



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUK GELİŞİMİ ANABİLİM DALI

ÇOCUK GELİŞİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÖZEL GEREKSİNİMİ OLAN ÇOCUĞA SAHİP
EBEVEYNLERİN ÖLÜM KAYGISI İLE SAĞLIKLI YAŞAM
BECERİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Osman ARİ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Esin SEZGİN

İSTANBUL-2022

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUK GELİŞİMİ ANABİLİM DALI
ÇOCUK GELİŞİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÖZEL GEREKSİNİMİ OLAN ÇOCUĞA SAHİP EBEVEYNLERİN ÖLÜM
KAYGISI İLE SAĞLIKLI YAŞAM BECERİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ

Osman ARİ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Esin SEZGİN

İSTANBUL-2022

ÖZET

Bu araştırmanın genel amacı özel gereksinime sahip çocukların ebeveynlerin özel sahip ebeveynlerin ölüm kaygısı ile sağlıklı yaşam becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Çalışmada İstanbul yaşayan özel gereksinimi olan çocukların ebeveynleri ile Şanlıurfa’da yaşayan özel gereksinimi olan çocukların ebeveynleri ile toplamda 200 aile ile yapılmıştır. Bu çalışmada nicel araştırma yöntemlerinden olan ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Çalışmada sosyodemografik özellikler belirlemek için “Kişisel Bilgi formu”, ölüm kaygısını belirlemek için “Türkçe Ölüm Kaygı Ölçeği” ve sağlık yaşam becerilerini ölçmek için “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II” ölçeği kullanılmıştır. Çalışma verileri SPSS 21 istatistik programı ile toplanmış ve %95 güven seviyesi ile çalışılmıştır.

Çalışma bulguları; “Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği” alt boyutları ölümün belirsizliği, ölümü düşünme ve tanıklık etme ve acı çekme ile ebeveynlerin yaş, öğrenim durumu, gelir düzeyi, ebeveynin çalışma durumu, mesleği, medeni durumu, sahip olunan çocuk sayısı, yaşı ve cinsiyeti arasında anlamlı farklar görülmüştür. Sağlıklı Yaşam biçimi Davranışları Ölçeği II alt boyutları olan sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi ile yaş, öğrenim durumu, gelir düzeyi, ebeveynin çalışma durumu, mesleği, medeni durumu, çocuk sayısı, yaşı ve cinsiyeti değişkenleri arasında anlamlı farklar bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ölüm kaygısı, Özel gereksinime sahip çocukların ebeveynleri, Sağlıklı yaşam davranışları.

ABSTRACT

The main goal of this research is review the relation between death anxiety and healthy life skills in parents who have children with special needs. The research studied with parents who have children with special needs, living in İstanbul and Şanlıurfa with the total number of 200. In the study, the relational screening model was used which is also one of the quantitative research methods. Also "Personal Information Form" for examining the sociodemographic attributes, "Turkish Death Anxiety Scale" for examining the death anxiety, and "Healthy Life Style Behaviour II" for examining healthy life skills were used. The data gathered by using SPSS 21 software and the trust level for the data is around %95.

According to the findings in the study; it was found that there are significant differences between sub-dimensions of Death Anxiety Scale (uncertainty of death, thinking of death, witness of death, the pain from it) and age, marital, income, education, employment statuses of parents, number of children and the gender of parents. Significant differences were found between sub-dimensions of Healthy Life Style Behaviour II (which are health responsibility, physical activity, nutrition, spiritual development, interpersonal relations, stress management results) and age, marital, income, education, employment statuses of parents, number of children, the gender of parents.

Key Words: Death anxiety, Healthy life behaviours, The parents who have children with special needs.

TEŞEKKÜRLER

Tezimi yazarken bana her konuda yardımını eksik etmeyen, desteğiyle tezimi en güzel şekilde yazmamı sağlayan tez danışmanım Doç. Dr. Esin SEZGİN'e,

Her zaman yanımda olan desteklerini eksik etmeyen annem Burüce ARİ, Babam Ethem ARİ, abilerim İzzetin, Mahmut, Gültekin, Umut ve ablalarım Melike, Nesrin, Pervin'e,

Tez süresinde desteklerini eksik etmeyen Psikolog Orhan DÜNYA ve Psikolog Akif ÇEÇEN' ne,

Verileri toplama sürecinde desteklerini eksik etmeyen Genco BOZ, Ali TAŞDAN Kübra TUNA ve diğer arkadaşlarıma,

Tez çalışmamda ölçekleri kullanmama izin veren Ayşe BEŞER ve Yusuf SARIKAYA sayın hocalarıma,

Tez sürecine katılan değerli ebeveynlere,

SONSUZ TEŞEKÜR EDERİM ...

Osman ARİ

BEYAN FORMU

“Özel Gereksinimi Olan Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Ölüm Kaygısı İle Sağlıklı Yaşam Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” adlı yüksek lisans çalışmamdaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

20.12.2021

Osman ARİ

İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET	I
ABSTRACT.....	II
TEŞEKKÜRLER.....	III
BEYAN FORMU	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
TABLolar DİZİNİ.....	X
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	XIII
1. GİRİŞ.....	1
1.1 Araştırmanın Önemi	4
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Varsayımları	7
1.4. Araştırmanın Sınırlıkları	7
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2.1. Özel Gereksinim Kavramı.....	8
2.2. Özel Gereksinimli Bireyler Tanımı.....	8
2.3. Özel Gereksinimli Bireylerin Sınıflandırılması	9
2.3.1. Zekâ Geriliği (Mental Retardasyon/ Zihinsel Yetersizliği) Olan Bireyler	9
2.3.2. Özgün Öğrenme Güçlüğü Olan Bireyler	11
2.3.3. Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB).....	12
2.3.3. İşitme Yetersizliği Olan Bireyler.....	13
2.3.4. Down Sendromlu Olan Bireyler	13
2.3.5. Görme Yetersizliği Olan Bireyler.....	14
2.3.6. Bedensel Yetersizliği Olan Bireyler	15
2.4. Özel Gereksinimli Çocuğu Olan Aileler	16
2.5. Özel Gereksimli Çocuğu Olan Ailelerin Tepkileri	17
2.6. Ebeveynlerin Ölüm Kaygısı	19

2.6.1. Ölüm	19
2.6.2. Ölüm Korkusu	20
2.6.3. Ölüm Kaygısı.....	21
2.6.4 Ölüm Kaygısı ve Cinsiyet.....	23
2.6.5 Ölüm Kaygısı ve Yaş.....	23
2.6. Ölüm Kaygısı ve Özel Gereksinimli Çocuğu Olan Ebeveynler	24
2.7. Ebeveynlerin Sağlıklı Yaşam Davranışları	25
2.7.1. Kendini Gerçekleştirme	25
2.7.2. Sağlık Sorumluluğu	26
2.7.3. Fiziksel Aktivite	27
2.7.4. Beslenme	27
2.7.5. Kişiler Arası İlişkiler	28
2.7.6. Stres Yönetimi	29
2.7.7. Sağlığı Geliştiren Ortamlar.....	30
2.7.8. Ruhsal Sağlık.....	30
2.4.9. Manevi Gelişim	31
2.5. Ölüm Kaygısı ve Sağlıklı Yaşam Arasındaki İlişki	32
2.6 Ülkemizde ve Dünyada Yapılan İlgili Çalışmalar	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	41
3.1. Araştırmanın Modeli	41
3.2. Çalışma Grubu.....	41
3.3. Veri Toplama Araçları	43
3.4. Verilerin Toplanması.....	46
3.5. Verilerin Analizi.....	47
4. BULGULAR.....	49
4.1. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarına Ait Bulgular	49

4.1.1. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Maddelerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	49
4.1.2 Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Minimum Maximum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	50
4.1.3. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması.....	51
4.1.4. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Yaş Değişkenine Karşılaştırılması.....	51
4.1.5. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Öğrenim Durumu Değişkenine Karşılaştırılması.....	53
4.1.6. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Gelir Durumu Değişkenine Karşılaştırılması.....	54
4.1.7 Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Çalışma Durumu Değişkenine Karşılaştırılması.....	55
4.1.8. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Karşılaştırılması.....	56
4.1.9. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Çocuk Sayısı Değişkenine Karşılaştırılması.....	57
4.1.10. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Özel Gereksinimli Çocuk Yaşı Değişkeni ilişkisi.....	58
4.1.11. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Çocuğun Cinsiyeti Değişkenine Karşılaştırılması.....	59
4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Puanlarına Ait Bulgular	60
4.2.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Maddelerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	60
4.2.2 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Puanlarının Minimum Maximum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	62
4.2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının ebeveyn Cinsiyet Değişkenine Karşılaştırılması	62

4.2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Ebeveyn Yaş Değişkenine Karşılaştırılması.....	64
4.2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Öğrenim Durumu Değişkenine Karşılaştırılması	65
4.2.6 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Gelir Durumu Değişkenine Karşılaştırılması	67
4.2.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Çalışma Durumu Değişkenine Karşılaştırılması	69
4.2.8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Karşılaştırılması	70
4.2.9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Çocuk Sayısı Değişkenine Karşılaştırılması.....	72
4.2.10. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Özel Gereksinimli Çocuğun Yaşı ilişkisi Karşılaştırılması.....	74
4.2.11. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Özel Gereksinimli Çocuğun Cinsiyeti Değişkenine Karşılaştırılması	75
4.3. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi	76
4.3.1 Şanlıurfa'daki Katılımcıların Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Korelasyon Analizi	76
4.3.2 İstanbul'daki Katılımcıların Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Korelasyon Analizi	77
4.3.3. Şehirlere Göre Ölüm Belirsizliğine Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Etkisinin Belirlenmesine Yönelik Çoklu Regresyon Analizi	79
4.3.4 Şehirlere Göre Maruz Kalmaya Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Etkisinin Belirlenmesine Yönelik Çoklu Regresyon	80

4.3.5. Şehirlere Göre Acı Çekmeye Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Etkisinin Belirlenmesine Yönelik Çoklu Regresyon Analizi	81
4.3.6 Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Şehir Değişkenine Göre Karşılaştırılması.....	81
4.3.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Şehir Değişkenine Göre Karşılaştırılması.....	82
5. TARTIŞMA.....	84
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	92
6.1. Sonuçlar.....	92
6.2. Öneriler.....	94
7. KAYNAKÇA.....	96
EKLER	105
Ek 1. Etik Kurul Onay Formu	105
Ek 2. Kişisel Bilgi Formu.....	107
Ek 3. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği.....	107
Ek 4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği.....	109
Ek 5. Sağlıklı Yaşam biçimi Davranışları II Ölçeği kullanım İzni	112
Ek 6. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Kullanım İzni.....	114
Ek 7. Özgeçmiş	115

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Demografik özelliklere ait frekans ve yüzde değerleri.....	42
Tablo 2. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği ait güvenilirlik analizi.....	44
Tablo 3. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği ait güvenilirlik analizi.....	45
Tablo 4. Şanlıurfa'daki katılımcıların ölçek puanlarının normallik sınaması	47
Tablo 5. İstanbul katılımcıların ölçek puanlarının normallik sınaması	48
Tablo 6. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği maddelerinin ortalama ve standart sapma değerleri	49
Tablo 7. Türkçe ölüm kaygısı ölçek ölçeği puanlarının minimum maximum, ortalama ve standart sapma değerleri	50
Tablo 8. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması.....	51
Tablo 9 Türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanlarının yaş değişkenine karşılaştırılması.....	52
Tablo 10. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanlarının öğrenim durumu değişkenine karşılaştırılması.....	53
Tablo 11. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanlarının gelir durumu değişkenine karşılaştırılması.....	54
Tablo 12. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanlarının çalışma durumu değişkenine karşılaştırılması.....	55
Tablo 13. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanlarının medeni durum değişkenine karşılaştırılması.....	56
Tablo 14. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanlarının çocuk sayısı değişkenine karşılaştırılması.....	57
Tablo 15. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanlarının özel gereksinimli çocuğun yaş değişkeni ilişkisi	58
Tablo 16. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanlarının çocuğun cinsiyeti değişkenine karşılaştırılması.....	59
Tablo 17. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği maddelerinin ortalama ve standart sapma değerleri.....	60
Tablo 18. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği puanlarının minimum maximum, ortalama ve standart sapma değerleri	62

Tablo 19. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının ebeveyn cinsiyet değişkenine karşılaştırılması	63
Tablo 20. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının ebeveyn yaş değişkenine karşılaştırılması.....	64
Tablo 21. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının öğrenim durumu değişkenine karşılaştırılması	66
Tablo 22. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının gelir durumu değişkenine karşılaştırılması.....	67
Tablo 23. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının çalışma durumu değişkenine karşılaştırılması	69
Tablo 24. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının medeni durum değişkenine karşılaştırılması	71
Tablo 25. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının çocuk sayısı değişkenine karşılaştırılması.....	72
Tablo 26. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının özel gereksinimli çocuğun yaşı ilişkisi karşılaştırılması	74
Tablo 27. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının özel gereksinimli çocuğun cinsiyeti ilişkisi karşılaştırılması	75
Tablo 28. Şanlıurfa'daki katılımcıların türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanları ile Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanları arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi	77
Tablo 29. İstanbul'daki katılımcıların türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanları ile Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanları arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi	78
Tablo 30. Şehirlere göre ölüm kaygısı ölçeği alt boyutu olan ölüm belirsizliğine sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının etkisinin belirlenmesine yönelik çoklu regresyon analizi	79
Tablo 31. Şehirlere göre maruz kalmaya Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının etkisinin belirlenmesine yönelik çoklu regresyon analizi	80
Tablo 32. Şehirlere göre acı çekmeye Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının etkisinin belirlenmesine yönelik çoklu regresyon analizi ..	81
Tablo 33. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanlarının şehir değişkenine göre karşılaştırılması.....	82

Tablo 34. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının şehir değişkenine göre karşılaştırılması.....	82
---	----



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSM-5: Amerikan Psikoloji Derneğinin Dünya'nın her yerinden bilim insanları ve uzman kişilerin tavsiyesi ile 'psikolojik rahatsızlıkların tanılanması' düşüncesi doğrultusunda hazırlanan cep kitabıdır.

TDK: Türk Dil Kurumu

ICF: Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu



1. GİRİŞ

Özel gereksinimi olan çocuğun aileye katılmasıyla birlikte anne, baba, çocuklar ve çocuğun yakın çevresi etkilenmeye başlar ve ailede köklü değişimlerin olması anlamını taşımaktadır (Breslau, 1982). Özel gereksinimli bireyin aile katılması birtakım aşamalardan geçmektedir. Bu aşamalar sırasıyla şöyledir: Birinci aşama da şok, inkâr, üzüntü ve çöküntü; ikinci aşamada karmaşık hisler, suçluluk, öfke ve utanma; üçüncü aşamada ise pazarlık, yeniden oluşturma, kabullenme ve ahenk süreçlerden geçmektedir. Bu süreç aile üzerinde travmatik etkiler, hayal kırıklığı, özgüven eksikliği, sağlıklı yaşam davranışlarında azalma ve ölüm kaygısı gibi köklü etkiler bırakmaktadır (Ercan & Kırlioğlu, 2019).

Özel gereksinime sahip bireyin aileye katılması ile ebeveynlerin özel gereksinime sahip bireyin bakım ve sorumluluğunu üstlenmektedir. Bakım ve sorumluluğu üstlenmesiyle Özel gereksinimli bireyin ailesi “Bizden sonra kim bakacak?” ya da “Benim baktığım gibi kim bakabilir?” gibi sorularla ebeveynler karşılaşabilmektedir (Yüksel & Tanrıverdi, 2019). Birey ve toplum nezdinde ölüm herhangi bir dönemde alışılabilir bir olay olarak kabul edilmemiştir. Geçmiş dönemlerde insanların karşılaştığı sembolik işaretler ölümün yalnızca bedenin ölümü ile sınırlı olarak kabul edilmediğini göstermektedir. Ölüm yaşamın farklı dönemlerinde farklı yorumlanmıştır. Gelişme döneminde olan birey için “gerileme” olarak kabul neticelenebilmektedir (Artan, 2001). Çocuk ölümle karşılaşmak istemez ve ölümün kendisi için zamansız olduğunu düşünmek ile birlikte bu olay karşısında tepkisiz kalmayı tercih eder (Zan, 2004).

Ölüm ile alakalı sorgulamanın hayatın anlam kazanmasında önemli bir yeri vardır. Ölüm kimilerine göre hayatın son bulması iken kimilerine göre ebedi bir hayatın ilk adımıdır (Tanhan, 2004). Ölümün bazı bireyler için kaybettikleri sevdikleri ile yeniden buluşma, onlarla yeni bir hayatın temelini atma inancını taşımaktadır. Ölümü varolmamışlık, yok oluş, tükeniş, karakterin son bulması olarak düşünenler için ölüm, hayatı ve ilişkileri bitiren, sona erdiren, bozan bir hasım olarak düşünülebilmektedir. Ölüm fikrinin insan hayatına etkisi reddedilemez ancak beklenmedik şekilde gelen ölüm karşısında gösterilen davranışlar ritim ve ahengini kaybettikçe kişinin endişe seviyesi artmakta toplumla uyum içinde yaşaması zorlaşmaktadır (Fırat, 2016).

Konu ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde, ölüm kaygısı yaşayan aileler Türkiye İstatistik Kurumu (2011) verilerine göre özel gereksinimi olan çocukların bakımını büyük oranda (%81) anneleri üstlenmektedir. Annenin üstlendiğı bu sorumluluk kendi Psikoloji ve sosyal hayata etkileri sosyal bilgilerde ortaya çıkar. (Varol, 2007). Breslau'nun (1982) yaptığı çalışmada, engelli çocuğuna bakan annelerin, engelli çocuğı olmayan annelere göre çok daha yüksek oranda kaygı ve depresyon bozukluğı yaşadıkları ortaya konmuştur. Annelerin karşılaştığı bu psikolojik sorunlar engel bakımından bağımsız olmakla birlikte, özel gereksinimi olan çocuğun bakım ihtiyacı artıkça annenin psikolojik sorunları da doğıru orantılı olarak artmaktadır. Zihinsel geriliğı sahip bireyin, fiziksel engelli bireye göre daha ağır bakım şartları taşıdığı için zihinsel geriliğı olan çocuklara sahip annelerin daha fazla psikolojik sorunlar yaşadığını kabul etmek mantıksız bir düşünce değıldir (Otkar, 2019). Barlow, Powell ve ark. (2006), özel gereksinimli çocuğı olan ebeveynlerin birçok stres kaynağı olduğunu ve bu kaynakların hayal kırıklığı, depresyon ve öfke duygularına neden olduğunu ortaya koymuştur. (Otkar, 2019). Hiçbir ebeveyn evladının ölüm acısını şahit olmak istemez ancak özel gereksinimi olan bir çocuğına sahip ebeveynin ölümlerinden sonra çocuklarının bakımını üstlenecek birinin olmaması kaygısı taşıyan ebeveynler çocuklarından önce ölmek istemezler (Koca, 2017). Bu istek de kendileri gibi çocuğuna kimsenin bakamayacağı düşüncesi ağır basmaktadır (Yüksel & Tanrıverdi, 2019)

Özel gereksinime sahip çocuğun aileyle yaşamaya başlaması ailenin günlük hayatına birtakım etkileri olabilmektedir. Günlük hayat içinde engelli bireyi kendilerine yakın tutma, birlikte alışveriş yapma, toplum içinden uzaklaşma, sosyal ilişkilerde kopukluk ve toplu taşıma gibi toplu yerlerden uzaklaşma olabilmektedir (Yüksel & Tanrıverdi, 2019). Ailenin özellikle annelerin sağlıklı yaşam becerileri üzerinde etkileri olmaktadır. Aileye yeni katılan özel gereksinime sahip bir bireyle birlikte bu bireyin durumu kısa vadede çözümlenecek bir sağlık programı olmayabilir. Ailelerin bu süreçte karşılaştıkları pek çok sorun farklı sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına, hayat standartları ve hayattan zevkin azalmamasına sebep olmaktadır. Ailelerin uyum sürecinde karşılaştıkları zorluklar dikkate alındığında fizyolojik, sosyal ve duygusal pek çok ihtiyaçların olduğu tespit edilmiştir. Özel gereksinime sahip çocuğı olan ailelerin hayat standartları farklılaşmakta, yaygın anksiyete sıkıntısı, uyku problemi, depresyon ve aşırı stres deneyimledikleri karı koca arasında uyum problemleri, iş ve sosyal hayatlarında sorunlarla karşılaştıkları bilinmektedir. Ayrıca sağlıklı olmayan fiziksel

aktivite düzeni ve beslenme alkol ve sigara gibi zararlı madde kullanımı gelecek endişesi, sosyal ilişkilerde bozulma, sosyal izolasyon ve ekonomik zorluklar gibi çevresel ve bireysel etkileri olan pek çok olayla karşılaştıkları bildirilmektedir (Cavkaytar, 2017).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kişinin sağlıklı kalması ve hastalıklardan korunması için uyguladığı ve inandığı tutumların tamamı olarak tanımlanmaktadır (Özkan, 2006). Çağımızda bireyin sosyal, fiziksel, dini ve ruhsal durumu gibi yaşamındaki tüm süreçleri ile ilgili bir terim olarak yaşam doyumunu ve yaşam kalitesini içerir ve kendini gerçekleştirmesini ifade eder. (Wir, 1996). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) genelgeleri sağlıklı yaşam biçimi davranışları sahip bireyleri artırma hedefi ve bu hedefe ulaşmada, sağlıklı yaşam becerileri davranışları standartlarının artırılması ve negatif sağlık şartlarının minimaliz edilerek sağlıklı yaşam becerileri davranışlarının sağlanması gereklidir (Edelman, 2019). Bireyler sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmeli, kendi sorumluluklarını almalı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını günlük yaşam alışkanlıklarına dönüştürmelidir. (Korthals, 2011).

Türkiye’de birbirleri arasında sosyo-ekonomik farklılıkların bulunduğu bölgeler ve şehirler vardır. Şanlıurfa ve İstanbul illerinde sosyal, ekonomik, istihdam, nüfus yoğunluğu ve eğitim şartları arasında önemli farklılıklar vardır (TUİK, 2020). Şanlıurfa geniş aile yapısı ile ön plana çıkarken, İstanbul çekirdek aile yapısı ile ön plana çıkmaktadır. Şanlıurfa ilinde geniş aile yapısının devam etmesi nedeni ile yardımlaşma ve birbirine destek olma İstanbul da yaşayan ailelere göre daha çok görülmektedir. Bu nedenle özel gereksinimli bireyin bakımının ailenin diğer fertleri ile paylaşıldığı annenin vefatından sonra ailenin diğer bireyleri ve yakın çevrenin bakım ve sorumluluğu üstlendiği düşünülmektedir. İstanbul ilinde ise çekirdek aile yapısı nedeniyle özel gereksinimli bireylerin bakımını birinci dereceden aile yakınları üstlenmekte ve babaların çalışması nedeni ile özel gereksinimli bireylerin bakımını genellikle anneler üstlenmekte, ebeveynlerden birinin vefatı sonucunda ise özel gereksinimi olan çocuğun bakımı için yakın çevreden destek almadıkları takdirde ekonomik zorluklar yaşanmaktadır (Altınbaş & ark., 2020; Yüksel & Tanrıverdi, 2019).

1.1 Araştırmanın Önemi

Özel gereksinimi sahip çocukların ebeveynleri ölüm kaygısı üzerine yapılan çalışmalar alanda yeterli olmamakla birlikte, yapılan çalışmalar annelerle sınırlı kalmıştır (Oktar, 2019). Özel gereksinimi olan çocukların anneleri ile normal gelişim gösteren çocukların anneleri ile yapılan çalışmalarda özel gereksinimi olan çocuğa sahip annelerin ölüm kaygısı, anksiyete ve depresyon düzeylerinin, normal gelişim gösteren çocukların annelerinden yüksek olduğu ve özel gereksinimi olan çocukların anneleri, normal gelişim gösteren çocuklu annelere göre kendilerine daha bağımlı olduğu kendilerinde stres yarattığı tespit edilmiştir (Uğuz, 2004). Özel gereksinime sahip çocukların ebeveynlerin sağlıklı yaşam davranışları ile ilgili çalışmalarda engelli çocuğa sahip olmakla stres yaratan bir durum olduğu, bu ebeveynlerin sigara içmek ile engelli çocuğa sahip olmakla ilişkili olduğu sonuçları saptanmıştır (Özpak & ark., 2017). Özel gereksinime sahip çocukların ebeveynlerin sağlıklı yaşam davranışları ile ölüm kaygısı arasında ilişkiyi ortaya koyan çalışmalar alanda olmamakla birlikte bu araştırma ile arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı ortaya koyması açısından önem arz etmektedir.

Bu araştırma, özel gereksinimi olan çocuklara sahip ebeveynlerin ölüm kaygısı ile sağlıklı yaşam becerileri arasındaki ilişkiyi ortaya koyma açısından önemli görülmektedir. Özel gereksinimli çocuğu olan ebeveynlerin ölüm kaygısı ile sağlık yaşam davranışları arasındaki ilişkiye bakılarak bu ebeveynlerin özel gereksinime sahip çocuğa sahip olmakla ölüm kaygısı arasında ilişkiyi anlama, özel gereksinimi olan çocuklara sahip olmakla sağlıklı yaşam davranışları arasında ilişkiyi anlamak, özel gereksinime sahip ebeveynlerin yaşı, öğrenim durumu, ekonomik koşulları, iş durumu, ailede bulunan çocuk sayısı, yaşı ve çocuğun cinsiyeti gibi faktörler arasındaki ilişkiyi anlamak, ayrıca ölüm kaygısı ile sağlıklı yaşam becerileri arasındaki ilişkinin de incelenmesi ile birlikte çıkan bulgulara göre, özel gereksinimli çocuğa sahip ebeveynlerin ölüm kaygılarını azaltıcı eğitimler verilerek sağlıklı yaşam becerilerinin desteklenmesi konusunda ileriye yönelik alınması gereken tedbirlere ve düzenlemelere de ışık tutması beklenmektedir. Ayrıca bu araştırma, farklı özelliklere sahip İstanbul ve Şanlıurfa illerinde yaşayan özel gereksinimli çocuğu olan ailelerin, bu araştırma kapsamında yer alan özelliklerini ortaya çıkarması açısından da önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Özel gereksinimli çocuğu olan ebeveynlerin ölüm kaygısı ile sağlıklı yaşam becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Çalışma özel gereksinime sahip ebeveynlerle yapılan çalışmalar sadece ölüm kaygısı ya da sadece sağlıklı yaşam biçimi alanında yapılmaktaydı bu araştırma ile iki alanı birden incelemesi açısından önemlidir.

- Özel gereksinimi olan çocuğu olan ebeveynlerin ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı nasıldır?
- Özel gereksinimi olan çocuğu olan ebeveynlerin cinsiyet değişkenliği ile ölüm kaygısı arasında anlamlı fark var mı?
- Özel gereksinimi olan çocuğu olan ebeveynlerin yaş değişkeni ile ölüm kaygısı arasında anlamlı fark var mı?
- Özel gereksinimi olan çocuğu olan ebeveynlerin eğitim değişkeni ile ölüm kaygısı arasında anlamlı fark var mı?
- Özel gereksinimi olan ebeveynlerin gelir durumu değişkeni ile ölüm kaygısı arasında anlamlı fark var mı?
- Özel gereksinimi olan ebeveynlerin çalışma durumu değişkeni ile ölüm kaygısı arasında anlamlı fark var mı?
- Özel gereksinimi olan ebeveynlerin medeni durumu değişkeni ile ölüm kaygısı arasında anlamlı fark var mı?
- Özel gereksinimi olan ebeveynlerin çocuk sayısı değişkenliği durumu ile ölüm kaygısı arasında anlamlı fark var mı?
- Özel gereksinimi olan ebeveynlerin çocuk yaşı değişkenliği durumu ile ölüm kaygısı arasında anlamlı fark var mı?
- Özel gereksinimi olan ebeveynlerin çocuğun cinsiyet değişkenliği durumu ile ölüm kaygısı arasında anlamlı fark var mı?
- Özel gereksinimi olan çocuğu olan ebeveynlerin sağlıklı yaşam becerileri ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı nasıldır?

- Özel gereksinimi olan ebeveynlerin cinsiyet değişkenine ile sağlıklı yaşam becerileri arasında anlamlı fark var mı?
- Özel gereksinimi olan ebeveynlerin yaş değişkenine ile sağlıklı yaşam becerileri arasında anlamlı fark var mı?
- Özel gereksinimi olan ebeveynlerin öğrenim durumu değişkeni ile sağlıklı yaşam becerileri arasında anlamlı fark var mı?
- Özel gereksinimi olan ebeveynlerin gelir durumu değişkeni ile sağlıklı yaşam becerileri arasında anlamlı fark var mı?
- Özel gereksinimi olan ebeveynlerin çalışma durumu ile sağlıklı yaşam becerileri arasında anlamlı fark var mı?
- Özel gereksinimi olan ebeveynlerin medeni durumu ile sağlıklı yaşam becerileri arasında anlamlı fark var mı?
- Özel gereksinimi olan ebeveynlerin çocuk sayısı değişkenliği durumu ile sağlıklı yaşam becerileri arasında anlamlı fark var mı?
- Özel gereksinimi olan ebeveynlerin çocuğun yaşı değişkenliği durumu ile sağlıklı yaşam becerileri arasında anlamlı fark var mı?
- Özel gereksinimi olan ebeveynlerin çocuğun cinsiyeti değişkenliği durumu ile sağlıklı yaşam becerileri arasında anlamlı fark var mı?
- Şanlıurfa'daki ebeveynlerin ölüm kaygısı ile sağlıklı yaşam becerileri arasında ilişki var mı?
- İstanbul'daki ebeveynlerin ölüm kaygısı ile sağlıklı yaşam becerileri arasında ilişki var mı?
- Özel gereksinimli çocuğu olan ebeveynlerin sağlıklı yaşam becerilerinin ölüm kaygıları üzerinde etkisi var mı?
- İstanbul ve Şanlıurfa da yaşayan ebeveynlerin ölçeklerden alınan puanlar arasında anlamlı farklılık var mı?

1.3. Araştırmanın Varsayımları

Bu araştırmanın varsayımları aşağıda yer verilmiştir.

- Çalışmada yer alan demografik bilgi formu sorularına ebeveynlerin verdiği yanıtların gerçeği yansıttığı varsayılmaktadır.
- Çalışmada yer alan “Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği” ve “Sağlıklı Yaşam Becerileri Davranışları” alan soruların ebeveynler tarafından içtenlikle ve gerçeği yansıtan cevaplar verdikleri varsayılmaktadır.
- Çalışmada yer alan soruların özel gereksinime sahip çocukların ebeveynleri tarafından yanıtladığı varsayılmaktadır.
- Araştırmaya İstanbul ile Şanlıurfa illerinde yer alan özel gereksinime sahip ebeveynler tarafında yanıtladığı varsayılmaktadır.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılıkları aşağıda yer verilmiştir.

- Araştırma 2020-2021 yılı içerisinde özel gereksinimi olan çocuğa sahip ebeveynler ile sınırlı kalmıştır.
- Araştırma sonucunda elde edilen bulgular, araştırmada kullanılan veri toplama ölçekleri ile sınırlıdır.
- Araştırmanın verileri ölçeklerde toplanan yanıtlarla sınırlıdır.
- Araştırmaya İstanbul ve Şanlıurfa ilçelerinde yer alan özel gereksinime sahip ebeveynler ile sınırlı kalmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Özel Gereksinim Kavramı

Özel gereksinimli bireyleri tanımlanırken dilimizde farklı kavramlar kullanılmaktadır. Özel gereksinimli bireyler için günlük hayatta ve yazı dilinde kullanılan “engelli”, “özürlü” ve “sakat” kavramlarıdır (Ünsal, 2015).

Özel gereksinimli bireyler için kullanılmakta olan kavramlar herkesçe kabul edilen kavramlar olmamakla birlikte, çok farklı tanımlar da olmaktadır. Özel gereksinimli bireyleri tanımlarken genel olarak “özürlü” kavramı kullanılmaktayken insanlar tarafından “özürlü” kelimesini kullanmak yerine “engelli”, tıpta da sakat ve özürlü yerine “engelli” kavramı kullanılmaktadır (Yener, 2012). Özel gereksinimli bireyler, toplum tarafından daha çok yetersizliklerine odaklanılarak algılandıkları da aslında, çok geniş bir yelpaze içerisinde çeşitli gelişim, öğrenme ve kişilik özelliklerine bağlı olarak farklı performanslar sergileyebilmektedirler. Özel gereksinimli bireyler, üstün özellikler sergileyen üstün bilişsel düzeydeki bireyler ile öğrenme güçlüğü, spektrum bozuklukları, bilişsel güçlükler, görme, işitme, fiziksel yetersizlikler, dikkat eksikliği ve hiperaktivite sorunları, dil ve konuşma bozuklukları olan bireyleri içerir. (Pınar & ark., 2017).

2.2. Özel Gereksinimli Bireyler Tanımı

Özel gereksinimli bireyleri Akgül (2020: 31-32) şöyle tanımlamaktadır; “*hastalık, kaza, sendrom gibi çeşitli nedenlerle bireysel ve gelişim özellikleri ile eğitim yeterlilikleri açısından, akranları ile beklenen düzeyde farklılıklar gösteren çocuktur.*”. Bu farklılıklar özel gereksinimli bireyin ihtiyacına, düzeyine göre farklılıklar gösterebilmektedir. Bu farklılıkları kategorize etmek gerekirse, özel gereksinimli bireyler bilişsel engelli, özel gereksinimli bireyler bedensel engelli, özel gereksinimli bireyler kronik bedensel engelli, özel gereksinimli bireyler dil ve konuşma engelli, özel gereksinimli bireyler duygusal engelli olarak sınıflandırılabilir. davranış bozuklukları ve çoklu engeli olan özel ihtiyaçları olan bireyler. Engelli kişi olarak bilinir. Sadece bunlar değil her tanının kendi içinde derecesi ve etki düzeyi farklılıkları vardır (Akçamete, 2009). Bu farklılıkları kategorileştirmek gerekirse bilişsel düzeyde yetersizliği olan bireyler, özgün öğrenme güçlüğü olan bireyler, otizm spektrum bozukluğu olan bireyler, işitme yetersizliği olan bireyler, Down Sendromlu bireyler, görme yetersizliği olan

bireyler, özel ve üstün zekâsı olan bireyler, fiziksel yetersizliği süregelen hastalıkları olan bireyler, dil ve konuşma yetersizliği olan bireyler, duygu ve davranış bozukluğu olan bireyler, çoklu yetersizliği olan bireyler olarak bilinir. Sadece bunlar değil her tanının kendi içinde derecesi ve etki düzeyi farklılıkları vardır (Akçamete, 2009).

