	26,13	3,854	,219	-,720	512	,472
	Erkek	205	26,38	3,763	,263			
Stres	Kız	309	28,75	3,698	,210	-1,049	512	,295
	Erkek	205	29,11	3,967	,277			
Toplam Ölçek	Kız	309	82,22	8,335	,474	-1,387	512	,166
	Erkek	205	83,26	8,341	,583			
Hayat Memnuniyeti	Kız	309	12,02	4,982	,283	-2,020	512	,044
	Erkek	205	12,96	5,454	,381			

Tablo 55, ebeveynlerin depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ölçeği puanlarının çocuğun cinsiyetine göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Bu sonuçlara göre, depresyon ($t=-1,244$; $p>,05$), anksiyete ($t=-,720$; $p>,05$), stres ($t=-1,049$; $p>,05$) ve toplam ölçekte ($t=-1,387$; $p>,05$) anlamlı bir farklılık görülmezken; hayat memnuniyeti boyutunda anlamlı bir farklılık vardır ($t=-2,020$; $p<,05$). Çocuğunun cinsiyeti erkek ($M=12,96$) olanların kız ($M=12,02$) olanlara kıyasla daha fazla hayat memnuniyeti puanına sahip olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 56: Çocuğun Yaşına Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	SS	Var. K.	KT	SD	KO	F	P
Depresyon	0-3 yaş.	131	27,77	4,018	G.Arası	16,405	3	5,468	,362	,780
	4-6 yaş.	166	27,32	3,882	G.İçi	7696,046	510	15,090		
	7-10 yaş.	103	27,58	3,846	Toplam	7712,451	513			
	11 +	114	27,42	3,765						
	Toplam	514	27,51	3,877						
Anksiyete	0-3 yaş.	131	26,18	3,687	G.Arası	10,329	3	3,443	,235	,872
	4-6 yaş.	166	26,19	3,934	G.İçi	7461,121	510	14,630		
	7-10 yaş.	103	26,50	3,570	Toplam	7471,449	513			
	11 +	114	26,10	4,035						
	Toplam	514	26,23	3,816						
Stres	0-3 yaş.	131	29,25	3,563	G.Arası	32,912	3	10,971	,756	,519
	4-6 yaş.	166	28,76	3,902	G.İçi	7404,987	510	14,520		
	7-10 yaş.	103	29,00	4,245	Toplam	7437,899	513			
	11 +	114	28,57	3,525						
	Toplam	514	28,89	3,808						
Toplam Ölçek	0-3 yaş.	131	83,21	8,035	G.Arası	119,931	3	39,977	,573	,633
	4-6 yaş.	166	82,27	8,258	G.İçi	35601,573	510	69,807		
	7-10 yaş.	103	83,09	8,860	Toplam	35721,504	513			
	11 +	114	82,09	8,388						
	Toplam	514	82,63	8,345						
Hayat Memnuniyeti	0-3 yaş.	131	13,24	5,441	G.Arası	147,102	3	49,034	1,829	,141
	4-6 yaş.	166	11,93	4,837	G.İçi	13675,725	510	26,815		
	7-10 yaş.	103	11,99	4,928	Toplam	13822,827	513			
	11 +	114	12,46	5,558						
	Toplam	514	12,39	5,191						

Tablo 56, ebeveynlerin depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ölçeği puanlarının çocuğun yaşına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Buna göre, depresyon ($F=,362$; $p>,05$), anksiyete ($F=,235$; $p>,05$), stres ($F=,756$; $p>,05$), toplam ölçek ($F=,573$; $p>,05$) ve hayat memnuniyeti boyutlarında ($F=1,829$; $p>,05$) gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 57: Kardeş Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var. K.	KT	SD	KO	F	P
Depresyon	Tek Çocuk	198	27,20	3,783	G.Arası	41,258	3	13,753	,914	,434
	2 Kardeş	202	27,73	4,159	G.İçi	7671,193	510	15,042		
	3 Kardeş	75	27,44	3,557	Toplam	7712,451	513			
	4 ve üzeri	39	28,08	3,398						
	Toplam	514	27,51	3,877						
Anksiyete	Tek Çocuk	198	25,95	3,673	G.Arası	79,755	3	26,585	1,834	,140
	2 Kardeş	202	26,72	4,099	G.İçi	7391,695	510	14,494		
	3 Kardeş	75	25,81	3,208	Toplam	7471,449	513			
	4 ve üzeri	39	25,95	3,960						
	Toplam	514	26,23	3,816						
Stres	Tek Çocuk	198	28,76	3,721	G.Arası	71,777	3	23,926	1,657	,175
	2 Kardeş	202	29,08	3,841	G.İçi	7366,122	510	14,443		
	3 Kardeş	75	28,27	4,041	Toplam	7437,899	513			
	4 ve üzeri	39	29,79	3,496						
	Toplam	514	28,89	3,808						
Toplam Ölçek	Tek Çocuk	198	81,91	8,112	G.Arası	412,300	3	137,433	1,985	,115
	2 Kardeş	202	83,52	8,900	G.İçi	35309,203	510	69,234		
	3 Kardeş	75	81,52	7,489	Toplam	35721,504	513			
	4 ve üzeri	39	83,82	7,735						
	Toplam	514	82,63	8,345						
Hayat Memnuniyeti	Tek Çocuk	198	11,68	4,795	G.Arası	170,590	3	56,863	2,124	,096
	2 Kardeş	202	12,88	5,322	G.İçi	13652,237	510	26,769		
	3 Kardeş	75	12,61	5,758	Toplam	13822,827	513			
	4 ve üzeri	39	13,10	5,067						
	Toplam	514	12,39	5,191						

Tablo 57, ebeveynlerin depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ölçeği puanlarının kardeş sayısına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Bu sonuçlara göre, depresyon ($F=,914$; $p>,05$), anksiyete ($F=1,834$; $p>,05$), stres ($F=1,657$; $p>,05$), toplam ölçek ($F=1,985$; $p>,05$) ve hayat memnuniyeti boyutlarında ($F=2,124$; $p>,05$) gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 58: Kaçınıcı Çocuk Olma Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var. K.	KT	SD	KO	F	P
Depresyon	1. Çocuk	214	27,86	4,024	G.Arası	46,220	3	15,407	1,025	,381
	2. Çocuk	252	27,28	3,856	G.İçi	7666,231	510	15,032		
	3. Çocuk	41	27,22	3,143	Toplam	7712,451	513			
	4. Çocuk	7	26,86	3,848						
	Toplam	514	27,51	3,877						
Anksiyete	1. Çocuk	214	26,47	3,741	G.Arası	26,037	3	8,679	,594	,619
	2. Çocuk	252	26,12	3,858	G.İçi	7445,413	510	14,599		
	3. Çocuk	41	25,76	3,693	Toplam	7471,449	513			
	4. Çocuk	7	25,86	5,521						
	Toplam	514	26,23	3,816						
Stres	1. Çocuk	214	29,14	3,843	G.Arası	35,622	3	11,874	,818	,484
	2. Çocuk	252	28,62	3,837	G.İçi	7402,277	510	14,514		
	3. Çocuk	41	29,20	3,429	Toplam	7437,899	513			
	4. Çocuk	7	29,14	3,891						
	Toplam	514	28,89	3,808						
Toplam Ölçek	1. Çocuk	214	83,47	8,665	G.Arası	259,574	3	86,525	1,244	,293
	2. Çocuk	252	82,02	8,213	G.İçi	35461,930	510	69,533		
	3. Çocuk	41	82,17	7,446	Toplam	35721,504	513			
	4. Çocuk	7	81,86	7,313						
	Toplam	514	82,63	8,345						
Hayat Memnuniyeti	1. Çocuk	214	12,22	5,110	G.Arası	45,171	3	15,057	,557	,643
	2. Çocuk	252	12,38	5,340	G.İçi	13777,656	510	27,015		
	3. Çocuk	41	13,05	4,738	Toplam	13822,827	513			
	4. Çocuk	7	14,14	5,178						
	Toplam	514	12,39	5,191						

Tablo 58, ebeveynlerin depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ölçeği puanlarının kardeş sırasına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Bu sonuçlara göre, depresyon ($F=1,025$; $p>,05$), anksiyete ($F=,594$; $p>,05$), stres ($F=,818$; $p>,05$), toplam ölçek ($F=1,244$; $p>,05$) ve hayat memnuniyeti boyutlarında ($F=,557$; $p>,05$) gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Tablo 59: Çocuğun Engel Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği

Sonuçları										
	Gruplar	N	\bar{x}	<i>ss</i>	Var.K.	<i>KT</i>	<i>SD</i>	<i>KO</i>	F	<i>P</i>
Depresyon	Zihinsel Engel	196	27,60	4,079	G.Arası	11,442	3	3,814	,253	,859
	Otizm	205	27,53	3,855	G.İçi	7701,009	510	15,100		
	Down Sendrom	76	27,47	3,466	Toplam	7712,451	513			
	Diğer	37	27,00	3,815						
	Toplam	514	27,51	3,877						
Anksiyete	Zihinsel Engel	196	26,30	3,864	G.Arası	33,868	3	11,289	,774	,509
	Otizm	205	26,43	3,676	G.İçi	7437,581	510	14,583		
	Down Sendrom	76	25,75	4,004	Toplam	7471,449	513			
	Diğer	37	25,78	3,973						
	Toplam	514	26,23	3,816						
Stres	Zihinsel Engel	196	29,05	3,949	G.Arası	24,554	3	8,185	,563	,640
	Otizm	205	28,62	3,854	G.İçi	7413,344	510	14,536		
	Down Sendrom	76	29,09	3,418	Toplam	7437,899	513			
	Diğer	37	29,14	3,599						
	Toplam	514	28,89	3,808						
Toplam Ölçek	Zihinsel Engel	196	82,94	8,713	G.Arası	46,021	3	15,340	,219	,883
	Otizm	205	82,58	8,116	G.İçi	35675,482	510	69,952		
	Down Sendrom	76	82,32	8,164	Toplam	35721,504	513			
	Diğer	37	81,92	8,227						
	Toplam	514	82,63	8,345						
Hayat Memnuniyeti	Zihinsel Engel	196	12,12	4,755	G.Arası	98,626	3	32,875	1,222	,301
	Otizm	205	12,69	5,457	G.İçi	13724,201	510	26,910		
	Down Sendrom	76	11,80	5,274	Toplam	13822,827	513			
	Diğer	37	13,43	5,664						
	Toplam	514	12,39	5,191						

Tablo 59, ebeveynlerin depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ölçeği puanlarının çocuğun engel türüne göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Tabloda özetlenen sonuçlara göre, gruplar arasında depresyon ($F=,253$; $p>,05$), anksiyete ($F=,774$; $p>,05$), stres ($F=,563$; $p>,05$), toplam ölçek ($F=,219$; $p>,05$) ve hayat memnuniyeti boyutlarında ($F=1,222$; $p>,05$) anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 60: Başka Engelli Çocuğu Olup Olmama Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	SD	P																																																				
Depresyon	Var	108	28,28	4,062	,391	2,326	512	,020																																																				
	Yok	406	27,31	3,806	,189				Anksiyete	Var	108	26,30	3,799	,366	,198	512	,843	Yok	406	26,21	3,825	,190	Stres	Var	108	29,15	3,943	,379	,789	512	,430	Yok	406	28,82	3,773	,187	Toplam Ölçek	Var	108	83,72	8,663	,834	1,529	512	,127	Yok	406	82,34	8,245	,409	Hayat Memnuniyeti	Var	108	12,04	5,154	,496	-,806	512	,421	Yok
Anksiyete	Var	108	26,30	3,799	,366	,198	512	,843																																																				
	Yok	406	26,21	3,825	,190				Stres	Var	108	29,15	3,943	,379	,789	512	,430	Yok	406	28,82	3,773	,187	Toplam Ölçek	Var	108	83,72	8,663	,834	1,529	512	,127	Yok	406	82,34	8,245	,409	Hayat Memnuniyeti	Var	108	12,04	5,154	,496	-,806	512	,421	Yok	406	12,49	5,203	,258										
Stres	Var	108	29,15	3,943	,379	,789	512	,430																																																				
	Yok	406	28,82	3,773	,187				Toplam Ölçek	Var	108	83,72	8,663	,834	1,529	512	,127	Yok	406	82,34	8,245	,409	Hayat Memnuniyeti	Var	108	12,04	5,154	,496	-,806	512	,421	Yok	406	12,49	5,203	,258																								
Toplam Ölçek	Var	108	83,72	8,663	,834	1,529	512	,127																																																				
	Yok	406	82,34	8,245	,409				Hayat Memnuniyeti	Var	108	12,04	5,154	,496	-,806	512	,421	Yok	406	12,49	5,203	,258																																						
Hayat Memnuniyeti	Var	108	12,04	5,154	,496	-,806	512	,421																																																				
	Yok	406	12,49	5,203	,258																																																							

Tablo 60, ebeveynlerin depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ölçeği puanlarının başka engelli çocuğu olup olmamasına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Bu sonuçlara göre, depresyon alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülürken ($t=2,326$; $p<,05$); anksiyete ($t=,198$; $p>,05$), stres ($t=,789$; $p>,05$), toplam ölçek ($t=1,529$; $p>,05$) ve hayat memnuniyeti boyutlarında ($t=-,806$; $p>,05$) anlamlı bir farklılık yoktur. Test sonuçlarına göre, başka engelli çocuğa sahip ($M=28,28$) olanların olmayanlara ($M=27,31$) kıyasla daha fazla depresyon puanına sahip olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 61: Günlük İşlerinde Sorun Yaşayıp Yaşamama Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	SD	P																																																				
Depresyon	Evet	305	27,44	3,970	,227	-,474	512	,636																																																				
	Hayır	209	27,61	3,745	,259				Anksiyete	Evet	305	26,29	3,811	,218	,409	512	,683	Hayır	209	26,15	3,832	,265	Stres	Evet	305	28,87	3,867	,221	-,136	512	,892	Hayır	209	28,92	3,729	,258	Toplam Ölçek	Evet	305	82,60	8,345	,478	-,095	512	,924	Hayır	209	82,67	8,364	,579	Hayat Memnuniyeti	Evet	305	12,73	5,519	,316	1,778	512	,076	Hayır
Anksiyete	Evet	305	26,29	3,811	,218	,409	512	,683																																																				
	Hayır	209	26,15	3,832	,265				Stres	Evet	305	28,87	3,867	,221	-,136	512	,892	Hayır	209	28,92	3,729	,258	Toplam Ölçek	Evet	305	82,60	8,345	,478	-,095	512	,924	Hayır	209	82,67	8,364	,579	Hayat Memnuniyeti	Evet	305	12,73	5,519	,316	1,778	512	,076	Hayır	209	11,90	4,640	,321										
Stres	Evet	305	28,87	3,867	,221	-,136	512	,892																																																				
	Hayır	209	28,92	3,729	,258				Toplam Ölçek	Evet	305	82,60	8,345	,478	-,095	512	,924	Hayır	209	82,67	8,364	,579	Hayat Memnuniyeti	Evet	305	12,73	5,519	,316	1,778	512	,076	Hayır	209	11,90	4,640	,321																								
Toplam Ölçek	Evet	305	82,60	8,345	,478	-,095	512	,924																																																				
	Hayır	209	82,67	8,364	,579				Hayat Memnuniyeti	Evet	305	12,73	5,519	,316	1,778	512	,076	Hayır	209	11,90	4,640	,321																																						
Hayat Memnuniyeti	Evet	305	12,73	5,519	,316	1,778	512	,076																																																				
	Hayır	209	11,90	4,640	,321																																																							

Tablo 61, ebeveynlerin depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ölçeği puanlarının günlük işlerinde sorun yaşayıp yaşamadıklarına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Bu sonuçlara göre, gruplar arasında depresyon ($t=-,474$; $p>,05$), anksiyete ($t=,409$; $p>,05$), stres ($t=-,136$; $p>,05$), toplam ölçek ($t=-,095$; $p>,05$) ve hayat memnuniyeti boyutlarında ($t=1,778$; $p>,05$) anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 62: Aile İçi Sorun Yaşama Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	SD	P
Depresyon	Evet	136	27,62	3,509	,301	,378	512	,705
	Hayır	378	27,47	4,005	,206			
Anksiyete	Evet	136	26,02	3,495	,300	-,746	512	,456
	Hayır	378	26,31	3,927	,202			
Stres	Evet	136	27,99	3,410	,292	-3,265	512	,001
	Hayır	378	29,22	3,894	,200			
Toplam Ölçek	Evet	136	81,63	7,388	,633	-1,644	512	,101
	Hayır	378	82,99	8,644	,445			
Hayat Memnuniyeti	Evet	136	11,86	5,134	,440	-1,402	512	,162
	Hayır	378	12,59	5,204	,268			

Tablo 62, ebeveynlerin depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ölçeği puanlarının aile içi sorun yaşayıp yaşamadıklarına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Tabloda özetlenen sonuçlara göre, depresyon ($t=,378$; $p>,05$), anksiyete ($t=-,746$; $p>,05$), toplam ölçek ($t=-1,644$; $p>,05$) ve hayat memnuniyeti boyutlarında ($t=-1,402$; $p>,05$) anlamlı bir farklılık yokken; stres alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($t=-3,265$; $p<,05$). Aile içinde sorun yaşamayanların ($M=29,22$) yaşayanlara ($M=27,99$) oranla daha fazla stres puanına sahip oldukları anlaşılmıştır.

Tablo 63: Diğer Çocuklar ile İlgilenme Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	SD	P
Depresyon	Evet	163	28,25	3,775	,296	2,953	512	,003
	Hayır	351	27,17	3,882	,207			
Anksiyete	Evet	163	26,31	3,686	,289	,304	512	,761
	Hayır	351	26,20	3,880	,207			
Stres	Evet	163	29,69	3,928	,308	3,260	512	,001
	Hayır	351	28,52	3,698	,197			
Toplam Ölçek	Evet	163	84,24	8,727	,684	2,998	512	,003
	Hayır	351	81,89	8,065	,430			
Hayat Memnuniyeti	Evet	163	12,42	5,031	,394	,084	512	,933
	Hayır	351	12,38	5,271	,281			

Tablo 63, ebeveynlerin depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ölçeği puanlarının diğer çocuklar ile ilgilenip ilgilenemediklerine göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Tabloda özetlenen sonuçlara göre, depresyon ($t=2,953$; $p<,05$), stres ($t= 3,260$; $p<,05$) ve toplam ölçekte ($t=2,998$; $p<,05$) anlamlı bir farklılık mevcutken; anksiyete alt boyutu ($t=,304$; $p>,05$) ve hayat memnuniyeti boyutunda ($t=,084$; $p>,05$), anlamlı bir farklılık

bulunmamaktadır. Test sonuçları, diğer çocuklarla ilgilenenlerin (M=28,25) ilgilenmeyenlere (M=27,17) kıyasla daha fazla depresyon puanına; diğer çocuklarla ilgilenenlerin (M=29,69) ilgilenmeyenlere (M=28,52) kıyasla daha fazla stres puanına ve diğer çocuklarla ilgilenenlerin (M=84,24) ilgilenmeyenlere (M=81,89) kıyasla daha fazla toplam ölçek puanına sahip olduklarını göstermektedir.

Tablo 64: Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	SD	P																																																				
Depresyon	Evet	79	28,96	3,917	,441	3,662	512	,000																																																				
	Hayır	435	27,25	3,816	,183				Anksiyete	Evet	79	26,91	4,020	,452	1,725	512	,085	Hayır	435	26,11	3,770	,181	Stres	Evet	79	29,95	3,731	,420	2,702	512	,007	Hayır	435	28,70	3,794	,182	Toplam Ölçek	Evet	79	85,82	8,325	,937	3,741	512	,000	Hayır	435	82,05	8,226	,394	Hayat Memnuniyeti	Evet	79	12,41	5,180	,583	,019	512	,985	Hayır
Anksiyete	Evet	79	26,91	4,020	,452	1,725	512	,085																																																				
	Hayır	435	26,11	3,770	,181				Stres	Evet	79	29,95	3,731	,420	2,702	512	,007	Hayır	435	28,70	3,794	,182	Toplam Ölçek	Evet	79	85,82	8,325	,937	3,741	512	,000	Hayır	435	82,05	8,226	,394	Hayat Memnuniyeti	Evet	79	12,41	5,180	,583	,019	512	,985	Hayır	435	12,39	5,199	,249										
Stres	Evet	79	29,95	3,731	,420	2,702	512	,007																																																				
	Hayır	435	28,70	3,794	,182				Toplam Ölçek	Evet	79	85,82	8,325	,937	3,741	512	,000	Hayır	435	82,05	8,226	,394	Hayat Memnuniyeti	Evet	79	12,41	5,180	,583	,019	512	,985	Hayır	435	12,39	5,199	,249																								
Toplam Ölçek	Evet	79	85,82	8,325	,937	3,741	512	,000																																																				
	Hayır	435	82,05	8,226	,394				Hayat Memnuniyeti	Evet	79	12,41	5,180	,583	,019	512	,985	Hayır	435	12,39	5,199	,249																																						
Hayat Memnuniyeti	Evet	79	12,41	5,180	,583	,019	512	,985																																																				
	Hayır	435	12,39	5,199	,249																																																							

Tablo 64, ebeveynlerin depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ölçeği puanlarının psikolojik destek alıp almadıklarına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Sonuçlara göre, depresyon ($t=3,662$; $p<,05$), stres ($t=2,702$; $p<,05$) ve toplam ölçekte ($t=3,741$; $p<,05$) gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülürken; anksiyete alt boyutu ($t=1,725$; $p>,05$) ve hayat memnuniyeti boyutunda ($t=,019$; $p>,05$) anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Psikolojik destek alanların (M=28,96) almayanlara (M=27,25) oranla daha fazla depresyon puanına; psikolojik destek alanların (M=29,95) almayanlara (M=28,70) oranla daha fazla stres puanına ve psikolojik destek alanların (M=85,82) almayanlara (M=82,05) oranla daha fazla toplam ölçek puanına sahip oldukları görülmüştür.

Tablo 65: Rehabilitasyona Devam Etme Zamanına Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	SS	Var.K.	KT	SD	KO	F	P	Fark (Scheffe)
Depresyon	1 yıldan az	163	28,43	3,958	G.Arası	240,619	3	80,206	5,475	,001	a-c
	1-2 yıl	225	27,28	3,822	G.İçi	7471,832	510	14,651			
	3-4 yıl	102	26,57	3,690	Toplam	7712,451	513				
	5 yıl +	24	27,46	3,526							
	Toplam	514	27,51	3,877							
Anksiyete	1 yıldan az	163	26,33	3,672	G.Arası	14,993	3	4,998	,342	,795	
	1-2 yıl	225	26,20	3,920	G.İçi	7456,457	510	14,621			
	3-4 yıl	102	26,02	3,812	Toplam	7471,449	513				
	5 yıl +	24	26,83	3,975							
	Toplam	514	26,23	3,816							
Stres	1 yıldan az	163	29,26	3,695	G.Arası	43,942	3	14,647	1,010	,388	
	1-2 yıl	225	28,84	3,907	G.İçi	7393,957	510	14,498			
	3-4 yıl	102	28,53	3,819	Toplam	7437,899	513				
	5 yıl +	24	28,33	3,547							
	Toplam	514	28,89	3,808							
Toplam Ölçek	1 yıldan az	163	84,02	8,688	G.Arası	569,750	3	189,917	2,755	,042	a-c
	1-2 yıl	225	82,32	8,525	G.İçi	35151,754	510	68,925			
	3-4 yıl	102	81,12	7,345	Toplam	35721,504	513				
	5 yıl +	24	82,63	7,216							
	Toplam	514	82,63	8,345							
Hayat Memnuniyeti	1 yıldan az	163	12,90	5,733	G.Arası	87,736	3	29,245	1,086	,355	
	1-2 yıl	225	12,05	4,815	G.İçi	13735,091	510	26,932			
	3-4 yıl	102	12,54	5,174	Toplam	13822,827	513				
	5 yıl +	24	11,54	4,727							
	Toplam	514	12,39	5,191							

Tablo 65, ebeveynlerin depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ölçeği puanlarının rehabilitasyona devam etme zamanına göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Tabloda özetlenen sonuçlara göre, depresyon alt boyutu ($F=5,475$; $p<,05$) ve toplam ölçekte ($F= 2,755$; $p<,05$) gruplar arasında anlamlı bir farklılık varken; anksiyete alt boyutu ($F=,342$; $p>,05$), stres alt boyutu ($F=1,010$; $p>,05$) ve hayat memnuniyeti boyutunda ($F=1,086$; $p>,05$) anlamlı bir farklılık yoktur. Scheffe testi sonuçlarına göre, 1 yıldan az ($M=28,43$) rehabilitasyona devam edenlerin 3-4 yıl ($M=26,57$) devam edenlere oranla daha fazla depresyon puanına ve 1 yıldan az ($M=84,02$) rehabilitasyona devam edenlerin 3-4 yıl ($M=81,12$) devam edenlere oranla daha fazla toplam ölçek puanına sahip oldukları anlaşılmıştır.

Tablo 66: Dindarlık Düzeyine Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeği Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{x}	SS	Var.K.	KT	SD	KO	F	P	Fark (Scheffe)
Depresyon	Çok Dindar	168	27,68	3,910	G.Arası	252,521	4	63,130	4,307	,002	e-a,b,c
	Dindar	253	27,76	3,970	G.İçi	7459,930	509	14,656			
	Biraz Dindar	67	27,24	3,499	Toplam	7712,451	513				
	Dindar Değil	10	25,60	2,119							
	Hiç Dindar Değil	16	24,06	2,407							
	Toplam	514	27,51	3,877							
Anksiyete	Çok Dindar	168	25,99	3,871	G.Arası	36,082	4	9,020	,618	,650	
	Dindar	253	26,45	3,694	G.İçi	7435,368	509	14,608			
	Biraz Dindar	67	25,93	4,050	Toplam	7471,449	513				
	Dindar Değil	10	25,80	3,706							
	Hiç Dindar Değil	16	26,81	4,385							
	Toplam	514	26,23	3,816							
Stres	Çok Dindar	168	29,26	3,764	G.Arası	83,493	4	20,873	1,445	,218	
	Dindar	253	28,90	3,799	G.İçi	7354,406	509	14,449			
	Biraz Dindar	67	28,49	3,835	Toplam	7437,899	513				
	Dindar Değil	10	27,60	3,534							
	Hiç Dindar Değil	16	27,44	4,226							
	Toplam	514	28,89	3,808							
Toplam Ölçek	Çok Dindar	168	82,92	8,468	G.Arası	567,292	4	141,82 ₃	2,053	,086	
	Dindar	253	83,11	8,542	G.İçi	35154,212	509	69,065			
	Biraz Dindar	67	81,66	7,747	Toplam	35721,504	513				
	Dindar Değil	10	79,00	5,774							
	Hiç Dindar Değil	16	78,31	5,941							
	Toplam	514	82,63	8,345							
Hayat Memnuniyeti	Çok Dindar	168	13,36	5,506	G.Arası	274,222	4	68,556	2,576	,037	a-e
	Dindar	253	12,08	5,020	G.İçi	13548,604	509	26,618			
	Biraz Dindar	67	11,67	4,857	Toplam	13822,827	513				
	Dindar Değil	10	12,00	6,289							
	Hiç Dindar Değil	16	10,50	3,864							
	Toplam	514	12,39	5,191							

Tablo 66, ebeveynlerin depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ölçeği puanlarının dindarlık düzeyine göre farklılaşma durumunu göstermektedir. Tabloda özetlenen

sonuçlara göre, depresyon alt boyutu (F=4,307; p<,05) ve hayat memnuniyeti boyutunda (F=2,576; p<,05), anlamlı bir farklılık varken; anksiyete alt boyutu (F=,618; p>,05), stres alt boyutu (F=1,445; p>,05) ve toplam ölçekte (F=2,053; p>,05) anlamlı bir farklılık yoktur. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için uygulanan scheffe testi sonuçlarına göre, çok dindar (M=27,68), dindar (M=27,76) ve biraz dindar (M=27,24) olanların hiç dindar olmayanlara (M= 24,06) oranla daha fazla depresyon puanına; çok dindar (M=13,36) olanların hiç dindar olmayanlara (M=10,50) oranla daha fazla hayat memnuniyeti puanına sahip oldukları anlaşılmıştır.

3.4. Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular

Tablo 67: Korelasyon Analizi Sonuçları

		Olumlu Dini Başa Çıkma	Olumsuz Dini Başa Çıkma	Kabul Red	Depresyon	Anksiyete	Stres	Toplam Ölçek	Hayat Mem.
Olumlu Dini	r	1	-,036	-,107*	,065	,002	-,065	,001	-,028
Baş a Çıkma	p		,411	,015	,144	,968	,141	,980	,522
	N		514	514	514	514	514	514	514
Olumsuz Dini	r		1	,073	,128**	,037	,015	,083	-,077
Baş a Çıkma	p			,098	,004	,405	,727	,059	,081
	N			514	514	514	514	514	514
Kabul Red	r			1	-,049	,011	-,065	-,048	-,081
	p				,266	,810	,143	,282	,067
	N				514	514	514	514	514
Depresyon	r				1	,313**	,427**	,802**	-,041
	p					,000	,000	,000	,358
	N					514	514	514	514
Anksiyete	r					1	,127**	,660**	,001
	p						,004	,000	,977
	N						514	514	514
Stres	r						1	,713**	,030
	p							,000	,492
	N							514	514
DASO	r							1	-,004
Toplam Ölçek	p								,920
	N								514
Hayat	r								1
Memnuniyeti	p								
	N								

*p<,05; **p<,01

Tablo 67’de özetlenen korelasyon analizi sonuçlarına göre, olumlu dini başa çıkma tutumunun olumsuz dini başa çıkma tutumu ile anlamlı ilişkisinin olmadığı, reddetme ile negatif yönlü anlamlı ilişkisinin olduğu yani olumlu dini başa çıkma tutumu arttıkça reddetme tutumunun azaldığı; depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ile de anlamlı ilişkisinin olmadığı belirlenmiştir. Olumsuz dini başa çıkma tutumlarının depresyon ile pozitif yönlü anlamlı ilişkisinin olduğu, diğer alt boyutlar ile anlamlı ilişkisinin bulunmadığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin çocuklarını reddetme davranışlarının depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ile anlamlı ilişkisinin olmadığı belirlenmiştir.

3.5. Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

Tablo 68: Ebeveyn Kabul Red Ölçeğine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	Standart Hata	β	t	p
(Sabit)	88,126	2,410		36,566	,000
Olumlu Dini Başa Çıkma	-,287	,120	-,105	-2,384	,017
Olumsuz Dini Başa Çıkma	,216	,137	,069	1,580	,115
		R=,128	R ² =,016	F=4,233	P=,015

Tablo 68’de, Dini Başa Çıkma Ölçeği’nin alt boyutlarının Ebeveyn Kabul-Red Ölçeğini yordamasına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, sonucun anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır (R=,128, R²=,016, p<.01). Bu, modelin anlamlı olduğunu göstermektedir. Buna göre, ebeveyn kabul-red davranışlarının %2 kadarını (R²=0.016) açıklamaktadır. Olumlu dini başa çıkma tutumları regresyon yükünün (-,287), olumsuz dini başa çıkma tutumları regresyon yükünün ise (,216) olduğu belirlenmiştir. Olumsuz dini başa çıkma tutumunun çocuklarını reddetme eğilimini etkilediği; olumlu dini başa çıkma tutumunun ise reddetme eğilimine negatif etkisi bulunduğu belirlenmiştir.

