

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ANNELERİN ZİHİNSEL YETERSİZLİĞİ OLAN
VE OLMAYAN ÇOCUKLARININ BESLENMESİ
İLE İLGİLİ İNANÇ, TUTUM, UYGULAMALARI
VE ETKİLEYEN ETMENLER**

YASEMİN TIĞLIOĞLU

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2012

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc/PhD-2009970085

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ANNELERİN ZİHİNSEL YETERSİZLİĞİ OLAN
VE OLMAYAN ÇOCUKLARININ BESLENMESİ
İLE İLGİLİ İNANÇ, TUTUM, UYGULAMALARI
VE ETKİLEYEN ETMENLER**

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

YASEMİN TIĞLIOĞLU

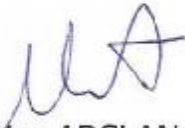
Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Candan ÖZTÜRK

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc/PhD-2009970085

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Yasemin TIĞLIOĞLU ‘**Annelerin Zihinsel Yetersizliği Olan Ve Olmayan Çocuklarının Beslenmesi İle İlgili İnanç, Tutum, Uygulamaları Ve Etkileyen Etmenler**’ konulu Yüksek Lisans tezini 17.08.2012 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Doç. Dr. Candan ÖZTÜRK
BAŞKAN



Prof. Dr. Nur ARSLAN
ÜYE



Yard. Doç. Dr. Murat BEKTAŞ
ÜYE

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇİNDEKİLER	i
TABLO DİZİNİ	ii
ŞEKİL DİZİNİ	iv
KISALTMALAR	v
ÖZET	1
ABSTRACT.....	2
1.GİRİŞ VE AMAÇ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3.Araştırmanın Soruları	5
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Zihinsel Yetersizlik Tanımları	6
2.1.1.Amerikan Zihinsel ve Gelişimsel Yetersizlikler Birliği (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities-AAIDD) Tanımları.....	7
2.1.2.Diğer Tanımlar	8
2.2.Türkiye'de Engellilik	9
2.3. Zihinsel Yetersizlik Oranları.....	10
2.4. Zihinsel Yetersizlik Nedenleri	12
2.5. Zihinsel Yetersizliğin Sınıflandırılması.....	13
2.5.1.Zihinsel Yetersizliğin Nedenleri Temel Alınarak Yapılan Sınıflama	13
2.5.2.Zihinsel Yeterlilik Temel Alınarak Yapılan Sınıflama.....	15
2.5.3.Gereksinimler Temel Alınarak Yapılan Sınıflama	17
2.6.Zihinsel Değerlendirme	18
2.7.Zihinsel Yetersizliği Olan Çocukların Özellikleri	20
2.7.1.Bilişsel Özellikleri	21
2.7.2.Dİİ Gelişimi Özellikleri	22
2.7.3.Motor Gelişim Özellikleri	22
2.7.4.Sosyal Özellikler	22
2.8.Zihinsel Yetersizliği Olan Çocukların Sağlık Sorunları.....	23

2.9. BESLENME.....	24
2.9.1.Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuklarda Görülen Beslenme Sorunları.....	24
2.9.2.Ailenin Çocuğun Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç, Uygulamaları ve Çocuğun Beslenmesi Üzerine Etkisi	26
2.9.3.Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğun Beslenmesi.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın tipi	31
3.2. Araştırmanın yeri ve zamanı	31
3.3. Araştırmanın evreni ve örneklemi	32
3.4. Araştırmanın değişkenleri.....	33
3.5. Veri toplama araçları	33
3.5.1. Sosyodemografik Soru Formu.....	33
3.5.2. Ebeveynlerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları Ölçeği (Child Feding Questionnaire CFQ).....	34
3.6. Araştırma planı.....	39
3.7. Verilerin değerlendirilmesi	39
3.8. Araştırmanın sınırlılıkları	40
3.9. Etik Kurul Onayı	40
4. BULGULAR	
4.1.Sosyo-demografik özellikler	41
4.2. "Ebeveynlerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları Ölçeği" Analiz Sonuçları.....	43
5.TARTIŞMA	
5.1. Sosyo demografik Özellikler	52
5.2."Ebeveynlerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları Ölçeği" Sonuçları	53
6. SONUÇ	57
7. KAYNAKLAR	59
8. EKLER	68

TABLO DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Zihinsel Yetersizliğe Yol Açan Nedenleri Temel Alan Sınıflama Sistemleri	14
Tablo 2. Ebeveynlerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları Ölçeği Cronbach Alfa Değerleri	36
Tablo 3. Ebeveynlerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç ve Uygulamaları Ölçeği Faktörleri, Maddeler ve Yanıtlama Seçenekleri	37
Tablo 4. Annelerin Sosyodemografik Özellikleri	42
Tablo 5. Annelerin Zihinsel Yetersizliği Olan ve Olmayan Çocuklarının Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç ve Uygulamalarının Karşılaştırılması	43
Tablo 6. Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğun Yaşına Göre Annelerin Çocuğun Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları	44
Tablo 7. Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğun Cinsiyetine Göre Annelerin Çocuğun Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları	45
Tablo 8. Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğun Yetersizlik Derecesine Göre Annelerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları	46
Tablo 9. Annenin Yaşma Göre Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğun Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları	47
Tablo 10. Annenin Eğitim Seviyesine Göre Annelerin Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuklarının Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları	48
Tablo 11. Annenin Çalışma Durumuna Göre Annelerin Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğun Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları	49
Tablo 12. Annenin Kronik Hastalık Durumuna Göre Annelerin Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuklarının Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları	50
Tablo 13. Ailenin Gelir Düzeyi Algısına Göre Annelerin Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğun Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları	51

ŞEKİLLER DİZİNİ**Sayfa No**

Şekil 1. Zekâ bölümü puanlarının kuramsal olarak dağılımı	19
Şekil 2. Birch'in ebeveynlerin çocuk besleme stratejilerinin, çocuk beslenme ve kilo duruma etkisine yönelik modeli	28

KISALTMALAR

AAMR=Amerikan Zeka Geriliği Birliği

ICD= Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslar arası Hastalıklar ve Sağlık Durumlarının Sınıflandırılması

APA= Amerikan Psikoloji Birliği

WHO=Birleşmiş Milletler Dünya Sağlık Örgütü

AZGYB =Amerikan Zihinsel ve Gelişimsel Yetersizlikler Birliği

MEB= Milli Eğitim Bakanlığı

AAIDD=Amerikan Zihinsel ve Gelişimsel Yetersizlikler Birliği

CFQ= Child Feding Questionnaire

ANNELERİN ZİHİNSEL YETERSİZLİĞİ OLAN VE OLAMAYAN ÇOCUKLARININ
BESLENMESİ İLE İLGİLİ İNANÇ, TUTUM, UYGULAMALARI VE ETKİLEYEN
ETMENLER

**Yasemin TIĞLIOĞLU, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
yasemin23agustos@hotmail.com**

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, annelerin zihinsel yetersizliği olan ve olmayan çocuklarının beslenmesi ile ilgili tutum, inanç, uygulamalarını ve etkileyen etmenleri karşılaştırmak amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın verileri “Sosyo-Demografik Soru Formu” ve “Ebeveynlerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları Ölçeği” kullanılarak elde edilmiştir. Demografik verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde hesaplamaları yapılmıştır. Bulguların değerlendirilmesinde t testi, Mann-Whidney U Testi, Kruskal-Wallis testi ve Bonferroni düzeltilmiş Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma 2-12 yaş grubunda zihinsel yetersizliği olan(n=42) ve onların zihinsel yetersizliği olmayan kardeşleri(n=42) ile yapılmıştır. Araştırmaya katılan çocukların yaş ortalamaları $6,8 \pm 2,7$ 'dir. Çocukların %55,6'sı (n=47) erkek, % 44,4'ü (n=37) ise kızdır. Zihinsel yetersizliği olan bireylerin %45'i (n=19) hafif, %17'si(n=7) orta ve %38'i (n=16) ağır derecede zihinsel yetersizdir. Araştırmada annelerin zihinsel yetersizliği olan ve olmayan çocuklarının beslenmesi ile ilgili algıladıkları sorumluluk arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,000). Çocukların yaşlarına göre annelerin algıladıkları çocuk ağırlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,000). Annelerin algıladıkları çocuk ağırlığı 7-12 yaş grubunda daha fazladır. Annelerin yaşlarına göre, annelerin çocuklarının ağırlığı ile ilgili endişeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,033). 20-29 yaş grubundaki annelerin zihinsel yetersizliği olan çocuklarının ağırlığı ile ilgili 30-39 yaş grubu annelerden daha fazla endişe duydukları saptanmıştır (0,013).

Sonuç: Bu çalışmada, zihinsel yetersizliği olan çocukların beslenmesi ile ilgili yetersizliği olmayan çocuklara göre annelerin daha fazla sorumluluk hissettiği, annelerin 7-12 yaş grubu çocuklarının ağırlıklarını daha fazla algıladıkları ve 20-29 yaş grubundaki annelerin zihinsel yetersizliği olan çocuklarının ağırlığı ile ilgili daha fazla endişe duydukları bulunmuştur. Bu konuda ileriye yönelik daha fazla çalışmalar yapılabilir.

Anahtar sözcükler: zihinsel yetersizlik, beslenme, çocuk

NUTRITION OF MOTHERS OF CHILDREN WITH INTELLECTUAL DISABILITIES
WITH AND NON BELIEFS, ATTITUDES, PRACTICES AND FACTORS AFFECTING

Yasemin TIĞLIOĞLU, Dokuz Eylul University, Institute of Health Sciences,
yasemin23agustos@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: This study of mothers feeding their children with intellectual disabilities and non-related attitudes, belief, practices and was designed to compare the factors affecting.

Material and Method: Data of the study “ Socio-Demographic Questionnaire” and “ Parents’ Child Nutrition Related Attitudes, Beliefs, Practices Questionnaire” was obtained. Evaluation of demographic data points, percentage calculations were used Assessment of the study's t test, Mann-Whidney U Test, Krusskal-Wallis test and Bonferroni-corrected Mann-Whitney U test was used.

Results: 2-12 years age group with intellectual disabilities (n=42) and without intellectual disabilities in their siblings (n=42) was used. The mean age of the children, 6.8 ± 2.7 , respectively. Children, 55.6% (n=47) were male and 44.4% of them (n=37) of the females. 45% of individuals with intellectual disabilities (n=19) had mild, 17% (n=7) medium and 38% (n=16), severely mentally inadequate. The mothers feeding their children with intellectual disabilities and non-statistically significant difference was found between perceived responsibility ($p=0.000$). Perceived child weight by age of mothers of children with a statistically significant difference ($p=0.000$). Mothers' perceptions of children aged 7-12 years is more than weight. Mothers according to their age, weight-related concerns of children whose mothers had a statistically significant difference ($p=0.033$). Mothers with mentally handicapped children in the age group of 20-29 with the weight they were more concerned about the 30-39 age group mothers (0.013).

Conclusions: In this study, children with intellectual disabilities about nutrition deficiency feels more responsibility than children without mothers, mothers who perceive more than the weight of the children aged 7-12 and 20-29 age group of mothers of children with mental deficiency that they were more concerned about weight. Further studies in this regard can be made for the future.

Key words: intellectual disabilities, nutrition, child

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin tanımı ve önemi

Amerikan Zeka Geriliği Birliği (AAMR) zihinsel yetersizliği “Zihinsel işlevler, kavramsal, sosyal ve pratik becerilerde kendini gösteren uyumsal davranışların her ikisinde görülen anlamlı sınırlılıklar olarak karakterize edilen bir yetersizliktir. Bu yetersizlik 18 yaşından önce başlar” şeklinde tanımlamıştır (<http://www.aaidd.org>).

Yapılan son çağdaş tanımlara göre, zihinsel yetersizliği olan bireylerin yaygınlığının %1’in altında olduğu kabul edilmektedir (Sucuoğlu, 2009). Türkiye’de 2002 yılında yapılan “Türkiye Özürlüler Araştırması” sonuçlarına göre, 0-19 yaş arasında zihinsel yetersizliği olan toplam çocuk sayısı 132.381’dir. Ege bölgesinde tüm yaş gruplarındaki zihinsel yetersizliği olan bireylerin sayısı 47.879’dur (http://www.ozida.gov.tr/arastirma/tr_ozurluler_arastirmasi/blm3.pdf). Genel olarak tüm yaş gruplarında erkekler kızlardan daha fazla zihinsel yetersizlik tanısı almaktadırlar. Takvim yaşı açısından değerlendirildiğinde zihinsel yetersizliği olan bireylerin yaygınlığı en fazla 6-19 yaş arasındadır (Sucuoğlu, 2009).

Zihinsel yetersizliği olan çocuklarda sağlık sorunları toplumun geneline göre daha sık görülmektedir. Bu sağlık sorunları arasında, kardiyovasküler sorunlar, yeterli fizik aktivite, boşaltım sorunları, uyku sorunları, görme sorunları ve beslenme sorunları yer almaktadır. (Yıldırım Sarı, 2010). Zihinsel yetersizliği olan çocuklarda obezite, malnutrisyon, yetersiz besin alımı gibi birçok sorun sık görülmektedir (Jansen, Krol, Groothoff, Post, 2004). Obezite prevalansı toplumun geneline göre zihinsel yetersizliği olan bireylerde daha yüksektir (Mar’ano, Be’ garie, Morin, Garbarino, Ninot, 2010). Yapılan çalışmalar zihinsel yetersizliği olan adolesanlarda obezite prevalansının %7 ile % 21.9 arasında olduğunu göstermektedir. (Mar’ano, Be’ garie, Morin, Garbarino, Ninot, 2010; Bandini, Curtin, Hamad, Tybor, Must, 2005; De, Small, Baun, 2008; Frey, Chow, 2006; Lin, Yen, Li, Wu, 2005; Marshall, McConkey, Moore, 2003). Zihinsel yetersizliği olan çocuklarda obezite dışında malnütrisyon da önemli bir sorundur. İspanya’da yapılan bir çalışmada zihinsel yetersizliği olan çocukların büyük çoğunluğunda malnütrisyon saptanmıştır (Sa’nchez-Lastres , Eiri’s-Pun’al , Otero-Cepeda, Pavo’n-Belincho’n, Castro-Gago, 2003). Zihinsel yetersizliği olan çocuklarda yeterli besini alamama, bazı besin gruplarında yetersizlik, hastalığa bağlı kilo kayıpları görülebilmektedir (Rimmer ve Yamaki, 2006). Aileler zihinsel yetersizliği olan çocuklarının tat, renk, koku ve görüntüden dolayı bazı besinleri almak istemediklerini, yeni yiyecekleri

denemede isteksiz davrandıklarını, her gün aynı yiyeceği yemek istediklerini, yeterli meyve-sebze tüketmediklerini belirtmişlerdir (Fragala-Pinkhami, Bradford, Haley, 2006).

Ebeveynlerin uyguladığı beslenme biçimi, tutumları, inançları ve davranışları ile çocukların beslenmeleri arasında ilişki bulunmaktadır (Lauzon-Guillan, Musher-Eizenman, Leporc, Holup, Charles, 2009; Brink, Ferguson, Sharma, 1999; Özçetin, Yılmaz, Erkorkmaz, Esmeray, 2010). Aileler çocuklarının hangi besinleri, ne zaman nerede yiyeceklerini, hangi besinlerin yasaklı olduğunu ve duygusal yeme durumlarını kendileri belirlerler. Amerika ve Fransa’da okul çocuklarında yapılan bir araştırmaya göre çocuklarını kilolu olarak algılayan anne babalar çocuklarında besin kısıtlaması yapmaktadırlar (Lauzon-Guillan, Musher-Eizenman, Leporc, Holup, Charles, 2009). Yapılan bir çalışmada zayıf çocuğu olan anneler çocuklarının beslenmesinde kilolu çocuğa sahip annelere göre daha fazla öfke ve engellenme yaşadıklarını bildirmişlerdir (Faith, Storey, Kral, Pietrobelli, 2008). Ailelerin çocuklarının düşük kilolu olduklarını fark ettiklerinde, çocuklarına yemeleri için daha fazla baskı uyguladıkları bulunmuştur (Francis, Hofer, Birch, 2001). Yine ailenin besleme stili ve tutumu ile çocukluk çağı obezitesi arasında ilişki bulunmuştur (Faith, Scanlon, Birch, Francis, Sherry, 2004).

Zihinsel yetersizliği olan çocukların anne-babalarının beslenme davranışlarının, yetersizliği olmayan çocuklarla benzer ya da farklı olup olmadığını inceleyen araştırmalar oldukça sınırlıdır. O’Neill, Shults, Stallings, Stettler (2005) hem Down Sendromlu hem de engelsiz çocuğu olan anne-babaların, çocuklarını besleme durumlarını karşılaştırmıştır. Araştırmada, anne-babaların engelsiz çocuklarına göre Down Sendromlu çocuklarının beslenme ve ağırlık durumlarıyla ilgili daha fazla sorumluluk hissettikleri, daha fazla yiyecek kısıtlaması uyguladıkları ve yemeleri için daha az baskı yaptıkları saptanmıştır. Down Sendromu dışında farklı nedenlerle zihinsel yetersizlik gelişen çocuklarda anne-babaların besleme davranışlarının incelenmesi ile ilgili literatürde boşluklar vardır.

1.2. Amaç

Bu araştırma, annelerin zihinsel yetersizliği olan ve olmayan çocuklarının beslenmesi ile ilgili inanç, tutum, uygulamaları ve etkileyen etmenleri karşılaştırmak amacıyla planlanmıştır.

1.3. Araştırmanın soruları

Annelerin zihinsel yetersizliği olan ve olmayan çocuklarının beslenmesiyle ilgili;

1. Algıladıkları sorumluluk birbirinden farklı mıdır?
2. Geçmişteki kendi ağırlık durumlarını algılamaları arasında fark var mıdır?
3. Çocuklarının ağırlıklarını algılamaları arasında fark var mıdır?
4. Çocuklarının fazla kilolu olma riskine karşı endişeleri ve beslenme ile ilgili uyguladıkları tutum ve davranışlar arasında fark var mıdır?
5. Çocuklarının yeme durumlarını kontrol etmeleri arasında fark var mıdır?
6. Çocuklarının yiyeceklerini kısıtlama düzeyleri birbirinden farklı mıdır?
7. Çocuklarına yemeleri için baskı yapma durumları birbirinden farklı mıdır?
8. Zihinsel yetersizliği olan çocukların yaşı, cinsiyeti ve yetersizlik derecesinin annelerin çocuklarının beslenmesi ile ilgili inanç, tutum ve uygulamaları üzerine etkisi var mıdır?
9. Annenin yaşı, eğitim seviyesi, çalışma durumu, kronik hastalık durumu ve ailenin gelir düzeyinin çocuklarının beslenmesi ile ilgili inanç, tutum ve uygulamaları üzerine etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

Zihinsel yetersizliği olan bireyleri anlamanın en iyi yolu, bu bireyleri tanımlamak için kullanılan terimler ile 20. Yüzyılın başından itibaren yapılan farklı tanımları ve tanımların odaklandığı temel özellikleri incelemektir. Çünkü zihinsel yetersizliği olan bireyler tarih boyunca çok farklı sözcüklerle etiketlenmiş, farklı isimlerle anılmışlardır. Bilim ve teknoloji ile toplumların sosyal yapısındaki değişimler sonucunda zihinsel yetersizlik tanımı da değişmiş, değişen tanımlar, hem toplumların zihinsel yetersizliği olan bireylere bakış açısını değiştirmiş hem de sağlanan hizmetlerde farklılığa yol açmıştır (Sucuoğlu, 2009).

Tanımlar

Engel: Yetersizliği ya da özürlü olan çocuğun / bireyin, yetersizliği nedeniyle çevreyle etkileşiminde karşılaştığı sorun, çevreye uyum sağlayamamasıdır (Ataman, 2005).

Yetersizlik: Zihinsel, fiziksel, davranışsal ya da duyuşal işlevlerin tamamı ya da bir kısmında gözlenen kayıpların ortaya çıkardığı durumdur (Ataman, 2005).

Zihinsel Yetersizlik: Amerikan Zihinsel Engelliler Birliği'nin 1992 yılındaki tanımına göre, zihinsel işlevlerde önemli derecede normal altı, bunun yanı sıra uyumsal beceri alanlarından (iletişim, özbakım, ev yaşamı, sosyal beceriler, toplumsal yararlılık, kendini yönetme, sağlık ve güvenlik, işlevsel akademik beceriler, boş zaman ve iş) iki ya da daha fazlasında sınırlıklar gösterme durumudur (Eripek, 1996).

2.1. Zihinsel Yetersizlik Tanımları

Zihinsel yetersizliğin günümüze kadar pek çok tanımı yapılmıştır. Farklı amaçlarla yapılan bu tanımlar zaman içerisinde çeşitli tartışmalara konu olmuş, yeniden gözden geçirilmiş, alternatif tanımlara gidilmiştir (Eripek, 2005). Zihinsel yetersizliğe ilişkin ilk tanımların 1800'li yıllara dayandığı, daha açıklayıcı tanımların açıklayıcı tanımlar 1900'lü yıllarda yapılmaya başlandığı gözlenmektedir. (Eripek, 1996).