Uluslararası kuruluşlarından olan Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Bildirgesinde özel gereksinime sahip bireyleri tanım; öz bakım ya da günlük yaşantısında tek başına yapması gereken sorumlulukları başkasının yardımı ile yapması olarak tanımlarken (UN, 2001), 5378 Sayılı Özürlüler (Engelliler) Kanunu ise ; *“Fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duysal yetilerinde çeşitli düzeyde kayıplarından dolayı toplum arasındaki bireyler ile birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenen bireyi”* tanımlamaktadır (Resmi G. Sy: 25868 md.1, 2005).

2.3. Özel Gereksinimli Bireylerin Sınıflandırılması

Özel gereksinimli bireyler sınıflandırılmasında, yetenekleri, bedensel özellikleri, öğrenme yetenekleri ve yetersizlikleri, dil konuşma özellikleri ve motor becerileri dikkate alınarak sınıflandırılma yapılır (Özsoy, 2000). Özel gereksinimli bireylerin sınıflandırması yapılırken WHO tarafından kullanılmakta olan engelli bireylerin herkes tarafından kabul edilen ortak bir kodlama kullanmak amacı ile *“İşlevsellik Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (ICF)”* esas alınarak bu kodlamalar yapılmaktadır (Resmi G. Sy:28603 md.1, 2013).

Özel gereksinimli bireylerin sınıflandırılması yapılırken uluslararası ortak dil kullanılabilmesi açısından ICF önemlidir. Özel gereksinimli bireylerin sınıflandırılması yapılırken ICF kullanım amaçları, sağlık durumları anlaşılması açısından ortak hareket edilmesi, hastalıklar için ortak tanımlar kullanılması, ülkelerin hastalıklar ve engel gruplarında ortak hareket edilmesi amaçlanmaktadır (DSÖ, 2001).

Engelli bireylerin sınıflandırılması genel olarak dört başlık altında toplanmaktadır: Tıbbi sınıflandırma, eğitsel sınıflandırma, zihinsel sınıflandırma ve bireyin gereksinimine göre sınıflandırılmasıdır (Akçamete, 2009).

2.3.1. Zekâ Geriliği (Mental Retardasyon/ Zihinsel Yetersizliği) Olan Bireyler

Zekâ sözlük anlamı olarak “insanın düşünme, akıl yürütme, nesnel gerçekleri algılama, kavrama, yargılama ve sonuç çıkarma yeteneklerinin tümü” denir. Zekâ

sözlük anlamından yola çıkarsak yeni durumları, süreçleri öğrenme ve uyum sağlama denilebilir (TDK, 2021).

Uyumsal davranışlarının engelli bireyin hayatın içinde öğrendiği terimler, sosyal ve pratik becerilerin tümüdür. Bu davranışlar engelli bireyin yaşadığı kültüre göre farklılaşma vardır. Bireylerin sosyal, kavramsal veya pratik becerilerinden on davranıştan ikisi ortalamanın altında olmasıdır. Uyumsal davranışların ölçümünde “*Vineland Uyumsal Davranış Skalası*” , “*Uyumsal Davranış Skalası*” , “*Wenchler Intelligence Scale-III*” ve “*AAMR*”dır. Testler bireyin kişisel bakım, günlük hayat becerileri, bireyler arası iletişim, toplumsal beceriler, öz denetim, sağlık ve güvenlik, akademik yetenekler, boş zamanını doğru kullanması, toplum hizmetlerinden faydalanma ve çalışmadır (Çapa, 2009).

Zekâ geriliğinin farklı nedenleri olmakla birlikte doğumun gerçekleşmeden önce doğum ile ve sonraki dönemlerde farklı nedenlere bağlı olarak zekâ gelişiminde ve işlevlerinde yavaşlama, duraklama ve gerileme göstermesi ile bundan kaynaklı olarak etkili, düzenli eylemler, gerilik ve yetersizlik gösteren sürekli durumlardır (Şengül, 2009).

Zihinsel yetersizlikler kendi içinde bölümlere ayrılmaktadır. Bu bölümlere ayrılmasında kaynaklarda farklılıklar olmakla birlikte mantık aynı olmaktadır. Zihinsel yetersizliği olan bireyleri sınıflandırılması aşağıdaki şekildedir;

1-Hafif Düzeyde Zihinsel yetersizlik: Zekâ kısmı farklı ölçeklerde daima 45–75 aralığında olmasıdır (Akgül, 2020).

2-Orta Düzeyde Zihinsel Yetersizlik: Zekâ kısmı farklı ölçeklerde daima 25–44 aralığında olup sağlık hizmeti veren kurumlarla iş birliği içinde gerçekleştirilecek özel eğitim ve rehabilitasyona ihtiyaç duyulanlardır (Akgül, 2020).

3-Ağır ve Çok Ağır Düzeyde Zihinsel Yetersizliği: Tıbbi yardıma ihtiyaç duyan zihinsel Engelli: Zekâ kısmı farklı ölçeklerde daima 0-25 aralığında hayata uyum sağlayamayan ve sağlık kuruluşlarınca daima tıbbi hizmete daima ihtiyacı olanlardır (Akgül, 2020).

2.3.2. Özgün Öğrenme Güçlüğü Olan Bireyler

Özgün öğrenme güçlüğü diğer bir adıyla disleksi kişinin olağan veya olağanüstü bilişsel seviyede olmasına bilakis yazma, okuma ve dil becerilerinde sorun yaşamasına neden olan özel öğrenme problemidir. Disleksi ilkokul döneminden itibaren fark edilmeye başlanıyor. Okul dönemi başlamasıyla daha çok dikkat çekmeye başlayan disleksili bireyler zihinsel gelişimi henüz tamamlamaları için okuma, yazma ve matematiksel işlemleri kavramakta güçlük yaşarlar. Yalnız bu onların zekâ seviyelerinde problem olduğu anlamına gelmez. Zekâ seviyesi üst düzey bireylerde de görülebilmektedir (Sarı & Kartal, 2017).

Özgün öğrenme güçlüğü olan bireyler kendi içinde etki düzeyleri farklı olabilmektedir. Görünen en çok şunlardır; Disleksi, disgrafi ve diskalkuli en fazla görülmektedir. Aşağıda bu yetersizliklerle ilgili kısa bilgiler verilmiştir. Disleksi; kişinin olağan veya olağan üstü zekâ seviyesinde olmasına karşın yazma, okuma ve dil becerilerinde sorun çıkmasına neden olan özel öğrenme bozukluğudur (Özsoy, 2000). Disleksisi olan bireyler konuşma kelimeleri bilmesine rağmen bunları karıştırabilmekte, okuma esnasında okuma bozukluğu olarak görülmekte, beynin dil ve konuşma bölümünü etkilemektedir. Disleksili bireyler fiziksel özelliklerine göre ayırt edilemezler ve genelde normal zekaya sahiptirler (Shaywitz, 1998). Özel eğitim ve bireysel desteklerle başarılı olabilmektedirler (Aslan, 2015). Disgrafi, yazmada karşılaşılan güçlüktür. Harfleri karıştırma, tersten yazması, harf atlaması gibi belirtileri vardır (Aral & Gürsoy, 2007). Disgrafi olan bireyler “b” yerine “d”, “p” yazabilir, yazım kurallarına dikkat etmezler, hecelemede zorlanma, yazı yazdıklarında boşluksuz yazarlar, el yazıları okunamaz, bu bireylerde yazma bozukluğu olarak bilinmekte bireyler zekâları normal ya da normalin üzerinde bir zekaya sahip olmalarına rağmen; harf ve hece atlayarak, rakam ve harfleri tersten yazma olarak görünür (Sertdemir, 2020). Özel eğitim ve bireysel desteklerle başarılı olabilmektedirler (Aslan, 2015). Diskalkuli, cebirsel öğrenme zorluğunu ifade etmektedir. Sayıları öğrenmede zorluk, çıkarma-toplama yapamama, problem çözmede zorluk, düzenleme becerilerinde güçlükler gibi özellikler taşımaktadırlar (Akçamete, 2009). Diskalkuli tanısı konulmadan önce bu bireyler günlük hayat içindeki basit denilen işlemleri ve problemleri yapmakta zorlanmaktadırlar. Diskalkuli tanısı konulan bireyler parmaklarını işlem yaparken parmak kullanma, işlemleri yavaş ve zor çözmeye, zamanı anlamada zorlanma ve

nesnelerin mesafelerini anlamada zorlanma bu bireylerde görülen belirtilerin başlıca nedenlerdir (Mutlu, 2016).

2.3.3. Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)

Otizm spektrum bozukluğu, hayatın ilk dönemlerinden itibaren etkisini hissettiren gelişimsel yetersizlik ve nörolojik bozukluktur (MEB, 2019). Spektrum bozukluğu yaşamın ilk dönemlerinde gelişim göstermekte sonuç olarak bireyin toplumun içinde, örneğin sosyal hayatta, çevrede, öğrenim sürecinde ya da iş hayatında sorunlarla karşılaşmasına neden olabilmektedir (Abalı, 2018). Spektrum bozukluğu ayrıca kısıtlı davranışların dışına çıkamayan veya yinelenen eylem kalıpları da kapsamaktadır. Otizm spektrum bozukluğu içinde kullanılan "spektrum" terimi, otizmlili bireyleri farklı belirtileri ve semptomların derecesini ifade eder (Abalı, 2018). DSM-5 tanı ölçütlerine göre şu temel ölçütler baz alınarak tanımlanmaktadır; toplumsal iletişim ve etkileşimde kısıtlı ve yenileyici davranışlar, ölçütleri arasındadır.

Bir çocuk psikiyatristi olan Kanner 1943 yılında otizm spektrum bozukluğu ilk tanımlarken psikolojik faktörler üzerinde durmaktaydı (Kadak & Meral, 2019). Zamanla yapılan bilimsel çalışmalarla tezini reddetmektedir. Yapılan başka çalışmalar otizm spektrum bozukluğu olan bireyler ile gelişimsel olarak normal olan bireylerin ebeveynleri karşılaştırılmış fark bulunamamıştır (Öksüz, 2008). Genel anlamda otizm spektrum bozukluğu henüz kesin olarak bilinmese de genel olarak genetik nedenler ve çevresel nedenler olarak tanımlanmaktadır. Ama hangisinin ağırlıkta olduğu net olarak bilinmemektedir (Lauritsen, 2013).

Otizm spektrum bozukluğu tanısı konulması uzman kişilerce yapılmaktadır. Spektrum bozukluğu olan bireyler görünüşleri itibaren diğer çocuklardan farklı olmamakla birlikte davranışsal farklılıklar mevcuttur. Spektrum bozukluğu tanısı konulurken anne, baba, çocuğun gözlemlenmesi ve gelişimsel değerlendirme ile en erken bir yaşında yapılabilmektedir (Cook, 2000). Otizm spektrum bozukluğu olan bireylerde başlıca belirtiler; göz teması kurmama ya da kısıtlı göz teması olması, isminin söylendiğinde tepki vermemesi, işaret dili ile kendini ifade etmesi, yaşatlarının oyunlarını oynamaması ya da ilgi göstermemesi, yenileyici hareketler sergilemesi, dönen cisimlere ilgi duyması, takıntı davranışlar ve konuşmasında gerilik başlıca belirtiler arasındadır (Johnson, 2007). Erken tanı, hastalıklarda olduğu gibi otizm spektrum bozukluğunu olan bireylerde de önemlidir (Bodur & Soysal, 2004). Spektrum

bozukluğu olan bireylerin erken tanı sonrası doğru eğitim ile bu bireylerin otizm spektrum bozukluğunu belirtilerini kontrol altına alınabilmekte ve normal gelişim gösteren bireyler arasında farkı azalabilmektedir (Richar & With, 2005).

2.3.3. İşitme Yetersizliği Olan Bireyler

İşitme yetisinin doğum öncesi, doğum sonrası ya da yaşamın içindeki nedenlerden kaynaklı olarak duyma yetisini kısmen ya da tamamen kaybedilmesidir (Gürgür & Şafak, 2020).

İşitme kaybı nedenleri ilaç kullanımı, basınca maruz kalma, yaşın ilerlemesi, yüksek ses başlıca nedenleri arasında görülmektedir. İşitme kaybına uğrayan bireyler ilk etapta farklı tedavi yöntemleri ile hayatları kolaylaştırma noktasında destek alabilmektedir. Bu destekler işitme cihazları, timpanostomi tüpleri, koklear implant, yardımcı dinleme cihazları, ilaçlar eğer dönüşü yok ise, konuşma-okuma eğitimi ile işaret dilini öğrenebilmektedirler (Şafak & Gürgür, 2020). İşitme kaybı tipleri ikiye ayrılmakta İletimsel duyma kaybı, duyuşal-sinirsel duyma kaybı, farklı tip duyma kaybı ve merkezi duyuşal işlev bozukluğu duyma kaybı tipleri arasındadır (Yiğit & Karaaltın, 2012).

İşitme kaybı olan bireyler çoğunlukla zekâ seviyeleri normal gelişim gösteren bireylerle aynıdır. Ancak bireyin işitme derecesi, seviyesi yaşadığı çevre etkisine bağlı olarak değişmektedir. İşitme kaybına ilişik olarak dilde gerileme, ekleme bozukları, ses niteliği ve tonlamada problem olabilmektedir. Akademik, sosyal ve duyuşal gelişimleri etkilenmektedir (Kırman & Sarı, 2011).

2.3.4. Down Sendromlu Olan Bireyler

Down sendromu, genetik bir farklılıktır. Normal bir bireyde 21. kromozomdan bir fazla kromozomun bulunması ile ortaya çıkan durumdur. Ortalama olarak gerçekleşen binde bir görülen bir anormalliktir. Down sendromunun sebebi tam anlamıyla bilinmemekle birlikte, sendromun rastlandığı kişilerde benzer olan bedensel özellikler ve kendilerine özgün bir sima şekilleri vardır. Bu sendrom fiziksel motor becerileri ve zekâ gelişiminin gerilemesine yol açar ve bu durumlara öğrenme zorluğu da eklenebilir (Karagül & Karagül, 2011).

Down sendromlu bireyler bilinen tek etken hamileliğin gerçekleştiği yaş olduğu, 35 yaş ve sonrası görülme olasılığı artmaktadır. Down sendromlu bireyler bir kısmında

çok fazla tedavi bakımı gerekirken arasındaki Down Sendromlu bireylerin sorunsuz bir yaşam yaşayabilmektedir. Down sendromu engellemez fakat sendrom gebelik döneminde teşhis edilebilir (Çaycıoğlu, 2012). Down sendromlu bireylerde saplanan sağlık sorunlarının tedavisi vardır, fakat sendromun kesin tedavisi bulunmamaktadır. Yani sendrom yaşam boyu sürmektedir. Titiz bakım ve destek tedavileri sayesinde, Down sendromlu bireyler mutlu, sağlıklı ve farklı alanlarda toplumsal iş ihtiyacına cevap verebilecek şekilde katkı verecek düzeyde yetiştirilebilir (Çaycıoğlu, 2012).

Down sendromlu belirtileri kişiden kişiye farklılıklar gösterir. Genel olarak fiziksel ve bilişsel davranışsal belirtileri arasındadır. Down sendromlu bireyler de fiziksel olarak yaşlılarına oranla eller ve ayakların küçük olması, normal gelişim gösteren yaşlılarına göre boylarının kısa olması, avuç içi tek bir çizginin olması parmakların arasındaki mesafenin kısa olması başlıca fiziksel belirtiler arasındadır (Bıyık, 2013). Down sendromlu bireyler de bilişsel ve davranışsal belirtiler, dikkat sürelerinin kısa olması, uyku problemleri, inatçı olmaları, öfke nöbeti problemleri, öz bakım becerilerinde gecikme, konuşma ve dil becerilerinde gecikme başlıca belirtilerdir (Bilginer, 2002).

2.3.5. Görme Yetersizliği Olan Bireyler

Birçok insan hayatlarının bir noktasında bir tür görme sorunu yaşar. Bazıları artık uzaktaki nesneleri göremez. Diğerleri küçük yazıları okurken sorun yaşıyor. Bu tür durumlar genellikle gözlük veya kontakt lenslerle kolayca tedavi edilir. Ancak, gözün veya beynin görüntüleri işlemek için gerekli olan bir veya daha fazla kısmı hastalandığında veya hasar gördüğünde, ciddi veya tamamen görme kaybı meydana gelebilir. Bu durumlarda, tıbbi tedavi, cerrahi veya gözlük veya kontakt lens gibi düzeltici lenslerle görme tamamen geri getirilemez (Gürgür & Şafak, 2020).

Görme yetersizliği görme yetersizliğin derecesine bağlıdır. Milli eğitim bakanlığı "*tüm düzeltmelerle birlikte, gören gözün olağan görme gücünün onda birine yani 20/200' lük görme keskinliğine ya da daha azına sahip olan ya da görme açısı 20 dereceyi aşmayan bireylerdir*" görme yetersizliği denilmektedir (MEB, 2017: 25). Yasal tıbbi tanımlama sistemine göre az gören tanımlanan görme yetersizliği , görme keskinliği 20/70 ile 20/200 arasında olan kişilerdir. Normal seviyede gören kişinin altı metreden sınırlı olduğu düşük mesafede gören kişi 2 metre ile 60 santim mesafelerine yakın göstermektedir (Gül & Şahin ,2021).

Bireylerin görme yetersizliği neden olan durumlar çeşitlilik gösterebilmektedir. Görme yetersizliğinin oluşmasının genetik hastalıklar, hamilelik döneminde annenin yaşadığı problemler, akraba evlilikleri ile kalıtsal hastalıkların olma ihtimalinin artması, kan uyuşmazlığı doğum öncesi nedenlerdir. Doğum sırasında oluşabilmekte olan nedenler; doğum sırasındaki hijyen durumu, doğum esnasındaki travmalar, prematüre doğumlardır. Doğum sonrası nedenler; oksijenin az ya da çok olması, çocuğun yaşadığı hastalıklar, kazalar ve yaralanmalar ve göz ile ilgili (Sarlak & Öztürk, 2019).

Görme yetersizliği bireyler, normal gelişim gösteren yaşlılarına göre motor gelişimi, dil gelişimi, zihinsel gelişim ve sosyal gelişim anlamında yetersiz olabilmektedir (Özkan, 2013). Görme yetersizliği olan bireyler motor gelişimi alanında; görme derecesine bağlı olarak hareket etme becerilerinde kısıtlı olma, dil gelişimi alanında; sözel anlatıma düşkün, monoton konuşma ve beden dili kullanımı azdır. Zihinsel gelişim alanında farklılık olmamakla birlikte somut kavramların öğrenmede, akademik performans düşük olabilir. Sosyal gelişim alanında göz teması kuramama durumunda korkma ve okuyamama görme yetersizliği bireylerin yaşadığı problemler arasındadır (Karakoç & Açar, 2019).

2.3.6. Bedensel Yetersizliği Olan Bireyler

Bedensel yetersizliği doğum öncesi doğum sonrası ve doğum esnasında farklı nedenlere dayalı olarak iskelet (kemik), kas ve sinir sistemindeki problemler sonucunda, bedensel özelliklerinin farklı derecelerde kaybetmesidir (Sönmez, 2019). Türk Dil Kurumu yetersizliği kelimesini vücutunda eksik veya kusuru olarak tanımlamaktadır (Türk Dil Kurumu, 2021). Dünya Sağlık Örgütü tanımlamasına göre, “*engel olunması bir problem veya özür nedeniyle yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak kişiden beklenen rollerin kısıtlanması ya da yerine getirilmemesi hali olarak*” tanımlamaktadır (DSÖ, 2006: 982).

Bedensel yetersizliği olan bireyler engel nedeninden kaynaklanan nedenlerden dolayı sağlıklı bireyler farklılaşan ve toplumsal haklardan yeterince yararlanamayan fiziksel engelli bireyler bilişsel, psikososyal ve duyuşsal ihtiyaçları yanı sıra hareket ve fonksiyonel yeteneklerin geliştirilmesi onlar ve sağlıklı olan aynı zamanda engeli adayı olan bireyler için önem taşımaktadır. Bedensel engelliliğe yol açabilecek ve sıklıkla karşılaşılan nedenleri arasında, serebral palsi, mental motor geriliği, doğuştan kol felci, omurilik kapanma, genetik kas hastalıkları ve günlük hayatta karşılaşılan kazalardan

kaynaklı olan bunlar bilinen bedensel yetersizliği nedenleri arasındadır (Elbasan & Ağar, 2020).

Bedensel yetersizliği olan bireyler özellikleri; tek başlarına hareket etme sınırlılık, hareketlilikte çabuk oluşan yorgunluk, sosyal alandaki iletişimlerinin sınırlı olması durumunda dil ve bilişsel alanda yetersizlik, öz güvenin az olması, gelişimsel gerilik, dikkat süresi ve motor koordinasyonun az olmasıdır. Bedensel yetersizliğin özellikleri genellemek yanlış olacaktır. Bedensel yetersizlikler derecesine bağlı olarak bu özellikler artmakta ya da azalmaktadır (Nilgün & ark., 2021).

2.4. Özel Gereksinimli Çocuğu Olan Aileler

Aile, Türk Dil Kurumu (2021, s:6) tarafından tanımı “*evlilik ve kan bağının kurulması ile karı, koca, çocuklar ve kardeşler arasındaki ilişkinin oluşturulduğu toplum içindeki en küçük birlik*” olarak tanımlanmaktadır. Başka bir tanım ise, Günümüzde tek bir aile tipi bulunmamakla birlikte, farklı kültürlerde benzer özelliklere sahiptir. Bunlardan ilki hemen hemen tüm kültürlerde ailenin yasal statüsüdür. Aile evlilik yoluyla kurulur. Evlilik, hem erkeğe hem de kadına yasal bir hak sağlayan bir ilişki türüdür. (TDK, 2021)

Toplum tarafından ilk temenni aile için sağlıklı bireyler dünyaya getirmesi temennisidir. Aile katılan yeni bir birey ailenin dinamikleri, roller ve düzenler değişimler oluşmaktadır. Aileye katılan yeni üyenin sağlıklı olması dileği yüksek olsa da bu yeni aile bireyinin engelli doğmasıyla, ailenin beklentileri, planları ve maddi konularda farklılaşmalar oluşuyor. Bu yeni doğan özel gereksinimi olan bireyin derecesine bağlı olarak aileye etkisi farklı olabilmektedir (Aral, 2016).

Aileye yeni katılan özel gereksinimi olan bireyin birlikte ailede birtakım problemler yaşayabilmekte, bu süreçte; ebeveynlerin birbirini suçlaması, nasıl bir süreç geçireceklerini bilmemesi, bu yeni sürece uyum sağlamakta zorlanmaları, aile düzeninin farklılaşması, aile içi bağların değişmesi ile sonuçlanmaktadır (Özmen & Çetinkaya , 2012).

Özel gereksinimi olan bireye sahip ebeveynler duygusal, ekonomik, sosyal ve fiziksel zorluklar yaşamaktadır (Karadağ, 2014). Günümüz dünyasında aileler normal gelişim gösteren çocuklar ile de pek çok sorunla karşılaşmakta (Aslan, 2002), özel gereksinimi olan birey olması ile birlikte daha fazla zorluklar ile karşılaşmakta (Özmen & Çetinkaya, 2012), özel ve devlet kurumları ne kadar aile yükünü hafifletsede

(Demirel, 2005), toplumumuz tarafından halen ailelere ön yargı ile yaklaşılmakta ve bu durum aileler için yük olmaktadır (Arıkan, 2002).

Ebeveynler için başka bir zorluk da yaşamaktadır. Aile bireylerinin, özel gereksinime sahip çocuğun kardeşlerinin durumunu anlamaları ve sonrasında karşılaşacağı tepkiler, aile bireyleri durumu kabullenememesi, kardeşlerin olumsuz tepkiler vermesi ebeveynleri zor bir durumla karşı karşıya getirmekte ve engelli çocuğa sahip ebeveynlerin engelli çocuğun ihtiyaçlarını öncelik vermesi de etkili olmaktadır (Kahraman & Karadayı, 2015). Aile içinde başka bir sorun eşler birinin özel gereksinime sahip çocuğun ihtiyaçlarını öncelik vermesi ve akabinde arasındaki işin ihmal edilmesi sonucu eşler arasında problemler yaşanmasına zemin hazırlamaktadır (Kanbir & Akşit, 2019).

2.5. Özel Gereksimli Çocuğu Olan Ailelerin Tepkileri

Özel gereksinimle doğan bir bireyin aileye katılması ile bugüne kadar belki de normal çevrelerinde gözlemledikleri, ebeveynlerden farklı bir rolün içine girmeleri anlamına gelebilmektedir. Toplum tarafından normal kabul edilen aile yapısı içinde farklılaşma ve bu farklılaşma içinde ebeveynler tarafından yeni hayata uyum sağlama ve bu uyum sağlama içinde olmak yerine toplumdan ilk etapta uzaklaşma noktasına gidebilecek süreçler içinde olmalarıdır (Zan & Özgür, 2019).

Özel gereksinimli aileler yaşadığı bu problemlerin başında aile katılan özel gereksinimli bir birey ve bu bireyin normal sayılabilecek çocuklardan farklı bir bakım ve yetiştirme sürecinin olmasıdır (Dolanay, 2016). Toplumumuzda olduğu gibi dünyada her aile çocuğun olacağı haberi ile mutluluk duyar ve aileler yeni katılacak çocuk için sağlık temennisi öncelikli olarak temennisindedir. Aileye katılacak yeni bireyin “*mükemmel çocuk*” olması beklentisi hayalini kurarken, aileye katılacak bireyin özel gereksinimli çocuk olması öğrenmeleriyle hayallerinin yıkılmasına neden olmakta (Carter, 1998) ve özel gereksinimli bir bireyin ailede doğması ya da sonraki süreçlerde tanı konulması ile ailenin tüm bireyleri duygusal bir yük, gergin bir yaşam biçimi ve başa çıkma tepkilerin olduğu sürekli bir stres durumudur (Bowen & Woodward, 1999).

Özel gereksinimli bir çocuğun aileye katılmasıyla birlikte aile birtakım süreçlerden geçmektedir. Bu süreçler de kendi içinde üç bölüme ayrılmaktadır. İlk inkâr, şok, red ve depresyon; arasındaki aşamada ise farklı duygular, kızgınlık, suçluluk ve utanma;

üçüncü son kısımda ise kapı dolaşma, anlaşma, kabul ve uyumdur (Aral & Gürsoy, 2007).

Özel gereksinime sahip çocuğun aileye katılması ile ailede oluşan ilk aşamada engelli bireyin kabul etme gerçeğiyle yüzleşmedir. Şok evresinde ebeveynler ve arasındaki aile bireyleri ne yapacağını bilemez durumda nasıl olacağını bir türlü ikrar edemezler. Anne ağlama nöbetleri içinde gerçek bir dram yaşar. Bu şok aşamasında çok kısa ya da uzun sürebilir. Bu aşamada ebeveynler yakın hayatı içinde olan bireyler olmak üzere çevresi ile etkileşimi tamamen kesmektedir (Aral & ark., 2016). Aileye durumu inkâr etmektedir. Bir kısım ebeveynler çocuklarının bu durumu karşısında inkâr ederek doktorlardan umut, yardım ve çareler istemektedirler. Bu süreçte ebeveynler durumu ve kendilerini anlatmakta zorluk yaşarlar (Aral & Gürsoy, 2007). Aileler bu inkâr ve şok süreçlerinde depresyon yaşayabilmektedir, ebeveynler bugüne kadar bekledikleri mükemmel çocuk düşleri bittiğini düşünürler. Sanki aile bireyi kaybetmişçesine bir yas dönemine girmektedirler. Bu aşamada ebeveynler çaresizlikle çevre ilişkilerini en aza indirirler ve özel gereksinimli çocuğun durumunun devam ettiği anlaması ile yoğun bir üzüntü duygusu içinde kendisini çaresiz olarak görmekte (Corman & Noonan, 2008).

İkinci aşamada karmaşa ya da karışık duygular da denilebilir. Ebeveynler bazen mutlu olurlar ve bazen kızgınlık gibi farklı duygular içinde yaşamaktadır. Ebeveynler bu süreçte özel gereksinimli çocuğa sahip olan bireyi ya kabul ederler ya da bu süreçte reddederler. Bu süreçte Özel gereksinimli bireyi gerçekliğini kabul etmediklerinde bu bireyden kendisinin bulunduğu gelişim düzeyinden fazla bir performans beklerler ve bireyin gelişimi önünde set çekilmektedir. Bunun dışında bireyin temel düzey ihtiyaçlarını karşılayıp, duygusal ihtiyaçlarıyla ilgilenmezler (Aral & Gürsoy, 2007). Karmaşık duyguları aştıktan sonraki süreçte suçluluk ve kızgınlık duygusu kendini göstermeye başlar. Suçluluk duygusu ebeveynlerin üstesinden gelmesi en zor olan durumlardan birisidir. Ebeveynler öyle ya da böyle geçmişte yaptıkları hataların sonucu “Allah beni cezalandırıyor”, “bu neden bizim başımıza geldi” ve “ben nerden hata yaptım” düşünceleriyle özel gereksinimli bireyin durumunu üstlenip gerçekçi olmayan düşüncelerle suçluluk duygusu yaşayabilmektedirler. Bu durumlar özel gereksinimli bireyi kabullenmelerini zorlaştırmaktadır (Lafçı & ark., 2014).

Bu süreçlerden sonra aile bireyleri çevreden utanma duygusu yaşayabilmektedir. Özel gereksinime sahip bireyin durumunu onların kendi özrü olduğunu olarak algılayabilmektedirler. Bu süreçte aile bireyleri çocuk ile dışarda zaman geçirmekten çekinirler. Evde zaman geçirme yönelimindedirler. Özellikle toplum tarafından özel gereksinime sahip bireylere gösterilen ret, üzüntü ve garipsenme duygularından baş etme çabası içindeler (Yüksel & Tanrıverdi, 2019).

Üçüncü ve son aşamada aile bireyleri artık bu özel gereksinime sahip olan birey için çareler aramak ve pazarlık etme sürecine girerler. Bu süreçte ebeveynler bireyin engel durumunu ortadan kaldırma çabası için çözüm yolları arama sürecine girerler. Bu süreçte çocuğun normal gelişim gösteren çocuklar gibi olmasını isterler. Ebeveynler bu süreçte gerçekleştire bilmek için herkes ile pazarlık yapabilirler. Bu pazarlıklar doktorlar ve uzman kişiler olmakla birlikte bunlar imam, şifacılar, sihirli güçler bile olabilmektedir. Çare arama sürecinde Allah'la da pazarlık edebilmektedirler bu pazarlık genelde “çocuğum iyi olursa bende ...,” şeklinde olmaktadır. Bu süreçte bazen sosyal medyada çözümü hızlı umut vadeden kişilerden de çareler aramaktadırlar (Durualp & ark., 2013).

Belki de önceki dönemin zorluklarından sıyrılarak özel gereksinimli birey için en olumlu durumların olduğu süreçtir. Bu dönemde bugüne kadar onu anlama yerine kendileri çareler arama sürecini bitirip bu bireyi tanıma, anlama ve sorunlarını anlama sürecine girmişlerdir. Ama bu demek olmuyor önceki süreçlerden tam anlamıyla sıyrıldıklarını veya duyguları bitirdikleri anlamına gelmez. Bu süreçte ebeveynler kendileri ve çocuklarının hakkında güçlü yönlerini anlamaya başlamaktadırlar. Özel gereksinimli bireylerin durumunu kabullenip, bu konuda uzman kişilerle çalışıp uyum ve kabul sürecini eyleme dönüştürmüş olurlar (Dolanay, 2016).

2.6. Ebeveynlerin Ölüm Kaygısı

2.6.1. Ölüm

Aileler birçoğu bu süreçleri hızlı bir şekilde yaşamaktayken bazı aileler bu süreçleri bitirmeyebilir. Sürekli ret aşamasında kalıp bir hastalıkmiş gibi bunun çözümünü bulma çabası içinde olurlar (Özmen & Çetinkaya, 2012). Ailenin ret aşamasında kalması sonucu özel gereksinime sahip bireyin gelişimi için sağlanacak olan eğitim ve rehabilitasyon süreçlerin gecikmesi neden olmaktadır (Ciğerli & ark., 2014).

Ölüm kendimizi bildik bileli anlamlandırmaya çalıştığımız korkutucu bir olgudur. Ölüm sadece bir tanıımı yoktur. Ölümün tanıımı toplumdan topluma, kültürden kültüre, dinden dine farklılık göstermektedir (Burcu & Akalın, 2006; Manaf, 2011).

Semavi dinlerden ölüm Yahudilik, Hristiyanlık ve İslam gibi dinlerde ölüm sonrası ahiret inancı vardır. Ahiret inancına göre ölüm sonrası yeni bir hayatın olacağını inancı ve ölümün yok oluş değil yeni bir başlangıç olarak yorumlanmaktadır (Kaya, 2002).

Biyolojik olarak ölüm, bir canlı varlığın hayati faaliyetlerin kesin olarak sona ermesidir. Kişinin yaşamını sağlayan ve dolaşım, solunum ve sinir sistemlerinden meydana gelen kısımlarının görevini yerine getirmemesi hali olarak da açıklanmaktadır. Hukuki açıdan tanımlaması ise hayatının tamamen tükenmesi olan ölümü hukuki kişiliğin sona ermesi olarak yorumlanmaktadır (Sezer & Saya, 2009). Ölümün tanımlanmasında görüldüğü farklı tanımlama oluşabilmektedir. Bu açıdan net bir ölüm tanıımı oluşturmak zordur. Ölümün tanıımı yapılırken biyolojik, psikolojik, dinler açısından ve sosyal olarak farklılıklar oluşabilmektedir (Dökmen, 2009).