Tablo 69: Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeğine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	Standart Hata	β	t	p
(Sabit)	79,129	2,510		31,530	,000
Olumlu Dini Başa Çıkma	,012	,125	,004	,094	,925
Olumsuz Dini Başa Çıkma	,269	,142	,083	1,892	,059
		R=,083	R ² =,007	F=1,791	P=,168

Tablo 69’da, Dini Başa Çıkma Ölçeği’nin alt boyutlarının Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeğini yordamasına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, sonucun anlamlı olmadığı görülmüştür ($R=,083$, $R^2=,007$, $p>.01$).

Tablo 70: Hayat Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	Standart Hata	β	t	p
(Constant)	15,081	1,561		9,660	,000
Olumlu Dini Başa Çıkma	-,055	,078	-,031	-,706	,481
Olumsuz Dini Başa Çıkma	-,157	,089	-,078	-1,772	,077
		$R=,083$	$R^2=,007$	$F=1,775$	$P=,170$

Tablo 70’te, Dini Başa Çıkma Ölçeği’nin alt boyutlarının Hayat Memnuniyeti Ölçeğini yordamasına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, sonucun anlamlı olmadığı görülmüştür ($R=,083$, $R^2=,007$, $p>.01$).

3.6. Açık Uçlu Sorularla İlgili Bulgular

Engelli çocuğa sahip olan ailelerin yaşadıkları sorunları bizzat kendi ifadeleriyle belirtmeleri için açık uçlu olarak sorulan ve aşağıdaki tablolarda “Günlük İşlerini Organize Etmede Yaşanan Sorunlar”, “Engelli Çocuk Sahibi Olduktan Sonra Yaşanan Sorunlar”, “Engelli Çocuğa Sahip Olma Nedeniyle Psikolojik Destek Alma Süresi” ve “Son 6 Ayda Yaşanan Olumsuz Durumlar” başlıkları altında toplanan konuların da, engelli bireylere sahip olan ailelerin problemlerini anlama, açıklama ve değerlendirme açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Tablo 71: Günlük İşlerini Organize Etmede Yaşanan Sorunlar

	<i>f</i>	%
Bütün günlük işlerde sorun yaşama	85	28,05
Eğitime giderken çocuklara bakacak kimsenin olmaması	63	20,79
Yalnız bırakma konusunda problem yaşama	56	18,48
Diğer Çocuklarla İlgilenememe	32	10,56
Ev işlerinde sorun yaşama	27	8,91
Zamanının büyük çoğunluğunu alması	24	7,92
Alışverişte sorun yaşama	18	5,94
Toplam	305	100

Örneklem grubunun günlük işlerini organize etmede yaşanan sorunları Tablo 71’de sıralanmış olup, 85’i (%28,05) bütün günlük işlerinde sorunlar yaşamaktadır. 63’ünün

(%20,79) eğitime giderken çocuklara bakacak kimsesi yoktur. 56'sı (%18,48) yalnız bırakma konusunda problem yaşamaktadır. 32'si (%10,56) diğer çocuklarla ilgilenememe problemine sahiptir. 27'si (%8,91) ev işlerinde sorun yaşamaktadır. 24'ünün (%7,92) zamanı yönetme zamanının önemli bir kısmını alması gibi sıkıntısı vardır. 18'i (%5,94) ise alışverişte sorun yaşamaktadır.

Tablo 72: Engelli Çocuk Sahibi Olduktan Sonra Yaşanan Sorunlar

	<i>f</i>	%
Ailenin ve akrabaların özel durumu kabul etmemesi	28	20,72
İletişim sorunları	25	18,5
Kardeşlerin kabullenmemesi	23	17,02
İlgisizlik	19	14,06
Maddi ve manevi sıkıntılar	17	12,58
Babanın sorumluluk almaması ve ayrılık	15	11,1
Öfke ve birbirini suçlama	9	6,66
Toplam	136	100

Örneklem grubunun engelli çocuk sahibi olduktan sonra yaşanan sorunları Tablo 72'de listelenmiştir. Sorunlar incelendiğinde, 28'i (%20,72) ailesi ve akrabalarının özel durumu kabul etmediklerini; 25'i (%18,5) iletişim sorunları yaşamakta olduğunu; 23'ü (%17,02) kardeşlerin kabullenememesi problemiyle uğraştığını; 19'u (%14,06) ilgisizlik problemine sahip olduğunu; 17'si (%12,58) maddi ve manevi sıkıntı yaşadığını; 15'i (%11,1) babanın sorumluluk almaktan kaçındığını, bunun sonucunda da ayrıldıklarını; 9'u (%6,66) ise öfke ve birbirini suçlama sıkıntısı içerisinde bulduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 73: Engelli Çocuğa Sahip Olma Nedeniyle Psikolojik Destek Alma Süresi

	<i>f</i>	%
0-6 ay	21	26,67
7-12 ay	17	21,59
12-24 ay	19	24,13
24-36 ay	10	12,7
36 aydan fazla	12	15,24
Toplam	79	100

Örneklem grubunun, engelli çocuğa sahip olma nedeniyle psikolojik destek alma süresine ilişkin Tablo 73'de sıralanan cevapları incelendiğinde, özel durumu olan çocuğa sahip olunması nedeniyle, 21'i (%26,67) 0-6 ay, 17'si (%21,59) 7-12 ay, 19'u (%24,13) 12-24 ay, 10'u (%12,7) 24-36 ay, 12'si (%15,24) 36 aydan fazla psikolojik destek almıştır.

Tablo 74: Son 6 ayda Yaşanan Olumsuz Durumlar

	<i>f</i>	%
Çocuğun hastalığını öğrenme	32	29,44
Maddi sıkıntılar	17	15,64
Eşle ayrılık noktasına gelme	9	8,28
Çocuğun eğitimi	8	7,36
Kayınvalidenin desteğini alamama	7	6,44
Eşin vefatı	7	6,44
Hastalık Geçirme	8	7,36
Çocuğun sürekli düşerek yaralanmaları	5	4,60
Çocuğun ameliyat süreci	3	2,76
Eşin çocuğa vurması	3	2,76
Yakın akrabasının hastalık geçirmesi	2	1,84
Doğum stresi	2	1,84
Ameliyat olma	1	0,92
Çocuğun trafik kazası geçirmesi	1	0,92
İş stresi	1	0,92
Anne veya babanın vefat etmesi	2	1,84
Toplam	108	100

Örneklem grubunun son 6 ayda yaşadığı en üzücü ve stresli olaylara ilişkin Tablo 74’te özetlenen cevapları incelendiğinde, 32’sinin (%29,44) çocuğunun hastalığını öğrenmesi, 17’sinin (%15,64) maddi sıkıntıları, 9’unun (%8,28) eşle ayrılık noktasına gelmesi, 8’inin (%7,36) çocuğunun eğitimi, 7’sinin (%6,44) kayınvalidesinin desteğini alamaması, 7’sinin (%6,44) eşinin vefat etmesi, 8’sinin (%7,36) hastalık geçirmenin neden olduğu sorunlar, 5’inin (%4,6) çocuğunun sürekli düşerek yaralanmaları, 3’ünün (%2,76) çocuğunun ameliyat süreci, 3’ünün (%2,76) eşinin çocuğuna vurması, 2’sinin (%1,84) yakın akrabasının hastalık geçirmesi, 2’sinin (%1,84) doğum stresi, 1’inin (%0,92) ameliyat olması, 1’inin (%0,92) çocuğunun trafik kazası geçirmesi, 1’inin (%0,92) hastalık geçirmesi, 1’inin (%0,92) iş stresi, 2’sinin (%1,84) anne veya babanın vefat etmesi olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin tamamının açık uçlu sorulara cevap vermediği, verilen kısmi sayıdaki cevap neticesinde de engelli ailelerinin yaşamını etkileyen birçok farklı etken olduğu belirlenmiştir. Engelli çocuğa sahip olan ailerin günlük işlerini organize etmede güçlük yaşadıkları, çocuk sahibi olduktan sonra yeni sorunlar ile karşılaştıkları ve yaşamlarının değişime uğradığı, çocuklarının engellerinden dolayı destek aldıkları ve son 6 ayda çok sayıda olumsuz durum ile karşılaştıkları anlaşılmaktadır.

4. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırmada elde edilen bulgular, kuramsal bakış açıları ve ilgili araştırma sonuçlarına göre tartışılmıştır.

4.1. Dini Başa Çıkma

Araştırmacılar, bireyin stresle başa çıkma ve sıkıntılarını aşma sürecinde dinî destek almasının daha yararlı olacağını ve daha az sıkıntı ile olayların üstesinden gelebileceğini ifade etmişlerdir (Pargament ve Hill, 2003). Bir başka bakış açısıyla dinî başa çıkma, bireylerin öfkeyle ve diğer sorunlarıyla baş edemedikleri durumlarda kendinden üstün bir varlığa sığınma ihtiyacından kaynaklanan bir başa çıkma tarzıdır (Karakaş ve Koç, 2014). Dinî başa çıkma bireyin gündelik hayatında karşılaştığı sıkıntı, zorluk ve problemlerin üstesinden gelmesinde dinden nasıl ve ne düzeyde destek aldığını göstermektedir (Aytan ve diğ., 2012). Sıkıntılarla karşılaşan birey bunların nedenine ilişkin bir sorgulama yapar ve nedensel yüklemelerde bulunur. Bunun için de dini ve manevi değerlerden destek alır ki, bu sürece dini başa çıkma adı verilir (Pargament, 1997, s. 190-240).

Araştırmada ebeveynlerin hem olumlu hem de olumsuz dini başa çıkma etkinliklerine “orta” düzeyde başvurdukları belirlenmiştir. Bu bağlamda araştırmanın birinci hipotezi olan “Engelli çocuğu olan ebeveynlerin dini başa çıkma tutumları orta düzeydedir” düşüncesi doğrulanmıştır. Bireylerin başa çıkma yöntemi olarak dini değerleri orta düzeyde kullanıyor olmaları, dindarlık ve maneviyat eğilimlerinin yüksek olmamasıyla açıklanabilir. Engelli çocuklara sahip bireylerin, manevi yönelimler ile sıkıntılarının üstesinden gelmelerinin daha kolay olabileceği düşünülmektedir. Akgemik (2019), zihinsel engelli çocukların ebeveynlerinde dini başa çıkma durumlarını incelemiş, engelli çocuğa sahip bireylerin durumlarını kabul etmekte güçlük çektiklerini, zaman zaman anlamlandırmak için bu durumu kendileri için bir ceza olarak algıladıkları ve rehber ihtiyacı duyduklarını belirlemiştir. Ebeveynlerin zaman zaman ümitsizliğe kapıldığını söylediği ancak sonrasında hepsi dini

inançlarının etkisiyle bu durumdan kurtulduklarını ifade etmişlerdir. Doğan (2016) ise olumlu dini başa çıkmanın Allah'a yönelme ve dinî yalvarma alt boyutlarında engelli çocuk sahibi ebeveynlerin puanlarının sağlıklı çocuk sahibi ebeveynlerin puanlarından anlamlı derecede daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. İki grubun olumsuz dinî başa çıkma, umut ve sabır puanları arasında anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır. Bu sonuçlar, dini başa çıkma davranışının engelli çocuğa sahip ailelerce kullanılmakta olduğunu göstermekte ve hipotezimizi doğrulamakta ancak bir kısmının olumsuz dini başa çıkma yöntem ve tekniklerini kullandıklarını düşündürmektedir.

Freud (1991, s. 196) dini, baba arayışının sonucunda ortaya çıkan, gerçeklerle yüzleşmekten kaçmaya yarayan bir yanılsama olarak tanımlamaktadır. Ona göre insanlar baş edemedikleri dünya güçlerinden kendilerini korumak amacıyla Tanrı kavramını oluşturmuşlardır. Temelde din “cinsellik ve saldırganlık” dürtülerini kontrol eden bir medeniyet ürünü olarak ele alınmıştır. Buna karşılık Jung (1933, s. 264) dini, başa çıkma sürecine olumlu etkisi olan bir faktör olarak görmektedir. Terapistlerin manevi yaklaşımları terapide kullanmaları için kendi ruhsal değişimlerini ve gelişimlerini yerine getirmeleri gerektiğini düşünmüştür. Ayrıca çok yönlü bir bilgi birikimine sahip olmayı, felsefeden ilahiyata kadar geniş bir yelpazede okuma ve araştırma yapmak gerektiğini belirtmiştir. Jung bu yaklaşımlarıyla manevi terapinin öncülerinden kabul edilmektedir. Onun bu düşüncelerinde çocukluğunu geçirdiği dindar aile yapısı da etkili olmuştur. Frankl (2017, s. 133-144) ise dinin, güven duygusu vermek suretiyle kişiyi pek çok ruhsal rahatsızlıktan koruduğunu ve yardım ettiğini ifade etmiştir. İnsanın içine düştüğü çıkmazdan kurtarma adına varoluşun anlamını bulmaya çalışmıştır. Bunu yaparken din ve maneviyat düşüncesinden ve kavramlarından yararlanarak psikolojik kavram ayrımını da gözeterek açıklamalarını yapmıştır. Bu amaçla, kişisel problemlerin çözümünde terapinin kullanılması gerektiğinde din ve maneviyat düşüncesinin gücünden de yararlanılması gerektiği söylenebilir.

Katılımcıların anne-baba olma durumuna (Bkz. Tablo 5), yaşlarına (Bkz. Tablo 6) ve medeni durumlarına (Bkz. Tablo 7) göre olumlu dini başa çıkma ve olumsuz dini başa çıkma tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bu bulgulara benzer şekilde Koç'un (2011, s. 82) araştırmasında, katılımcıların Tanrı tasavvurları ve demografik özelliklerine ilişkin yapılan analizlerde yaşa göre herhangi bir temel etki, etkileşim etkisi ya da farklılaşma görülmemiştir.

Güler (2007a, s. 139) araştırmasında, yaş dönemlerine göre bireylerin Tanrı algılarının farklılık göstermediğini bulmuştur. Noffke ve McFadden'ın (2001 Akt. Koç, 2011, s. 82), Tanrı algısı ile ilgili çalışmalarında yaşlar arası farklılık saptanamamıştır. Güngördü'nün (2001, s. 139) 17-36 yaşlar arasındaki öğrencilerle yaptığı çalışmada, düşük yaş gruplarının yüksek yaş guruplarına göre daha olumsuz bir Tanrı algısına sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Yine benzer şekilde Alçelik'in (2013, s. 76) çalışmasında, yaş grupları ve Tanrı tasavvuru alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu sonuçlar yaş gruplarına göre genelde anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir. Yaşlanma ile bireyin dini tasavvurları arasında bir değişimin olmaması kültürel örüntünün daha küçük yaşlarda oluştuğu ve sonradan meydana gelen değişikliklerin çok az ya da önemsiz düzeyde olduğu düşüncesi ile açıklanabilir.

Ebeveynlerin, eğitim durumuna göre olumlu dini başa çıkma tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmezken, olumsuz dini başa çıkma tutumlarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Bkz, Tablo 8). Lise mezunu olanların ilkokul mezunu olanlara kıyasla daha yüksek olumsuz dini başa çıkma puanına sahip olduğu görülmüştür. Yüksek eğitim seviyesine sahip ebeveynlerin, çocuğun gelişimsel özellikleri ve süreçleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olma eğiliminde oldukları ve eğitim seviyesi yüksek ebeveynlerin olmayanlara kıyasla çocuklarının gelişimini desteklemek için daha fazla araştırma ve çözüm aradıkları (Bornstein ve diğ., 2010; Conrad ve diğ., 1992; Hess ve diğ., 2004; Huang ve diğ., 2005) ve etkili ebeveynlik stratejileri geliştirdikleri (Morawska ve diğ., 2009), güçlü bir çocuk gelişimi bilgisine sahip annelerin, daha az bilgiye sahip annelerle karşılaştırıldığında çocuklarıyla daha olumlu etkileşime girdiği bulunmuştur (Bornstein ve Bradley, 2012; Huang ve diğ., 2005). Murphy vd. (2000), yaptığı klinik çalışmada eğitim seviyesi ile dini inançların ters yönde ilişkili olduğunu bulmuştur. Yüksek eğitim düzeyinin daha iyi baş etme becerileri ile ilişkili olduğu ve dolayısıyla bakım yükünü azaltabileceğini ifade eden çalışmaların (Cangür ve diğ., 2013; Ak, Yavuz, Lapsekili ve Türkçapar, 2012; Türe ve diğ., 2018) yanı sıra bakım yükünün üniversite mezunlarında daha yüksek olduğu ve bu durumun bakım veren bireyin ev dışında da çalışıyor olmasından kaynaklanan ek yük nedeniyle ortaya çıkabileceğini belirten çalışmalara da rastlanmaktadır (Görmez, 2017). Hood, Hill ve Spilka (2009) ise; yüksek eğitim seviyesinin manevi tecrübeler ve dini başa çıkma ile doğrudan ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Gümüş'ün (2017), ağır engelli kişiye bakım hizmeti veren katılımcılarla gerçekleştirdiği çalışmada, dinî başa çıkma durumlarının ekonomik durum, öznel dindarlık algısı ve algılanan dinî bilgi

düzeyine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Özkan ve Düzgüner'in araştırmasında (2021), eğitim grupları arasında dinî başa çıkma etkinlikleri karşılaştırıldığında, yükseköğretim seviyesinde olan bireylerin Allah'a yönelme, dinî yalvarma ve dinî istikamet arayışı etkinliklerine daha az sıklıkta başvurduğu görülmüştür. Bir başka bakış açısıyla, aileler yaşam becerilerinin bir kısmını geleneksel öğrenme yolu ile kazanmışlardır. Geleneksel öğrenmede toplumsal değerlere dayalı bir etkileşimsel öğrenme söz konusudur. Engelli çocuğu sahip ailelerin sorunlarını çözmeye ve başa çıkma becerilerini geliştirmede geleneksel öğrenmeye dayalı bir tutum sergilemesi olasıdır. Bu açıdan, engelli çocuğuna yaklaşımlarında çevresel etkilerin olası etkileri görülmesi beklenebilir. Destekleyici bir ortam, engelli ailesi üzerinde pozitif etki yapabilir. Dolayısıyla, dinin de geleneksel bir öğrenme şekliyle içselleştirildiği ve engelli çocuğa sahip ailelerin dini başa çıkma tutumlarını etkilemiş olabileceği sonucuna ulaşılabilir.

Ebeveynlerin meslek durumlarına göre olumlu dini başa çıkma ve olumsuz dini başa çıkma tutumlarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Bkz. Tablo 9). Olumlu dini başa çıkma tutumlarında memurların ve işsizlerin, işçi olanlara kıyasla daha yüksek olumlu dini başa çıkma puanına; olumsuz dini başa çıkma tutumlarında ise işçi olanların, memur ve ev hanımı olanlara kıyasla daha yüksek ortalama puanlara sahip olduğu görülmüştür. Alan yazında bu değişkene ilişkin araştırma bulgusuna rastlanmamıştır. Bu sonuçlar, meslek ve iş sahibi olmanın dini başa çıkma ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Memur olanların sorunlarını daha rahat çözebileceği düşünülebilir. Bu durum yaşam standartlarının yüksekliği ile açıklanabilir. İşçi olan kesimin olumsuz dini başa çıkma tutumlarının yüksekliği de yine bu bağlamda değerlendirilebilir. Yaşam şartlarındaki zorlukların onları olumsuz dini başa çıkma tekniklerine yönelttiği düşünülebilir.

Ebeveynlerin gelir durumlarına göre olumlu dini başa çıkma tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmezken, olumsuz dini başa çıkma tutumlarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Bkz, Tablo 10). Olumsuz dini başa çıkma tutumlarında 2001-3000 arası geliri olanların, 2000 tl. altı geliri olanlara kıyasla daha yüksek olumsuz dini başa çıkma puanına sahip olduğu görülmüştür. Uysal ve ark. (2014, s. 229) tarafından yapılan bir araştırmada, ailelerin gelir düzeyleri ile Tanrı algıları arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir. Mehmedoğlu (2011, s. 219) tarafından yapılan bir araştırmaya göre de sosyo-ekonomik düzey Allah tasavvuru

üzerinde etkili bir faktör değildir. Farklı sosyo-ekonomik düzeyde bulunan grupların tasavvurları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Ceylan'ın (2018, s. 103) çalışmasında ise; maddi durum ile psikolojik iyi oluş arasında pozitif ilişki görülmüştür. Ayrıca analizlere göre, maddi durum ile korku yönelimli Tanrı algısı arasında pozitif ilişki görülürken; olumsuz dini başa çıkma ile maddi durum arasında negatif ilişki bulunmuştur. Bu durumda, bireylerde maddi durum arttıkça korku yönelimli Tanrı algısı artarken; aynı grubun olumsuz dini başa çıkmayı daha az kullandığı görülmüştür. Bireylerin maddi durumunun artması ile gerçekleşen psikolojik iyi oluş sayesinde olumsuz dini başa çıkma mekanizmalarını daha az kullanması beklenilebilir bir sonuçtur. Ayrıca engelli aileleri, çocuklarının bakım ve eğitimlerinde belediye imkânlarından, rehabilitasyon merkezlerinden ve destekleyici diğer kurumlardan ücretsiz olarak yararlanma imkânına sahiptirler. Dolayısıyla bu hizmetlerden yararlanan aileler açısından gelir durumunun belirleyici bir etken olmadığı söylenebilir.

Ebeveynlerin eş ile akrabalık bağı olmasına ve eş ile akrabalık derecesine göre olumlu dini başa çıkma ve olumsuz dini başa çıkma tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Bkz, Tablo 11-12). Alan yazında bu değişkene ilişkin araştırma bulgusuyla karşılaşılmamıştır. Araştırma sonucuna göre, akrabalık olgusunun dini başa çıkma yönelimlerinde etkili bir değişken olmadığı yorumu yapılabilir.

Ebeveynlerin engelli çocuğunun cinsiyetine (Bkz, Tablo 13) ve yaş durumuna (Bkz, Tablo 14) göre olumlu dini başa çıkma ve olumsuz dini başa çıkma tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bu durumun engelliliğin zamanla mevcut durumun kabul edilişi ve insanın durumuna uyum sağlama yeteneği olduğu düşünülmektedir. Bu kabulleniş nedeniyle çocukların cinsiyetine ve yaşına göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Araştırmada, özel gereksinimli birey olduğunun öğrenildiği zaman ile olumlu dini başa çıkma arasında anlamlı bir fark vardır ve ilk 3 yaş içerisinde öğrenenlerin olumlu dini başa çıkma puanlarının 3 yaş ve üzeri zamanda öğrenenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bunun sebepleri arasında ilk olarak ailenin şok etkisinden daha erken kurtulması ve kabullenişinin üzerinden daha çok süre geçmesinin etkili olduğu söylenebilir (Benzer sonuçlar için bkz. Özen, 2013, s. 40; Bleacher, 1984, s. 3-50, Cavkaytar, 2008, s. 41-52, Özen, 2012, s. 72-87'den akt.).

Ebeveynlerin, kardeş sayısına (Bkz, Tablo 15) ve engelli çocuğun kaçınıcı çocuk olduğuna göre (Bkz, Tablo 16) olumlu dini başa çıkma ve olumsuz dini başa çıkma tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Alan yazında bu değişkenlerle ilgili araştırma bulgusuna rastlanmamıştır. Bu araştırma sonucuna göre, kardeş sayısının ve kardeşin olmasının dini başa çıkma tutumları üzerinde etkili bir faktör değişken olmadığı söylenebilir.

Ebeveynlerin, çocuk engel durumuna göre olumlu dini başa çıkma ve olumsuz dini başa çıkma tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Bkz, Tablo 17). Doğan'ın (2016a, s. 334) çalışmasında, bireyin özel gereksinim düzeyi ile ebeveynindeki olumlu ve olumsuz dini başa çıkma arasında anlamlı farklılar olduğu belirlenmiştir. Orta-ağır düzeyde engelli çocuğa sahip ebeveynlerin olumlu dini başa çıkma puanlarının daha yüksek, hafif düzeyde engelli çocuğa sahip ebeveynlerin ise olumsuz dini başa çıkma puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ağır zihinsel engelli bireylerin ise, tüm yaşamları için daha yoğun destek ve denetime ihtiyaçları vardır. Bazı temel becerileri öğrenebilirler, ancak bireyler yetişkinlik boyunca bir bakıcıdan önemli bir yardım almadan bağımsız olarak yaşamlarını sürdüremezler (Daily ve diğ., 2000). Bu açıdan ebeveyn, daha fazla yük ve sorumluluk almak durumundadır. Gümüş'ün (2017), ağır engelli kişiye bakım hizmeti veren kişilerle gerçekleştirdiği araştırmada, katılımcıların dinî başa çıkma durumlarının ekonomik durum, öznel dindarlık algısı ve algılanan dinî bilgi düzeyine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bireyin, zorlandığı durumlarda aşkın bir güce güvenip bağlanması, medet umması mevcut durum karşısında içsel güdülenmesini arttırmaktadır. Ünal (2018) tarafından yapılan araştırmada, özel gereksinimli bireyler kendi durumlarını “sınav, farklılık ve sorun” olarak tanımlamıştır (s. 1467-1469). Kara (2008, s. 322) tarafından, özel gereksinimli bireye sahip anne ve babalar ile yapılan çalışmada, anne ve babaların özel gereksinimli bir çocuğa sahip olmaları sonucu “dine yaklaşma, dinden soğuma, dine bakış açısının değişmemesi gibi durumları yaşadıkları” tespit edilmiştir. Ayrıca, katılımcıların çocuklarının özel gereksinimli birey olduğunu öğrendiğinde “isyan etme, rıza gösterme” veya “iki duyguyu beraber” yaşadıkları tespit edilmiştir. Engel türüne göre farklılaşma olmasının nedenleri arasında sosyal destek sayılabilir. Sosyal destek olarak adlandırılan dini sosyal destek, dini faaliyetlere katılarak diğer üyelerinden destek içeren sosyal ağlara erişim sağlanması durumudur (Kanu, Baker ve Brownson, 2008). Bu dini ağlardan elde edilen faydalar, daha seküler ağlardan alınan destekten farklı olabilir (Krause, 2002). Dini sosyal desteğin, bir hastanın iyileşmesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Webb, Charbonneau,

McCann ve Gayle, 2011). Psikolojik sorunlar ile başa çıkmada sosyal desteğin daha düşük depresif belirtiler ve psikolojik sıkıntı ile önemli ölçüde ilişkili olduğu belirlenmiştir (Campbell, Yoon ve Johnstone, 2010).

Ebeveynlerin başka engelli çocuğu olma durumuna göre olumlu dini başa çıkma ve olumsuz dini başa çıkma tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Bkz, Tablo 18). Engelli bir çocuğa bakmanın, engelliliğin türüne bağlı olarak, fiziksel sağlık sorunlarına, zihinsel sağlık sorunlarına ve anneler üzerinde zamana veya mali yüklere neden olduğu belirlenmiştir (Bourke ve diğ., 2008; Brehaut ve diğ., 2004; Estes ve diğ., 2013; Lee, 2013; Montes ve Halterman, 2008a, 2008b; Nes ve diğ., 2014; Parish, Rose, Dababnah, Yoo ve Cassiman, 2012; Raina ve diğ., 2005). Engel sayısının ebeveyn yükünü artıracığı düşünülebilir. Ancak kimi zaman ancak ruh sağlığı açısından ilki yaşamak her zaman daha zordur. İkincisini kabullenmek daha kolay olabilir. Bu açıdan bu değişkenin araştırmada belirleyici bir faktör olmadığı düşünülebilir.

Ebeveynlerin sorun yaşama durumuna göre olumlu dini başa çıkma ve olumsuz dini başa çıkma tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Bkz, Tablo 19). Pargament ve Brant (1998), din ve uyum arasındaki ilişki üzerine makro ve mikro yaklaşımları esas alan bir araştırma yapmışlardır. Araştırmada dinin sorunlarla başa çıkmada önemli bir unsur olduğunu, hayatta dini yok saymanın eksiklik oluşturacağını, dindar insanın ruh sağlığına dinin katkı sağladığını ve dinin insanın ayrılmaz bir parçası olduğunu ifade etmişlerdir. Muhçu (2015), ortopedik engelli bireylerin karşılaştıkları güçlükleri aşmada hangi dini başa çıkma yöntemlerini kullandıklarını belirlemek, karşılaştıkları güçlükleri tespit ederek kendilerine rehberlik yapmak, toplumda diğer bireyler gibi hayatlarını sürdürmelerini sağlamaya çalışmak amacıyla yönelik olarak gerçekleştirdiği araştırmada, eğitim ve ekonomik seviyesi yüksek olanların dine bağlılıklarının ve kendini kabullenmelerinin daha zayıf, ekonomik ve eğitim seviyesi düşük olanların ise dine bağlılıklarının daha kuvvetli olduğunu tespit etmiştir. Benzer bir sonuca Özkan ve Düzgüner'in (2021) araştırmasında da rastlanmaktadır. Eğitim grupları arasında dinî başa çıkma etkinlikleri karşılaştırıldığında, yükseköğretim seviyesinde olan bireylerin Allah'a yönelme, dinî yalvarma ve dinî istikamet arayışı etkinliklerine daha az sıklıkta başvurduğu görülmüştür.

Ebeveynlerin aile içi sorun durumuna göre olumlu dini başa çıkma ve olumsuz dini başa çıkma tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Bkz, Tablo 20). Ercan ve diğ. (2019) tarafından yapılan araştırmada, özel gereksinimli bireyin bakım sürecinin aileler için “yıpratıcı ve tüketici” olduğu, mevcut durumu anlamlandırmada dinden pozitif yönde yararlandıkları tespit edilmiştir (s. 617-618). Engelli çocuğa sahip ebeveynler çocuklarındaki sağlık sorunlarından, bakım ihtiyaçlarından, gelecek endişelerinden, aile içi iletişim sorunlarından dolayı umutsuzluk yaşayabilmektedirler (Dağ, 2005 ve Bilal; Uğuz ve ark., 2004). Sorunların çözümü için manevi yaklaşımlara başvurabilmektedirler. Kişiler başına gelmiş olan olumsuz bir durumu hayra yorararak ‘Mevla neylerse güzel eyler’ diyebilir, yaşadığı sıkıntıyı sabır ve teenni ile karşılayabilir, zor durumların da Allah’a yönelip Allah’tan yardım isteyebilirler. Bu durum, onlardaki mutluluğu ve hayat memnuniyetini arttırmaktadır (Ayten ve ark., 2012, s.76). Aynı şekilde, kader inancı ve her şeyin Allah’tan geldiğine inanmak (Hatun ve ark. 2016, s.227) olumsuz olaylarla mücadele etmede yardımcı olmaktadır.