Eripek'in (2005) belirttiğine göre, bu yıllarda önce Tredgold (1937) ve daha sonra Doll (1941) tarafından yapılan tanımlar yaygın olarak kullanılmış ve diğer tanımlara temel oluşturmuşlardır. Tredgold (1937) zihinsel yetersizliği;

“Zihin gelişiminde çeşitli tür ve derecelerdeki eksikliklerin bireyi, başkalarının yönetimi, denetimi ve yardımından bağımsız olarak yaşatılmasının bulunduğu çevreye uyum sağlamada yetersiz kılması durumu” (Eripek, 2005).

olarak tanımlarken, Doll (1941), zihinsel yetersizliği altı ölçüt içerisinde şöyle tanımlamıştır:

1. zihinsel normalaltı,
2. bunun sonucu olarak sosyal yetersizlik,
3. doğuştan ya da çocukluktan zihinsel yetersizlik,
4. olgunlaşmada gerilik,
5. kalıtsal nedenlerin ya da hastalıkların bir sonucu olarak yapısal kaynaklı zihinsel yetersizlik ve
6. kalıcı ve iyileştirilemez bir durum (Eripek, 2005).

Tredgold (1937) ve Doll (1941) yapmış oldukları tanımlamalarda zihinsel yetersizliği kalıcı, dolayısıyla iyileştirilemez bir durum olarak ele almışlardır (Eripek,2005).

Tredgold ve Doll'un yapmış oldukları tanımlardan sonra zihinsel yetersizlik tanımında en köklü değişiklikler, Amerikan Zihinsel ve Gelişimsel Yetersizlikler Birliği (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities-AAIDD) tarafından yapılan tanımlarda görülmektedir (Eripek, 2005).

2.1.1.AAIDD Tanımları

AAIDD çalışmalarını ilk kez 1921 yılında bir yönergede toplamıştır. Daha sonra 1933, 1941 ve 1957 yıllarında bu yönergenin sonraki basımları ve ardından 1961, 1973, 1977, 1983, 1992 ve 2002 yönergeleri yayımlanmıştır (Eripek, 2005).

Eripek'in (2005) belirttiğine göre, AAIDD'nin 1992 yılında yayımladığı yönergede;

“Zekâ geriliği hâlihazırdaki işlevlerde önemli sınırlılıkları göstermektedir. Bu, zihinsel işlevlerde önemli derecede normalaltı, bunun yanı sıra zihinsel işlevlerle ilişkili uyumsal beceri alanlarından (iletişim, özbakım, ev yaşamı, sosyal beceriler, toplum hizmetlerinden yararlanma, kendini yönlendirme, sağlık ve güvenlik, işlevsel akademik beceriler, boş zamanları değerlendirme ve iş) iki ya da daha fazlasında sınırlılıklar gösterme durumudur. Zihinsel yetersizlik 18 yaşından önce ortaya çıkmaktadır” biçiminde tanımlanmaktadır (Eripek, 2005).

AAIDD son yıllarda zihinsel yetersizliğin tanımlanmasına ilişkin yapılan alternatif tanımları gözden geçirerek ve daha önceki tanımlara getirilen eleştirileri değerlendirerek 2002 yılında yayımladığı yönerge ile zihinsel yetersizliği;

“Zekâ geriliği, zihinsel işlevde bulunma ve kavramsal, sosyal ve pratik uyumsal becerilerde kendini gösteren uyumsal davranışların her ikisinde de anlamlı sınırlılıklar olarak karakterize edilen bir yetersizliktir. Bu yetersizlik 18 yaşından önce başlar” olarak tanımlanmaktadır (Eripek, 2005).

2.1.2.Diğer Tanımlar

Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslar arası Hastalıklar ve Sağlık Durumlarının Sınıflandırılması (ICD-10) tanımına göre zihinsel yetersizlik, gelişim dönemlerinde ortaya çıkan, zihnin yetersiz gelişim durumudur ve bilişsel sosyal ve dile ilişkin yeteneklerdeki bozukluklarla kendini gösterir (WHO, 1993).

Yine Eripek'in (2005) belirttiğine göre Greenspan'ın (1997) önerdiği tanım şöyledir: “Zihinsel yetersizliği olan bireylerin; sosyal, pratik ve kavramsal zekalarındaki kalıcı sınırlılıklara ve farklı ortam ve rollerin gerektirdiği zeka ile ilgili beklentileri karşılayamamaya bağlı olarak, uzun dönemli yardım, barınma ve korunmaya gereksinimleri olduğu gözlenir. Çoğu durumda, bu sınırlılıkların gelişim dönemi sırasında oluşan ve beyin gelişimi ile işlevleri üzerinde kalıcı etkiler bırakan, olay ya da anormalliklerden kaynaklandığı düşünülür” (Eripek, 2005).

2.2. Türkiye’de Engellilik

Engelli kavramı diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişileri içermektedir (<http://www.ozurluveyasli.gov.tr>).

Birleşmiş Milletler Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) ölçütlerine göre dünyada 500 milyondan fazla engelli bulunmaktadır. Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından yapılan “Türkiye Özürlüler Araştırması” (2002) sonuçlarına göre, engelli olan nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %12,29’dur (<http://www.ozida.gov.tr>). Buna göre ülkemizde 8 milyonun üzerinde kişi engelli olarak yaşamını sürdürmektedir.

Ülkemizde engelli çocukların sorunlarıyla ilgilenen kurumların başında 1997 yılında kurulan Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı bulunmaktadır. Özürlüler İdaresi Başkanlığı, temel olarak özürlülere yönelik hizmetlerin düzenli, etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesini sağlamak amacıyla kurulmuştur. İlgili diğer kurumlar ise Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma Bakanlığı, Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü ve yerel yönetimlerdir (<http://www.ozurluveyasli.gov.tr>).

TBMM’inde 1.7.2005 tarihinde 5378 sayılı “**Özürlüler Ve Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun**” kabul edilmiştir. Bu kanunun amacı, özürlülüğün önlenmesi, özürlülerin sağlık, eğitim, rehabilitasyon, istihdam, bakım ve sosyal güvenliğine ilişkin sorunların çözümü ile her bakımdan gelişmelerini ve önlerindeki engelleri kaldırmayı sağlayacak tedbirleri alarak topluma katılımlarını sağlamak ve bu hizmetlerin koordinasyonu için gerekli düzenlemeleri yapmaktır (<http://www.ozurluveyasli.gov.tr>).

2.3. Zihinsel Yetersizlik Oranları

Zihinsel yetersizliği olan bireylerin genel popülasyon içindeki yaygınlık oranı 90'lı yıllarda %2-3 (Oski, 1990) iken, son çağdaş tanımlara göre, bu oranın %1'in altında olduğu kabul edilmektedir (Sucuoğlu, 2009).

Türkiye'de 2002 yılında yapılan "Türkiye Özürlüler Araştırması" sonuçlarına göre, 0-19 yaş arasında zihinsel yetersizliği olan toplam çocuk sayısı 132.381'dir. Ege bölgesinde tüm yaş gruplarındaki zihinsel yetersizliği olan bireylerin sayısı 47.879'dur (http://www.ozida.gov.tr/arastirma/tr_ozurluler_arastirmasi/blm3.pdf).

Yaş, cinsiyet ve sosyo-ekonomik düzey gibi demografik değişkenlere göre zihinsel yetersizliğin yaygınlık ve sıklığı değişmekte; aynı zamanda değişen tanı ölçütleri de o ülkedeki/toplumdaki sıklığın ve yaygınlığın değişmesine neden olabilmektedir (Sucuoğlu, 2009).

Cinsiyet

Genel olarak tüm yaş gruplarında erkekler kızlardan daha fazla zihinsel yetersizlik tanısı almaktadırlar (Bozkurt, 2009; Yıldırım Sarı, 2007). Yaygınlıktaki bu cinsiyet farklılığı üç nedenle açıklanabilir: birinci açıklama, X kromozomuyla ilgili olarak ortaya çıkan biyolojik bozuklukların erkeklerde kızlardan daha fazla ortaya çıkmasıdır. İkincisi, çocuk yetiştirme ile ilgili olarak, farklı kültürlerde cinsiyetlere bağlı olarak beklentilerin değişmesidir. Örneğin çocuk yetiştirirken erkek çocuklar için saldırgan davranışlar daha fazla pekiştirilmektedir. Üçüncü neden ise, geleneksel olarak toplumların erkeklerden bekledikleri öz-yeterlilik beklentilerinin kızlardan daha fazla olmasıdır. Buna bağlı olarak zihinsel yetersiz olmanın belirtisi olan öz-yeterliliğin düşük düzeyde olması, erkeklerin kızlardan daha fazla zihinsel yetersizlik tanısı almasına yol açabilir (Sucuoğlu, 2009).

Yaş

Zihinsel yetersizliğin sıklığının değerlendirilmesinde önemli faktörlerden birisi de takvim yaşıdır. Araştırmalar sıklığın, hafif derecede zihinsel yetersizliği olanların genellikle okul çağlarında tanılanması nedeniyle, en fazla okul çağı çocuklarında (5-18 yaş arası) görüldüğünü, okul öncesi çağı çocuklarında ise sıklığın daha az olduğunu göstermektedir (Sucuoğlu, 2009).

Takvim yaşı açısından değerlendirildiğinde zihinsel yetersizliği olan bireylerin yaygınlığı en fazla 6-19 yaş arasındadır. Bir çalışmada, 6-17 yaş arasındaki çocuklar arasında zihinsel yetersizliği olanların sayısının, yetişkinlerde görülme sayısından 6 kat kadar fazla olduğu bulunmuştur(Sucuoğlu, 2009). Bir diğer çalışmada ise, zihinsel yetersizliği olan çocukların en fazla 7-12 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (Yıldırım Sarı, 2007).

Toplumsal Değişkenler

Toplumsal etmenlerle ilişkili farklılıklarda, yaşanan bölgenin şehir ya da kırsal olması önemli olmaktadır. Şehirlerde zihinsel yetersizliği olan bireylerin yaygınlığının kırsal kesimlerden daha fazla olduğu bilinmektedir. Bu durumun olası ilk açıklaması, şehirlerde tanılama hizmetlerinin daha gelişmiş olması, bunun sonucu olarak kuşku vakalarının ayrıntılı bir biçimde değerlendirilmesi ve belki de zihinsel yetersiz olarak tanınmasıdır. Bir diğer açıklama ise, şehirdeki yaşamın kırsaldaki yaşamdan daha karmaşık olmasıdır. Şehir toplumunun bireyden istekleri daha fazladır, dolayısıyla bunların karşılanması daha zordur (Sucuoğlu, 2009).

Toplumların sosyo-ekonomik düzeyleri ile gelişmişlik düzeyi de yaygınlık oranı ile ilişkili görülmektedir. Az uyaranlı ve düşük sosyo-ekonomik düzeydeki ortamda doğan ve yetişen çocukların, zihinsel yetersizlik tanısı alma olasılığı şehir çocuklarından daha fazladır (Sucuoğlu, 2009).

Sosyopolitik Etmenler

Araştırma sonuçları yaygınlığın mevcut tutum, politika ve uygulamalardan önemli ölçüde etkilendiğini göstermektedir. Örneğin son yıllarda Amerika ve batı Avrupa ülkelerinde gerçekleştirilen yasal düzenlemeler “geri” olarak tanımlanan bireylerin sayılarında önemli azalmalara neden olmuştur. Sosyopolitik etmenlerden en fazla etkilenen grup geriliği hafif olanlardır. Hafif derecede zihinsel yetersizliği olanların diğerlerinden farklı olmaları nedeniyle bu grup çocukların farklı şekilde adlandırılmaları önerilmiştir (Smith, Ittenbach ve Patton, 2002).

2.4.Zihinsel Yetersizliğin Nedenleri

Zihinsel yetersizliğin nedenleri gelişim dönemlerine göre 3 grupta açıklanmaktadır. Bunlar:

Doğum Öncesi Nedenler; bu dönemdeki nedenler genetik, biyokimyasal hastalıklar veya bozukluklar, beyinle ilgili problemler ve çevre olmak üzere dört grupta toplanmaktadır. Genetikle ilgili nedenler; kromozomal hastalıklar (down sendromu, turner sendromu gibi) ve kromozomlarla ilgili olmayan (gen mutasyonları) hastalıklar (otozomal resesif, otozomal dominant, x'e bağlı durumlar, polijenik olarak kusurlu görülen sendromlar), biyokimyasal hastalıklar veya bozukluklar; galaktosemia, fenilketonuri, beyinle ilgili problemler; mikrosefali sendromları (lissesefali sendromu gibi), makrosefali sendromları (konjenital hidrosefali gibi), diğer santral sinir sistemine ait bozukluklar (meningomyeloelastik gibi) yer alırken, çevresel nedenler arasında ise annenin beslenme yetersizliği, annenin kullandığı ilaçlar, radyasyon, gebelik dönemindeki enfeksiyonlar (rubella, sifiliz, toksoplazmozis, su çiçeği, herpes gibi), anne-plasenta-fetüs ünitesinin fonksiyon bozukluğu prenatal nedenler arasında yer almaktadır (Bilir, 1986, akt. Ahmetoğlu, 2004; Güneş, 2008; Servonsky ve Opas 1987).

Doğum Sırası Nedenler; oksijensiz kalma, kısmi oksijensiz kalma, asfiksi, doğum travmaları (aletli normal doğum, zor doğum), erken doğum, sarılık, enfeksiyonlar, metabolik faktörler (hipoglisemi, hipokalsemi) perinatal dönemde zihinsel engelliliğe yol açan nedenler arasındadır (almaktadır (Bilir, 1986, akt. Ahmetoğlu, 2004; Güneş, 2008; Servonsky ve Opas 1987).

Doğum Sonrası Nedenler; santral sinir sistemi enfeksiyonları, bakteriler (meningokok, pnömokok vb.), virüsler (herpes, polio vb.), parazitler (toksoplazmozis vb.), mantarlar (blastomikozis vb.), bazı hastalıklar ve asıların sonrasında görülen problemler, hastalık (kızamık, boğmaca), ası (kuduz, çiçek), kafa travmaları (trafik kazası, ev kazası gibi), zehirlenmeler (kursun, karbon monoksit), konvülsiyonlar, radyasyon (X ışınları, yüksek frekanslı akımlar), malnütrisyon, sosyal ve kültürel geri kalmışlık (psiko-sosyal dezavantaj) doğum sonrası nedenler arasında yer almaktadır (Bilir, 1986, akt. Ahmetoğlu, 2004; Güneş, 2008; Servonsky ve Opas 1987).

2.5. Zihinsel Yetersizliğin Sınıflandırılması

Zihinsel yetersizliği olan çocuklar homojen bir grup değildir ve kendi içlerinde önemli farklılıklar gösterir. Bu bireylere uygun hizmet verebilmek ve gereksinimlerini en iyi şekilde karşılayabilmek için, zihinsel yetersizliği olan çocukların ortak özelliklerine göre sınıflandırılmalarına gereksinim duyulmaktadır (Eripek, 2005; Sucuoğlu 2009).

2.5.1.Zihinsel Yetersizliğin Nedenleri Temel Alınarak Yapılan Sınıflama

Bu sınıflama sisteminde zihinsel yetersizliğe yol açan biyolojik faktörler ölçüt olarak alınmakta, ancak her alt kategoride yapılan açıklamalarda çevresel faktörlere de yer verilmektedir.

Amerikan Zihinsel ve Gelişimsel Yetersizlikler Birliği (AZGYB), engelin nedenine göre yapılan sınıflamalarda lider rolünü üstlenmiş; Birliğin 1961’de yayınladığı el kitabında Heber zihinsel yetersizliği olan bireyleri, engele yol açan nedenleri temel alarak sekiz gruba ayırmıştır. Daha sonra 1973’te Grossman, daha bilinebir terminoloji kullanarak zihinsel yetersizliği olanları 10 gruba ayırmıştır. Nedenleri temel alan sınıflama sisteminde önemli bir değişiklik 1992’de Lucasson ve arkadaşları tarafından getirilmiş ve zihinsel yetersizliğe yol açan nedenler doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası nedenler olarak üçe ayrılmış, bireyler bu nedenler temel alınarak sınıflandırılmıştır (Sucuoğlu 2009). Aşağıda nedenlere göre yapılan bu üç sınıflama sistemi toplu olarak gösterilmiştir:

Tablo 1.Zihinsel Yetersizliğe Yol Açan Nedenleri Temel Alan Sınıflama Sistemleri

Heber, 1961	Grossman, 1973	Lucasson ve ark, 1992		
-Enfeksiyonlar -Zehirlenmeler -Travmalar, - Fiziksel nedenler -Metabolizma, büyüme ya da beslenme bozuklukları -Yeni oluşan yapılar (tümörler) -Bilinmeyen doğum öncesi nedenler -Bilinmeyen, emin olunmayan nedenler -Bilinmeyen (ya da psikolojik olduğu varsayılan) nedenler	-Enfeksiyonlar ve zehirlenmeler -Travmalar ve fiziksel nedenler -Metabolizma ve beslenme -Doğum sonrası doğum hastalıkları -Bilinmeyen doğum öncesi etkiler -Kromozom anomalileri -Gebelik problemleri -Psikiyatrik bozukluklar -Çevresel etkiler -Diğer durumlar	<u>Doğum öncesi</u> <u>nedenler</u> -Kromozom bozuklukları -Sendrom bozuklukları -Metabolizma bozuklukları -Beyin gelişimsel bozuklukları -Çevresel etkiler	<u>Doğum sırası</u> <u>nedenler</u> -Rahim içi bozukluklar -Neonatal (0-1 ay arası ortaya çıkan) bozukluklar	<u>Doğum sonrası</u> <u>nedenler</u> -Kafa incinmeleri -Enfeksiyonlar -Miyelinizasyon bozuklukları -Dejeneratif bozukluklar -Nöbet bozuklukları (epilepsi) -Toksik- metabolizma bozuklukları -Beslenme Çevresel yoksunluk - Hypoconnection sendrom

(Sucuoğlu 2009).

2.5.2.Zihinsel Yeterlilik Temel Alınarak Yapılan Sınıflama

19. yüzyılın başlarında sınıflama sistemlerinin değişmesine yol açan bir başka faktör ortaya çıkmıştır. Bu faktör, zekayı ölçen ve bireylerin zihinsel yeterliliklerini değerlendirmek amacıyla kullanılan zeka testlerinin geliştirilmesi ve kullanılmasıdır (Sucuoğlu 2009).

Zihinsel yetersizliği olan bireyler zeka düzeyleri dikkate alınarak hafif, orta, ağır ve çok ağır olarak sınıflandırılmaktadır (Eripek, 2005).

1. Hafif düzeyde zihinsel engelliler
2. Orta düzeyde zihinsel engelliler
3. Ağır düzeyde zihinsel engelliler
4. İleri düzeyde zihinsel engelliler

Hafif düzeyde zihinsel engelliler; bireyin eğitim dönemi içinde, sınırlı seviyede destek eğitim hizmetleri ve özel düzenlemelere ihtiyacı olması durumunu,

Orta düzeyde zihinsel engelliler; bireyin temel akademik, günlük yaşam ve iş becerilerinin kazanılmasında yoğun özel eğitim ihtiyacı olması durumunu,

Ağır düzeyde zihinsel engelliler; bireyin öz bakım becerilerinin öğretimi de dahil olmak üzere yaşam boyu süren yaşamın her alanında tutarlı ve daha yoğun özel eğitim ve destek hizmet ihtiyacı olması durumunu,

İleri düzeyde zihinsel engelliler; bireyin zihinsel yetersizliği yanında başka yetersizliklerinin bulunması nedeniyle öz bakım, günlük yaşam ve temel akademik becerilere sahip olmamasından dolayı yaşamı boyunca bakım ve gözetim ihtiyacı olması durumunu göstermektedir (MEB, 2004).

Zihinsel yetersizliği olanların eğitsel sınıflandırması ise eğitilebilir, öğretilerilir ve klinik bakıma muhtaç çocuklar şeklinde yapılmaktadır (Sucuğlu, 2009).

Eğitilebilir; zeka bölümü 50-70 arasında olan gruptur. Bu çocuklar genel olarak akademik öğretimden yararlanabilir; okuma, yazma ve matematik becerilerini öğrenebilirler. Eğitim programları akademik becerilerinin yanı sıra sosyal beceriler, iletişim becerileri ve iş becerilerine yoğunlaşır. Yetişkin oldukları zaman, kendilerine bakabilir, bağımsız yaşayabilir ve bir işte çalışabilirler.

Öğretilerilir; zeka bölümleri 25-50 arasında olan çocuklardır. Bu çocuklar akademik becerileri öğrenmede güçlük yaşarlar, eğitim programları işlevsel akademik beceriler, bağımsız yaşam becerileri ile sosyal becerilerine odaklanır.

Klinik Bakıma Muhtaç Çocuklar; zeka bölümleri 25'in altında olan gruptur. Bu gruptaki bireylerin en iyi ve özelliklerine uygun eğitim aldıkları zaman bile, bağımsız olamayacakları kabul edilmekte, temel öz bakım, motor ve iletişim becerileri programların odak noktasını oluşturmaktadır.