2.6.2. Ölüm Korkusu

Genel anlamda insanoğlu sınırlı bir hayata sahip olduğu için en temel korku ölüm korkusudur. İnsanoğlu hayatın belli olmayan bir noktasında sonlanacağından dolayı “ölüm” kavramından korkmakta denilebilir ama ölüm korkusu her insan için aynı şeyi ifade edilerek söylenemez. Ölüm korkusu kişinin karakteri, yaşadığı toplum ve inanç değerleri farklılık göstermektedir (Kararımak & Kurtulan, 2016). Örnek vermek gerekirse inançları gereği ölümün aslında bir son olmadığı inancı olan reenkarnasyon denilen ruhun başka bir bedene göçü inancın olduğu uzak doğu dinleri ve ölümden sonra cennet ve cehennem inancının olduğu semavi dinlerde de ölüm korkusunun azalmasına ve kişilerin ölüme hazır olma durumudur (Yıldız, 2002).

Daha özgün olarak, ölüm korkusu veya ölme sürecinden korkmaktır. Bireyin yaşlandıkça kendi sağlığı için endişelenmesi doğaldır. Bireyin, ölümünden sonra arkadaşları ve ailesi için endişelenmesi de doğaldır. Ancak bazı insanlarda bu endişeler daha problemlili endişelere ve korkulara dönüşmektedir (Burcu & Akalın, 2006) .

Ölüm korkusu ile yaş arasındaki ilişkiyi açıklamak güçtür. Yaşamın sonunun yaklaştığının farkındalığıyla ölüm korkularının arttığına dair bazı kanıtlar var. Ciddi derecede hasta olan bireyler daha büyük bir ölüm korkusu gösterirler (Viney, 1984),

ölüm korkusunun yaşı ilerlemesiyle artması olarak açıklayan çalışmalarda ölüm bireylerin yaşı ilerlemesiyle odaklarının sosyal ve duygusal hedeflerden ölüm ve gerçekliğine kaydırmalarıdır (Johnson & Barer, 1997).

2.6.3. Ölüm Kaygısı

Ölüm düşüncesi insanın yaşamı üzerinden etkisi kaçınılmazdır. Ölüm kaygısı yaşamın bir döneminde yaşanan ve kişi üzerinde travmatik bir olay sonucu ardından ortaya çıkabilmekte fakat yüksek patolojik olarak görülen ölüm fikri, bireyi psikolojik olarak etkileyebilmektedir. Genelde bireylerin ölüm kaygısını arttıran sebepler, ölüm karşısında alınan tutum, denge ve ahenk kaybettikçe insanın endişe seviyesini arttırmaktadır (Günaydın, 2017).

Ölüm kaygısı, insan hayatının başlangıcından başlayarak var olan, insanın hayatı boyunca devam eden, tüm korkuların kökeninde var olan, kişiliğin yapısının gelişiminde önem arz etmekte, bireyin bundan sonra var olmayacağını, kendini ve evrende yok olabileceği, bir hiç olabileceğinin farkına varmasıyla gelişen bir histir sonrası gelişen bir duygudur. Kaynaklarda genellikle kişinin ölüm veya ölme ile ilgili endişe, kaygı ya da korku deneyimleri; kişinin hayatını tehlikeye atan ciddi ya da ütöpik algılar tarafından oluşturulan korkudur (Sağır, 2017).

Yapılan araştırmalarda kişinin ölüm ile endişesinin çok etmenli bir durum olduğu ortaya çıkarmıştır. Yapılan incelemelerde en çok üzerinde durulan belirsizlik boyutları ve yalnızlık, yakınları yitirme, bireyin öz benliği yitirme endişesi, ölümden sonra cezaya maruz kalma hissi yakınları için kaygılanma hissi, denetimi kaybetme endişesi acı hissetme endişesi bedenini yitirme ve yok olma hissidir (Günaydın, 2017). Bir elin beş parmağının farklı olduğu bir dünyada ölüm kaygısının herkeste aynı olduğunu düşünmek yanlış olacaktır. Ölüm kaygısı yaşayan bireyleri yaş, din, cinsiyet inanç, kültür, kişilik özellikleri, sağlık durumu ve başka birçok etken etkilemektedir (Handler, 2008).

Ölüm kaygısının genel anlamda başlıca nedenleri aşağıda verilmiştir.

1. **Ardında bıraktıkları için kaygı;** bireyin ölümden önce bakmakta yükümlü olduğu birey ya da bireyler için bu hasta ebeveynler, özel gereksinime sahip bireyler, çocukları olsun onları kendisinden sonra kendisi gibi kimse bakamaz düşüncesinden kaynaklı kaygı ya da korkudur (Doğru & Emel, 2008).

2. **Belirsizlik korkusu;** genel anlamda insan hayatının belirsizlikleri birey üzerinde kaygı oluşturur, ölüm ve ölüm sonrası belirsizlik birey üzerinde kaygı yaratmaktadır (Hökelekli, 2008).
3. **Yalnızlık korkusu,** çözümü olmayan hastalıklar ve hastane de tedavi gereken hastalıklarda, bireyin ailesinden uzak kalacağı süre zarfında yalnız bırakılmış hissedebilir. Tedavi sürecinde ailesinden uzak kalacağı bu süreç yalnızlık korkusu artırdığı gibi sonraki süreçlerde daha fazla stres altında olma ve hastalığın ya da hastalıkların yalnızlıkla ilişkili olarak daha fazla ilerlemesini tetikler (Yakut, 2019). Yalnız kalma korkusu, insanın öz güvenini kırarak sürekli endişeli ve depresif hissetmesine yol açar (Dökmen, 2009).
4. **Acı duyma korkusu:** Acı duyma korkusu insanda olması normal bir durumken aşırı derecede acı duyma korkusu özellikle depresyon, keder, hastalık, ağrı veya daha sonraki yaşamda meydana gelen benzer olaylarla aynı değildir. Acıyı az önce adı geçen bazı olaylardan ayıran faktörler, acının bireyi birçok yönden etkilemesi, benliğin özüne ulaşabilmesi ve benliği tüketebilmesidir. Tetikleyici, keder veya hastalık gibi bir olay veya yoksulluk gibi bir varlık durumu olabilmektedir (Helen, 2004). Acı duyma korkusu nedenleri arasında ölümden sonra cehenneme gitme korkusu kişide acı duyma korkusunu artırmaktadır (Ross, 2010).
5. **Yakınları kaybetme korkusu;** bireyler için anne, baba, eş gibi bir aile bireyi ya da sevdiği çevresindeki bir bireyin kaybı birey üzerinde üzüntü ve yalnız kalma onlarsız yaşamak bireyin korku ve kaygı yaratmaktadır (Koca, 2017).
6. **Bedenini kaybetme korkusu ve yok olma;** bir bireyi arasındaki canlı varlıklardan ayıran bedenini ya da bedenin bir parçasını herhangi bir sebepten kaybetme bireydeki eksiklik, utanç, yetersizlik nedeni ile bireyde benlik saygısının azalmasına neden olabilir. Ölüm ile bedenin tamamen kaybetme yok olma bireyde korku ve kaygı nedenidir (Constance, 2004).
7. **Denetimi kaybetme korkusu:** bazı kronik rahatsızlıklar ya da ölümcül hastalıklar ileri süreçlerinde bireyin bedeni üzerinde kontrol yapısını tükenmesi ve kaybolması kişinin egosu tarafından tehdit olarak da algılanırken karından bireyde kaygı veya korku yaratmaktadır (Kararımak & Kurtulan, 2016).
8. **Ölüm sonrası cezalandırılma korkusu;** bazı inançlarda ölüm sonrası cennet ve cehennem inancı vardır. Bu inançlarda bu dünyada yaptıkların karşılığının öteki dünyada bir sonucu olarak, ceza ve işkence olacağı düşüncesi bireyde korku ve kaygı yaratmaktadır (Constance, 2004).

2.6.4 Ölüm Kaygısı ve Cinsiyet

Ölüm kaygısı, bireyin hayatın başlangıcından başlayıp, hayat boyu süren yolculuk sonunda var olmayacağını öğrenmesiyle, bir hiç olabileceğini fark etmesi ile oluşan bir duygudur (Bulut, 2018). Cinsiyet ile ölüm kaygısı arasında araştırmalar tutarsız sonuçlar elde edilmiştir (Thorson, 2007).

Cinsiyetin ölüm ile nasıl bir ilişki olduğu net değildir. Kimi sonuçlar ölüm kaygısının kadın bireylerde de yüksek olduğuna sonuçlar ilişkin elde etsede kimi sonuçlar, erkeklerde ölüm kaygısının daha yüksek olduğu sonucuna göstermektedir (Gatliff, 2007). Ölüm kaygısı ile cinsiyet arasındaki kapsamlı bir çalışma yapan Chun (2015), 17-70 yaş arasındaki bireylerde yaptığı çalışmalarda cinsiyet ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkide bireyin kişiliği, toplumu, yaşadığı ülke gibi nedenlere bağlı olarak değişimlerin olduğu sonuçlarına ulaşmıştır (Chun, 2015).

2.6.5 Ölüm Kaygısı ve Yaş

Ölüm kaygısı üzerinde önemli bir etkiye bireyin yaşıdır (Lester & Templer, 1971). Gençler, bir dokunulmazlık ve yenilmezlik duygusu tasvir etmektedir. Ölümün diğer insanların başına da gelen ama bir şekilde onların başına gelmeyen bir durum olarak görebilmektedir (Ayten, 2009). Nispeten gençlerin arasında ölüm kaygısı oluşmasının gelecek ile ilgili hayalleri yapamama, amaçlarına ulaşmama düşüncesinin etkili olduğu ve yaşlanma olarak görülmektedir (Ens & Bond, 2007).

Ölüm her yaşta bireyin karşısına çıkabilen bir olgudur. Yaşın ilerlemesiyle bireyde ölüme yaklaşma düşüncesi artmaktadır. Toplum tarafında da ölümü ileri yaşlarda karşısına çıkan olarak görülmektedir (Burcu & Akalın, 2006). Yaşlılık, hastalık, ölüm insanın kontrolü dışında gerçekleşmektedir. Artan hastalıklar bireyin kontrolü dışında gerçekleşmesi ve hastalıkların kontrol edememe bireyde mutlak sonu olan oluşturmaktadır (Bölüktaş, 2019). İleri yaşlarda ölüm kaygısı oluşmasının nedenleri arasında sorumluklarını yerine getirememe, yarım bırakma, gerçekleştiremedikleri hayaller ve yarım kalmış işlerin gerçekleştirmeme düşüncesi gençlere göre ölüm kaygısının daha fazla olması nedenleri arasındadır (Krause, 2016). Dindarlar arasında yapılan araştırma dindar yaşlı bireylerde ölüm kaygısı, olmaktadır. Dindar olmayan yaşlı bireylerdeki ölüm kaygısı dindar yaşlı bireylerde daha düşük olduğudur (Pandya, 2021).

2.6. Ölüm Kaygısı ve Özel Gereksinimli Çocuğu Olan Ebeveynler

Özel gereksinimi sahip çocukların ebeveynleri ölüm kaygısı üzerine yapılan çalışmalar alanda yeterli olmamakla birlikte, yapılan çalışmalar annelerle sınırlı kalmıştır (Oktar, 2019). Özel gereksinimi sahip çocukların ebeveynler ile yapılan ölüm kaygısı çalışmaları babalar dâhil edilmemiştir. Uğuz ve arkadaşları (2004, 9) “*zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi*” araştırmalarında özel gereksinimi olan çocukların anneleri ile normal gelişim gösteren çocukların anneleri ile yaptıkları çalışmada özel gereksinimi olan çocuğa sahip annelerin ölüm kaygısı, anksiyete ve depresyon düzeylerinin, normal gelişim gösteren çocukların annelerinden yüksek olduğu ve özel gereksinimi olan çocukların anneleri, normal gelişim gösteren çocuklu ailelere göre kendilerine daha bağımlı olduğu kendilerinde stres yarattığı tespit edilmiştir.

Özel gereksinime sahip çocukların anneleriyle ilgili alanda yapılan çalışmalardan birisi Koca (2017) de yaptığı çalışmada özel gereksinime sahip çocukların ebeveynleri ve normal gelişim gösteren çocukların anneleri de dâhil edilmiş, bu çalışmada en dikkat çeken bulgunun özel gereksinimi sahip çocukların anneleri ölüm kaygısı nedeni kendi ölümlerinden duydukları kaygı değil “*ölümünden sonra çocuklarım ne halde olacak.*” ve “*kim bakacak*” bilmedikleri için kaygılanmaktadır. Kimsenin bakmayacağı endişesi ve bazı ailelerin miras olarak çocuğa bırakacak bir şeyin olmaması sonucu kendilerinden sonra ekonomik bir güvence verememe, çevrelerindeki insanların ve devletin kendilerinden sonra çocuklarının sahihsiz bırakacağı düşüncesi aile üzerinde ölüm kaygısı yaratabilmektedir. Ayrıca Koca (2017) çalışmasında ölümün beraberindeki fiziksel ayrıca kaygı düzeyi daha yüksek sonucu ortaya çıkarmıştır (Koca, 2017). Özel gereksinimli annelerin ölüm kaygısı ile ilgili yapılan çalışmalar Koca’nın yaptığı çalışmalarla sınırlı kalmaktadır.

Özel gereksinimi olan çocuğa sahip anneler ile genel olarak yapılan çalışmalarda annelerin kendi ölümleri için korkularının az olduğu, kendi ölümlerinden çok ölüm sonrası çocuklarının akıbeti konusu ve çocukları için gelecek kaygısı yaşamaktadırlar. Özel gereksinimi olan çocuğa sahip annelerde stres, kaygı, obsesif bozukluk ve depresyon görülen bazı psikosomatik hastalıklardır. Sadece özel gereksinimi olan çocuğa sahip annelerin çocuklarının gelecekleri ile değil, toplumun engelli çocuğa bakış açısı bu bakış açısı sadece çocuk için değil toplumun anneyi “*senden dolayı bu çocuk*

öyle oldu” düşünceleri ve engelli bireyin sosyal olanaklara ulaşmada yetersiz kalması özel gereksinimi olan çocuğa sahip annelerin ölüm kaygısı yaşamasının nedenleri arasındadır (Oktar & Yıldız, 2019; Koca, 2017; Uğuz & ark., 2004).

2.7. Ebeveynlerin Sağlıklı Yaşam Davranışları

Sağlıklı yaşam, kişinin sağlığı dendiğinde akla doktora gitme ya da kişinin sadece sakatlık olmaması olarak algılanmaktayken, bu algı kısmen değişmiştir. DSÖ’nün sağlık ile ilgili tanımını: Sağlığın yalnızca sakatlığın ve hastalığın olmaması değil, bedence, ruhça ve sosyal bakımdan tam iyilik durumu olarak tanımlanmaktadır. DSÖ (2019) göre dünyada ölümlerin başlıca nedenleri kalp hastalıkları, inme, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), alt sonunum yolu enfeksiyonları ve ishale ilgili hastalıklardır. Bu hastalıklara bağlı ölümlerden korunmanın başlıca yolları sağlıklı yaşam davranışlarından geçmektedir (Çetin, 2019).

Sağlığı geliştirme çabaları sonucu hastalıklardan korunma, yaşama süresinin artması, yaşam kalitesinin artması sağlar ve sonucunda sağlıklı bireyler sağlıklı toplumun temelleri atılmış olur. Birey sergilediği bu sağlıklı yaşam davranışları ile hastalıklara yakalanma oranı %30 a düştüğü yapılan araştırmalar göstermektedir (Tosunöz, 2019).

Sağlıklı yaşam içinde farklı alt başlıkları bulunur. Bu alt başlıklar; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alışkanlıkları, kişiler arasındaki ilişkiler, stres yönetimi, sağlığı geliştiren ortamlar (sağlık sorumluluğu), ruhsal sağlık ve manevi gelişimdir (Beki, 2019).

2.7.1. Kendini Gerçekleştirme

Kişinin kendini gerçekleştirebilmesi için Maslow’un ihtiyaçlar hiyerarşisinin basamaklarını sırayla geçmesi gerekmektedir. Kişide bu basamaklardan biri eksik olması durumunda sonraki basamakları gerçekleştirmesi zordur (Tekke, 2019). Bu basaklar ilki fizyolojik basamaklarından ilki olan nefes alma, yemek, su, boşaltım, uyku ve sağlıklı metabolizmadır. Kişi bu temel ihtiyaçları içermektedir. Karşıladıktan sonrasında Maslow’un ihtiyaçlar hiyerarşisinin ikincisi olan güvenlidir. Güvenlik ihtiyacı karşılamadır. Kaynak güvenliği, aile güvenliği, sağlık ve mülkiyet güvenliğidir. Kişi güvenlik ihtiyacını karşıladıktan sonrasında üçüncü basamakta, dostluk, aile, cinsel

mahremiyet kapsamaktadır. Dördüncü basamak saygınlık ihtiyacıdır. Kişi sevgi ve ait olma ihtiyacından sonra öz saygı, özgüven, başarı, başkaları saygı duymak ve başkaları tarafından saygı duyulmaktır (Şolt, 2018).

Beşinci ve son basamak kendini gerçekleştirmedir. Kişi önceki basamakları sağladıktan sonrasında kendini gerçekleştirme; Maslow'un teorisi beşinci basamağında, erdemli olan, problem çözücü olan, ön yargısız ve gerçekleri kabul eden ve çarpıtmayan, yaratıcı ve yeniliklere açık olan, içten doğal davranışlar, sergileyen kişiler kendini gerçekleştirmiş kişilerdir (Ağır, 2019).

2.7.2. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireylerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal iyiliklerini sürdürmek için üzerine düşen görevleri yerine getirmesidir. Sağlık sorumluluğunu yerine getirmesinde bireyin biyolojik durumu, hayat standartları, ekonomik koşullar ve yaşadığı çevre etkilemektedir (Avcı, 2016). Dünya Sağlık Örgütü “*bireyin kendisinin ruh sağlığı, beden sağlığı, sosyal iyilik olarak bireyin üzerine düşen problemleri kabullenip yapması*” olarak açıklamaktadır (DSÖ, 2017: s. 3).

Yaşam tarzı, sanayileşmiş ülkelerdeki hastalıkların çoğunda önemli bir rol oynar (Easthope, 2006). Küresel hastalık yüküne katkıda bulunan başlıca 10 faktörden altısı yaşam tarzıyla ilgilidir: güvenli olmayan cinsel birliktelik, yüksek tansiyon, tütün kullanımı, alkol kullanımı, yüksek kolesterol ve obezite (DSÖ, 2002) yaşam tarzıyla ilgili hastalıklar da sağlık hizmetlerinin artan maliyetlerine katkıda bulunur. Ancak toplumun üyelerinin sağlığından kısmen sorumlu olduğunu varsaymak, bu sorumluluğu nasıl yerine getirmesi gerektiği sorusunu çözmez. Bireyin sağlık sorumluluğunu yerine getirmesinde önemli görev düşenlerden birisi kanun koyuculardır. Kanun koyucuların bireyin toplum sağlık hizmetlerine erişimini sağlaması odaklanmalıdır. Kuşkusuz erişimin sağlanması önemli bir sosyal sorumluluktur, ancak toplumların sağlığı geliştirmesinin sanitasyon, çevre kirliliğinin kontrolü tüketim gıdalarının güvenliği, sağlık bilinçliliği, hastalık kontrolü, şehir planlaması ve iş sağlığı ve güvenliği gibi birçok başka yolu vardır. Çevre ve toplum sağlığı ve sağlık araştırmaları gibi sağlık hizmetlerine ulaşma dışında sağlığı geliştirme politikalarına daha çok önem verilmelidir (Hennecke, 2021).

Sosyal iyilik; bireyin içinde yaşadığı toplum ile ortak bir dil kullanması ve yaşadığı çevrede kendisine verilen ya da üstlendiği sorumlulukları topluma uygun bir şekilde gerçekleştirmesi. Ruhsal iyilik: bireyin içinde yaşadığı toplumda kendisinden beklenen davranışları bilmesi ve bu durum zarfında hareket etmesidir (Altın, 2020). Birey bu sağlık sorumluluğu yerine getirirken; yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, gelir düzeyi, yanıcı ve uçucu madde kullanımı, yemek alışkanlıkları, kültür ve etnik köken, kendi sağlıklarını teşvik eden, koruyan ve engelleyen davranışlarını etkiler (Avcı, 2016).

2.7.3. Fiziksel Aktivite

Fiziki aktivitenin birden fazla tanımı olmakla birlikte Dünya Sağlık Örgütü tarafından kemik kaslarının kasılmasıyla oluşan herhangi bir vücut aksiyonu olarak tanımlanmışken, Yazar (2020; 549-550) tarafından *“fiziksel aktiviteyi günlük yaşamda kas ve eklemlerimizi kullanarak enerji tüketimi ile gerçekleştiren, kalp ve solunum hızını arttıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktivitelerdir.”* olarak tanımlamaktadır.

Genel anlamda vücudun enerji kullanarak hareket etmesidir. Günümüz dünyası özellikle şehirleşmenin de artması ile birlikte obezite, lipid bozuklukları, hipertansiyon, osteoporoz, hormonal dengesizlik fiziksel aktivite ile bağlantısı olan rahatsızlıklar ile fiziksel sağlıklı gibi hastalıkların ortaya çıkarmaktadır (Yardan, 2010).

Fiziksel aktivite dendiğinde bir alana indirgenemez fiziksel aktivite birçok alanı mevcuttur. Fiziksel aktiviteler, aşağıdakilerden biri de dahil olmak üzere çeşitli alanlarda gerçekleştirilebilir bunlar Boş zaman, meslek, eğitim, ev ve/veya ulaşım süreçleri, ev işleri için evde yapılan fiziksel aktiviteler: çocuk bakımı ve ev işleri , günlük yaşam içinde bireyle doğrudan isteğiyle gerçekleştirdiği spor katılımı, egzersiz koşullandırma veya eğitim ve yürüyüşe çıkma, dans etme ve bahçe işleri gibi eğlence etkinlikleri sayılabilir (DSÖ, 2020)

2.7.4. Beslenme

Sağlıklı bir hayat anahtarlarından olan beslenme insanların yaşamlarının her aşamasında doğru beslenme davranışları benimsemelerini ve sürdürmelerini gerektirir.

Beslenmenin bireyin sağığı üzerinde doğrudan etkisi vardır. Doğru beslenme ile birey hastalılardan koruna bildiğı gibi yanlış beslenme ile hastalıklara neden olabilmektedir (Sözlü, 2017; Wetherilt, 2004). Beslenme Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinin ilk basağıdır. Beslenme canlıların yaşamını devam ettirmesi için oldukça önemlidir. Sağlıklı beslenme bireyin büyümesi, gelişmesi, sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürmesi için gerekli olan besin öğelerini yeterli ve dengede ölçüde almasıdır (Seker, 2004).

Birey sağlıklı yaşam davranışları sergilemesi için beslenme vücudunun gereksinimi olan besinleri gereksinimi kadar ve doğru zamanda bilinçli olarak yapmasıdır (Karacabey, 2000). Beslenme de arasındaki önemli birisi de besin gruplarından doğru besini birey doğru miktarda ve çeşitlikte almasıdır. Beslenmede besin grupları (Krebs, 2010),

- İlk grup; et ve et ürünleridir
- İkinci grup, süt ve süt ürünlerinden oluşan gruplardır
- Üçüncü grup; Tahıl ve tahıl ürünlerden oluşan gruplardır
- Dördüncü grup; sebze ve meyve grubudur
- Beşinci grup; şeker ve yağlardan oluşmaktadır

2.7.5. Kişiler Arası İlişkiler

Kişiler arası ilişkilerin temelleri iletişim üzerinde kurulmaktadır. İnsan sosyal bir varlıktır. İnsanın yaşamını devam etmesi sağlayan diğer insanlarla yaptığı sosyal iletişim ve ilişkilerdir (Odabaşı, 2009). Kişiler arası iletişimi Selçuk (2016; 632) şöyle tanımlamaktadır; *“Bireyler ya da küçük gruplar arasında karşılıklı güvene dayanan, ilişkiler ağı oluşturan, bilgi ve duyguların paylaşılmasını amaçlayan çift yönlü, sözlü ve sözsüz etkileşim sürecidir.”* . İletişim hayati bir edimdir. Toplum ile uyumlu olmamızı ve daha iyi bağlar geliştirmemize olanak sağlaması ve psikolojik iyi olma halimizi destekler (Hogan, 2012).

Kişiler arası ilişkilerde iletişim iki bireyin bir araya gelmesiyle başlar, kişiler buluştukları andan itibaren hal ve hareketleri ile mesaj vermektedir. Kelimeler iletişim potansiyeli gerçekleştirirken, bireyin sessizliği, davranışlarda ya da tepki vermemekte de iletişim kurulmaktadır. Kişiler arası iletişim sayılabilmesi temel üç şart vardır; karşılıklı olması, kişiler kendi içinde olması, iletişim bir mesaj olması, söz konusu iletişimin sözlü ya da sözsüz olmasıdır (Işık, 2008).

Birey hayatının yoğunluğunda, iletişimi nasıl kurduğunu fark edemeyebilir. İletişim hayatı anlamlı olmasını sağlayan ve bu anlamı çevresiyle paylaşmayı sağlayan insani bir süreç olarak, ilişkilerin ne türlü kurduğu ile iletişimin kalitesini gösteren temel bir kaynaktır (Özkan, 2009). Birey kurduğu ilişkiler sayesinde, başkaları ile anlaşabilmekte, onlarla arasındaki sağlıklı ilişkiler kurabilmekte (Cüceloğlu, 2005). Birey sağlıklı ilişkiler kurmanın avantajlı ve dezavantajlı olduğu durumlar mevcut, avantajlı olduğu durumlar; mizaç-karakterin oluşması, kendisiyle barışık olma, kendini tanıma, yaşam zenginliği, topluma bir yere ait olma ve bilişsel süreçlerdir. Kişiler arası ilişkiler dezavantajlı ise çevreden yanlış davranışların kazanma, zamanını yanlış kullanma, hayal kırıklığı ve mutsuzluktur (Özkan, 2009).

2.7.6. Stres Yönetimi

Stres bireyin herhangi bir olay ya da durumu tehdidi karşısında fiziksel ve duygusal olarak başa çıkamaması sonucu vücudun gösterdiği gerilimlerdir (Manaf, 2020). Az stres birey için iyi olmakla birlikte, stresin miktarı arttıkça birey üzerindeki olumsuzlukları artmaktadır (Mentor, 2007).

Stres en belirtileri fiziksel, duygusal, zihinsel, sosyal ve bireysel olmak üzere beş başlık altında toplanmaktadır. Birey bu stres durumlarında depresyon ve anksiyete bozukluğu, bağışıklık sistemi hastalıkları, cilt sorunları, kalp hastalıkları, farklı türde ağrılar, uyku sorunları, Sindirim sistemi bozuklukları, hafıza problemleri ve zihinsel sorunlar stresin neden olduğu bazı hastalıklardandır (Duyan & Duyan, 2018).

Stresle sürekli ama etkisiz bir mücadele durumu ise tükenmeyi getirir. Her birey stres yaşayabilmektedir. Bireyler okulda, işyerinde, ölümlerde, boşanma süreçlerinde, evliliklerde ve hayatın birçok noktasında stres yaşayabilmektedir. Ebeveynler çocuklarının özel gereksinime sahip bir birey olduğunu öğrenmeleri ile; Şok, inkâr, öfke, pazarlık, depresyon, umutsuzluk gibi birtakım aşamalardan geçer ve süreç birey üzerinde strese neden olmaktadır. Ebeveynler kabullenme sürecine girmesi ve sonraki süreçte bu stres süreci devam etmektedir (Aral & ark., 2016). Ebeveynlerin bu aşamalar sırasındayken, çiftlerin birbirine olan desteği diğer anne ve babaların destek olması, uzman bireylerden profesyonel katkı alınması yakın çevrenin arkadaş ve komşu desteği ile sorunla ve stresle baş etmesinde önemli rol oynar (Çekmece, 2010).

2.7.7. Sağlığı Geliştiren Ortamlar

Sağlık ve sağlık sorumluluğu: Sağlık sorumluluğu, Dünya Sağlık Örgütü (2017, s:12) tarafından yapılan tanımı ile “*bireyin kendisinin ruh sağlığı, beden sağlığı, sosyal iyilik olarak bireyin üzerine düşen problemleri kabullenip yapması*” olarak açıklamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü sağlık sorumluluğu bedensel sağlığı açısından vücudu oluşturan doku ve organların bir hastalık durumu ya da uzuvların eksiksiz olma durumu (DSÖ, 2017) olarak açıklarken Sağlık Bakanlığı sağlığı geliştiren ortamlar için kullandığı tanım; “*sağlık sorunlarının önlenmesine önem verilmesi, sağlıklı yaşam tarzlarının teşvik edilmesi, hasta uyumunun artırılması, sağlık hizmetleri ve bakıma erişimin kolaylaştırılması aracılığıyla bireyler açısından fiziksel, psikolojik, eğitimsel ve mesleki sonuçları iyileştirebilmekte ve genel sağlık maliyetlerinin kontrol altına alınması ve azaltılmasına yardımcı olabilmektedir*” olarak tanımlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011, s:29).

Bireyin daha sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için sağlığı geliştiren ortamlar önemlidir. Bireyin sağlığı geliştiren ortamlar devlet mekanizması ve özel sektör kuruluşları içinde yer alan hastaneler, imalathaneler, şirketler, okullar, üniversiteler, bakım evleri, devlet kuruluşları, ibadethaneler, poliklinikler, sağlık merkezleri ve bölgesel sağlık merkezleri bireyin sağlığını geliştirmesinde önemli ortamlardır. Bireyin sağlığını geliştirmesinde devletin düzenlemesi ve geliştirmesi önemi yadsınamaz (Göçmen, 2011).

Bireyin sağlığı geliştirmesi için doğrudan ilişkisi olan sağlığı geliştiren ortamların geliştirmesi önemlidir. Sağlığı geliştiren ortamların geliştirmesindeki en büyük gücünü, sağlığı geliştiren programlarda almaktadır. Bireylerin sağlık koşullarının artırılması adına, sağlığı tehdit eden durumları üzerinde kontrollerini arttırmayı amaçlayan bir durum olarak tanımlanmaktadır (Dağdeviren, 2010). Sağlığı geliştiren programlar; birey için daha iyi sağlık şartları, halk sağlığını güçlendirme, halk sağlığını güçlendirme, sağlık sistemi güçlendirme, sağlık sistemi içinde bulunan aktörler arası iş birliği, sağlık kapasitesi artırmaktır (Esin, 2019).

2.7.8. Ruhsal Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü (2018) sağlıklı olmayı “*ruhsal, bedensel ve toplumsal olarak tam iyilik halidir*” diye açıklayarak ruhsal sağlığında sağlığın bütüncül bir parçası olarak tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü sağlık tanımı içindeki ruhsal

sağlık dini anlamda olan ruhen değil, bireyin psikolojik olarak ele almaktadır (DSÖ , 2001).

Ruhsal sağlığın farklı bir tanımı ise bireyin kendisinden beklenen çalışma, eğitim, ev, sosyal sorumluluklar ve kendi ihtiyaçlarını karşılayabilme görevi giderek kaybetmek üretici vasfı ve toplumsal fayda ve sorumluluklarını yerine getirememesi olarak tanımlamaktadır (Nalbantoğlu, 2011). Köknel (1999, s:12) ise ruh sağlığına “*bireyin kendini, çevresi ve toplum içinde uyumlu olması, her zaman toplum ile denge düzen ve uyum içinde olmasıdır.*” olarak tanımlamaktadır (Köknel, 1999, s:12).

Ruh sağlığı tanımları genel anlamda görüldüğü gibi farklı tanımlamalar mevcuttur. Genel anlamda ruh sağlığı yerinde olan insanları Sargın (2012) tarafından ruhsal sağlığı yerinde kişileri özelliklerini şu şekilde tanımlamakta; kişinin kendi içinde yaşadığı ve toplum ilişkiler kurup sürdürmesi, bireylerle geçinme ve ortak hareket etmeye ötesinde sevgi ve saygıya bağlı ilişkiler, bireyin özgüvenli olması kendisini bilmesi yeteneklerine göre hareket etmesi, bireyin toplum statü ve görevleri olması, bireyin gelecek için planları olması ve o doğrultuda hareket etmesi, bireyin bağımsız olarak hareket etmesi, birey toplumla uyum içinde yaşaması, bireyin hobileri olması olarak tanımlamaktadır. Bireyin ruh sağlığı sayılan özellikler sağlıklı bir ruh sağlığına sahip bireylerin ruh sağlığını tanımlamak için kullanılmaktadır (Sargın, 2012).

2.4.9. Manevi Gelişim

Maneviyat, maneviyat denildiğinde aklımıza ilk gelen terimlerden biri din ile ilişkilendirilmesidir. Din ile ne kadar ilişkilendirilse de maneviyatın din üstü olarak kişinin iç dünyasını kapsamasıdır. Dini olan her terim maneviyat ile ilişkilendirilirken manevi olan her şey dinle ilişkilendirilmesi yanlıştır (Ayten, 2015). Zira yaratıcıyı reddedip manevi duygular ve mistik eğilimleri vardır (Horozcu, 2012). Manevi gelişimi biyolojik olarak tanımlamaması ise, “*maddenin arka planı, onun anlam boyutudur. Soyut kavramlar somut olgulara anlam katar. Bildiğimiz her şeyi, her cismi soyut kavramlarla oluştururuz. Soyut ve sembolik düşünce, her şeyin gerçek doğasını ortaya çıkarır.*” madde ve mistik tanımlar üzerinden tanımlamıştır (Acar, 2014; 391).

Manevi gelişim, bireyin hayatında anlamlandırması ve amacının yakaladığı alan manevi alanıdır. Manevi alan ; “*İnanılan üstün güç ile kurulan öznel ve gizil ilişki, bireyin içinde bulunduğu toplum ile ve kan bağı bulanan kişilerle sağlıklı ilişkiler*

kurması ya da bireyin doğa, kültür, müzik, aile, yaşadığı çevre, değer yargıları ve inanç yaşadığı bir yaşam” olarak tanımlanmaktadır (Beki, 2019; 18-19).

2.5. Ölüm Kaygısı ve Sağlıklı Yaşam Arasındaki İlişki

Ölüm, inanç ve kültüre göre çeşitlilik göstermektedir. Ölüm bireyin yaşı ve değerlerini etkilenen, yaşam kalitesi üzerinde doğrudan etkisi olan bir kavram iken sağlıklı yaşam, bireyin hayatını sürdürme bilmesi, yaşam standartlarını artırması ve koruması ile ilgilidir. Yaşam ve ölüm bir tezat kavramlar olarak görülse de ölüm, yaşamın ayrılmaz bir parçasıdır. Ölüm bireyin hayatını anlamlandırmasına yardım eden eşsiz bir kavramdır. Birey hayatında mutlak ölümün kaçınılmaz olması ve ölümün kaçınılmaz gerçeğinden uzaklaşmanın sağlıklı yaşam davranışları sergilemesini sağladığı gibi bireyin hiçlik duygusu oluşturup korku, kaygı ve stres neden olan bir olgudur (Kasar & ark, 2016).