Ebeveynlerin diğer çocuklarla ilgilenmede sorun yaşama durumuna göre olumlu dini başa çıkma ve olumsuz dini başa çıkma tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Bkz, Tablo 21). Bu bağlamda ebeveynlerin diğer çocuklara bakma değişkeninin dini başa çıkma tutumları üzerinde etkili olmadığı söylenebilir. Literatüre bakıldığında; bu değişkene ilişkin araştırma bulgusuna rastlanılmamıştır. Ebeveynler çocukları ile ilgilenme açısından sorun yaşıyor olsalar da bu durum dini başa çıkma tutumlarına yansımamaktadır. Bu durum, her ebeveynin çocukları ile ilgilenmeyi bir sorumluluk olarak kabul etmiş olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Ebeveynlerin psikolojik destek alma durumuna göre olumlu dini başa çıkma ve olumsuz dini başa çıkma tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Bkz, Tablo 22). Alan yazında, psikolojik destek almanın ruh sağlığını desteklediğine ilişkin bulgular mevcuttur (Türküm, 2001; Vogel ve diğ., 2007). Ancak bu sonuçların dini başa çıkma tutumları ile ilişkili olduğu belirlenmemiştir. Eryücel (2013), yaşam olayları ve dinî başa çıkma üzerine yaptığı araştırmada, yaşam olayları ile başa çıkma sürecinde dinî başa çıkmanın ilişkisini incelemiştir. Olumlu ve olumsuz olaylarla başa çıkmada Allah’a başvurma seçeneğinin, başa gelen olumsuz olayı Allah’ın bir cezalandırması veya olaydan bir ders alma olarak görmenin, olayı kabullenip kabullenmemenin, sosyal destek alma veya almama hususunda tercihte bulunmanın ve

bireylerden memnun kalmanın belirleyici olduğu sonucuna ulaşmıştır. Araştırmamıza katılan ebeveynlerin, aldıkları psikolojik desteğin yanısıra manevi destek ve danışmanlık almamalarının, dini başa çıkma tutumlarında herhangi bir değişikliğe neden olmadığı söylenebilir.

Ebeveynlerin çocuğun rehabilitasyona devam ettiği zamana göre olumlu dini başa çıkma tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmezken, olumsuz dini başa çıkma tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmüştür (Bkz, Tablo 23). Olumsuz dini başa çıkma tutumlarında 1-2 yıl, 3-4 yıl ve 5 yıl ve üzeri rehabilitasyona devam edenler, 1 yıldan az devam edenlere kıyasla daha fazla olumsuz dini başa çıkma puanına sahiptir. Rehabilitasyon merkezine yeni başlayan ebeveynlerin çocuklarındaki durumun geçmesi umudunu taşımaktadırlar. Yıllar geçtikçe engel durumunun kalıcı olduğu ve gelişimlerinin sınırlı oluşu ebeveynin çaresizlik hissiyle birlikte olumsuz dini başa çıkma tutumunu kullanmaya başladıkları yorumu yapılabilir.

Ebeveynlerin dindarlık düzeyine göre olumlu dini başa çıkma tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmezken, olumsuz dini başa çıkma tutumlarında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (Bkz, Tablo 24). Olumsuz dini başa çıkma tutumlarından, biraz dindar olanların, hiç dindar olmayanlara kıyasla daha fazla olumsuz dini başa çıkma puanına sahip olduğu görülmüştür. Bu bulgunun kararsızlık kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Dini yönelimi olmayanların net bir tutum sergilemeleri, biraz dindar olanların ise kararsızlıkları olumsuz dini başa çıkma tutumlarının daha yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir. Engelli çocuğa sahip ailelerde dini bilgi eksikliği varsa ilahi adaleti sorgulamaya yönelik düşünceleri, ceza veren bir Allah anlayışı gibi düşünceler ile olumsuz dini başa çıkma davranışı gösterebilmektedir (Kara, 2008). Diğer taraftan hadiseye dini temelli olarak yaklaştıkları, Allah'ın kendilerini çocukları ile imtihandan geçirdiği ve bu durumun onlara olumlu bir bakış açısı kazandırdığı görülmektedir. Böylece, bu durumun sabırlarını arttırdığı, din görevlileri ile bu konuda zaman zaman konuşmaya ihtiyaçları olduğu tespit edilmiştir (Kaytez ve ark. 2015, s.204).

4.2. Ebeveyn Kabul-Red

Ebeveynlerin, Kabul-Red/Kontrol Ölçeğinde kabul-red alt boyutunda “orta” düzeyde kabul red davranışı sergiledikleri belirlenmiştir (Bkz, Tablo 25). Bu durum, çocuklarını kabul noktasında kararsız oldukları şeklinde yorumlanabilir. Sandler-Loeff ve diğ. (2006) zihinsel

engelli çocukların ebeveynlerinin, toplumun ve kültürel yapının çocuklarını reddedeceğinden korktuklarını belirtmişlerdir. Bu reddediliş düşüncesinin engelli çocuğun toplumun kurallarına uyamayacağı, güzellik ve bağımsızlık gereksinimlerini ihlal edeceği görüşünden kaynaklandığı belirtilmiştir (Sandler-Loeff ve diğ., 2006). Akgemik (2019) zihinsel engelli çocuklara sahip ebeveynlerin çocuklarını kabul aşamasında zorluklar çektiklerini zaman durumlarını anlamlandırmaya çalıştıklarını belirlemiş, fakat daha sonra mevcut durumlarını kabullenmek zorunda olduklarını düşündüklerini aktarmıştır. Bu sonuçlar bağlamında araştırmanın, “Ebeveynler çocuklarını orta düzeyde kabullenmektedirler.” şeklindeki ikinci hipotezi doğrulanmıştır. Engelliği kabul etmenin zorluğu yaşam boyu getireceği yük düşünüldüğünde anlaşılabilir bir durumdur. Ebeveynler çocuklarına karşı ne reddedici ne de tam olarak durumlarını kabul edici tutum sergilemedikleri yorumu yapılabilir. Bu durumun, ebeveynlerin mevcut durumlarına zamanla uyum sağlamaları olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, her toplumda engellilik söz konusudur. Engelliliğe bakış ise kültürel dokunun yansımasıdır. Engelli ailelerinin engelli çocuklarına ilişkin takındıkları tutum ve davranışlar yaşadıkları kültürel dokudan etkilenmektedir. Özellikle, engelli bireyin toplumsal yaşama kabul edilmesinde zorlukların oluşu engelli ailesini olumsuz etkilemektedir. Çocuklarının geleceğine ilişkin kaygıları onlarda stres ve kaygıya yol açmaktadır. Genellikle toplumumuzda, sosyo-kültürel yapı kapsamında engelli bireyi diğer bireylerden ayırma özelliği vardır. Toplumun bazı kesimleri engelliye “yarım/eksik insan” olarak düşünebilmektedir. Bu nedenle, engelliler ayrımcı ve baskıcı uygulamalar ile karşılaşabilmektedir. Tüm bu faktörler, engelli ailesini olumsuz etkileyen kültürel örüntünün bir parçasıdır (Burcu, 2011:10).

Katılımcıların anne-baba olma durumuna göre kabul-red tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. (Bkz, Tablo 26). Bazı araştırmalar, anne/baba kabulünün reddinin, çocukların psikolojik uyumu üzerindeki rolünü ayrı ayrı analiz etmeye çalışmıştır. Elde ettikleri sonuçlar, her iki kabul-red türünün tüm kültürlerde eşit derecede önemli olduğunu ve her iki cinsiyetten çocuklarla benzer terimlerle ilişkili olduğunu göstermektedir (Ali ve diğ., 2015). Bu bağlamda, zihinsel sağlık bozukluklarının (içselleştirme veya dışsallaştırma) en iyi yordayıcısının, ebeveynlerin cinsiyeti değil, çocukları ve çocukları arasındaki ilişkiler olduğu tespit edilmiştir (Pinquart, 2017). Anne ve baba rolü birbirinden farklı olsa da sorumluluk anlamında çoğu ebeveynin engelli çocukları ile ilgili ortak sorumluluklar yüklediği söylenebilir. Bu nedenle, çocuklarını kabul-red etme tutumlarında anlamlı farklılaşma

görülmemiş olabilir.

Ebeveynlerin yaşları ile kabul-red tutumlar arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (Bkz, Tablo 27). Kurt ve ark. (2008) ve Erkan ve Toran (2004)'ın çalışmalarında annelerin yaşlarının artması ile birlikte çocuklarını reddetme davranışları artmaktadır. Belirtilen araştırmada, kabul-red düzeyinin yaş değişkenine göre farklılık gösterdiği ve bu farklılığın da 36-45 yaş grubundan kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır. Yaş ile birlikte ebeveynlerin olayları ve dolayısıyla da engelli çocuklarını kabullenmesi, sosyoekonomik düzeyinin daha sabitleşmesi ve geleceğe olan kaygı düzeylerinin azalması ile birlikte engeli kabul etmelerinin daha kolay olacağı düşünülmektedir.

Ebeveynlerin medeni durumuna göre kabul-red tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Bkz, Tablo 28). Alanyazın incelendiğinde, ebeveynlerin engelli çocuklarını kabul-red düzeyi ile olan ilişkisini inceleyen araştırmalara rastlanmamakla birlikte; Yetkin'in (2016) çalışmasında, bekâr ebeveynlerin evli ebeveynlere göre stres düzeylerinin daha yüksek bulunduğu, bu durumun özel gereksinimli bir çocuğun gelişim ve eğitimi sürecinde sorumluluğun tek ebeveynde toplanmasının bekâr ebeveynlerin stres düzeyini arttırdığı görülmüştür. Öngider'in (2013) araştırmasında annelerin medeni durumu, ister evli ister boşanmış olsun, çocukları tarafından aynı düzeyde kabul edici olarak algılanmakta iken, babalarda boşanmış babaların çocukları babalarını daha az kabul edici olarak algılamaktadırlar. Çetin'in (2018) araştırmasında ise medeni durum değişkenine göre ebeveyn kabul-red düzeyinin istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturduğu, boşanmış ebeveynlerin red düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Görüldüğü gibi araştırmalarda farklı bulgulara ulaşılmıştır. Bunların örneklem kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Ebeveynlerin eğitim durumuna göre kabul-red tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Bkz, Tablo 29). Basılğan (2012); Dwair (2010); Yıldız (2009); Delitay (2009); Kızıлтаş (2008); Önder ve Gülay (2007) ve Erkan ve Toran'ın (2004) engelli aileleri üzerinde yapmış oldukları çalışmalarında, üniversite ve üzerinde eğitim düzeyine sahip annelerin kabul düzeyinin; lise, ilköğretim ve altı eğitime sahip olan annelerden yüksek olduğu ve bu araştırma bulgusuyla paralellik göstermediği görülmüştür. Bu durum, okur-yazar olmamaları ya da ilköğretim düzeyinde olmalarının ebeveynler için fark oluşturmadığını ve kabul-red düzeylerini pek etkilemediğini düşündürmektedir. Basılğan'ın (2012) çalışmasında, sevgi/sıcaklık,

düşmanlık/saldırganlık, ilgisizlik/ihmal alt boyutlarında annenin eğitim değişkenine göre anlamlı bir fark olduğu fakat ayrışmamış reddetme alt boyunda anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Çetin (2018), ebeveynlerin eğitim durumlarının, ebeveyn kabul-red ve alt boyutları ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı sonucuna ulaşmıştır. Dolanay'ın (2016) araştırmasında, annelerin eğitim durumlarının çocuklarını reddetme davranışında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa yol açmadığı tespit edilmiştir. Delitay'ın araştırmasında (2009), eğitim düzeyi yüksek annelerin engelli çocuklarını daha çok reddetme davranışı sergilediği görülmüştür.

Ebeveynlerin meslek durumuna göre kabul-red alt tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Bkz, Tablo 30). Benzer şekilde, Işıksan, Özşenol, Ünay, Aydın, Akın ve Gökçay'ın (2003) araştırmalarında, ebeveynlerin engelli çocuklarını kabul-red düzeyinin çalışma durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakılmış, ebeveynlerin kabul-red düzeyi ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ebeveynlerin mesleklerinin kabul-red tutumlarında etkili olamamasının nedeni üstlendikleri sorumlulukla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ebeveyn hangi mesleği yapıyor olursa olsun çocukları ile ilgilenmek durumundadır. Yükler ve sorumluluklar açısından benzer yükleri ve sorumlulukları paylaştıkları söylenebilir.

Ebeveynlerin gelir durumuna göre kabul-red tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Bkz, Tablo 31). Dolunay (2016); Kurt, Coşkun ve Akkaş (2009); Teskin, Koçak, Kaya, Özpolat ve Önat (2008)'in çalışmalarında elde edilen sonuçlar da araştırmamızın bulgularını destekler niteliktedir. Bu durum, ailelerin çocuğunun gereksinim ve ihtiyaçlarını kendilerinin karşılamamalarından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca araştırmamıza katılan ebeveynlerin eğitim düzeyinin genellikle okuryazar olmayan ya da ilkökul düzeyinde olması, çocuklarından beklentilerinin sınırlı olmasına ya da kırsal kesim kökenli olmaları nedeniyle, engelli çocuklarına kendilerini maddi yönden tamamen adamamalarından kaynaklanıyor olabilir. Eren'in (2018, s. 40) çalışmasında, 3000 TL'nin altında geliri olan ailelerin düşmanlık, red ve ebeveyn kabul-red (toplam skor) ölçeklerinden daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır. Raver (2003 Akt: Kaplan, 2005, s. 129) ise; aile gelir düzeyi düşük olan annelerin çocuklarına karşı ilgi, yardım ve çocuklarının bakım ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz davrandıklarını belirtmiştir. Benzer şekilde Haktanır ve Baran (1998, s. 138), gelir düzeyi düşük

ailelerde ebeveynlerin çocuklarına karşı cezalandırıcı, kısıtlayıcı, istismar ve ihmal edici tutumlar sergilediklerini, gelir düzeyinin yükselmesi ile birlikte bu tür olumsuz davranışların azaldığını belirtmiştir. Keza Yıldız (2009) da, ailenin gelir durumuna göre annelerin engelli çocuğunu kabullenme ve reddetme algısının değişmediğini bulmuştur.

Ebeveynlerin eş ile akrabalık bağı bulunmasına göre kabul-red alt tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Bkz, Tablo 32). Ebeveynler çevrelerinden, akraba, arkadaş ve büyüklerinden oldukça etkilenirler. Çevreden gelen negatif tutumlar ailedeki çaresizliği arttırmaktadır. Bu süreç her aile ve kişide farklı işlese de ortak olarak yaşanan duyguların anlaşılması için aile eğitimlerinin büyük önemi vardır. Bu eğitimlerin hedefi, aileleri desteklemek ve çocukların nitelikleriyle ilgili bilinçlendirmektir (BEBKA, 2012, s. 54). Ebeveynlerin eş ile akrabalık derecelerine göre kabul-red tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmüştür. 2. derece akraba olanların 3. derece akraba olanlara oranla daha yüksek kabul-red puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu durum 1. Derece olmasa da yakın akraba olanlarda engelli çocuğu kabullenmenin daha zor olduğunu göstermektedir. Akrabalık ilişkisi temelinde kültürel uyum avantajına karşı engelli çocuğun genetik kaynaklardan oluşma ihtimali kabullenmeyi güçleştirmiş olabilir.

Ebeveynlerin sahip oldukları engelli çocuklarının cinsiyetine göre kabul-red tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Bkz, Tablo 34). Buna göre, ebeveynlerin cinsiyetleri ne olursa olsun ebeveynlik duygularıyla çocuklarını sevdikleri ve onlara ilgi gösterdikleri düşünülebilir. Korkmaz, Yücel, Çelebi ve Kılıç (2014); Gülay ve Önder (2010) ve Delitay (2009)'ın çalışmalarında, cinsiyetin ebeveynlerin çocuklarını kabul etme ya da reddetme düzeylerinde etki etmediğini destekler nitelikte bulgulara ulaşılmıştır. Uçar Çabuk'un (2013) bulguları, ebeveynlerin çocuklarına yönelik sıcaklık ve sevgi, düşmanlık ve saldırganlık, kayıtsız ihmal ve ayırmamış red düzeylerinin çocuklarının cinsiyetine göre anlamlı farklılık olmadığını göstermektedir. Yakmaz Basılğan'ın (2012) araştırmasında, annelerin kabul-red düzeyleri ve alt boyutları ile çocuklarının cinsiyeti arasında anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Keza Dolanay'ın (2016) araştırmasında da, çocuğun cinsiyetinin annenin çocuğunu kabul-red düzeyinde ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Araştırma sonuçları, bu araştırma bulgularını desteklemektedir.

Çocuğunun yaşına göre ebeveynin engelliliği kabul-red tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Bkz, Tablo 35). Ebeveynler, ergenliğe geçişe yaklaştıkça çocuklarının geleceği konusunda daha endişeli hale gelirler. Genel olarak ebeveynler çocuklarının düşünme, davranış ve kişilik özellikleri hakkında geniş bilgiye sahiptir. Bu bilgi ebeveynlerin ergenlik çağındaki çocuklarının yeteneklerini değerlendirmelerine izin verir. Aile etkileşimi sırasında, ebeveynler ergenin gelecekteki yönelimi ile ilgili düşüncelerini, inançlarını, pozisyonlarını, beklentilerini ve değerlerini ifade eder ve böylece bu durum gelecekteki yönelimi etkiler (Seginer, 2005; Seginer ve Mahajna, 2004, 2012; Seginer ve Shoyer, 2012).

Ebeveynlerin sahip oldukları çocuk sayısına göre kabul-red tutumlarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Bkz, Tablo 36). 2 çocuğu olanlar ile 4 ve üzeri çocuğu olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu, 2 çocuğu olan ebeveynlerin daha fazla reddetme davranışı sergilediği belirlenmiştir. Özel eğitimin gerekli olduğu çocukların kardeşleri de anne ve babasına göre tutumlar geliştirirler. Genelde kardeş de ebeveynler gibi karmaşık hisler yaşar. Bunlar; yok saymak, utanmak, korkmak, kıskanmak, kötü davranmak olabilir. Ama kimi zaman böyle kardeşlerinin olması sonucunda daha hoşgörü sahibi, farklı özelliklere saygı gösteren, sorumlu ve benzeri pozitif duygularda ve davranışlarda artış görülebilir. Kardeşlere de ebeveyne olduğu gibi özel eğitim gereksinimi olan çocuklar ve özellikleri ile ilgili yaşlarına göre anlaşılır bilgiler verilmelidir (BEBKA, 2012, s. 51).

Ebeveynlerin çocuğun engel durumuna göre kabul-red tutumlarında anlamlı bir farklılık yoktur (Bkz, Tablo 38). Mutua ve Dimiter'in (2001; akt. Erhan, 2005) araştırmasında, hafif ve orta derecede zihinsel engelli çocukların anne-babalarının gelecek ile ilgili beklenti düzeylerinin, ağır derecede zihinsel engelli çocuğu olan anne-babaların beklenti düzeylerinden daha yüksek olduğu görülmüştür.

Ebeveynlerin başka engelli çocuğu olma durumuna göre kabul-red tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Bkz, Tablo 39). Bu değişkenin kabul-red açısından belirleyici bir değişken olmadığı yorumu yapılabilir. Ebeveynin engelli çocuğunun birden fazla olması her ne kadar üstlendiği sorumluluğu arttırmış olsa da, bir çocuğunu kabul eden bir ebeveynin ikincisini de kabul etmesi doğal karşılanabilir. Bu nedenle, engelli çocuk sayısı kabul-red tutumlarında anlamlı bir farklılaşmaya yol açmamaktadır.

Ebeveynlerin günlük işlerde sorun yaşama durumuna göre kabul-red tutumlarında anlamlı bir farklılık yoktur (Bkz, Tablo 40). Zihinsel engelli çocukların doğumu aile içinde gerilime neden olur ve aile biriminin yeniden örgütlenmesini zorunlu kılar (Behr, 1990; Heiman, 2002; Kearney ve Griffin, 2001; Najman ve diğ., 1993). Ailelerin tutumu, engelli çocuklarının belirli bireyler ve toplum tarafından genel olarak istismar edilecekleri korkularını yansıtmaktadır (Reiter, Bryen ve Shachar, 2007). Ebeveynlerin aşırı korumacı davranışları genellikle gerçek sevgi ve endişenin sonucudur; ancak, çocukların dayanıklılık geliştirmelerini ve kendi hatalarından sorumluluk almalarını engeller. Bu durum, evrensel ve sosyal birçok yaşam alanında etki edebilir. Çocuklar çeşitli olumlu ve olumsuz duygularla baş etmeye alışmazlarsa, yetişkinlikte işler kaçınılmaz olarak yolunda gitmediğinde çalışmaya devam etmezler. Sosyal red ve engelli bir çocuğun izolasyonu ve reddediş düşüncesi, esas olarak toplumun böyle bireyleri zekâ, çekici görünmeme ve bağımsızlık normlarını ihlal ettiğın algısından kaynaklanmaktadır (Karni ve diğ., 2011; Crabtree, 2007; Sandler-Loeff ve Shahak, 2006). Ebeveynler çocukları ile ilgilenme açısından sorun yaşıyor olsalar da bu durum kabul-red tutumlarına yansımamaktadır.

Ebeveynlerin aile içi sorun yaşama durumuna göre kabul-red tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Bkz, Tablo 41). Anne-baba olmayı bekleyen bireyler, sağlıklı bir çocuk umuduyla 9 ay hazırlanırlar. Hamilelikten önce ve hamilelikte bebekleriyle ilgili birçok düş kurar, güzel ve zeki bir bebek hayal ederler. Ve doktorlar bebeklerinin anormal olduğunu söylediğinde, bu heyecanlı bekleyişi yerle bir ederler. Beklentinin altüst olmasıyla anne-baba birbirini suçlar ve ailede çatışmalar meydana gelir. Bunun sonucunda, baba evinden uzaklaşabilir, işine yoğunlaşabilir, bebeğın bakımını tamamıyla anneye devredebilir. Eğer aile maddi güce sahipse bakıcılar tutarak çocuğu ona teslim etmek ve yok saymak, bakıcı tutulamıyorsa çocuğu aile büyüklerine verme durumları yaşanabilir (BEBKA, 2012, s. 54). Evlilik yaşamını konu alan literatüre göre, engelli bireylerin ailelerinde çatışmalara ve boşanmaya daha fazla rastlanır. Anne-baba genelde anksiyeteden, depresyondan ve benzeri ruhsal sorunlardan, üstlenilen rollerin eşit olmadığından bahseder (Dereli ve Okur, 2008). Babaların bu duruma gösterdiği tepkiler de anne üzerinde etkili olur ve annenin kaygıya, umutsuzluğa sürüklenmesine yol açabilir. Bu aileler çoğunlukla birbiriyle benzeyen aşamalar atlatır. Zaman içerisinde çocuklarındaki engeli kabul ederek onu geliştirmek ve eğitmek için

gerekeni yapmaları ve çocuklarına ilgili ve sevgiyle yaklaşarak onların hayata adapte olmalarına yardımcı olmaları ideal durumdur (Ceylan, 2004).

Ebeveynlerin diğer çocuklarla ilgilenme durumuna göre kabul-red tutumlarında anlamlı bir farklılık yoktur (Bkz, Tablo 42). Bu sonuca göre, bu değişkenin belirleyici değişken olmadığı, diğer araştırmalarda da bu değişkenin çalışılmadığı dolayısıyla sonucun kıyaslanamadığı ancak daha sonraki araştırmalarda bu değişkenin çalışılmasının, durumun daha net anlaşılması için gerekli olduğu düşünülmektedir.

Ebeveynlerin psikolojik destek alma durumuna (Bkz, Tablo 43) ve çocuğun rehabilitasyona devam ettiği zamana göre (Bkz, Tablo 44) kabul-red tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Demirbilek (2013), aile üyelerinin engelli çocuklarına destek olmalarının ancak kendilerinin de sağlıklı destek almaları ile sağlanacağını belirtmiştir. Anne babaya verilecek sosyal desteğin (ekonomik, bilgi, psikolojik destek) gibi artmasıyla birlikte ebeveynlerin engelli olan çocuklarını kabul etme davranışlarının olumlu yönde artacağı düşünülmektedir. Karadağ'a (2009) göre, sosyal destek düzeyi arttıkça umutsuzluk düzeyi azalmakta, kabul düzeyi artmaktadır.

Ebeveynlerin dindarlık düzeylerine göre kabul-red tutumlarında anlamlı bir farklılık yoktur (Bkz, Tablo 45). Buna göre, dini yönelimlerin çocukların kabul red durumunu etkilemediği ancak diğer araştırmalarda farklı örneklem grupları ile bu değişkenin incelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

4.3. Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti

Ebeveynlerin, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hayat Memnuniyeti Ölçeğinde bütün boyutlarda “düşük” düzeyde eğilimlere sahip oldukları belirlenmiştir. (Bkz, Tablo 46). Bu bulgudan hareketle, engelli çocuklara sahip ebeveynlerin düşük düzeyde olumsuz ruhsal belirtiler gösterdiği ancak depresyon, anksiyete ve stresin toplumsal dağılımları ile benzer olabileceği yorumu yapılabilir. Hayat memnuniyetinin düşük olması ise dikkat çekicidir. Alanyazında, engelli çocukların ebeveynlerinin çocuklarının bu durumundan olumsuz etkilendiği (Hung ve diğ., 2010); kronik engelli çocukların bakım sürecinin ebeveynlerinin hem fiziksel sağlığına hem de psikolojik sağlığına zarar verdiği (Parminder ve diğ., 2005); iki engelli çocuk yetiştirmenin, annenin psikolojik sıkıntı düzeyi ile ilişkili olduğu (olasılık oranı: bir

çocuk için 1.72, iki çocuk için 2.85); ayrıca engelli olmayan çocuklarla karşılaştırıldığında anlamlı olarak ilişkili olduğu bildirilmiştir (Yamaoka ve diğ., 2016). Ebeveynlerin depresyon, anksiyete ve stres durumlarının yüksek, hayat memnuniyeti durumlarının düşük düzeyde olması bağlamında, bunun toplumsal dağılımdaki yaygınlık düzeyinde olduğu veya genel ortalamanın bir yansıması olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlıklı çocuklara sahip ebeveynlerle karşılaştırma yapan araştırmalarda engelli çocuğa sahip ebeveynlerin daha yüksek depresyon puanına sahip olduğu bulgusu doğrultusunda (Doğan, 2016) hipotezin doğrulandığı söylenebilir.

Öte yandan, Pozitif psikolojinin kavramlarından biri olan mutluluk, refahın ve gelişmenin bileşenleri olarak önerilen; “algılama şekli, duygusal istikrar, esneklik, canlılık, iyimserlik, katılım, pozitif duygu, pozitif ilişkiler, özgüven ve yetkinlik” durumları depresyonun ve anksiyetenin karşıtı olarak nitelendirilmektedir (Bacacheva, 2020: 90; Huppert ve So, 2013). Mutluluk düzeyi, hastalıkların olumlu seyrinde güçlendirici bir rol oynamaktadır. Mutluluğun dayanma gücünü ve dirençli olmayı arttırdığı, acıların ve psikolojik sıkıntıların belirtilerinde azalmaya sebep olduğu aktarılmıştır. Mutlulukları fazla olan kişilerin daha az şikâyet ettikleri, hastalık belirtilerini daha az hissettikleri görülmektedir (Gül, 2017, Güzel, 2018: 390). Aynı ortama ve koşullara sahip olsa dahi insanların mutluluk seviyeleri birbirinden farklılaşabilmektedir. Engelli bireylerin ailelerinin mutluluk direncinin yüksek olması, dayanma gücünü arttıran bir etken olarak değerlendirilebilir.

Katılımcıların anne-baba olma durumuna göre depresyon, anksiyete, stres, toplam ölçek ve hayat memnuniyeti tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Bkz, Tablo 47). Akçakın ve Erden (2001) ve Fırat (2000)’ın araştırmalarında, annelerin depresyon puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Ebeveynlerin yaşlarına göre depresyon, anksiyete, stres ve toplam ölçek alt boyutlarında anlamlı bir farklılık görülmezken; hayat memnuniyeti alt boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Bkz, Tablo 48). 41 yaş ve üzeri olanlar, 30 yaş ve altı olanlara oranla daha fazla hayat memnuniyeti puanına sahiptir. Bu bulguya benzer şekilde orta yetişkinlik döneminde bulunan kadınların 54 yaşındaki sağlık durumları değerlendirilmiş ve sorumlulukları fazla olan kadınların sorumlulukları az olanlara kıyasla daha iyi bir sağlığa sahip oldukları bulunmuştur (McMunn ve diğ., 2006). Bu durum yaş ilerledikçe var olan durumu kabul etme ve hayattan memnun olma algısını güçlendirmiş olabilir. Yapılan araştırmalarda,

engelli çocuğa sahip annelerin yaş düzeyi arttıkça sürekli kaygı düzeylerinin yükseldiği ve sosyal destek algılarının ise düştüğü görülmüştür. Bu durumun, annelerin yaşlandıkça daha zor durumlarla karşılaşacaklarına, sosyal çevrelerinin desteklerinin azalacağına dair olumsuz beklentilerinin bir sonucu olduğu düşünülmektedir. Bu bulgu, engelli çocuğu olan anne babalarla çalışan Kaner (2004)'in bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Ancak bu bulgu, otistik çocuğa sahip annelerle çalışan Görgü (2005)'nün, anne yaşının sosyal destek algısıyla ilişkisiz olduğu yönündeki bulgusuyla tutarlılık göstermemektedir.

Ebeveynlerin medeni durumuna göre depresyon ve toplam ölçek alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunurken; anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti alt boyutlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. (Bkz, Tablo 49). Boşanmış olanlar, eşi vefat etmiş olanlara kıyasla daha fazla depresyon puanına; boşanmış olanlar, eşi vefat etmiş olanlara kıyasla daha fazla toplam ölçek puanına sahiptir. Yetkin (2016)'in çalışmasında, bekâr ebeveynlerin evli ebeveynlere göre stres düzeylerinin daha yüksek bulunduğu, özel gereksinimli bir çocuğun gelişim ve eğitimi sürecinde sorumluluğun tek ebeveynde toplanmasının bekâr ebeveynlerin stres düzeyini arttırdığı görülmüştür.

Ebeveynlerin eğitim durumuna göre depresyon, anksiyete ve toplam ölçek alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunurken; stres ve hayat memnuniyeti alt boyutlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Bkz, Tablo 50). Lise ve ortaokul mezunu olanların, üniversite ve ilkokul mezunu olanlara kıyasla daha fazla depresyon puanına; lise, ortaokul ve üniversite mezunu olanların, ilkokul mezunu olanlara kıyasla daha fazla anksiyete puanına ve lise ve ortaokul mezunu olanların, ilkokul mezunu olanlara kıyasla daha fazla toplam ölçek puanına sahip olduğu görülmüştür. Aylaz ve Aktürk (2017) tarafından yürütülen bir araştırmada, engelli çocukların babalarının eğitim düzeyinin düşmesi ile babaların sürekli kaygı düzeyinin arttığı saptanmıştır. Diğer taraftan Mitchell ve arkadaşları (2016), eş stresindeki artışın, anne ve baba arasındaki aile uyumu düzeyini azalttığını belirtmişlerdir. Bu araştırmaya katılan okuryazar babaların, stres düzeyinin daha yüksek olduğu ve bu durumun engelli çocuğa sahip annelerin ruhsal iyilik hallerinde düşüşe neden olduğu düşünülebilir.