MEB, zihin engelli çocukların psikometrik ölçüm araçlarındaki performanslarına göre yaptığı sınıflandırmada ise "Fonksiyonlara Göre Uluslararası Sınıflama Sistemi (ICF)" kullanılmaktadır. ICF normlarına göre;

Hafif düzeyde zihinsel yetersizliği olan bireylerin 50-69,
Orta düzeyde zihinsel yetersizliği olan bireylerin 35-49,
Ağır düzeyde zihinsel yetersizliği olan bireylerin 20-34,
Çok ağır düzeyde zihinsel yetersizliği olan bireylerin 0-19,

zeka bölümüne sahip olması gerekmektedir (MEB, Eğitsel Tanılama Hizmetleri, 2006) .

2.5.3. Gereksinimler Temel Alınarak Yapılan Sınıflama

Bu sınıflandırma sistemi, bireyin içinde yaşadığı toplumsal sistemde ne kadar ve ne tür desteğe gereksinimi olduğu konusunda bilgi vermektedir. Buna göre zihinsel yetersizliği olan bireyler aralıklı, sınırlı, yoğun ve yaygın desteğe gereksinimi olan bireyler olmak üzere dört gruba ayrılmıştır (Sucuoğlu, 2009).

Aralıklı desteğe gereksinimi olan bireyler: Gereksinim oldukça, dönem dönem verilen kısa süreli desteğe gereksinimi olan bireylerdir. Bu bireylerin sürekli olarak desteğe gereksinimleri yoktur, zaman zaman ya da kısa süreli olarak desteğe gereksinimleri olabilir. Örneğin geçiş dönemleri, işi kaybetme ya da geçici bir sağlık problemi olduğunda bireye çok ya da az yoğunlukta destek sağlanabilir.

Sınırlı desteğe gereksinimi olan bireyler: Aralıklı olamayan, belli süre ile sınırlı desteğe gereksinimi olan bireylerdir. Örneğin birey kısa süreli iş eğitime ya da okul döneminden yetişkinliğe geçişte kısa süreli geçiş programına gereksinim duyulabilir. Destekler aralıklı değildir ancak belli bir zamanla sınırlıdır, yoğun desteğe göre daha az eleman gerekebilir, daha düşük maliyeti olabilir.

Derin/yoğun desteğe gereksinimi olan bireyler: Bazı ortamlarda (okulda, işte, vb..) düzenli olarak desteğe gereksinimi olan bireylerdir. Destekler, her hangi bir çevredeki, örneğin evde, okulda ya da işte, düzenli katılımı tanımlanabilir ve zaman sınırlı değildir. Örneğin birey ev yaşamında uzun süreli desteğe gereksinim duyabilir.

Yaygın desteğe gereksinimi olan bireyler: Her ortamda (yaygın) sürekli ve yoğun desteğe gereksinimi olan bireylerdir. Bu gruba sağlanan destekler çok yoğundur, tutarlı olarak sunulur, diğer gruplara sunulan desteklere göre daha fazla eleman gerektirir ve maliyeti daha yüksek olabilir.

2.6.Zihinsel Değerlendirme

Zihinsel yetersizliği olan bireylerin tanınmasında ve sınıflandırılmasında zeka testleri günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır (Sucuoğlu, 2009).

Zihin engelli bireylere yönelik değerlendirme süreçleri beş grupta toplanabilir: a) zihinsel değerlendirme araçları, b) uyumsal değerlendirme araçları, c) gelişimsel değerlendirme araçları, d) alanlara yönelik değerlendirme ve e) eğitsel değerlendirme.

Zeka Kavramı

Zeka testlerini anlamak için öncelikle **zeka** kavramını anlamak gerekir. Ancak bir psikolojik yapı olan zeka, tanımlanması son derece zor bir kavramdır. Amerikan Zihinsel ve Gelişimsel Yetersizlikler Birliği (AAIDD)'nin yaptığı tanıma göre zeka ‘ akıl yürütmeyi, planlama yapmayı, problem çözmeyi, soyut düşünmeyi, karmaşık düşünceleri anlamayı, hızlı öğrenmeyi ve deneyimlerden öğrenmeyi kapsayan genel bir zihinsel yetenektir’ (www.aamr.org).

Zekanın tanımındaki belirsizlik zeka testlerinin içeriğine de yansımakta ve farklı zeka testlerinin alt testleri ve modelleri arasında önemli farklılıklar bulunmasına yol açmaktadır. Ayrıca, bir zeka testi sonucunda bir çocuğun elde ettiği zeka puanı zamanla değişebilmekte; daha da önemlisi ortalama kültürün dışında yetişen çocuklar, büyük bir çoğunluğu ortalama kültürü temsil edici özellikte araçlar olan zeka testlerinde dezavantajlı olmaktadır. Tüm bunlar, zeka testlerine yönelik eleştirilerin kaynağını oluşturmaktadır (Sucuoğlu, 2009).

Zekâ standardize edilmiş testlerle ölçülür. Zekâ testleri çocukların cevaplayabileceği nitelikteki soruları ve yapabilecekleri becerileri içerir. Bir çocuğun standart zekâ testlerinden aldığı puanlar değerlendirilerek zekâ yaşı bulunur. Zekâ yaşının takvim yaşına bölümünün 100 ile çarpılmasıyla çocuğun zekâ bölümü (IQ) elde edilir (MEB, 2007). Bu aşağıdaki gibi formüle edilebilir:

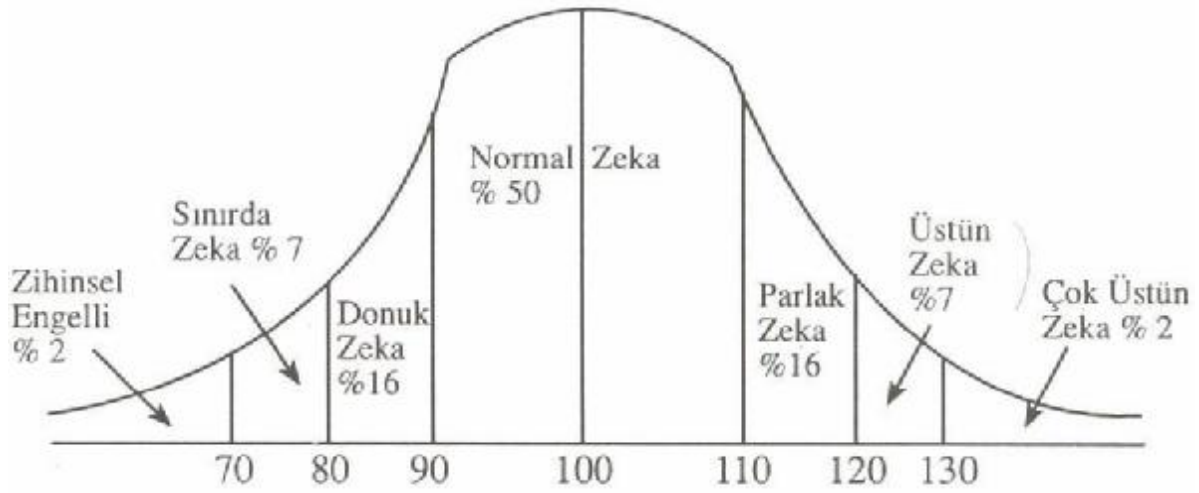
$$\text{Zekâ Bölümü (ZB)} = \text{Zekâ Yaşı (ZY)} / \text{Takvim Yaşı (TY)} \times 100$$

Örneğin takvim yaşı 5 olan bir çocuğun zekâ yaşı 6 olarak tespit edilmiştir. Bu çocuğun zekâ bölümü kaçtır? sorusunun cevabı aşağıdaki gibi hesaplanarak gösterilebilir.

Zekâ Bölümü (ZB) = $6/5 \times 100$ ZB= 120'dir.

Zekâ bölümü bir çocuğun başarı düzeyini değil, varabileceği olası en üst sınırı belirtirken, neleri başardığı değil, neleri başarabileceğini ifade eder. Araştırmalara göre bireyin zekâ bölümü ile daha sonraki başarısı arasında ilişki bulunmuştur. Ancak başarıyı etkileyen pek çok faktörün olduğu da bilinmektedir (MEB, 2007).

Toplumdaki bireylerin zekâ düzeyleri çan eğrisine uygun şekilde dağılım gösterir. İnsanların sahip olduğu zekâ düzeyleri ortalama 100 olmak üzere, 90 ile 110 arasında değişme gösterir.



Şekil 1. Zekâ bölümü puanlarının kuramsal olarak dağılımı

(MEB, 2007).

Zeka testleri tüm dünyada ve ülkemizde yaygın olarak kullanılmaktadır. Günümüzde dünyada en yaygın kullanılan bireysel zeka testleri:

- Ø WISC-IV: Wechsler Intelligence Scale for Children (4. Baskı), 2003
- Ø WPPSI-III: Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (3. Baskı), 2002
- Ø SB-5: Stanford-Binet Intelligence Scale for Early Childhood (5. Baskı), 2007
- Ø LIPS-R: Leiter International Performance Scale-Revised, 1997
- Ø DAS: Differential Abilities Scales, 1990
- Ø Merrill Palmer Scale of Mental Tests, 1948

- Ø Yine Türkiye’de kullanılan zeka testleri ise:
- Ø Stanford-Binet Zeka Testi (3. Baskı), 1972
- Ø WISC-R (Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği), 1974
- Ø Leiter Zeka Testi, 1979
- Ø Porteus Labirentleri Testi, 1965
- Ø Kohs Küpleri Testi, 1923
- Ø Goodenough- Harris İnsan Resmi Çizme Testi, 1963 (Sucuoğlu, 2009).

Zihinsel yetersizliği olan çocukların değerlendirilmesinde zeka testlerinin yanı sıra uyumsal değerlendirme araçlarının da kullanılması önerilmektedir. **Uyumsal değerlendirme** sonuçları, tanıya yardımcı olmanın yanı sıra, verilecek eğitimin planlanmasına da hizmet edebilmektedir. **Gelişimsel değerlendirme**, tarama amaçlı olarak, zeka testi uygulanamayan durumlarda ya da zeka testi sonucuna ek bilgiye gereksinim duyulan durumlarda başvuru olan değerlendirme sürecidir. Belirtilen amaçlara yönelik hazırlanmış olan çeşitli gelişimsel tarama ölçekleri vardır. Zihinsel yetersizliği olan çocukların değerlendirilmesinde önem taşıyan belli başlı beceri alanları dil-iletişim becerisi ve görsel-devinsel beceri alanlarıdır. Bu alanların her birine yönelik çeşitli değerlendirme araçları bulunmaktadır. **Eğitsel değerlendirme** ise, verilecek eğitimin içeriğinin planlanması ve verilen eğitimin etkilerinin değerlendirilmesi amaçlarına hizmet etmek üzere yürütülen değerlendirme etkinliklerini kapsar (Sucuoğlu, 2009).

2.7.Zihinsel Yetersizliği Olan Çocukların Özellikleri

Zihinsel yetersizliği olan çocuklar da normal yaşlıları gibi, temelde aynı psikolojik, fizyolojik, sosyal, duygusal gereksinimlere sahiptirler ve onların da normal çocuklar gibi yemek yeme, içme gibi biyolojik, sevmek, sevilme, başarılı olma, kabul edilme, toplumda kendine uygun bir işe sahip olma gibi psikolojik ve sosyal gereksinimleri bulunmaktadır. Zihinsel yetersizliği olan çocuklar kendi aralarında da bireysel farklılıklar göstermektedirler. Zihinsel yetersizliği olan çocuklar ile normal gelişim gösteren çocuklar arasındaki fark ise beden, zihin, dil ve sosyal gelişimlerinde kendi ellerinde olmayan nedenlere bağlı olarak normalden geri olmaları, gelişimlerinin sınırlı ve gelişim hızlarının yaşlılarından yavaş olmasıdır (Topaloğlu, Karabulut, Cebeci, 2003).

Genel olarak bu çocukların özellikleri:

- Öğrenmede yavaşlık
- Dikkat dağınıklığı
- Konuşma bozukluğu ve gecikmiş konuşma
- Duyu-motor problemleri
- Günlük yasama ilişkin becerilerde yetersizlik
- Sosyal becerilerde yetersizlik (Topaloğlu, Karabulut, Cebeci, 2003).

Bu özellikler genel olarak tüm zihinsel özürlü çocuklarda görülmekte ancak bu becerilerdeki başarısı ve yeterliliği zihinsel özürün derecesine göre değişmektedir. Örneğin; hafif derecede zihinsel özürlü bir çocuk sosyal gelişimi ve günlük yaşam becerilerinde yeterli bir çocuktur. Temel probleminin öğrenme ve dikkat dağınıklığı ile ilgili olduğu kabul edilmektedir. Orta/ağır derecede zihinsel özürlü çocuk ise bu alanların tümünde birden yetersizlik gösteren, destek gereksinimi olan çocuktur. Zihin engelli çocukların bu özelliklerindeki performansları engellerinin derecesine göre farklılaştığından ihtiyaç duydukları desteğin türü ve yoğunluğu da aynı doğrultuda değişmektedir (Topaloğlu, Karabulut, Cebeci, 2003).

2.7.1.Bilişsel Özellikleri

Zihinsel yetersizliği olan bireyleri akranlarından ayıran en temel özellikleri öğrenme özellikleridir. Bu çocuklar dikkatlerini öğrenilecek konu üzerinde odaklanma ve dikkati sürdürme boyutlarında güçlük yaşamakta, zihinsel yetersizliğin derecesi/ zeka yaşı, güdülenme özellikleri, zeka geriliğine yol açan neden ve yaşadıkları kuruma bağlı olarak dikkat becerileri azalmakta ya da artmaktadır. Öğrenme için çok önemli olan hafıza becerilerinde de akranlara göre farklılıklar görülmekte, öğrendikleri bilgi ve becerileri kolayca unutmaktadır. Zihinsel yetersizliği olan çocuğun dikkat toplama ve dikkatini sürdürmeye ilişkin sorunları ile bilgileri prova etme ve gruplama gibi bilişsel işlevlerde yetersizlik olması hafıza nedenlerinin altında yatan temel nedenler olarak kabul edilmektedir. Dikkat ve ilgi süreleri kısa ve dağınık olduğu için öğrenmeleri ağır ve uzun sürelidir. Genellemede, kazanılan bilgileri transfer etmede ve yeni durumlara uymakta zorluk çekerler. Akademik beceriler çocuğun zihinsel yetersizliğinin derecesine bağlı olarak gelişmekte, hafif derecede

zihinsel yetersizliği olan çocuklar 11-12 yaşına geldiklerinde okumayı öğrenmekte ancak okuma becerisini bilgi edinmek amacıyla kullanmaları güç olmaktadır (Sucuoğlu, 2009).

2.7.2.Dil Gelişimi Özellikleri

Dil gelişimi ve dilin kullanılması, çocukların bilişsel gelişimlerini yakından etkilemektedir. Hafif derecede zihinsel yetersizliği olan çocukların dil ve konuşma gelişimleri akranlarından geridir ve geriliğin derecesi çocuğun zihin işlevlerinin derecesi ile ilişkilidir. Ayrıca konuşma problemleri zihinsel yetersizliği olan grupta yetersizliği olmayan gruba göre daha fazladır. Ağır derecede zihinsel yetersizliği olan çocukların dil ve konuşma problemleri daha belirgindir ve bazı çocuklar hiç konuşamazlar. Bu çocuklar için alternatif iletişim yöntemleri geliştirilmekte, bu yöntemler temel gereksinimlerini belirtebilmeleri ve çevreleri ile iletişim kurmalarında oldukça etkili olmaktadır (Sucuoğlu, 2009).

2.7.3.Motor Gelişim Özellikleri

Zihinsel yetersizliği olan çocukların motor gelişimleri akranlarından belirgin derecede geri olabilir, özellikle denge, hareket ve el becerileri gibi alanlarda akranlarından daha az beceriye sahiptirler. Fiziksel özellikler ve görünüş açısından büyük çoğunluğu akranlarından farklı değildirler. Bununla birlikte fiziksel anormallikler ile zihinsel yetersizliğin derecesi arasınd güçlü bir ilişki bulunmakta, bireyin engelinin derecesi arttıkça fiziksel farklılıkları da artmaktadır (Sucuoğlu, 2009).

2.7.4.Sosyal Özellikler

Sosyal yönden incelendiğinde zihinsel engelli çocukların yaşıtlarına göre sosyal olgunluk ve beceride belirli şekilde geri oldukları ve bu alandaki gelişimin yavaş olduğu görölmektedir. Genelde kendilerinden yaşça küçük olan çocuklarla arkadaşlık etmekten ve oynamaktan hoşlanırlar. Oyun ve toplum kurallarına uymakta zorluk çekerler, kuralları güç olan oyunlara katılmak istemezler. İçinde yasadıkları toplumun geleneklerine uymakta ve kendi ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılamakta güçlük çekerler. Bazı duygusal sorunlar ve kişilik bozuklukları görölmektedir. Kendilerine güvenleri azdır, bağımsız davranamazlar. Geç ve güç dostluk kurarlar ve dostluk süreleri kısadır. Lider olamazlar, sorumluluk almaktan kaçınır, bağımlı olmayı tercih ederler (Bilir, 1986, akt.; Ahmetoğlu,2004)

Yaşıtlarından kabul gördüklerinde hafif derecede zihinsel yetersizliğe sahip çocuklar onlarla bir arada olup kolayca anlaşabilirler. Yapabileceklerinden daha zor görevler vermek, onların gereksiz yere başarısızlık duyguları yaşamalarına neden olur. Diğer taraftan yapabileceklerinden daha basit görevler vermek ise onların kolayca sıkılmalarına yol açabilir. Bu çocukların başarılı oldukları konularda, çeşitli oyunlarda normal arkadaşlarıyla bir araya gelmeleri, yapamadıklarından çok yapabildiklerinin vurgulanması, başarabilecekleri işlerde onlara fırsat verilmesi duygusal açıdan kendilerine daha çok güvenmeleri yönünden önemlidir (Topaloğlu, Karabulut, Cebeci, 2003).

2.8.Zihinsel Yetersizliği Olan Çocukların Sağlık Sorunları

Zihinsel yetersizliği olan çocuklarda sağlık sorunları arasında özellikle kalp hastalıkları, obezite, nöbet, duyma ve görme problemleri gibi kronik hastalıklar daha sık gözlenmektedir (De, Small, Baur, 2008; Position of the American Dietetic Association, 2010). Yine zihinsel yetersiz çocuklarda görülen bir diğer sağlık problemi de yetersiz fiziksel aktivitedir. Bu çocuklarda yoğun olarak görülen motor yetersizlik fiziksel aktivite azlığının nedenlerinden biridir (Jansen, Krol, Groothoff, Post, 2004; Yıldırım Sarı, 2010). Yetersiz fizik aktivite, yetersiz sıvı alımı ve lifli gıdaların yeterince tüketilmemesine bağlı olarak ise konstipasyon sıklığı artmaktadır (Bohmer, Taminau, Klinkenberg-Knol, Meuwissen, 2001).

Gelişimsel yetersizliği olan çocuklarda düzensiz uyku, kısa süreli uyku, gece uyanma, gündüz uykusuzluk gibi uyku bozuklukları ve uyku sorunları yaşanmaktadır (Wiggs, 2001). Ayrıca katarakt, kırılma kusurları, nistagmus ve kornea anormallikleri de toplum geneline göre daha yaygın görülmektedir (Fisher, Kettl, 2005; Yıldırım Sarı, 2010).

Özellikle beslenmeyle ilgili sorunlar zihinsel yetersizliği olan çocuklarda daha sık görülmektedir. Beslenmeyle ilgili olarak obezite, malnutrisyon, yetersiz besin alımı gibi birçok sorun görülmektedir (Jansen, Krol, Groothoff, Post, 2004; Yıldırım Sarı 2010).

2.9. BESLENME

Beslenme; insanın büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan öğeleri vücuduna alıp kullanabilmesidir (www.saglik.gov.tr).

Çocuklarda Genel Beslenme İlkeleri

Çocuğun gelecekte sağlıklı beslenme alışkanlıklarına sahip olabilmesi için, çocuğun günlük beslenmesinde ve öğünlerinde ailelerin göz önünde bulundurması ve uyması gereken bazı kurallar ve ilkeler vardır. Bunlar;

- Ü Hiçbir yiyecek tek başına çocuğun gereksinimi olan total protein, enerji, vitamin ve mineralleri karşılayamaz. Bu nedenle, her gün belirli yiyecek gruplarından belirli miktarlarda tüketilmelidir.
- Ü Yemek öğünleri düzenli, porsiyonlar çocuğun yaşına uygun olmalıdır.
- Ü Çocukların günlük gereksinimi üç ana öğünde verilen yiyeceklerle karşılanamaz. Ana öğünün tamamlayıcısı ve dengeli bir diyetin önemli bir kısmını oluşturan ara öğünlerde seçilen yiyeceklerin besleyici değerinin yüksek olmasına dikkat edilmelidir.
- Ü Diş sağlığı açısından şeker ve şekerin konsantre miktarını içeren yiyecek ve içeceklerden kaçınılmalıdır (Garibağaoğlu, 1992).