Ölüm kaygısı ve sağlıklı yaşam ile ilgili yapılan araştırmalar olmakla birlikte ikisini birlikte ele alan araştırmalar mevcut değildir. Araştırmalar annelerin ölüm kaygısı üzerinde durmaktadır. Sağlıklı yaşam alanında karşılaştırılması için yeterli çalışma yoktur.

2.6 Ülkemizde ve Dünyada Yapılan İlgili Çalışmalar

Bu başlık altında ülkemizde ve dünyada sağlıklı yaşam davranışları ve ölüm kaygısı ile ilgili araştırmalar geçmişten günümüze doğru sıralanmaktadır.

Özkan ve Yılmaz (2006)’ın yaptıkları çalışmada hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkilenen değişkenler yer almıştır. Araştırmaya Bandırma Kapıdağ ve Mustafa Güven Karahan Devlet Hastanelerinde görev yapan 204 hemşireden 163’ü katılmıştır.. Çalışmada kişilik özelliklerinin belirten “*Demografik Form*” ile “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği*” kullanılmıştır. En düşük puanlar “*Egzersiz Boyutu*” ve en yüksek puanlar “*kendini gerçekleştirme*” saptanmıştır. Araştırmaya hastanede çalışmakta olan hemşirelerin verilerin doğrultusunda sağlıklı yaşam biçimi davranışları orta düzeyde saptamıştır.

Özkan ve Mustafa (2007)’nın yaptıkları araştırmada farklı dinlerdeki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtileri ve sosyodemografik açıdan saptamayı amaçlamıştı.

Çalışma Süryani, Yezidi ve Müslüman olan 152'si erkek 88'si kadın olmakla birlikte toplamda 240 birey katılmıştır. Ölüm Kaygısı ve demografik bilgi formu kullanılmıştır. Araştırma sonuçları ölüme kaygısı en çok yaşayanlar sırası ile Yezidi, Müslüman ve Süryani dinlerine mensup bireyler, Müslümanlarda daha yüksek kişilik bozukluğu, Yezidilerde obsesif düşünce, Süryanilerde ise kişiler arası duyarlılık daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tuğut ve Mine (2008)'nin yaptıkları araştırmada Cumhuriyet Üniversitesi kampüsü yer alan “*öğrencilerin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi arasındaki ilişki.*” saptamayı amaçlanmıştır. Çalışmaya 399 kadın ile 602 erkek öğrenci anketleri doldurmuştur. Çalışmada “*Kişisel Bilgi Formu*” ile “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği*” uygulamakmış. Araştırmanın sonuçları ise Cumhuriyet üniversitesindeki öğrenciler sağlık durumları iyi olarak algıladıkları, hayatın büyük bölümüne yerleştiği, Anne ve baba eğitimi, baba mesleği, sosyal güvenlik durumu, kronik hastalığı, alkol kullanımı ve sağlık algısı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır.

Karadeniz ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları araştırmada sağlığın iyi olma halinin sadece hasta olamam değil bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileştirmeyi amaçlamıştır. Çalışma Celal Bayar Üniversitesi Eğitim Fakültesi'nde 2006 yılında öğrenim görmekte olan 349 öğrenci ile yapılmıştır. Veriler “*Sosyo-Demografik Form*” ile “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*” formları kullanılmıştır. Çalışma sonucunda öğrencilerin yaş ile sağlıklı sorumluluğu arasında doğrusal bir bağ olduğu, kadın öğrencilerin “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*” ölçek puanları erkek öğrencilere göre daha yüksek olduğu, ailenin ekonomik koşulları ile “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*” puanları arasında doğrusal bir bağ olduğu saptanmıştır.

Ayten (2009)' in Araştırmasında ölüm kaygısının iki farklı toplumda değişiminin cinsiyet, yaş, sosyal çevre, sosyo-ekonomik durum ve öznel dindarlık algısı ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.. Çalışma ülkemizde 126 Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi öğrencisi ile Ürdün'de 121 Yermük Üniversitesi İlahiyat Fakültesi öğrencisi katılım sağlamıştır. Gruplara “*Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği*” ile “*Demografik Bilgi Formu*” uygulanmıştır. Çalışma sonuçlarında her iki üniversitenin öğrencilerinin ölüm kaygılarının ortalamanın üzerinde olduğu, öğrenciler ölümlerinin acı çekerek olmasından kaygılandığı, Yermük Üniversitesi İlahiyat Fakültesi ölüm kaygısı dereceleri Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi öğrencilerine, kadın öğrencilerinin

ölüm kaygısı derecesinin erkek öğrencilere göre yüksek olduğu, Dindarlık, ölümü kabullenmeyi artırıcı ölüm kaygısını azaltıcı bir rol oynamakta olduğunu saptamıştır.

Cicirelli (2009)'nin yaptığı araştırmada yaşlı erişkinlerde depresif semptomatoloji ilişkili kardeş ölümü ve ölüm korkusunu incelenmesini amaçlamıştır. Katılımcılar 65-97 yaşları arasında en az bir kardeşi olan 150 yaşlı (61 erkek, 89 kadın) dır. Ölçeklerde, ölen kardeşlerin oranı, kardeş yakınlığı, ölüm Tutum profili-gözden geçirilmiş, ölüm Korkusu alt ölçeği ve epidemiyolojik araştırmalar merkezi-depresyon ölçeği (20 maddelik yetişkin formu) idi. Yaş ve eğitim, yapısal eşitlik modelinde dışsal değişkenlerdi. Araştırma sonuçları Ölen kardeşlerin oranının, yaş ve eğitim gibi depresyon üzerinde dolaylı etkileri vardı. Yaşlılıkta depresif semptomatoloji, kardeş ölümüyle ilgili ölüm korkusunun yanı sıra onlarla zayıf ilişkilerden etkilenir; ölüm korkusu ve kardeş ilişkilerini içeren durumsal bir bağlamda anlaşılmıştır.

İnci ve Öz (2009)'ün yaptıkları araştırmada “ölüm eğitimi programının terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya yönelik tutumlarına etkisini değerlendirmesi” amaçlamıştır. Çalışma Hacettepe Üniversitesi Onkoloji ile İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nde bulunan 45 hemşire ile yapılmıştır. Çalışmada “Bilgi Formu” ile “Ölüm Kaygısı”, “Ölüme İlişkin Depresyon”, “Ötanazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya Tutum ölçekleri” uygulanarak toplanmıştır. Araştırma sonucunda eğitime katılan hemşirelerin ölüm kaygısı ve ölüme bağlı depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşmüştür. Ölüm eğitim programının etkisi hemşirelerin yaşlarına, çalışma yıllarına, terminal dönemde hastaların bakımından etkilenme biçimlerine ve ölüme yükledikleri anlama göre farklılık göstermemiştir.

Kocaoğlu ve Akın (2009)'in yaptıkları araştırmada Konya merkezde bulunan “sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikleri değerlendirmek ve sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisini göstermek” amacıyla yapılmıştır. Araştırma merkezde bulunan ekonomik koşullar yönünden farklı iki mahallede yapılmıştır. Çalışmaya her mahalleden 200 kişi olmakla birlikte toplamda 400 kişi katılmıştır. Çalışmada veriler “Sosyo Ekonomik Bilgi Formu”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” ve “Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırma sonuçları ekonomik koşullar, hane gelir düzeyi, yaşanan mahalle ve hanedeki kişi sayısı sağlıklı yaşam davranışları üzerinde etkili olduğu saptanmıştır.

Mcfarland (2009)'ün yaptığı araştırmada dini katılımın ruh sağlığı üzerindeki etkisini yumuşatmada cinsiyetin etkilerine ilişkin bir dizi argümanı özetlemekte ve bunları ampirik olarak amaçlamıştır. Din, Yaşlanma ve Sağlık Araştırmasının iki dalgasını (2001 ve 2004) kullanan bu çalışma, 66-95 yaşları arasındaki ABD'li yetişkinlerden oluşan ulusal temsili bir örneklem için çok değişkenli analizleri kullanarak cinsiyetin din-ruh sağlığı bağlantısındaki farklı etkisini tahmin etmeyi amaçlamıştır. Sonuçlar, erkeklerin kadınlara göre dini katılımdan daha fazla zihinsel sağlık yararları elde ettiğini, daha yüksek düzeyde örgütsel dini katılıma sahip kadınların, orta ve daha düşük düzeyde örgütsel dini katılıma sahip olanlara benzer zihinsel sağlık düzeylerine sahip olduğunu, çok yüksek düzeyde örgütsel dini katılıma sahip erkekler, diğer tüm erkeklerden çok daha yüksek zihinsel sağlık düzeylerine sahip olma eğilimi saptanmıştır.

Cihangiroğlu ve Deveci (2011)'nin yaptıkları araştırmada Sağlık Yüksekokulunda öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının etkileyen faktörleri saptamayı amaçlanmıştır. Araştırma Fırat Üniversitesi Elâzığ Sağlık Yüksekokulu'nda 688'ine ulaşılarak yapılmıştır. Araştırmada verilerin toplanması için “*Sosyo-demografik Form*” ve “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını*” kullanılmıştır. Araştırma sonuçları Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları orta düzeyde ve öğrenciler sağlıklı yaşam davranışlarına uygulama çabasında olduğu saptanmıştır.

Kurtulan ve Kararımak (2012)'in yaptıkları araştırmada “*Ölüm Kaygısı, Tinsellik, Dindarlık Eğilimi ve Varoluş Kaygısı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi*” araştırma yapılmıştır. Çalışma 404 kişiden “*Kişisel Bilgi Formu*”, “*Ölüm Kaygısı Ölçeği*”, “*Varoluş Ölçeği*”, “*Dindarlık Eğilimi Ölçeği*” ve “*Tinsellik Ölçeği*” kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın amacı doğrultusunda ilişkisel tarama modeli ve betimsel yöntemler kullanılmıştır. Sonuç olarak erkeklerin ölüm kaygısının kadınlara göre daha yüksek olduğu, diğer gruplar arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir. Din eğitiminin ölüm kaygısını azaltıcı bir etkisi olduğu saptanmıştır.

Polat ve kahraman (2013)'nin yaptıkları araştırmada yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışma 75. Yıl Yaşlı Dayanışma Merkezine gelen 93 yaşlı birey ile yapılmıştır. Çalışmada “*Kişisel Bilgi Formu*” , “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği*” ve “*Sosyal Destek Ölçeği*” kullanılmıştır. Çalışmanın sonuçları, sağlık

profesyonellerinin yaşı bireylerin sosyal destek kaynaklarını ve sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlarını değerlendirmek ve artırmak için girişimlerde bulunması gerektiğini göstermiştir.

Aksoy ve Uçar (2014)'ın yaptıkları araştırmada hemşirelik bölümü öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'ndeki 281 öğrenci ile yapılmıştır. Araştırmada verilerin toplanması için “*Tanıtıcı Özellikler Formu*” ve “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II*” Ölçekleri ile toplanmıştır. Araştırma sonuçları öğrencilerin *Tanıtıcı Özellikler Formu* ile “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II*” ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Ancak, “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II*” ortalamaları ile öğrencilerin hanelerinde bulunan kişi sayısı ile kullandığı sigara miktarı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Bluntschli ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları araştırmada genç ve yaşlı yetişkinlerin ölüm hatırlamasına verdiği beyin tepkilerinin karşılaştırılmıştır. Daha genç (18–28 yaş) ve daha büyük (61–78 yaş) yetişkinler, olayla ilgili potansiyelleri (ERP'ler) kaydederken duygusal olarak nötr, ölümle ilgili olumsuz, genel olumsuz ve olumlu kelimeleri göstermiştir. Araştırma daha genç yetişkinler, ölümle ilgili olumsuz kelimelere yanıt olarak erp'nin geç pozitif potansiyel bileşeninde daha büyük amplitüdler sergilerken, yaşlı yetişkinler tam tersi bir model gösterdiği saptanmıştır.

Özcan ve Bozhüyük (2016)'ün yaptıkları araştırmada sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam davranışlarının değerlendirmeyi amaçlamıştır. Çalışma Çukurova Üniversitesinde Sağlık Bölümlerinde öğrenim görmekte olan 801 öğrencinin katılması ile yapılmıştır. Verilerin toplanması için “*Kişisel Anket Formu*” ile “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” ile toplanmıştır. Araştırma sonuçları tinsellik en yüksek puanı alırken fiziksel aktivite en düşük puanı almış, yaşın ortalama puanlar üzerinde bir etkisin olmadığı, erkeklerin fiziksel aktivite, kadınların tüm ölçek alt puanlarında yüksek aldığı saptanmıştır.

Michistihl ve arkadaşlarının (2016), yaptıkları araştırmada sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının birikmesi, orta yaşlı ve yaşlı erkeklerde kronik böbrek hastalığı (KBH) insidansını önleyebileceği araştırmıştır. Deneklere kardiyovasküler hastalık, felç, böbrek fonksiyon bozukluğu ve/veya diyaliz tedavisi öyküsü olmayan ve herhangi bir

ilaç almayan 252 erkek dâhil edildi. Yaşam tarzı davranışları, standart bir kendi kendine uygulanan anket kullanılarak değerlendirilmiştir. Tüm istatistiksel analizler için StatView J-5.0 yazılım paketi (SAS Institute, NC, ABD) kullanılmıştır. Araştırma sonuçları Sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına bağlılığın, metabolik sendrom, tip 2 diyabet, hipertansiyon ve dislipidemi gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların insidansının azalmasıyla ilişkili olduğu iyi bilinmekte, alışılmış orta düzeyde egzersiz yapma ve yatmadan önce atıştırma yapmamanın mortalite ve KVH, metabolik sendrom, tip 2 diyabet, hipertansiyon ve dislipidemi insidansı/prevalansı ile ilişkili olduğu, alışılmış orta derecede egzersiz ve yatmadan önce atıştırma yapma ile ilgili sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının birikiminin, KBH riskini azaltmak için önemli olarak kabul edildiğini göstermiştir.

Meen ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada engelli ve engelsiz çocukların ailelerine bakanlar arasında fiziksel sağlık ve sağlık davranışlarındaki farklılıklar ölçmek amacı ile araştırma yapılmıştır. Çalışmalarında 2015 Ulusal Sağlık Mülakat Anketi verilerini kullanarak, ABD'de özel gereksinime sahip çocuğu olan ebeveynler ile engelli olmayan çocukların ebeveynleri bakıcılar arasındaki kronik durumları ve sağlık açısından riskli davranışları karşılaştırılmış. Özel gereksinime sahip çocuğu olan ebeveynler ve engelli olmayan çocukların ebeveynleri arasındaki kronik durumları ve sağlık riski davranışlarını, demografik ve sağlık hizmeti kapsamı ortak değişkenleri için ayarlamalarla karşılaştırmak için çok değişkenli lojistik regresyon ile yapıldı. Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre özel gereksinime sahip çocuğu olan ebeveynler, engelli olmayan çocukların ebeveynleri önemli ölçüde daha yüksek kronik durumlar (örneğin, astım, sırt ağrısı, kronik bronşit, kalp rahatsızlıkları, migren ve obezite) göstermiştir. Özel gereksinime sahip çocuğu olan ebeveynler ayrıca önemli ölçüde daha fazla sigara ve sağlıksız uyku sergilediği tespit edilmiştir.

Song ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada Amerika'da, engelli çocukları olan ebeveynlerin bilişsel işleyişini, özellikle bu ebeveynler arasında hızlandırılmış bilişsel yaşlanma olduğuna dair bir kanıt olup olmadığını incelemiştir. Ek olarak, çalışma iki değişkenin düzenleyici etkilerini araştırıyor: ebeveynlerin cinsiyeti ve olumsuz ebeveynlik deneyiminden kaynaklanan stres. Analizler, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Ulusal Orta Yaş Araştırması'ndan (2005) alınan verileri kullanarak, çocuklukta başlayan engelli çocuğu olan 128 ebeveyn ve engelli çocuğu olmayan 512 toplamda 640 ebeveyn ile yapılmıştır. Epizodik bellekteki yaş farklılıkları, engelli

çocuğu olan anneler arasında, özellikle daha yüksek düzeyde olumsuz ebeveynlik deneyimi olan anneler arasında, engelsiz çocuğu olan annelere göre daha belirlenmiştir. Buna karşılık, babalar arasında ebeveynlik durumu, yaş ve olumsuz ebeveynlik deneyiminin etkileşim etkisi olmadığı, sonuç olarak engelli çocuklara uzun süre ebeveynlik yapmanın, muhtemelen daha yüksek düzeyde olumsuz ebeveynlik deneyimi nedeniyle artan ebeveynlik stresi mekanizması yoluyla, yaşlı anneler arasında bilişsel işlevi (özellikle hafızayı) tehlikeye attığı tespit edilmiştir.

Özpak ve arkadaşları (2017) yaptıkları araştırmada engelli bireylere sahip ebeveynlerin arasındaki ebeveynlerden farklı zorluklarla baş etme sırasında “Sağlıklı Yaşam Becerileri Davranışları II” ölçeği amacı ile bir araştırma yapmışlardır. Araştırmaya yaşları 26-70 arasında değişen 59 (%49,2) erkek, 61 (%50,8) kadın olmak üzere 120 ebeveyn katılmıştır. Bu çalışmanın bulgularına göre, “engelli çocuğa sahip olmak” ile “sigara içmek” arasında negatif, “engelli çocuğa sahip olmak” ile ebeveynin “mesleği” arasında ilişki ve “engelli çocuğa sahip olmak” ile “mesleği” arasında ilişki vardır. Katılımcılar arasında en düşük oran engelli çocuğa sahip olmaktır. En yüksek önceliğe sahip meslek grubu “sağlık çalışanları” iken, “en yüksek” oranın “ev hanımları” olduğu belirlendi.

Koca (2017)’nın yaptığı araştırmada Gaziantep’te engelli çocuğa sahip olan ve engelli çocuğa sahip olmayan annelerin ölüm kaygısı ve durumluk sürekli kaygı düzeyleri arasındaki farklılaşmanın incelenmesi amacı ile bir araştırma yapmıştır. Özel gereksinimli çocuğa sahip olan 80 anne ve özel gereksinimi olmayan 78 anne ile toplamda 158 anne ile yapılmıştır. Özel gereksinimli çocuğa sahip 80 anne ve özel gereksinimi olmayan 78 anne olmak üzere toplam 158 anne ile yürütülmüştür. Veriler “Demografik Değişkenler Formu” ve “Ölüm Kaygısı Ölçeği” ile toplanmıştır. Bu araştırmanın bulgularına göre, özel gereksinimli çocuğa sahip annelerin ölüm kaygısı “ölümü hatırlatan durumlardan korkma” alt boyutunda puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu, özel gereksinimli çocuğa sahip annelerin puanlarının ise anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. Özel gereksinimi olmayan çocukların annelerine göre özel ihtiyaçları daha yüksekti. Ölüm kaygısı ile özel çocuk sahibi olma arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı... Ayrıca engelli çocuğu olan annelerin Durumluk ve Sürekli kaygı düzeylerinin engelli olmayan annelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi.

Mcgooven ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları araştırmada ergenlerin inançları, duyguları ve sağlıklı yaşam tarzı davranışları ve bu ilişkilerdeki cinsiyet farklılıkları için açıklayıcı bir modeli test etmektedir. Yapısal eşitlik modellemesi, 14 ila 17 yaşları arasındaki 779 ergenden alınan sağlıklı bir yaşam tarzı programından alınan kesitsel verileri değerlendirmiştir. Genç erkeklerin, kadınlara kıyasla sağlıklı yaşam tarzlarına girme yeteneklerine dair bildirilen inançları daha yüksekti. Kadınlar ayrıca benlik kavramı alt ölçeğinde erkeklerden daha düşük puan aldı, ancak kadınlar sağlıklı davranışlarda bulunmada daha düşük zorluk algılanmıştır. Gizli değişken duygular için, orantılı olarak kadınlar depresyon ve öfke alt ölçeklerinde erkeklerden daha yüksek puan alırken, anksiyete alt ölçeğinde puan alamadılar. Sağlıklı yaşam tarzı davranışları açısından erkekler ve kadınlar arasındaki fark önemli olmasa da kadınlarda bildirilen yıkıcı davranış önemli ölçüde daha yüksek saptanmıştır.

Altınbaş ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları araştırmada Kıbrıs'ta Atipik ve Tipik Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Annelerin Ölüm Kaygısına İlişkin Görüşlerinin İncelenme amacı ile bir araştırma yapmışlardır. Örneklem grubu Tipik ve Atipik gelişim gösteren 18 ve 18 yaş üstü çocuğa sahip 14 anne ile yapılmış. Araştırmanın Atipik gelişim gösteren çocuğa sahip anneler örneklemine kartopu örneklem türüyle belirlemişler. Araştırmada verilerin analizi, betimsel analiz ile yapılmış. Bu araştırmada elde edilen bulgulara göre Atipik gelişim gösteren çocukların annelerinin öncelikleri çocuk bakımı olduğu, ölüm denince akıllarına öncelikle çocukların geldiği ve ölümlerinden sonra kendileri gibi çocuklarına kimse bakamayacakları tespit edilmiştir.

Nudelman ve arkadaşlarının (2021) yaptıkları araştırmada sağlıklı yaşam tarzı davranışları ile corona virüsten koruyucu davranışlar arasındaki ilişkiyi incelenmiştir. Kesitsel bir örneklem ($N = 463$), İlk veri seti, 537 katılımcının temsili bir örneğini içeriyordu. Ancak, kalite kontrol prosedürleri nedeniyle analizlerdeki nihai birey sayısı 463 olup, bunların 243'ü kadındır. Bu çalışma, pandemiden önce sağlıklı bir yaşam tarzı sürmenin, özellikle sağlıkları hakkında yüksek öz değerlendirmeye sahip kişiler arasında, korona virüs koruyucu davranışlara bağlılık ile ilişkili olduğunu ortaya koydu. Bu bulgular, nüfusun sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına katılımını artırmaya yönelik yatırım çabalarının yalnızca doğrudan faydaları olmadığını, aynı zamanda bir sonraki küresel sağlık krizi sırasında davranışsal talimatlara bağlılığı potansiyel olarak artırabileceğini göstermektedir.

Yukarıda verilen araştırmalarda da görüldüğü gibi özel gereksinimli çocuğu olan ailelerle ilgili yapılan çalışmalar daha çok ölüm kaygısı üzerinedir. Ebeveynlerin özel gereksinimi olan çocuklara sahip olmakla sağlıklı yaşam davranışları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı, ebeveynlerin özel gereksinimli çocuğa sahip olmakla ölüm kaygısı arasında anlamlı fark olup olmadığı ve ebeveynlerin özel gereksinimli çocuğa sahip olmakla sağlıklı yaşam davranışları ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir fark olup olmadığı incelenmesi özel gereksinime sahip ebeveynleri daha iyi anlamayı sağlayacaktır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Özel gereksinimli çocuğa sahip ailelerin, ölüm kaygısı ile sağlıklı yaşam becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi belirlemek amacı ile yapılan bu Araştırmada nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkisel tarama modelinde değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek ve olası sonuçları tahmin etmek için kullanılır ve ikiden fazla değişken arasındaki ortak değişimin varlığını tespit etmeyi amaçlayan bir tarama yaklaşımıdır (Karasar, 2017).

3.2. Çalışma Grubu

Araştırma örneklemini İstanbul ve Şanlıurfa’da yaşayan özel gereksinimi olan bireylerin ebeveynleri olup bu çalışmada kolayda (uygun) örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kolayda uygun örnekleme yöntemi olasılığa dayalı olmayan bir örnekleme yöntemi olup araştırmacının çalışacağı çalışma grubuna kolaylıkla ulaşabilmesine olanak sağlayan örnekleme yöntemlerinden biridir. Bu örnekleme yöntemi kolay uygulanabilir ve ekonomik olması sebebiyle daha uygun bir yöntem olarak görülmektedir (Kozak, 2017).

Çalışma grubunun Şanlıurfa ve İstanbul karşılaştırılması: Şanlıurfa Türkiye’nin en kalabalık 7. Şehri ve nüfusu 2020 adrese dayalı nüfus sayımlarında 2.115.256 ölçülmüş, İstanbul Türkiye’nin en kalabalık Şehri ve nüfusu 2020 adrese dayalı nüfus sayımlarında 15.462.452 ölçülmüştür. Şanlıurfa’da hane halkı büyüklüğü 5.38 iken İstanbul hane halkı büyüklüğü 3.33’tür (TÜİK, 2020). Şanlıurfa ve İstanbul illerinde aile yapıları farklılık göstermektedir. Bu illerdeki aile yapılarındaki bu farklılık özel gereksinimli bireyin bakımı konusunda aldıkları desteklerin farklılık göstermesi ile neticelenmektedir. Şanlıurfa ilinde geniş aile yapısı ile özel gereksinimli bireylerin bakımı konusunda yakın çevreden aileler daha çok destek alırken, İstanbul ilinde ise çekirdek aile yapısı ile özel gereksinimli bireylerin bakımını konusunda daha az destek aldığı ve bu durum özel gereksinimli bireylerin bakımı konusunda destek eksikliği kaygı düzeyinin artması ve ekonomik zorluklar yaşanmaktadır (Altınbaş & ark., 2020; Yüksel & Tanrıverdi, 2019).

Örneklem sayısı literatürde yer alan bilgiler doğrultusunda belirlenmiştir. Tabachnick ve Fidel (1996), örneklem sayısının da 200 bireyi orta, 300 bireyi iyi, 500 bireyi çok iyi, 1000 ve üzeri bireyi mükemmel olarak tanımlamıştır. Ayrıca örneklem sayısının, madde sayısının en az 5 katı olarak belirlenmesi ise uzmanlar arasında ortak olan bir düşüncedir (Uğurlu & Aylar, 2017). Buna göre çalışma grubu 250 kişi olarak belirlenmiştir. Ancak formların eksik doldurulması, gönüllü onam formunu doldurmamaları gibi nedenlerden İstanbul 100, Şanlıurfa 100 olmak üzere çalışma grubu 200 ebeveynle yapılmıştır.

Tablo 1. Demografik özelliklere ait frekans ve yüzde değerleri

		Şanlıurfa		İstanbul	
		n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	59	59.0	65	65.0
	Erkek	41	41.0	35	35.0
Yaş grupları	18-20 yaş	1	1.0	3	3.0
	21-25 yaş	7	7.0	9	9.0
	26-30 yaş	16	16.0	16	16.0
	31-35 yaş	24	24.0	24	24.0
	36-40 yaş	18	18.0	16	16.0
	41-45 yaş	22	22.0	21	21.0
	45 yaş ve üstü	12	12.0	11	11.0
Öğrenim durumu	İlkokul	47	47.0	41	41.0
	Ortaokul	25	25.0	25	25.0
	Lise	19	19.0	20	20.0
	Üniversite	9	9.0	13	13.0
	Lisansüstü	-	-	1	1.0
Gelir durumu	Ortanın altında	36	36.0	35	35.0
	Orta	58	58.0	51	51.0
	Ortanın üstünde	6	6.0	14	14.0
Çalışma durumu	Çalışmıyorum	45	45.0	59	59.0
	Özel sektör	25	25.0	27	27.0
	Kamu	7	7.0	6	6.0
	Serbest	23	23.0	8	8.0
Medeni durum	Evli	81	81.0	90	90.0
	Boşanmış	14	14.0	7	7.0
	Eşi vefat etmiş	5	5.0	3	3.0
Çocuk sayısı	Bir	8	8.0	13	13.0
	İki	22	22.0	35	35.0
	Üç	28	28.0	30	30.0
	Dört	18	18.0	10	10.0
	5 ve üzeri	24	24.0	12	12.0
Özel gereksinimli çocuğun cinsiyeti	Kız	45	45.0	32	32.0
	Erkek	55	55.0	68	68.0
	Toplam	100	100.0	100	100.0
		Şanlıurfa		İstanbul	
		Min.-Max	Ort.±SS	Min.-Max	Ort.±SS
özel gereksinimli çocuğun yaşı		1.00-18.00	7.99±4.33	0.00-35.00	7.53±5.67

Tablo 1’te Şanlıurfa’da araştırmaya katılanların %59’u kadın ve %41’i erkektir. Yine katılımcıların %1’i 18-20 yaş, %7’si 21-25 yaş, %16’sı 26-30 yaş, %24’ü 31-35 yaş, %18’i 36-40 yaş, %22’si 41-45 yaş ve %12’si 45 yaş ve üstüdür. Yine katılımcıların %47’si ilkokul mezunu, %25’i ortaokul, %19’u lise ve %9’u üniversite mezunudur. Katılımcıların %36’sının gelir durumu ortanın altında, %58’i orta ve %6’sı ortanın üstündedir. Katılımcıların %45’i çalışmıyor, %25’i özel sektör, %7’si kamu ve %23’ü serbest meslek yapmaktadır. Katılımcıların %81’i evli, %14’ü boşanmış ve %5’i eşi vefat etmiş olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %8’i bir, %22’si iki, %28’i üç, %18’i dört ve %24’ü beş ve üzeri çocuğa sahiptir. Katılımcıların %45’inin özel çocuğu kız ve %55’inin özel çocuğu erkektir. Araştırmaya katılan özel gereksinimli çocukların en küçüğü 1 yaşında ve en büyüğü 18 yaşında ve ortalama yaş 7,99≈8’dir.

İstanbul’da araştırmaya katılanların %65’i kadın ve %35’i erkektir. Yine katılımcıların %3’ü 18-20 yaş, %9’u 21-25 yaş, %16’sı 26-30 yaş, %24’ü 31-35 yaş, %16’sı 36-40 yaş, %21’si 41-45 yaş ve %11’i 45 yaş ve üstüdür. Yine katılımcıların %41’i ilkokul mezunu, %25’i ortaokul, %20’si lise, %13’ü üniversite ve %1’i lisansüstü mezunudur. Katılımcıların %35’inin gelir durumu ortanın altında, %51’inin orta ve %14’ünün ortanın üstündedir. Katılımcıların %59’u çalışmıyor, %27’si özel sektör, %6’sı kamu ve %8’i serbest meslek yapmaktadır. Katılımcıların %90’ı evli, %7’si boşanmış ve %3’ü eşi vefat etmiş olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %13’ü bir, %35’i iki, %30’u üç, %10’u dört ve %12’si beş ve üzeri çocuğa sahiptir. Katılımcıların %32’sinin özel çocuğu kız ve %68’inin özel çocuğu erkektir. Araştırmaya katılan özel gereksinimli çocukların en küçüğü 0 yaşında ve en büyüğü 35 yaşında ve ortalama yaş 7,53≈8’dir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yönteminden yararlanılmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan form bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümünde katılımcıların demografik özelliklerini belirleyecek olan “*Kişisel Bilgi Formu*”, ikinci bölümünde “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” ve “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacının kendisi tarafından yapılan demografik bilgi formu ile ebeveynin yaş, öğrenim durumu, gelir durumu, iş, medeni hali, sahip olduğu çocuk sayısı ve çocuğunun cinsiyeti sorularını içermektedir.

Ölüm Kaygısı Ölçeği: Sarıkaya (2013) tarafından ölüm kaygısı ölçeği geliştirilmiştir. 2013 yılında, ölüm kaygısının bireye olan etkilerini ölçmek amacı ile ölüm kaygısını ölçebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı yapmak amacı ile ölçek maddeleri 5’li Likert formda hazırlanmıştır. Ölçekte her maddenin verilen cevap doğrultusunda puanlanmaktadır. Bireyin ölçek maddesine verdiği “hiçbir zaman” yanıtı puan almazken, “nadiren” yanıtı bir, “ara sıra” yanıtı iki, “sık sık” yanıtı üç ve “her zaman” yanıtı ise dört puan almaktadır. Ölçek yanıtları ile 0-80 arasında derecelendirilirken puanlamada yüksek puanlar yüksek ölüm kaygısının olduğunu göstermektedir. “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” Ölçeğinde tersine derecelendirme madde yoktur. Ölçekte Ölüm belirsizliği maddeleri: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 Maruz kalma maddeleri: 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 Acı çekme maddeleri:18, 19, 20 (Bahar, Beşer, Gördes, Ersin, ve Kıssal, 2008). Özel gereksinime sahip ebeveynin yüksek olan puanların ölüm kaygısının yüksek olduğunu tasvir etmektedir. Güvenirlilik için yapılan tahliller cronbach alpha katsayısı ölçeğin tümünde 0.956 olarak bulunmuştur.

Tablo 2. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği ait güvenilirlik analizi

	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Şanlıurfa	Ölümün Belirsizliği	0.944
	Maruz Kalma	10
	Acı Çekme	0.889
	Türkçe Ölüm Kaygısı (Toplam)	0.830
İstanbul	Ölümün Belirsizliği	0.945
	Maruz Kalma	0.943
	Acı çekme	0.786
	Türkçe Ölüm Kaygısı (Toplam)	0.958

Tablo 2’de Şanlıurfa’da uygulanan “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” toplam puanın güvenilirliğinin 0.956 ve İstanbul’da uygulanan “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” toplam puanın güvenilirliğinin 0.958 olduğu tespit edilmiştir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği: Walker ve diğerleri (1987) tarafından yapılmış, Türkiye'deki Bahar ve diğerleri (2008) tarafından geçerlilik ve güvenilirliğini çalışmaları sonucunda “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği” olarak isimlendirildi. Ölçek toplamda 52 maddeden oluşmaktadır. Altı alt boyutu bulunmakta bu alt boyutlar; kişiler arası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi, sağlık sorumluluğudur. “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği” ve alt boyutları geçerlik güvenirlik araştırmalarına göre; Cronbach Alfa katsayısı tüm ölçekte 0.94 tür. Bahar ve diğerleri (2008) tarafından 0,92 olarak bulunmuştur. “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği” ölçeği altında bulunan "sağlık sorumluluğu" bireyin sağlıkla ilgili bilgileri dinleme ve okuması, "fiziksel aktivite" bireyin günlük hayat içinde kas ve eklemlerini kullanması ve enerji tüketmesi, "beslenme" bireyin ihtiyaç duyduğu besini doğru zamanda doğru miktarda alması, "manevi gelişim" bireyin hayatında anlamlandırması ve amacının yakaladığı alan , “kişilerarası ilişkiler” sosyal iletişim ve ilişkiler ve "stres yönetimi” Stres bireyin herhangi bir olay ya da durumu tehdidi karşısında fiziksel ve duygusal olarak başa çıkamaması alt başlıklar ve içeriklerdir. Ölçek maddelerinin kişilerarası ilişkiler 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49 fiziksel aktivite 4,10, 16, 22, 28, 34, 40, 46, manevi gelişim 6,12,18, 24, 30,36,42,48,52, stres yönetimi 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47 beslenme 2,8,14, 20, 26, 32, 38, 44, 50 ve Sağlık sorumluluğu 3, 9,15, 21, 27, 33, 39, 45, 51 oluşmaktadır. “Hiçbir zaman (bir puan)”, “bazen (iki puan)”, “sık sık (üç puan)”, “düzenli olarak (dört puan)” olarak onaylanmaktadır. Ölçekten en az puan 51 en fazla puan ise 208’dir ölçek ne kadar yüksek puan alınırsa birey sağlıklı yaşam becerilerine sahip olduğu göstermektedir (Bahar & ark., 2008).