Ebeveynlerin gelir durumuna göre depresyon, anksiyete, stres, toplam ölçek ve hayat memnuniyeti tutumlarında anlamlı bir farklılık yoktur (Bkz, Tablo 52). Gatzoyia ve diğ. (2013), otizm spektrum bozukluğu olan bireylerin ebeveynlerinden mali durumu daha kötü

olanların psikolojik sıkıntılarının daha fazla olduğunu ve daha ciddi depresif belirtiler gösterdiklerini bildirmişlerdir. Literatürde, maddi desteğe ve iyi bir eğitime sahip olan ebeveynlerin yaşam kalitesinin daha yüksek düzeyde olduğu ifade edilmiştir (Schuengel ve diğ., 2010). Annelerin eğitim düzeyi ve gelir düzeyleri arttıkça, sürekli kaygı düzeylerinin azaldığı ve sosyal destek algılama düzeyinin arttığı görülmektedir. Bu bulguya göre, annelerin eğitim düzeylerinin artışıyla birlikte, engelli çocuklarına dair karşılaşılabilecek sorunlara çözüm geliştirmede genellikle daha başarılı olacaklarından, kaygı düzeylerinin bir alt eğitim düzeyine göre daha az olması beklenen bir durumdur. Aynı şekilde, eğitimin getirdiği avantajla anne ve babaların sosyal çevrelerinin farklılığı ve bu çevrelerden yararlanma durumları da sahip olunan eğitim düzeyiyle paralellik gösterecektir. Benzer durum ailelerin aylık gelir düzeyi için de geçerli olup, genelde maddi imkânlarla paralel gelişen sosyal çevre ile birlikte algılanan destek artmakta, diğer yandan ise engelli çocuklarının gereksinimlerini giderme noktasında maddi olanakların artışının kaygıyı azaltıcı etkide bulunduğu düşünülmektedir. Bu bulgular, engelli çocuğu olan annelerle çalışan Erhan (2005) ve Görgü'nün (2005), annelerin eğitim düzeyi ve gelir düzeyleri arttıkça sosyal destek algılama düzeyinin arttığı yönündeki bulgularıyla da paralellik göstermektedir.

Ebeveynlerin meslek durumuna göre depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti tutumlarında anlamlı bir farklılık yoktur (Bkz, Tablo 51). Türkoğlu (2001), zihinsel engelli çocukların anne-baba ve kardeşleri üzerinde gerçekleştirdiği araştırmasında, çalışmayan annelerin çalışan annelere göre kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Araştırmada, çalışan annelerin umutsuzluk düzeylerinin çalışmayanlara göre yüksek olmasının nedenleri arasında, yoğun iş tempoları sebebiyle kendilerine sosyal zaman ayıramamaları, çocuklarıyla kaliteli vakit geçirecek fırsatı bulamamaları, sosyal rollerinden fedakârlık etmek durumunda kalmaları ve bunun çalışma yaşamı boyunca süreceği olması gösterilmiştir.

Ebeveynlerin eşi ile akrabalık bağı olup olmamasına göre depresyon alt boyutunda anlamlı bir farklılık varken; anksiyete, stres, toplam ölçek ve hayat memnuniyeti alt boyutlarında anlamlı bir farklılık yoktur. Eşi ile akrabalık bağı olanlar olmayanlara oranla daha fazla depresyon yaşamaktadırlar. (Bkz, Tablo 53).

Ebeveynlerin eşi ile yakınlık derecesine göre depresyon ve hayat memnuniyeti alt boyutlarında anlamlı bir farklılık tespit edilmişken; anksiyete, stres ve toplam ölçek alt boyutlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bulgulara dayanarak, uzaktan ve 3. derece yakınlığı olanların olmayanlara ve 2. derece yakınlığı olanlara kıyasla daha fazla depresyon yaşadıkları söylenebilir. (Bkz, Tablo 54). Literatürde, engelli çocuğu olan ailelerin alışma dönemlerinde şok, inkâr, acı ve depresyon süreçlerini takip ettiği (Sungur, 2002; Raina ve diğ., 2005; Kaya, 2010) ve bu nedenle her zaman sosyal desteğe ihtiyaçları olduğu belirtilmektedir (Ersoy ve Çürük, 2009). Akrabalık ilişkileri sosyal desteğin sağlanmasında önemli bir rol oynaması beklenebilir. Bu açıdan akrabalık derecesine bağlı olarak oluşan tutarsız tavırlar ebeveyni olumsuz etkileyebilir. Akrabaların engelli çocuğu kabul etmeyişleri süreci zorlaştırabilir. Çocuğun sosyal hayatında ve eğitim hayatında olumsuzluklar yaşamasına neden olabileceği yorumu yapılabilir.

Ebeveynlerin çocuğun cinsiyetine göre depresyon, anksiyete, stres ve toplam ölçek tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmezken; hayat memnuniyeti tutumlarında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. (Bkz, Tablo 55). Çocuğunun cinsiyeti erkek olanlar, kız olanlara oranla daha fazla hayat memnuniyeti puanına sahiptir. Literatürde bu konuda mevcut bulgular doğrultusunda, çocukların cinsiyetlerinin toplumdaki rollerde olduğu kadar anne-babaların beklentilerinde de farklılıklar yaratan bir etken olarak görüldüğü söylenebilir. Özellikle, ataerkil toplumlarda sağlıklı bir çocuğa sahip anne-babalar, çocuklarının geleceklerine yönelik planlarını onların cinsiyetlerine uygun rollerle yapmaktadırlar (Aydoğan ve Darıca 2000). Ülkemizde artan eğitim seviyesi ve değişen toplum yapısı göz önüne alındığında, anne-babaların kız ve erkek çocukları için benzer beklentilere ve kaygılara sahip oldukları düşünülebilir. Ancak özellikle bakım gereksinimlerinin arttığı engelli çocuklarda, toplumun halen cinsiyet rollerine karşı duyarlı olduğu, erkek çocukların bakımlarının başkaları tarafından karşılanmasının doğal kabul edildiği ve kız çocuklarının kendi bakımları konusunda bağımlı olmalarının ailelerde çocukların geleceklerine yönelik daha çok endişe uyandırdığı ve kız çocuklarının ergenlikteki fiziksel değişikliklerinin bu endişeleri arttırdığı düşünülmektedir (Aydoğan ve Darıca 2000).

Ebeveynlerin çocuğun yaşına göre depresyon, anksiyete, stres, toplam ölçek ve hayat memnuniyeti tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. (Bkz, Tablo 56). Beckman'ın

(1983) çalışmasında da, çocuğun yaşı ile annenin kaygısı arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır. Beckman (1983) ve Floyd ve Gallagher (1997), çocuğun yaşı ile anne-baba stresi arasında ilişki bulamazken; Krauss ve Seltzer de (1993) çocuğun yaşına göre anne-babaların gelecekteki bakım planlarında farklılık olmadığını bulmuştur. Bir başka açıdan değerlendirildiğinde; engelli bireyin ailesi, toplumsal ilişki süreçlerinde sorunlar yaşayabilir. Çocuklarının yaşları ilerledikçe onların gelişimine ilişkin kaygı duymakla birlikte; onların bakımını üstlenecek kişiler hakkında endişelenebilir. Toplumda engelli bireylere sağlanacak bakım ve sosyal hizmetlerin devlet tarafından verilerek kültürel bir adaptasyonun sağlanması, bu kaygıları azaltacak önemli bir etken olabilir. Kültürel örüntünün şekillenmesinde, yasaların etkisi olduğu düşünülebilir. Engelli haklarına ilişkin oluşturulan yasa ve uygulamaların engelli ailesinin sorunlarına yönelik hazırlanması, toplumun engelli bireye olan adaptasyonunu güçlendirebilir.

Ebeveynlerin çocuklarının kardeşi olup olmadığı ve kaçınıcı çocuk olma durumuna göre depresyon, anksiyete, stres, toplam ölçek ve hayat memnuniyeti tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Bkz, Tablo 57-58). Kardeşler arası ilişkiler, zihinsel engelli çocuğu olan ailelerde önemli problemlerden biridir (Sandalcı, 2002, s. 87). Bu ailelerdeki bazı çocuklar, hayatlarını ve gelecek planlarını engelli kardeşlerinin ihtiyaçlarına göre düzenlemek durumunda kalmaktadırlar (Şenel, 1995, s. 34). Bu çocuklar ayrıca, normal kardeşi olan çocuklara kıyasla daha fazla sorumluluk, kaygı, daha az anne-baba ilgisi, kardeşle ilgili olumsuz duygular, kardeşin bakımı ve eğitim harcamaları nedeniyle ekonomik güçlükler yaşayabilirler. Engelli kardeşlerin bakımının, ebeveynin ölümünden sonra tamamen normal kardeşlere kalacağı gerçeği de, bu çocukların normal kardeşleri için kaygı yaratan diğer etkenlerdir.

Ebeveynlerin çocuğun engel durumuna göre depresyon, anksiyete, stres, toplam ölçek ve hayat memnuniyeti tutumlarında anlamlı bir farklılık yoktur (Bkz, Tablo 59). Bu araştırmada, annenin depresyon düzeyinin çocuğun sahip olduğu engellilik türüne göre farklılık göstermediği anlaşılmıştır. Benzer şekilde Dereli ve Okur (2008) tarafından yürütülen bir çalışmada, çocuğun engellilik türü ile ebeveynlerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Akkök ve arkadaşları, engelli çocuğa sahip anne-babalar ile yaptıkları çalışmada, ailelerin streslerini yordayan etkenleri incelemişler ve özrün derecesinin stresi yordayan önemli bir etken olduğunu bulmuşlardır. Örneğin; eğitilebilir çocuk yerine

otistik çocuğa sahip olmanın stresi artıran bir faktör olduğunu tespit etmişlerdir. Engelli bir çocuğa bakmak, engelliliğin türüne bağlı olarak, fiziksel sağlık sorunlarına, zihinsel sağlık sorunlarına ve anneler üzerinde zamana veya mali yüklerle neden olabilir (Bourke ve diğ., 2008; Brehaut ve diğ., 2004; Estes ve diğ., 2013; Lee, 2013; Montes ve Halterman, 2008a, 2008b; Nes ve diğ. 2014; Parish, Rose, Dababnah, Yoo ve Cassiman, 2012; Raina ve diğ., 2005). Hayden ve Goldman (1996) ile Rodriguez ve Murphy (1997), zihinsel engelli çocukların annelerinin diğer engelli çocukların annelerinden daha fazla stres yaşadıklarını ortaya koymuşlardır. Al-Gamal ve Long (2013), çocuklarda engellik durumunun ebeveynlerin stres düzeyini artıran önemli bir etken olduğunu, buna bağlı olarak da yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini belirlemişlerdir. Albayrak (2015) engelli olan çocuğu otizm olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla sosyal destek arayışı içinde olduğunu ve daha fazla çaresiz yaklaşım sergilediklerini belirlemiştir. Tapan (2016), *Ben Mutlu Bir Down Annesiyim* adlı kitabında, down sendromlu oğlunun doğumu ve gelişim sürecinde yaşadıklarından bahsetmekte ve aynı zamanda oğlunun hayatının amacı, mutluluğunun kaynağı olduğuna değinmektedir. Ancak bu sürecin anneler için ne kadar yıpratıcı olduğuna dair birtakım söylemlerde bulunmakta olup; annenin bu süreç esnasında şu sorulara cevap aradığına dikkati çekmektedir: “Acaba yapacak bir şeyler var mı? Ben geç kalıyor olmayayım? Sonradan keşke der miyim?” Anneler için kaygılarını, korkularını paylaşmak ve onların zihinlerinden geçen binlerce soruya cevap aramak çok önemli ihtiyaçtır. Down’lu bir çocuğun doğum haberinden sonra, bütün yardım, dikkat ve ilgi aileye yönelik olmalıdır. O an çocuk için yapılacak hiçbir şey yoktur. Mühim olan bu büyük sorunu paylaşabilmek, çözümleyebilmek, kabullenebilmek için ailelerin ihtiyaçları bir ölçüde giderilmeli, kafalarındaki sorular cevaplandırılmalıdır, belirsizlikler ortadan kalkmalıdır. Böylece, çocuk da zaman içerisinde fayda görebilir.

Ebeveynlerin başka engelli çocuğu olma durumuna göre depresyon alt boyutunda anlamlı bir farklılık varken; anksiyete, stres, toplam ölçek ve hayat memnuniyeti alt boyutlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Bkz, Tablo 60). Başka engelli çocuğa sahip olanların olmayanlara oranla daha fazla depresyon puanına sahip oldukları belirlenmiştir. Engelli çocuğun bakımverenlerindeki depresif belirti şiddetinin bakım yükü seviyelerini yordadığını gösteren bulgumuz ise, bu iki değişkenin birbiriyle ilişkili olduğunu gösteren literatür verileriyle uyumludur (Cotelo ve diğ., 2015; Bianchi ve diğ., 2016). Turan ve İşler (2017), zihinsel engelli çocuk annelerinde yaptıkları çalışmada, zihinsel engele ek olarak başka

kronik hastalığa sahip çocuk annelerinde, aile yükünün daha fazla olduğunu bulmuştur. İki engelli çocuk yetiştirmenin, anne psikolojik sıkıntı ile (olasılık oranı: bir çocuk için 1.72, iki çocuk için 2.85), engelli olmayan çocuklarla karşılaştırıldığında anlamlı olarak ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ebeveynlerin birden fazla engelli çocuğa sahip olmaları tabiatıyla daha fazla zorlukla karşılaşmaları anlamına gelmektedir. Yamaoka ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan bir araştırmada, bu çalışmayı destekleyecek şekilde, sahip oldukları engelli çocuk sayısının artması ile annelerin ruh sağlıkları arasında olumsuz bir ilişki olduğu ortaya konmuştur. Buna mukabil, Üskün ve Gündoğar (2010) tarafından yürütülen bir araştırmada ise engelli çocuk sayısının artması ile ebeveynlerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ifade edilmiştir.

Ebeveynlerin günlük işlerinde sorun yaşama durumuna göre depresyon, anksiyete, stres, toplam ölçek ve hayat memnuniyeti tutumlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. (Bkz, Tablo 61). Kizir ve Çifci Tekinarslan (2008), ağır ve çoklu yetersizliği olan çocuğa sahip annelerin başta eğitim ve sağlık olmak üzere çok fazla sorunla karşılaştıklarını, bu sorunları çözme konusunda kendilerini güçsüz ve yalnız hissettiklerini, sorunlarla başa çıkmada kullandıkları yöntemlerin ise sınırlı olduğunu saptamışlardır. Aynı şekilde Gözün Kahraman ve Çetin (2015), gelişimsel gerilik tanısı almış bebeğe sahip annelerin sağlık problemleri yanında yaşanan süreçte konaklama ya da ulaşım gibi çeşitli problemler de yaşadıklarını belirlemişlerdir. Görüldüğü gibi, bebeklikten itibaren çocukla ilgili normal dışı bir durum, aile bireylerini oldukça sıkıntıya sokmakta ve bireyler sıkıntılarının üstesinden gelmekte zorlanmaktadırlar. Kahriman ve Bayat (2008), özürlü çocuğa sahip ebeveynlerin yaşadıkları güçlükler ve algıladıkları sosyal destek düzeylerinin incelenmesiyle ilgili yaptıkları bir araştırmada, özürlü çocuğa sahip ebeveynlerin tümünün bakım konusunda zorluklar yaşadıklarını saptamıştır.

Ebeveynlerin aile içi sorun yaşama durumuna göre depresyon, anksiyete, toplam ölçek ve hayat memnuniyeti tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmezken; stres alt boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Bkz, Tablo 62). Ne tür sorunlar yaşadıkları araştırmada sorulmuştur, 85'i (%28,05) bütün günlük işlerinde sorunlar yaşadıklarını, 63'ü (%20,79) eğitime giderken çocuklara bakacak kimseyi bulamadıkları, 56'sı (%18,48) yalnız bırakma konusunda problem yaşadıklarını, 32'si (%10,56) diğer çocukları ile ilgilenemediklerini,

27'si (%8,91) ev işlerinde sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu durum ebeveynin sosyal desteğe ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Lafçı ve arkadaşları (2014), zihinsel yetersizlikten etkilenmiş ailelerin tümünün çocuklarının geleceği için kaygılı olduklarını ve bu durumdan dolayı hayal kırıklığı yaşadıklarını, eşler arası iletişimde sorunlar bulunduğunu, engelli çocuğun aileye ek masraf getirdiğini ve engelli çocuklarıyla ilgili olarak aile bireylerinden destek göremediklerini saptamışlardır. Altuğ Özsoy, Özkahraman ve Çallı (2006), ailelerde yaşanan sorunları inceledikleri araştırmalarında, ailelerin sosyal çevreden destek görmeyi, suçlama ve suçlanma duygusunu, aile sorunları hakkında düzenli olarak konuşma ve danışmanlık ihtiyacı hissetme sorunları yaşadıklarını saptamışlardır.

Ebeveynlerin diğer çocuklar ile ilgilenme durumuna göre depresyon, stres ve toplam ölçek alt boyutlarında anlamlı bir farklılık görülürken; anksiyete ve hayat memnuniyeti alt boyutlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. (Bkz, Tablo 63). Diğer çocuklarla ilgilenenler, ilgilenmeyenlere oranla daha fazla depresyon puanına; diğer çocuklarla ilgilenenler, ilgilenmeyenlere oranla daha fazla stres puanına; diğer çocuklarla ilgilenenler, ilgilenmeyenlere oranla daha fazla toplam ölçek puanına sahiptir. Bu bağlamda, diğer çocuklarla ilgilenenlerin ilgilenmeyenlerden daha fazla depresyon ve stres yaşadıkları söylenebilir.

Ebeveynlerin psikolojik destek alma durumuna göre depresyon, stres ve toplam ölçek alt boyutlarında anlamlı bir farklılık görülürken; anksiyete ve hayat memnuniyeti alt boyutlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Bkz, Tablo 64). Psikolojik destek alanların, almayanlara oranla daha fazla depresyon; daha fazla stres ve daha fazla toplam ölçek puanına sahip oldukları anlaşılmıştır. Byrne ve arkadaşları (2010) ile Parkes ve arkadaşları (2011), engelli çocukların ebeveynlerinin, normal gelişim gösteren çocukların ebeveynlerine göre genellikle daha yüksek düzeyde stres ve daha kötü zihinsel sağlık göstergelerine sahip olduklarını belirtmişlerdir. Şeker (2015), engelli çocuğu olan anne-babaların psikopatolojik semptomlarının belirlenmesine yönelik olarak yaptığı araştırmada, en yüksek ortalamalara sahip semptomların obsesif kompulsif belirtiler ve depresyon olduğunu saptamıştır. Mobarak ve arkadaşları (2000), engelli çocuğa sahip annelerle yaptıkları çalışmada, annelerin %41,8'inin psikiyatrik bir hastalık riski ile karşı karşıya olduklarını tespit etmiştir. Ancak psikolojik desteğe ve psikiyatrik tedaviye ihtiyaç duydukları halde bu annelerin çoğunun bu desteği almadıkları görülmüştür (Karakuş ve Kırılıoğlu, 2019). Bu duruma gerekçe olarak ekonomik

nedenler, annelerin engelli çocuğa verdikleri bakımın yoğunluğundan dolayı kendine zaman ayıramamaları ve bu desteğe ihtiyaç duyduklarının farkında olmamaları gösterilmiştir. Jones ve Passey (2004), ailelerin yaşadıkları streste sosyal desteğin önemli bir belirleyici olduğunu tespit etmişlerdir. Yurdakul ve Girli (1999), sosyal destek veren kişilerin sayısı ve bu destekten duyulan memnuniyet derecesi arttıkça, anne-babaların depresif belirtilerinin azaldığını ve benlik saygılarının yükseldiğini belirlemiştir. Çoşkun ve Akkaş (2009), annelerin sosyal destek algı düzeyi arttıkça daha az sürekli kaygı hissettiklerini saptamıştır.

Ebeveynlerin rehabilitasyona devam etme zamanına göre depresyon ve toplam ölçek alt boyutlarında anlamlı bir farklılık görülürken; anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti alt boyutlarında anlamlı bir farklılık yoktur (Bkz, Tablo 65). 1 yıldan az rehabilitasyona devam edenlerin, 3-4 yıl devam edenlere oranla daha fazla depresyon ve daha fazla toplam ölçek puanına sahip olduğu anlaşılmıştır. Aydın (2016) da, mental retardasyon, otizm ve down sendromu tanısı almış çocukların annelerinin depresyon düzeylerini belirlemeyi amaçladığı araştırmada, annelerin çocuklarının özel eğitim süresine göre depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulgusuna ulaşmıştır.

Ebeveynlerin dindarlık düzeyine göre depresyon ve hayat memnuniyeti alt boyutlarında anlamlı bir farklılık varken; anksiyete, stres ve toplam ölçek alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çok dindar, dindar ve biraz dindar olanların, hiç dindar olmayanlara kıyasla daha fazla depresyon puanına; çok dindar olanların, hiç dindar olmayanlara kıyasla daha fazla hayat memnuniyeti puanına sahip olduğu görülmüştür. Wink, Dillon ve Larsen (2005), yaşlılarda dindarlık ve maneviyat ile depresyon ve fiziksel sağlık arasındaki ilişkileri ele aldıkları çalışmalarında, yüksek düzeyde dindarlığın (kurumsal anlamda kiliseye devamlılık, ibadet ve dua) fiziksel sağlıkla ilişkili problemlerin ortaya çıkardığı depresyona karşı koruyucu bir tampon vazifesi üstlendiğini bulmuşlardır. Murphy ve diğ., (2007), dini inançların daha düşük düzeyde depresyon ve umutsuzlukla ilişkili olduğunu saptamıştır. Ayten ve Sağır (2014), her iki dini başa çıkma tarzının depresif eğilimleri artırıcı etkisinin olduğunu tespit etmiş, yüksek düzeyde belli başlı dini başa çıkma etkinliklerine başvurulması ile önemli başa çıkma stratejilerinin ihmal edilmesi nedeniyle depresif durumun artmış olabileceği yorumunda bulunmuşlardır. Ancak, Murat ve Kızılgeçit (2017), psikopatolojisi olan grupta da olmayan grupta da depresyon ile olumlu dini başa çıkma arasında herhangi bir anlamlı ilişki

bulamamış; literatürü destekler şekilde, psikopatolojisi olan grupta olumsuz dini başa çıkma ile depresyon arasında pozitif yönde bir ilişki saptamışlardır.

Değişkenler arası korelasyonlar incelendiğinde, olumlu dini başa çıkma tutumunun reddetme ile negatif yönlü anlamlı ilişkisinin olduğu yani olumlu dini başa çıkma tutumu arttıkça reddetme tutumunun azaldığı; depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ile anlamlı ilişkisinin olmadığı belirlenmiştir. (Bkz, Tablo 67). Olumsuz dini başa çıkma tutumunun depresyon ile pozitif yönlü anlamlı ilişkisinin olduğu, yani olumsuz dini başa çıkma tutumu arttıkça depresyonun arttığı; anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti ile anlamlı ilişkisinin bulunmadığı belirlenmiştir. Bu çerçevede ilgili hipotezlerin doğrulandığı anlaşılmaktadır.

Ulaşılan sonuçlar bağlamında, olumlu dini başa çıkma tutumları arttıkça ebeveynin engelli çocuklarını kabul davranışlarının arttığı söylenebilir. Çocukların sağlıklı bir gelişim için ihtiyaç duydukları olumlu tutum ve davranışları ebeveynlerinden ve çevrelerinden görmeleri önemlidir. Ebeveynin engelli çocuğu kabul-red tutumları ile dini başa çıkma ilişkisi, din psikolojisi literatüründe doğrudan araştırma konusu edilmemişse de, dini inanç, kavram ve uygulamaların ebeveynlerin çocuklarının durumunu anlama ve kabullenme konusundaki katkı ve etkisine ilişkin bazı araştırmaların bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Karagöz'ün (2010), otizmlili çocukların aileleriyle gerçekleştirdiği araştırma sonuçlarına göre, ebeveynlerin dini anlamda yaşadıkları sorgulama süreci neticesinde çoğunluğunun dini duygu ve düşüncelerinde olumlu yönde bir değişim yaşadıklarını ifade ettikleri, çocuklarının engelini anlamlandırma ve açıklamada dini kavramlara başvurdukları, dini başa çıkma tarzlarına önemle yer verdikleri tespit edilmiştir. Karataş'ın (2018), görme engelli bireylerin aileleriyle gerçekleştirdiği araştırmada da, ebeveynlerin bu durumu anlamlandırma, açıklama ve kabullenmede dini kavramlara başvurdukları, başa çıkma sürecinde dua ve dini uygulamalardan yararlandıkları, dini inanç ve yaklaşımın çocuklarının engel durumlarıyla başa çıkmada olumlu bir etkisinin bulunduğu belirlenmiştir.

Olumsuz dini başa çıkma tutumlarının depresyon ile pozitif yönlü anlamlı ilişkisi bağlamında, olumsuz dini başa çıkma tutumu arttıkça depresyonun arttığı yorumu yapılabilir. Özellikle ekonomik sıkıntı, duygusal/psikolojik ilişki sorunu, işyeri problemleri, aile içi sorunlar ve sakatlık, yaralanma, hastalık gibi olayları yaşayan insanlarda daha çok olumsuz dini başa çıkma tutumlarının ortaya çıktığı gözlenmiştir (Topuz, 2003, s. 110-148). Alanyazın

incelendiğinde, depresyondan acı çekenler için dinin ve dini başa çıkmanın önemli bir kaynak olduğu, bu kişilerden manevi destek verme ve gözetme, hayra yorma, işbirliği gibi olumlu dini başa çıkma yöntemleri kullananların daha iyi bir ruh sağlığına sahip olduğu gösterilmiştir. Buna karşılık erteleme, şerre yorma, manevi hoşnutsuzluk gibi olumsuz dini başa çıkma yöntemlerini kullananlarda depresif belirtilerin artmış olduğu kaydedilmiştir (Klaassen, McDonald ve James, 2006, s. 114). Tarakeshwar ve Pargament (2001, s. 247-260), engelli çocukların ailelerinde dinin rolünü tespit etmek üzere gerçekleştirdikleri bir araştırmada, olumlu dini başa çıkma tutumunun daha düşük düzeyde stres ile; olumsuz dini başa çıkma tutumunun ise depresyon, anksiyete ve yüksek stres düzeyi ile ilişkili olduğunu bulgulamışlardır. Bennett ve arkadaşlarının (1995) yaptıkları bir araştırmada da, engelli çocuğu olan bazı ebeveynler için dinin güçlü bir destek kaynağı olduğu, dua etmenin, dini toplantılara katılmanın ve dini inançların rahatlatıcı özelliğe sahip olduğu tespit edilmiştir.

Dini başa çıkma, kişinin zorluklar karşısında dini inançları ışığında bir duruş benimsemesi, yaşanan güçlüğü dini ritüeller, anlam, huzur, kontrol ve Yaratıcı'ya yakınlık hissi gibi dini referanslarla anlamlandırması ve durumu yönetmek için bilişsel ve davranışçı teknikleri kullanmasıdır (Pargament, 1997; Wortmann ve Park, 2008). Stres zamanlarında kişiye yardımcı olan başa çıkma stratejilerini sağlanması, dinin olumlu etkilerini gösterdiği önemli bir mekanizmadır (Ano ve Vasconcelles, 2005). Ferah (2019) boşanma sürecindeki bireylerin dini başa çıkma davranışları ile onların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu desteğin alınmaması durumunda, depresif belirtilerin artabileceği yorumu yapılabilir. Özellikle Müslümanlar için din, benliğin bilişsel, duyuşsal, davranışsal ve ruhsal bileşenlerine nüfuz eden kapsamlı bir hayat tarzı olarak kabul edilmektedir (Abu Raiya ve Pargament, 2011). Araştırmalar, diğer dini gruplara göre Müslümanların dini başa çıkmayı strese yanıt olarak daha yüksek oranda kullandıklarına işaret etmekte (Bhui ve diğ., 2008; Cinnirella ve Loewenthal, 1999) Müslümanların dini başa çıkma tarzlarının hem içsel (Yaratıcı ile bireysel ilişkisi) hem de dışsal (dini ritüeller ve dini topluluklar) bileşenlerine vurgu yapılmaktadır (Abu Raiya ve diğ., 2008).

Müslüman bireylere odaklanan bazı araştırmalar (Gardner ve diğ., 2014; Hassouneh-Phillips, 2003), dini başa çıkmanın etkilerine dair farklı sonuçlar ortaya koymakta, dini inancın hem güç ve destek hem de kırılabilirlik kaynağı olabileceğine işaret etmektedir. Bir güç kaynağı

olarak, dua ve dini metin okumaları gibi uygulamaların başa çıkmada önemli bir araç sağladığı; diğer yandan bir kırılma kaynağı olarak, içinde bulunulan zor şartlara tahammül ve sabır gösterilmesi gerektiği şeklinde yorumlanan dini öğretilerin, bireylerin gereken yardımı almalarını engellediği belirtilmektedir. Ülkemizde engelliler ve aileleriyle yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmış; engelli çocuğa sahip ebeveynlerin zaman zaman “reddedilme, günah işlemiş olma, cezalandırılma, bedel ödetilme, suçluluk duyma” gibi olumsuz açıklama ve yorumlara başvurdukları tespit edilmiştir (Kula, 2000, 2011; Karagöz, 2010; Doğan, 2016; Karataş, 2018; Kara, 2018). Bu noktada, dinin, özellikle ülkemizdeki engelliler ve aileleri için yaygın bir anlam ve içsel ve dışsal bir başa çıkma kaynağı olduğu olgusundan hareketle dini kavram, uygulama ve değerlerin amacına ve hikmetine muhalif bir şekilde yorumlanmasından kaçınılması ve dinin bir kırılma kaynağı değil bir güç ve destek kaynağı olduğu hususuna dikkat ve özen gösterilmesi gerekmektedir. Zira bu dini kavram, uygulama ve değerlerin amacına ve hikmetine uygun bir şekilde algılanması, yorumlanması ve uygulanması, engelli ve ailesi için anlamlandırma, kabullenme, başa çıkma ve iyileşme süreçlerine olumlu katkılarda bulunacaktır.

Dini başa çıkma ölçeğinin alt boyutlarının ebeveyn kabul-red ölçeğini yordamasına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, sonucun anlamlı olduğu anlaşılmıştır. Bu, modelin anlamlı olduğunu göstermektedir. Ebeveyn kabul-red davranışlarının %2 kadarını açıklamaktadır. Olumlu dini başa çıkma tutumları regresyon yükünün (β -,287), olumsuz dini başa çıkma tutumları regresyon yükünün ise (β ,216) olduğu belirlenmiştir. Olumsuz dini başa çıkma tutumunun çocuklarını reddetme eğilimini etkilediği; olumlu dini başa çıkma tutumunun ise; reddetme eğilimine negatif etkide bulunduğu belirlenmiştir (Bkz, Tablo 68). Bu bulgular, alan yazınla örtüşmektedir.

