



**T.C.
KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ZİHİNSEL ENGELLİ
ÇOCUKLARA YÖNELİK ALGILARI VE ÖZ
MERHAMET DÜZEYLERİ**

AHMED ABD ALİ SHAHER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KIRŞEHİR-AĞUSTOS /2023



**T.C.
KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ZİHİNSEL ENGELLİ
ÇOCUKLARA YÖNELİK ALGILARI VE ÖZ
MERHAMET DÜZEYLERİ**

AHMED ABD ALİ SHAHER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Hilal SEKİ ÖZ

KIRŞEHİR-AĞUSTOS/ 2023

KABUL VE ONAY

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı 201217155 öğrenci numaralı AHMED ABD ALİ SHAHER tarafından hazırlanan “**Hemşirelik Öğrencilerinin Zihinsel Engelli Çocuklara Yönelik Algıları ve Öz Merhamet Düzeyleri**” adlı tez çalışması 21.08.2023 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda “**Başarılı**” bulunarak jürimiz tarafından oy birliği ile Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

Dr. Öğr. Üyesi Belgin BAYRAK
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
(Başkan)

Doç. Dr. Hilal SEKİ ÖZ
Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi
(Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Selda MERT
Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi
(Üye)

TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yaptığımı bildiririm.

Ahmed Abd Ali SHAHER



ÖNSÖZ

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'ndaki ders ve tez dönemim boyunca benden hiçbir desteğini esirgemeyen danışmanım Doç. Dr. Hilal SEKİ ÖZ'e, bu görevimi tamamlarken bana yol arkadaşı olan sevgili eşime, her zaman bana destek olan kardeşlerime, arkadaşlarıma ve dualarıyla bana eşlik eden canım anneme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu tez çalışmasını babamın ve abimin ruhuna ithaf ediyorum, onlara Allah'tan rahmet diliyorum.

Ağustos 2023

Ahmed Abd Ali SHAHER

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iv
TABLO LİSTESİ	vii
KISALTMA LİSTESİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Zihinsel Engellilik Kavramına Tarihsel Bir Bakış.....	4
2.2. Epidemiyolojisi	5
2.3. Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	6
2.3.1. Zihinsel Engellilikte Genetik Faktörler	7
2.3.2. Zihinsel Engellilikte Çevresel Faktörler.....	7
2.4. Zihinsel Engelliliğin Belirtileri	8
2.5. Zihinsel Engellilik Tenı Kriterleri.....	9
2.6. Zihinsel Engellilik Sınıflandırması	10
2.6.1. Hafif Derecede (Eğitilebilir) Zihinsel Engelliler.....	10
2.6.2. Orta Derecede (Öğretilebilir) Zihinsel Engelliler.....	11
2.6.3. Ağır Derecede (Bağımlı) Zihinsel Engelliler	11
2.6.4. Çok Ağır Derecede (Tam Bağımlı) Zihinsel Engelliler	11
2.7. Zihinsel Engellilikte Tedavi	12
2.7.1. Psikososyal Tedaviler	12
2.7.2 Davranışsal Tedaviler	12
2.7.3. Bilişsel-Davranışsal Tedaviler.....	13
2.7.4. Aileye Yönelik Tedavi Stratejileri.....	13
2.8. Zihinsel Engelliliğin Aile Üzerindeki Etkisi.....	13
2.9. Damgalanmanın Zihinsel Engelli Çocuklar Üzerindeki Etkisi	15
2.10 Zihinsel Engelli Çocuğun Hemşirelik Bakımı	16

2.11. Öz-Merhamet Kavramı	18
2.12. Öz-Merhamet ile Hemşirelik Bakım Arasındaki İlişki	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırma Şekli.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	21
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklem Özellikleri	21
3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:.....	21
3.3.2. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:	22
3.4. Araştırmanın Uygulaması	22
3.5. Veri Toplama Araçları	22
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	22
3.5.2. Zihinsel Engelli Çocuğa Yönelik Bilgi Anketi.....	22
3.5.3. Öz-Merhamet Ölçeği	23
3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması.....	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	23
3.8. Araştırmanın Etiği	24
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA.....	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	38
KAYNAKLAR	39
EKLER.....	55

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1: Hemşirelik öğrencilerinin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.

Tablo 4.2: Hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli çocuğa yönelik bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi.

Tablo 4.3: Hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli çocuklara ilişkin algılarının değerlendirmesi.

Tablo 4.4: Hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli çocuklara yönelik bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ile demografik verileri arasındaki ilişki.

Tablo 4.5: Hemşirelik öğrencilerinin öz merhamet düzeyleri ve alt boyut puanları.

Tablo 4.6: Hemşirelik öğrencilerinin öz-merhamet düzeylerinin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları.