Tablo 3. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği ait güvenirlik analizi

	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Sağlık Sorumluluğu	0.795	9
Fiziksel Aktivite	0.814	8
Beslenme	0.710	9
Manevi Gelişim	0.745	8
Kişiler Arası İlişkiler	0.686	9
Stres Yönetimi	0.703	8
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (Toplam)	0.936	51

Tablo 3. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği ait güvenilirlik analizi
(devam)

	Cronbach's	Madde
	Alpha	Sayısı
Sağlık Sorumluluğu	0.79	9
Fiziksel Aktivite	0.803	8
Beslenme	0.694	9
İstanbul Manevi Gelişim	0.797	8
Kişiler Arası İlişkiler	0.725	9
Stres Yönetimi	0.769	8
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (Toplam)	0.947	51

Tablo 3'te ve Şanlıurfa'da uygulanan “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” toplam puanın güvenilirliğinin 0.947 olduğu ve İstanbul'da “*Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II Ölçeği*” toplam puanın güvenilirliğinin 0.936 tespit edilmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından alınan 29.01.2021 tarihli ve 21/98 sayılı etik kurulu izni ile çalışmaya başlanmıştır.

Çalışmada “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*”, “*Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II Ölçeği*” ve “*Kişisel Bilgi Formu*” ebeveynlerin doldurması sağlanmıştır. Ölçekler dijital ortamda ve elden dökümler olarak ulaştırılmıştır. Araştırmaya gönüllü ebeveynler katılması esas alınmış olup ebeveynler araştırmaya katılmadan önce onam formu imzalayarak ölçekleri doldurmaya başlamışlardır. Ayrıca çalışmaya katılan ebeveynler kişisel bilgileri gizli tutulmuş ve bu konuda bilgilendirilmişlerdir. Çevrimiçi veri toplama süreci; İstanbul'da yapılan araştırma 20 Şubat 2021 -14 Nisan 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Şanlıurfa'da 20 Nisan 2021-9 Mayıs 2021 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Bu çalışma kapsamında değişkenlerin çarpıklık (Skewness) ve basıklık (Kurtosis) değerlerinin normal dağılıma uygun olup olmadığı incelenmiştir. Normallik ile ilgili olarak literatürde -1,5 ile +1.5 arasındaki basıklık ve çarpıklık değerlerinin dağılımın normalden sapma göstermediğinin bir göstergesi olarak kabul edilebileceği görülmektedir (Tabachnick ve Fidel, 2007). Bu açıdan verilerin normal dağıldığı varsayılmaktadır. Normal dağılım eğrileri ve Q-Q dağılımları incelendikten sonra, normallikten sapmaların aşırı olmadığı göz önünde bulundurularak, ilişkinin belirlenmesine yönelik analiz süreçlerinde parametrik istatistiksel tekniklerin uygulanmasına karar verilmiştir.

Çalışmada yer alan katılımcıların çalışmada “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği” ile “Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği” ölçeklerin puanların ortalaması, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri ile basıklık ve çarpıklık katsayıları Tablo 4’te gösterilmektedir.

Tablo 4. Şanlıurfa’daki katılımcıların ölçek puanlarının normallik sınaması

	n	Min.	Max.	x.	SS	Çarpıklık		Basıklık	
						Statistic	Std. Hata	Statistic	Std. Hata
Ölümün Belirsizliği	100	.00	40.00	21.85	10.27	-.032	.241	-1.105	.478
Maruz Kalma	100	.00	28.00	15.12	6.50	.006	.241	-.778	.478
Acı çekme	100	.00	12.00	6.92	3.32	-.217	.241	-.870	.478
Sağlık Sorumluluğu	100	1.00	3.56	2.06	.50	.287	.241	.410	.478
Fiziksel Aktivite	100	1.00	3.38	2.05	.55	.038	.241	-.680	.478
Beslenme	100	1.11	3.22	2.19	.46	-.029	.241	-.470	.478
Manevi Gelişim	100	1.43	4.00	2.34	.51	.444	.241	.388	.478
Kişiler Arası İlişkiler	100	1.22	3.67	2.32	.44	.452	.241	.703	.478
Stres Yönetimi	100	1.00	3.88	2.26	.49	.508	.241	1.088	.478

Tablo 4’te göre ölçeklere ait puanların çarpıklık katsayısı ve basıklık katsayısı ± 2 aralığındadır (Güriş & Astar, 2014). Bu değerlere göre değişkenler normal dağılım göstermektedir. Bundan dolayı parametrik testlerden yararlanmaya karar verilmiştir. Bağımsız Grup t-testi, tek yönlü varyans analizi ve pearson korelasyon katsayısı

belirlenmiştir. Testlerde hata oranı ($\alpha = 0.05$) belirlenip $p < 0.05$ olduğu durumlarda gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 5. İstanbul katılımcıların ölçek puanlarının normallik sınaması

	n	Min.	Max.	x	SS	Çarpıklık		Basıklık	
						Statistic	Std. Hata	Statistic	Std. Hata
Ölümün Belirsizliği	100	.00	40.00	15.38	11.50	.578	.241	-.580	.478
Maruz Kalma	100	.00	28.00	10.44	8.63	.439	.241	-.891	.478
Acı çekme	100	.00	12.00	5.46	3.53	.148	.241	-.855	.478
Sağlık Sorumluluğu	100	1.00	3.56	2.18	.57	.416	.241	-.455	.478
Fiziksel Aktivite	100	1.00	3.63	2.10	.61	.530	.241	.048	.478
Beslenme	100	1.11	3.89	2.23	.49	.451	.241	.645	.478
Manevi Gelişim	100	1.29	4.00	2.48	.58	.418	.241	-.080	.478
Kişiler Arası İlişkiler	100	1.44	3.67	2.42	.52	.211	.241	-.528	.478
Stres Yönetimi	100	1.13	3.88	2.37	.59	.162	.241	-.159	.478

Tablo 5’te göre ölçeğe ait puanların çarpıklık katsayısı ve basıklık katsayısı ± 1 aralığındadır (Güriş & Astar, 2014). Bu değerlere göre değişkenler normal dağılım göstermektedir. Bundan dolayı parametrik testlerden yararlanmaya karar verilmiştir. Bağımsız Grup t-testi, Tek Yönlü Varyans Analizi ve Pearson Korelasyon katsayısı belirlenmiştir. Testlerde hata oranı ($\alpha = 0.05$) belirlenip $p < 0.05$ olduğu durumlarda gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” ve “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” örneklem grubundan elde edilen sonuçlara uygun istatistiksel metot ile analizi sonucunda ortaya çıkan bulgulara, bu bulgulara yönelik tablolara ve yorumlara yer verilmiştir.

4.1. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarına Ait Bulgular

“*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” ilişkin bulgular ve alt boyutları bu bölümde yer verilmiştir.

4.1.1. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Maddelerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

“*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” maddelerinin ortalama ve standart sapma değerleri aşağıdaki tabloda yer almaktadır. Her bir maddenin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği maddelerinin ortalama ve standart sapma değerleri

	Ortalama	Standart Sapma
1 Ölümün nasıl bir şey olacağını bilememek beni kaygılandırır	1.83	1.41
2 Ölümün belirsizliği beni kaygılandırır	1.92	1.36
3 Ölürlen yanımda kimsenin olmaması düşüncesi beni kaygılandırır	1.89	1.45
4 Öldükten sonra bana ne olacağı konusunda kaygılanıyorum	1.91	1.42
5 Ölümden sonra ne olacağını bilememek beni endişelendirir	1.87	1.40
6 Ölümün yalnızlığı beni kaygılandırır	1.73	1.33
7 Nasıl öleceğimi bilememek beni kaygılandırır	1.89	1.34
8 Ölmenin nasıl bir his olduğunu bilmemek beni endişelendirir	1.85	1.29
9 Ne zaman öleceğimi bilememek beni kaygılandırır	1.85	1.35
10 Ölüme karşı elimden bir şey gelmemesi beni kaygılandırır	1.88	1.35
11 Bir tabut görmek beni kaygılandırır	1.92	1.40
12 Ölüm hakkında konuşmak beni kaygılandırır	1.77	1.37
13 Ölümle ilgili bir televizyon programı izlemek beni kaygılandırır	1.78	1.38
14 Yolda ilerleyen bir cenaze alayını görmek beni kaygılandırır	1.80	1.36
15 Taziye ziyaretlerine gitmek beni kaygılandırır	1.78	1.37
16 Ölümle ilgili bir yazı okumak beni kaygılandırır	1.74	1.31
17 Ölmüş birinin arkasından ağlayanları görmek beni kaygılandırır	2.01	1.34
18 Ölümcül bir hastalığa yakalanmaktan endişe duyarım	2.12	1.34

Tablo 6. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği maddelerinin ortalama ve standart sapma değerleri

(devam)

	Ortalama	Standart Sapma
17 Ölmüş birinin arkasından ağlayanları görmek beni kaygılandırır	2.01	1.34
18 Ölümcül bir hastalığa yakalanmaktan endişe duyarım	2.12	1.34

Ölçek maddelerinden, ortalama puanları en yüksek olan maddeler 2, 3, 4, 7, 10, 17, 18, 19 ve 20 şeklinde yer almaktadır. Bu maddeler, araştırmaya katılan kişilerin en fazla katılım gösterdiği ifadelerdir. Ölçek maddelerinden, ortalama puanları en düşük olan maddeler ise 1, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, olarak görülmektedir. Bu maddeler, araştırmaya katılan kişilerin en az katılım gösterdiği ifadelerdir.

4.1.2 Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Minimum Maximum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Ölçek bilgilerine göre hesaplanan ölçek puanlarının betimleyici istatistikleri aşağıdaki tabloda yer almaktadır. Her bir boyutun minimum, maximum değerleri, ortalamaları ve standart sapma değerleri Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. Türkçe ölüm kaygısı ölçek ölçeği puanlarının minimum maximum, ortalama ve standart sapma değerleri

	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Ölümün Belirsizliği	0.00	40.00	18.61	11.35
Maruz Kalma	0.00	28.00	12.78	7.98
Acı Çekme	0.00	12.00	6.19	3.50

“Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği” yüksek puan almak, ölüm belirsizliğine yönelik göstermiş olduğu tutumların fazla olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda Tablo 7’de incelendiğinde, katılımcıların alt boyutlardan ölüm belirsizliği puanını en yüksek olduğu görülmektedir.

4.1.3. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan ebeveynlerin cinsiyet değişkenine ile “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanları arasındaki karşılaştırılmanın yapılması için Bağımsız Grup t testi uygulanmıştır. Bağımsız Grup t testi sonuçları ise Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması

		Şanlıurfa					İstanbul				
		n	$\bar{x}$	SS	t	p	n	$\bar{x}$	SS	t	p
Ölümün Belirsizliği	Kadın	59	23.19	9.97	1.572	0.119	65	16.55	12.17	1.398	0.165
	Erkek	41	19.93	10.52			35	13.2	9.92		
	Toplam	100	21.85	10.27			100	15.38	11.5		
Maruz Kalma	Kadın	59	16.03	6.24	1.702	0.092	65	10.54	9.24	0.155	0.877
	Erkek	41	13.8	6.73			35	10.26	7.5		
	Toplam	100	15.12	6.5			100	10.44	8.63		
Acı çekme	Kadın	59	6.92	3.37	-0.017	0.986	65	5.54	3.78	0.301	0.764
	Erkek	41	6.93	3.29			35	5.31	3.08		
	Toplam	100	6.92	3.32			100	5.46	3.53		

Tablo 8’de Şanlıurfa’da “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanlarının ebeveynin cinsiyetine göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için Bağımsız Grup t testi uygulanmış ve Şanlıurfa’da kadın ve erkek ebeveynlerin ölüm kaygısı puanları arasındaki farklılığın önemli olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

İstanbul’da “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanlarının ebeveynin cinsiyetine göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için Bağımsız Grup t testi uygulanmış ve İstanbul’da kadın ve erkek ebeveynlerin ölüm kaygısı puanları arasındaki farklılığın önemli olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

4.1.4. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Yaş Değişkenine Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan ebeveynlerin yaş değişkenine ile “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanları arasındaki karşılaştırılmanın yapılması için ANOVA testi uygulanmıştır. ANOVA testi sonuçları ise Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanlarının yaş değişkenine karşılaştırılması

		Şanlıurfa					İstanbul				
		n	$\bar{x}$	SS	F	p	n	$\bar{x}$	SS	F	p
Ölümün Belirsizliği	18-20 yaş	1	34	.	0.435	0.854	3	26.67	14.05	2.015	0.071
	21-25 yaş	7	21	8.72			9	15.33	13.37		
	26-30 yaş	16	21.13	10.15			16	11.25	6.59		
	31-35 yaş	24	20.17	10.01			24	20.58	12.34		
	36-40 yaş	18	23.11	9.19			16	13.5	11.3		
	41-45 yaş	22	22.09	10.93			21	14.05	11.93		
	45 yaş ve üstü	12	23.33	13.19			11	12.27	9.16		
	Toplam	100	21.85	10.27			100	15.38	11.5		
Maruz Kalma	18-20 yaş	1	14	.	0.590	0.738	3	13.33	7.51	0.941	0.470
	21-25 yaş	7	14.43	6.53			9	6.89	7.66		
	26-30 yaş	16	15.31	7.05			16	11.06	8.54		
	31-35 yaş	24	13.37	6.88			24	12.96	8.83		
	36-40 yaş	18	16.72	5.02			16	7.69	8.32		
	41-45 yaş	22	15	6.77			21	10.1	9.18		
	45 yaş ve üstü	12	16.67	7.11			11	10.82	8.72		
	Toplam	100	15.12	6.5			100	10.44	8.63		
Acı çekme	18-20 yaş	1	12	.	0.760	0.603	3	7.67	3.79	1.31	0.260
	21-25 yaş	7	7	3.06			9	4.67	4.24		
	26-30 yaş	16	6.81	3.51			16	4.38	1.86		
	31-35 yaş	24	6.46	3.74			24	6.67	3.5		
	36-40 yaş	18	7.83	2.26			16	4.75	3.21		
	41-45 yaş	22	6.45	3.1			21	5.95	4.24		
	45 yaş ve üstü	12	7	4.16			11	4.55	3.47		
	Toplam	100	6.92	3.32			100	5.46	3.53		

Tablo 9’da Şanlıurfa’da “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanlarının ebeveynin yaşına göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi uygulanmış ve Şanlıurfa’da ebeveynin ölüm kaygısının yaş değişkenine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

İstanbul’da “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanlarının ebeveynin yaşına göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için Tukey Testi uygulanmış ve İstanbul’da ebeveynin ölüm kaygısının yaş değişkenine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

4.1.5. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Öğrenim Durumu Değişkenine Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan ebeveynlerin öğrenim durumu değişkeni ile “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanları arasındaki karşılaştırılmanın yapılması için ANOVA testi uygulanmıştır. ANOVA testi sonuçları ise Tablo 10’da sunulmuştur.

Tablo 10. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanlarının öğrenim durumu değişkenine karşılaştırılması

		Şanlıurfa					İstanbul				
		n	$\bar{x}$	SS	F	p	n	$\bar{x}$	SS	F	p
Ölümün Belirsizliği	İlkokul	47	21.91	10.92	0.174	0.914	41	15.22	12.87	0.351	0.843
	Ortaokul	25	20.72	10.26			25	16.44	11.85		
	Lise	19	22.58	9.05			20	16.55	10.58		
	Üniversite	9	23.11	10.67			13	12.31	8.01		
	Lisansüstü						1	12	.		
	Toplam	100	21.85	10.27			100	15.38	11.5		
Maruz Kalma	İlkokul	47	15.17	6.53	0.71	0.548	41	11.15	8.66	1.258	0.292
	Ortaokul	25	15.68	6.91			25	11.6	9.47		
	Lise	19	13.42	5.17			20	10.8	8.3		
	Üniversite	9	16.89	8.01			13	5.54	6.74		
	Lisansüstü						1	9	.		
	Toplam	100	15.12	6.5			100	10.44	8.63		
Acı çekme	İlkokul	47	6.72	3.21	0.167	0.919	41	5.39	3.96	0.054	0.995
	Ortaokul	25	6.88	3.68			25	5.48	3.66		
	Lise	19	7.32	3.11			20	5.75	2.9		
	Üniversite	9	7.22	3.77			13	5.23	3.24		
	Lisansüstü						1	5	.		
	Toplam	100	6.92	3.32			100	5.46	3.53		

Tablo 10’da Şanlıurfa’da “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanlarının ebeveynin öğrenim durumuna göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi uygulanmış ve Şanlıurfa’da ebeveynin ölüm kaygısının öğrenim durumu değişkenine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

İstanbul’da “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanlarının ebeveynin öğrenim durumuna göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için Tukey Testi uygulanmış ve İstanbul’da ebeveynin ölüm kaygısının öğrenim durumu değişkenine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

4.1.6. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Gelir Durumu Değişkenine Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan ebeveynlerin gelir durumu değişkeni ile “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanları arasındaki karşılaştırılmanın yapılması için ANOVA testi uygulanmıştır. ANOVA testi sonuçları ise Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanlarının gelir durumu değişkenine karşılaştırılması

		Şanlıurfa					İstanbul				
		n	$\bar{x}$	SS	F	p	n	$\bar{x}$	SS	F	p
Ölümün Belirsizliği	Ortanın altında	36	24.17	9.46	2.663	0.075	35	16.97	12.38	2.329	0.103
	Orta	58	21.17	10.75			51	15.92	11.58		
	Ortanın üstünde	6	14.5	6.16			14	9.43	6.58		
	Toplam	100	21.85	10.27			100	15.38	11.5		
Maruz Kalma	Ortanın altında	36	15.97	6.12	2.221	0.114	35	11.46	9.03	2.699	0.072
	Orta	58	15.12	6.61			51	11.08	8.81		
	Ortanın üstünde	6	10	6.36			14	5.57	5.06		
	Toplam	100	15.12	6.5			100	10.44	8.63		
Acı çekme	Ortanın altında	36	6.83	3.25	3.097	0.050	35	5.91	3.82	0.531	0.590
	Orta	58	7.29	3.31			51	5.31	3.5		
	Ortanın üstünde	6	3.83	2.56			14	4.86	2.96		
	Toplam	100	6.92	3.32			100	5.46	3.53		

Tablo 11’da Şanlıurfa’da “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanlarının ebeveynin gelir durumuna göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi uygulanmış ve Şanlıurfa’da ebeveynin ölüm kaygısının gelir durumu değişkenine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

İstanbul’da “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanlarının ebeveynin gelir durumuna göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi uygulanmış ve İstanbul’da ebeveynin ölüm kaygısının gelir durumu değişkenine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

4.1.7 Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Çalışma Durumu Değişkenine Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çalışma durumu değişkeni ile “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanları arasındaki karşılaştırılmanın yapılması için ANOVA testi uygulanmıştır. ANOVA testi sonuçları ise Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanlarının çalışma durumu değişkenine karşılaştırılması

		Şanlıurfa					İstanbul				
		n	$\bar{x}$	SS	F	p	n	$\bar{x}$	SS	F	p
Ölümün Belirsizliği	Çalışmıyorum	45	23.18	10.52	1.024	0.385	59	15.9	12.18	0.504	0.680
	Özel sektör	25	22.44	9.42			27	16.04	11.2		
	Kamu	7	17	12.14			6	12.83	4.62		
	Serbest	23	20.09	10.1			8	11.25	11.4		
	Toplam	100	21.85	10.27			100	15.38	11.5		
Maruz Kalma	Çalışmıyorum	45	16.13	6.52	2.039	0.114	59	10.42	9.32	0.168	0.918
	Özel sektör	25	15.64	5.15			27	11.11	8.17		
	Kamu	7	10.14	8.49			6	8.5	5.96		
	Serbest	23	14.09	6.73			8	9.75	7.4		
	Toplam	100	15.12	6.5			100	10.44	8.63		
Acı çekme	Çalışmıyorum	45	6.76	3.41	0.710	0.548	59	5.34	3.88	0.336	0.799
	Özel sektör	25	7	3.24			27	6.07	3.26		
	Kamu	7	5.57	5.03			6	4.5	1.87		
	Serbest	23	7.57	2.63			8	5	2.73		
	Toplam	100	6.92	3.32			100	5.46	3.53		

Tablo 12’de Şanlıurfa’da “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanlarının ebeveynin çalışma durumuna göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi uygulanmış ve Şanlıurfa’da ebeveynin ölüm kaygısının çalışma durumu değişkenine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

İstanbul’da “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanlarının ebeveynin çalışma durumuna göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi uygulanmış ve İstanbul’da ebeveynin ölüm kaygısının çalışma durumu değişkenine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

4.1.8. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan ebeveynlerin medeni durumu değişkeni ile “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanları arasındaki karşılaştırılmanın yapılması için ANOVA testi uygulanmıştır. ANOVA testi sonuçları ise Tablo 13’te sunulmuştur.

Tablo 13. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanlarının medeni durum değişkenine karşılaştırılması

		Şanlıurfa					İstanbul				
		n	$\bar{x}$	SS	F	p	n	$\bar{x}$	SS	F	p
Ölümün Belirsizliği	Evli	81	21.79	10.04	0.595	0.553	90	15.23	11.66	0.118	0.889
	Boşanmış	14	20.57	10.99			7	17.43	10.42		
	Eşi vefat etmiş	5	26.4	13.13			3	15	12.17		
	Toplam	100	21.85	10.27			100	15.38	11.5		
Maruz Kalma	Evli	81	15.11	6.45	1.457	0.238	90	10.07	8.77	0.861	0.426
	Boşanmış	14	13.64	6.32			7	13.43	4.04		
	Eşi vefat etmiş	5	19.4	7.44			3	14.67	12.22		
	Toplam	100	15.12	6.5			100	10.44	8.63		
Acı çekme	Evli	81	7.14	3.3	1.213	0.302	90	5.42	3.65	0.450	0.639
	Boşanmış	14	5.64	3.15			7	5.14	2.19		
	Eşi vefat etmiş	5	7	4.00			3	7.33	2.08		
	Toplam	100	6.92	3.32			100	5.46	3.53		

Tablo 13’te Şanlıurfa’da “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanlarının ebeveynin medeni durumuna göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi uygulanmış ve Şanlıurfa’da ebeveynin ölüm kaygısının medeni durum değişkenine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

İstanbul’da “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanlarının ebeveynin medeni durumuna göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi uygulanmış ve İstanbul’da ebeveynin ölüm kaygısının medeni durum değişkenine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

4.1.9. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Çocuk Sayısı Değişkenine Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuk sayısı değişkeni ile “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanları arasındaki karşılaştırılmanın yapılması için ANOVA testi uygulanmıştır ANOVA testi sonuçları ise Tablo 14’te sunulmuştur.

Tablo 14. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanlarının çocuk sayısı değişkenine karşılaştırılması

		Şanlıurfa					İstanbul				
		n	$\bar{x}$	SS	F	p	n	$\bar{x}$	SS	F	p
Ölümün Belirsizliği	Bir	8	22	11.29	0.531	0.713	13	12.92	10.07	1.569	0.189
	İki	22	19.32	8.86			35	15.51	11.3		
	Üç	28	23.57	9.43			30	17.83	12.47		
	Dört	18	22.33	11.31			10	8.3	5.7		
	5 ve üzeri	24	21.75	11.63			12	17.42	13.16		
	Toplam	100	21.85	10.27			100	15.38	11.5		
Maruz Kalma	Bir	8	11.75	3.85	1.270	0.287	13	8.15	8.57	0.405	0.805
	İki	22	13.91	5.62			35	11.34	9.38		
	Üç	28	15.71	6.32			30	10.9	7.84		
	Dört	18	14.78	7.57			10	9	8.78		
	5 ve üzeri	24	16.92	7.08			12	10.33	9.08		
	Toplam	100	15.12	6.5			100	10.44	8.63		
Acı çekme	Bir	8	6.75	3.96	0.246	0.911	13	4.85	2.67	0.529	0.715
	İki	22	6.55	2.82			35	5.57	3.51		
	Üç	28	7.14	3.49			30	6.03	3.59		
	Dört	18	6.56	3.7			10	4.4	3.37		
	5 ve üzeri	24	7.33	3.24			12	5.25	4.58		
	Toplam	100	6.92	3.32			100	5.46	3.53		

Tablo 14’te Şanlıurfa’da “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanlarının ebeveynin çocuk sayısına göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi uygulanmış ve Şanlıurfa’da ebeveynin ölüm kaygısının çocuk sayısı değişkenine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

İstanbul’da “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanlarının ebeveynin çocuk sayısına göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi uygulanmış ve İstanbul’da ebeveynin ölüm kaygısının çocuk sayısı değişkenine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

4.1.10. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Özel Gereksinimli Çocuğun Yaşı Değişkeni ilişkisi

Araştırmaya katılan ebeveynlerin özel gereksinimli çocuğun yaş değişkeni ilişkisi ile “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanları arasındaki karşılaştırılmanın yapılması için korelasyon analizi uygulanmıştır. korelasyon analizi sonuçları ise Tablo 15’te sunulmuştur.

Tablo 15. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanlarının özel gereksinimli çocuğun yaş değişkeni ilişkisi

	özel gereksinimli çocuğun yaşı			
	Şanlıurfa		İstanbul	
	r	p	r	p
Ölümün Belirsizliği	0.165	0.101	-0.057	0.571
Maruz Kalma	0.229*	0.022	0.017	0.865
Acı çekme	0.187	0.063	-0.041	0.689

$r= 0,000-0,300$ düşük düzeyde ilişki, $r= 0,301-0,700$ orta düzeyde ilişki, $r=0,701-1,00$ güçlü ilişki

Tablo 15’te Şanlıurfa’da “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanları ile ebeveynin sahip olduğu özel gereksinimli çocuğun yaş değişkeni arasındaki ilişki belirlemek için korelasyon analizi uygulanmış ve ölüme maruz kalma ile özel gereksinimli çocuğun yaşı arasında $r=0,229$ düzeyinde pozitif, düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Şanlıurfa’daki özel gereksinimli çocuğun yaşı arttıkça ebeveynlerin ölüme maruz kalma kaygısı artmaktadır.

İstanbul’da “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanları ile ebeveynin sahip olduğu özel gereksinimli çocuğun yaş değişkeni arasındaki ilişki belirlemek için korelasyon analizi uygulanmış ve ebeveynin ölüm kaygısı ile özel gereksinimli çocuğun yaşı istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

4.1.11. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Çocuğun Cinsiyeti Değişkenine Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan ebeveynlerin özel gereksinimli çocuğun cinsiyet değişkeni ile “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanları arasındaki karşılaştırılmanın yapılması için Bağımsız Grup t testi uygulanmıştır. Bağımsız Grup t testi sonuçları ise Tablo 16’da sunulmuştur.

Tablo 16. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanlarının çocuğun cinsiyeti değişkenine karşılaştırılması

		Şanlıurfa					İstanbul				
		n	$\bar{x}$	SS	t	p	n	$\bar{x}$	SS	t	p
Ölümün Belirsizliği	Kız	45	20.42	9.96	-1.261	0.210	32	16.66	12.36	0.760	0.449
	Erkek	55	23.02	10.47			68	14.78	11.11		
	Toplam	100	21.85	10.27			100	15.38	11.5		
Maruz Kalma	Kız	45	14.71	6.51	-0.567	0.572	32	9.78	8.14	-0.522	0.603
	Erkek	55	15.45	6.54			68	10.75	8.9		
	Toplam	100	15.12	6.5			100	10.44	8.63		
Acı çekme	Kız	45	6.8	3.24	-0.325	0.746	32	5.41	3.71	-0.104	0.918
	Erkek	55	7.02	3.41			68	5.49	3.47		
	Toplam	100	6.92	3.32			100	5.46	3.53		

Tablo 16’da Şanlıurfa’da “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanlarının özel gereksinimli çocuğun cinsiyetine göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için Bağımsız Grup t testi uygulanmış ve Şanlıurfa’da kız ve erkek özel çocuğu olan ebeveynlerin ölüm kaygısı puanları arasındaki farklılığın önemli olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

İstanbul’da “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” alt boyut puanlarının özel gereksinimli çocuğun cinsiyetine göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için Bağımsız Grup t testi uygulanmış ve İstanbul’da kız ve erkek özel çocuğu olan ebeveynlerin ölüm kaygısı puanları arasındaki farklılığın önemli olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Puanlarına Ait Bulgular

“Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği” ’ne ilişkin bulgular ve alt boyutları bu bölümde yer verilmiştir.

4.2.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Maddelerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları Ölçek maddelerinin ortalama ve standart sapma değerleri aşağıdaki tabloda yer almaktadır. Her bir maddenin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği maddelerinin ortalama ve standart sapma değerleri

	Ortalama	Standart Sapma
1 Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.	2.25	0.73
2 Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.	2.02	0.84
3 Doktora ya da bir sağlık görevlisine vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.	2.28	0.85
4 Düzenli bir egzersiz programı yaparım.	2.01	0.90
5 Yeterince uyurum.	2.35	0.94
6 Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim.	2.4	0.83
7 İnsanları başarıları için takdir ederim.	2.63	0.86
8 İnsanları başarıları için takdir ederim.	2.58	0.88
9 Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.	2.14	0.88
10 Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım . (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)	2.04	0.92
11 Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.	2.1	0.86
12 Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.	2.47	0.90
13 İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.	2.43	0.93
14 Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.	2.08	0.90
15 Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.	2.25	0.84
16 Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım. (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm	2.15	0.93
17 Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim	2.28	0.89
18 Geleceğe umutla bakarım	2.48	0.87
19 Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım	2.29	0.85
20 Her gün 2-4 öğün meyve yerim	2.33	0.91
21 Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım	2.09	0.82

Tablo 17. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği maddelerinin ortalama ve standart sapma değerleri

(devam)

22 Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım	1.94	0.90
23 Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm	2.26	0.87
24 Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim	2.42	0.84
25 Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim	2.26	0.83
26 Her gün 3-5 öğün sebze yerim	2.47	0.93
27 Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım	1.70	0.74
28 Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım	2.10	0.80
29 Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım	2.26	0.91
30 Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım	2.53	0.9
31 Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum	2.34	0.89
32 Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim	2.10	0.87
33 Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim	2.08	0.92
34 Günlük işler sırasında egzersiz yaparım. (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	2.13	0.89
35 İş ve eğlence zamanımı dengelerim	2.1	0.82
36 Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum	2.23	0.84
37 Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım	2.26	0.91
38 Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim	2.10	0.86
39 Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım	2.04	0.92
40 Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim	2.00	0.92
41 Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım	2.34	0.98
42 Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım	2.24	0.88
43 Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım	2.16	0.95
44 Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.	1.89	0.89
45 Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım	1.95	0.90
46 Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım	2.24	0.88
47 Yorulmaktan kendimi korurum	2.88	1.01
48 İlahi bir gücün varlığına inanırım	2.61	0.94
49 Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim	2.7	0.97
50 Kahvaltı yaparım	2.32	0.88
51 Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım	2.55	0.98

Ölçek maddelerinden, ortalama puanları en yüksek olan maddeler 6, 7, 8, 12, 13, 30, 47, 48, 50, 51, şeklinde yer almaktadır. Bu maddeler, araştırmaya katılan kişilerin

en fazla katılım gösterdiği ifadelerdir. Ölçek maddelerinden, ortalama puanları en düşük olan maddeler ise 2, 6, 11, 14, 22, 27, 28, 32, 44, 45, olarak görülmektedir. Bu maddeler, araştırmaya katılan kişilerin en az katılım gösterdiği ifadelerdir.

4.2.2 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Puanlarının Minimum Maximum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Ölçek bilgilerine göre hesaplanan ölçek puanlarının betimleyici istatistikleri aşağıdaki tabloda yer almaktadır. Her bir boyutun minimum, maximum değerleri, ortalamaları ve standart sapma değerleri Tablo 18’de sunulmuştur.

Tablo 18. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği puanlarının minimum maximum, ortalama ve standart sapma değerleri

	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Sağlık Sorumluluğu	1.00	3.56	2.12	0.54
Fiziksel Aktivite	1.00	3.63	2.08	0.58
Beslenme	1.11	3.89	2.21	0.48
Manevi Gelişim	1.29	4.00	2.41	0.55
Kişiler Arası İlişkiler	1.22	3.67	2.37	0.48
Stres Yönetimi	1.00	3.88	2.32	0.54

“*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” yüksek puan almak, sağlıklı yaşam becerilerine yönelik göstermiş olduğu sağlık sorumluluğu tutumların fazla olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda Tablo 18 incelendiğinde, katılımcıların alt boyutlardan manevi puanın en yüksek olduğu görülmektedir.

4.2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının ebeveyn Cinsiyet Değişkenine Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan ebeveynlerin ebeveyn cinsiyet değişkeni ile “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanları arasındaki karşılaştırılmanın yapılması için Bağımsız Grup t testi uygulanmıştır. Bağımsız Grup t testi sonuçları ise Tablo 19’da sunulmuştur.