Sürekli büyüme ve gelişme içinde olan çocuklar beslenme yetersizliklerinden en fazla etkilenen gruplardır. Çocuklarda görülen beslenme yetersizliği ve dengesizliği obezite, malnutrisyon, vitamin ve mineral eksiklikleri gibi beslenme problemlerine ve anoreksi nervosa, bulimia nervosa, pika gibi yeme bozukluklarına neden olmaktadır (Garibağaoğlu, 1992).

2.9.1. Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuklarda Görülen Beslenme Sorunları

Beslenme sorunları zihinsel yetersizliği olan çocuklarda daha sık görülmektedir (Yıldırım, 2010; Fragala-Pinkhami, Bradford, Haley 2006; Rimmer ve Yamaki, 2006). Yapılan araştırmalara göre beslenme sorunları arasında obezite, malnutrisyon, çiğneme ve yutma güçlüğü, diş problemleri, gastroöfagal reflü, pika sorunu (tebeşir, toprak gibi şeyleri yeme isteği ve yeme), gizli yemek yeme, aşırı yemek yeme isteği, yemeği döküp dağıtmak gibi yeme bozuklukları bulunmaktadır (Köşgeroğlu, Mert Boğa, 2011; Yıldırım Sarı, 2010).

Obezite

Obezite prevelansı toplumun geneline göre zihinsel yetersizliği olan bireylerde daha yüksektir (Mai'ano, Be' garie, Morin, Garbarino, Ninot, 2010).

Yapılan çalışmalar zihinsel yetersizliği olan adolesanlarda obezite prevelansının %7 ile % 21.9 arasında olduğunu göstermektedir. (Mai'ano, Be' garie, Morin, Garbarino, Ninot, 2010; Bandini, Curtin, Hamad, Tybor, Must, 2005; De, Small, Baun, 2008; Frey, Chow, 2006; Lin, Yen, Li, Wu, 2005; Marshall, McConkey, Moore, 2003). Obezite kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, hipertansiyon ve kanser gibi bir çok önemli sağlık problemine neden olmaktadır (Marshall, McConkey, Moore, 2003). Obezite ve fazla kilolu olmak yaşam süresini azaltmakta ve erken mortaliteyi artırmaktadır (Lin, Yen, Li, Wu, 2005).

Zihinsel yetersizliği olan bireylerde sağlıklı beslenme davranışlarının gelişmemesi, beslenme konusunda başkalarına bağımlı olmaları, besin seçimi konusunda yeterli bilgilerinin olmaması, yeterli fiziksel aktivitede bulunmamaları, büyüme gelişme sorunları gibi birçok faktör obeziteye yol açmaktadır (Mai'ano, Be' garie, Morin, Garbarino, Ninot, 2010; Rimmer ve Yamaki, 2006).

Malnütrisyon

Malnütrisyon gereksinim duyulan besinlerin uzun süre eksik alınmasıdır. Yetersizliği olan çocuklarda besinleri çiğneme ve yutmada zorluk, yemeği geri çıkarma ve dişleri sıkma, zor çiğneme, sürekli sulu besin alımına bağlı konstipasyon, besini ağıza götürememe, kendi başına yemek yiyememe, beslenirken ve besin tüketiminde yetersizlik gibi nedenlerle malnütrisyon görülmektedir (Köksal, 2008).

Zihinsel yetersizliği olan çocuklarda yeterli besin alamama, bazı besin gruplarında yetersizlik, hastalığa bağlı kilo kayıpları görülebilmektedir (Rimmer ve Yamaki, 2006). İspanya'da yapılan bir çalışmada zihinsel yetersizliği olan çocukların büyük çoğunluğunda malnütrisyon saptanmıştır (Sa'nchez-Lastres, Eirís-Pun'al, Otero- Cepeda, Pavo'n-Belincho'n, Castro-Gago, 2003). Başka bir çalışmada, zihinsel yetersizliği olan çocuklar ve onların sağlıklı kardeşleri karşılaştırılmış, malnütrisyon oranı zihinsel yetersizliği olanlarda daha fazla bulunmuştur. Hemoglobin düzeylerinin de zihinsel yetersizliği olan çocuklarda daha düşük olduğu gözlenmiştir. Ayrıca beslenmede yaşanan zorluklar yetersiz beslenme durumu için önemli bir risk faktörü olarak bulunmuştur (Yousafzai, Filteau, Wirz, 2003).

Otizimli çocuklarla yapılan bir çalışmada çocukların %53'ünde vitamin B-C-D, demir, niasin, riboflavin, kalsiyum ve çinko değerleri düşük bulunmuştur (Cornish, 1998). Yine nörolojik yetersizliği olan çocuklarda demir, selenyum, çinko, esansiyel yağ asitleri ve vitamin C,D,E 'nin yetersiz olduğu belirlenmiştir (Henderson, Lark, Gurka, Worley, Fung Conaway, Stallings, Stevenson, 2002; Marchand, Motil, 2006).

Zihinsel yetersizliği olan çocukların beslenme durumunu inceleyen diğer araştırmalarda çocuklarda besin seçiciliğinin fazla olduğu (Fragala-Pinkhami, Bradford, Haley 2006; Ahearn, Castine, Nault, Gren, 2000; Williams, Dalrymple, Neal, 2000), iştahsızlık yaşadıkları (Yousafzai, Filteau, Wirz, 2003), egzersiz ve sağlıklı beslenme hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğu saptanmıştır (Jobling ve Cuskelly 2006).

2.9.2.Ailenin Çocuğun Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç, Uygulamaları ve Çocuğun Beslenmesi Üzerine Etkisi

Çocuk, anne- babanın beslenme tarzı ve alışkanlıklarından etkilenir. Çocuklarda ilk öğrenme, yakın çevresindeki bireyleri taklit etme biçimindedir. Anne, baba ve kardeşler onlar için en iyi örnektir (Özçetin, Yılmaz, Erkorkmaz, Esmeray, 2010; Brink, Ferguson, Sharma, 1999).

Ebeveynler, çocuğun çevresini yaratmaya onu besleme yöntemine karar verdiklerinde başlamış olurlar. Bu yöntem; hangi besinlerin hangi oranda ve nasıl bir ortamda tüketileceğine karar verilerek belirlenir. Çocuğun beslenme alışkanlığını oluşturacak olan yeme düzeni ebeveynler tarafından oluşturulur. Aile çevresi, çocuğun kilosuna etki edecek olan yemek seçiminin gelişimini, düzenli besin alımını, yeme tarzını ve aktivite çeşitlerini belirler ve çocukluk ve ergenlik döneminde bireyin kilosuna doğrudan etki eder (Nicklas, Baranowski, Cullen, Berenson, 2001; Camcı, 2010).

Ebeveyn Kontrolü

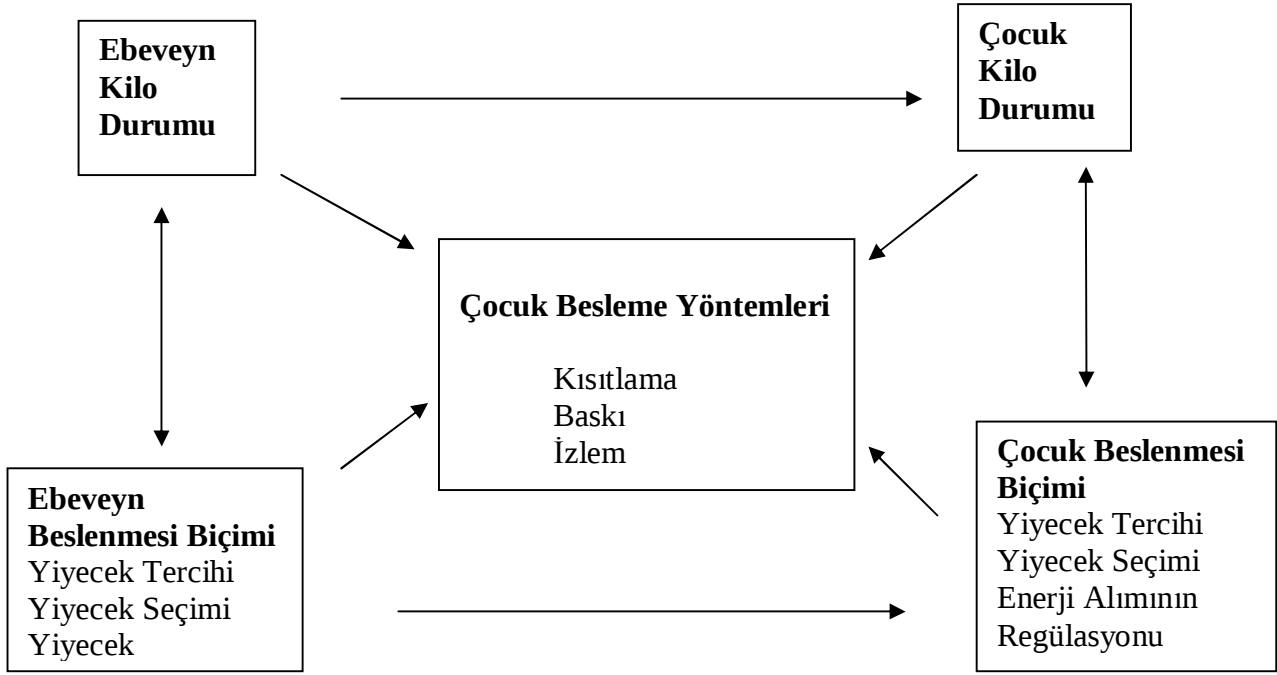
Chamberlin ve arkadaşlarına göre ebeveynler besinleri, çocukları ile başa çıkma mekanizması olarak kullanmaktadır (Chamberlin, Sherman, Jain, Powers, Whitaker, 2002). Bazı aileler ise yiyecekleri çoğunlukla çocuklarının uygun davranışlarını güçlendirmek amacıyla kullanırken, bazı anneler 'mızımız' bebeği sakinleştirmek, öfke nöbetlerini dindirmek veya iyi davranışları ilerletmek amacıyla rüşvet olarak kullanılmaktadır. Sık

karşılaşılan farklı bir durum ise, ailelerin çocuk davranışlarını kontrol etme amaçlı olarak besin değeri düşük şekerli yiyecekleri çocuğa ödül olarak sunmalarıdır. Çocukların bu şekilde beslenmesinin normal gelişen açlık/tokluk sinyallerinin algılanmasında sorunların ortaya çıkmasına sebep olacağı yönünde hipotezlere neden olmaktadır (Baughcum, Burklow, Deeks, Powers, Whitaker, 1998).

Çalışmalar ebeveynlerin yiyecek ulaşımını kısıtlayarak, yeme üzerindeki baskıyı arttırarak veya çocuğu beslenmesini sıkı bir şekilde gözlem altında tutarak çocukların yeme düzeni üzerinde kontrol sahibi olduklarını göstermektedir (Birch, Davison, 2001; Birc, 2006). Çocuklarında obezite eğilimi olan aileler obezitenin toplumdaki olağan dışı statüsünden dolayı ve muhtemel olumsuz toplum tepkileri yüzünden endişe duymakta ve ebeveynlerin bu endişesi çocuklarını kısıtlama ve sınırlandırmalarına neden olmaktadır (Costanzo, Woody, 1985).

Amerika ve Fransa’da okul çocuklarında yapılan bir araştırmaya göre çocuklarını kilolu olarak algılayan anne babalar çocuklarında besin kısıtlaması yapmaktadırlar (Lauzon-Guillan, Musher-Eizenman, Leporc, Holup, Charles, 2009). Yapılan bir çalışmada zayıf çocuğu olan anneler çocuklarının beslenmesinde kilolu çocuğa sahip annelere göre daha fazla öfke ve engellenme yaşadıklarını bildirmişlerdir (Faith, Storey, Kral, Pietrobelli, 2008). Ailelerin çocuklarının düşük kilolu olduklarını fark ettiklerinde çocuklarına yemeleri için daha fazla baskı uyguladıkları bulunmuştur (Francis, Hofer, Birch, 2001). Yine ailenin besleme stili ve tutumu ile çocukluk çağı obezitesi arasında ilişki bulunmuştur (Faith, Scanlon, Birch, Francis, Sherry, 2004).

Birch’ in aile benzerlikleri ve kilo arasındaki bağdaki ailesel faktörleri açıklamak için geliştirdiği bir modelde, ebeveyn ve çocukların vücut ağırlıkları arasında genetik bir bağlantı olduğu anlaşılmıştır. Ancak aynı zamanda pek çok çevresel faktör de etkili olmuştur. Bu çevresel faktörler ebeveyn çocuk iletişimindeki çevresel etmenler üzerinde yoğunlaşmıştır. Çocuğun vücut ağırlığı anne babanın beslenme düzeniyle alakalıdır. Bu düzen ailenin çocuk için seçtiği yiyecek alternatifleri ve çocuğun kendi beslenme alışkanlığı tarafından oluşturulmaktadır (Birch, Davison, 2001).



Şekil 2. Birch'in ebeveynlerin çocuk besleme stratejilerinin, çocuk beslenme ve kilo duruma etkisine yönelik modeli (Birch, Davison, 2001).

Maternal İnanış ve Algılar

Anneler şişman bebeklerin daha sağlıklı olduğuna, bebeklerinin az yemesi nedeni ile tavsiye edilenden daha erken yaşta katı gıdalara geçmenin daha iyi olduğuna ve yiyecek ile ödüllendirmenin iyi bir pekiştirici olduğuna inanmakta ve bu da çocuklar için obezite riski yaratmaktadır (Baughcum, Burklow, Deeks, Powers, Whitaker, 1998).

Araştırmalara göre anneler kilolu çocuğa sahip olmanın başkalarının gözünde etkin ebeveyn olmak anlamına geldiğini düşünmektedirler (Chamberlin, Sherman, Jain, Powers, Whitaker, 2002).

Genetik

Obez anne babaya sahip çocuklar arasında obez olma riski en yüksek seviyededir. Obezitenin genetik bağlantısı hakkında yapılan çalışmalarda obez fenotipi ile bağlantılı olabilecek bazı kromozomlar belirlenmiştir. Ancak son zamanlarda yapılan çalışmalar daha çok obezitenin gelişmesinde etken olabilecek tekil genler ve fonksiyonları üzerine yoğunlaşmıştır (Gurel, İnan, 2001).

Sosyoekonomik Düzey

Sosyoekonomik düzey ve obezite arasında değişken sonuçlar bulunmuştur. Bu sonuçların bazıları yüksek sosyoekonomik düzeyde ve bazıları da düşük sosyoekonomik düzeyde obezite prevalansının arttığı görüşündedir. Ancak gelişmekte olan ülkelerde yapılan obezite prevalans araştırmalarına göre gelişmekte olan 50 ülkeden 32'sinde obezite prevalansının % 2.3' n altında olduğu ve bu ülkeler için obezitenin bir sorun teşkil etmediği ifade edilmiştir (Gurel, İnan, 2001).

Çocuğun Beslenme Alışkanlıkları

Genetik yatkınlıkla beraber beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler son yıllarda üzerinde en çok durulan faktörlerdir. İnteruterin dönemden itibaren bebeğin beslenme şekli, yaşamın daha sonraki dönemlerindeki beslenme alışkanlığını etkilemektedir (Poskitt, 1995). Bebeklik dönemindeki beslenme şekli çocuğun ileri yıllardaki beslenme alışkanlığını belirlemektedir (Bergmann, Bergmann, Von Kries, Bohm, Richter ve ark. 2003).

 ocuk ve ergenlerin  ğ nlerinin lif, demir, süt ürünleri, tahıl, sebze ve meyveler açısından yetersiz; sodyum, yağ, rafine şeker açısından ise aşırı yüksek değerlere sahip olduğu çeşitli araştırmalarda saptanmıştır (Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Croll, 2002).

2.9.3.Zihinsel Yetersizliği Olan  ocuğun Beslenmesi

Zihinsel yetersizlik tanısı aile için katlanılması g  , stresli bir durumdur. Engelli bir çocuğun ailesinde stres yaratan en önemli etkenler arasında çocuğun gelişim güçlükleri, sağlık sorunları ve anne-babaya bağımlılık düzeyinin geldiği belirtilmektedir (Akkök, Aşkar, Karancı, 1992; Özşenol, Işıkhan,  nay, Aydın, 2003).

Sarı, Baser ve Turan (2006) ise benzer şekilde ailelerin bakım sorumluluklarının fazlalığından söz ederken sağlıklı çocuklara göre bu bakım sorumluluklarının daha uzun süreli olmasının aileyi olumsuz yönde etkilediğini belirtmektedir (Sarı, Baser ve Turan, 2006).

Ayrıca anne-babalar zihinsel yetersizliği olan çocuğa gösterdiği ilgiyi, diğer çocuklarında da dengeli bir şekilde göstermek zorundadır. Anne-babalar tarafından bu denge sağlanamazsa, sağlıklı çocukta ihmal edilmişlik, kıskançlık duyguları ile birlikte davranış bozukluğu ortaya çıkabilir (Kuhn, Carter, 2006; Keskin, Bilge, Engin, Dülgerler, 2010).

Engelli çocuk anneleri grubu içinde en fazla stres yaşayanlar zihinsel engelli çocukların anneleridir. Yapılan çalışmalar da, zihinsel engelli çocukların bakımından sorumlu olan annelerin sağlıklı çocuk annelerine kıyasla strese daha fazla maruz kaldıkları ve ruhsal ve fiziksel sağlıklarının bozulduğu bildirilmektedir (Özşenol, Işıksan, Ünay, Aydın, 2003; Rodriguez, Murphy, 1997).

Zihinsel yetersizliği olan çocukların anne-babalarının beslenme davranışlarının yetersizliği olmayan çocuklarla benzer ya da farklı olup olmadığını inceleyen araştırmalar oldukça sınırlıdır. O'Neill, Shults, Stallings, Stettler (2005) hem Down Sendromlu hem de engelsiz çocuğu olan anne-babaların, çocuklarını besleme durumlarını karşılaştırmıştır. Araştırmada, anne-babaların engelsiz çocuklarına göre Down Sendromlu çocuklarının beslenme ve ağırlık durumlarıyla ilgili daha fazla sorumluluk hissettikleri, daha fazla yiyecek kısıtlaması uyguladıkları ve yemeleri için daha az baskı yaptıkları saptanmıştır (O'Neill, Shults, Stallings, Stettler, 2005). Down Sendromu dışında farklı nedenlerle zihinsel yetersizlik gelişen çocuklarda anne-babaların besleme davranışlarının incelenmesi ile ilgili literatürde boşluklar vardır.

3. Gereç ve Yöntem

3.1.Araştırmanın tipi:

Araştırma tanımlayıcı, karşılaştırmalı ve kesitsel bir çalışmadır.

3.2.Araştırmanın yeri ve zamanı:

Araştırma verileri Mart-Ağustos 2011 tarihleri arasında toplanmıştır. İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezleri'nde gerçekleştirilmiştir.

Özel Eğitim Merkezleri, özel eğitime ihtiyacı olan bireylerin;

a) Toplum içindeki rollerini gerçekleştiren, başkaları ile iyi ilişkiler kuran, iş birliği içinde çalışabilen, çevresine uyum sağlayabilen, üretici ve mutlu bir vatandaş olarak yetişmelerini,

b) Toplum içinde bağımsız yaşamaları ve kendi kendilerine yeterli bir duruma gelmelerine yönelik temel yaşam becerilerini geliştirmelerini,

c) Uygun eğitim programları ile özel yöntem, personel ve araç-gereç kullanarak; eğitim ihtiyaçları, yeterlilikleri, ilgi ve yetenekleri doğrultusunda üst öğrenime, iş ve meslek alanlarına ve hayata hazırlanmalarını amaçlayan kurumlardır (<http://orgm.meb.gov.tr/>).

İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden edinilen bilgiye göre İzmir'de toplam 108 Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi bulunmaktadır. EK 1' de görüldüğü gibi en fazla Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi Konak, Karşıyaka, Bayraklı, Bornova ve Buca ilçelerindedir. Araştırmanın yapılmasını uygun gören merkezlerde araştırma yürütülmüştür. Araştırma izin yazıları Ek 2'de gösterilmiştir.

Araştırmanın Uygulanmasına İzin Veren Kurumlar:

- Ü Özel Çağdaş Işık Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi
- Ü Buca Özel Günışığı Özel Eğitim Kursu
- Ü Özel Nazlı Deniz Özel Eğitim Kursu
- Ü Özel Atasancak Özel Eğitim Kursu
- Ü Dokuz Eylül Özel Eğitim Merkezi
- Ü Özel Ender Çocuk Özel Eğitim Kursu

3.3.Araştırmanın evreni ve örnekleme:

Araştırmanın evrenini İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı Özel Eğitim Merkezleri'nden hizmet alan çocuklar oluşturmaktadır. İzmir'de İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nde özel eğitim hizmetinden yararlanan çocuk sayısı 13.909'dur. Ancak eğitim alan çocukların hangi yaş gruplarında yer aldığına ilişkin bir veri bulunmamaktadır. Araştırmaya 2-12 yaşları arası zihinsel yetersizliği olan çocuk ve kontrol grubu olarak ise onların sağlıklı kardeşleri alınmıştır.