Dini Başa Çıkma Ölçeğinin alt boyutlarının Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeğini yordamasına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, sonucun anlamlı olmadığı görülmüştür. Aynı şekilde Dini Başa Çıkma Ölçeğinin alt boyutlarının hayat Memnuniyeti Ölçeğini yordamasına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları incelendiğinde de, sonucun anlamlı olmadığı görülmüştür (Bkz, Tablo 69-70). Alan yazın incelendiğinde, depresyondan acı çekenler için dinin ve dini başa çıkmanın önemli bir kaynak olduğu, bu kişilerden manevi destek verme ve gözetme, hayra yorma, işbirliği gibi olumlu dini başa çıkma

yöntemleri kullananların daha iyi bir ruh sağlığına sahip olduğu gösterilmiştir. Buna karşın erteleme, şerre yorma, manevi hoşnutsuzluk gibi olumsuz dini başa çıkma yöntemlerini kullananlarda depresif belirtilerinin artmış olduğu kaydedilmiştir. Bu bulgular, farklı örneklem grupları (örneğin yaşlılar, hastalar vs.) ile yapılan diğer çalışmalarda ve meta-analizlerle desteklenmiştir (Klaassen, McDonald ve James, 2006, s. 114). Gerek kaygı ile dindarlık arasındaki ilişkiye dair yapılan çalışmalarda ve gerekse kaygının tedavisinde dini başa çıkmanın etkisi üzerine yapılan araştırmalarda dinin ve dinsel öğelerin olumlu yönde etkisi ampirik olarak ispatlanmıştır (Ayten, 2018, s. 26-29). Ancak analiz sonuçlarımızın anlamlı çıkmamasının, engelli çocuğa sahip olan ailelerde depresyon, anksiyete ve stresli yaşam koşulları kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Aileler durumlarını normalleştirmiş olabilirler. Dini başa çıkma tutumlarını bu normalleştirme nedeniyle depresyon anksiyete ve streslerini etkilememiş olabilir. Alan yazında engelli çocukların ailelerinin daha yüksek düzeyde strese sahip oldukları ve engelli olmayan çocukların ailelerine göre hem fiziksel hem de ruhsal olarak daha fazla sağlık problemiyle karşı karşıya oldukları birçok araştırma ile gösterilmiştir (Cadman, Rosenbaum ve Offord, 1991; Dyson, 1993; Friedreich, Wilturner ve Cohen, 1985). Bakım verme durumuna uyumda güçlük yaşayan bireylerde ortaya çıkan fiziksel, psikolojik, finansal ve sosyal yanıtlar “bakımveren yükü” olarak tanımlanmıştır (Zarit, Reever ve Bach-Peterson, 1980). Alan yazın incelendiğinde, ekonomik sıkıntı, duygusal/psikolojik ilişki sorunu, iş yeri problemleri, aile içi sorunlar ve sakatlık/yaralanma/hastalık gibi olayları yaşayan insanlarda daha çok olumsuz dini başa çıkma tutumlarının ortaya çıktığı gözlenmiştir (Topuz, 2003, s. 110-148).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Zihinsel, otizm ve down sendromlu çocuklara sahip ebeveynlerin dini başa çıkma stratejilerini, çocuğunu kabul-red tutumlarını ve psikolojik sağlık göstergelerini konu edinen bu araştırmada, dini başa çıkma tutumlarının kabul-red ve psikolojik sağlık göstergeleri üzerindeki rolü, temel kavram ve önermeler ışığında incelenmiş, ebeveynlerin dini başa çıkma tutumlarının ilgili değişkenler üzerindeki etki ve katkıları nicel bir yaklaşımla belirlenmeye çalışılmıştır.

Araştırmaya İstanbul'un farklı ilçelerinden gönüllü olarak toplam 514 ebeveyn katılmış, annelerin grupta çoğunluğu oluşturduğu tespit edilmiştir. Farklı yaş aralıklarında bulunan, medeni durumları ve meslekleri değişkenlik gösteren ebeveynlerin çoğunluğunun düşük eğitim ve gelir seviyelerine sahip olduğu, engelli çocuklarının daha çok kızlardan oluştuğu, çoğunlukla aile içi sorun yaşamadıkları ve çocuklarıyla ilgilendikleri, çok azının psikolojik destek aldığı ve rehabilitasyona devam ettiği ve çoğunluğunun öznel dindarlık algılarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda, engelli (zihinsel, otizm ve down sendromlu) çocuğa sahip ebeveynlerin, dini başa çıkma stratejilerini kullandıkları fakat hem olumlu hem de olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini kullanma eğiliminin "orta" düzeyde bulunduğu belirlenmiştir. Öznel dindarlık algıları yüksek olan ebeveynlerin orta düzeyde dini başa çıkma tutumlarına sahip olmaları, başa çıkma sürecinde dini değerleri kullanma konusunda desteğe, yardıma, güçlendirmeye ve rehberliğe ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Ebeveynlerin durumlarını anlamlandırma, başa çıkma ve sıkıntılarını aşma sürecinde dini ve manevi danışmanlık desteği almasının yararlı olacağı, içinde buldukları durumla başa çıkma sürecinde daha yaygın ve ulaşılabilir bir dini ve manevi danışmanlık ve rehberlik imkânı sunulmasının olumlu, kolaylaştırıcı ve güçlendirici bir destek sağlayacağı düşünülmektedir.

Dini başa çıkma tutumları demografik değişkenler açısından ailelerin eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyleri, çocuklarının rehabilitasyona devam etme süreleri, öznel dindarlık algıları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Dolayısıyla, bu konudaki hipotezimiz büyük oranda doğrulanmıştır.

Ebeveynlerin, engelli (zihinsel, otizm ve down sendromlu) çocuklarını kabul-red konusunda “orta” düzeyde kabul-red davranışı sergiledikleri yani çocuklarını orta düzeyde kabullendikleri belirlenmiştir. Ebeveynlerin, çocuklarını kabul aşamasında zorluklar yaşasalar da, süreç içerisinde mevcut durumlarını kabullendikleri söylenebilir. Ebeveynlerin engelli çocuklarını kabul veya red konusunda farklı tutumlar sergilemeleri ve çeşitli faktörlerin kabullenme veya reddetmede etkisinin bulunması, profesyonel ve sosyal desteğin önemine ve dini inanç ve uygulamaların kabullenmeyi kolaylaştırıcı ve olumlu yönde sağladığı değişime işaret etmektedir. Bu kapsamda ebeveynlere profesyonel ve sosyal destek sağlanırken inanç, maneviyat ve ahlak gibi önemli kaynakların dikkate alınması, bir sosyal destek aracı olarak dini ve manevi bakım ve rehberlik hizmetlerinde de ebeveynlerin dini ve manevi potansiyellerini ortaya çıkarıcı, geliştirici, güçlendirici ve destekleyici daha fazla çalışma yapılması gerektiği anlaşılmaktadır.

Red-kabul düzeyleri demografik değişkenler açısından ailelerin akrabalık derecesi, engelli çocuğun kardeş sayısı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Dolayısıyla, bu konudaki hipotezimiz de büyük oranda doğrulanmıştır.

Ebeveynlerin, depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti düzeylerinin “düşük” olduğu belirlenmiştir. Alanyazında, engelli çocukların ebeveynlerinin, çocuklarının bu durumundan olumsuz etkilendiği, kronik engelli çocukların bakım sürecinin ebeveynlerinin hem fiziksel sağlığına hem de psikolojik sağlığına zarar verdiği ifade edilmektedir. Ancak bu konuda yapılan çalışmalarda ulaşılan farklı sonuçlar bir fikir birliğine varmayı zorlaştırmaktadır. Elde ettiğimiz bulgular bağlamında, engelli çocuğu olan ebeveynlerin depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti düzeylerinin toplumdaki ruhsağlığı göstergelerindeki yaygınlık paralelinde olduğu söylenebilir.

Depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti demografik değişkenler açısından ailelerin yaşları, medeni durumları, eğitim durumları, akrabalık bağları ve dereceleri, çocuklarının cinsiyeti, başka engelli çocuklarının var olup olmadığı, aile içi sorun yaşama durumları, diğer çocuklarıyla ilgilenme durumları, psikolojik destek alma durumları, çocuklarının rehabilitasyona gitme süreleri, öznel dindarlık algıları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Dolayısıyla, bu konudaki hipotezimiz kısmen doğrulanmıştır.

Olumlu dini başa çıkma tutumunun reddetme ile negatif yönlü anlamlı ilişkisinin olduğu yani olumlu dini başa çıkma tutumu arttıkça ebeveynlerin çocuklarını reddetme tutumunun azaldığı; olumlu dini başa çıkmanın depresyon, anksiyete, stres ve hayat memnuniyeti düzeyi ile anlamlı ilişkisinin olmadığı belirlenmiştir. Olumsuz dini başa çıkma tutumunun depresyon ile pozitif yönlü anlamlı ilişkisinin olduğu, diğer alt boyutlarla anlamlı ilişkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Olumlu dini başa çıkma tutumları arttıkça ebeveynin engelli çocuklarını kabullenme davranışlarının artmasında, rasyonel bir açıklamanın olmadığı bu gibi durumlarda ebeveynlerin aşkın olana, kutsala yönelerek çeşitli olumlu dini başa çıkma tutumları sergilemelerinin önemli etki ve katkıları olduğu, ancak din tarafından sunulan ve bu kabullenişte önemli rol oynayan mesajların amacına uygun olmayan bir şekilde yorumlanmasının, dinin olumsuz algı ve yorumları haklı çıkarmak üzere rasyonalize edilmesinin özellikle engelli ve ailesi için olumsuz sonuçlar doğurabileceği, nitekim olumsuz dini başa çıkma tutumları arttıkça depresyonun artmasının yani dini başa çıkmanın olumsuz bir şekilde kullanılmasının da psikolojik sağlığa negatif yönde etki ettiği sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç olarak, dini başa çıkma tutumlarının, bu araştırma özelinde, zihinsel, otizm ve down sendromlu çocuğa sahip ebeveynlerin çocuklarını kabul-red tutumlarını ve psikolojik sağlık göstergelerini etkileyen bir mekanizma olarak işlediği sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan analizler neticesinde, dini başa çıkma tutumlarının kabul-red ve psikolojik sağlık göstergeleri üzerinde belirleyici etkileri olduğu görülmüştür. Dini inancın dolayısıyla dini başa çıkma stratejilerinin ebeveynlerin tutumlarını yönlendirme, psikolojik sağlığa destek olma gibi niteliklerinden ötürü olumlu anlamda etkilere sahip bir olgu olarak işlevde bulunduğu tespit edilmiştir. Sonuçlar, engelli çocuğa sahip ailelerde dini inanç ve maneviyatın hem ebeveyn kabul-red tutumlarını hem de ruh sağlığına ilişkin çeşitli göstergeleri anlamak üzere bir değişken olarak daha çok dikkate alınması gerekliliğine işaret etmektedir.

Öneriler

Araştırmada ulaşılan bu sonuçlardan sonra, engelli çocuklara sahip ebeveynlere, danışmanlara ve araştırmacılara yönelik bazı önerilerde bulunabiliriz:

1. Engelli çocuklara sahip ebeveynlerin, kaygı ve streslerini azaltmada ve bir yöntem olarak olumlu dini başa çıkma tutumlarına yönelmeleri önerilmekte, gündelik yaşamda sıkça

kullanılan dini ve manevi duygu ve düşüncelerin farkına varılması ve kullanılmasının, zorluklarla başa çıkmada kolaylaştırıcı ve güçlendirici etkide bulunacağı düşünülmektedir. Ayrıca, bu ailelerin var olan stres kaynaklarının daha derin bir şekilde incelenmesi ve maladaptif döngülerini farketmeleri açısından psikoterapistler tarafından düzenli olarak terapi verilmesi önerilmektedir.

2. İnsan hayatında önemli bir anlam sistemi olarak işlev gören dinin, ebeveynlerin anlamlandırma ve çocuklarını kabullenme davranışlarında olumlu yönde bir değişim sağlayacağı düşünülmektedir. Din aynı zamanda insanı mutlu kılarak yaşama bakışını güçlendirebilir. Mutlu olan kişilerin dayanma gücü ve dirençlerinin yüksek olacağı beklenebilir.

3. Ebeveynlere sağlanan profesyonel ve sosyal destek hizmetlerinde inanç, maneviyat ve ahlak gibi önemli kaynakların dikkate alınması, bir sosyal destek aracı olarak dini ve manevi bakım ve danışmanlık hizmetlerinde de ebeveynlerin dini ve manevi potansiyellerini ortaya çıkarıcı ve güçlendirici çalışmaların yapılması önerilmektedir.

4. Ebeveynlere sunulan dini ve manevi bakım ve danışmanlık hizmetlerinde dini kavram ve değerlerin amacına uygun şekilde yorumlanması önerilmekte, bu kavram ve değerlerin maksadını aşacak şekilde yorumlanmasının kırılganlığa yol açacağı, ebeveynlerin anlamlandırma, kabullenme, başa çıkma ve iyileşme süreçlerine olumsuz katkı yapacağı değerlendirilmektedir.

5. Aile danışmanlarına, dindar ebeveynler için dini başa çıkma stratejilerini geliştirmeye yönelik çalışmalar yapması önerilebilir. Ayrıca, Diyanet İşleri Başkanlığı ile işbirliği içinde aile danışmanlarının manevi danışmanlar ile düzenli olarak görüşmeleri planlanabilir ve danışmanlık hizmeti almaları sağlanabilir.

6. Engelli ebeveynlerinin psikolojik sağlığını güçlendirmeye yönelik olarak yapılan grupla psikolojik danışma ve rehberlik programlarının içeriğinde, çeşitli nedenlerle uzun zamandan beridir gözardı edilen dini ve manevi motiflere yer verilebilir. Bu bağlamda dini ve manevi içerikli grup rehberliği modelleri/programları geliştirilebilir. Böylece, bu programların ebeveynler üzerindeki etkisi ve kazanımları tespit edilebilir.

7. Dini inanç ve uygulamaların dolayısıyla dini başa çıkma stratejilerinin engelli aileleri üzerindeki etkilerinin kabul-red ve psikolojik göstergeler bağlamında bütüncül bir bakış açısıyla ele alınmasının, engelli ailelerine yönelik terapi çalışmaları ve müdahale programlarının gelişimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

8. Bu araştırmanın nicel bulguları kapsamında ortaya çıkan dini başa çıkma stratejilerinin, kabul-red ve psikolojik sağlık göstergeleriyle olan ilişki ve etkileşimlerinin, daha derinlikli olarak ve karma yöntemler ışığında araştırılması önerilmektedir.

9. Ülkemizde engelli ebeveynlerinin dini ve/veya manevi yönelimlerinin çocuklarını kabul veya reddine etkisine ilişkin doğrudan araştırmalar çok sınırlıdır. Din psikolojisi alanında çalışan araştırmacılara, ebeveynlerin dini ve/veya manevi tutumlarının çocuklarını kabullenme veya reddetme konusundaki tutum ve davranışlarına etkisini derinliğine ve farklı yöntemlerle çalışmaları önerilmektedir.

10. Araştırmaya katılan ebeveynlere hâlihazırda dini ve manevi bakım ve danışmanlık hizmeti alıp almadıklarına ilişkin soru yöneltilmemiştir. Dolayısıyla, bu tür hizmetlere devam edip profesyonel destek alan engelli ebeveynleriyle nicel veya nitel yöntemlerle çalışmalar yapılarak, başa çıkma, kabul-red ve psikolojik sağlık göstergelerinin düzeyine ilişkin verilere ulaşılması, din psikolojisi ve manevi bakım ve danışmanlık alanlarına önemli katkılarda bulunabilir. Ayrıca dini inancın değerlere kaynaklık etmesi, başa çıkma, anlamlandırma, kabullenme ve psikolojik sağlık göstergeleri açısından zengin referanslar sağlaması, psikolojik ve sosyal destek uzmanlarının yaklaşımlarını desteklemek ve geliştirmek adına faydalı bir çerçeve sunabilir.

11. Araştırmanın sınırları dahilinde sadece engelli çocuğa sahip ebeveynlerle çalışılmış, çocukları normal gelişim gösteren ebeveynler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Gerçekleştirilecek karşılaştırmalı araştırmalarla, her iki ebeveyn grubunun dini başa çıkma, kabul-red ve psikolojik sağlık göstergeleri konusundaki durumlarını anlamaya ilişkin daha zengin ve aydınlatıcı bilgilere ulaşmak mümkün olacaktır.

12. Araştırmaya katılan ebeveynlerin çoğunun eğitim düzeyleri düşüktür. Dolayısıyla farklı eğitim düzeyine sahip ebeveynlerle dini başa çıkma stratejilerinin, kabul-red ve psikolojik sağlık göstergeleriyle olan ilişki ve etkileşimleri araştırılabilir.

13. Engelli ebeveynleriyle yapılacak araştırmalarda Tanrı tasavvurlarının derinlikli olarak incelenmesi, bu konuda farklı bölgelerdeki ve farklı sosyo-kültürel ortamlardaki ebeveynlerle çalışmaların yürütülmesi önerilmektedir.

14. Engelli çocuğa sahip ebeveynlere ‘Kardeş Aile Modeli’ geliştirilebilir.

BİBLİYOGRAFYA

- Abalı, O. (2012). *Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği*, İstanbul: Adeda Yayıncılık.
- Abdullah, A (2007) Eser Semâ'l-Kur'ani'l-Kerim Alâmütevâ'l- emni'n-nefsî, Mecelle Câmia'l-İmam Muhammed bin Suûdi'l-İslâmîyye.
- Abu Raiya, H., Pargament, K. I., Mahoney, A. ve Stein, C. (2008) A Psychological Measure of Islamic Religiousness: Development and Evidence for Reliability and Validity". *The International Journal for the Psychology of Religion*, 18, 291-315.
- Abu-Raiya, H. & Ayten, A. (2020). Religious Involvement, Interpersonal Forgiveness and Mental Health and Well- Being Among a Multinational Sample of Muslims. *Journal of Happiness Studies*. 21, 3051–3067
- Abu-Raiya, H., Pargament, K. I. ve Mahoney, A. (2011). Examining Coping Methods With Stressful İnterpersonal Events Experienced By Muslims Living İn The United States Following The 9/11 Attacks. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3(1), 1–14.
- Aich, T. K. (2013). Buddha Philosophy and Western Psychology. *Indian Journal Of Psychiatry*, 55(2), 65-70.
- Ajzen, I. ve Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ak, M., Yavuz K. F., Lapsekili N. ve Türkçapar M.H. (2012). Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Bulunan Hastaların ve Bakım Verenlerinin Bakım Yükü Açısından Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25 (4), 330-337.
- Akçakın, M. ve Erden, G. (2001). Otizm Tanısı Konmuş Çocukların Anne Babalarındaki Ruhsal Belirtiler, *Çocuk Ruh Sağlığı Dergisi*.8(1), 2-10.
- Akgemik, F. Z. (2019) *Zihinsel Engelli Çocukların Ebeveynlerinde Dini Başa Çıkma* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Akkök, F., Aşkar, P. ve Karancı, N. (1992) Özürlü Bir Çocuğa Sahip Anne Babalardaki Stresin Yordanması. *Özel Eğitim Dergisi* 1(2), 8-12.
- Aktürk, U. ve Aylaz, R. (2017). An Evaluation of Anxiety in Parents with Disabled Children and their Coping Strategies. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 342-353.

- Albayrak, H. (2015) Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Stresle Başa Çıkma Tutumları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Alçelik, Z. (2013). Yaşlılık Döneminde Tanrı Tasavvuru ve Benlik Saygısı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Al-Gamal, E., Long, T. (2013). Psychological Distress And Perceived Support Among Jordanian Parents Livin Gwith A Child With Cerebral Palsy: A Cross-Sectional Study. *Scand journal Caring Sciences*, 27, 624-31.
- Alicıkuşu, M. (2013). Lise Öğrencilerinde Dindarlık ve Akademik Başarı İlişkisi Kahramanmaraş Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ali, S., Khaleque A. ve Rohner R. P. (2015). Pancultural Gender Differences in the Relation Between Perceived Parental Acceptance and Psychological Adjustment of Children and Adult Offspring: A Meta-Analytic Review of Worldwide Research. *Journal Cross-Cultural Psychology*, 46, 1059–1080.
- Allport, G. W. (2004). *Birey ve Dini* (Çev. B. Sambur). Ankara: Elis Yayınlan.
- Altıntaş, S. (2015). Depresyon ile Dinsel Başa Çıkmak Mümkün Mü? *The Journal of Academic Social Science Studies*, 36, 403-428.
- Altuğ Özsoy, S., Özkahraman, Ş. ve Çallı, F. (2006). Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Ailelerin Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi, *Aile ve Toplum*, 3 (9), 69-77.
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2007). *Definition of Mental Retardation*. http://www.aamr.org/Policies/faq_mental_retardation.shtml. (24. 12. 2019).
- American Counseling Association. (2005). *Code Of Ethics And Standards Of Practice*. Alexandria, VA: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th edition*. E. Köroğlu (Trans.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2007). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th edition: Text Revision*. E. Köroğlu (Trans.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th. Arlington, VA: American Psychiatric Association;
- American Psychological Association. (2010). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* (2002, Amended June 1, 2010). Retrieved from <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı* (DSM-4) (Çev. Ed. E. Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Andresen, E. (2001). *Religion in Mirid: Cognitive Perspectives on Religious Belief Ritnal, and Experience*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Ano, G. G. ve Vasconcelles, E. B. (2005). Religious Coping and Psychological Adjustment to Stress: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 461-480.
- Ansberry, C. (20 November 2010). Erasing a Hurtful Label From the Books. *The Wall Street Journal*. Archived from the original on 27 June 2015. Retrieved 4 December 2010. Decades-long Quest By Disabilities Advocates Finally Persuades State, Federal Governments to End Official Use of 'Retarded'.
- Ardıç, A. (2013). *Effects of Psycho-Educational Group Program on The Some Psychological Variables of Parents Whose the Children with Autistic Spectrum Disorders*. (Doctoral dissertation), Anadolu University, Eskişehir,
- Ataman, A. (2009). *Özel Gereksinimli Çocuklar ve Özel Eğitime Giriş*. 2. Baskı, Ankara: Gündüz Eğitim ve Yayıncılık.
- Atay, M. (2007). *İşitme Engeli Çocukların Eğitiminde Temel İlkeler*. Ankara, Özgür Yayınları.
- Aten, J. (2004). The College Campus Ministry Training Site: Interfacing Religion and Counseling. *Counseling and Values*, 49, 64-68.
- Aunola, K., Tolvanen A., Viljaranta J. ve Nurmi J. E. (2013). Psychological Control in Daily Parent–Child Interactions Increases Children’s Negative Emotions. *J. Fam. Psychol.* 27, 453–462.
- Autism Society of America (2007). *Defining Autism*. <http://www.autism-society.org>. (30.03.2019).
- Avcıoğlu, H., Eldeniz Çetin, M. ve Özbey, F. (2005). *Sınıfında Kaynaştırma Öğrencisi Bulunan Sınıf ve Branş Öğretmenlerinin Kaynaştırmaya Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. Özel Eğitimden Yansımalar*. Ankara: Kök Yayıncılık.

- Aydın, A. (2003). *Farklı Gelişen Çocuklar*, 1. Baskı, Seçin Yayıncılık, İstanbul.
- Aydın, Ş. (2016). *Fiziksel ve/veya Zihinsel Engelli Çocuk Annelerin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Aydoğan, A. ve Darıca, N. (2000). Özürlü çocuğa Sahip Anne-Babaların Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. *Çocuk Forumu Dergisi* 3(2):25-31.
- Aydoğdu, B. N. (2019). Disability and Spirituality. *Spiritual Psychology and Counseling* 4, 181–193.
- Aytaç, S. (2000). *İnsanı Anlama Çabası: Psikolojiye Giriş*. Bursa: Ezgi Kitabevi Yayınları.
- Ayten, A (2010). *Din Psikolojisi: Dine ve Maneviyata Psikolojik Yaklaşımlar*, İstanbul: İz Yayıncılık.
- Ayten, A. (2012) *Psikoloji ve Din*, İstanbul: İz Yayıncılık.
- Ayten, A. (2012). *Tanrıya Sığınmak: Dinî Başa Çıkma Üzerine Psiko-Sosyal Bir Araştırma*. İstanbul: İz Yayıncılık.
- Ayten, A. (2013). Din ve Sağlık: Bireysel Dindarlık, Sağlık Davranışları ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi Üzerine Bir Araştırma, *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 13(3), 7-31.
- Ayten, A. (2018). *Din ve Sağlık*. İstanbul: Marmara Akademi Yayınları.
- Ayten, A. ve Sağır, Z. (2014). Dindarlık, Dinî Başa Çıkma ve Depresyon İlişkisi: Suriye’li Sığınmacılar Üzerine Bir Araştırma. *Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 47, 5–18.
- Ayten, A., Göcen, G., Sevinç, K. ve Öztürk, E. E. (2012). Dinî Başa Çıkma, Şükür ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi: Hastalar, Hasta Yakınları ve Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 12(2), 331 -341
- Azaiza, F., & Cohen, M. (2006). Health Beliefs and Rates Of Breast Cancer Screening Among Arab Women. *Journal of Women’s Health*, 75(5), 520-530.
- Azhar, M. Z., & Varma, S. L. (1995). Religious Psychotherapy As Management of Bereavement *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(4), 233–235.
- Babaoğlan, E., Yılmaz, Ş., (2010). Sınıf Öğretmenlerinin Kaynaştırma Eğitimindeki Yeterlikleri. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 8 (2), 345-354.
- Bahadır, A. (2010). *Jung ve Din*, İstanbul: İz Yayıncılık.

- Bahçekapılı, M. (2016). Biyopsikososyal Açıdan Dinin Engellilik ve Farklı Sağlık Problemleri Üzerindeki Etkisi. *Türkiye Din Eğitimi Araştırmaları Dergisi*, 1, 19-44.
- Bakracheva, M. (2020). The Meanings Ascribed to Happiness, Life Satisfaction and Flourishing. *Psychology*, 11, 87-104.
- Bal, H. (2014). *Din Sosyolojisi Din Olgusu, Dini Gruplar, Yöntem*, Ankara: Sentez Yayıncılık.
- Balıkçı, M. (2019). *Engellilik Bağlamında Ebeveyn Kabulü/Reddi ve Sosyal Destek: Ebeveyn ve Çocuk Algıları*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Baron-Cohen, S. (2002). Is Asperger Syndrome Necessarily Viewed As A Disability? *Focus Autism Developmental Disabilities*, 17 (3), 186–91.
- Barr, R. G., Rajabali, F. ve Aragon, M. (2015). Colbourne M, Brant R. Education About Crying in Normal Infants is Associated with A Reduction in Pediatric Emergency Room Visits for Crying Complaints. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 36(4), 252–257.
- Basılğan, F. (2012). *Annelerin Kabul Red Düzeyleri ile Çocukların Davranış Sorunları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Batu, S. ve Kırcaali İftar, G. (2005). *Kaynaştırma*. Ankara: Kök.
- Baumrind, D. (1971). Harmonious Parents and Their Preschool Children. *Developmental Psychology* 71:364–374.
- BEBKA (2012). *Özel Eğitim Güzel Gelecek Yönetici, Öğretmen ve Aileler İçin*, Bursa: Bursa Eskişehir Bilecik Kalkınma Ajansı.
- Behr, S. (1990). *Positive Contributions of Persons with Disabilities to Their Families: Literature review*. Lawrence, KS: University of Kansas,
- Belcher, H.M., Watkins, K., Johnson, E. ve Ialongo, N. (2007). Early Head Start: Factors Associated With Caregiver Knowledge of Child Development, Parenting Behavior, And Parenting Stress. *NHSA Dialog: A Research-to-Practice Journal for the Early Intervention Field*, 10(1), 6–19.
- Benasich, A.A. ve Brooks-Gunn, J. (1996). Maternal Attitudes and Knowledge of Childrearing: Associations with Family and Child Outcomes. *Child Development*, 67(3), 1186–1205.

- Beresford, B. (1994). Resources and Strategies: How Parents Cope with The Care of A Disabled Child. *Journal Child Psychol Psychiatry*, 35,171–209.
- Bhui, K., King, M., Dein, S. ve O'Connor, W. (2008) Ethnicity and Religious Coping with Mental Distress. *Journal of Mental Health*, 17(2):141-151
- Bianchi, M., Flesch, L. D., da Costa Alves, E. V., Batistoni, S. S. T. ve Neri, A. L. (2016). *Zarit Burden Interview Psychometric Indicators Applied in Older People Caregivers of Other Elderly*. Revista Latino Americana de Enfermagem, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1379.2835>
- Bilen, E., (2007). *Sınıf Öğretmenlerinin Kaynaştırma Uygulamalarında Karşılaştıkları Sorunlara İlişkin Görüşleri ve Çözüm Önerileri*, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Bilge, E. Z. (2013). *Liseli Gençlerde İç ve Dış Güdümlü Dindarlık ve İyilik Algıları (Ankara Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Blacher, J. (1984). Sequential Stages of Parent Adjustment to the Birth of A Child with Handicaps: Facts or Artifact? *Mental Retardation*, 22, 55–68
- Blacher, J., Neece C. L. ve Paczkowski, E. (2005). Families and Intellectual Disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 507-13.
- Bond, L.A. ve Burns, C. E. (2006). Mothers' Beliefs About Knowledge, Child Development, And Parenting Strategies: Expanding The Goals Of Parenting Programs. *Journal of Primary Prevention*. 27(6), 555–571.
- Bornstein, M. H. ve Bradley, R. H. (2012). *Socioeconomic Status, Parenting, and Child Development*. New York: Routledge.
- Bornstein, M. H. ve Cote, L. R. (2004). Who is Sitting Across From Me? Immigrant Mothers' Knowledge of Parenting and Children's Development. *Pediatrics*. 114(5), 557–564.
- Bornstein, M. H., Cote, L. R., Haynes, O.M., Hahn, C. S. ve Park, Y. (2010). Parenting Knowledge: Experiential and Socio-demographic Factors in European American Mothers of Young Children. *Developmental Psychology*. 46(6), 1677–1693.
- Boukydis, C. Z. ve Lester, B. M. (1985). *Infant Crying: Theoretical and Research Perspectives*. New York: Plenum Press.

- Bourke, J., Ricciardo, B., Bebbington, A., Aiberti, K., Jacoby, P., Dyke, P. ve Leonard, H. (2008). Physical and Mental Health in Mothers of Children with Down Syndrome. *The Journal of Pediatrics*, 153(3), 320-326.
- Brehaut, J. C., Kohen, D. E., Raina, P., Walter, S. D., Russell, D. J., Swinton, M. ve Rosenbaum, P. (2004). The Health of Primary Caregivers of Children with Cerebral Palsy: How Does It Compare with That of Other Canadian Caregivers? *Pediatrics*, 114(2), e182-e191.
- Bryanton, J., Beck, C. T. ve Montelpare W. (2013). Postnatal Parental Education for Optimizing Infant General Health and Parent-Infant Relationships. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 11. Art. No.: CD004068. DOI: 10.1002/14651858.CD004068.pub4.
- Budak, S. (2000). *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Burcu, E. (2002). Üniversitede Okuyan Özürlü Öğrencilerin Sorunları: Hacettepe-Beytepe Kampüsü Öğrencileri Örneği. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 19 (1), 83-103.
- Burcu, E. (2011). Türkiye'deki Engelli Bireylere İlişkin Kültürel Tanımlamalar: Ankara Örneği. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 28 (1), 37-54.
- Byrne, M.B., Hurley, D.A., Daly, L. ve Cunningham, C.G. (2010). Health Status Of Caregivers of Children with Cerebral Palsy. *Child Care Health Development* 36, 696-702.
- Cabrera, N.J., Fitzgerald, H.E., Bradley, R.H. ve Roggman L. (2014). The Ecology of Father-Child Relationships: An Expanded Model. *Journal of Family Theory and Review*. 6(4), 336-354.
- Cacioppo, J. T., Ernst, J. M., Burleson, M. H., McClintock, M. K., Malarkey, W. B., Hawkley, L. C. ve Russell, G. (1991). Mother-child and Father-child Relationships in Middle Childhood and Adolescence: A Developmental Analysis. *Developmental Review*, 11, 99-136.
- Cadman, D., Rosenbaum, P. ve Offord, D. R. (1991). Children with Chronic Illness: Family and Parent Demographic Characteristics and Psychosocial Adjustments. *Pediatrics*, 87(6), 884-889.