Tablo 19. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının ebeveyn cinsiyet değişkenine karşılaştırılması

		Şanlıurfa					İstanbul				
		n	$\bar{x}$	SS	t	p	n	$\bar{x}$	SS	t	p
Sağlık Sorumluluğu	Kadın	59	2.06	0.48	0.086	0.932	65	2.17	0.59	-0.203	0.840
	Erkek	41	2.05	0.53			35	2.20	0.53		
	Toplam	100	2.06	0.50			100	2.18	0.57		
Fiziksel Aktivite	Kadın	59	2.03	0.57	-0.503	0.616	65	2.02	0.61	-1.942	0.055
	Erkek	41	2.08	0.53			35	2.26	0.58		
	Toplam	100	2.05	0.55			100	2.10	0.61		
Beslenme	Kadın	59	2.20	0.46	0.150	0.881	65	2.20	0.52	-0.835	0.406
	Erkek	41	2.18	0.48			35	2.29	0.42		
	Toplam	100	2.19	0.46			100	2.23	0.49		
Manevi Gelişim	Kadın	59	2.37	0.5	0.691	0.491	65	2.47	0.59	-0.310	0.757
	Erkek	41	2.3	0.53			35	2.51	0.57		
	Toplam	100	2.34	0.51			100	2.48	0.58		
Kişiler Arası İlişkiler	Kadın	59	2.34	0.42	0.595	0.553	65	2.41	0.56	-0.344	0.731
	Erkek	41	2.29	0.48			35	2.44	0.45		
	Toplam	100	2.32	0.44			100	2.42	0.52		
Stres Yönetimi	Kadın	59	2.28	0.49	0.304	0.762	65	2.32	0.59	-1.283	0.203
	Erkek	41	2.25	0.50			35	2.48	0.58		
	Toplam	100	2.26	0.49			100	2.37	0.59		

Tablo 19’da Şanlıurfa’da “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” ölçeği alt boyut puanlarının ebeveynin cinsiyetine göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için Bağımsız Grup t testi uygulanmış ve Şanlıurfa’da kadın ve erkek ebeveynlerin “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” puanları arasındaki farklılığın önemli olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

İstanbul’da “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” ölçeği alt boyut puanlarının ebeveynin cinsiyetine göre gruplar arasındaki farklılığın olup olmadığını tespit etmek için Bağımsız Grup t testi uygulanmış ve İstanbul’da kadın ve erkek ebeveynlerin “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” puanları arasındaki farklılığın önemli olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

4.2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Ebeveyn Yaş Değişkenine Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan ebeveynlerin ebeveyn yaş değişkeni ile “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanları arasındaki karşılaştırılmanın yapılması için ANOVA testi uygulanmıştır. ANOVA testi sonuçları ise Tablo 20’de sunulmuştur.

Tablo 20. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının ebeveyn yaş değişkenine karşılaştırılması

		Şanlıurfa					İstanbul				
		n	$\bar{x}$	SS	F	p	n	$\bar{x}$	SS	F	p
Sağlık Sorumluluğu	18-20 yaş	1	1.11	.	0.871	0.519	3	2.11	0.56	0.449	0.844
	21-25 yaş	7	2.21	0.3			9	2.42	0.51		
	26-30 yaş	16	2.07	0.47			16	2.18	0.49		
	31-35 yaş	24	2.13	0.41			24	2.24	0.68		
	36-40 yaş	18	1.97	0.6			16	2.1	0.55		
	41-45 yaş	22	2.05	0.57			21	2.08	0.63		
	45 yaş ve üstü	12	2.04	0.52			11	2.18	0.34		
	Toplam	100	2.06	0.5			100	2.18	0.57		
Fiziksel Aktivite	18-20 yaş	1	1.25	.	0.509	0.800	3	1.96	0.19	1.65	0.142
	21-25 yaş	7	2.13	0.54			9	2.6	0.51		
	26-30 yaş	16	2.11	0.49			16	2.11	0.41		
	31-35 yaş	24	2.08	0.48			24	2.19	0.57		
	36-40 yaş	18	1.94	0.6			16	1.92	0.67		
	41-45 yaş	22	2.05	0.5			21	1.93	0.76		
	45 yaş ve üstü	12	2.07	0.82			11	2.11	0.57		
	Toplam	100	2.05	0.55			100	2.1	0.61		
Beslenme	18-20 yaş	1	1.33	.	0.987	0.438	3	2.37	0.45	1.052	0.397
	21-25 yaş	7	2.3	0.42			9	2.57	0.42		
	26-30 yaş	16	2.33	0.38			16	2.19	0.29		
	31-35 yaş	24	2.14	0.41			24	2.25	0.54		
	36-40 yaş	18	2.21	0.51			16	2.08	0.44		
	41-45 yaş	22	2.16	0.49			21	2.22	0.61		
	45 yaş ve üstü	12	2.13	0.57			11	2.21	0.42		
	Toplam	100	2.19	0.46			100	2.23	0.49		
Manevi Gelişim	18-20 yaş	1	1.71	.	1.013	0.422	3	2.24	0.22	0.687	0.661
	21-25 yaş	7	2.24	0.23			9	2.62	0.46		
	26-30 yaş	16	2.59	0.47			16	2.57	0.44		
	31-35 yaş	24	2.33	0.47			24	2.58	0.66		
	36-40 yaş	18	2.29	0.6			16	2.48	0.6		
	41-45 yaş	22	2.3	0.53			21	2.31	0.64		
	45 yaş ve üstü	12	2.27	0.56			11	2.42	0.61		
	Toplam	100	2.34	0.51			100	2.48	0.58		

Tablo 20. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının ebeveyn yaş değişkenine karşılaştırılması

(devam)

		Şanlıurfa					İstanbul				
		n	$\bar{x}$	SS	F	p	n	$\bar{x}$	SS	F	p
Kişiler Arası İlişkiler	18-20 yaş	1	1.89	.	0.329	0.920	3	2.52	0.28	0.777	0.590
	21-25 yaş	7	2.24	0.37			9	2.49	0.31		
	26-30 yaş	16	2.38	0.45			16	2.4	0.41		
	31-35 yaş	24	2.36	0.4			24	2.47	0.53		
	36-40 yaş	18	2.27	0.53			16	2.24	0.47		
	41-45 yaş	22	2.33	0.45			21	2.35	0.64		
	45 yaş ve üstü	12	2.28	0.47			11	2.64	0.63		
	Toplam	100	2.32	0.44			100	2.42	0.52		
Stres Yönetimi	18-20 yaş	1	2.13	.	0.953	0.462	3	2.5	0.38	0.250	0.958
	21-25 yaş	7	2.21	0.44			9	2.36	0.48		
	26-30 yaş	16	2.52	0.49			16	2.47	0.44		
	31-35 yaş	24	2.27	0.49			24	2.4	0.73		
	36-40 yaş	18	2.17	0.54			16	2.41	0.61		
	41-45 yaş	22	2.25	0.47			21	2.26	0.67		
	45 yaş ve üstü	12	2.15	0.5			11	2.31	0.42		
	Toplam	100	2.26	0.49			100	2.37	0.59		

Tablo 20’de Şanlıurfa’da “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” ölçeği alt boyut puanlarının ebeveynin yaşına göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi uygulanmış ve Şanlıurfa’da ebeveynin “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” yaş değişkenine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

İstanbul’da “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanlarının ebeveynin yaşına göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi uygulanmış ve İstanbul’da ebeveynin “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” yaş değişkenine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

4.2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Öğrenim Durumu Değişkenine Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan ebeveynlerin öğrenim durumu değişkeni ile “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanları arasındaki karşılaştırılmanın

yapılması için ANOVA testi uygulanmıştır. ANOVA testi sonuçları ise Tablo 21’de sunulmuştur.

Tablo 21. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının öğrenim durumu değişkenine karşılaştırılması

		Şanlıurfa					İstanbul				
		n	$\bar{x}$	SS	F	p	n	$\bar{x}$	SS	F	p
Sağlık Sorumluluğu	İlkokul	47	1.94	0.52	2.848	0.042	41	2.06	0.58	1.891	0.118
	Ortaokul	25	2.06	0.36			25	2.16	0.53		
	Lise	19	2.19	0.5			20	2.2	0.4		
	Üniversite	9	2.4	0.59			13	2.52	0.71		
	Lisansüstü						1	2.67	.		
	Toplam	100	2.06	0.5			100	2.18	0.57		
Fiziksel Aktivite	İlkokul	47	1.86	0.53	3.678	0.015	41	1.99	0.68	1.667	0.164
	Ortaokul	25	2.17	0.52			25	2.08	0.48		
	Lise	19	2.22	0.55			20	2.12	0.5		
	Üniversite	9	2.31	0.56			13	2.48	0.7		
	Lisansüstü						1	2.13	.		
	Toplam	100	2.05	0.55			100	2.1	0.61		
Beslenme	İlkokul	47	2.11	0.48	1.691	0.174	41	2.12	0.55	2.281	0.066
	Ortaokul	25	2.18	0.52			25	2.26	0.43		
	Lise	19	2.29	0.36			20	2.22	0.34		
	Üniversite	9	2.44	0.35			13	2.57	0.48		
	Lisansüstü						1	2.11	.		
	Toplam	100	2.19	0.46			100	2.23	0.49		
Manevi Gelişim	İlkokul	47	2.32	0.55	0.376	0.771	41	2.39	0.65	2.679	0.036*
	Ortaokul	25	2.31	0.49			25	2.53	0.54		
	Lise	19	2.35	0.46			20	2.35	0.36		
	Üniversite	9	2.51	0.51			13	2.91	0.56		
	Lisansüstü						1	2	.		
	Toplam	100	2.34	0.51			100	2.48	0.58		
Kişiler Arası İlişkiler	İlkokul	47	2.3	0.47	0.720	0.543	41	2.3	0.59	1.964	0.106
	Ortaokul	25	2.28	0.31			25	2.44	0.36		
	Lise	19	2.45	0.44			20	2.43	0.41		
	Üniversite	9	2.25	0.59			13	2.74	0.59		
	Lisansüstü						1	2.56	.		
	Toplam	100	2.32	0.44			100	2.42	0.52		
Stres Yönetimi	İlkokul	47	2.18	0.5	1.860	0.142	41	2.23	0.69	2.806	0.030*
	Ortaokul	25	2.23	0.41			25	2.37	0.35		
	Lise	19	2.41	0.46			20	2.34	0.46		
	Üniversite	9	2.5	0.63			13	2.82	0.64		
	Lisansüstü						1	2.88	.		
	Toplam	100	2.26	0.49			100	2.37	0.59		

*p<0,05

Tablo 21’de Şanlıurfa’da “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” ölçeği alt boyut puanlarının ebeveynin öğrenim durumuna göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi uygulanmış ve Şanlıurfa’da ebeveynin sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite davranışının öğrenim durumu değişkenine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Şanlıurfa’daki üniversite mezunu ebeveynlerin sağlık sorumluluğu davranışı ilkokul mezunu ebeveynlerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Şanlıurfa’daki ortaokul, lise ve üniversite mezunu ebeveynlerin fiziksel davranışı ilkokul mezunu ebeveynlerden daha yüksek olduğu görülmektedir.

İstanbul’da “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” ölçeği alt boyut puanlarının ebeveynin öğrenim durumuna göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi uygulanmış ve İstanbul’da ebeveynin manevi gelişim ve stres yönetimi davranışının öğrenim durumu değişkenine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Öğrenim durumu değişkeninde Lisansüstü seçeneği 1 katılımcıya sahip olduğu için gruplar arası karşılaştırmalar yapılmamıştır.

4.2.6 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Gelir Durumu Değişkenine Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan ebeveynlerin gelir durumu değişkeni ile “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanları arasındaki karşılaştırılmanın yapılması için ANOVA testi uygulanmıştır. ANOVA testi sonuçları ise Tablo 22’de sunulmuştur.

Tablo 21. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının gelir durumu değişkenine karşılaştırılması

		Şanlıurfa					İstanbul				
		n	$\bar{x}$	SS	F	p	n	$\bar{x}$	SS	F	p
Sağlık Sorumluluğu	Ortanın altında (1)	36	2.10	0.47	3.960	0.022	35	2.07	0.62	4.574	0.013
	Orta (2)	58	1.98	0.5			51	2.15	0.48		
	Ortanın üstünde (3)	6	2.56	0.54			14	2.58	0.57		
	Toplam	100	2.06	0.5			100	2.18	0.57		
Fiziksel Aktivite	Ortanın altında (1)	36	2.09	0.6	1.372	0.258	35	2.01	0.65	3.563	0.032
	Orta (2)	58	1.99	0.53			51	2.06	0.57		
	Ortanın üstünde (3)	6	2.35	0.53			14	2.49	0.56		
	Toplam	100	2.05	0.55			100	2.1	0.61		

Tablo 22. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının gelir durumu değişkenine karşılaştırılması

(devam)

		<i>Şanlıurfa</i>					<i>İstanbul</i>				
		<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>SS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>SS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Beslenme	<i>Ortanın altında (1)</i>	36	2.19	0.49	0.714	0.492	35	2.11	0.52	3.877	0.024
	<i>Orta (2)</i>	58	2.17	0.45			51	2.23	0.43		
	<i>Ortanın üstünde (3)</i>	6	2.41	0.45			14	2.53	0.48		
	<i>Toplam</i>	100	2.19	0.46			100	2.23	0.49		
	<i>Ortanın altında</i>	36	2.30	0.48	0.715	0.492	35	2.44	0.7	1.318	0.272
Manevi	<i>Orta</i>	58	2.34	0.52			51	2.45	0.46		
Gelişim	<i>Ortanın üstünde</i>	6	2.57	0.56			14	2.71	0.63		
	<i>Toplam</i>	100	2.34	0.51			100	2.48	0.58		
	<i>Ortanın altında</i>	36	2.27	0.41	0.427	0.654	35	2.31	0.61	2.379	0.098
Kişiler Arası İlişkiler	<i>Orta</i>	58	2.34	0.44			51	2.43	0.46		
	<i>Ortanın üstünde</i>	6	2.43	0.63			14	2.66	0.42		
	<i>Toplam</i>	100	2.32	0.44			100	2.42	0.52		
	<i>Ortanın altında (1)</i>	36	2.20	0.51	1.053	0.353	35	2.29	0.63	3.915	0.023
Stres Yönetimi	<i>Orta (2)</i>	58	2.28	0.46			51	2.32	0.51		
	<i>Ortanın üstünde (3)</i>	6	2.50	0.67			14	2.77	0.63		
	<i>Toplam</i>	100	2.26	0.49			100	2.37	0.59		

*p<0,05

Tablo 22’de Şanlıurfa’da “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanlarının ebeveynin gelir durumuna göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi uygulanmış ve Şanlıurfa’da ebeveynin sağlık sorumluluğu davranışının gelir durumu değişkenine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Şanlıurfa’daki gelir durumu ortanın üstünde ve ortanın altında olan ebeveynlerin sağlık sorumluluğu gelir durumu orta olan ebeveynlerden daha yüksek olduğu görülmektedir.

İstanbul’da “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanlarının ebeveynin gelir durumuna göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi uygulanmış ve İstanbul’da ebeveynin “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” gelir durumu değişkenine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). İstanbul’da gelir durumu ortanın üstünde ve ortanın altında olan ebeveynlerin sağlık sorumluluğu gelir durumu orta olan ebeveynlerden daha yüksek olduğu görülmektedir. İstanbul’da gelir durumu ortanın üstünde ve ortanın altında olan ebeveynlerin fiziksel davranışı gelir durumu orta olan ebeveynlerden daha yüksek

olduğu görülmektedir. İstanbul’da gelir durumu ortanın üstünde olan ebeveynlerin beslenme davranışı gelir durumu ortanın altında olan ebeveynlerden daha yüksek olduğu görülmektedir. İstanbul’da gelir durumu ortanın üstünde ve ortanın altında olan ebeveynlerin stres yönetimi gelir durumu orta olan ebeveynlerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Farkı ortaya çıkarmak için Tukey Testi uygulandı. Gruplar arası farklılık için Post Hoc testlerinden olan Tukey Testi , iki veri kümesi arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için kullanılan istatistiksel bir araçtır (Gamgam & Altunkaynak, 2017).

4.2.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Çalışma Durumu Değişkenine Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çalışma durumu değişkeni “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanları arasındaki karşılaştırılmanın yapılması için ANOVA testi uygulanmıştır. ANOVA testi sonuçları ise Tablo 23’te sunulmuştur

Tablo 23. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının çalışma durumu değişkenine karşılaştırılması

		Şanlıurfa					İstanbul				
		n	$\bar{x}$	SS	F	p	n	$\bar{x}$	SS	F	p
Sağlık Sorumluluğu	Çalışmıyorum	45	2.07	0.43	1.783	0.156	59	2.15	0.57	0.336	0.799
	Özel sektör	25	2.01	0.53			27	2.19	0.58		
	Kamu	7	2.44	0.73			6	2.39	0.47		
	Serbest	23	1.96	0.51			8	2.22	0.57		
	Toplam	100	2.06	0.5			100	2.18	0.57		
Fiziksel Aktivite	Çalışmıyorum	45	2	0.57	1.056	0.372	59	2.01	0.61	1.132	0.340
	Özel sektör	25	2.09	0.53			27	2.22	0.59		
	Kamu	7	2.38	0.66			6	2.33	0.55		
	Serbest	23	1.99	0.52			8	2.19	0.68		
	Toplam	100	2.05	0.55			100	2.1	0.61		
Beslenme	Çalışmıyorum	45	2.2	0.48	0.561	0.642	59	2.2	0.51	0.312	0.816
	Özel sektör	25	2.19	0.36			27	2.3	0.49		
	Kamu	7	2.38	0.53			6	2.24	0.35		
	Serbest	23	2.12	0.51			8	2.26	0.5		
	Toplam	100	2.19	0.46			100	2.23	0.49		
Manevi Gelişim	Çalışmıyorum	45	2.37	0.49	2.01	0.118	59	2.45	0.6	0.577	0.631
	Özel sektör	25	2.25	0.38			27	2.58	0.56		
	Kamu	7	2.73	0.54			6	2.57	0.56		
	Serbest	23	2.25	0.62			8	2.32	0.54		
	Toplam	100	2.34	0.51			100	2.48	0.58		

Tablo 23. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının çalışma durumu değişkenine karşılaştırılması

(devam)

		Şanlıurfa					İstanbul				
		n	$\bar{x}$	SS	F	p	n	$\bar{x}$	SS	F	p
Kişiler Arası İlişkiler	Çalışmıyorum	45	2.34	0.41	1.748	0.162	59	2.43	0.52	0.747	0.527
	Özel sektör	25	2.24	0.33			27	2.33	0.57		
	Kamu	7	2.65	0.65			6	2.67	0.24		
	Serbest	23	2.28	0.52			8	2.46	0.47		
	Toplam	100	2.32	0.44			100	2.42	0.52		
Stres Yönetimi	Çalışmıyorum	45	2.27	0.47	1.480	0.225	59	2.33	0.55	0.518	0.671
	Özel sektör	25	2.32	0.39			27	2.38	0.7		
	Kamu	7	2.54	0.78			6	2.65	0.43		
	Serbest	23	2.12	0.53			8	2.41	0.59		
	Toplam	100	2.26	0.49			100	2.37	0.59		

Tablo 23'te Şanlıurfa'da "*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*" alt boyut puanlarının ebeveynin çalışma durumuna göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi uygulanmış ve Şanlıurfa'da ebeveynin "*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*" çalışma durumu değişkenine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

İstanbul'da "*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*" alt boyut puanlarının ebeveynin çalışma durumuna göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi uygulanmış ve İstanbul'da ebeveynin "*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*" çalışma durumu değişkenine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

4.2.8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan ebeveynlerin medeni durumu değişkeni ile "*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*" alt boyut puanları arasındaki karşılaştırılmanın yapılması için ANOVA testi uygulanmıştır. ANOVA testi sonuçları ise Tablo 24'te sunulmuştur

Tablo 24. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının medeni durum değişkenine karşılaştırılması

		Şanlıurfa					İstanbul				
		n	$\bar{x}$	SS	F	p	n	$\bar{x}$	SS	F	p
Sağlık Sorumluluğu	Evli	81	2.07	0.52	0.373	0.689	90	2.21	0.58	1.136	0.325
	Boşanmış	14	2.07	0.45			7	1.87	0.44		
	Eşi vefat etmiş	5	1.87	0.36			3	2.15	0.13		
	Toplam	100	2.06	0.5			100	2.18	0.57		
Fiziksel Aktivite	Evli	81	2.03	0.55	1.500	0.228	90	2.12	0.63	0.621	0.539
	Boşanmış	14	2.24	0.51			7	1.86	0.4		
	Eşi vefat etmiş	5	1.78	0.65			3	2.04	0.51		
	Toplam	100	2.05	0.55			100	2.1	0.61		
Beslenme	Evli	81	2.2	0.48	0.087	0.917	90	2.26	0.5	2.100	0.128
	Boşanmış	14	2.14	0.48			7	1.87	0.27		
	Eşi vefat etmiş	5	2.18	0.17			3	2.26	0.06		
	Toplam	100	2.19	0.46			100	2.23	0.49		
Manevi Gelişim	Evli	81	2.38	0.51	1.344	0.266	90	2.53	0.57	4.023	0.021**
	Boşanmış	14	2.2	0.54			7	1.90	0.37		
	Eşi vefat etmiş	5	2.09	0.41			3	2.52	0.79		
	Toplam	100	2.34	0.51			100	2.48	0.58		
Kişiler Arası İlişkiler	Evli	81	2.33	0.45	1.915	0.153	90	2.44	0.51	2.052	0.134
	Boşanmış	14	2.14	0.41			7	2.08	0.39		
	Eşi vefat etmiş	5	2.56	0.24			3	2.7	0.89		
	Toplam	100	2.32	0.44			100	2.42	0.52		
Stres Yönetimi	Evli	81	2.28	0.5	0.516	0.598	90	2.4	0.6	1.934	0.150
	Boşanmış	14	2.15	0.52			7	1.96	0.34		
	Eşi vefat etmiş	5	2.38	0.4			3	2.54	0.4		
	Toplam	100	2.26	0.49			100	2.37	0.59		

*p<0,05

Tablo 24’te Şanlıurfa’da “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanlarının ebeveynin medeni durumuna göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi uygulanmış ve Şanlıurfa’da ebeveynin “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” medeni durum değişkenine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir (p>0,05).

İstanbul’da “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanlarının ebeveynin medeni durumuna göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi uygulanmış ve İstanbul’da ebeveynin manevi gelişim davranışlarının medeni durum değişkenine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir

($p < 0,05$). İstanbul’da evli ebeveynlerin manevi gelişim davranışının boşanmış ebeveynlerden daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.2.9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Çocuk Sayısı Değişkenine ile Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuk sayısı değişkeni ile “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanları arasındaki karşılaştırılmanın yapılması için ANOVA testi uygulanmıştır. ANOVA testi sonuçları ise Tablo 25’te sunulmuştur

Tablo 25. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının çocuk sayısı değişkenine karşılaştırılması

		Şanlıurfa					İstanbul				
		n	$\bar{x}$	SS	F	p	n	$\bar{x}$	SS	F	p
Sağlık Sorumluluğu	Bir	8	2.21	0.66	0.644	0.633	13	2.34	0.65	1.57	0.189
	İki	22	2.17	0.45			35	2.32	0.57		
	Üç	28	2.02	0.53			30	2.03	0.51		
	Dört	18	2.00	0.48			10	2.12	0.48		
	5 ve üzeri	24	1.99	0.49			12	2.05	0.58		
	Toplam	100	2.06	0.5			100	2.18	0.57		
Fiziksel Aktivite	Bir	8	2.34	0.55	3.085	0.020*	13	2.31	0.58	3.385	0.012*
	İki	22	2.31	0.51			35	2.31	0.59		
	Üç	28	1.98	0.49			30	1.88	0.59		
	Dört	18	2.01	0.59			10	1.76	0.41		
	5 ve üzeri	24	1.83	0.55			12	2.1	0.67		
	Toplam	100	2.05	0.55			100	2.1	0.61		
Beslenme	Bir	8	2.26	0.48	1.047	0.387	13	2.35	0.47	1.92	0.113
	İki	22	2.32	0.4			35	2.38	0.46		
	Üç	28	2.18	0.38			30	2.09	0.48		
	Dört	18	2.2	0.45			10	2.14	0.39		
	5 ve üzeri	24	2.05	0.6			12	2.11	0.58		
	Toplam	100	2.19	0.46			100	2.23	0.49		
Manevi Gelişim	Bir	8	2.36	0.58	0.290	0.884	13	2.58	0.56	2.450	0.051
	İki	22	2.39	0.44			35	2.69	0.54		
	Üç	28	2.38	0.42			30	2.31	0.61		
	Dört	18	2.32	0.54			10	2.37	0.36		
	5 ve üzeri	24	2.25	0.64			12	2.27	0.65		
	Toplam	100	2.34	0.51			100	2.48	0.58		

Tablo 25. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının çocuk sayısı değişkenine karşılaştırılması

(devam)

		Şanlıurfa					İstanbul				
		n	$\bar{x}$	SS	F	p	n	$\bar{x}$	SS	F	p
Kişiler Arası İlişkiler	Bir	8	2.35	0.56	0.363	0.835	13	2.44	0.42	2.066	0.091
	İki	22	2.24	0.4			35	2.61	0.53		
	Üç	28	2.38	0.39			30	2.29	0.52		
	Dört	18	2.33	0.46			10	2.27	0.31		
	5 ve üzeri	24	2.3	0.5			12	2.3	0.61		
	Toplam	100	2.32	0.44			100	2.42	0.52		
Stres Yönetimi	Bir	8	2.31	0.53	0.270	0.897	13	2.56	0.47	2.591	0.041*
	İki	22	2.33	0.47			35	2.56	0.59		
	Üç	28	2.28	0.4			30	2.18	0.56		
	Dört	18	2.24	0.64			10	2.24	0.37		
	5 ve üzeri	24	2.19	0.52			12	2.22	0.75		
	Toplam	100	2.26	0.49			100	2.37	0.59		

*p<0,05

Tablo 25'te Şanlıurfa'da "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği" alt boyut puanlarının ebeveynin çocuk sayısına göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi uygulanmış ve Şanlıurfa'da ebeveynin fiziksel aktivite davranışının çocuk sayısı değişkenine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Şanlıurfa'daki 2 çocuğa sahip ebeveynlerin fiziksel aktivite davranışı 5 ve üzeri çocuğa sahip ebeveynlerden daha yüksek olduğu görülmektedir.

İstanbul'da "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği" alt boyut puanlarının ebeveynin çocuk sayısına göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için ANOVA testi uygulanmış ve İstanbul'da ebeveynin fiziksel aktivite ve stres yönetimi davranışlarının çocuk sayısı değişkenine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$).

İstanbul'da 2 çocuğa sahip ebeveynlerin fiziksel aktivite davranışı 3 çocuğa sahip ebeveynlerden daha yüksek olduğu görülmektedir.

İstanbul'da 1 ve 2 çocuğa sahip ebeveynlerin stres yönetimi davranışı 3 çocuğa sahip ebeveynlerden daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.2.10. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Özel Gereksinimli Çocuğun Yaşı ilişkisi Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuk sayısı ilişkisi ile “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanları arasındaki karşılaştırılmanın yapılması için korelasyon analizi uygulanmıştır. Korelasyon analizi sonuçları ise Tablo 26’de sunulmuştur.

Tablo 26. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının özel gereksinimli çocuğun yaşı ilişkisi karşılaştırılması

	özel gereksinimli çocuğun yaşı			
	Şanlıurfa (n=100)		İstanbul (n=100)	
	r	p	r	p
Sağlık Sorumluluğu	-0.217*	0.030	-0.039	0.700
Fiziksel Aktivite	-0.197*	0.049	-0.075	0.458
Beslenme	-0.085	0.398	-0.006	0.764
Manevi Gelişim	-0.058	0.563	-0.003	0.977
Kişiler Arası İlişkiler	0.053	0.599	-0.002	0.987
Stres Yönetimi	-0.021	0.834	-0.034	0.736

***p<0.01 *p<0.05 ***p<0.001 düzeyinde anlamlı r= 0,000-0,300 düşük düzeyde ilişki, r= 0,301- 0,700 orta düzeyde ilişki, r= 0,701-1,00 güçlü ilişki

Tablo 26’da Şanlıurfa’da “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” ölçeği alt boyut puanları ile ebeveynin sahip olduğu özel gereksinimli çocuğun yaş değişkeni arasındaki ilişki belirlemek için korelasyon analizi uygulanmış ve sağlık sorumluluğu ile özel gereksinimli çocuğun yaş arasında $r=-0,217$ ve fiziksel aktivite ile özel gereksinimli çocuğun yaş arasında $r=-0,197$ düzeyinde negatif, düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Şanlıurfa’da özel gereksinimli çocuğun yaşı arttıkça ebeveynlerin sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite davranışları azalmaktadır.

İstanbul’da “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanları ile ebeveynin sahip olduğu özel gereksinimli çocuğun yaş değişkeni arasındaki ilişki belirlemek için korelasyon analizi uygulanmış ve ebeveynin “*Sağlıklı Yaşam Biçimi*

Davranışları II Ölçeği ile özel gereksinimli çocuğun yaş istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

4.2.11. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Özel Gereksinimli Çocuğun Cinsiyet Değişkenine Karşılaştırılması

Araştırmaya özel gereksinimli çocuğun cinsiyeti ilişkisi ile “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanları arasındaki karşılaştırılmanın yapılması için Bağımsız Grup t testi uygulanmıştır. Bağımsız Grup t testi sonuçları ise Tablo 27’de sunulmuştur.

Tablo 27. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının özel gereksinimli çocuğun cinsiyet ilişkisi karşılaştırılması

		Şanlıurfa					İstanbul				
		n	$\bar{x}$	SS	t	p	n	$\bar{x}$	SS	t	p
Sağlık sorumluluğu	Kız	45	2.00	0.51	-1.067	0.289	32	1.99	0.45	-2.332	0.022
	Erkek	55	2.11	0.49			68	2.27	0.60		
	Toplam	100	2.06	0.5			100	2.18	0.57		
Fiziksel aktivite	Kız	45	2.11	0.57	0.926	0.357	32	1.96	0.59	-1.633	0.106
	Erkek	55	2.00	0.55			68	2.17	0.62		
	Toplam	100	2.05	0.55			100	2.1	0.61		
Beslenme	Kız	45	2.15	0.51	-0.765	0.446	32	2.15	0.45	-1.135	0.259
	Erkek	55	2.22	0.42			68	2.27	0.50		
	Toplam	100	2.19	0.46			100	2.23	0.49		
Manevi gelişim	Kız	45	2.30	0.56	-0.71	0.479	32	2.37	0.45	-1.482	0.142
	Erkek	55	2.37	0.47			68	2.53	0.63		
	Toplam	100	2.34	0.51			100	2.48	0.58		
Kişiler arası ilişkiler	Kız	45	2.31	0.45	-0.209	0.835	32	2.26	0.43	-2.199	0.030
	Erkek	55	2.33	0.44			68	2.50	0.54		
	Toplam	100	2.32	0.44			100	2.42	0.52		
Stres yönetimi	Kız	45	2.21	0.5	-0.938	0.351	32	2.15	0.52	-2.644	0.010
	Erkek	55	2.31	0.49			68	2.48	0.59		
	Toplam	100	2.26	0.49			100	2.37	0.59		

* $p<0,05$ anlamlı fark var, $p>0,05$ anlamlı fark yok; t testi

Tablo 27’de Şanlıurfa’da “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanlarının özel gereksinimli çocuğun cinsiyetine göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için Bağımsız Grup t testi uygulanmış ve Şanlıurfa’da kız ve erkek özel çocuğu olan ebeveynlerin “*Sağlıklı Yaşam Biçimi*

Davranışları II Ölçeği” puanları arasındaki farklılığın önemli olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

İstanbul’da “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanlarının özel gereksinimli çocuğun cinsiyetine göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için Bağımsız Grup t testi uygulanmış ve İstanbul’da kız ve erkek özel çocuğu olan ebeveynlerin sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puanları arasındaki farklılığın önemli olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

İstanbul’da özel çocuğu erkek olan ebeveynlerin sağlık sorumluluğu, kişilerarası iletişim ve stres yönetimi davranışları özel çocuğu kız olan ebeveynlerden daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.3. Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

“*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” ile “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” ilişkin alt boyut puanları arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi bu bölümde yer verilmiştir.

4.3.1 Şanlıurfa’daki Katılımcıların Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Korelasyon Analizi

Araştırmaya katılan Şanlıurfa Katılımcılarının “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” Alt Boyut Puanları ile “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanları ölçeği alt boyut puanları arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizleri kullanılmıştır. Korelasyon analizleri içeren sonuçlar tablo 28’de sunulmuştur.

Tablo 28. Şanlıurfa'daki katılımcıların türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanları ile Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanları arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi

	Ölümün Belirsizliği		Maruz Kalma		Acı çekme	
	r	p	r	p	r	p
Sağlık Sorumluluğu	-0.064	0.529	-0.061	0.549	-0.092	0.361
Fiziksel Aktivite	-0.025	0.804	-0.031	0.757	-0.047	0.646
Beslenme	-0.015	0.879	0.015	0.879	-0.022	0.828
Manevi Gelişim	-0.091	0.367	-0.003	0.978	0.008	0.940
Kişiler Arası İlişkiler	-0.031	0.757	-0.027	0.789	0.061	0.545
Stres Yönetimi	-0.002	0.982	0.063	0.532	0.029	0.778

p>0,05 düzeyinde anlamlı r= 0,000-0,300 düşük düzeyde ilişki, r= 0,301- 0,700 orta düzeyde ilişki, r= 0,701-1,00 güçlü ilişki

Tablo 28’de Şanlıurfa’da “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” ölçeği alt boyut puanları ile ölüm kaygısı ölçeği puanları arasındaki ilişki belirlemek için korelasyon analizi uygulanmış ve “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” ölçeği alt boyut puanları ile “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05).

4.3.2 İstanbul'daki Katılımcıların Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Korelasyon Analizi

Araştırmaya katılan İstanbul Katılımcılarının “*Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği*” Alt Boyut Puanları ile “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanları ölçeği alt boyut puanları arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi kullanılmıştır. Korelasyon analizi sonuçları içeren tablo 29’da sunulmuştur.