Örneklem sayısı Tip I hata 0.05 ve %80 güce göre hesaplanmıştır. Hesaplamalarda O'Neill ve ark. (2005) 'nın çalışmasında kullanılan "Ebeveynlerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları Ölçeği"nin alt ölçeklerinden alınan toplam puan ve standart sapmalar kullanılmıştır. Örneklem sayısı her bir alt ölçekte farklı sonuç vermiştir. Hesaplamalar sonucunda örneklem sayısının en az 11 en çok 267 olması belirlenmiştir.

Yapılan literatür incelemesinde O'Neill ve ark. (2005) çalışmasına 37 çocuk katıldığı görülmüştür. Araştırmanın sınırlılıkları da göz önünde bulundurularak örneklemin en az 37 zihinsel yetersizliği olan ve 37 zihinsel yetersizliği olmayan çocuktan oluşması planlanmıştır. Ancak tezin uygulanması döneminde ulaşılabilen tüm çocuklar örnekleme dahil edilmiş ve çalışmaya 42 zihinsel yetersizliği olan çocuk ve 42 zihinsel yetersizliği olmayan çocuk dahil edilmiştir.

Örnekleme dahil olma kriterleri:

1. Açık kalp ameliyatına aday ya da konjenital kalp defekleri olmayan,
2. Sürekli medikal müdahale ya da barsak rezeksiyonuna aday gastroenteral anormalliği olmayan,
3. Lösemi ya da diğer kanser hastalığı olmayan,
4. Troid hormon replasmanı gerektiren hipotroidizmi olmayan
5. Büyüme ve enerji dengesini etkileyen kronik bir hastalığı olmayan
6. Boya göre ağırlığı %90-%110 arasında olanlar
7. 2-12 yaş arasında olanlar

Örneklem grubuna kardeşi olan çocuklar dahil edilmiş ve onlar da örnekleme dahil olma kriterleri açısından değerlendirilmiştir. Birden fazla uygun iki kardeş varsa bu annenin seçimine bırakılmıştır.

3.4.Araştırmanın değişkenleri:

Bağımlı değişken; annelerin besleme ile ilgili inanç, tutum ve uygulamaları

Bağımsız değişken; çocuğun zihinsel yetersizliğinin olması ya da olmaması ve çocuk ve anneye ilişkin sosyodemografik özellikler.

3.5.Veri toplama araçları:

Araştırmada iki veri toplama formu kullanılmıştır. Birincisi Sosyo-demografik Soru Formu, ikincisi “Ebeveynlerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları Ölçeği”dir.

3.5.1. Sosyodemografik Soru Formu:

Sosyo-demografik soru formunda çocuğun yaşı, cinsiyeti, kilosu, boyu, boya göre ağırlığı, yetersizlik derecesi, annenin yaşı, eğitim seviyesi, mesleği, kronik hastalık durumu ve ailenin gelir düzeyi algısı ele alınmıştır. (EK 5)

Ölçümler:

Çocuklarda vücut ağırlığı 3 yaştan büyük çocuklarda 0.1 kg duyarlılığında dijital bir terazi kullanılarak ölçülmüştür. Ölçüm öncesinde terazinin hassas bir şekilde ayarlaması yapılmıştır. Çocuklar iç çamaşırlar dışında giysiler çıkartılarak tartılacaktır. Bebek bezi bağlanan çocukların bezleri çıkarılarak ölçüm yapılmıştır (Kurugöl, Akşit, 2001).

Boy ölçümünde düz duvara tesbit edilmiş bir cetvel ve hareketli bir baş tahtası kullanılmıştır. Ölçüm çocuk ayakta iken ve çocuğun omuzları, gluteal bölgesi, bacaklarının arka yüzü ve topukları duvara değecek şekilde, ayakkabısız ve gözleri tam karşıya bakacak şekilde yapılmıştır (Kurugöl, Akşit, 2001).

Ölçümler bittikten sonra çocukların boya göre tartı oranları (relatif tartı) hesaplanmıştır. Relatif tartı bütün yaş gruplarında kullanılabilen bir yöntemdir. Çocuğun tartısının, aynı çocuğun boy uzunluğuna uyan tartıya oranıdır. Aşağıdaki şekilde hesaplanır (Kurdoğlu, Saner, Sökücü, Demirkol, Günöz, 1993).

$$RT = (\text{Çocuğun tartısı} / \text{Aynı boyda normal çocuğun tartısı}) \times 100 \text{ (Neyzi ve Ertuğrul 1993).}$$

Relatif tartısı %90-%110 arasında olanlar beslenme açısından normal kabul edilir (Kurdoğlu, Saner, Sökücü, Demirkol, Günöz, 1993). Çalışmaya relatif tartısı %90-%110 arasında olanlar dahil edilmiştir.

3.5.2. Ebeveynlerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları Ölçeği

(Child Feding Questionnaire-CFQ): (EK 6) Ölçek Birch ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilmiştir. Ebeveynlerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları Ölçeği, anne-babanın çocukluk obezitesiyle ilgili algılarını-endişelerini ve ailenin çocuk beslemesine ilişkin inanç-tutum-uygulamalarını değerlendiren bir ölçektir. Ölçek 2-11 yaş arasındaki çocukların anne-babalarına uygulanmaktadır. Ölçek, 31 madde ve 7 faktör içermektedir. Bunlar;

a) Algılanan sorumluluk (üç madde içerir (alfa = .88), toplam varyansın %97'sini açıklar. Bu faktör ailelerin çocuklarını beslerken hissettikleri sorumluluğu belirler. En az 3 en fazla 15 puan almaktadır. Alt boyutta puan yükseldikçe ebeveynlerin çocuklarının beslenmesi ile ilgili algıladıkları sorumluluk artmaktadır.

b) Ailenin ağırlık algısı, dört alt madde içerir(alfa=.71) ve toplam varyansın %10'unu açıklar. Bu faktör ailenin geçmişteki kendi ağırlık durumlarını algılamalarını belirler. En az 4 en fazla 20 puan almaktadır. Alt boyutta puan yükseldikçe ebeveynlerin kendi ağırlık durumlarını algılamaları artmaktadır.

c) Algılanan çocuk ağırlığı, altı madde içerir (alfa=.83) ve toplam varyansın %19'unu açıklar. Bu faktör, ailelerin çocuklarının ağırlık durumlarını nasıl algıladıklarını belirler. En az 4 en fazla 30 puan almaktadır. Alt boyutta puan yükseldikçe ebeveynlerin algıladıkları çocuk ağırlığı artmaktadır.

d) Ailenin çocuğun ağırlığı ile ilgili endişeleri, üç madde içerir (alfa=.75) ve toplam varyansın %15'ini açıklar. Bu faktör, çocuğun fazla kilolu olma riskine karşı ailenin endişelerini belirler ve ailenin çocuğu beslemeyle ilgili kontrollü tutum ve uygulamalarını ölçer. En az 3 en fazla 15 puan almaktadır. Alt boyutta puan yükseldikçe ebeveynlerin çocuklarının ağırlığı ile ilgili endişeleri artmaktadır.

e) İzlem(kontrol etme), üç madde içerir (alfa=.92) ve toplam varyansın %75'ini açıklar. Bu faktör, ailenin çocuğun yemesini kontrol etme derecesini belirler. En az 3 en fazla 15 puan almaktadır. Alt boyutta puan yükseldikçe ebeveynlerin çocuklarının yeme durumlarını kontrol etmeleri artmaktadır.

f) Kısıtlama, sekiz madde içerir (alfa=.73) ve toplam varyansın %78'ini açıklar. Bu faktör, ailenin çocuğun yiyeceğini kısıtlama düzeyini belirler. En az 8 en fazla 40 puan almaktadır. Alt boyutta puan yükseldikçe ebeveynlerin çocuklarının yiyeceğini kısıtlama düzeyi artmaktadır.

g) Yeme için baskı, dört madde içerir (alfa=.70) ve toplam varyansın %78'ini açıklar. Bu faktör, genellikle yemek zamanı ailenin çocuğun daha fazla yemesi için baskı yapma eğilimini belirler. En az 4 en fazla 20 puan almaktadır. Alt boyutta puan yükseldikçe ebeveynlerin çocuklarına yemeleri için baskı yapma durumları artmaktadır. (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer, Johnson, 2001; Polat, Erci, 2010).

Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını Polat ve Erci (2010) yapmıştır. Ölçek önce Türkçe'ye çevrilmiş ve sonra Türkçe versiyonu ayrı ayrı çalışan iki Türk çevirmen tarafından İngilizceye çevrilmiştir. Bu iki çeviri versiyonu araştırmacılar tarafından karşılaştırılmış ve bir görüş birliğine varılmıştır. Maddelerin açıklığını ve içerik geçerliğini test etmek için çevrilmiş versiyonu beş uzmandan oluşan bir panelde sunulmuştur. Panelde ölçeğin çevrilmiş şekli ve orijinal hali karşılaştırılmış sonuçta bir değişiklik önerilmemiş ve maddelerin açıklığı ve içerik geçerliği uygun bulunmuştur. Polat ve Erci(2010) ölçeğin ayrıntılı iç güvenirlik katsayısı 0.75 olarak saptanmıştır. The Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) değeri, .68 ile anlamlı ($p < .001$) bulunmuştur. Bu anlamlılık faktör analizini yapmak için yeterli genişlikte ve 31 maddelik soru formunun psikometrik testi için uygun olduğunu göstermektedir (Polat ve Erci, 2010).

Ölçeğin Down Sendromlu çocuklarda geçerlik güvenirlik çalışmasını O'Neill, Shults, Stallings, Stettler (2005) yapmıştır. Orijinal ölçek, Türkçe formu ve Down Sendromlu çocuklar için yapılan geçerlik sonuçları Tablo 2'de açıklanmıştır.

Tablo 2. Ebeveynlerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları Ölçeği Cronbach Alfa Değerleri

Faktör	Madde sayısı	Ölçülen tutum ve davranış	Cronbach alfa		
			Orijinal ölçek	DS’li çocuklar	Türkçe geçerlik güvenirlik
Algılanan sorumluluk (Perceived responsibility)	3	Ailenin çocuklarının beslenmesi ile ilgili hissettikleri sorumluluk düzeyi (porsiyon büyüklüğünü belirlemek ve sağlıklı beslenmenin sağlanması)	0.88	0.77	0.68
Ailenin ağırlık algısı(Parent Perceived Weight)	4	Ailenin geçmişteki kendi ağırlık durumlarını algılama derecesi	0.71	-	0.65
Algılanan çocuk ağırlığı (perceived child weight)	3	Ailenin çocuklarının ağırlık durumlarını algılama derecesi	0.83	0.76	0.74
Ailenin çocuğun ağırlığı ile ilgili endişeleri (Parents’ Concerns About Child Weight)	3	Çocuklarının fazla kilolu olma riskine karşı endişe düzeyleri ve buna bağlı tutum ve davranışları	0.75	0.77	0.63
İzlem (Monitoring)	3	Çocuklarının yeme durumlarını kontrol etme düzeyleri (şekerli, yağlı ve fast food vb. yiyeceklerden uzak tutma)	0.92	0.92	0.76
Kısıtlama (Restriction)	8	Çocuklarının yiyeceklerini kısıtlama düzeyleri	0.73	0.71	0.65
Yeme için baskı (Pressure to Eat)	4	Çocuklarına yemeleri için baskı yapma düzeyleri	0.70	0.73	0.74

(Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey ve ark. 2001; O’Neill, Shults, Stallings, Stettler, 2005; Polat ve Erci 2010)

Ebeveynlerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları Ölçeği çeşitli toplumlarda bazı çalışmalar için kullanılmıştır. Birch ve arkadaşları (2001) Pennsylvania’daki anneler için ölçeği test etmiş ve soruların geçerlik ve güvenirliğinin uygun olduğunu bulmuşlardır. Scaglioni, Salvioni and Galimberti (2008) ölçeğin çocukların yeme davranışlarına aile tutumunun etkisini belirlemede başarıyla kullanıldığını belirtmişlerdir. Yine Spruijt-Metz, Lindquist, Birch, Fisher and Goran (2002) ise çocukların yağ dokusu ve

annelerin çocuklarını besleme uygulamaları arasındaki ilişkiyi belirlemede kullanmışlardır. O'Neill, Shults, Stallings, Stettler (2005) ise ölçeği anne-babaların Down Sendromlu olan ve olmayan çocuklarının besleme durumlarını karşılaştırdıkları araştırmalarında kullanmışlardır.

Ölçek bütün maddelerin 5 puan üzerinden değerlendirildiği Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin değerlendirme yöntemi Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Ebeveynlerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç ve Uygulamaları Ölçeği Faktörleri, Maddeler ve Yanıtlama Seçenekleri.

Faktör	İsim değişkeni	Sıralama	Soru	Yanıtlama seçenekleri
Algılanan sorumluluk	PR1	1	Çocuğunuz evde olduğu zaman onu ne sıklıkta besliyorsunuz veya ne sıklıkta sorumlusunuz?	1= asla
	PR2			2= bazen
	PR3	2	Çocuğunuzun yeme miktarını belirleme kararını ne sıklıkta veriyorsunuz veya bu karardan ne sıklıkta sorumlusunuz?	3= yarı yarıya
		3	Çocuğunuzun uygun tür ve özellikle yiyecekler yemesinin kararını ne sıklıkta veriyorsunuz veya bu karardan ne sıklıkta sorumlusunuz?	4= çoğunlukla
				5= her zaman
Ailenin ağırlık algısı	PPW1	4	Sizin 5-10 yaşlarındaki kilonuz nasıldı?	1= çok az
	PPW2	5	Gençlik yıllarınızdaki (10-20 yaş) kilonuz nasıldı?	2= az
	PPW3	6	20'li yaşlardaki kilonuz nasıldı?	3= normal
	PPW4	7	Şimdiki kilonuz nasıl?	4= fazla
				5= çok fazla
Algılanan çocuk ağırlığı	PCW1	8	Çocuğunuzun ilk bir yıldaki kilosu nasıldı?	1= çok az
	PCW2	9	Çocuğunuzun 1-3 yaşları arasındaki kilosu nasıldı?	2= az
	PCW3	10	Çocuğunuzun 3-5 yaşları arasındaki kilosu nasıldı?	3= normal
	Aynı yaşlar için analiz kullanıldı	11	Çocuğunuzun 6 yaşındaki kilosu nasıldı?	4= fazla
		12	Çocuğunuzun ilköğretimdeki ilk beş yıl) kilosu nasıldı?	5= çok fazla
		13	Çocuğunuzun ortaokul yıllarındaki (ilköğretimdeki 6-8. sınıflar) kilosu nasıldı?	
Ailenin çocuğun ağırlığı ile ilgili	CN1	14	Yanında olmadığınız zaman çocuğunuzun çok yemesi ile ilgili ne kadar ilgilisiniz?	1=ilgiliyim
	CN2			2= biraz ilgiliiyim
	CN3	15	Çocuğunuzun ideal (normal) ağırlığını (kilosunu) sürdürmesi için onun beslenmesi ile ilgili ne kadar	3= ilgiliiyim
				4= oldukça

endişeleri		16	ilgilisiniz? Çocuğunuzun fazla kilolu olması ile ilgili ne kadar ilgilisiniz?	ilgiliyim 5= çok ilgiliyim
Kısıtlama	RST1A RST1B RST1C RST2 RST3A RST3B RST4A RST4B	17 18 19 20 21 22 23 24	Çocuğumun çok fazla tatlı şeyler (şekerleme, çikolata, kek vs.) yemediğinden eminim. Çocuğumun çok yağlı yiyeceklerden çok fazla yemediğinden eminim. Çocuğumun çok sevdiği yiyeceklerden çok fazla yemediğinden eminim. Bilinçli olarak çocuğumun bazı yiyecekleri yememesi için onları saklarım. Çocuğuma iyi davranışları için ödül olarak tatlı yiyecekler vereceğime söz veririm. Çocuğuma iyi davranışları karşılığında sevdiği yiyecekleri vereceğime söz veririm. Eğer çocuğumun yemesini ben düzenlemez veya kontrol etmezsem çok fazla abur cubur (hamburger, cips, çikolata, kola gibi) yer. Eğer çocuğumun yemesini ben düzenlemez veya kontrol etmezsem çok fazla abur cubur (hamburger, cips, çikolata, kola gibi) yer.	1=katılmıyorum 2= kısmen katılmıyorum 3= fikrim yok 4= kısmen katılıyorum 5= tamamen katılıyorum
Yeme için baskı	PE1 PE2 PE3 PE4	25 26 27 28	Çocuğum her zaman tabağındaki yiyecekleri bitirmelidir. Çocuğumun yeteri kadar yediğinden emin olmak için özellikle dikkatli olmalıyım. Çocuğum aç olmadığını söylese de herhangi bir şekilde onu yemeye zorlarım. Eğer ben dikkat etmezsem ya da düzenlemezsem çocuğum yemesi gerekenden çok daha azını yer.	1=katılmıyorum 2= kısmen katılmıyorum 3= fikrim yok 4= kısmen katılıyorum 5= tamamen katılıyorum
İzlem	MN MN MN	29 30 31	Çocuğunuzun yediği tatlı yiyeceklerin kontrolünü (kısıtlamasını) hangi sıklıkta yaparsınız? Çocuğunuzun yediği abur cubur (patates kızartması, Doritos, tost) yiyeceklerin kontrolünü (kısıtlamasını) hangi sıklıkta yaparsınız? Çocuğunuzun yediği fazla yağlı yiyeceklerin kontrolünü (kısıtlamasını) hangi sıklıkta yaparsınız?	1= hiç 2= nadiren 3= bazen 4= çoğunlukla 5= her zaman

3.6.Araştırma Planı ve Takvimi:

ARAŞTIRMA ADIMI	PLANLANAN TARİH
Literatür taranması	Ağustos 2010- Aralık 2010
Araştırma önerisi sunumu	Ocak 2011
Etik kurul onayı ve gerekli izinlerin alınması	Ocak 2011-Şubat 2011
Verilerin toplanması	Mart 2011- Ağustos 2011
Verilerin analizi	Eylül- Aralık 2011
Rapor yazımı	Nisan 2012- Temmuz 2012
Tez savunması	Ağustos 2012

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi:

İstatistiksel analiz

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	KULLANILACAK YÖNTEM
Sosyodemografik soru formunun analizi için	Sayı, yüzde dağılımları, dağılım ölçütleri
İki grupta ebeveyn inanç, tutum ve uygulamaları alt ölçek toplam puanlarını karşılaştırmak için	T testi
Sosyodemografik değişkenler ile ölçek puanlarının karşılaştırılması	Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi, Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney U testi

3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları

Örneklem sayısının daha fazla olması planlanmıştır. Ancak aşağıdaki nedenlerle örneklem sayısı 42 anne ve 42 zihinsel yetersizliği olan çocuk ve 42 onların sağlıklı kardeşleri ile sınırlandırılmak zorunda kalınmıştır.

- Araştırmaya izin veren kurumların az olması
- İzin alınan kurumlardan bazılarının daha sonra çalışmaya izin vermemesi
- Annelerin çalışmaya katılmaya istekli olmamaları
- Zihinsel yetersizliği olan çocukların ölçümleri Özel Eğitim Merkezlerinde yapılmıştır. Ancak sağlıklı kardeşe ulaşamadığı durumlarda, zihinsel yetersizliği olan çocuklar da örneklemden çıkartılmıştır
- Örneklem kriterlerinden boya göre ağırlığı %90-110 arasında olan çocukların alınması nedeniyle ulaşılan örneklem sayısının azalması.

3.9.Etik Kurul Onayı

Araştırmada kullanılacak Ebeveynlerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları Ölçeği için Sevinç Polat'tan (EK 3) ve araştırmanın yürütüleceği merkezlerden (EK 2) izin alınmıştır.

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (EK 4).

Annelere çalışma hakkında bilgi verilip anketi doldurmaları teklif edilmiştir. Onam formu (EK 7) okunup, kabul etmeleri durumunda imzalatılarak demografik bilgilerin olduğu kısım doldurulmuştur.

4.BULGULAR

4.1.Sosyodemografik özellikler

Araştırmaya katılan çocukların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, yaş gruplarına göre zihinsel yetersizliği olan çocukların %45,2 (n=19)'si 2-6 yaş grubunda, %54,8 (n=23)'i ise 7-12 yaş grubundadır. Zihinsel yetersizliği olmayan çocukların da yine, %45,2 (n=19)'si 2-6 yaş grubunda, %54,8 (n=23)'i ise 7-12 yaş grubundadır. Çocukların yaşlarına göre puan ortalamaları incelendiğinde toplam puan ortalamaları $6,8 \pm 2,7$ 'dir. Zihinsel yetersizliği olan çocukların puan ortalaması $7,1 \pm 2,9$, zihinsel yetersizliği olmayan çocukların puan ortalaması ise $6,6 \pm 2,5$ bulunmuştur. Buna göre zihinsel yetersizliği olan ve olmayan çocukların yaşlarına göre puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,42$).