- Campbell JD, Yoon DP, Johnstone B. (2010) Determining relationships between physical health and spiritual experience, religious practices, and congregational support in a heterogeneous medical sample. *Journal of Religion and Health*. 49(1):3–17.
- Campbell, K. J., Lioret, S., McNaughton, S.A., Crawford, D. A., Salmon, J., Ball, K., McCallum, Z., Gerner, B. E., Spence, A.C. ve Cameron, A. J. (2013). A Parent-focused Intervention to Reduce Infant Obesity Risk Behaviors: A Randomized Trial. *Pediatrics*. 131(4), 652–660.
- Cangür, Ş., Civan, G., Çoban, S., Koç, M., Karakoç, H., Budak, S. ve Ankaralı, H. (2013). Düzce İlinde Bedensel ve/veya Zihinsel Engelli Bireylere Sahip Ailelerin Toplumsal Yaşama Katılımlarının Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(3), 1–9.
- Cavkaytar, A. (2013). *Ailelerle İşbirliği, Özel Eğitim*, (Ed. S. Eriper). Eskişehir: Açıköğretim Fakültesi.
- Cavkaytar, A., Ardiç, A., Sönmez, M., Özdemir, O. ve Olcay, S. (2013). *Zihinsel Yetersizliğin Doğası ve Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuklar*. Çevrimiçi Aile Bilgi ve Destek Eğitim Programı (E-ABDEP).
- Cebeci, S. (2012). *Dini Danışmanlık ve Rehberlik*, DİB Yayınları, Ankara.
- Certel, H. (2003). *Din Psikolojisi*, Ankara: Andaç Yayınları.
- Ceylan, R. (2004). *Entegre Eğitimine Katılan ve Katılmayan Engelli Çocukların Annelerinin Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi*, Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Ceylan, U. E. (2018). *Ölümlülük Bilincinin Dini Başa Çıkma, Tanrı Algısı, Ölüm Kaygısı ve Psikolojik İyi Olma ile İlişkisi*, Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Chevzier, J. (1986). Din Fenomeni, (Çev. Mehmet Aydın), *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, XXVIII, 97.
- Cinnirella, M. ve Loewenthal, K. M. (1999) Religious and Ethnic Group Influences on Beliefs About Mental Illness: A Qualitative Interview Study. *British Journal of Medical Psychology*, 72 (Pt 4):505-24.
- Cirhinlioğlu, Z., Ok, Ü., Cirhinlioğlu, F. G. (2013). *Dindarlık Ruh Sağlığı ve Modernite*, Ankara: Nobel yayınları.

- Clarke, J., van Amerom, G. (2007). Surplus Suffering': Differences Between Organizational Understandings of Asperger's Syndrome and Those People Who Claim the 'Disorder'. *Disability & Society*. 22 (7), 761–76.
- Clay, R. A. (1996). Psychologists' Faith in Religion Begins to Grow. *APA Monitor* 27(8), 3-5.
- Conrad, B., Gross, D., Fogg, L. ve Ruchala, P. (1992). Maternal Confidence, Knowledge, and Quality of Mother-Toddler Interactions: A preliminary Study. *Infant Mental Health Journal*. 13(4), 353–362.
- Corrigan, J., Crump, E. ve Kloos, J. (2000). *Emotion and Religion: A Critical Assessment and Annotated Bibliography*. YVestport, CT: Greenwood.
- Corveleyn, J. ve Luyten, P. (2013). Psikodinamik Psikolojiler ve Din: Geçmiş, Günümüz ve Gelecek, (Çev. Ferdi Kıraç).
- Coşkun, Y., Akkaş, G. (2009). Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Kaygı Düzeyleri ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkisi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(1), 213- 227
- Cotelo, N. V., Rodríguez, N. F. A., Pérez, J. A. F., Iglesias, J. C. A. ve Lago, M. R. (2015). Burden and Associated Pathologies in Family Caregivers of Alzheimer's Disease Patients in Spain. *Pharmacy Practice*, 13(2), 521-534
- Cox, L. J. (2004). *Kutsal İfade Etmek Din Fenomolojisine Giriş*, (Çev. Fuat Aydın) İstanbul: İz Yayıncılık,
- Crabtree, S. A. (2007). Family Responses to the Social Inclusion of Children with Developmental Disabilities in United Arab Emirates. *Disability & Society*, 22(1), 49-62.
- Crapps, R. W. (1986). *An Introduction to Psychology of Religion*. Mercer University Press.
- Creswell, J. (2014). *Araştırma Deseni*. (Çev. M. Bütün). Ankara: Eğiten Kitap.
- Cummings, N. A. ve Wright, R. H. (2005). Chapter 1, Psychology's Surrender to Political Correctness. *Destructive Trends in Mental Health: The Well-intentioned Path to Harm*. New York: Routledge.
- Curenton, S. M. (2004). Justice LM. African American and Caucasian Preschoolers' Use of Decontextualized Language: Literate Language Features in Oral Narratives. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. 35(3), 240–253.

- Curlin, F. A., Roach, C. J., Gorawara-Bhat, R. Lantos, C. ve Marshall, H. (2005). How are Religion and Spirituality Related to Health? A Study of Physicians' Perspectives. *Southern Medical Journal* 98 (8), 761-766.
- Cüceloğlu, D. (1999). *İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları*. 9. Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çapcıoğlu, İ. (2008). İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Yakın Sosyal Çevre ile İlişkilerinde Etkili Bir Faktör Olarak Dindarlık, *Ankara Üniversitesi TSA Dergisi* 12(3), 53-57.
- Çetin, K. (2018). Engelli Çocuklara Sahip Ailelerin Çocuklarını Kabul-Reddi ile Sosyal Destek İlişkisinin Çeşitli Değişkenlerce Yordanması. *Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 9(2), 137-154.
- Çınar, F. (2018) Yaşlı ve Engelli Bireylerde Manevi Bakımın Önemi, *Çekmece İZU Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(13), 35-49.
- Çöp, E, Kültür, S. E. Ç., ve Dinç, G. Ş. (2016). Anababalık Tutumları ile DEHB Belirtileri Arasındaki İlişki. *Türk Psikiyatri Dergisi* 28(1), 25-32.
- Dağ, İhsan; Emek, Bilal (2005). Eğitilebilir Zihinsel Engelli Olan ve Olmayan Çocukların Annelerinde Stresi Stresle Başa Çıkma ve Kontrol Odağının Karşılaştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*,12, S.2, s. 56-68.
- Daily, D. K., Ardinger, H. H. ve Holmes, G. E. (2000). Identification and Evaluation of Mental Retardation. *Am Fam Physician*. 61 (4), 1059–67.
- Deaux, K. ve Major, B. (1987). Putting Gender into Context: An Interactive Model of Gender-related Behavior. *Psychological Review*, 94(3), 369-389.
- Deaux, K. ve Major, B. (2004). A Social-psychological Model of Gender. In M. S. Kimmel ve A. Aronson (Eds.), *The Gendered Society Reader* (2nd ed) (pp. 72-81). New York: Oxford University Press.
- Dehkordi, M., Kakojoibari, A., Mohtashami, T. ve Yektakhah, S. (2011). Stress in Mothers of Hearing Impaired Children Compared to Mothers of Normal and Other Disabled Children. *Audiol*, 20(1), 128-136.
- Del Barrio, V., Carrasco, M. Á., & Holgado, F. P. (2006). Factor Structure Invariance in the Children's Big Five Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(3), 158–167. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.3.158>
- Delitay, H. (2009). *Engelli Çocukların Annelerinin Çocuklarını Reddetme Davranışları*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

- Demirbilek, M. (2013). Zihinsel Engelli Bireylerin ve Ailelerinin Gereksinimleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (Tjfmpe)*, 7 (3), 58– 65.
- Demirezen, İ. (2015). *Tüketim Toplumu ve Din*, İstanbul: Dem Yayınları.
- Dereli, F. ve Okur, S. (2008). Engelli Çocuğa Sahip Olan Ailelerin Depresyon Durumunun Belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 25 164-168.
- Dichtelmiller, M. ve diğerleri, (1992). The Relationship of Parental Knowledge to the Development of Extremely Low Birth Weight Infants. *Journal of Early Intervention*, 16 (3), 210-20.
- Diken, H. İ. (2013). *Özel Eğitime Gereksimi Olan Öğrenciler ve Özel Eğitim* Ankara: Pegem Akademi.
- Diken, İ. H., (2007). *Kaynaştırma Uygulamalarında İşbirliği*. S. Eripek (Ed.) içinde, İlköğretimde Kaynaştırma (65-86). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Doğan, M. (2016) Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynler ile Sağlıklı Çocuk Sahibi Ebeveynlerin Dinî Başa Çıkma, Umut ve Sabır Düzeylerinin Karşılaştırılması *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi* 5(8), 3214-3245.
- Doğan, M. (1994). *Büyük Türkçe Sözlük*, İstanbul: İz Yayıncılık,
- Doğan, M. (2011) Çocukluk Çağı Ruhsal Bozukluklar. *Çocuk Ruh Sağlığı*. (Ed. Uzuner, Y.). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2200 Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1209.
- Doğan, M. (2016). Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynler ile Sağlıklı Çocuk Sahibi Ebeveynlerin Dinî Başa Çıkma, Umut ve Sabır Düzeylerinin Karşılaştırılması. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, C. 5, Sayı: 8, s. 3214-3245.
- Doğan, M. (2016a). *Sabır Psikolojisi Pozitif Psikoloji Bağlamında Bir Araştırma*. İstanbul: Çamlıca Yayınları.
- Dolunay, D. (2016). *Annelerin Özel Gereksinimli Çocuklarını Kabul Etmeleri ile Kardeşlerinin Özel Gereksinimli Çocukları Kabulü Arasındaki İlişki*, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Özel Eğitim Ana Bilim Dalı.
- Donna, K., Daily, M. D., Holly, H., Ardinger, M. D., Grace, E. ve Holmes, M. D. (2000) Identification and Evaluation of Mental Retardation. *American Family Physician*, 15;61(4), 1059-1067.

- Dumas, J. E. ve Nilsen, W. J. (2003). *Abnormal Child and Adolescent Psychology*. USA: Allyn and Bacon.
- Dwairy, M. (2010). Parental Acceptance-rejection: A Fourth Cross-cultural Research on Parenting and Psychological Adjustment of Children. *Journal Child Family Studies*, 19, 30–35.
- Dyson, L. (1993). Response to the Presence of a Child with Disabilities: Parental Stress and Family Functioning Over Time. *American Journal of Mental Retardation*, 98(2), 207–218.
- Eagly, A. H. (1987). *Sex Differences in Social Behavior: A Social-role Interpretation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Eagly, A. H. (1995). The Science and Politics of Comparing Women and Men. *American Psychologist*, 50(3), 145-158.
- Eagly, A. H., & Wood, W. (1999). The Origins of Sex Differences in Human Behavior: Evolved Dispositions Versus Social Roles. *American Psychologist*, 54(6), 408-423.
- Efe, Adem (2006). Engelli Çocuk ve Ailelerinin Sorunlarının Belirlenmesi ve Bunların Çözümünde Dinin Rolü (Isparta Spastik Çocuklar Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi Örneği). *Süleyman Demirel Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, S: 16, S.169-198.
- Ekşi, H. (2001). *Başa Çıkma, Dini Başa Çıkma ve Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma: Eğitim, İlahiyat ve Mühendislik Fakültesi Öğrencilerinin Karşılaştırılması*, Doktora Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ekşi, H. (2002). *Din Eğitimi, Gençlik ve Kişilik: İmam-Hatip Lisesi Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma*. H. Hökelekli (Ed.), *Gençlik, Din ve Değerler Psikolojisi içinde* (s. 153-182). Ankara: Ankara Okulu Yayınları.
- Ekşi, H., Kaya, Ç. ve Çiftçi, M. (2016). Manevi Yönelimli Psikoterapi ve Psikolojik Danışma. *Maneviyat ve Psikolojik Danışma* [çinde] H. Ekşi & Ç. Kaya (ed.), (ss. 13-28). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Elzouki, A. Y. (2012). *Textbook of Clinical Pediatrics* (2 ed.). Berlin: Springer. p. 602. ISBN 9783642022012. Archived from the Original on 2015-12-14.
- Encyclopædia Britannica Inc. (2011). Archived from the Original on 2012-06-25. Retrieved 2012-02-22
- Er, İ. (1998). *Din Sosyolojisi Makaleler*, Ankara: Akçağ Yayınları.

- Ercan, F. Z., Kırılıoğlu, M. ve Kalaycı Kırılıoğlu, H. İ. K. (2019). Engelli ocuğa Sahip Ailelerin Bu Durumu Kabullenif Süreçleri ve Bu Duruma Dair Grfleri, *Sosyal Politika alışmaları Dergisi*, 19(44), 597-628.
- Erhan, G. (2005). *Zihinsel Engelli ocuğu Olan Annelerin Umutsuzluk, Karamsarlık, Sosyal Destek Algılarının ve Gelecek Planlarının İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Erikson, E. (1984). *İnsanın Sekiz ağı*. Ankara: Toplum Yayınları.
- Eripek, S. (1998). *zel Eğitim*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi Yayınları zel Eğitim Dergisi, No: 561.
- Erkan, S., & Toran, M. (2004). Alt Sosyo-ekonomik Düzey Annelerinin ocuklarını Kabul ve Reddetme Davranışlarının İncelenmesi (Diyarbakır İli rneği). *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* (27), 91-97.
- Ersoy, ., rk, N. (2009). “zel Gereksinimli ocuğa Sahip Annelerde Sosyal Desteğin nemi”, *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, Cilt 5, S 17, ss. 104-10.
- Eryücel, S. (2013). *Yaşam Olayları ve Dinî Başa ıkma*, Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Estes, A., Olson, E., Sullivan, K., Greenon, J., Winter, J., Dawson, G., ve diğerleri (2013). Parenting-related Stress and Psychological Distress in Mothers of Toddlers With Autism Spectrum Disorders. *Brain Development*, 35(2), 133-138.
- Faragher, R. ve Clarke, B. (Ed.). (2013). *Educating Learners with Down Syndrome Research, theory, and Practice with Children and Adolescents*. Hoboken: Taylor and Francis.
- Ferah, N. (2019) Boşanma Sürecindeki Bireylerde Depresyon Anksiyete Stres ve Dini Başa ıkma Arasındaki İlişki. *Bilimname*, XXXVII, 1, 383-405.
- Fernald, W. E. (1912). *The Imbecile with Criminal Instincts. Fourth Edition*. Boston: Ellis.
- Ferro, M. A. ve Speechley, K. N. (2009). Depressive Symptoms Among Mothers of Children With Epilepsy: A Review of Prevalence, Associated Factors, and Impact on Children. *Epilepsia*, 50(11), 2344-2354.
- Fırat, S. (2007). *Otistik ve Zihinsel zrl ocukların Annelerinde Kaygı, Depresyon, Aleksitimi ve Genel Psikolojik Değerlendirme*, Yüksek Lisans Tezi, Adana: ukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Fishbein, M., Triandis, H. C., Kanfer, F. H., Becker, M., Middlestadt, S. E. (2001). Factors Influencing Behavior and Behavior Change. *Evaluation&The Health Professions*, 24(4), 363–384.
- Floyd, F. J. ve Gallagher, E. M. (1997). Parental Stress, Care Demands and Use of Social Support Services For School-Age Children with Disabilities and Behaviour Problems. *Family Relations*, 46(4), 359-371.
- Folkman, S. ve Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Foster, S. (1996). "Communication Experiences of Deaf People: An Ethnographic Account.". In Parasnis I (ed.). *Cultural and Language Diversity of the Deaf Experience*. New York: Cambridge University Press. pp. 117–136.
- Frankl, V. E. (2017). *İnsanın Anlam Arayışı* (Çev. S. Budak) İstanbul: Okuyan.
- Freedman, R., and Boyer, N. C. (2000). The Power to Choose: Support for Families Caring For Individuals with Developmental Disabilities. *Health Soc. Work* 25, 59–68.
- Freud, S. (1991). *The Future of an liusion*, Penguin Books, London.
- Friedreich, W. N., Wiltuner, L. R. ve Cohen, D. S. (1985). Coping Resources and Parenting Mentally Retarded Children. *American Journal on Mental Deficiency*, 90(2), 130–139.
- Fromm, E. (1958). *Psychoanalysis and Religion*, Yale University Press, New Haven.
- Fromm, E. (2012). *Psikanaliz ve Din*, (Çev. Elif Erten), İstanbul: Say Yayınları.
- Fuller, R. C. (1996). Erikson, Psychology, and Religion. *Pastoral Psychology*, 44(6), 371-383.
- Gallagher, S., Phillips, A., Oliver, C. ve Carroll, D. (2008). Predictors of Psychological Morbidity in Parents of Children with Intellectual Disabilities. *Journal of Pediatrics Psychology*, 33(10), 1129-1136.
- Gardner, L.I., Giordano, T.P., Marks, G. ve diğerleri. (2014) Enhanced Personal Contact with HIV Patients Improves Retention in Primary Care: A Randomized Trial in 6 US HIV Clinics. *Clinical Infectious Diseases*, 59, 725-734.
- Gardner-Neblett, N., Pungello, E. P. ve Iruka, I. U. (2012). Oral Narrative Skills: Implications for The Reading Development of African American Children. *Child Development Perspectives*. 6(3), 218–224.

- Gatzoyia, D., Kotsis, K., Koullourou, I., Goulia, P., Carvalho, A. F., Soulis, S. ve Hyphantis, T. (2013). The Association of Illnes Sperceptions with Depressive Symptoms and General Psychological Distressin Parents of An Off Spring with Autism Spectrum Disorder. *Journal Disability and Health*, 7(2), 171-174.
- Giacalone, R. A. ve Jurkievicz, C.L. (Ed.). (2002). The Handbook of Workplace Spirituality and Organizational Performance. *Amiouk*, NY: Sharpe. In pres.
- Girgin, M. C. (2003). *İşitme Engelli Çocukların Eğitime Giriş*. Eskişehir, Engelliler Yüksekokulu Yay.
- Girgin, M. C. (2006) İşitme Engelli Çocukların Konuşma Edinimi Eğitiminde Dinleme Becerilerinin Önemi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 7 (1), 15-28.
- Glock, C. (2007). *Dindarlığın Boyutları Üzerine, Din Sosyolojisi* (Ed. M. E. Köktaş ve Y. Aktay), Ankara: Vadi Yayınları.
- Goossens, L. (2006). *Emotion, Affect and Loneliness in Adolescence*. In S. Jackson, & L. Goossens (Eds.), *Handbook of Adolescent Development* (pp. 51-70). Hove, UK: Psychology Press.
- Gordon, A.W. (2004). *Birey ve Dini* (Çev. Bilal Sambur), Ankara: Elis Yayınları.
- Göçen, G. (2014). *Şükür Pozitif Psikolojiden Din Psikolojisine Köprü*, İstanbul: DEM Yayınları.
- Gören, A. B. (2015) Down Sendromlu Çocuğa Sahip Annelerin Destek İhtiyaçlarının ve Destek Kaynaklarının Belirlenmesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi* 4, 3, 651-673.
- Görgü, E. (2005). *3-7 Yaş Arası Otistik Çocuğa Sahip Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Görmez, A. (2017). Zihinsel Yetersizliği Olan Yetişkinlerin Aileleri Üzerindeki Bakım Yükü ve İlişkili Faktörler. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 22(3), 169–176.
- Gözün Kahraman, Ö. ve Çetin, A. (2015). Gelişimsel Geriliği Olan Bebeğe Sahip Annelerin Tanı Sonrası Yaşadıkları Sürece İlişkin Görüşlerinin ve Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 7 (1), 97-128.

- Gracia E., Lila M., Musitu G. (2005) Parental Rejection and Psychosocial Adjustment of Children, *Salud Mental*, 28(2):73-81.
- Grusec, J. E. (2011). Socialization Processes in the Family: Social and Emotional Development. *Annual Review of Psychology*. 62, 243–269.
- Guralnick, M., Hammond, M., Neville, B., & Connor, R. (2008). The Relationship Between Sources and Functions of Social Support and Dimensions of Child And Parent-Related Stress. *Journal of Intellectual Disability Research*, 1138-1154.
- Guy, J. Gan, J. Selfridge, J. Cobb, S. Bird, A. (2007). Reversal of Neurological Defects in a Mouse Model of Rett Syndrome. *Science*. 315 (5815): 1143–7.
- Güçlü, O. ve Erkıran, M. (2004). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların Ebeveynlerinde Kişilik Bozuklukları *Klinik Psikiyatri* 8, 18-23.
- Gül, S. (2017). *Mutluluk Ekonomisi ve Göç Üzerine Bir İnceleme* (Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul).
- Güler, Ö. (2007a). Tanrı Algısı Ölçeği (TA): Geçerlik ve Güvenlik Çalışması. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 48(1), 123-133.
- Gümüş, R. (2017). *Evde Bakım Ücretinden Yararlanan Bakıcılarda Dinî Başa Çıkma: Bucak Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, İsparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Günay, Ü., Çelik, C. (2006). *Dindarlığın Sosyo-Psikolojisi*, Ankara: Karahan Kitabevi.
- Güngördü, M. (2001). *Allah'a Atfedilen Özellikler ile Depresyon Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Güzel, S. (2018). Gelir Eşitsizliği, Refah ve Mutluluk. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6 (3), 389-394.
- Haktanır, G. ve Baran, G. (1998). Gençlerin Benlik Saygısı Düzeyleri ile Anne Baba Tutumlarını Algılamalarının İncelenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 5(3), 134-141.
- Hammond, H. ve Ingalls, L. (2003). Teachers Attitudes Toward Inclusion: Survey Results from Elementary School Teachers in Three Southwestern Rural School Districts. *Rural Special Education Quarterly*, 22(2), 24-30.

- Hasnat, M. J. ve Graves, P. (2000). Disclosure of Developmental Disability: A Study of Parent Satisfaction and the Determinants of Satisfaction. *Journal Pediatr Child Health* 36: 32–35.
- Hassouneh-Phillips, D. (2003). Strength and Vulnerability: Spirituality in Abused American Muslim Women's Lives. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(6-7), 681–694.
- Hatun, Osman; Birben, Fazilet Yavuz; Ince, Zeynep; Kalkan-Yeni, Gülay (2016). The Ticket to Heaven: A Spiritual Resource for Coping with Disability Received. *Spiritual Psychology and Counseling*, 1 (2), ss.209–235. E
- Hayden, M. F. ve Goldman, J. (1996). Families of Adult with Mental Retardation. Strees Levels and Needf or Service. *Social Work*, 6, 657-668.
- Hayes, W. ve Watson, S. L. (2013). The Impact of Parenting Stress: A Meta-Analysis of Studies Comparing the Experience of Parenting Stress in Parents of Children with and without Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 43(3), 629-42.
- Hayta, A. (2000). Uludağ Üniversitesi İlâhiyat Fakültesi Öğrencilerinin İbadet ve Ruh Sağlığı (Psiko-Sosyal Uyum) İlişkisi Üzerine Bir İnceleme. *Uludağ Üniversitesi İlâhiyat Fakültesi Dergisi*, 9(9), 487–505.
- Hayta, A. (2006). *İbadetler ve Ruh Sağlığı Gençlik, Din ve Değerler Psikolojisi*, (Ed. Hayati Höklekli) İstanbul: Dem Yayınları.
- Hedderly, T. Bairdw, G. ve McConachiez, H. (2003). Parental Reaction to Disability. *Current Paediatrics* 13, 30-35
- Heiman, T. (2002). Parents of Children with Disabilities: Resilience, Coping, and Future Expectations. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 14(2), 159-171.
- Hess, C. R., Teti, D. M. ve Hussey-Gardner, B. (2004). Self-efficacy and Parenting of High-Risk Infants: The Moderating Role of Parent Knowledge of Infant Development. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 25(4), 423–437.
- Hickey, F., Hickey, E. ve Summar, K. L. (2012). Medical Update for Children with Down Syndrome for the Pediatrician and Family Practitioner. *Advances in Pediatrics*. 59 (1), 137–57.
- Hill, C. ve Rose, J. (2009). Parenting Stress in Mothers of Adults with an Intellectual Disability: Parental Cognitions in Relation to Child Characteristics and Family Support. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 969-980.

- Hoffman, L. (2005). *Cultural Constructs of the God Image and God Concept: Implications for Culture, Psychology, and eligiorLAnnual Meeting of the Societyfor the Scientific Study of Religion*, Kansas City Missouri.
- Holden, W. H. ve Williamson, A. P. (2014). *Religion and Child Well-being*. Handbook of Child Well-being, 1137-1169
- Holm, N. G. (2007). *Din Psikolojisine Giriş*, (Çev. Abdülkerim Bahadır), İstanbul: İnsan Yayınları.
- Hood, Jr. R. W., Hill, P. C. ve Spilka, B. (2009). *The Psychology of Religion: An Empirical Approach*. New York & London: Guilford Press.
- Hood, P. R. (1999). *Measures of Religiosity*, Religious Education Press: Alabama.
- Horozcu, Ü. (2010). Tecrübî Araştırmalar Işığında Dindarlık ve Maneviyat ile Ruhsal ve Bedensel Sağlık Arasındaki İlişki. *Milel ve Nihal İnanç, Kültür ve Mitoloji Araştırmaları Dergisi*, 7(1), 209-240.
- Hökelekli, H. (2006). *Gençlik, Din ve Değerler Psikolojisi*, İstanbul: Dem Yayınları.
- Hökelekli, H. (2015). *Din Psikolojisine Giriş*, İstanbul: Dem Yayınları.
- Huang, K. Y. ve Caughy, M. O. B., Genevro, J. L. ve Miller, T. L. (2005). Maternal Knowledge of Child Development and Quality of Parenting Among White, African-American and Hispanic Mothers. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 26(2), 149–170.
- Hung, J. W., Wu, Y. H., Chiang, Y. C., Wu, W. C. ve Yeh, C. H. (2010). Mental Health of Parents Having Children with Physical Disabilities. *Chang Gung Med Journal* 33(1), 82-91.
- Hunt, J. M. ve Paraskevopoulos, J. (1980). Children's Psychological Development As A Function of The Inaccuracy of Their Mothers' Knowledge of Their Abilities. The Journal of Genetic Psychology: *Research and Theory on Human Development*, 136(2), 285–298.
- Huppert, F. A. (2009). Psychological Well-Being: Evidence Regarding Its Causes and Consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1, 137-164.
- İçmeli, C., Ataoğlu, A., Canan, F. ve Özçetin, A. (2008). Zihinselözürlü Çocukları
- İrdem, P. (2002). *Sosyolojik Açıdan Özel Eğitimin İncelenmesi*, 12. Ulusal Özel Eğitim Kongresi, Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Yayınları 193.
- James, W. (1985). *The Varieties of Religious Experience*, Penguin Books, New York.

- Jang, S. J. ve Johnson, B. R. (2004). Explaining Religious Effects on Distress Among African Americans. *Journal for the Scientific Study of Religion* 43 (2), 239-260.
- Jones, J. ve Passey, J. (2004). Family Adaptation, Coping and Resources: Parents of Children with Developmental Disabilities and Behaviour Problems. *Journal on Developmental Disabilities*, 11(1), 31-46.
- Jones, T. L. ve Prinz, R. J. (2005). Potential Roles of Parental Self-efficacy in Parent and Child Adjustment: A Review. *Clinical Psychology Review*. 25(3):341-363.
- Jung, C. G. (2014). *The Practice of Psychotherapy* (From Vol. 16 of the Collected Works of CG Jung)- Routledge.
- Kahriman, G., Bayat, M. (2008). Özürlü Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Yaşadıkları Güçlükler ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri. *Öz-Veri Dergisi* 5(1), 1175- 1194.
- Kaner, S. (2000). Özel Eğitime Giriş Dersinin, Öğretmen Adaylarının Zihinsel Engellilere Yönelik Tutumlarına Etkisi. *Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi*, 1(1), 32-43.
- Kaner, S. (2004). *Engelli Çocukları Olan Ana Babaların Algıladıkları Stres, Sosyal Destek ve Yaşam Doyumları*, Yayınlanmamış Araştırma Raporu, Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri, Ankara
- Kanu M, Baker E, Brownson RC. (2008) Exploring associations between church-based social support and physical activity. *Journal of Physical Activity and Health*. 5(4):504-515.
- Kapçı, E. G. (2011). *Çocuk Ruh Sağlığı* Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2200 Açıkoğretim Fakültesi Yayını No: 1209
- Kara, E. (2008). Zihinsel Engelli Çocukları Olan Ailelerin Çocuklarının Durumunu Dini Açıdan Değerlendirmeleri, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 26(26-27), 317-331.
- Kara, E. (2018). Engelli Çocuğa Sahip Annelere Yönelik Manevi Destek ile Güçlendirme Uygulaması. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* 11, (6), 311-322.
- Kara, Elif (2008). Zihinsel Engelli Çocukları Olan Ailelerin Çocuklarının Durumunu Dini Açıdan Değerlendirmeleri. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, S. 26, s.317-332.
- Kara, Z. (2016). *Sınıf Öğretmenlerinin Kaynaştırma Eğitimi Öğrencilerine Yönelik Tutumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Karadağ, G. (2009). Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Yaşadıkları Güçlükler ile Aileden Algıladıkları Sosyal Destek ve Uyumsuzluk Düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(4), 315-322.
- Karagöz, S. (2010). *Otistik Çocukların Anne Babalarında Anlamlandırma ve Dini Başa Çıkma*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- Karagöz, S. (2020) Manevi İçerikli Grup Rehberliğinin Özel Gereksinimli Çocuk Sahibi Annelerin Dini Başa Çıkma Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi, *AİBÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi*, Bahar 8(1), 298-317
- Karakaş, A. C. ve Koç, M. (2014). Stresle Başa Çıkma ve Dinî Başa Çıkma Yöntemleri Arasındaki İlişkinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 3(3), 610–631.
- Karasar, N. (2009). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. 2. Baskı. Ankara: Nobel Yayınları,
- Karataş, K. (2003). *Engellilerin Toplumla Bütünleşme Sorunları, Bir Sosyal Politika Yaklaşımı, Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, Türkiye Körler Federasyonu Yayını.
- Karataş, M. (2018), *Görme Engelli Çocukların Ebeveynlerinde Dini Başa Çıkma*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Karni, N., Reiter, S. ve Bryen, D. N. (2011). Israeli Arab Teachers' Attitudes on Inclusion of Students With Disabilities. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 57(2), 123-132.
- Karp, H. N. (2008). Safe Swaddling and Healthy Hips: Don't Toss The Baby Out with The Bathwater. *Pediatrics*. 121(5),1075–1076.
- Katz, D. L., Katz, C. S., Treu, J. A., Reynolds, J., Njike, V., Walker, J., Smith, E. ve Michael, J. (2011). Teaching Healthful Food Choices to Elementary School Students And Their Parents: The Nutrition Detectives Program. *Journal of School Health*. 81(1), 21–28.
- Kaya, F. (2010), *Engelli Çocuklarda Depresyon ve Kaygı Düzeyi*, Nobel Kitabevi, Adana.
- Kayıklık, H. (2011). *Din Psikolojisi, Bireysel Dindarlık Üzerine*, Adana: Karahan Kitabevi.
- Kaytez, Nazan; Durualp, Ender ve Kadan, Gül (2015). Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Gereksinimlerinin ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi. *Öğretim Araştırmaları Dergisi*, C.4, S.1, s. 197-214
- Kearney, P. M. ve Griffin, T. (2001). Between Joy and Sorrow: Being A Parent of A Child with Developmental Disability. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 582-592.