Tablo 29. İstanbul'daki katılımcıların türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanları ile Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanları arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi

	Ölümün Belirsizliği		Maruz Kalma		Acı çekme	
	r	p	r	p	r	p
Sağlık Sorumluluğu	-0.318**	0.001	-0.267**	0.007	-0.189	0.060
Fiziksel Aktivite	-0.166	0.099	-0.175	0.081	-0.071	0.480
Beslenme	-0.147	0.144	-0.148	0.141	-0.032	0.750
Manevi Gelişim	-0.206*	0.040	-0.234*	0.019	-0.075	0.457
Kişiler Arası İlişkiler	-0.112	0.267	-0.048	0.632	0.040	0.689
Stres Yönetimi	-0.199*	0.047	-0.215*	0.032	-0.081	0.424

**p<.01, *p<.05 düzeyinde anlamlı r= 0,000-0,300 düşük düzeyde ilişki, r= 0,301- 0,700 orta düzeyde ilişki, r= 0,701-1,00 güçlü ilişki

Tablo 29'da İstanbul'da "*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*" ölçeği alt boyut puanları ile ölüm kaygısı ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki belirlemek için korelasyon analizi uygulanmış ve sağlık sorumluluğu ile ölüm belirsizliği arasında $r=-0,318$ ve maruz kalma ile özel gereksinimli çocuğun yaşı arasında $r=-0,267$ düzeyinde negatif, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). İstanbul'da sağlık sorumluluğu davranışı arttıkça ölüm belirsizliği ve ölüme maruz kalma kaygısı azalmaktadır.

Manevi gelişim ile ölüm belirsizliği arasında $r=-0,206$ ve maruz kalma ile özel gereksinimli çocuğun yaşı arasında $r=-0,234$ düzeyinde negatif, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). İstanbul'da manevi gelişim davranışı arttıkça ölüm belirsizliği ve ölüme maruz kalma kaygısı azalmaktadır.

Stres yönetimi ile ölüm belirsizliği arasında $r=-0,199$ ve maruz kalma ile özel gereksinimli çocuğun yaşı arasında $r=-0,215$ düzeyinde negatif, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). İstanbul'da stres yönetimi davranışı arttıkça ölüm belirsizliği ve ölüme maruz kalma kaygısı azalmaktadır.

4.3.3. Şehirlere Göre Ölüm Belirsizliğine Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Etkisinin Belirlenmesine Yönelik Çoklu Regresyon Analizi

Araştırmaya katılan şehirlere Göre Ölüm Belirsizliği “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanlarının etkisinin belirlenmesine yönelik çoklu regresyon analizi uygulanmış. Çoklu regresyon analiz sonuçları içeren tablo 30’da sunulmuştur.

Tablo 30. Şehirlere göre ölüm kaygısı ölçeği alt boyutu olan ölüm belirsizliğine sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının etkisinin belirlenmesine yönelik çoklu regresyon analizi

	Ölüm Belirsizliği					
	Şanlıurfa			İstanbul		
	Beta	t	p	Beta	t	p
Sabit		4.090	0.000		4.175	0.000
Sağlık Sorumluluğu	-0.112	-0.642	0.522	-0.543	-2.946	0.004
Fiziksel Aktivite	0.018	0.107	0.915	0.065	0.409	0.683
Beslenme	0.081	0.430	0.668	0.185	0.998	0.321
Manevi Gelişim	-0.177	-1.107	0.271	-0.082	-0.483	0.630
Kişiler Arası İlişkiler	0.004	0.025	0.980	0.130	0.815	0.417
Stres Yönetimi	0.119	0.679	0.499	0.009	0.050	0.960
F	0.336			F	2.428	
p	0.916			p	0.032	
R²	-0.042			R²	0.080	

Tablo 30’da Şanlıurfa’da ölüm kaygısı ölçeği alt boyutu olan ölüm belirsizliğine “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanlarının etkisinin belirlenmesine yönelik çoklu regresyon analizi uygulanmış olup, kurulan modelin anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.916>0.05$).

İstanbul’da ölüm kaygısı ölçeği alt boyutu olan ölüm belirsizliğine “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanlarının etkisinin belirlenmesine yönelik çoklu regresyon analizi uygulanmış olup, kurulan modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0.032>0.05$). İstanbul’da ölüm belirsizliğine sağlık sorumluluğun etkisi olduğu, diğer değişkenlerin etkisinin olmadığı saptanmıştır.

Ölüm belirsizliği = $4.175 - 0.543 * \text{Sağlık Sorumluluğu}$

4.3.4 Şehirlere Göre Maruz Kalmaya Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Etkisinin Belirlenmesine Yönelik Çoklu Regresyon

Araştırmaya katılan ebeveynlerin şehirlere göre maruz kalmaya “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” ölçeği alt boyut puanlarının etkisinin belirlenmesine yönelik çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Çoklu regresyon analiz sonuçları içeren tablo 31’de sunulmuştur.

Tablo 31. Şehirlere göre maruz kalmaya Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının etkisinin belirlenmesine yönelik çoklu regresyon analizi

	Ölüm Belirsizliği					
	Şanlıurfa			İstanbul		
	Beta	t	p	Beta	t	p
Sabit		4.090	0.000		4.175	0.000
Sağlık Sorumluluğu	-0.112	-0.642	0.522	-0.543	-2.946	0.004
Fiziksel Aktivite	0.018	0.107	0.915	0.065	0.409	0.683
Beslenme	0.081	0.430	0.668	0.185	0.998	0.321
Manevi Gelişim	-0.177	-1.107	0.271	-0.082	-0.483	0.630
Kişiler Arası İlişkiler	0.004	0.025	0.980	0.130	0.815	0.417
Stres Yönetimi	0.119	0.679	0.499	0.009	0.050	0.960
F	0.336			F	2.428	
p	0.916			p	0.032	
R²	-0.042			R²	0.080	

Tablo 31’de Şanlıurfa’da ölüm kaygısı ölçeği alt boyutu olan maruz kalmaya “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanlarının etkisinin belirlenmesine yönelik çoklu regresyon analizi uygulanmış olup, kurulan modelin anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.810>0.05$).

İstanbul’da ölüm kaygısı ölçeği alt boyutu olan maruz kalmaya “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanlarının etkisinin belirlenmesine yönelik çoklu regresyon analizi uygulanmış olup, kurulan modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0.040>0.05$). İstanbul’da maruz kalmaya kişilerarası ilişkilerin etkisi olduğu, diğer değişkenlerin etkisinin olmadığı saptanmıştır.

$$\text{Maruz kalma} = 3.687 + 0.332 * \text{Kişilerarası ilişkiler}$$

4.3.5. Şehirlere Göre Acı Çekmeye Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Etkisinin Belirlenmesine Yönelik Çoklu Regresyon Analizi

Araştırmaya katılan ebeveynlerin şehirlere göre acı çekme “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” boyut puanlarının etkisinin belirlenmesine yönelik çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Çoklu regresyon analizleri içeren tablo 32’de sunulmuştur.

Tablo 32. Şehirlere göre acı çekmeye Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının etkisinin belirlenmesine yönelik çoklu regresyon analizi

	Acı Çekme					
	Şanlıurfa			İstanbul		
	Beta	t	p	Beta	t	p
Sabit		3.399	0.001		3.025	0.003
Sağlık Sorumluluğu	-0.219	-1.263	0.210	-0.471	-2.498	0.014
Fiziksel Aktivite	0.068	0.400	0.690	0.048	0.295	0.768
Beslenme	-0.058	-0.313	0.755	0.153	0.807	0.422
Manevi Gelişim	-0.026	-0.164	0.870	-0.033	-0.186	0.853
Kişiler Arası İlişkiler	0.171	0.960	0.339	0.260	1.593	0.115
Stres Yönetimi	0.056	0.321	0.749	-0.028	-0.146	0.884
F	0.484			F	1.641	
p	0.819			p	0.145	
R2	-0.032			R2	0.037	

Tablo 32’de Şanlıurfa’da ve İstanbul’da ölüm kaygısı ölçeği alt boyutu olan acı çekmeye “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” ölçeği alt boyut puanlarının etkisinin belirlenmesine yönelik çoklu regresyon analizi uygulanmış olup, kurulan modelin anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.819$ v $p=0.145>0.05$).

4.3.6 Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Şehir Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan ebeveynlerin şehir değişkenine göre “Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği ” alt boyut puanları arasındaki karşılaştırılmanın yapılması için Bağımsız Grup t testi uygulanmıştır. Bağımsız Grup t testi sonuçları ise Tablo 33’te sunulmuştur.

Tablo 33. Türkçe ölüm kaygısı ölçeği alt boyut puanlarının şehir değişkenine göre karşılaştırılması

Ölçek Boyutları	Şanlıurfa (n=100)		İstanbul (n=100)		t	p
	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS		
Ölüm Belirsizliği	21.85	10.27	15.38	11.5	4.197	0.001
Maruz Kalma	15.12	6.50	10.44	8.63	4.330	0.001
Acı Çekme	6.92	3.32	5.46	3.53	3.011	0.003

*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; t testi

Tablo 33'te "Türkçe Ölüm Kaygısı Ölçeği" alt boyut puanlarının şehre göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için Bağımsız Grup t testi uygulanmış ve Şanlıurfa ve İstanbul'da olan ebeveynlerin ölüm belirsizliği (t=4.197;p=0.001), maruz kalma (t=4.330, p=0.001) ve acı çekme(t= 3.011; p=0.003) puanları arasındaki farklılığın önemli olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). İstanbul'da özel çocuğu olan ebeveynlerin ölüm belirsizliği, maruz kalma ve acı çekme kaygılarının Şanlıurfa'da özel çocuğu olan ebeveynlerden daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.3.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Şehir Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan ebeveynlerin şehir değişkenine göre "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği" alt boyut puanları arasındaki karşılaştırılmanın yapılması için Bağımsız Grup t testi uygulanmıştır. Bağımsız Grup t testi sonuçları ise Tablo 34'te sunulmuştur.

Tablo 34. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyut puanlarının şehir değişkenine göre karşılaştırılması

Ölçek Boyutları	Şanlıurfa (n=100)		İstanbul (n=100)		t	p
	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS		
Sağlık Sorumluluğu	2.06	0.50	2.18	0.57	-1.646	0.101
Fiziksel Aktivite	2.05	0.55	2.10	0.61	-0.636	0.525
Beslenme	2.19	0.46	2.23	0.49	-0.643	0.521
Manevi Gelişim	2.34	0.51	2.48	0.58	-1.847	0.066
Kişiler Arası İlişkiler	2.32	0.44	2.42	0.52	-1.484	0.139
Stres Yönetimi	2.27	0.49	2.37	0.59	-1.401	0.163

Tablo 34'te "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği" alt boyut puanlarının şehre göre gruplar arasındaki farklılığın önemli olup olmadığını tespit etmek için

Bağımsız Grup t testi uygulanmış ve Şanlıurfa ve İstanbul’da olan ebeveynlerin “*sağlıklı Yaşama Davranışları II Ölçeği*” alt boyut puanları arasındaki farklılığın önemli olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).



5. TARTIŞMA

Bu araştırma, Şanlıurfa ve İstanbul'da özel gereksinime sahip çocukları olan ebeveynlerin ölüm kaygısı ile sağlıklı yaşam biçimi belirlemek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ölüm kaygıları üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma kapsamında elde edilen sonuçlara ilişkin tartışmaya bu bölümde yer verilmiştir.

Şanlıurfa ve İstanbul'da kadın ve erkek ebeveynlerin ölüm kaygısı puanları arasındaki farklılığın önemli olmadığı görüldü. Araştırmamıza benzer şekilde İnce (2014) ve Dattel ve Neimeyer, (1990) çalışmalarında cinsiyet değişkeni ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Araştırmamızdan farklı olarak Eshbaugh (2013) ise çalışmasında erkeklerin kadınlara göre daha çok ölüm kaygısına sahip olduğu, İnci ve Öz (2009) çalışmasında hemşirelerin eğitim öncesinde ölüm kaygısı puan ortalaması eğitim sonrasında düşük olduğu belirlenmiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ünal (2020) kanser hastalarının yakınları ile kanser hastası yakını olmayan kişilerin ölüm kaygısı arasında farklılık olmadığı görülmüştür. Taşdemir ve Gök (2012) çalışmasında erkeklerin kızlardan ölüm kaygısı puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bilge, Embel ve Kaya (2014) çalışmasında ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması erkeklerde daha yüksek olduğu saptanmış olup, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır. Cengiz, Yıldırım ve Gürdap çalışmasında ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmış olup, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır. Köstek (2015) araştırmasında kadınların ölüm kaygısı puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Şahin, Demirkıran ve Adana (2016) hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmasında kız öğrencilerin ölüm kaygısı, erkek öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. Meşeli (2020) ve Chuın (2009) çalışmasında kadınların ölüm süreci-acı ve ıstırap kaygıları puan ortalamaları erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yelden (2020) çalışmasında kadın yaşlı bakım elemanlarının ölüm kaygısı erkeklerden daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Şanlıurfa ve İstanbul'da ebeveynlerin ölüm kaygısı puanlarının yaş grupları arasındaki farklılığın önemli olmadığı görüldü. Krause (2016) çalışmasında ölüm kaygısının yaş<30 kadar katılımcıların ölüm kaygısı yükseldiği, yaş>30 sonra ölüm

kaygısı kademeli olarak azaldığı saptanmıştır. Ünal (2020) kanser hastalarının yakınları ölüm kaygılarının yaş grubunu göre değişmediği görülmüştür. Yelden (2020) çalışmasında acı çekme faktörü, ölümün belirsizliği faktörü, maruz kalma faktörü puanları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır. Çetin (2015) annenin yaşı ile anne tarafından belirtilen ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. İnce (2014) çalışmasında yaş değişkeni ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuçlar araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir. Diğer bir taraftan Dattel ve Neimeyer (1990) ölüm kaygısının ebeveynlerde yaşla birlikte arttığı saptanmıştır. İnci ve Öz (2009) çalışmasında tüm yaş gruplarından hemşirelerin eğitim sonrası ölüm kaygısı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük puan aldıkları ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Taşdemir ve Gök (2012) çalışmasında 22 yaş ve üzeri grubun 18-21 yaş grubundan ölüm kaygısı puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Cengiz, Yıldırım ve Gürdap çalışmasında 66 yaş ve üzerinde olan bireylerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının istatistiksel olarak önemli farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir. Köstek (2015) araştırmasında yaşlıların yaş grubu ile ölüm kaygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Meşeli (2020) çalışmasında <25, 25-34 ve >35 yaş grupları ile ölüm kaygısı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Koytak (2008) araştırmasında anne ve babanın yaşı ile annenin ölüm kaygısı arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Şanlıurfa ve İstanbul’da ebeveynlerin ölüm kaygısı puanlarının eğitim düzeyleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı görüldü. Literatür incelemesi sonucunda araştırma bulguların farklı sonuçlar elde eden araştırmalar ile karşılaştırılmıştır. Örneğin Meşeli (2020) çalışmasında lise, ön lisans, lisans ve yüksek lisans grupları ile ölüm kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Yelden (2020) çalışmasında lise mezunu yaşlı bakım elemanlarının ölüm kaygısının ilköğretim ve ortaokul mezunlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Koca (2017) engelli çocuğa sahip Okuma yazma bilen annelerin puanları ile ilkokul-ortaokul mezunu annelerin puanları arasında, ilkokul-ortaokul mezunu annelerin puanları ile lise mezunu annelerin puanları arasında ve ilkokul mezunu annelerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.. Çetin (2015) annenin öğrenim durumu ile anne tarafından belirtilen ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki

olmadığı saptanmıştır. İnce (2014) çalışmasında yüksek lisans mezunlarının ölüm süreci ile ilgili kaygılar puanları, ön lisans mezunu olanların ölüm süreci ile ilgili kaygılar puanlarından yüksek bulundu. Yüksek lisans mezunu olanların ölüm süreci ile ilgili kaygılar puanları, lisans mezunu olanların ölüm süreci ile ilgili kaygılar puanlarından yüksek bulundu. Koytak (2008) araştırmasında babanın öğrenim durumu ile ölüm kaygısı arasında ilişki olduğu ancak annenin öğrenim durumu ile annenin ölüm kaygısı arasında ilişki olmadığı görülmüştür.

Şanlıurfa ve İstanbul’da ebeveynlerin ölüm kaygısı puanlarının gelir durumu arasındaki farklılığın önemli olmadığı görüldü. Araştırma bulgularının aksine Gashi (2011) ve Cengiz (2021) çalışmasında gelir durumu kötü olanların ölüm kaygısı puan ortalamalarının istatistiksel olarak önemli derecede yüksek olduğu belirlendi.

Şanlıurfa ve İstanbul’da ebeveynlerin ölüm kaygısı puanlarının çalışma durumu arasındaki farklılığın önemli olmadığı görüldü. Araştırma bulgularına paralel olarak İnce (2014) çalışmasında meslekteki çalışma süresi değişkeni ölüm kaygısı alt boyutları arasında sonuçlarına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. Araştırma sonuçlarının tersine İnci ve Öz (2009) çalışmasında çalışma yıllarına göre yapılan gruplamada tüm gruplardaki hemşireler eğitim sonrası ölüm kaygısı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük puan aldıkları ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Meşeli (2020) çalışmasında >6 Yıl grubunun ölüm süreci-acı ve ıstırap kaygıları ve total puan ortalamaları 4-6 yıl grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Yelden (2020) çalışmasında ölümün belirsizliği faktörü bakımından 0-2 yıl ve 3-5 yıl arası çalışanlar arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir.

Şanlıurfa ve İstanbul’da ebeveynlerin ölüm kaygısı puanlarının medeni durum arasındaki farklılığın önemli olmadığı görüldü. Köstek (2015) araştırmasında yaşlıların medeni durumu ile ölüm kaygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Meşeli (2020) çalışmasında evli ve bekar grupları ile ölüm kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Yelden (2020) çalışmasında ölümün belirsizliği faktörü, acı çekme faktörü ve maruz kalma faktörü puanları bakımından “medeni durum” değişkeni kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Ünal (2020) kanser hastalarının yakınları ölüm

kaygılarının medeni duruma göre değişmediği görülmüştür. Bu araştırmalar çalışma bulgularını destekler niteliktedir.

Şanlıurfa ve İstanbul'da ebeveynlerin ölüm kaygısı puanlarının çocuk sayısı arasındaki farklılığın önemli olmadığı görüldü. İnce (2014) çalışmasında çocuk sayısı değişkeni ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu araştırmalar çalışma bulgularını destekler niteliktedir.

Şanlıurfa'daki özel gereksinimli çocuğun yaşı arttıkça ebeveynlerin ölüm maruz kalma kaygısı arttığı ancak İstanbul'da ebeveynin ölüm kaygısı ile özel gereksinimli çocuğun yaşı istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü. Yıldırım (2012) annelerin ruhsal belirti gösterme durumunun çocuğun yaşı ile orantılı olarak arttığı, Fırat ve ark. (2002)'nin araştırmalarında yaşı küçük otizmlili bireylerin annelerin depresyon, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin, yaşı büyük olan zihinsel engelli çocuğu olan annelerden daha düşük olduğu bulunmuştur. Şanlıurfa'daki sonuçları destekler nitelikte iken Uyaroglu ve Bodur (2009)'un çalışmasında çocuğun yaşı büyüdükçe annelerin durumluk kaygı düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir.

Şanlıurfa ve İstanbul'da özel çocuğu kız ve erkek olan ebeveynlerin ölüm kaygısı puanları arasındaki farklılığın önemli olmadığı görüldü. Koca (2017) engelli çocuğa sahip annelerin ölüm anksiyete alt boyutları puanlarının hiçbirisinde, engelli çocuğun cinsiyetinden kaynaklanan istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Yıldırım (2012) çalışmasında engelli çocuğu kız olan annelerin ruhsal belirti gösterme durumunun erkek çocuğu olan annelere göre daha yüksek olduğu ancak çocuğun cinsiyetinin ruhsal belirti gösterme durumunu etkilemediği saptanmıştır. Bu araştırmalar çalışma bulgularını destekler nitelikteyken farklı bir çalışmada Bilal ve Dağ (2005) zihinsel engelli bireyin kız çocuğu olması olan annelerin stres ile başa çıkma ve öz güven yaklaşımları düşük çıkmıştır.

Şanlıurfa ve İstanbul'da kadın ve erkek ebeveynlerin “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” puanları arasındaki farklılığın önemli olmadığı görüldü. Besleyici (2019) cinsiyet ile evde bakım alan yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçim davranışı toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu araştırma çalışma bulgularını destekler niteliktedir. Meşeli (2020) çalışmasında “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” ölçeği sağlık sorumluluğu,

fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve total puan ortalamaları erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Özyazıcıoğlu vd. (2011) çalışmasında sağlıklı yaşam biçim davranışı puanları öğrencilerin cinsiyetlerine göre incelenmiş kız öğrencilerinin toplam puanının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Aras Doğan (2012) araştırmasında kızların alt ölçek ve genel ölçek puan ortalamaları yüksek görünmekle birlikte cinsiyet grupları ile AYBÖ ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır.

Şanlıurfa ve İstanbul'da ebeveynlerin "*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*" yaş grupları arasındaki farklılığın önemli olmadığı görüldü. Besleyici (2019) yaşlı bireylerin yaşlarına göre sağlıklı yaşam biçim davranışı sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak yaşa göre fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Besleyici (2019) cinsiyet ile evde bakım alan yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçim davranışı toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu araştırmalar çalışma bulgularını destekler niteliktedir. Araştırma bulgularının aksine Meşeli (2020) çalışmasında <25, 25-34 ve >35 yaş gruplarının "*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*" ölçeği sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve total puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Aras Doğan (2012) araştırmasında sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamasında 12-15 yaş grubu adölesanlar 16-19 yaş grubu adölesanlardan daha fazla puan almışlar ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir.

Şanlıurfa'da üniversite mezunu ebeveynlerin sağlık sorumluluğu davranışı ilkökul mezunu ebeveynlerden daha yüksek, ortaokul, lise ve üniversite mezunu ebeveynlerin fiziksel davranışı ilkökul mezunu ebeveynlerden daha yüksek olduğu ve İstanbul'da ebeveynin manevi gelişim ve stres yönetimi davranışının öğrenim durumu değişkenine göre farklılık gösterdiği saptandı. Meşeli (2020) çalışmasında lise, ön lisans, lisans ve yüksek lisans gruplarının "*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*" ölçeği sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve total puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak

anlamli farklılık gözlenmemiştir. Besleyici (2019) yaşı bireylerin eğitim durumlarına bakıldığında; eğitim durumları ile sağlıklı yaşam biçim davranışı toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak öğrenim durumu ile sağlıklı yaşam biçim davranışı beslenme alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu araştırmalar çalışma bulgularını destekler niteliktedir. Çalışma bulgularından farklı olarak Aras Doğan (2012) araştırmasında babası ortaokul mezunu olan grup ile ilkokul mezunu olan grup arasında olduğu belirlenmiştir. Ayrıca sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, bu farkın annesi okuryazar olmayan grup ile ortaokul mezunu olan grup arasında olduğu bulunmuştur.

Şanlıurfa'da gelir durumu ortanın üstünde ve ortanın altında olan ebeveynlerin sağlık sorumluluğu gelir durumu orta olan ebeveynlerden daha yüksek olduğu, İstanbul'da gelir durumu ortanın üstünde ve ortanın altında olan ebeveynlerin sağlık sorumluluğu, ebeveynlerin fiziksel davranışı ve stres yönetiminin gelir durumu orta olan ebeveynlerden daha yüksek olduğu, gelir durumu ortanın üstünde olan ebeveynlerin beslenme davranışı gelir durumu ortanın altında olan ebeveynlerden daha yüksek olduğu görüldü. Özyazıcıoğlu vd. (2011) çalışmasında gelir düzeyi düşük öğrencilerin beslenme puanlarının da oldukça düşük olduğu görülmüş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu araştırmalar çalışma bulgularını desteklemektedir. Aras Doğan (2012) araştırmasında gelir durumu ile SYBDII toplam ve alt ölçekleri arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır.

Şanlıurfa ve ebeveynlerin “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği” çalışma durumu arasındaki farklılığın önemli olmadığı görüldü. Meşeli (2020) çalışmasında deneyim süresi 6 yıl gruplarının “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği” ölçeği sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve total puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Aras Doğan (2012) araştırmasında stres yönetimi, spiritüel sağlık alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamasında babası çalışan grup çalışmayan gruptan fazla puan almıştır. Ayrıca beslenme alt ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, annesi çalışmayan grupta beslenme alt ölçek puanı yüksek olduğu bulunmuştur. Besleyici (2019) yaşı bireylerin çalışma

durumlarına göre sağlıklı yaşam biçim davranışı toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Şanlıurfa'da ebeveynin “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” medeni durum değişkenine göre farklılık göstermediği ve İstanbul'da evli ebeveynlerin manevi gelişim davranışının boşanmış ebeveynlerden daha yüksek olduğu görüldü. Meşeli (2020) çalışmasında evli ve bekar gruplarının SYBDII ölçeği sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve total puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Besleyici (2019) evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin medeni durumuna göre sağlıklı yaşam biçim davranışı fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Şanlıurfa'da 2 çocuğa sahip ebeveynlerin fiziksel aktivite davranışı 5 ve üzeri çocuğa sahip ebeveynlerden daha yüksek olduğu görüldü. İstanbul'da 2 çocuğa sahip ebeveynlerin fiziksel aktivite davranışı 3 çocuğa sahip ebeveynlerden daha yüksek olduğu, ayrıca 1 ve 2 çocuğa sahip ebeveynlerin stres yönetimi davranışı 3 çocuğa sahip ebeveynlerden daha yüksek olduğu görüldü. Aras Doğan (2012) araştırmasında 4 kardeş ve üzeri olan grupta fiziksel aktivite, pozitif yaşam bakışı alt ölçek puan ortalamaları düşük bulunmuştur.

Şanlıurfa'da özel gereksinimli çocuğun yaşı arttıkça ebeveynlerin sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite davranışlarının azaldığı ancak İstanbul'da ebeveynin “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” ile özel gereksinimli çocuğun yaşı istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü. Kaya (2020) çalışmasında engelli çocuğun yaşının arttıkça ebeveynlerin eğitim öncesi beslenme ve stres yönetiminin puanlarının arttığı ve çocukların engellilik dereceleri arttıkça ebeveynlerin eğitim öncesi “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” puanı, Stres yönetimi, fiziksel aktivite, beslenme alt boyut puanları azaldığı tespit edilmiştir.

Şanlıurfa'da kız ve erkek özel çocuğu olan ebeveynlerin “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği*” puanları arasındaki farklılığın önemli olmadığı görüldü ve İstanbul'da özel çocuğu erkek olan ebeveynlerin sağlık sorumluluğu, kişilerarası iletişim ve stres yönetimi davranışları özel çocuğu kız olan ebeveynlerden daha yüksek olduğu görüldü. İlhan (2017) Araştırmaya göre, anne babaların stres düzeyleri ile özel

gereksinimli çocuklarının cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu Şanlıurfa sonuçları sonuçları desteklemektedir. Ergin ve arkadaşları (2007), kızı olan annelerin kaygı düzeylerinin, oğlu olan annelere göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. İstanbul'un keşfini destekler.

Şanlıurfa'da bulunan ebeveynlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile ölüm kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü. İstanbul'da sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve stres yönetimi davranışı arttıkça ölüm belirsizliği ve ölüme maruz kalma kaygısı azaldığı görüldü. Meşeli (2020) çalışmasında ölüm kaygısı ile sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ölüm kaygısı ile fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

İstanbul'da maruz kalmaya kişilerarası ilişkilerin etkisi olduğu, diğer değişkenlerin etkisinin olmadığı saptanmıştır. Avcı (2012) mizah tarzları ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış çalışmamızın bulguları destekler nitelikte.

İstanbul'da özel çocuğu olan ebeveynlerin ölüm belirsizliği, maruz kalma ve acı çekme kaygılarının Şanlıurfa'da özel çocuğu olan ebeveynlerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Schumaker (1988) kültürler farklılıklardan bağlı olarak ölüm anlamlandırmasının farklı olduğudur. Kubler-Ross (2009) Doğu toplumlarında ölüm kaygısının daha düşük olduğu saptanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu bölümde özel gereksinime sahip çocukların ebeveynlerin ölüm kaygısı ile sağlıklı yaşam becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi bu araştırmada elde edilen sonuçlar yer almaktadır.

- Şanlıurfa'da araştırmaya katılanların %59'u kadın, %24'ü 31-35 yaş, %47'si ilkokul mezunu, %58'i gelir durumu orta, %45'i çalışmıyor, %81'i evli, %28'i üç çocuğa sahip, %55'inin özel gereksinimi olan erkek ve özel gereksinimli çocukların ortalama yaşı 7,99≈8'dir.
- İstanbul'da araştırmaya katılanların %65'i kadın, %24'ü 31-35 yaş, %41'i ilkokul mezunu, %51'inin gelir durumu orta, %59'u çalışmıyor, %90'ı evli, %35'i iki çocuğa sahip, %68'inin özel gereksinimi olan erkek ve özel gereksinimli çocukların ortalama yaşı 7,53≈8'dir.
- Şanlıurfa'da araştırmaya katılanların %59'u kadın, %24'ü 31-35 yaş, %47'si ilkokul mezunu, %58'i gelir durumu orta, %45'i çalışmıyor, %81'i evli, %28'i üç çocuğa sahip, %55'inin özel gereksinimi olan erkek ve özel gereksinimli çocukların ortalama yaşı 7,99≈8'dir.
- İstanbul'da araştırmaya katılanların %65'i kadın, %24'ü 31-35 yaş, %41'i ilkokul mezunu, %51'inin gelir durumu orta, %59'u çalışmıyor, %90'ı evli, %35'i iki çocuğa sahip, %68'inin özel gereksinimi olan erkek ve özel gereksinimli çocukların ortalama yaşı 7,53≈8'dir.

Şanlıurfa Açısından Sonuçlar;

- Şanlıurfa'daki ortaokul, lise ve üniversite mezunu ebeveynlerin fiziksel davranışı ilkokul mezunu ebeveynlerden daha yüksek olduğu görülmektedir.
- Şanlıurfa'daki üniversite mezunu ebeveynlerin sağlık sorumluluğu davranışı ilkokul mezunu ebeveynlerden daha yüksek olduğu görülmektedir.
- Şanlıurfa'daki özel gereksinimli çocuğun yaşı arttıkça ebeveynlerin ölümüne maruz kalma kaygısı artmaktadır.
- Şanlıurfa'daki gelir durumu ortanın üstünde ve ortanın altında olan ebeveynlerin sağlık sorumluluğu gelir durumu orta olan ebeveynlerden daha yüksek olduğu görülmektedir.

- Şanlıurfa'daki 2 çocuğa sahip ebeveynlerin fiziksel aktivite davranışı 5 ve üzeri çocuğa sahip ebeveynlerden daha yüksektir.
- Şanlıurfa'da özel gereksinimli çocuğun yaşı arttıkça ebeveynlerin sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite davranışları azalmaktadır.

İstanbul Açısından Sonuçlar;

- İstanbul'da gelir durumu ortanın üstünde ve ortanın altında olan ebeveynlerin sağlık sorumluluğu gelir durumu orta olan ebeveynlerden daha yüksektir.
- İstanbul'da gelir durumu ortanın üstünde ve ortanın altında olan ebeveynlerin fiziksel davranışı gelir durumu orta olan ebeveynlerden daha yüksektir.
- İstanbul'da gelir durumu ortanın üstünde olan ebeveynlerin beslenme davranışı gelir durumu ortanın altında olan ebeveynlerden daha yüksektir.
- İstanbul'da evli ebeveynlerin manevi gelişim davranışının boşanmış ebeveynlerden daha yüksektir.
- İstanbul'da 2 çocuğa sahip ebeveynlerin fiziksel aktivite davranışı 3 çocuğa sahip ebeveynlerden daha yüksektir.
- İstanbul'da 1 ve 2 çocuğa sahip ebeveynlerin stres yönetimi davranışı 3 çocuğa sahip ebeveynlerden daha yüksektir.
- İstanbul'da özel çocuğu erkek olan ebeveynlerin sağlık sorumluluğu, kişilerarası iletişim ve stres yönetimi davranışları özel çocuğu kız olan ebeveynlerden daha yüksektir.
- İstanbul'da sağlık sorumluluğu davranışı arttıkça ölüm belirsizliği ve ölüme maruz kalma kaygısı azalmaktadır.
- İstanbul'da manevi gelişim davranışı arttıkça ölüm belirsizliği ve ölüme maruz kalma kaygısı azalmaktadır.
- İstanbul'da stres yönetimi davranışı arttıkça ölüm belirsizliği ve ölüme maruz kalma kaygısı azalmaktadır.

İstanbul ve Şanlıurfa Karşılaştırılması Açısından

- İstanbul'da özel çocuğu olan ebeveynlerin ölüm belirsizliği, maruz kalma ve acı çekme kaygılarının Şanlıurfa'da özel çocuğu olan ebeveynlerden daha yüksektir.

6.2. Öneriler

Bu bölümde özel gereksinime sahip çocukların Sahip Ebeveynlerin Ölüm Kaygısı ile Sağlıklı Yaşam Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” bu araştırmada elde edilen sonuçlara yönelik öneriler yer almaktadır.

- Yapılan çalışma özel gereksinime sahip çocukların ebeveynlerin aileleri oluşturmaktadır. Çalışmaya normal gelişim gösteren çocukların ebeveynlerin aileleri katılıp ilişkileri incelenebilir.
- Özel gereksinime sahip çocukların ebeveynleri ile yapılan “TÖKÖ” ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği” 200 ebeveynle yapılan bu çalışmada, ilerleyen zamanlarda yapılacak olan araştırmalarda örneklem sayısı artırılabilir.
- Özel gereksinime sahip çocukların ebeveynlerin ölüm kaygısı ile sağlıklı yaşam becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan çalışmaya, dahil edilen ilçeler olan Şanlıurfa ile İstanbul dışında farklı iller ya da ilçeler dahil edilerek çalışma genişletilebilir.
- Şanlıurfa’da ortaokul, lise ve üniversite mezunu ebeveynlerin fiziksel davranışı ilköğretim mezunu ebeveynlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Şanlıurfa’da özel gereksinime sahip çocukların sahip ilk okul mezunu ebeveynlere rehabilitasyon merkezleri aracılığıyla fiziksel davranışlarını artırmak için Gençlik ve Spor Bakanlığı aracı ile ailelere spor kursları açarak fiziksel aktivite desteği verilebilir.
- Şanlıurfa’da özel gereksinime sahip çocuğun yaşı arttıkça ölüme maruz kalma kaygısı arttığı bulunmuştur. Özel gereksinime sahip ebeveynlerin ölüme maruz olma kaygısı düşürmek için Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı Sosyal Hizmet Merkezlerince yürütülmekte olan aile eğitim programlarına dahil edilebilir.
- İstanbul’da gelir durumu ortanın üstünde olan ebeveynlerin beslenme davranışı gelir durumu ortanın altında olan ebeveynlerden daha yüksek bulunmuştur. Ebeveynlere doğru beslenme davranışları kazandırılması için eğitimler verilebilir.
- İstanbul’da evli ebeveynlerin manevi gelişim davranışının boşanmış ebeveynlerden daha yüksek bulunmuştur. Özel gereksinime sahip çocukların sahip boşanmış ebeveynlere manevi gelişim eğitimleri verilip manevi gelişim davranışları artırılabilir.
- İstanbul’da 1 ve 2 çocuğa sahip ebeveynlerin stres yönetimi davranışı 3 çocuğa sahip ebeveynlerden daha yüksek bulunmuştur. Özel gereksinimi olan çocuğa sahip olup 3 çocuktan fazla olan ebeveynlere stres yönetimi davranışları konusunda destek verilebilir.