Zihinsel yetersizliği olan çocukların %66,7 (n=28)'si erkek, %33,3 (n=14)'ü kızdır. Zihinsel yetersizliği olmayan çocukların ise, %45,2 (n=19)'si erkek, %54,8 (n=23)'i kız olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan zihinsel yetersizliği olan çocuklar yetersizlik derecesine göre, %45'i (n=19) hafif, %17'si (n=7) orta ve %38'i (n=16) ağır derecede zihinsel yetersizdir.

Tablo 4. Annelerin Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik özellikler		N
Yaş grupları	20-29 yaş	13 (%31,0)
	30-39 yaş	23 (%54,8)
	40 yaş ve üstü	6 (%14,3)
Eğitim seviyesi	Okur-yazar değil	7 (%16,7)
	İlköğretim	26 (%61,9)
	Lise	7 (%16,7)
	Üniversite	2 (%4,7)
Çalışma durumu	Çalışmıyor (ev hanımı)	40 (%95,2)
	Çalışıyor	2 (%4,8)
Kronik hastalık durumu	Var	8 (%19,0)
	Yok	34 (%81,0)
Ailenin gelir düzeyi algısı	İyi	0 (%0,0)
	Orta	25 (%59,5)
	Kötü	17 (%40,5)

Araştırmaya katılan annelerin sosyodemografik özellikleri Tablo 4'te belirtilmiştir. Annelerin yaşları 22 ile 54 arasında değişim göstermektedir ve annelerin yaş ortalamaları $X=34,1\pm6,7$ yıldır. Çalışmaya katılan annelerin çoğunluğu ilköğretim mezunudur. Annelerin büyük bir kısmının çalışmadığı ve ev hanımı olduğu saptanmıştır. Annelerin çoğunluğunun kronik hastalığı yoktur. Ailenin gelir düzeyi algısı ise orta ya da kötü olarak belirlenmiştir.

4.2. “Ebeveynlerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları Ölçeği” Analiz Sonuçları

Tablo 5. Annelerin Zihinsel Yetersizliği Olan ve Olmayan Çocuklarının Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç ve Uygulamalarının Karşılaştırılması

Ölçek alt faktörleri	ZY olan(n=42) X±ss	ZY olmayan(n= 42) X ±ss	t	p
Algılanan sorumluluk	12,7±1,9	11,1±2,0	3,72	0,000
Ailenin ağırlık algısı	12,4±2,3	12,4±2,3	0,00	1,000
Algılanan çocuk ağırlığı	11,9±3,8	12,1±3,5	-0,23	0,814
Ailenin çocuğun ağırlığı ile ilgili endişeleri	10,7±2,4	9,7±2,5	1,76	0,082
Kısıtlama	26,5±5,8	28,3±5,4	-1,47	0,145
Yeme için Baskı	13,9±3,6	13,1±3,7	0,90	0,369
İzlem	10,9±2,9	10,9±2,7	0,00	1,000

Zihinsel yetersizliği olan ve olmayan çocukların “Ebeveynlerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları Ölçeği” puanları “T-Testi” ile değerlendirilmiştir. Yedi alt ölçekten sadece algılanan sorumluluk alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,000). Annelerin zihinsel yetersizliği olan çocuğun beslenmesi ile ilgili algıladıkları sorumluluk daha fazladır (Tablo 5).

Tablo 6.Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğun Yaşına Göre Annelerin Çocuğun Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları

Ölçek alt faktörleri	Yaş		U	p
	2-6 yaş X±ss n=19	7-12 yaş X±ss n=23		
Algılanan sorumluluk	13,2±1,7	12,3±1,9	153,5	0,095
Ailenin ağırlık algısı	12,4±1,7	12,3±2,7	215,0	0,928
Algılanan çocuk ağırlığı	8,6±2,2	14,6±2,7	22,5	0,000
Ailenin çocuğun ağırlığı ile ilgili endişeleri	11,1±2,4	10,3±2,4	179,5	0,320
Kısıtlama	26,0±5,7	26,9±6,0	195,0	0,552
Yeme için baskı	14,2±3,4	13,6±3,9	198,5	0,612
İzlem	11,6±3,0	10,2±2,7	150,0	0,082

Tablo 6’da zihinsel yetersizliği olan çocuğun yaşına göre annelerin çocuğun beslenmesi ile ilgili tutum, inanç ve uygulamaları puan ortalamaları “Mann-Whidney U Testi” ile karşılaştırılmıştır. Sadece algılanan çocuk ağırlığı alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,000). Annelerin algıladıkları çocuk ağırlığı 7-12 yaş grubunda daha fazladır.

Tablo 7. Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğun Cinsiyetine Göre Annelerin Çocuğun Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları

Ölçek alt faktörleri	Cinsiyet		U	p
	Erkek X±ss n=29	Kız X±ss n=14		
Algılanan sorumluluk	12,6±1,6	13±2,3	161,5	0,349
Ailenin ağırlık algısı	12,0±1,9	13,2±2,7	153,5	0,244
Algılanan çocuk ağırlığı	12,0±3,8	11,6±4,1	183,5	0,737
Ailenin çocuğun ağırlığı ile ilgili endişeleri	10,2±2,4	11,6±2,2	134,5	0,098
Kısıtlama	26,4±5,9	26,6±5,9	195,0	0,979
Yeme için baskı	13,2±3,7	15,2±3,2	135,0	0,102
İzlem	10,4±2,6	11,7±3,3	136,0	0,107

Zihinsel yetersizliği olan çocuğun cinsiyetine göre “Ebeveynlerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları Ölçeği” puanları “Mann-Whidney U Testi” ile değerlendirilmiştir. Yedi alt ölçekten hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 7).

Tablo 8. Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğun Yetersizlik Derecesine Göre Annelerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları

Ölçek alt faktörleri	Yetersizlik Derecesi			X ² _{kw}	p
	Hafif X±ss n=19	Orta X±ss n=7	Ağır X±ss n=16		
Algılanan sorumluluk	12,4±1,8	13,0±1,7	13,0±2,0	0,97	0,615
Ailenin ağırlık algısı	12,3±2,0	12,2±0,7	12,6±3,0	0,12	0,938
Algılanan çocuk ağırlığı	12,7±3,7	11,8±3,0	10,9±4,3	1,98	0,370
Ailenin çocuğun ağırlığı ile ilgili endişeleri	10,5±1,9	11,5±2,0	10,5±3,1	1,06	0,587
Kısıtlama	26,3±6,9	28,5±3,5	25,8±5,3	0,97	0,613
Yeme için baskı	12,9±3,8	15,2±3,8	14,5±3,3	1,97	0,373
İzlem	10,9±3,0	11,8±2,0	10,4±3,1	1,22	0,542

Zihinsel yetersizliği olan çocuğun yetersizlik derecesine göre annelerin çocuk beslenmesi ile ilgili puanları “Kruskal Wallis Testi” ile karşılaştırılmıştır. Yedi alt boyutta da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 8).

Tablo 9. Annenin Yaşına Göre Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğun Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları

Ölçek alt faktörleri	Annenin Yaşı			X ² _{kw}	p
	20-29 yaş n=13	30-39 yaş n=23	40 yaş ve üstü n=6		
Algılanan sorumluluk	13,3±1,7	12,1±1,8	13,6±2,1	5,56	0,062
Ailenin ağırlık algısı	11,6±1,4	13,0±2,6	11,5±1,8	5,66	0,059
Algılanan çocuk ağırlığı	10,3±3,9	12,5±3,6	13,1±3,9	3,12	0,209
Ailenin çocuğun ağırlığı ile ilgili endişeleri	11,8±1,8	9,8±2,3	11,6±2,8	6,81	0.033
Kısıtlama	25,6±5,7	27,6±5,8	24,3±6,2	2,15	0,340
Yeme için baskı	14,8±4,3	13,7±3,5	12,6±2,8	1,42	0,490
İzlem	11,0±2,6	10,6±3,1	11,6±3,0	0,47	0,789

Annenin yaşına göre zihinsel yetersizliği olan çocuğun “Ebeveynlerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları Ölçeği” puanları “Kruskal Wallis Testi” ile değerlendirilmiştir. Yedi alt boyuttan sadece ailenin çocuğun ağırlığı ile ilgili endişeleri alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,033). Yapılan “Bonferroni düzeltilmiş Mann-Whitney U testi” ileri analiz sonucunda aradaki farkın 20-29 yaş grubu ve 30-39 yaş grubu annelerden kaynaklandığı bulunmuştur. 20-29 yaş grubu annelerin çocuklarının ağırlıkları ile ilgili 30-39 yaş grubu annelerden daha fazla endişe duydukları bulunmuştur (p=0,013) (Tablo 9).

Tablo 10. Annenin Eğitim Seviyesine Göre Annelerin Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuklarının Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları

Ölçek alt faktörleri	Annenin eğitim seviyesi				X ² _{kw}	p
	Okur-yazar değil n=7	İlköğretim n=26	Lise n=7	Üniversite n=2		
Algılanan sorumluluk	13,1±1,5	12,8±1,9	11,7±1,9	14,5±0,7	3,91	0,270
Ailenin ağırlık algısı	13,5±3,1	12,3±1,8	11,5±3,1	12,0±0,0	1,99	0,573
Algılanan çocuk ağırlığı	13,8±3,9	11,6±4,1	10,8±2,5	12,0±4,2	2,25	0,521
Ailenin çocuğun ağırlığı ile ilgili endişeleri	9,7±2,1	11,3±2,1	8,8±3,0	12,5±0,7	6,99	0,072
Kısıtlama	27,1±7,0	26,4±5,0	28,7±6,2	18,0±7,0	5,16	0,160
Yeme için baskı	12,8±2,6	14,6±3,6	11,8±4,6	15,5±0,7	4,00	0,261
İzlem	11,4±2,3	10,8±2,6	9,5±4,2	14,5±0,7	4,33	0,228

Annenin eğitim seviyesine göre annelerin zihinsel yetersizliği olan çocuklarının beslenmesi ile ilgili tutum, inanç ve uygulamaları puanları “Kruskal Wallis Testi” ile karşılaştırılmıştır. Yedi alt boyutta da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 10).

Tablo 11. Annenin Çalışma Durumuna Göre Annelerin Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğun Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları

Ölçek alt faktörleri	Annenin çalışma durumu		U	p
	Çalışmıyor n=40	Çalışıyor n=2		
Algılanan sorumluluk	12,6±1,9	14,5±0,7	17,50	0,177
Ailenin ağırlık algısı	12,4±2,3	12,0±0,0	37,00	0,856
Algılanan çocuk ağırlığı	11,9±3,9	12,0±4,2	39,50	0,976
Ailenin çocuğun ağırlığı ile ilgili endişeleri	10,6±2,4	12,5±0,7	21,50	0,270
Kısıtlama	26,9±5,5	18,0±7,0	10,50	0,081
Yeme için baskı	13,8±3,7	15,5±0,7	27,00	0,440
İzlem	10,7±2,8	14,5±0,7	8,00	0,05

Annenin çalışma durumuna göre “Ebeveynlerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları Ölçeği” puanları “Mann-Whidney U Testi” ile değerlendirilmiştir. Yedi alt ölçekten hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 11).

Tablo 12. Annenin Kronik Hastalık Durumuna Göre Annelerin Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuklarının Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları

Ölçek alt faktörleri	Annenin Kronik Hastalık Durumu		U	p
	Kronik hastalığı olan n=8	Kronik hastalığı olmayan n=34		
Algılanan sorumluluk	12,3±2,6	12,8±1,7	128,0	0,794
Ailenin ağırlık algısı	12,5±2,2	12,4±2,3	132,0	0,895
Algılanan çocuk ağırlığı	12,7±4,2	11,7±3,8	115,5	0,509
Ailenin çocuğun ağırlığı ile ilgili endişeleri	9,3±2,2	11,0±2,4	79,50	0,068
Kısıtlama	24,7±4,5	26,9±5,8	96,00	0,199
Yeme için baskı	14,0±3,8	13,9±3,7	127,0	0,772
İzlem	10,0±2,6	11,1±3,0	99,50	0,240

Tablo 12’de annelerin kronik hastalık durumuna göre “Ebeveynlerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları Ölçeği” puanları “Mann-Whidney U Testi” ile karşılaştırılmıştır. Hiçbir alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 13. Ailenin Gelir Düzeyi Algısına Göre Annelerin Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğun Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları

Ölçek alt faktörleri	Ailenin gelir düzeyi algısı		U	p
	Orta n=25	Kötü n=17		
Algılanan sorumluluk	12,8±2,0	12,5±1,6	187,50	0,515
Ailenin ağırlık algısı	12,4±1,9	12,3±2,7	194,50	0,636
Algılanan çocuk ağırlığı	11,9±3,3	11,8±4,7	211,00	0,969
Ailenin çocuğun ağırlığı ile ilgili endişeleri	11,0±2,1	10,2±2,7	187,50	0,518
Kısıtlama	25,2±6,5	28,3±4,1	158,00	0,161
Yeme için baskı	14,1±4,1	13,5±3,0	189,50	0,554
İzlem	11,2±2,7	10,4±3,2	184,00	0,463

Ailenin gelir düzeyi algısına göre “Ebeveynlerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları Ölçeği” puanları “Mann-Whidney U Testi” ile karşılaştırılmıştır. Yedi alt boyutta da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 13).

5.TARTIŞMA

5.1. Sosyo demografik Özellikler

Çalışmamıza 42 zihinsel yetersizliği olan çocuk ve 42 onların zihinsel yetersizliği olmayan kardeşleri katılmıştır. Çalışmaya katılan çocukların %45,2 (n=38)'si 2-6 yaş grubunda, %54,8 (n=46)'i ise 7-12 yaş grubundadır. Çocukların yaş ortalamaları $6,8 \pm 2,7$ yıldır. Zihinsel yetersizliği olan çocukların %45,2 (n=19)'si 2-6 yaş grubunda, % 54,8 (n=23)'i ise 7-12 yaş grubundadır. Zihinsel yetersizliği olan bireylerin yaygınlığı en fazla 6-19 yaş arasındadır (Sucuoğlu, 2009). Bizim çalışmamızda da zihinsel yetersizliği olan çocukların sayısı, 7-12 yaş grubunda daha fazla bulunmuştur. Yine bir çalışmada, bizim çalışmamızla benzer şekilde 7-12 yaş grubu zihinsel yetersizliği olan çocuk sayısı daha fazla bulunmuştur (Yıldırım Sarı, 2007). 7-12 yaş grubundaki bu fazlalık, zeka geriliğinin geç tanılanmasıyla ilişkili olabilir. Aileler erken dönemde sağlık ya da eğitim kurumlarına başvursalar bile bazı metabolik hastalık ve nedeni bilinmeyen zeka geriliklerinin tanısı gecikebilir. Diğer bir neden ise, ailelerin hastalığı kabullenme süreci ile ilişkili olabilir. Ailelerin kabullenme süreci uzun olduğu için erken dönemde kurumlara başvurmamış olabilirler.

Araştırmaya katılan zihinsel yetersizliği olan çocukların %66,7 (n=28)'si erkek, %33,3 (n=14)'ü kızdır. Araştırmada erkek sayısının fazla olması genel olarak erkeklerin kızlardan daha fazla zihinsel yetersizlik tanısı almasıyla ilişkilidir (Bozkurt, 2009; Emerson, 2003).

Araştırmaya katılan çocukların %45 (n=19)'i hafif, %17 (n=7)'si orta ve %38 (n=16)'i ağır düzeyde zihinsel yetersizdir. Zihinsel yetersizlik düzeyi Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezleri'nde yapılan testlerle ve bireyin eğitim aldığı kurumlardaki psikologların yaptığı testlerle belirlenmektedir. Araştırmada bireylerin zihinsel yetersizlik düzeyine karar verilirken Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi'nin raporu ve kurum psikologlarının değerlendirmeleri dikkate alınmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin %31 (n=13)'i 20-29 yaş grubunda, %54,8 (n=23)'i 30-39 yaş grubunda, %14,3 (n=6)'ü ise 40 yaş ve üstündedir. Annelerin yaşları 22 ile 54 arasında değişim göstermektedir ve annelerin yaş ortalamaları $X=34,1 \pm 6,7$ yıldır. Annelerin %16,7 (n=7)'si okur-yazar değil, %61,9 (n=26)'u ilköğretim, %16,7 (n=7)'si lise ve %4,7 (n=2)'si

üniversite mezunudur. Bu da, bize annelerin en fazla ilköğretim mezunu olduğunu göstermektedir. Çalışmaya katılan annelerin %95,2 (n=40)'si çalışmamaktadır. Bunun nedeni zihinsel yetersizliği olan çocuğa primer bakım verenin büyük çoğunlukla anne olması olabilir. Bir çalışmada zihinsel yetersizliği olan bireylere %80,5 primer bakım verenin anneler olduğu bulunmuştur (Yıldırım Sarı, 2007). Ülkemizde kültürel özelliklerin de etkisiyle kurum bakımı ön planda olmayıp, zihinsel yetersizliği olan çocuklar aileleri ile birlikte yaşamaktadırlar.

Çalışmamıza göre, annelerin büyük çoğunluğunda kronik hastalık saptanmamıştır. %81 (n=34)'inin kronik bir hastalığı yoktur.

Yine araştırmaya katılan annelerin %59,5 (n=25)'i gelir düzeylerini orta olarak tanımlarken, %40,5 (n=17)'si kötü olarak tanımlamıştır. Bu sonuçlar bize zihinsel yetersizliğin sosyoekonomik düzey ile ilişkisini göstermektedir. Sosyoekonomik durumu kötü olan ailelerin zihinsel yetersiz çocuğa sahip olma oranının fazla olduğunu belirten araştırmalar bulunmaktadır (Emerson, 2003; Yıldırım Sarı, 2007).

5.2.“Ebeveynlerin Çocuk Beslenmesi İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamaları Ölçeği” Sonuçları

Çalışmamızda annelerin zihinsel yetersizliği olan ve olmayan çocuklarının beslenmesi ile ilgili algıladıkları sorumluluk arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,000$). Annelerin algıladıkları sorumluluk zihinsel yetersizliği olan çocuklarında daha fazladır. O'Neill, Shults, Stallings, Stettler (2005) hem Down Sendromlu hem de engelsiz çocuğu olan anne-babaların, çocuklarını besleme durumlarını karşılaştırmıştır. Araştırmada Down sendromlu çocuklar ve onların sağlıklı kardeşleri arasında yapılması nedeniyle bizim çalışmamamıza literatürdeki en benzer nitelikte çalışmadır. Çalışmada anne-babaların engelsiz çocuklarına göre Down Sendromlu çocuklarının beslenme ve ağırlık durumlarıyla ilgili daha fazla sorumluluk hissettikleri, daha fazla yiyecek kısıtlaması uyguladıkları ve yemeleri için daha az baskı yaptıkları saptanmıştır (O'Neill, Shults, Stallings, Stettler, 2005). Araştırma sonuçlarına baktığımızda, ebeveynlerin algıladıkları sorumluluk her iki çalışmada da fazla bulunmuştur. Ancak bizim çalışmamızda annelerin zihinsel yetersizliği olan ve olmayan çocuklarına uyguladıkları yiyecek kısıtlaması ve yemeleri için yaptıkları baskı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,145$; $p=0,369$). Annelerin zihinsel yetersizliği olan çocuklarının beslenmesi ile ilgili daha fazla sorumluluk

hissetmesinin nedeni, zihinsel yetersizliği olan çocuklarda beslenme sorunlarının daha sık görülmesi olabilir. Yapılan araştırmalara göre beslenme sorunları arasında obezite, malnutrisyon, çiğneme ve yutma güçlüğü, diş problemleri, gastroösefagal reflü, pika sorunu (tebeşir, toprak gibi şeyleri yeme isteği ve yeme), gizli yemek yeme, aşırı yemek yeme isteği, yemeği döküp dağıtmak gibi yeme bozuklukları bulunmaktadır (Köşgeroğlu, Mert Boğa, 2011; Yıldırım Sarı, 2010). Anneler tüm bu nedenlerden dolayı zihinsel yetersizliği olan çocuklarının beslenmesinde büyük güçlükler yaşamakta ve strese maruz kalmaktadırlar. Çalışmalarda, zihinsel yetersizliği olan çocukların bakımından sorumlu olan annelerin sağlıklı çocuk annelerine kıyasla strese daha fazla maruz kaldıkları ve ruhsal ve fiziksel sağlıklarının bozulduğu bildirilmektedir (Özşenol, Işıksan, Ünay, Aydın, 2003; Rodriguez, Murphy, 1997).

Yapılan diğer çalışmalarda, ebeveynlerin yiyecek ulaşımını kısıtlayarak, yeme üzerindeki baskıyı arttırarak veya çocuğun beslenmesini sıkı bir şekilde gözlem altında tutarak çocukların yeme düzeni üzerinde kontrol sahibi olduklarını göstermektedir (Birch, Davison, 2001; Birc, 2006).