- Khaleque, A. ve Rohner, R. P. (2002). Perceived Parental Acceptance-Rejection and Psychological Adjustment: A Meta-Analysis of Cross-Cultural and Intracultural Studies. *Journal of Marriage and Family*, 64, 54-64.
- Kılıç, A. F. (2014). *Toplumun Direği Din*, İstanbul: Kutup Yıldızı Yayınları.
- Kırcaali-İftar, G. (2007). *Otizm Spektrum Bozukluğu*. İstanbul: Dactylos Yayınevi.
- Kırcaali-İftar, G. (2007). *Türkiye’de Gelişimsel Yetersizlik Alanı ve Özel Eğitim*. Tohum Türkiye Otizm Erken Tanı ve Eğitim Vakfı Raporu.
- Kızıldaş, M. (2008). Özürlü Çocuğa Sahip Ailelerin Psiko-Sosyal Durumu ve Çocukların Yaşam Becerileri. *Eğitim Dergisi*, 9(2), 137-154.
- Kızır, M. ve Çifci Tekinarslan, İ. (2018). Ağır ve Çoklu Yetersizliği (AÇYE) Olan Çocuk Annelerinin Yaşadıkları Sorunların ve Sorunlarla Baş Etme Yöntemlerinin Belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 19 (2), 233-256.
- Klaassen, D. W., Mcdonald, M. J. ve James, S. (2006). Advance in The Study of Religious and Spiritual Coping. P. T. P. Wong ve L. C. I. Wong (ed.). *Handbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping* içinde. New York: Springer. 105-132.
- Koç, A. (2011). *Üniversite Öğrencilerinde Tanrı Tasavvuru, Benlik Algısı ve Öfke Yaşantısı*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Koç, M. (2004). Ergenlik Döneminde Dua ve İbadete Yönelik Tutum ve Davranışlar Üzerine Bir Saha Araştırması, *Çorum Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 3(6), 147-148.
- Koenig, H. G. (Ed.) (1998). *Handbook of Religion and Mental Health*. San Diego, CA: Academic.
- Koenig, H. G. ve Larson, D. B. (2001). Religion and Mental Health: Evidence for An Association. *International Review of Psychiatry* 13 (2), 67-78.
- Koenig, H. G., George, L. K. ve Titus, P. (2004). Religion, Spirituality, and Health in Medically 111 Hospitalized Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 52 (4), 554-562.
- Koenig, H. G., Pargament, K. I. ve Nielsen, J. (1998). Religious Coping and Health Status in Medically İli Hospitalized Older Adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 186 (9), 513-521.

- Korkmaz, M., Yücel, A. S., Çelebi, N. ve Kılıç, B. (2014). 7-17 Yaş Arası Farklı Gelişimsel Özellikleri Olan Çocuklara Sahip Ailelerin Stresle Başa Çıkma Yöntemlerinin İncelenmesi. *ACED Uluslararası Aile Çocuk ve Eğitim Dergisi*, 2(4), 16-50.
- Köse, A. (2012). *Freud ve Din*, İstanbul: İz yayıncılık.
- Köse, A. ve Ayten, A. (2012). *Din Psikolojisi*, İstanbul: Timaş Yayınları.
- Köylü, M. (2010). Ruh ve Beden Sağlığı ile Din İlişkisi Üzerine Yapılan Araştırmaların Bir Değerlendirmesi, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 28, 5-36.
- Kraemer, B. R. ve Blacher, J. (2001). Transition for Young Adults with Severe Mental Retardation: School Preparation, Parent Expectations, and Family Involvement. *Mental Retardation*, 39(6), 423-435.
- Krause N. (2002) Church-based social support and health in old age: Exploration variations by race. *Journal of Gerontology*. 57B(6):S332–S347.
- Kula, N. (2000) Kur'an Işığında İnsan-Çevre İlişkisinin Ruh Sağlığı Açısından Önemi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 9 (1).
- Kula, N. (2002). Deprem ve Dinî Başa Çıkma. *Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 1(1), 234-255.
- Kula, N. (2005). *Bedensel Engellilik ve Dini Başa Çıkma*. İstanbul: DEM Yayınları.
- Kula, N. (2006). Bedensel Engellilere Yönelik Tutumlar ile Dinî Tutumlar Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma. *İslami Araştırmalar Dergisi*, 19(3), 511–524.
- Kula, N. (2006). Gençlik Döneminde Kimlik ve Din, *Gençlik, Din ve Değerler Psikolojisi*, (Ed. H. Hökleli) İstanbul: Dem Yayınları.
- Kula, N. (2011) Engelli Birey ve Ailelerinin Yaşantılarında Hz. Muhammed'in Örnekliği (Çorum Örneği). *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi* 11 (3), 163-194.
- Kurt, A. (2009). Dindarlığı Etkileyen Faktörler. *Uludağ Üniversitesi İlâhiyat Fakültesi Dergisi*, 18, 1-26.
- Kurt, A. (2009). *İş Adamlarında Dindarlık ve Dünyevileşme*, Bursa: Emin Yayınları,
- Kurt, A. (2011). *Din Sosyolojisi*, Bursa: Dora Yayınları.
- Kurt, O. (2012) *Özel Gereksinimli Bireyler ve Bakım Hizmetleri* Tekin İftar, (Ed.) Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını
- Lafçı, D., Öztunç, G., Alparlan, N. (2014). Zihinsel Engelli Çocukların (Mental Retardasyonlu Çocukların) Anne ve Babalarının Yaşadığı Güçlüklerin Belirlenmesi, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 723-735.

- Lansford, J.E., Laird R.D., Pettit G.S., Bates J.E., Dodge K.A. (2014). Mothers' and Fathers' Autonomy-Relevant Parenting: Longitudinal Links with Adolescents' Externalizing and Internalizing Behavior, *Journal Youth Adolesc.* 43, 1877–1889.
- Larsen, J. J. ve Juhasz, A. M. (1985). The Effects of Knowledge of Child Development and Social-Emotional Maturity on Adolescent Attitudes Toward Parenting. *Adolescence.* 20(80), 823–839.
- Larson, D. B. ve Larson, S. S. (2003). Spirituality's Potential Relevance to Physical And Emotional Health: A Brief Review of the Quantitative Research. *Journal of Psychology and Theology*, 31 (1), 37-51.
- Lasak, J. M., Allen, P., McVay, T. ve Lewis, D. (2014). Hearing Loss: Diagnosis and Management. *Primary Care.* 41 (1), 19–31.
- Lawyer, L. (2010-11-26). Rosa's Law to Remove Stigmatized Language from Law Books. Ithaca, New York: *The Ithaca Journal*. Retrieved 2010-12-04. The Resolution, Urges A Change from the Old Term to Developmental Disability.
- Leatherman, J. (2007). I Just See All Childdren As Children: Teachers' Perceptions About Inclusion. *The Qualitative Report*, 12 (4), 594-611.
- Lee, J. (2013). Maternal Stress, Well-Being, And Impaired Sleep in Mothers of Chil- Dren with Developmental Disabilities: A Literature Review. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 4255-273.
- Lovell, B., Moss, M., & Wetherell, M. A. (2015). The Psycho-physiological and Health Corollaries of Child Problem Behaviours in Caregivers of Children With Autism and ADHD. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59, 150-157.
- Lovibond, P. F. ve Lovibond, S. H. (1995). The Structure of Negative Emotional States: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviuor Research and Therapy*, 33, 335-343.
- Maberley, D.A., Hollands, H., Chuo, J., Tam, G., Konkall, J., Roesch, M., ve diğeri (March 2006). "The Prevalence of Low Vision and Blindness in Canada. *Eye.* 20 (3), 341–6.
- Malony, H. N. ve Southard, S. (Ed.) (1992). *Handbook of Religious Conversion*. Birmingham, AL: Religious Educ. Press.
- Malony, H. N. ve Spilka, B. (Ed.) (1991). *Religion in Psychodynamic Perspective: The Contributions of Paul W. Pruyser*. New York, Oxford Univ. Press.

- Malt, E. A. Dahl, R. C., Haugsand, T. M., Ulvestad, I. H., Emilsen, N. M., Hansen, B., Cardenas, Y. E., Skøld, R. O., Thorsen, A. T. ve Davidsen, E. M. (2013). "Health and Disease in Adults with Down Syndrome". *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening: Tidsskrift for Praktisk Medicin, NY Raekke. 133* (3), 290–94.
- Marvin, R. S. ve Pianta, R. C. (1996). Mothers' Reactions to Their Child's Diagnosis: Relationswith Security and Attachment. *Journal Clinical Child Psychol. 25*, 436–445.
- Matson, J., Hattier, M. ve Belva, B. (2012). Treating Adaptive Living Skills of Persons with Autism Using Applied Behavior Analysis: A review. *Research in Autism Spectrum Disorders. 6* (1): 271–276.
- Mazarello, P. V., Hesketh, K., O'Malley, C., Moore, H., Summerbell, C., Griffin, S., Sluijs, E., Ong, K. K. ve Lakshman, R. (2015). Determinants of Sugar-Sweetened Beverage Consumption in Young Children: A Systematic Review. *Obesity Reviews. 16*(11), 903–913.
- McConachie, H. (1994). Implications of A Model of Stress and Coping for Services to Families of Young Disabled Children. *Child: Care Health Dev. 20*, 37–46.
- McCoy, D. ve Cybele, R. (2011). Caregiver Emotional Expressiveness, Child Emotion Regulation, and Child Behavior Problems Among Head Start Families. *Soc. Dev. 20*, 741–761.
- Mccullough, M. E. ve Larson, D. B. (1999). Religion and Depression: A Review of the Literature, *Twin Research, 2*(2),126-136.
- McCullough, M. E., Emmons, R. A. ve Tsang, J. (2002). The Grateful Disposition: A Conceptual and Empirical Topography. *Journal Personal. Soc. Psychol. 82*, 112-27.
- McLennan, J. D. ve Kotelchuck, M. (2000). Parental Prevention Practices for Young Children in the Context of Maternal Depression. *Pediatrics, 105*(5), 1090-1095.
- McMunn, A., Bartley, M., Hardy, R. ve Kuh, D. (2006) Life Course Social Roles and Women's Health in Mid-Life: Causation Or Selection? *J Epidemiol Community Health, 60*: 484–489.
- McPartland, J. ve Klin, A. (2006). Asperger's Syndrome. *Adolescent Medicine Clinics 17*(3), 771–88.
- McPartland, J. ve Volkmar, F. R. (2012). *Autism and Related Disorders*. Handb Clin Neurol. Handbook of Clinical Neurology. 106. pp. 407–18.

- MEB (2006). *26244 Sayılı Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği*.
- MEB (2008). *Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Kılavuzu*. Ankara: Millî Eğitim Bakanlığı Yayınları.
- MEB (2009). *Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği*. Resmî Gazete: 26184.
- MEB (2010). *Çocuk Gelişimi ve Eğitimi İşitme Engelliler* Ankara meb.gov.tr (9 Şubat 2010) İstatistikler Genel Sonuç <http://orgm.meb.gov.tr/istatistikler>.
- MEB (2013). *İşitme Engelli Öğrenciler İçin Öğretmen Kılavuz Kitabı*, Ankara: Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- MEB (2015). *Çocuk Gelişimi, Zihinsel Engelliler* Ankara.
- MEB, (2010). *Okullarımızda Neden Nasıl Niçin Kaynaştırma*, Özel Eğitim Genel Müdürlüğü, Ankara: Aygül Matbaası.
- MEB, (2010b). *Özel Eğitim Hizmetleri Tanıtım El Kitabı*. Ankara: Özel Eğitim Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları.
- Mehmedoğlu, A. U. (2004). *Kişilik ve Din*, İstanbul: Dem Yayınları.
- Mehmedoğlu, A. U. (2011). *Tanrıyı Tasavvur Etmek*. İstanbul: Çamlıca Yayınları.
- Mehmedoğlu, Y. (2001). *Erişkin Bireyin Kendilik Bilinci ve Eğitimi*, İstanbul: Rağbet Yay.
- Mercy, J. A., Saul, J. (2009). Creating A Healthier Future Through Early Interventions for Children. *Journal of the American Medical Association*. 301(21), 2262–2264.
- Metin, N., Güleç, H. ve Şahin, Ç. (2009). *İlköğretim Öğretmenlerinin Zihinsel Engelli Çocukların Kaynaştırılmasına Yönelik Almış Oldukları Hizmet İçi Eğitim Sonrasında Yeterliliklerinin Belirlenmesi*. I. Uluslararası Türkiye Eğitim Araştırmaları Kongresi, Çanakkale.
- Michael, F. (1993) "I've Counted Jon": Transformational Experiences of Teachers Educating Students with Disabilities *Exceptional Children*, 59, (4) 359-372.
- Middlemiss, W., Yaure, R. ve Huey, E. L. (2015). Translating Research-based Knowledge About Infant Sleep into Practice. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 27(6), 328–337.
- Miller, W. R. (Ed.) (1999). *Integrating Spirituality into Treatment: Resources for Practitioners*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Miltiades, Helen B.; Pruchno, Rachel (2002). The Effect of Religious Coping on Caregiving Appraisals of Mothers of Adults with Developmental Disabilities. *The Gerontologist*, Vol. 42, No. 1, p.82–91.
- Minkovitz, C. S., Strobino, D., Scharfstein, D., Hou, W., Miller, T., Mistry, K. B., ve diğeri (2005). Maternal Depressive Symptoms and Children's Receipt of Health Care in the First 3 Years of Life. *Pediatrics*, 115(2), 306-314.
- Mitchell, D. B., Szczerepa, A. ve Hauser-Cram, P. (2016). Spillingover: Partner Parentingstress as a Predictor of Familycohesion in Parents of Adolescents with Developmental Disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 49(50), 258-267.
- Montes, G. ve Halterman, J. S. (2008). Association of Childhood Autism Spectrum Disorders and Loss Of Family Income. *Pediatrics*, 121(4), 821-826.
- Montes, G. ve Halterman, J. S. (2008). Child Care Problems and Employment Among Families with Preschool-Aged Children With Autism in The United States. *Pediatrics*, 122(1), 202-208.
- Moodley, R. ve West, W. (Eds.). (2005). *Integrating Traditional Healing into Counseling And Psychotherapy*. Nevvbury Park, CA: Sage.
- Morawska, A., Winter, L. ve Sanders, M. (2009). Parenting Knowledge and Its Role in The Prediction of Dysfunctional Parenting and Disruptive Child Behaviour. *Child: Care, Health and Development*. 35(2), 217–226.
- Muhçu. S. (2015) *Ortopedik Engellilik ve Dini Başa Çıkma (Trabzon Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Çorum: Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Murat, A. ve Kızılgeçit, M. (2017). Dini Başa Çıkma ve Psikopatoloji İlişkisi (Rize Örneği). *Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 6(11), 111-151.
- Murphy, P. E., Ciarrocchi, J. W., Piedmont, R. L., Cheston, S., Peyrot, M. ve Fitchett, G. (2000). The Relation of Religious Belief and Practices, Depression, And Hopelessness In Persons with Clinical Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1102.
- Murphy, P. E., Ciarrocchi, J. W., Piedmont, R. L., Cheston, S., Peyrot, M. ve Fitchett, G. (2007). Klinik Depresyon Hastalarında Dinî İnanç ve Uygulamaların Depresyon ve Umutsuzlukla İlişkisi. (Çev. Ö. Güler), *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 48(2), 161-170.

- Muştu, Eren, T. (2018). *Zihinsel Engelli ve/veya Otizm Tanısı Olan ocuğa Sahip Ebeveynlerin ocuklarını Kabul Red Düzeyi ve Yaşam Doyumları Arasındaki İlişki* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Myers, Scott M.; Johnson, Chris Plauché (1 November 2007). Management of Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*. 120 (5), 1162–1182.
- Naghavi F., Redzuan M.R. (2012). Family Size and Construct of The Early Adolescent's Emotional Intelligence. *Life Sci*. 9, 222–226.
- Najman, J. M., Vance, J. C., Boyle, F., Embleton, G., Forster, B. ve Thearle, J. (1993). The Impact of Child Death on Marital Adjustment. *Social Science & Medicine*, 37(8), 1005-1010.
- National Institute of Mental Health (2016) *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): The Basics U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health NIH Publication No. QF-16-3572*
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) (2007). *Asperger syndrome fact sheet*. Archived from the original on 21 August 2007. Retrieved 24 August 2007. NIH Publication No. 05-5624.
- Natoli, J. L., Ackerman, D. L., McDermott, S. ve Edwards, J. G. (2012). Prenatal Diagnosis of Down Syndrome: A Systematic Review of Termination Rates (1995–2011). *Prenatal Diagnosis*. 32 (2), 142–53.
- Nes, R. B., Hauge, L.J., Kornstad, T., Kristensen, P., Landolt, M. A., Eskedal, L. T. ve Vollrath, M. E. (2014). The Impact of Child Behaviour Problems on Maternal Employment: A Longitudinal Cohort Study. *Journal of Family and Economic Issues*, 35, 351-361.
- Neul, J. Ve diğerleri (2010). Rett Syndrome: Revised Diagnostic Criteria and Nomenclature. *Annals of Neurology*. 68 (6), 944–50.
- Nizamoglu, N., (2006). *Sınıf Öğretmenlerinin Kaynaştırma Uygulamalarındaki Yeterlikleri*, Yüksek Lisans Tezi, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Noffke, J. L. ve McFadden, S. H. (2001). Denominational and Age Comparisons of God Concepts. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40(4),747- 756.
- Okumuş, E. (2002). *Gösterişçi Dindarlık*, İstanbul: Ark Yayınları.

- Okumuş, E. (2014), Dini Sosyalleşme. *Turkish Studies – International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish* 9 (11), 429-454.
- Onay, A. (2001). *Dindarlık, Etkileşim ve Değişim*, İstanbul: Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.
- Osofsky, J. D. ve Fitzgerald, H. E. (2000). *WAIMH Handbook of Infant Mental Health*. Vol. 1. Chichester, UK: Wiley; (Perspectives on Infant Mental Health).
- Önder, A. ve Gülay, H. (2007). Ebeveyn Kabul-Red Teorisi ve Bireyin Gelişimi Bireyin Gelişimi Açısından Önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi* (21), 20-28.
- Önder, A. ve Gülay, H. (2010). Reliability and Validity of the Teacher Rating Scale of School Adjustment for 5-6 Years of Children. *International Online Journal of Educational Sciences*, 2(1), 204-224.
- Önder, M., (2007). *Sınıf Öğretmenlerinin Zihin Engelli Kaynaştırma Öğrencileri İçin Sınıf İçinde Yaptıkları Öğretimsel Uyarlamaların Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi.
- Özdemir, F. (2016). *Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar ile Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özdemir, S. (2017). Engelli Bireylerin Mânevî Rehabilitelerinde İletişimin Önemi, *Harran Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 38,137- 159
- Özen, A. (2011). *Davranış Değiştirme ve Öğretim Sürecinde Aile*. E. Tekin İftar. (Editör.) Davranış ve Öğrenme Sorunu Olan Çocukların Eğitimi, (s.63-82). Eskişehir: Açıköğretim Fakültesi Yayınları. Anadolu Üniversitesi
- Özen, A. (2012). *Özel Gereksinimli Bireyler ve Bakım Hizmetleri* (Ed. Tekin İftar) Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını
- Özen, A. (2013). Ailelerle İşbirliği ve İletişim. (Ed. A. Cavkaytar), *Özel Eğitim*, ss. 37-54, Vize Yayıncılık, Ankara
- Özgül, M. (2017). *Dini Başa Çıkma ile Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzları İlişkisi Üzerine Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Kastamonu: Kastamonu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Özkan, B. ve Düzgüner, S. (2021). Yetişkinlerde Bağlanma Stilleri ve Dinî Başa Çıkma İlişkisi Üzerine Bir Araştırma, *Theosophia*, 3, 33-54.

- Özkardeş Güngörmüş, O. (2012). Türkiye'de Özel Öğrenme Güçlüğüne İlişkin Yapılan Uygulamalar. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(21), 25-38.
- Özşenol, F., Ünay, B. ve Gökçay, E. (2003). Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 45(2), 156-164.
- Öztürk, E. E. (2013). *İyimserlik ve Dindarlık*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Öztürk, M. (2011). *Türkiye'de Engelli Gerçeği*, İstanbul: Ajansvista Matbaacılık MÜSİAD Cep Kitapları: 30.
- Öztürk, O. (2006). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Paloutzian, R. E ve Park, C. L., (Ed.), *Din ve Maneviyat Psikolojisi, Temel Yaklaşımlar ve İlgili Alanları İçinde* (s. 169-206). Ankara: Phoenix Yayınları.
- Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. New York: The Guilford Press.
- Pargament, K. I. (2001). *An Introduction to The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. New York: The Guilford Press.
- Pargament, K. I. (2002a). The Bitter and The Sweet: An Evaluation of the Costs And Benefits of Religiousness. *Psychological Inquiry*, 13(3), 168–181.
- Pargament, K. I. (2002b). Is Religion Nothing But ...? Explaining Religion Versus Explaining Religion Away. *Psychological Inquiry*, 13(3), 239–244.
- Pargament, K. I. (2002c). Acı ve Tatlı: Dindarlığın Bedelleri ve Faydaları Üzerine Bir Değerlendirme. (Çev. A. U. Mehmedoğlu) *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 5(1).
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually Integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred*. New York, NY: Guilford Press.
- Pargament, K. I. ve Brant, C. R. (1998). Religion and Coping. In Handbook of Religion and Mental Health. (Ed. H. G. Koenig), *Handbook of Religion and Mental Health* (p.112–126). San Diego: Academic Press.
- Pargament, K. I. ve Hill, P. C. (2003). Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality, Implications for Physical and Mental Health Research, *American Psychologist*, 58(1), 64–74.
- Pargament, K. I. ve Park, C. L. (1995). Merely a Defense? The Variety of Religious Means and Ends. *Journal of Social Issues*, 51, 13-32.

- Pargament, K. I. ve Park, C. L. (1997). In Times of Stress: The Religion-coping Connection. In B. Spilka & D. N. McIntosh (Eds.), *The Psychology of Religion: Theoretical Approaches* (pp. 43-53). Boulder, CO, US: Westview Press.
- Pargament, K. I. ve Raiya, H. A. (2007). A Decade of Research on the Psychology of Religion and Coping: Things We Assumed and Lessons We Learned. *Psyke & Logos*, 28, 742–766.
- Pargament, K. I. ve Rye, M. (1998). *Forgiveness as a Method of Religious Coping. Dimensions of Forgiveness: Psychological Research Theological Perspectives* (ed. E. Wordhington), London: Templeton Foundation Press.
- Pargament, K. I., Ano, G. ve Wachholtz, A. (2005). The Religious Dimension of Coping: Advances in Theory, Research and Practice. *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (Ed. R. Paloutzian and C. L. Park), New York: The Guilford Press.
- Pargament, K. I., Ensing, D. S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Van Haitsma, K. ve Warren, R. (1990). God Help Me (I): Religious Coping Efforts as Predictors of the Outcomes to Significant Negative Life Events. *American Journal of Community Psychology*, 18, 793-823.
- Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengeod, N., Newman, J. ve Jones, W. (1988). Religion and the Problem-solving Process: Three Styles of Coping. *Journal for The Scientific Study of Religion*, 27(1), 90–104.
- Pargament, K. I., Koenig, H. ve L. Perez (2000). The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the Recope. *Journal of Clinical Psychology*. 56 (4), 519-543.
- Pargament, K. I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N. ve Hahn, J. (2004). Religious Coping Methods Aspredictors of Psychological, Physical and Spiritual Outcomes Among Medically Ill Elderly Patients: A Two-year Longitudinal Study. *Journal of Health Psychology*, 9(6), 713-730.
- Pargament, K. I., Olsen, H., Reilly, B., Falgout, K., Ensing, D. ve Van Haitsma, K. (1992). God Help Me (II): The Relationship of Religious Orientations to Religious Coping with Negative Life Events. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 31(4), 504–513.

- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G. ve Perez, L. (1998). Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710–724.
- Pargament, K. I., Tarakeshwar, N., Ellison C. G. ve Wulff, K. (2001) Religious Coping Amongthe Religious: The Relationships Between Religious Coping And Well-Being in A National Sample of Presbyterian Clergy, Elders, and Members. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40(3), 497–513.
- Pargament, K. I., Zinnbauer, B. J., Scott, A. B., Butter, E. M., Zerowin, J. ve Stanik, P., et al. (1998). Red Flags and Religious Coping: Identifying Some Religious Warning Signs Among People in Crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 54(1), 77–89.
- Pargament, K. I., Zinnbauer, B. J., Scott, A. B., Butter, E. M., Zerowin, J. ve Stanik, P. (2003). Red Flags and Religious Coping: Identifying Some Religious Warning Signs Among People in Crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1335-1348.
- Parish, S. L., Rose, R. A., Dababnah, S., Yoo, J. ve Cassiman, S. A. (2012). State-Level Income İnequality And Family Burden of U.S. Families Raising Children with Special Health Care Needs. *Social Science Medicine (1982)*, 74(3), 399-407.
- Parkes, J., Caravale, B., Marcelli, M., Franco, F. ve Colver, A. (2011). Parenting Stress and Children With Cerebral Palsy: A European Cross Sectional Survey. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53, 815-21.
- Parlak, S. (2016). Manevi Yönelimli Psikoterapi ve Psikolojik Danışma, *Manevi Danışmanlığın Gelişimi*. [içinde] H. Ekşi & Ç. Kaya (ed.), (ss. 29-46). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Patterson, D. (2009). Molecular Genetic Analysis of Down Syndrome. *Human Genetics*. 126 (1), 195–214.
- Patton, Sally (2004). *Welcoming Children with Special Needs A Guidebook For Faith Communities*. Boston: Unitarian Universalist Association.
- Peker, H. (2010). Dua, İbadet ve Dinî Törenler, *Din Psikolojisi* (Ed. Hökelekli, H.). Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2051 Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1085 192-213.
- Piko, B. F. ve Balázs M. Á. (2012). Control or Involvement? Relationship Between Authoritative Parenting Style and Adolescent Depressive Symptomatology. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. 21, 149–155.

- Pilgrim, D. ve Rogers, A. (2005). *A Sociology of Mental Health and Illness* (3rd ed.). Milton Keynes: Open University Press.
- Pinquart, M. (2017). Associations of Parenting Dimensions and Styles with Externalizing Problems of Children and Adolescents: An Updated Meta-analysis. *Developmental Psychology*, 53, 873.
- Plant, K. M. ve Sanders, M. R. (2007). Predictors of Care-giver Stress in Families of Preschoolaged Children with Developmental Disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(2), 109-124.
- Plante, T. (2009). *Spiritual Practices in Psychotherapy: Thirteen Tools for Enhancing Psychological Health*. Washington, DC: American Psychological Association. Doi: 10.1037/11872-000
- Plante, T. G. ve Sherman, A. C. (Ed.). (2001). *Faith and Health: Psychological Perspectives*. The Guilford Press.
- Post, B. ve Wade, N. (2009). Religion and Spirituality in Psychotherapy: A Practice-friendly Review of Research. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 131-146.
- Putnam, S. P., Sanson, A. V. ve Rothbart, M. K. (2002). *Handbook of Parenting*. Bornstein MH, editor. 1. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; pp. 255–277.
- Quine, L. ve Paul, J. (1985). Examining The Causes of Stress in Families with Severely Mentallyhandicapped Children. *Br. Journal Soc. Work* 15, 501–517.
- Rafter, N. H. (1998). *Creating Born Criminals*. University of Illinois Press, ISBN 978-0-252-06741-9.
- Raina, P., O'Donnell, M., Rosenbaum, P., Brehaut, J., Walter, S. D., Russell, D., Swinton, M., Zhu, B. ve Wood, E. (2005). The Health and Well-Being of Caregivers of Children With Cerebral Palsy *Pediatrics*, 115(6), 626-36.
- Rakap, S., Kaczmarek, L., (2010). Teachers' Attitudes Towards Inclusion in Turkey. *European Journal of Special Needs Education*, 25 (1), 59-75.
- Rambo L. (1993). *Understanding Religious Conversion*. New Haven, CT: Yale Univ. Press.
- Raver, C. (2003). The Role of Employment in Predicting Depressive Symptoms and Parenting Among Low-income Families. *Child Development*, 74(6), 1720-1736.
- Reiter, S., Bryen, D. N. ve Shachar, I. (2007). Adolescents with Intellectual Disabilities As Victims of Abuse. *Journal of Intellectual Disabilities*, 11(4), 371-387.

- Richards, P. S. ve Begin, A. E. (1997). *A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy*. Washington, DC: Am. Psychol. Assoc.
- Richards, P. S. ve Bergin, A. E. (1997). *A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy*. American Psychological Association.
- Richards, P. S. ve Bergin, A. E. (Ed.). (2000). *Handbook of Psychotherapy and Religious Diversity*. American Psychological Association.
- Riss, D., Arnoldner, C., Baumgartner, W. D., Blineder, M., Flak, S., Bachner, A., Gstoettner, W. ve Hamzavi, J. S. (2014). Indication Criteria and Outcomes with the Bonebridge Transcutaneous Bone-conduction Implant. *The Laryngoscope*, 124 (12), 2802–6.
- Roach, M. A., Ormond, G. I. ve Barratt, M. S. (1999). Mothers and Fathers of Children with Down Syndrome: Parental stress and involvement in children. *American Journal Mental Retardation* 104, 422–436.
- Rodriguez, C. M. ve Murphy, L. E. (1997). Parenting Stres And Abuse Potential in Mothers of Children with Developmental Disabilities. *Child Maltreatment*, 3, 245-52.
- Rohner, R. P. (1975). *They Love Me, They Love Me Not: A Worldwide Study of the Effects of Parental Acceptance and Rejection*. HRAF Press; New Haven, CT, USA.
- Rohner, R. P. (1986). *The Warmth Dimension: Foundations of Parental Acceptance-Rejection Theory*. Sage Publications, Inc.; Beverly Hills, CA, USA: 1986.
- Rohner, R. P. (1998). Father love and child development: History and current evidence. *Current Directions in Psychological Science*, 7, 157-161.
- Rohner, R. P. ve Khaleque, A. (2003). Reliability and Validity of the Parental Control Scale a Meta-analysis of Crosscultural and Intracultural Studies. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 34(6), 643-649.
- Rohner, R.P. (2004). The Parental Acceptance-rejection Syndrome: Universal Correlates of Perceived Rejection. *Am. Psychol.* 59, 830–840.
- Rosengren, K. S., Johnson, C. N. ve Haris P. L. (Ed.) (2000). *Imagining the Impossible: Magical, Scientific and Religious Thinking iti Children*. Cambridge University Press.
- Sadioğlu, Ö., Batu, E. S. ve Bilgin, A. (2012). Sınıf Öğretmenlerinin Özel Gereksinimli Öğrencilerin Kaynaştırılmasına İlişkin Görüşleri, *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 25 (2), 399-432.