- İstanbul’da sağlık sorumluluğu davranışı arttıkça ölüm belirsizliği ve ölüme maruz kalma kaygısı azaldığı bulunmuş ayrıyeten İstanbul’da manevi gelişim davranışı arttıkça ölüm belirsizliği ve ölüme maruz kalma kaygısı azaldığı bulunmuştur. Özel gereksinime sahip çocukların ebeveynlerin ölüm belirsizliği ve ölüme maruz kalma kaygılarını azaltmak için sağlık sorumluluğu davranışları ve manevi gelişimi aşılama için seminerler verilebilir.
- İstanbul’da stres yönetimi davranışı arttıkça ölüm belirsizliği ve ölüme maruz kalma kaygısı azaldığı bulunmuştur. Özel gereksinime sahip çocukların sahip ebeveynlerin ölüm belirsizliği ve ölüme maruz kalma kaygısını düşürmek için stres yönetimi konusunda destekler verilebilir.
- İstanbul’da özel çocuğu olan ebeveynlerin ölüm belirsizliği, maruz kalma ve acı çekme kaygılarının Şanlıurfa’da özel çocuğu olan ebeveynlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Özel çocuğu olan ebeveynlerin ölüm belirsizliği, maruz kalma ve acı çekme kaygılarını düşürmek için psikolojik destek verilebilir.

7. KAYNAKÇA

- Abalı, D. D. (2018). Otizm. *Otizm: Tanı, Tedavi ve Eğitimde Güncel Bilgiler* (1. Baskı). (S. 14-31). İstanbul: Ediba.
- Acar, H. (2014). Manevi İyi Oluş İle Dindarlık Arasındaki İlişki Üzerine Bir Değerlendirme. *Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 18(2), 391-412.
- Ağır, Ö. G. (2019). İtiyaçlar Hiyerarşisi. *Çağdaş Psikoloji Akımları* (1. Baskı). İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Akçamete, G. (2009). *Genel Eğitim Okullarında Özel Gereksinimi Olan Öğrenciler ve Özel Eğitim* (6. Baskı). Ankara: Kök Yayıncılık.
- Akgül, P. D. (2020). Zihinsel Yetersizliği Olan Bireylerin Sınıflandırılması. *Özel Eğitim* (S. 31-32). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık Öğretim Yayınları.
- Aksoy, T., & Hülya, U. (2014). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 53-67.
- Altın, G. T. (2020). Trabzon İl Merkezindeki Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerde Kardiyovasküler Risk Faktörleri Sıklığı ve Sağlıklı Yaşam Davranışları. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Altıntaş, T., İspir, K., & Şahin, S. (2020). Atipik ve Tipik Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Annelerin Ölüm Kaygısına İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 2(1), 20-27.
- Altan, Ö. Z. (2004) Sosyal Politikalar, Anadolu Üniversitesi Yayınları (1. Baskı), Eskişehir.
- Aral, N., Deniz, Ü., ve Kan, A. (2016). Özel Gereksinimli Aileler. *Öğretmenlik Alan Bilgisi/Okul Öncesi Öğretmenliği* (2.Baskı) . İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Aral, P. D., ve Gürsoy, D. D. (2007). Özel Eğitim Sınıflandırması (4. Baskı). 23-36 içinde, *Özel Eğitim*. İstanbul: Morpa Yayınları.
- Arıkan, Ç. (2002). Sosyal Model Çerçevesinde Özürlüğe Yaklaşım . *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 2(1), 25-32.
- Artan, İ. (2001). Zihinsel Engelli Çocukların Anne ve Babaların Kaygı Düzeylerinin Etki Eden Etmenlerin İncelenmesi. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 1(1), 41-53.
- Aslan, A. K. (2002). Değişen Toplumda Aile ve Çocuk Eğitiminde Sorunlar. *Ege Eğitim Dergisi*, 1(2), 25-33.
- Aslan, K. (2015). Dair Derleme'nin Özgülebildiğini ve Erken Döneminin Erken Dönem Uygulamaları'na. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 580-582.
- Avcı, Y. D. (2016). Kişisel Sağlık Bunu. *TAF Koruyucu Tıp Bülteni*. 15(3), 259-260.
- Ayten, A. (2009). Üniversite Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı: Türk ve Kullanıcı Öğrenciler Üzerine Üzerine Bir Araştırma. *Dinbilimleri Akademik Araştırmalar Dergisi*. 9(1), 100-103.
- Ayten, A. (2015). Dinî Başa Çıkma, Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. *Dini Bilimler Araştırma Dergisi*, 15, 3-7.
- Ayten, A. (2009). *Prososyalda yarışmada dindarlık ve empatinin rolü* (Doktora tezi, Marmara Üniversitesi (Türkiye)).
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., & Kışal, A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği İl'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1-13.
- Bakanlığı, M. E. (2017). Görme Yetersizliği. *Çocuk Gelişimi ve Eğitimi*. İçinde Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı.

- Bakanlığı, M. E. (2019). Otizm Nedir. *Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) Şimdi Ne Olacak?* (S. 9). İçinde (1. Baskı) İstanbul : Tohum Otizm.
- Başkale, H. (2016). Nitel Araştırmalarda Geçerlik, Güvenirlik ve Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1), 23-28.
- Beki, A. (2019). Manevi Destek. *Manevi Destek Hizmetleri* (S. 18-19). İçinde (1. Baskı) İstanbul : İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi.
- Bilginer, H. (2002). Down Sendromlu Çocuklarda Dil Gelişimi. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 19(1), 169-172.
- Bıyık, İ. (2013). Yüksek Riskli Gebelikleri Belirlemede Down Sendromu Tarama Belirteçleri ve HLA-G. *Konuralp Tıp Dergisi*, 5(3), 76-80.
- Bodur, Ş., ve Soysal, Ş. (2004). Otizmin Erken Tanı ve Önemi. *SED-Sanat Eğitimi Dergisi*, 13(10), 394-397.
- Bowen-Woodward.(1999). Nonresident Fathers and Children's Well-Being: A Meta-Analysis. *Journal Of Marriage and The Family*, 61(3) 557-573.
- Bölüktaş, R. P. (2019). Ölüm Kaygısı. *Temel Gerontoloji* (S. 268-272). İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Breslau, N., Staruch, K. S., & Mortimer, E. A. (1982). Psychological Distress İn Mothers Of Disabled Children. *American Journal Of Diseases Of Children*, 136(8), 682-686.
- Bluntschli R., Maxfilend M. Grasso R. And Kisley M. *The Journals Of Gerontology: Series B*, Volume 73, Issue 4, May 2018, Pages 555–563
- Bulut, M. B. (2018). Benlik Saygısı, Dini Dünya Görüşleri ve Hayatın Amacının Ölüm Kaygısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Bilimname*, 18(35), 145-173.
- Bulut, S. (2013). Sağlıkta Sosyal Bir Belirleyici; Fiziksel Aktivite. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 70(4), 205-209.
- Burcu, E., ve Akalın, E. (2006). Ölüm Olgusu Üzerine Sosyolojik Tartışmalar. *Türkiyat Araştırmaları*, 8, 29-54.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., Charles, S. T. (1999). Taking Time Seriously: A Theory Of Socioemotional Selectivity. *American Psychologist*, 54, 165-181.
- Carter, B. V. (1998). Değışen Aile Yaşam Döngüsü: Aile Terapisi İçin Bir Çerçeve. B. V. Carter İçinde, *Değışen Aile Yaşam Döngüsü: Aile Terapisi İçin Bir Çerçeve* (S. 45-52).
- Cavkaytar, A. (2017). *Özel Eğitime Gereksinim Duyan Çocuklar ve Özel Eğitim* (S. 4-23). İçinde (3. Baskı) İstanbul: Pegem Yayınları.
- Chuin, C. L. (2015). Whole Genomes Redefine The Mutational Landscape Of Pancreatic Cancer *Sunway Akademik Dergisi*, 518 (7540), 5-6.
- Chang, C. Y., & Meen, T. H. (2016). Exploring Computing's Impact on Design and Creativity in MST Education. *Eurasia Journal of Mathematics, Science and Technology Education*, 12(5), 1115-1118.
- Ciğerli, Ö., Topsever, P., Alvur, T. M., & Görpelioğlu, S. (2014). Engelli Çocuğu Olan Anne-Babaların Tanı Anından İtibaren Ebeveynlik Deneyimleri: Farklılığı Kabullenmek. *Turkish Journal Of Family Medicine and Primary Care*, 8(3), 75-81.
- Cicirelli, V. G. (2009). Sibling Death and Death Fear İn Relation To Depressive Symptomatology İn Older Adults. *Journals Of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(1), 24-32.
- Cihangiroğlu, Z., & Deveci, S. E. (2011). Fırat Üniversitesi Elâzığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2), 78-83.

- Constance, J. (2004). *Huzur İçinde Yatsın: Ölüme Dair Her Şey* (S. 175-176). İçinde (1. Baskı) İstanbul: Dharma Yayıncılık.
- Cook, E. (2000). Autism Spectrum Disorders. *University Of California* , 354-361.
- Corman, H. Reichman, N. E. and Noonan, K. (2008). Impact Of Child Disability On The Family. *Maternal and Child Health Journal*, 12(6), 679-683.
- Çapa, B. (2009). *Zihin Engelli ve Otistik Çocuğa Sahip Ailelerin Toplumsal Hayata Katılmada Yaşadıkları Güçlüklerin Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi.
- Çaycıoğlu, N. B. (2012). Down Sendromu. *Tut Elimi* (S. 145-148). (4. Baskı). Ankara: Akademik Kitaplar.
- Çekmece, B. (2010). A. Unknown(Bilinmiyor) İçinde, *Stres Yönetimi* (S. 13-18). Cambridge: Harvard Business School Press.
- Çetin, S. (2019). *Yaşlılarda Yaşam Kalitesi ve Yaşlılık Algısında Sosyal Hizmetin Rolü: Ankara Örneği* (Yüksek Lisans tezi, Sakarya Üniversitesi).
- Dağdeviren, Z. (2010). *Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler* (Doktora Tezi, Harran Üniversitesi)
- Demirel, S. (2005). Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Hizmetlerinde Aile Eğitiminin Önemi. *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi*, 1, 63-72.
- Doğru, S. S. Y., & Arslan, E. (2008). Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyi ile Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (19), 543-553.
- Dolanay, D. (2016). Annelerin Özel Gereksinimli Çocuklarını Kabul Etmeleri İle Kardeşlerin Özel Gereksinimli Çocukları Kabulü Arasındaki İlişki. (*Yüksek Lisans Tezi*, Yakın Doğu Üniversitesi)
- Dökmen, Ü. (2009). *Ölüm Eğitimi* (S. 9-19). Ankara: Pegem.
- Dökmen, Ü. (2009). Korku, Kaygı ve Ölüm Kaygısı Kavramı. *Ölüm Eğitimi* (S. 31-32). İçinde (2. Baskı) Ankara: Pegem.
- DSÖ, (2021). what is health? (s. 3). <https://www.who.int/about/governance/constitution> adresinden alındı.
- Durualp, E., Kaytez, N., ve Kadan, G. (2013). Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Gereksinimleri ve Stres Düzeylerin İncelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 197-214.
- Duyan, E. C., ve Duyan, G. (2018). *Stres Savaşçısı* (S. 19-24). İçinde Stresin Yaratdığı Sonuçlar. İçinde (2. Baskı) Bursa: Ekin Kitabevi Yayınları.
- Edelman, C. (2019). Sağlık Tanımlandı: Tanıtım ve Önleme Hedefleri.Yaşam. *Philadelphia: Mosby Comp Fourth*, 3-6.
- Elbasan, B., ve Ağar, M. (2020). *Bedensel Yetersizliği Olan Bireyler "Aileler İçin Rehber Kitapçık"* (S. 5-52). İçinde (1. Baskı) Ankara: Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Ens, C., & Bond Jr, J. B. (2007). Death Anxiety İn Adolescents: The Contributions Of Bereavement and Religiosity. *Omega-Journal Of Death and Dying*, 55(3), 169-184.
- Ercan, Z., ve Kıriloğlu, M. (2019). Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Bu Durumu Kabulleniş Süreçleri ve Bu Duruma Dair Görüşleri. *Sosyal Politika Çalışmalar*, 19(14), 601-604.
- Erdoğan, MY ve Özkan, M. (2007). Dini İnançlardaki Değerlendirmeler ile Psikolojik Açından Olumlu-Demografikler Arasındaki İlişkiler.
- Esin, N. (2019). *Sağlığı Geliştirme* (S. 12-16). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi.

- Fertman, C. L., ve Allenswort, D. (2010). *Sağlığı Geliştirme Programları* (S. 29-30). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Fırat, S. (2016). Otistik Çocukların Anne-Babalarının Depresyon ve Kaygı Düzeyleri. *Cukurova Medical Journal*, 41(3), 539-547.
- Gatliff, C., Russac, R. J., Reece, M., & Spottswood, D. (2007). Death Anxiety Across The Adult Years: An Examination Of Age and Gender Effects. *Death Studies*, 31(6), 549-561.
- Gamgam, H. & Altunkaynak B., (2017). SPSS Uygulamalı Parametrik Olmayan Yöntemler Çoklu Karşılaştırmalar. Alındı (6. Baskı) İstanbul: Seçkin
- Gazete, T. R. (2013, 03 SKRHY 30). Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik. *Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik(28603)*. Ankara, Türkiye: Başbakanlık Basımevi.
- Göçmen, D. L. (2011). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü* (S. 1-7). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Günaydın, C. (2017). Ölüm Korkusu. *Ölüm ve Ötesi* (S. 30). Alındı (1. Baskı) Ankara: Şiar Yayınları.
- Gül, A., ve Şahin, C., Görme Yetersizliği Olan Bireylerin Eğitiminde Yardımcı Teknolojiler ve Erişilebilirlik (s. 2-3). İçinde (1. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık
- Gürgür, H., ve Şafak, P. (2020). *İşitme ve Görme Yetersizliği* (S. 2-25). İçinde (1. Baskı) Ankara: Pegem Akademi.
- Güriş, S., & Astar, M. (2014). Bilimsel Araştırmalarda SPSS İle İstatistik. Info:Eu-Repo/Semantics/Closedaccess Adresinde Alındı
- Handler, E. (2008). *Ölümü Ertelemek Mümkün Mü ?* (S. 9-18). İçinde (2. Baskı) Bursa: Akis Kitap.
- Halıcı, M. K., & Kararımak, Ö. (2016). Ölüm Kaygısı, Tinsellik, Dindarlık Eğilimi ve Varoluş Kaygısı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Spiritual Psychology and Counseling*. 1(2), 163 – 187.
- Hennecke, M., Brandstätter, V., ve Oettingen, G. (2021). The Self-Regulation Of Healthy Aging: Goal-Related Processes In Three Domains. *The Journals Of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*.
- Hogan, K. (2012). *Konuşarak İnsan Psikolojisi* (S. 27-30). İçinde (3. Baskı) İstanbul: Yakamoz Yayıncılık.
- Horozcu, Ü. (2012). *Ruh Sağlığı ve Din* (S. S. 177-189). İçinde (2. Baskı) Ankara: Grafik-Ofset Matbacılık Reklamcılık.
- Hökelekli, P. D. (2008). *Ölüm, Ölüm Ötesi Psikolojisi ve Din* (S. 70-85). İçinde Dem Yayınları.
- Işık, D. D. (2008). İletişim Nedir?. İçinde (1. Baskı) İstanbul: Eğitim Akademi Yayınevi.
- İnci, F., Ve Öz, F. (2009). Ölüm Eğitiminin Hemşirelerin Ölüm Kaygısı, Ölümüne İlişkin Depresyon ve Ölümçül Hastaya Tutumlarına Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(4), 253-260.
- Johnson, C. P., & Myers, S. M. (2007). Identification and Evaluation Of Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*, 120(5), 1183-1215.
- Johnson, C. L., Barer, B. M. (1997). *Life Beyond 85 Years: The Aura Of Survivorship*. New York: Springer.
- Kadak, M. T., ve Meral, Y. (2019). Otizm Spektrum Bozuklukları - Güncel Bilgilerimiz Neler? *Logos Tıp Dergisi*, 11, 5-15.

- Kahraman, Ö. G., ve Karadayı, N. S. (2015). Engelli Kardeşe Sahip Olan Çocukların Engelli Kardeşleriyle Deneyimlerine İlişkin Görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 20, 393-399.
- Kanbir, A. E., ve Akşit, G. (2019). Engelli Çocuğu Olan Ebeveynlerde Evlilik Uyumu ve Yaşam Doyumunun Değerlendirilmesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 102-112.
- Karacabey, K. (2000). Beslenme Açlık ve Tokluk. İçinde (1. Baskı) İstanbul: İlpress Basım ve Yayın.
- Karagöl, B. S., ve Karagöl, A. (2011). Down Sendromu ve Trombositopeni. *Çocuk Dergisi*, 11(3) 97-98.
- Karairmak, Ö., ve Kurtulan, M. H. (2016). Ölüm Kaygısı, Tinsellik, Dindarlık Eğilimi. *Spiritual Psychology and Counseling*, 1(2), 164-165.
- Karadağ, G. (2014). Özel Gereksinimi Olan Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Yaşadığı Zorluklar ve Çözüm Önerileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(6).
- Karakoç, T., ve Ağar, D. (2019). *Görme Yetersizli Olan Bireyler* (S. 11-22). Ankara: Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Karaman, F. ve Aslı, G., (2019). Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Becerileri Ölçeği'nin Geliştirilmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (7), 656-669.
- Karasar, N. (2017). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. İçinde (37. Baskı) Ankara: Nobel Kitap Evi.
- Kaya, O. (2002). *Ölüm Kitabı* (S. 33-44). İçinde (2. Baskı) İstanbul: Ark Kitapları.
- Kırman, A., ve Sarı, H. (2011). İşitme Engelli Çocuk ve Adölesanların Sağlık Durumları. *Uludağ Üniversitesi*, 9(2), 85-92.
- Koca, A. (2017). *Engelli Çocuğa Sahip Olan ve Engelli Çocuğa Sahip Olmayan Annelerin Ölüm Kaygısı ve Durumluk Sürekli Kaygı Düzeyleri Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).
- Koçoğlu, D., & Akın, B. (2009). Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2 (4), 145-154
- Korthals, M. (2011). Coevolution Of Nutrigenomics and Society: Ethical Considerations. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 94(Suppl_6), 2025S-2029S.
- Köknel, Ö. (1999). *Günlük Hayatta Ruh Sağlığı*. İçinde (2. Baskı) İstanbul: Alfa Yayınları.
- Kurtulan, M. ve Karairmak, Ö. (2012). Ölüm Kaygısı, Maneviyat, Dini Yönelim ve Varoluşsal Kaygı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Spiritüel Psikoloji ve Danışmanlık*, 1 (2), 176-217.
- Krause, N., Pargament, K. I., & Ironson, G. (2018). In The Shadow Of Death: Religious Hope As A Moderator Of The Effects Of Age On Death Anxiety. *The Journals Of Gerontology: Series B*, 73(4), 696-703.
- Krebs, C. (2010). *How Nutrition Affects Your Mental Performance?*. (S. 16-25). İlimited Copies Available. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113(4), 569-580.
- Lauritsen, M. B. (2013). Autism Spectrum Disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(1), 37-42.
- Lafçı, D., Öztunç, G., & Alparslan, Z. N. (2014). Zihinsel Engelli Çocukların (Mental Retardasyonlu Çocukların) Anne ve Babalarının Yaşadığı Güçlüklerin Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 723-735.
- Lee, M. H., Park, C., Matthews, A. K., & Hsieh, K. (2017). Differences İn Physical Health, and Health Behaviors Between Family Caregivers Of Children With and Without Disabilities. *Disability and Health Journal*, 10(4), 565-570.

- Lester, D., ve Templer, D. (1971). Death Anxiety: Age, Sex, and Parental Resemblance İn Diverse Populations. *Psychological Reports*, 31, 177-179.
- Manaf, A. (2011). Ölüm. *Ölüm Nedir ve Nasıl Ölümsüz Olunur?*. (S. 41-43). İstanbul: Kişisel Söyleşi ve Felsefe Serisi.
- Manaf, A. (2020). Stres Nedir. *Stres Psikolojisi* (S. 11-12). İçinde (1. Baskı) İstanbul: Az Kitap Evi.
- Mentor, P. (2007). Olum Stres ve Üretken Olmak. *Stres Yönetimi* (S. 21-23). İçinde (3. Baskı) İstanbul: Optimist Yayınları.
- Mutlu, Y. (2016, 07 12). *Matematik Öğrenme Güçlüğü*. Researchgate.Net: https://www.researchgate.net/profile/yilmaz-mutlu-2/publication/313692764_matematik_ogrenme_guclugu_ve_egitsel_norobilim/links/595b73f7a6fdcc36b4dc26e9/matematik-oegrenme-guecluegue-ve-egitsel-Noerobilim.Pdf Adresinden Alındı.
- Michishita, R., Matsuda, T., Kawakami, S., Kiyonaga, A., Tanaka, H., Morito, N., and Higaki, Y. (2016). The Accumulation Of Healthy Lifestyle Behaviors Prevents The İncidence Of Chronic Kidney Disease (CKD) İn Middle-Aged and Older Males. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 21(3), 129–137. <https://doi.org/10.1007/s12199-016-0506-6>
- Nalbantoğlu, D. (2011). *Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Genel Ruh Sağlığı Durumu, Ruh Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanmaları ve Etkileyen Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Mcfarland, M. J. (2018). Religion and Mental Health Among Older Adults: Do The Effects Of Religious Involvement Vary By Gender? *Journals Of Gerontology Series B: Psychological Sciences And Social Sciences*, 65(5), 621-630.
- Nilgün . *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi* , 2021, Cilt. 32 Sayı 4, 19s .Yayıncı: Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi.
- Odabaşı, H. (2009). İletişim Dünyamız. *360 Derece İletişim* (S. 17-23). İçinde (1. Baskı) İstanbul: Babıali Kültür Yayıncılığı.
- Oktar, M. N. (2019). Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Ölüm Kaygısı İle Sosyal Politikalara Güven İlişkisi. *Akademik İncelemeler Dergisi*, 14(1), 463-498.
- Öksüz, Z. (2008). *Otistik ve Normal Çocuk Sahibi Anne Babaların Bazı Psikiyatrik ve Psikolojik Özelliklerinin Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans. Marmara Üniversitesi.
- Öncen, S., Aydın, S., ve Molla, E. (2020). COVID-19 Pandemisi Döneminde Sokağama Sınırlaması Olan ve Olmayan İllerde Yaşayan Spor Bilimleri'nde Planlanan Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Elektronik Türkiye Çalışmaları*, 15(6), 739-749.
- Özcan, S., & Bozhüyük, A. (2016). Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimlerinin Sağlıklı Yaşam Durumu. *Çukurova Tıp Dergisi* , 41 (4), 664-674.
- Özkan, A. (2021). Covid-19 Salgın Döneminde Sağlıklı Yaşam Biçimi, Fiziksel Aktivite ve Egzersizin Rolü. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD*, 6, 56-72
- Özkan, E. (2013). Görme Engelliler. *Kör ve Az Gören Erişkin Bireylerde Öz Yeterlilik, Sosyal Kaygı, Başetme Becerileri ve Çevrenin Toplumsal Katılıma Etkisinin İncelenmesi* (S. 63-66). Yüksek Lisan Tezi, Hacettepe Üniveristesi.
- Özkan, M. (2009). İnsan, İletişim ve Dil. *İnsan İletişim ve Dil* (S. 13-22). İçinde (1. Basım) İstanbul: Akademik Kitaplar.
- Özkan, S. (2006). Hastanede Hemşirelerin SYBDII/Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlığı Geliştiren Yaşam Biçimleri. *Ulusal Cerrahi Kongresi* (S. 90-105).

- Özpak, A. M., Tekin, O., Arslan, İ., Gürhan, B., Özdaş, M. S., Çelik, M., ... & Fidancı, İ. (2017). Engelli Çocuk Sahibi Olan Ebeveynlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. *Konuralp Medical Journal*, 9(3), 188-195.
- Özmen, D., ve Çetinkaya, A. (2012). Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Yaşadığı Sorunlar. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(3), 35-47.
- Özsoy, Y. (2000). *Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar, Özel Eğitime Giriş* (S. 1-20). İçinde (3. Basım) Ankara: Kartepe Yayınları.
- Ünsal, F., ve Şahan, B. (2015). Okul Öncesi Dönem Çocuklarının" Engelli" Kavramına İlişkin Görüşleri. *Hacettepe University Faculty Of Health Sciences Journal*. 1(2), 409-416,
- Pandya, A. K., & Kathuria, T. (2021). Death Anxiety, Religiosity and Culture: Implications for Therapeutic Process and Future Research. *Religions*, 12(1), 61.
- Pinar, D. D., Melekoğlu, M. A., Düzkantar, A., Cangı, E., Kartal, M. S., Yıldız, N. G., . . . Örenoğlu, S. T. (2017). *Özel Eğitime Giriş*. İçinde (1. Basım) Konya: Eğitim Yayınevi.
- Polat, Ü., & Kahraman, B. B. (2013). Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(4), 213-218.
- Richard L, Griswold, D. E., Myles, B. S., Byrd, S. E., Ganz, J. B., Cook, K. T., ... & Adams, L. G. (2004). *Autism Spectrum Disorders: Interventions and Treatments For Children and Youth*. Corwin Press. New Delhi: Corwin Press
- Ross, E. (2010). *Ölüm ve Ölmek Üzerine* (S. 27-35). İçinde (1. Baskı) İstanbul: Arpıl Yayıncılık.
- Sağır, A. (2017). *Ölüm Sosyolojisi* (S. 57-58). İçinde (2. Baskı) İzmir: Phoenix Yayınevi.
- Sargın, N. (2012). Ruh Sağlığı Nedir? *Çocuklarda Ruh Sağlığı* (S. 11-19). İçinde (7. Basım) İstanbul: Eğitim Yayınevi.
- Sargın, Y. D. (2012). *Çocuk Ruh Sağlığı* (S. 13-17). İçinde (3. Basım) Eğitim Yayınevi.
- Sarı, A., Ve Kartal, M. S. (2017). Özgün Öğrenme. *Tüm Öğretmenlik Programları İçin Özel Eğitime Giriş Tüm Öğretmenlik* (S. 151-160). İçinde (1. Basım) Konya: Eğitim Yayınevi.
- Sarı, H. Y. (2007). Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Ailelerde Aile Yüklenmesi. *Hemşirelik Yüksek Dergisi*, 2(5), 11-18.
- Sarıkaya, Y. (2013). Ölümüne Yönelik Güvenir Enstitüsü: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, *Gaziosmanpaşa Üniversitesi. Eğitim Bilimleri*.
- Şarlak, D., & Öztürk, E. (2019). Görme Engellilerin Depresif'e Yönelik Psikodrama Temelli Grup Uygulaması. *Akdeniz İnsani Bilimler Dergisi*, 9 (1), 301-314.
- Seker, S. E. (2004, Eylül 1). *Maslow'un İhtiyaçlar Piramiti*. YBS Ansiklopedi: <https://ybsansiklopedi.com/Wp-Content/Uploads/2014/10/15.Maslow%E2%80%99un-%C4%B0htiya%C3%A7lar-Piramiti.Pdf> Adresinden Alındı
- Sertdemir, B. İ. (2020). Disgrafi. *Özel Öğrenme Güçlüğü* (S. 11-13). İçinde (4. Basım) İstanbul: Alafon Yayınları.
- Sezer, S., & Pelin, S. A. Y. A. (2009). Gelişimsel Açından Ölüm Kavramı. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, (13), 151-165.
- Shaywitz, S. E. (1998). Dyslexia. *The New England Journal Of Medicine*, 307-311. Doi:DOI: 10.1056/NEJM199801293380507
- Song, J., Mailick, M. R., Greenberg, J. S., Ryff, C. D., & Lachman, M. E. (2016). Cognitive Aging In Parents Of Children With Disabilities. *Journals Of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(5), 821-830.

- Sönmez, Y. (2018). *Bedensel Engelli Sporcuların Spora Özgü Başarı Motivasyonlarının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sözlü, S., & Şanlıer, N. (2017). Sirkadiyen Ritim, Sağlık ve Beslenme İlişkisi. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 100-109.
- Sözlük, G. T. (2021). *Zeka*. Türk Dil Kurumu Sözlük. Erişim Adresi <https://sozluk.gov.tr/>
- Tosunöz, İ. K. (2021). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Algıları, Sağlığı Geliştirme Dersi ile Geliştirilebilir Mi?. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 71-83.
- Şafak, P., ve Gürgür, H. (2020). *İşitme ve Görme Yetersizliği* (S. 25). (1. Basım) Ankara: Pegem Yayınları.
- Şengül, S. S. (2009). Zekâ Geriliği Olan Çocuklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamaları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(1), 10-11.
- Shiloh, S., Peleg, S., & Nudelman, G. (2021). Adherence To COVID-19 Protective Behaviors: A Matter Of Cognition Or Emotion?. *Health Psychology*, 40(7), 419.
- Şolt, H. B. H., & Burçin, H. (2018). Kentlerde Swot Analizi ve Maslow Gereksinim Hiyerarşisi Etkileşimi. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 5(5), 214-223.
- Tanrıverdi, H., & Işık, S. (2014). Sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile iş yaşam kaliteleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. *Karadeniz Teknik Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü*
- Tanhan, F. (2004). Üniversite Öğrencilerinin Ölümüne Verdikleri Anlam ve Öğrenim Gördükleri Program Açısından Ölüm Kaygısı Düzeyleri. *Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(2), 34-35.
- Tuğut, N. ve Bekar, M. (2008). Üniversite Öğrencilerin Sağlığı Algılama Durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11 (3), 17-26.
- Tekke, M. (2019). Maslow'un İhtiyaçlarının En Son Modelinde Kendini Gerçekleştirme ve Aşmışlık. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*, 7 (4), 1704-1712.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1993). Personality, Death Anxiety, and Gender. *Bulletin Of The Psychonomic Society*, 31(6), 589-590.
- Tuik. (2019, Nisan 26). Türkiye İstatistik Kurumu: <https://Data.Tuik.Gov.Tr/Bulten/Index?P=Causes-Of-Death-Statistics-2018-30626> Adresinden Alındı
- TÜİK (2021, Kasım). *Türkiye Nüfus*. Erişim Adresi <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Genclik-2020-37242>
- Türk Dil Kurumu. (2021). *Engelli*. Türk Dil Kurumu: Erişim Adresi <https://Sozluk.Gov.Tr/>
- Varol, N. (2007). *Aile Eğitim* (S. 32-34). İçinde (4. Basım) İstanbul: Kök Yayıncılık.
- Wetherilt, H. (2004). *Sağlıklı Beslenme* (S. 3-4). İçinde (2. Basım) İstanbul: İstanbul Ticaret Odası.
- DSÖ . (2001). ICF . A. Göğüs, ve E. Kabakçı İçinde, *İşlevsellik Yetiştirimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması* (S. 3-4). Anlara: T.C Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı.
- Wir, B Preston-Martin, S., Pogoda, J. M., Mueller, B. A., Holly, E. A., Lijinsky, W., & Davis, R. L. (1996). Maternal Consumption Of Cured Meats and Vitamins İn Relation To Pediatric Brain Tumors. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 5(8), 599-605.
- Quinn, G. (2009). The United Nations Convention On The Rights Of Persons With Disabilities: Toward A New International Politics Of Disability. *Tex. J. On CL ve CR*, 15, 33.
- Yakut, S. (2019). *Yalnızlık Psiko-Sosyal Bir Bakış* (S. 25-28). İçinde (1. Basım) Ankara: İksad Publishing House.

- Yarar, F., Aslan, E., ve Şekeröz, S. (2020). Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite Düzeyinin Akademik Öz-Yeterlik, Anksiyete ve Stres Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 14(3), 549-550.
- Yardan, N. (2010). Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Yener Ş. (2012). Özürnlük Alanında Kullanılan Kavramlar Üzerine Genel Bir Değerlendirme. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 7(28), 69-85.
- Yüksel, H., & Tanrıverdi, A. (2019). Özel Gereksinimli Çocuğa Sahip Olan Ailelerin Yaşadıkları Sosyal Sorunlar ve Baş Etme Yolları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 20(3), 535-559.
- Yıldız, M. (2002). İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Dindarlık ve Ölüm Kaygıları Üzerine. *Akademik Araştırmalar Dergisi*, 14, 161-174.
- Yiğit, Ö. ve Karaaltın, D. B. (2012). İşitme Kaybı. *İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Baş ve Boyun Cerrahisi Kliniği*, 66-72.
- Yönetmelik, R. G. (2018). Sayı. 30471. Ankara: Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğünce Yayımlanır. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130330-4.htm> Adresinden Alındı
- Yüksel, H., & Tanrıverdi, A. (2019). Özel Gereksinimli Çocuğa Sahip Olan Ailelerin Yaşadıkları Sosyal Sorunlar ve Baş Etme Yolları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 20(3), 535-559.
- Zan, B. (2004). Engelli Çocuk, Engelli Aile. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(27), 18-27.
- Zan, B., ve Özgür, İ. (2019, Aralık 05). *Engelli Çocuk, Engelli Aile*. Tübitak Ulakbim Ulusal Akademik Ağ ve Bilgi Merkezi Cahit Arf Bilgi Merkezi: https://app.trdizin.gov.tr/dokuman-goruntule?Ext=PdfvePath=Crnwzgrsxtjrjljwxd978osual2jxitizhvymcxnvh6duqyydpd6fpl4v-Sndwgc52eihgnczpmfpc5t1nyc8mj-EXU-Rxk-lvhdj4zmloworye2waku8btkkciccoznxx2zfemisxqni8fanhmyizp2-Bc_Nhy9rmrs-Pr4vrpssdw8vīgumgmvsishf48w7vw Adresinden Alındı