Araştırmamızda annelerin 7-12 yaş grubundaki çocuklarının ağırlıklarını daha fazla algıladıkları saptanmıştır. Bununla ilgili literatürde benzer ya da karşıt bir sonuca rastlanmamıştır. Ancak bunun nedeninin bu yaş grubundaki çocukların yiyeceklere ulaşmada daha bağımsız olması ve daha fazla yiyecek tüketmeleri ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Çocukların kilo durumları ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda ise şu sonuçlara ulaşılmıştır. Amerika ve Fransa'da okul çocuklarında yapılan bir araştırmaya göre çocuklarını kilolu olarak algılayan anne babalar çocuklarında besin kısıtlaması yapmaktadırlar (Lauzon-Guillan, Musher-Eizenman, Leporc, Holup, Charles, 2009). Diğer bir çalışmada, zayıf çocuğu olan anneler çocuklarının beslenmesinde kilolu çocuğa sahip annelere göre daha fazla öfke ve engellenme yaşadıklarını bildirmişlerdir (Faith, Storey, Kral, Pietrobelli, 2008). Ailelerin çocuklarının düşük kilolu olduklarını fark ettiklerinde çocuklarına yemeleri için daha fazla baskı uyguladıkları bulunmuştur (Francis, Hofer, Birch, 2001). Başka araştırmalar ise göstermektedir ki, anneler kilolu çocuğa sahip olmanın başkalarının gözünde etkin ebeveyn olmak anlamına geldiğini düşünmektedirler (Chamberlin, Sherman, Jain, Powers, Whitaker, 2002).

Çalışmamızda, cinsiyete göre annelerin çocuğun yemesini kısıtlama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,94$). Araştırmalarda ise kız çocuklarına daha fazla yiyecek kısıtlaması yapıldığı bulunmuştur (Fisher, Birch, 2000).

Ebeveynler tarafından geliştirilen diğer bir inanış ise obezitenin çocuğa aileden geçtiğine inanmalarıdır. (Davis, Northington, Kolar, 2000). Çalışmamızda böyle bir sonuca ulaşılmamıştır. Annelerin geçmişteki kendi ağırlıklarını algılamalarıyla çocuklarının beslenmesi ile ilgili uyguladıkları tutum, inanç, uygulamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=1,00$). Bununla ilgili yapılan bir diğer çalışmada obez fenotipi ile bağlantılı olabilecek bazı kromozomlar belirlenmiştir. Ancak son zamanlarda yapılan çalışmalar daha çok obezitenin gelişmesinde etken olabilecek tekil genler ve fonksiyonları üzerine yoğunlaşmıştır (Gurel, İnan, 2001).

Araştırmamızda, 20-29 yaş grubundaki annelerin zihinsel yetersizliği olan çocuklarının ağırlıkları ile ilgili daha fazla endişe duydukları bulunmuştur ($p=0,04$). Literatürde, annelerin yaşı ve çocuklarının beslenmesi ile ilgili duydukları endişe konusunda bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak bunun nedeni bu yaş grubundaki annelerin çocuklarının beslenmeleri ile ilgili daha tecrübesiz olması ya da ilk çocukları olması nedeniyle daha fazla endişe duymaları olabilir.

Çalışmamızda annelerin eğitim seviyelerine göre zihinsel yetersizliği olan çocuklarının beslenmesi ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Özmert ve ark. (2003), Ankara’da yaptıkları çalışmada çocuklarda görülen dengesiz beslenmenin nedeni olarak anne eğitimi, gelir düzeyi ve babanın eğitim düzeyinin etkisi gösterilmiştir. Annelerin eğitim düzeyi; okul öncesi çocukların fazla şeker alımları ve gençlerin fazla yağlardan aldıkları enerji ile ters orantılıdır. Eğitim durumu lise düzeyinden aşağı olan ebeveynlerin bulunduğu ailelerde yağlı sütün kullanımı daha fazlayken, az yağlı sütün kullanımı ise üniversite eğitimi almış anne babanın çocukları arasında daha yaygındır (Özmert, Yurdakök, Laleli, 2003).

Gelir durumunun beslenmede önemli bir belirleyici olduğunu açıklayan araştırmalar vardır. Meksika’da düşük gelirli aileler, ihtiyacı duydukları besinleri daha az bulabildikleri ve bu yüzden kalsiyum alımları daha düşük olduğu bulunmuştur (Wyatt ve Triana, 2000; Köroğlu, 2009). Bizim çalışmamızda gelir düzeyi ve ailenin beslenme tutum, inanç ve uygulamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Literatürde zihinsel yetersizliği olan çocukların anne-babalarının beslenme davranışlarının, yetersizliği olmayan çocuklarla benzer ya da farklı olup olmadığını inceleyen araştırmalar oldukça sınırlıdır. Bu konu ile ilgili Down Sendromlu çocuklarla bir çalışma yapılmıştır (O’Neill, Shults, Stallings, Stettler, 2005). Ancak bizim çalışmamız Down Sendromu dışında zihinsel yetersizlik gelişen çocuklarda da ebeveynlerin beslenme davranışlarının incelemesi nedeniyle, bu konuda literatürde önemli bir yere sahiptir. Ayrıca Down Sendromlu çocuklarla yapılan çalışmada en fazla 37 örnekleme ulaşılabilmektedir. Araştırmamızda ise 42 örneklem sayısına ulaşılmıştır. Ayrıca çalışmamızda farklı olarak zihinsel yetersizliği olan çocukların beslenme durumları sosyodemografik özelliklere göre de karşılaştırılmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, annelerin zihinsel yetersizliği olan ve olmayan çocuklarının beslenmesi ile ilgili inanç, tutum, uygulamaları ve etkileyen etmenleri karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır. planlanmıştır.

Buna göre bu çalışmada ortaya konan bulgulardan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir:

1. Annelerin zihinsel yetersizliği olan ve olmayan çocuklarının beslenmesi ile ilgili algıladıkları sorumluluk arasında anlamlı bir fark vardır. Annelerin zihinsel yetersizliği olan çocuğun beslenmesi ile ilgili algıladıkları sorumluluk daha fazladır.
2. Annelerin geçmişteki kendi ağırlık durumlarını algılamaları birbirinden farklı değildir.
3. Annelerin zihinsel yetersizliği olan ve olmayan çocuklarının ağırlıklarını algılamaları arasında fark yoktur.
4. Çocuklarının fazla kilolu olma riskine karşı endişeleri ve beslenme ile ilgili uyguladıkları tutum ve davranışları arasında bir fark görülmemiştir.
5. Annelerin zihinsel yetersizliği olan ve olmayan çocuklarının yeme durumlarını kontrol etmeleri, kısıtlama düzeyleri ve yemeleri için baskı yapma durumları iki grup için de birbirinden farklı değildir.
Zihinsel yetersizliği olan çocukların yaşlarına göre, annelerin algıladıkları çocuk ağırlığı 7-12 yaş grubunda daha fazladır.
6. Zihinsel yetersizliği olan çocukların cinsiyetinin, annelerin çocuklarının beslenmesi ile ilgili inanç, tutum ve uygulamaları üzerine bir etkisi yoktur.
7. Yine yetersizlik derecesi ve annelerin inanç, tutum ve uygulamaları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir.
8. Annelerin yaşlarına göre çocuklarının ağırlıkları ile ilgili duydukları endişe alt boyutunda anlamlı fark bulunmuş diğer alt boyutlarda anlamlı bir fark saptanmamıştır. Buna göre, 20-29 yaş grubundaki annelerin çocuklarının ağırlıkları ile ilgili daha fazla endişe duydukları bulunmuştur.
9. Annelerin eğitim seviyesi, çalışma durumu, kronik hastalık durumu ve ailenin gelir düzeyinin, annelerin zihinsel yetersizliği olan çocuklarının beslenmesi ile ilgili inanç, tutum ve uygulamaları üzerine bir etkisi bulunmamıştır.

Öneriler

- Ø Zihinsel yetersizliği olan çocukların sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması için toplum sağlığı hizmetlerinin iyi planlanması gerekmektedir. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden gerektiği şekilde yeterince yararlanmaları sağlanmalıdır.
- Ø Zihinsel yetersizlikle ilgili toplum bilinçlendirilmeli ve bu konuda aralıklı eğitimler düzenlenmelidir.
- Ø Zihinsel yetersizliği anlamak ve daha etkili bakım ve hizmet vermek amacıyla sağlık profesyonelleri ve hemşirelere hizmet içi eğitimler yapılmalıdır.
- Ø Hemşire zihinsel yetersizliği olan çocuklar ve ailelerine hizmet verirken danışman, savunucu, eğitici ve bakım verici rollerini kullanabilmelidir.
- Ø Çalışmamızla ilgili, hemşireler annelere zihinsel yetersizliği olan çocuğun beslenmesi ile ilgili yaşadıkları sorunları, doğru ve yanlışları ve ailelerin bu konudaki endişelerini değerlendirerek gerek sözel, gerekse uygulamalı olarak eğitimler düzenlemeli ve danışmanlık yapmalıdır.
- Ø Hemşireler zihinsel yetersiz çocuk ve ailelerine yönelik yasalar, hak ve sorumluluklar ile ilgili bilgi sahibi olmalı ve bu konuda zihinsel yetersizliği olan aileleri ve toplumu bilinçlendirmelidir.
- Ø Çalışmamızda araştırmanın sınırlılıkları nedeniyle 42 örneklem sayısına ulaşılabilmektedir. İleriye yönelik yapılan çalışmalarda daha fazla örneklem sayısı ile araştırma tekrar yapılabilir. Yine zihinsel yetersizliği olan çocuklar ve diğer bakım gereksinimleri ile ilgili de ileriye yönelik daha fazla çalışma yapılabilir.

7.KAYNAKLAR

Ahearn W, Castine T, Nault K, Green G. An assessment of food acceptance in children with autism or pervasive developmental disorder-not otherwise specified. *J Autism Dev Disord*. 2001;31:505–511.

Ahmetoğlu, E. Zihinsel engelli çocukların kardeş ilişkilerinin anne ve kardeş algılarına göre değerlendirilmesi. Ankara. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, 2002.

Akkök F, Aşkar P, Karancı N. Özürlü bir çocuğa sahip anne babalardaki stresin yordanması. *Özel Eğitim Dergisi*. Ankara. 1992;2; 3-7.

Ataman A. Özel gereksinimi olan çocuklar ve özel eğitim, Ed: Ataman A, Özel gereksinimli çocuklar ve özel eğitime giriş. Ankara. Gündüz Eğitim ve Yayıncılık. 2005.

Bandini LG, Curtin C, Hamad C, Tybor DJ, Must A. Prevalence of overweight in children with developmental disorders in the continuous national health and nutrition examination survey (Nhanes) 1999-2002. *J Pediatr*. 2005;146:738-43.

Baughcum AE, Burklow KA, Deeks CM, Powers SW, Whitaker R.C. Maternal feeding practices and childhood obesity: a focus group study of low-income mothers. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998;152:1010-4.

Bergmann KE, Bergmann RL, Von kries R, Bohm O, Richter R, Dudenhausen JW, Wahn U. Early determinants of childhood overweight and adiposity in a birth cohort study: role of breastfeeding. *International Journal of Obesity*. 2003;27:162-172.

Bilir, Ş. Özürlü çocuklar ve eğitimleri. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Bölümü. Ankara. Ayyıldız Matbaası.1986. s:247.

Birch L.L. Child feeding practices and the etiology of obesity. *Obesity*. 2006;14(3):343–344.

Birch L.L, Davison K.K. Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatrics Clinics of North America*. 2001;48(4):893-907.

Birch LL, Fisher JO, Grimm-Thomas K, Markey CN, Sawyer R, Johnson SL. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: A measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*. 2001;36:201-210.

Bohmer CJM, Taminiau JAJM, Klinkenberg-Knol EC, Meuwissen SGM. The prevalence of constipation in institutionalized people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2001;45:212–218.

Bozkurt F, Zihinsel Yetersiz Tanısı Alan Çocukların Tanılama Süreçlerinin Betimlenmesi. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. 2009.

Brink PJ, Ferguson K, Sharma A. Childhood memories about food: the successful dieters project. *J Child Adolesc Psychiat Nurs*. 1999;12:17-25.

Camcı N. Çocuk besleme anketi'nin (Child Feeding Questionnaire-CFQ) geçerlilik ve güvenilirliğinin saptanması ve Türk ebeveynlerine uygulanması. Ankara. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 2010.

Chamberlin L.A, Sherman S.N, Jain A, Powers S.W, Whitaker R.C. The challenge of preventing and treating obesity in low-income, preschool children: perceptions of WIC health care professionals. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2002;156(7):662-8

Cornish EA. Balanced approach towards healthy eating in autism. *J Hum Nutr Diet*. 1998;11:501-509.

Costanzo P, Woody E. Domain-specific parenting styles and their impact on the child's development of particular deviance: the example of obesity proneness. *J Soc Clin Psychol*. 1985;3:425-445

Definition of Intellectual Disability. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. <http://www.aaidd.org> (Erişim tarihi: 13.01.2011).

De S, Small J, Baur LA. Overweight and obesity among children with developmental disabilities. J Intellect Dev Disabil. 2008;33:43-47.

Emerson E. Mothers of children and adolescents with intellectual disability: Social and economic situation, mental health status, and the self- assessed social and psychological impact of the child's difficulties. J Intellect Disabil Res. 2003;47(4/5):385-399.

Eripek S. Zeka geriliği. Ankara. K k Yayıncılık. 2005. s:10-38.

Eripek S. Zihinsel engelli çocukların tanımı. Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 1996;6(2):81-87.

Faith MS, Scanlon KS, Birch LL, Francis LA, Sherry B. Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. Obes Res, 2004;12:1711-1722.

Faith MS, Storey M, Kral TVE, Pietrobelli A. The feeding demands questionnaire: Assessment of parental demand cognitions concerning parent_child feeding relations. J Am Diet Assoc. 2008;108 624-630.

Fisher K, Kettl P. Aging with mental retardation: Increasing population of older adults with MR require health interventions and prevention strategies. Geriatrics. 2005;60(4):26-29.

Fragala-Pinkhami MA, Bradford L, Haley SM. Evaluation of the nutrition counselling component of a fitness programme for children with disabilities. Pediatr Rehabil. 2006;9(4): 378-388.

Francis LA, Hofer SM, Birch LL. Predictors of maternal child-feeding style: Maternal and child characteristics. Appetite. 2001;37:231-243.

Frey GC, Chow B. Relationship between BMI, physical fitness, and motor skills in youth with mild intellectual disabilities. *Int J Obes.* 2006;30:861–867.

Garibağaoğlu M. Farklı sosyo-ekonomik-kültürel düzeyde 3-6 yaş grubu anaokulu çocuklarında beslenme ve obeziteyi etkileyen faktörler. İstanbul. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. 1992.

Gürel S, İnan G. Çocukluk çağı obezitesi, tanı yöntemleri, prevalansı ve etiyolojisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi.* 2001;2(3):39 – 46.

Güneş G. 4-6 yaş zihin engelli çocukların davranış sorunlarının incelenmesi. İstanbul. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2008.

Henderson RC, Lark RK, Gurka MJ, Worley G, Fung EB, Conaway M, Stallings VA, Stevenson RD. Bone density and metabolism in children and adolescents with moderate to severe cerebral palsy. *Pediatrics.* 2002;110:e5

Jansen DEMC, Krol B, Groothoff JW, Post D. People with intellectual disability and their health problems: A review comparative studies. *J Intellect Disabil Res.* 2004;48(2):93-102.

Jobling A, Cuskelly M. Young people with Down Syndrome: A preliminary investigation of health knowledge and associated behaviours. *J Intellect Dev Disabil.* 2006;31:210–218.

Keskin G, Bilge A, Engin E, Dülgerler Ş. Zihinsel engelli çocuğu olan anne-babaların kaygı, anne-baba tutumları ve başa çıkma stratejileri açısından değerlendirilmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2010;1:30-37

Köksal G. Engellilerde beslenme. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. Ankara. 2008.

Köşgeroğlu N, Mert Boğa S, Yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeli (YADHM)’ne göre zihinsel engelli bireylerin sorunları ve hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2011;4(1).

Kuhn JC, Carter AS. Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *Am J Orthopsychiatry* 2006;76:564-175.

Kurdoğlu G, Saner G, Sökücü S, Demirkol M, Günöz H. Beslenme ve beslenme bozuklukları. *Pediatrici*. Editör: Neyzi O, Ertuğrul T. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri. 1993.

Kurugöl Z, Akşit S. Pediatric muayenede ölçümler. *Pediatric propedötik fizik bakı ve semptom bilgisi*. Editör: Cura A. İzmir. E.Ç.V. Yayınları. 2001. No:10

Lauzon-Guillan BD, Musher-Eizenman D, Leporc E., Holup S, Charles MA, Parental feeding practices in the United States and in France: Relationships with child’s characteristics and parent’s eating behavior. *J Am Diet Assoc*. 2009;109:1064-1069.

Lin JD, Yen CF, Li CW, Wu JL. Patterns of obesity among children and adolescents with intellectual disabilities in Taiwan. [J Appl Res Intellect Disabil](#). 2005;18:123–129.

Mai’ano C, Be’garie J, Morin A, Garbarino JM, Ninot G. Construct validity of the nutrition and activity knowledge scale in a French sample of adolescents with mild to moderate intellectual disability. *Res Dev Disabil*. 2010;3:232–242.

Marchand V, Motil KJ and NASPGHAN Committee on Nutrition. Nutrition support for neurologically impaired children: A clinical report of the North American Society for pediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2006;43:123-135.

Marshall D, McConkey R, Moore G. Obesity in people with intellectual disabilities: the impact of nurse-led health screenings and health promotion activities. *J Adv Nurs*. 2003;41(2):147–153.

Neumark-Sztainer, D, Story, M., Hannan, P, Croll, J. Overweight status and eating patterns among adolescents: where do youths standmin comparison with the Healthy People 2010 objectives? Am J Public Health. 2002;92:844-851.

Nicklas, T, Baranowski, T, Cullen, K, Berenson, G. Eating patterns, dietary quality and obesity. J Am Coll Nutr. 2001;20:599-608.

O'Neill KL, Shults MJ, Stallings VA, Stettler N. Child-feeding practices in children with Down Syndrome and their siblings. J Pediatr. 2005;146:234-8.

Oski F.A, Deangelis C.D, Felgin R.D, Warshaw J.B, Principles and Practise of Pediatrics. 1. Pediatrics. Copyright 1990 by J.B. Lippincott Company.

Özçetin M, Yılmaz R, Erkorkmaz Ü, Esmeray H. Ebeveyn besleme tarzı anketi geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Ped Arş. 2010;45:124-31.

Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği (2009). <http://orgm.meb.gov.tr/>. (Erişim tarihi:02.01.2011).

Özmert E, Yurdakök K, Laleli Y. Ankara'da ilkokul çocuklarında kan kurşun düzeyi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2003;46(1);20-23.

Özşenol F, Işıksan V, Ünay B, Aydın Hi, Akın R, Gökçay E. Engelli çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerinin değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2003;45:156-164.

Polat S, Erci B. Psychometric properties of the child feeding scale in Turkish mothers. Asian Nursing Research. 2010;4(3):111–121.

Position of the american dietetic association: providing nutrition services for people with developmental disabilities and special health care needs. J Am Diet Assoc. 2010;110:296-307.

Poskitt A. The fat child. in: Clinical pediatric endocrinology. Brokk G:D. (ed). 3 nd Ed. Blackwell Scientific Publications. Oxford. Pp. 1995. S:210-233.

Rimmer JH, Yamaki K. Obesity and intellectual disability. Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 2006;12:22-27.

Rodriguez, C.M., Murphy, L.E.: Parenting stres and abuse potential in mothers of children with developmental disabilities. Child Maltreatment. 1997;3:245-252.

Sa´nchez-Lastres J, Eirí´s-Pun˜al J, Otero- Cepeda JL, Pavo´n-Belincho´n P, Castro-Gago M. Nutritional status of mentally retarded children in Northwest Spain: II. Biochemical indicators. Acta Paediatr. 2003;92:928–934.

Sarı HY, Baser G, Turan JM. Experiences of mothers of children with Down syndrome, Paediatric Nursing, 2006;18(4).

Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. Br J Nutr. 2008;99:22-25.

Servonsky J, Opas S.R, Nursing management of children, 1. Pediatric Nursing, 1987.

Smith MB, Ittenbach RF, Patton JR. Mental retardation. Altıncı basım. US: Prentice Hall, Inc., 2002.

Spruijt-Metz D, Lindquist CH, Birch LL, Fisher JO, Goran, MI. Relation between mothers' child-feeding practices and children's adiposity. Am J Clin Nutr. 2002;75:581–586.

Sormaz Ü. İzmit'te lise öğrencilerinin besin tercihleri ve beslenme bilgi düzeyleri üzerinde bir araştırma. Ankara. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2006.

Sucuoğlu B. Zihin engeli tanımları sınıflandırma ve yaygınlık. Editör: Sucuoğlu B. Zihin engelliler ve eğitimleri. 1.Baskı. Ankara. Kök Yayıncılık. 2009. s:50-85.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Zihinsel Engelliler. Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi. Ankara. 2007.