- Sağır, Z. (2019). When Individuals Hold Religion as a Coping Tool: a Qualitative Study of Acculturation Process in Syrian Refugees With Disabilities. *Fırat Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 24(2), 1-23.
- Sandalcı Savaş, F. (2002). Özürlü Çocuğu Olan Aileler ve Sosyal Hizmet Mesleği. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 2(1), 79- 89.
- Sandler-Loeff, A. ve Shahak, Y. (2006). *People with Disabilities in Arab Society in Israel: An Opportunity For Social Change*. Jerusalem: JDC Israel, The Unit for Disabilities and Rehabilitation.
- Sarı, H. (2003). *Özel Eğitime Muhtaç Öğrencilerin Eğitimleriyle İlgili Çağdaş Öneriler*, Ankara, Pegema Yayıncılık.
- Schwebel, D. C. ve Brezausek, C. M. (2008). Chronic Maternal Depression and Children's Injury Risk. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(10), 1108-1116.
- Seginer, R. (1988). Adolescents Facing the Future: Cultural and Sociopolitical Perspectives. *Youth & Society*, 19(3), 314-333.
- Seginer, R. (2001). Young People Chart Their Path into Adulthood: The Future Orientation of Israeli Druze, Arab and Jewish adolescents. *Megamot*, 41(1-2), 97-112.
- Seginer, R. (2005). *Adolescent Future Orientation: Intergenerational Transmission and Intertwining Tactics in Culture And Family Settings*. In W. Friedlmeier, P. Chakkarath ve B. Schwarz (Eds.), *Culture and Human Development: The importance of Cross-cultural Research for the Social Sciences* (pp. 231-251). Hove, UK: Psychology Press
- Seginer, R. ve Halabi-Kheir, H. (1998). Adolescent Passage to Adulthood: Future Orientation in the Context of Culture, Age, and Gender. *International Journal of Intercultural Relations*, 22(3), 309-328.
- Seginer, R. ve Lilach, E. (2004). How Adolescents Construct Their Future: The Effect of Loneliness on Future Orientation. *Journal of Adolescence*, 27(6), 625-643.
- Seginer, R. ve Mahajna, S. (2003). Education is a Weapon in Woman's Hand: How Israeli Arabs Girls Construct Their Future. *Journal for Sociology of Education and Socialization*, 23, 200-214.
- Seginer, R. ve Mahajna, S. (2004). How the Future Orientation of Traditional Israeli Palestinian Girls Link Beliefs About Women's Roles and Academic Achievement. *Psychology of Women Quarterly*, 28(2), 122-135.

- Seginer, R. ve Mahajna, S. (2012). With God's help: The Future Orientation of Israeli Palestinian Girls Growing up Muslim. In G. Trommsdorf, & X. Chen (Eds.), *Values, Religion, and Culture in Adolescent Development*. New York: Cambridge University Press.
- Seginer, R. ve Schlesinger, R. (1998). Adolescents' Future Orientation in Time and Place: The Case of The Israeli Kibbutz. *International Journal of Behavioral Development*, 22(1), 151-167.
- Seginer, R. ve Shoyer, S. (2012). How Mothers Affect Adolescents' Future Orientation: A Two-Source Analysis. *Japanese Psychological Research*.
- Seginer, R., Nurmi, J-E. ve Poole, M. E. (1991). *Adolescents' Future Orientation in Cross-Cultural Perspectives: Research Prospect*. Paper Presented in the 11th Biennial Meeting of the International Society For The Study of Behavioral Development, Minneapolis, MN.
- Shen, H., Magnusson, C., Rai, D., Lundberg, M., Le-Scherban, F., Dalman, C ve diğeri (2016). Associations of Parental Depression with Child School Performance at Age 16 Years in Sweden. *JAMA Psychiatry*, 73(3), 239-246.
- Siebers, T. (2001). Disability in Theory: from Social Constructionism to the New Realism of the Body. *American Literary History*, 13 (4), 737-754.
- Sloper, P. ve Turner, S. (1993). Determinants of Parental Satisfaction with Disclosure of Disability. *Developmental Medicine & Child Neurology* 35, 816–825.
- Smith, T. B., McCullough, M. E. ve Poll, J. (2003). Religiousness and Depression: Evidence for a Main Effect and the Moderating Influence of Stressful Life Events. *Psychological Bulletin*, 129(4), 614–636.
- Smith, T., Bartz, J. ve Richards, P. (2007). Outcomes of Religious and Spiritual Adaptations to Psychotherapy: A Meta-analytic Review. *Psychotherapy Research*, 17, 643-655.
- Sohail, M. M. (2018). Belief in god's help during hepatitis C: A Qualitative Study on Muslim Patients in Pakistan. *Journal of Religion and Health*, 1-18
- Sperry, L. ve Shafranske, E. (2004). *Spiritually Oriented Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sucuoğlu, B. ve Kargın T. (2010). *İlköğretimde Kaynaştırma Uygulamaları*. Ankara: Kök.

- Sungur, M. (2002). *Otistik Çocukların Anne-Babaları ile Normal Gelişim Gösteren Çocukların Anne-Babalarının Depresyon, Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin ve Aile İşlevlerinin Araştırılması*, Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Şar, V. (2010). An Overview of the Proposed DSM-5 Diagnostic Criteria: is. *Journal Clinical Psychology* 13(4), 196-208.
- Şenel, H. G. (1995). Yetersizliğe Sahip Kardeşi Olanlarla Olmayanların Yetersizliğe Yönelik Tutumları ve Kaygı Düzeyleri Yönünden Karşılaştırılması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 2 (1), 33–39.
- Şengül, F. (2007). *Dindarlık ve Ruh Sağlığı İlişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Şentürk, M. ve Varol-Saraçoğlu, G. (2013) A Comparison Between Mothers Having Healthy Children And Mothers Having Physically and Mentally Handicapped Educable Children in Terms of Their Perceived Familial Social Support And Depression Levels. *International Journal of Basic & Clinical Medicine*, 1(1), 40–49.
- Şipal, R. F. (2002). *7-11 Yaş Arası İşitme Engelli ve Normal İşiten Çocukların Sosyal Uyum Düzeylerinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th ed). Boston: Pearson Education Inc.
- Tabak, I. ve Zawadzka, D. (2017) The Importance of Positive Parenting in Predicting Adolescent Mental Health. *Journal Family Studies*, 23:1–18.
- Tangri, P. ve Verma, P. (1992). A Study of Social Burden Felt by Mothers of Handicapped Children. *Journal Personalized Clinical Studies*, 8, 117–120.
- Tapan, E. (2016) *Ben Mutlu Bir Down Annesiyim*. Yapı kredi Yayınları.
- Taş, K. (2012). *Üniversite Gençliğinin Dindarlık Kriterleri*, Ankara: Alter Yayıncılık.
- Tekin, M. (2006). Dindarlık Bağlamında Amel-i Salih Kavramına Sosyolojik Bir Yaklaşım, (Ed. Hayati Hökelekli), *Dindarlık Olgusu: Sempozyum Tebliğ ve Müzakereleri* (Dindarlık Olgusu Sempozyumu, İstanbul, 25-26 Aralık 2004, içinde (49-63), Bursa: Kur'an Araştırmaları Vakfı.
- Timuçin, E., (1998). *Türkiye'de Kaynaştırma, Varolan Uygulamaları ve Kaynaştırmanın Gerçekleştirilebilmesi İçin Yapılması Gerekenler*. 8. Ulusal Özel Eğitim Kongresi. Edirne.

- Topuz, İ. (2003). *Dini Gelişim Seviyeleri ile Dini Başaçıkma Tutumları Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma*, Doktora Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi.
- Toran, M. (2005). *Farklı Sosyokültürel Düzeylere Sahip Annelerin Çocuklarını Kabullenme ve Reddetme Davranışlarının İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Turan Gürhopur, F. D. ve İşler Dalgıç, A. (2017) Zihinsel Yetersiz Çocuğu Olan Ebeveynlerde Aile Yükü. *Journal of Psychiatric Nursing*, 8(1), 9–16.
- Tüfekçioğlu, Ü. (2003). *İşitme, Konuşma ve Görme Sorunları Olan Çocukların Eğitimi*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını No: 1514, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 803.
- Tümer, G. ve Küçük, A. (1993). *Dinler Tarihi*, Ankara: Ocak Yayınları.
- Türe, E., Yazar, A., Akın, F. ve Aydın, A. (2018). Kronik Hasta Çocuklara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün Değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 8(3), 46–53.
- Türküm, S. (2005). Who Seeks Help? Examining the Differences in Attitude of Turkish University Students toward Seeking Psychological Help by Gender, Gender Roles, and Help-Seeking Experiences. *The Journal of Men's Studies*, 13(3), 389-401.
- Uçar Çabuk, F. (2013). *5 Yaş Çocuklarının Sosyal Konumlarının Anne Babalarının Kabul Red Düzeyleri ile İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Uğuz, Ş., Toros, F., İnanç, B. Y. ve Çolakkadioğlu, O. (2004). Zihinsel ve/veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 7, 42-47.
- Uğuz, Şükrü; Toros, Fevziye; Yazgan İnanç, Banu; Çolakkadioğlu, Oğuzhan (2004). Zihinsel ve/veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7, s. 42-47.
- Usta, M. (2010). Özel Eğitimi Gerektiren Birey, Aile ve Din Eğitimi, *Din Eğitimi Araştırmaları Dergisi*, 20, 84-94.
- Usta, N. (2012). *İş Stresinin İlköğretim Okullarında Görev Yapan Yöneticilerin Davranışlarına Etkisi (Edirne İli Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi.
- Uysal, V. (1996). *Din Psikolojisi Açısından Dini Tutum Davranış ve Şahsiyet Özellikleri*. İstanbul: Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Vakfı Yayınları.

- Uysal, V. (2006). *Türkiye'de Dindarlık ve Kadın*, İstanbul: Değerler Eğitimi Merkezi Yay.
- Uysal, V., Batan, S. N., Baş, S. ve Zafer, H. (2014). Ergenlerin Tanrı Algılarıyla Sosyal Kaygı ve Umut Düzeyleri Arasındaki İlişkiler. *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*, 221-237.
- Ünal, V. (2018). “Engellilerin Engelliliğe Bakışı ve Dine Yaklaşımları”, *Cumhuriyet İlahiyat Dergisi*, 22(3), 1457-1482.
- Üskün, E. ve Gundoğar D. (2010). The Levels of Stress, Depression and Anxiety of Parents of Disabled Children in Turkey. *Disability and Rehabilitation*, Early Online, 1-11.
- Valentine, D. P., McDermott, S. ve Anderson, D. (1998). Mothers of Adults with Mental Retardation: Is race A Factor in Perceptions of Burdens and Gratification? *Families in Society*. 79(6), 577–584.
- Vardi, R. (2013). *İnternet ve İslam*, İstanbul: Akademi Titiz Yayınları.
- Venkat, A., Jauch, E., Russell, W. S., Crist, C. R. ve Farrell, R. 2012). Care of the Patient with An Autism by the General Physician. *Postgrad Medical Journal* 88 (1042), 472–81.
- Vogel, D., Wade, N., Wester, S., Larson, L. ve Hackler, A. (2007). Seeking Help From a Mental Health Professional: The Influence of One’s Social Network. *Journal of Clinical Psychology*, 63(3), 233–245.
- Walker, D. F., Gorsuch, R. L., Tan, S. Y. ve Otis, K. E. (2008). Use of Religious and Spiritual Interventions İn Training in APA-accredited Christian Psychology Programs. *Mental Health, Religion & Culture*, 11, 623-633.
- Wayman, S. (2017) Exhausted? Inefficient? Distant? Parental Burnout is Inevitable <https://www.irishtimes.com/life-and-style/health-family/parenting/exhausted-inefficient-distant-parental-burnout-is-inevitable-1.3216824>, erişim tarihi: 15.03.2019.
- Webb, M, Charbonneau, A. M, McCann, R. A, Gayle, K. R. (2011). Struggling and Enduring with God, Religious Support, and Recovery from Severe Mental Illness. *Journal of Clinical Psychology*. 67(12):1161–1176.
- Wehman, P. (2006). Individualized Transition Planning: Putting Self-determination into Action. In P. Wehman (Ed.), *Life Beyond the Classroom: Transition Strategies for Young People with Disabilities* (4th ed., pp. 71-96). Baltimor, MD: Paul H. Brookes.
- Weijerman, M. E. ve Winter, J. P. (2010). Clinical Practice. The Care of Children with Down Syndrome. *European Journal of Pediatrics*. 169(12), 1445–52.

- Weiss, M. J. (2002). Hardiness and Social Support As Predictors of Stress İn Mothers of Typical Children, Children With Autism, and Children With Mental Retardation. *Autism*, 6(1), 115-130.
- White, N. ve Hastings. R. P. (2004). Social and Professional Support For Parents of Adolescents with Severe Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(3), 181-190.
- Wink, P., Dillon, M., & Larsen, B. (2005). Religion as Moderator of the Depression-Health Connection: Findings from a Longitudinal Study. *Research on Aging*, 27, 197-210.
- Woodbury-Smith, M. R. ve Volkmar, F. R. (2009). Asperger Syndrome. *European Child & Adolescent Psychiatry (Submitted Manuscript)*. 18 (1), 2–11.
- World Health Organization (2007). Burden of Mental and Behavioural Disorders. <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/>. (12. 12. 2019).
- Wortmann, J. H. ve Park, C. L. (2008). Religion and Spirituality in Adjustment Following Bereavement: An Integrative Review. *Death Studies*, 32(8), 703–736.
- Yakmaz Basılğan, F. (2012). *Annelerin Kabul-Red Düzeyi ile Çocukların Davranış Sorunları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Arel Üniversitesi.
- Yamaç, A. (2011). *Zihinsel Engelli Çocukların Ebeveynlerinin, Çocuklarını Kabul-Red Düzeyi ile Çocuk Yetiştirme Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- Yamaokaa, Y., Tamiyaa, N., Izumidab, N., Kawamura, A., Takahashic, H. ve Noguchid, H. (2016). The Relationship Between Raising A Child with A Disability and the Mental Health of Mothers Compared to Raising A Child Without Disability in Japan. *SSM-Population Health*, 18(2), 542-548.
- Yapıcı, A. (2013). *Ruh Sağlığı ve Din: Psiko-sosyal Uyum ve Dindarlık*, Adana: Karahan Kitapevi.
- Yapıcı, A., Doğanay, S. (2019). Dini Başa Çıkma ve Sabır Bağlamında İnsan Tipleri: Nitel Bir Araştırma, *Bilimname XL*, 4, 105-135.
- Yazır, E. H. (2015). *Hak Dini Kur'an Dili*. Sadeleştirenler: Lütfullah Cebeci vd., İstanbul: Akçağ Yayınları,
- Yıldız, D. (2009). *Okul Öncesi Dönem Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Çocuklarını Kabullenişleri ile Umutsuzluk Düzeylerinin Karşılaştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi.

- Yılmaz, F. (2011). *Dinlerin Kökeni*, Ankara: Berikan Yayınevi.
- Yorbık, Ö., Erman, H. ve Söhmen, T. (2000). Asperger Sendromu ve Yüksek Fonksiyonlu Otizmin Tanısal Ayrımı. *Klinik Psikiyatri*, 3, 102-110.
- Yurdakul, A., Girli, A., Özekes, M. ve Sarısoy, M. (2000). Otistik ve Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Stresle Baş Etme Yolları: Anne-Baba Farklılıkları. *Saray Rehabilitasyon Dergisi*, 7, 6-17.
- Zarit, S. H., Reever, K. E. ve Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *Gerontologist*, 20(6), 649–655.
- Zarnowiecki, D., Dollman, J. ve Sinn, N. (2011). A Tool for Assessing Healthy Food Knowledge in 5–6 Year Old Australian Children. *Public Health Nutrition*, 14(7), 1177–1183.

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Saygıdeğer Katılımcı,

Anket sorularının cevaplandırılması hususunda göstereceğiniz gayret ve samimiyet araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için son derece önemlidir. Dolayısıyla bütün soruları dikkatle okuyarak seçeneklerden görüşlerinizi en iyi yansıtan ifadeyi işaretleyiniz. Lütfen hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Anket sorularına vereceğiniz cevaplar tamamen bilimsel bir amaç için kullanılacaktır. Lütfen anket formuna isim veya herhangi bir rumuz yazmayınız. Değerli görüşlerinizi bizimle paylaşmak suretiyle araştırmaya yapmış olduğunuz önemli katkıya ve ilginize en iyi dileklerimle teşekkür ederim.

Hafize ALBAYRAK

M. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü

ANKET FORMU

Ebeveyn

1. a) Anne b) Baba

Ebeveynin;

2. Yaşı:

3..Medeni durumu

a) Bekâr b) Evli c) Boşanmış d) Dul

4.Eğitim durumu:

a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite

5.Mesleği:

a) Memur b) İşçi c) Emekli d) Serbest e) Ev Hanımı f) İşsiz g) Diğer.....

6.Aylık gelir düzeyi:

a) 850-1000 TL b)1001-1500 TL

c)1501-2000TL e)2001 TL üstü

7.Sosyal güvencesi

a) Bağkur b) SSK c) Yeşil Kart d) Emekli Sandığı e) Diğer

8. Aile yapısı:

a) Çekirdek aile b) Geniş aile

9.Eşinizle akrabalık bağınız var mı?

a) Var b) Yok

10. Çocuğunuzun cinsiyeti

a) Kız b) Erkek

11. Çocuğunuzun yaşı

() 1-5 yaş () 6-10 yaş () 11-15 yaş () 16 yaş ve üzeri

12. Kardeşi varsa kaç kardeşler?

13. Kaçınıcı çocuk?

14. Çocuğunuzun engel türü nedir?

a) Mental Retarde (Zekâ Geriliği) b) Otizm c) Down Sendrom d) Diğer

15. Çocuğunuzun özel durumundan dolayı günlük işlerinizi organize etmede sorun yaşıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

Evet ise ne tür günlük işleri organize etmede sorun yaşıyorsunuz?

.....

16. Özel durumu olan bir çocuğa sahip olduktan sonra aile içi sorunlar oldu mu?

a) Evet b) Hayır

Olduysa ne tür sorunlar:

17.Özel durumu olan bir çocuğa sahip olduktan sonra varsa diğer çocuklarınızla ilgilenmekte sorun yaşadınız mı?

a) Evet b) Hayır

18. Özel durumu olan bir çocuğa sahip olmanız nedeniyle psikolojik destek aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

Aldıysanız ne kadar süre aldınız?

19. Çocuğunuz ne zamandan beri rehabilitasyon merkezine devam ediyor?

a) 1 yıldan az b) 1-2 yıl arası c) 3-4 yıl arası e) 5 yıl ve üzeri

20. Dindarlık düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

a. Çok zayıf b. Zayıf c. Normal d. Yüksek e. Çok yüksek

21. Maneviyatınızı nasıl değerlendirirsiniz?

a. Çok zayıf b. Zayıf c. Normal d. Yüksek e. Çok yüksek

Son altı ayda yaşadığınız en üzücü, stresli olay nedir?

(Lütfen yazınız)

Ek 2. Dini Başa Çıkma Tutumları Ölçeği

Zorluklarla karşılaştığınızda ne yaparsınız.	Asla	Nadiren	Bazen	Çok sık
1. Allah'a yakın olmak isterim				
2. Allah'ın inancımı test ettiğini düşünürüm.				
3. Allah'ın rahmet ve sevgisini ararım.				
4. Ferahlamak için Kur'an okurum.				
5. Allah'tan bağışlanma dilerim				
6. Allah'ın sabrı emrettiğini kendime hatırlatırım.				
7. Yapabileceğimi yapar gerisini Allah'a bırakırım.				

Ne sıklıkla düşünürsünüz?	Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Allah'ın varlığından şüphe ederim.					
2. İslam'ın bazı yönlerinin adil olmadığını düşünürüm.					
3. Ahiretin varlığı hakkında şüphe duyarım.					
4. İslamın modern zamana uymadığını düşünürüm.					
5. Kuran'ın Allah kelamı olduğundan şüphe duyarım.					
6. İslam'ın insanları hoşgörüsüz yaptığını hissederim.					

Ek 3. Kabul-Red Ölçeği

Aşağıda, ebeveynlerin çocuklarına nasıl davrandıklarını ifade eden cümleler yer almaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatle okuyup, sizin çocuğunuza nasıl davrandığınızla ne kadar bağdaşır bağdaşmadığını düşününüz. Aklınıza ilk gelen cevabı işaretleyip, bir sonraki cümleye geçiniz.

İfadeler çocuğunuza davranışınız hakkında temelde uygun ise, kendinize; “Hemen hemen her zaman mı doğru?” yoksa “Bazen mi doğru?” diye sorun. Eğer çocuğunuza hemen hemen her zaman böyle davrandığınızı düşünüyorsanız, HEMEN HEMEN HER ZAMAN DOĞRU kutusuna, bazen böyle davrandığınızı düşünüyorsanız BAZEN DOĞRU kutusuna X işareti koyunuz.

İfadeler çocuğunuza karşı olan davranışınızı doğru olarak anlatmıyorsa, o zaman kendinize, “Nadiren mi doğru?” yoksa “Hemen hemen hiçbir zaman doğru değil mi?” diye sorun. Eğer çocuğunuza nadiren böyle davranıyor iseniz, “NADİREN DOĞRU” kutusuna, eğer hiçbir zaman böyle davranmıyorsanız “HEMEN HEMEN HİÇBİR ZAMAN” kutusuna X koyunuz.

		BENİM İÇİN DOĞRU		BENİM İÇİN DOĞRU DEĞİL	
		<i>Hemen Hemen Her Zaman Doğru</i>	<i>Bazen Doğru</i>	<i>Nadiren Doğru</i>	<i>Hiçbir Zaman Doğru Değil</i>
1.	Çocuğum hakkında güzel şeyler söylerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Çocuğuma ilgi göstermem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Çocuğumun neleri yapıp neleri yapamayacağını kesin olarak bilmesini sağlarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Çocuğumun bana güvenmesini sağlarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Haketmediği zamanlarda bile çocuğuma vururum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Çocuğumu büyük bir baş belası olarak görürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Çocuğuma sürekli olarak nasıl davranması gerektiğini söylerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Kızdığım zaman çocuğumu cezalandırırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Çocuğumun sorularını cevaplayamayacak kadar çok meşgulümdür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Çocuğumdan hoşlanmıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.	Çocuğumun ne yaptığıyla gerçekten ilgiliyimdir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Çocuğuma bir sürü kırıcı sözler söylerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Çocuğum yardım istediği zaman ilgi göstermem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Çocuğuma ne söylediysem, aynen öyle davranmasında ısrar ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Çocuğuma istendiğini ve ihtiyaç duyulduğunu hissettiririm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Çocuğuma çok ilgi gösteririm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Çocuğumun duygularını incitirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Çocuğumun hatırlamam gerektiğini düşündüğü önemli şeyleri unuturum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Eğer kötü davranırsa çocuğuma sevilmediğini hissettiririm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Çocuğumun canı ne isterse yapmasına izin veririm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Çocuğuma yaptığı şeylerin önemli olduğunu hissettiririm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Çocuğum yanlış birşey yaptığı zaman onu korkutur veya tehdit ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Çocuğumun ne düşündüğünü önemserim ve fikirlerini ifade etmesi için onu cesaretlendiririm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Diğer çocukların benim çocuğumdan daha iyi olduklarını düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Çocuğuma istenmediğini hissettiririm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Çocuğumun yaptığı her şeyi kontrol etmek isterim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Çocuğuma onu sevdiğimi belli ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Beni rahatsız etmediği sürece çocuğumla ilgilenmem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Çocuğuma karşı yumuşak ve iyi kalpliyimdir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek 4. DASÖ Ölçeği

		HER ZAMAN	ÇOĞU ZAMAN	BAZEN	NADİREN	HIÇBİR ZAMAN
1	Oldukça önemsiz şeylerden dolayı gerginlesiyorum					
2	Dudaklarımın kuruduğunu hissediyorum					
3	Olumlu herhangi bir şey düşünemiyorum					
4	Nefes alıp vermede güçlük yaşıyorum (örneğin; çok hızlı nefes alma veya nefes alamama)					
5	Bulduğum ortama uyum sağlayamıyorum					
6	Olaylara gereğinden fazla tepki gösteriyorum					
7	Kendimi bitkin hissediyorum (örneğin; bacaklarım tutmuyor)					
8	Rahatlamakta güçlük yaşıyorum					
9	Beni sıkıntıya sokan öyle zamanlar oluyor ki, onlar bitince kendimi rahat hissediyorum					
10	Beklediğim veya umduğum hiçbir şey olmadığını hissediyorum					
11	Aniden keyfimin kaçtığını hissediyorum					
12	Çevremdeki olaylar gerginleşmeye neden oluyor					
13	Kendimi üzgün ve karamsar hissediyorum					
14	Herhangi bir nedenden dolayı geciktiğimde sabırsızlanıyorum (örneğin; asansör veya trafik ışığı)					
15	Kendimi yorgun ve zayıf hissediyorum					
16	Her şeye olan ilgimin kaybolduğunu hissediyorum					
17	Bir insan olarak değerli olmadığımı hissediyorum					
18	Oldukça hassas ve alıngan olduğumu hissediyorum					
19	Herhangi bir fiziksel çaba harcamama veya fazla sıcak olmamasına rağmen yoğun biçimde terlediğimi hissediyorum (örneğin; ellerin terlemesi)					
20	Herhangi bir neden olmamasına rağmen korktuğumu hissediyorum					
21	Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyorum					
22	Gevsemekte zorlanıyorum					
23	Yutkunmakta sıkıntı yaşıyorum					
24	Yaptığım şeylerin dışında hiçbir şeyden zevk alamıyorum					
25	Herhangi bir fiziksel çaba harcamadığım halde kalbimin çarpıntısını hissedebiliyorum (örneğin; kalp çarpıntısının artması veya azalması)					
26	Kendimi keyifsiz ve kederli hissediyorum					
27	Çabuk sinirlendiğimi düşünüyorum					

28	Hemen paniğe kapıldığımı düşünüyorum					
29	Beni gerginlestiren herhangi bir şeyden sonra sakinleşmekte güçlük yaşıyorum					
30	Basit fakat alışılmadık bir şeyden dolayı "mahvolacağım" diye kaygılanıyorum					
31	Herhangi bir şey için istekli ve ilgili olamıyorum					
32	Yaptığım işin bölünmesine tahammül etmekte sıkıntı yaşıyorum.					
33	Gergin bir durumdayım					
34	Oldukça değersiz olduğumu hissediyorum					
35	Yaptığım işe engel olan hiçbir şeye tolerans gösteremiyorum					
36	Çok korktuğumu hissediyorum					
37	Gelecekte hiçbir beklentim yok					
38	Yaşamın anlamsız olduğunu hissediyorum					
39	Kendimi tedirgin ve heyecanlı hissediyorum					
40	Gülünç duruma düşme ve paniğe kapılma riski olan durumlardan dolayı endişeleniyorum					
41	Titrediğimi hissediyorum (örneğin; ellerde)					
42	Yapacağım şeylere başlamakta güçlük yaşıyorum					

Aşağıdaki ifadelerin yanına size uyma derecesine göre **1** ile **7** rakamlarını yazınız.
7 size çok uygun olduğunu **1** ise hiç uygun olmadığını göstermektedir.

___ Pek çok yönüyle idealimdeki hayatı yaşıyorum.

___ Hayat şartlarım mükemmeldir.

___ Hayatımdan memnunum.

___ Şimdiye kadar hayatta istediğim çoğu şeyi elde ettim.

___ Dünyaya yeniden gelseydim, hayatımda neredeyse hiçbir değişiklik yapmazdım.

Ek 5. Etik Kurul İzni



T.C

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ARAŞTIRMA ETİK KURULU

Sayı: 2021-113

Tarih: 31.01.2022

PROJENİN ADI: "Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Dindarlık Yönelimleri, Dini Başa Çıkma ve Red-Kabul Düzeyleri İle Ruh Sağlığı Göstergeleri Arasındaki İlişki"

PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Hafize Albayrak

PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR:

ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 2021-2103

Sayın: Hafize Albayrak

2021-513 Protokol Nolu

"Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Dindarlık Yönelimleri, Dini Başa Çıkma ve Red-Kabul Düzeyleri İle Ruh Sağlığı Göstergeleri Arasındaki İlişki" isimli projenin Üniversitemiz Sosyal Bilimler Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

Prof. Dr. İsmail Taşpınar

Kurul Başkanı

Prof. Dr. Bihterin Dinçkol
ÜYE

Prof. Dr. Kemal Yıldız
ÜYE

Prof. Dr. Serhat Ulağı
ÜYE

Prof. Dr. Halil Ekşi
ÜYE

Prof. Dr. Oktay Çolak
ÜYE

Prof. Dr. Fatma Ayanoğlu
ÜYE

Prof. Dr. Kemalettin Köroğlu
ÜYE

Prof. Dr. Ahmet Kemal Bayram
ÜYE

Ek 6. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Hafize ALBAYRAK
Doğum Yeri ve Tarihi	İstanbul-08.11.1988
Eğitim Durumu	
Lisans	Uluslararası Saraybosna Üniversitesi / Psikoloji (Yabancı Dil Ağırlıklı), 2011
Yüksek Lisans	Üsküdar Üniversitesi / Klinik Psikoloji, 2015
Yabancı Dil	İngilizce
Bilimsel Yayınlar	<ol style="list-style-type: none">Lisans Tezi: <i>Angophrasia in Children (Çocuklarda Kekemelik)</i>. Uluslararası Saraybosna Üniversitesi, 2011, Bosna Hersek.Yüksek Lisans Tezi: <i>Zihinsel Engelli Çocukların Ailelerinin Stresle Başa Çıkma Tutumları</i>, Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji, 2015, İstanbul.<i>Formation and Consequences of the Conversion Process: A Qualitative Study of Adult Converts</i>. <i>İlahiyat Studies, Volume 10, Number 2, Summer/Fall 2019</i>, ss.139-18.<i>Manevi Değerler Eğitimi</i>. Mutluluk Bilimi içinde (Editör, Nevzat Tarhan). 2022, İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Yayınları.
Eğitim ve Sertifikalar	<ol style="list-style-type: none">Agte Gelişim Tarama EnvanteriBender Gestalt Görsel Algı Test EğitimiPeabody Resim-Kelime Test EğitimiDuygudurum Ölçekleri Test EğitimiGoodEnough-Harris İnsan Resmi Çizme Test EğitimiMetropolitan Okul Olgunluğu Test EğitimiStanford Binet Zekâ TestiWISC-R Zekâ TestiCas (Coginitive Assesment System) TestiOyun Terapisi EğitimiAile ve Çift Terapisti EğitimiEmdr TerapisiBütüncül Psikoterapi Eğitimi (BPT)WISC-IV Zekâ TestiSüresi Sınırlı Dinamik Psikoterapi EğitimiPsikanalitik Psikoterapilerde Masterson Yaklaşımı EğitimiAktarım Odaklı Terapi Eğitimi
İş Deneyimi	
Çalıştığı Kurumlar	<ol style="list-style-type: none">Üsküdar Belediyesi Engelsiz Yaşam Merkezi (Psikolojik Danışmanlık Birimi) / 2018-halen

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Üsküdar Belediyesi Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi (Psikolojik Danışmanlık Birimi) / 2012-2018 3. Hanımlar Eğitim ve Kültür Vakfı (HEKVA); 2015-halen (gönüllü olarak) 4. Özel Sultangazi Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi / 2012 5. Bilim Çocuk Akademisi (Okul öncesi anaokulu) / 2011 6. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Ağustos 2009 (Stajyer Psikolog) 7. Bezmi Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Ağustos 2010 (Stajyer Psikolog) 8. Np İstanbul Beyin Hastanesi-2012 (Stajyer Psikolog)
İletişim Bilgileri	
E-mail	hafize_albayrak@hotmail.com
Tarih	