T.C Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). Eğitsel Tanılama Hizmetleri. Ankara. 2006.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). Özel Eğitim Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ve Özel Eğitim Hizmetler Yönetmeliği. 2004.

T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi. Ankara. 2004. www.saglik.gov.tr (Erişim tarihi: 05.01.2012).

Topaloğlu O.Karabulut H, Cebeci S. “ Zihinsel öğrenme yetersizliği nedir?” Bilim ve Aklın Aydınlığında Eğitim Dergisi, Mayıs. 2003.

Türkiye Özürlüler Araştırması İkincil Analizi, Son Gelişme Raporu (2002), Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı yayını.

Türkiye Özürlüler Araştırması. (2002).

http://www.ozida.gov.tr/arastirma/tr_ozurluler_arastirmasi/blm3.pdf. (Erişim tarihi: 21.12.2010).

Wiggs L. Sleep problems in children with developmental disorders. Journal of The Royal Society of Medicine. 2001;94:177-179.

Williams P, Dalrymple N, Neal J. Eating habits of children with autism. Pediatr Nurs. 2000;26:259–264.

World Health Organization (WHO). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Onuncu Basım. Geneva: Author, 1993. s:369.

Wyatt C.J, Triana Tejas MA. Nutrient intake and growth of preschool children From different socioeconomic regions in the city of Oaxaca, Mexico, Ann Nutrition Metabolism 2000;44;14–20.

www.beslenme.saglik.gov.tr (Erişim tarihi: 20.03.12).

Yousafzai AK, Filteau S, Wirz S. Feeding difficulties in disabled children leads to malnutrition:experience in an Indian slum. Br J Nutr. 2003;90:1097–1106.

Yıldırım Sarı H, Zihinsel yetersiz bireylerin sağlık sorunları. TAF Prev Med Bull. 2010;9(2):145-150.

Yıldırım Sarı H. Zihinsel yetersiz çocuğu olan anneler için “Aile yuku değerlendirme olçeği” geliştirilmesi. İzmir. Doktora Tezi. 2007.

8. EKLER

EK 1. İzmir İlinde yer alan Özel Eğitim Kurumları listesi.

	Rehberlik araştırma merkezi	Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi
Aliağa	1	2
Balçova		5
Bayındır		3
Bayraklı		10
Bergama		2
Bornova	1	10
Buca	1	12
Çeşme	1	1
Çiğli		4
Dikili		1
Gaziemir		3
Karabağlar		7
Karşıyaka	1	11
Kemalpaşa		3
Kınık		1
Kiraz		1
Konak	1	20
Menemen		1
Narlıdere		3
Ödemiş	1	5
Torbalı		3

EK 2 Kurum İzinleri

T.C.

M.E.B.

ÖZEL ATASANCAK ÖZEL EĞİTİM KURSU

28.01.2011

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAGLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi **Yasemin TİĞLIOĞLU**'nun " Annelerin Zihinsel Yetersizliği Olan ve Olmayan Çocuklarının Beslenmesi İle İlgili İnanç, Tutum, Uygulamaları ve Etkileyen Etmenler" isimli teziyle ilgili 15 Şubat- 15 Mayıs tarihleri arasında merkezimizde uygulama yapmasına izin verilmiştir.



T.C.
M.E.B.
ÖZEL NAZLI DENİZ ÖZEL EĞİTİM KURSU

28.01.2011

Sayı: 235/10

Konu: Yüksek lisans öğrenciniz

Yasemin TIĞLIOĞLU

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İlgi: 25.01.2011 tarih 72.00/0299 sayılı yazınız

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Yasemin TIĞLIOĞLU'nun " Annelerin Zihinsel Yetersizliği Olan ve Olmayan Çocuklarının Beslenmesi İle İlgili İnanç, Tutum, Uygulamaları ve Etkileyen Etmenler" isimli teziyle ilgili 15 Şubat- 15 Mayıs tarihleri arasında merkezimizde uygulama yapmasına izin verilmiştir.



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
Buca Özel Güneşim Özel Eğitim Kursu Müdürlüğü

Sayı : 99923374 / 410.07 / 08
Konu : Yasemin TİĞLIOĞLU Hk.

31.01.2011

T.C.
Dokuz Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

25.01.2011 tarih ve 0299 sayılı yazınıza istinaden öğrencilerinizden Yasemin TİĞLIOĞLU' nun tez uygulamasını belirtilen tarihler arasında merkezimizde yapmasında sakınca bulunmamaktadır.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.



T.C.

M.E.B.

ÖZEL ÇAĞDAŞ IŞIK ÖZEL EĞİTİM VE REHABİLİTASYON MERKEZİ

31.01.2011

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi **Yasemin TİĞLIOĞLU**'nun " **Annelerin Zihinsel Yetersizliği Olan ve Olmayan Çocuklarının Beslenmesi İle İlgili İnanç, Tutum, Uygulamaları ve Etkileyen Etmenler**" isimli teziyle ilgili 15 Şubat- 15 Mayıs tarihleri arasında merkezimizde uygulama yapmasına izin verilmiştir.



T.C.
M.E.B.
ÖZEL ENDER ÇOCUK ÖZEL EĞİTİM KURSU

28.01.2011

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Yasemin TİĞLİOĞLU'nun "Annelerin Zihinsel Yetersizliği Olan ve Olmayan Çocuklarının Beslenmesi İle İlgili İnanç, Tutum, Uygulamaları ve Etkileyen Etmenler" isimli tezin uygulamasını 15 Şubat- 15 Mayıs tarihleri arasında merkezimizde yapması için izin verilmiştir.



EK.3. ÖLÇEK İZNİ

Sayın Hocam,

Assian Nursing Research'te yayınlanan makalenizi okudum. Yüksek lisans tez çalışmamda Türkçe geçerlik güvenirliğini yapmış olduğunuz ölçeği kullanmak istiyorum. Ölçeği kullanmam konusunda izninizi bildirirseniz çok memnun olurum. Bunun yanında ölçeğin Türkçe formunu da iletebilirseniz çok sevinirim.

Yardımlarınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla

Yasemin Tıǧlıoǧlu

yasemin23agustos@hotmail.com

----- Özgün İleti -----

Kimden : sfpolat@mynet.com

Kime : yasemin23agustos@hotmail.com

Gönderme tarihi : 17/12/2010 12:07

Konu : ÖLÇEK İZNİ

Sevgili Yasemin,

Türkçe geçerlik ve güvenirliğini yapmış olduğumuz "**Ebeveynlerin Çocuk Beslemesi İle İlgili Tutum, İnanç ve Uygulamaları**" ölçeğini Yüksek lisans tez çalışmada

kullanabilirsin. Ölçeğin Türkçe formunu gönderiyorum. Ancak ölçeğin değerlendirmesi ile ilgili çevirdiğimiz bölümü bulamadım. Bu nedenle makaleyi gönderiyorum. Makaleden yararlanabilirsin. Tezin bittikten ya da yayınlandıktan sonra bize bildirirsen memmun oluruz. Tez çalışmada başarılar diliyorum.

Yrd.Doç.Dr. Sevinç POLAT

EK.4.ETİK KURUL İZNİ

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2011/06-19	Tarih:03.03.2011
	Yrd.Doç.Dr.Hatice Yıldırım SARI'nın sorumlusu Yük.Lis.Öğr.Yasemin TIGLIOĞLU'nun proje yürütücüsü olduğu "Annelerin Zihinsel Yetersizliği Olan ve Olmayan Çocuklarının Beslenmesi ile İlgili İnanç, Tutum Uygulamaları ve Etkileyen Etmenler" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurullar Yönetmeliği , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Banu</i>
Prof.Ph.D.Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Besti</i>
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>Adıgöz</i>
Prof.Ph.D.Z.Candan ALGUN	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek okulu	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Algun</i>
Prof.Ph.D.Zuhal BAHAR	Ph.D. Yüksek Hemşire, Halk Sağlığında doktora	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Bahar</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>Nejat</i>
Prof.Dr.Ömer Selahattin TOPALAK	İç Hastalıkları (Gastroenteroloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>Ömer</i>
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Ece</i>
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>Hüseyin</i>
Doç.Dr.Servet AKAR	İç Hastalıkları (Romatoloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Servet</i>
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Mukaddes</i>
Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Ayşe</i>
Doç.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>İşıl</i>
Prof.PhD.Meltem Kutlu GÜRSEL	Hukuk	D.E.Ü Hukuk Fakültesi İdare Hukuku Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Meltem</i>
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	<i>İhsan</i>

Yunus KARSLI
Fakülte Sekreteri

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

EK 5. SOSYO-DEMOKRAFİK SORU FORMU

Çocuğun

Yaşı:

Cinsiyeti: E () K ()

Boy:

Kilo:

Boya göre ağırlık:

Yetersizlik derecesi: Hafif () Orta () Ağır ()

Annenin

Yaşı:

Eğitim seviyesi

() Okur-yazar değil () İlköğretim () Lise () Üniversite

Mesleği:

Kronik hastalık durumu: Var () Yok ()

Ailenin gelir düzeyi algısı:

() İyi () Orta () Kötü

EK 6. EBEVEYNLERİN ÇOCUK BESLENMESİ İLE İLGİLİ TUTUM, İNANÇ VE UYGULAMALARI

1- Çocuğunuz evde olduğu zaman onu ne sıklıkta besliyorsunuz veya ne sıklıkta sorumlusunuz?

- 1) Hiç 2) Bazen 3) Yarı yarıya 4) Çoğunlukla 5) Her zaman

2- Çocuğunuzun yeme miktarını belirleme kararını ne sıklıkta veriyorsunuz veya bu karardan ne sıklıkta sorumlusunuz?

- 1) Hiç 2) Bazen 3) Yarı yarıya 4) Çoğunlukla 5) Her zaman

3- Çocuğunuzun uygun tür ve özellikte yiyecekler yemesinin kararını ne sıklıkta veriyorsunuz veya bu karardan ne sıklıkta sorumlusunuz?

- 1) Hiç 2) Bazen 3) Yarı yarıya 4) Çoğunlukla 5) Her zaman

4- Sizin 5-10 yaşlarındaki kilonuz nasıldı?

- 1) Çok azdı 2) Azdı 3) Normaldi 4) Normalin üstündeydi 5) Çok fazlaydı

5- Gençlik yıllarınızdaki (10-20 yaş) kilonuz nasıldı?

- 1) Çok azdı 2) Azdı 3) Normaldi 4) Normalin üstündeydi 5) Çok fazlaydı

6- 20'li yaşlardaki kilonuz nasıldı?

- 1) Çok azdı 2) Azdı 3) Normaldi 4) Normalin üstündeydi 5) Çok fazlaydı

7- Şimdiki kilonuz nasıl?

- 1) Çok az 2) Az 3) Normal 4) Normalin üstünde 5) Çok fazla

8- Çocuğunuzun ilk bir yıldaki kilosu nasıldı?

- 1) Çok azdı 2) Azdı 3) Normaldi 4) Normalin üstündeydi 5) Çok fazlaydı

9- Çocuğunuzun 1-3 yaşları arasındaki kilosu nasıldı?

- 1) Çok azdı 2) Azdı 3) Normaldi 4) Normalin üstündeydi 5) Çok fazlaydı

10- Çocuğunuzun 3-5 yaşları arasındaki kilosu nasıldı?

- 1) Çok azdı 2) Azdı 3) Normaldi 4) Normalin üstündeydi 5) Çok fazlaydı

11- Çocuğunuzun 6 yaşındaki kilosu nasıldı?

- 1) Çok azdı 2) Azdı 3) Normaldi 4) Normalin üstündeydi 5) Çok fazlaydı

12- Çocuğunuzun ilkokul yıllarındaki (ilköğretimdeki ilk beş yıl) kilosu nasıldı?

- 1) Çok azdı 2) Azdı 3) Normaldi 4) Normalin üstündeydi 5) Çok fazlaydı

13- Çocuğunuzun ortaokul yıllarındaki (ilköğretimdeki 6-8. sınıflar) kilosu nasıldı?

- 1) Çok azdı 2) Azdı 3) Normaldi 4) Normalin üstündeydi 5) Çok fazlaydı

14- Yanında olmadığınız zaman çocuğunuzun çok yemesi ile ilgili ne kadar ilgilisiniz?

- 1) İlgisizim 2) Biraz ilgiliyim 3) İlgiliyim 4) Oldukça ilgiliyim 5) Çok ilgiliyim

15- Çocuğunuzun ideal (normal) ağırlığını (kilosunu) sürdürmesi için onun beslenmesi ile ilgili ne kadar ilgilisiniz?

- 1) İlgisizim 2) Biraz ilgiliyim 3) İlgiliyim 4) Oldukça ilgiliyim 5) Çok ilgiliyim

16- Çocuğunuzun fazla kilolu olması ile ilgili ne kadar ilgilisiniz?

- 1) İlgisizim 2) Biraz ilgiliyim 3) İlgiliyim 4) Oldukça ilgiliyim 5) Çok ilgiliyim

17- Çocuğumun çok fazla tatlı şeyler (şekerleme, çikolata, kek vs.) yemediğinden eminim.

- 1) Katılmıyorum 2) Kısmen katılmıyorum 3) Fikrim yok
4) Kısmen katılıyorum 5) Tamamen katılıyorum

18- Çocuğumun çok yağlı yiyeceklerden çok fazla yemediğinden eminim.

- 1) Katılmıyorum 2) Kısmen katılmıyorum 3) Fikrim yok
4) Kısmen katılıyorum 5) Tamamen katılıyorum

19- Çocuğumun çok sevdiği yiyeceklerden çok fazla yemediğinden eminim.

- 1) Katılmıyorum 2) Kısmen katılmıyorum 3) Fikrim yok
4) Kısmen katılıyorum 5) Tamamen katılıyorum

20- Bilinçli olarak çocuğumun bazı yiyecekleri yememesi için onları saklarım.

- 1) Katılmıyorum 2) Kısmen katılmıyorum 3) Fikrim yok
4) Kısmen katılıyorum 5) Tamamen katılıyorum

21- Çocuğuma iyi davranışları için ödül olarak tatlı yiyecekler vereceğime söz veririm.

- 1) Katılmıyorum 2) Kısmen katılmıyorum 3) Fikrim yok
4) Kısmen katılıyorum 5) Tamamen katılıyorum

22- Çocuğuma iyi davranışları karşılığında sevdiği yiyecekleri vereceğime söz veririm.

- 1) Katılmıyorum 2) Kısmen katılmıyorum 3) Fikrim yok
4) Kısmen katılıyorum 5) Tamamen katılıyorum

23- Eğer çocuğumun yemesini ben düzenlemez veya kontrol etmezsem çok fazla abur cubur (hamburger, cips, çikolata, kola gibi) yer.

- 1) Katılmıyorum 2) Kısmen katılmıyorum 3) Fikrim yok
4) Kısmen katılıyorum 5) Tamamen katılıyorum

24- Eğer çocuğumun yemesini ben düzenlemez veya kontrol etmezsem sevdiği yiyeceklerden çok fazla yer.

- 1) Katılmıyorum 2) Kısmen katılmıyorum 3) Fikrim yok
4) Kısmen katılıyorum 5) Tamamen katılıyorum

25- Çocuğum her zaman tabağındaki yiyecekleri bitirmelidir.

- 1) Katılmıyorum 2) Kısmen katılmıyorum 3) Fikrim yok
4) Kısmen katılıyorum 5) Tamamen katılıyorum

26- Çocuğumun yeteri kadar yediğinden emin olmak için özellikle dikkatli olmalıyım.

- 1) Katılmıyorum 2) Kısmen katılmıyorum 3) Fikrim yok
4) Kısmen katılıyorum 5) Tamamen katılıyorum

27- Çocuğum aç olmadığını söylese de herhangi bir şekilde onu yemeye zorlarım.

- 1) Katılmıyorum 2) Kısmen katılmıyorum 3) Fikrim yok
4) Kısmen katılıyorum 5) Tamamen katılıyorum

28- Eğer ben dikkat etmezsem ya da düzenlemezsem çocuğum yemesi gerekenden çok daha azını yer.

- 1) Katılmıyorum 2) Kısmen katılmıyorum 3) Fikrim yok
4) Kısmen katılıyorum 5) Tamamen katılıyorum

29- Çocuğunuzun yediği tatlı yiyeceklerin kontrolünü (kısıtlamasını) hangi sıklıkta yaparsınız?

- 1) Hiç 2) Nadiren 3) Bazen 4) Çoğunlukla 5) Her zaman

30- Çocuğunuzun yediği abur cubur (patates kızartması, cips, tost) yiyeceklerin kontrolünü (kısıtlamasını) hangi sıklıkta yaparsınız?

- 1) Hiç 2) Nadiren 3) Bazen 4) Çoğunlukla 5) Her zaman

31- Çocuğunuzun yediği fazla yağlı yiyeceklerin kontrolünü (kısıtlamasını) hangi sıklıkta yaparsınız?

- 1) Hiç 2) Nadiren 3) Bazen 4) Çoğunlukla 5) Her zaman

EK.7. ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Zihinsel yetersizliği olan çocuklarda sağlık sorunları toplumun geneline göre daha sık görülmektedir. Özellikle beslenme ile ilgili problemler sık gözlenmektedir. Ailenin besleme biçimi çocuğun yeme davranışlarını etkilemesi açısından önemlidir. Bu araştırma, annelerin çocuklarını besleme ile ilgili tutum, inanç ve uygulamalarını karşılaştırmak amacıyla planlanmıştır.

Anket formu İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezleri'nde eğitim alan çocukların annelerine uygulanacaktır. Bu çalışmada yer alması öngörülen çocuk sayısı en az 37 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya özel eğitim merkezinde eğitim alan çocuklar ve onların kardeşleri alınacaktır.

Öncelikle çocuklarınızın boy ve kiloları ölçülerek değerlendirilecektir. Bu değerlendirme sonrasında size bir anket uygulanacaktır. Anket formunda yer alan, yanıtlamanız istenen sorular, sizin çocuklarınızı besleme ile ilgili tutum, inanç ve uygulamalarınızı belirlemek için hazırlanmıştır. Sorularda, size uygun olan yanıtları işaretlemeniz istenmektedir.

Anket formunda yer alan soruları yanıtlamaya gönüllü olarak katılabilirsiniz. Soruları yanıtlamaktan vazgeçme ya da herhangi bir anda soruları yanıtlamaya verdiğiniz kabulü geri alma hakkınız vardır. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmak istemeniz ya da istememeniz, size uygulanan ya da uygulanacak olan girişimlerde değişikliğe neden olmayacaktır.

Sorulara vereceğiniz yanıtlar sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte kanuni zorunlulukların ortaya çıktığı durumlarda gönüllüye ait kayıtlar yetkili kurum ve/veya kuruluşlar tarafından incelenebilecektir. Bu belgeyi imzalamakla, böyle bir denetim söz konusu olduğu takdirde, denetim için izin verdiğiniz kabul edilecektir.

Boş bırakıp yanıtlamadığınız her soru, araştırmacının sonuçlarını olumsuz etkileyeceğinden ve bilgi kaybına neden olacağından tüm soruları doğru ve samimi bir şekilde yanıtlamanız gerekmektedir.

Yardımlarınız ve ilginiz için şimdiden teşekkür ederiz.

Ben, (gönüllünün adı)....., yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma ile ilgili soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman verilen bakım ve tedavi ile ilgili herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):

.....

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Araştırma Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

YASEMİN TIĞLIOĞLU

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI YÜKSEKLİSANS ÖĞRENCİSİ

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Yasemin TİĞLİOĞLU

Doğum Tarihi: 04.04.1988

Doğum Yeri: Tosya/KASTAMONU

Eğitim Durumu

Derece	Bölüm/Program	Fakülte / Enstitü	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Hemşirelik Yüksekokulu	Dokuz Eylül Üniversitesi	2005–2009
Yüksek Lisans	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Dokuz Eylül Üniversitesi	2009-

Mesleki Deneyim

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Özel İzmir Şifa Hastanesi Yenidoğan Yoğunbakım Bölümü	2009-

Katıldığı Kongre, Sempozyum ve Kurslar

- Ø European Transcultural Nurses' Association (ETNA) International Conference 4-6 June 2008
- Ø 10. Pediatri Günleri- Sağlıklı Çocuk İzlemi Ve Beslenmesi Kongresi 5-6 Mart 2009
- Ø Ulusal Çocuk Acil Tıp Ve Yoğun Bakım Hemşireliği& 1. Pediyatrik Paramedik Ve ATT Kongresi 22-26 Mart 2010
- Ø Uluslararası Katılımlı 7. Ulusal Çocuk Acil Tıp Ve Yoğunbakım Kongresi Kapsamında APLS- Çocuk Acil Kursu 22-26 Mart 2010
- Ø Yenidoğan'da Kanıt Temelli Cilt Bakımı Sempozyumu 11 Mayıs 2010
- Ø 9. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi 20-24 Ekim 2010
- Ø 9. Milli Çocuk Hemşireliği Kursu 21 Ekim 2010
- Ø 54. Türkiye Milli Pediatri Kongresi 20-24 Ekim 2010