KISALTMA LİSTESİ

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

ÖMÖ: Öz-Merhamet Ölçeği

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

AZEB: Amerikan Zihinsel Engelliler Birliği



ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUKLARA YÖNELİK ALGILARI VE ÖZ MERHAMET DÜZEYLERİ

AHMED ABD ALİ SHAHER

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans
Programı**

Danışman: Doç. Dr. Hilal SEKİ ÖZ

Zihinsel engellilik, gelişimsel engeller arasında yer alan ve çocukluk çağında ele alınması gereken önemli bir sağlık sorunudur. Sağlık profesyonelleri, özellikle de hemşirelerle etkileşimleri bu hastalarla oldukça yüksektir. Zihinsel engelli çocuklara merhametli bakımın sağlanabilmesi için hemşirelerin öğrencilik yıllarından itibaren farkındalıklarının sağlanması ve merhametli bakım becerilerinin geliştirilmesi gereklidir. Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli çocuklara yönelik bilgilerini ve öz-merhamet düzeylerini incelemek amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır. Araştırma Irak'ta Kadisiye Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu'nda eğitim alan 380 öğrenci hemşire ile yürütülmüştür. Veriler; Kişisel Bilgi Formu, Zihinsel Engelli Bireylere yönelik Bilgi Anketi ve Öz-merhamet Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde, sayı, yüzde, ortalama, tanımlayıcı istatistikler, Ki-Kare testi, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelik öğrencilerinin çoğunluğu 18-24 yaş aralığında, kadın, bekâr, ikinci sınıf öğrencisi ve çekirdek aile yapısına sahiptir. Yapılan analizde öğrencilerin yaşları ile zihinsel engelli çocuklara yönelik algıları ve öz-merhamet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,050$). Ayrıca, hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli çocuklara yönelik bilgi düzeylerinin orta ve öz-merhamet düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Ağustos 2023, 68 sayfa.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik öğrencileri, Öz-merhamet, Zihinsel engelli çocuk

ABSTRACT

M. Sc. THESIS

NURSING STUDENTS' PERCEPTIONS TOWARDS MENTALLY RETARDED CHILDREN AND SELF-COMPASSION LEVELS

AHMED ABD ALI SHAHER

Kırşehir Ahi Evran University Health Sciences Institute

Department of Nursing Master of Child Health And Disease Nursing

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Hilal SEKİ ÖZ

Mentally retarded is an important health problem that is among the developmental disabilities and should be addressed in childhood. The interactions with healthcare professionals, especially with the official, are quite high at these prices. In order to provide compassionate care to mentally handicapped children, it is necessary to raise awareness of nurses from their student years and develop compassionate care skills. This research was conducted in a descriptive analytic type in order to examine the knowledge and self-compassion levels of nursing students towards mentally retarded children. The research was conducted with 380 student nurses who were educated at Al-Qadisiyah University, School of Nursing in the city of Al-Diwaniyah and agreed to participate in the research. Data was collected using the Personal Information Form, the Information Questionnaire for Mentally Retarded Individuals and the Self-Compassion Scale. In the analysis of the data, number, percentage, mean, descriptive statistics, Chi-square tests, Mann Whitney U test and Kruskal Wallis were used. Of the nursing students included in the study, 67.1% were women, 82.6% were between the ages of 18-24, 83.7% were single, 30.3% were in the second grade, and 72.9% were nuclear families. 92.9% of the students do not have a mentally retarded child in their family and 63.7% of them do not have a mentally retarded relative or neighbor. In the analysis, it was found that there was a statistically significant relationship between the ages of the students and their perceptions of mentally retarded children and their self-compassion levels ($p < 0.050$). In addition, it was determined that the knowledge level of nursing students towards mentally retarded children was moderate and their self-compassion levels were high.

August 2023, 68 pages.

Keywords: Mentally retarded children, Nursing Students, Self-compassion.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Zihinsel engellilik, gecikmiş zihinsel gelişimle karakterize olup, standartlaştırılmış zeka testinde 70 puanın altında kalınmasıyla teşhis edilir (1). Gelişimsel engeller arasında yer alan bu engellilikte, çocuğun genel entellektüel işlevinin belirgin şekilde ortalamanın altında kalması söz konusudur (2). Engelli çocuğun yaşamında önemli bakım ve müdahaleler gerektiren bu süreçte erken dönemde teşhis edilmesi ve gerekli desteklerin sunulması yaşam kalitesinin yükseltililebilmesi ve bağımsız bir yaşamın oluşturulabilmesi için önemlidir (3). Engelli çocukların tipik olarak birden fazla sağlık sorunu vardır, bu durum da yeterli tıbbi bakım almaları için sağlık sistemi tarafından sürekli izlenmelerine ihtiyaç duydukları anlamına gelir. Aynı zamanda, bu çocukların kendilerine bakabilmeleri ve kendilerinden beklenen sosyal becerileri temel düzeyde de olsa kazanabilmeleri için eğitime ihtiyaçları vardır (4).

Zihinsel engelli çocukların bakımı tüm aile üyelerini, aile içi ve dışı ilişkileri etkileyen, yaşam boyu süren bir durumdur. Bu nedenle sağlık çalışanlarıyla ve özellikle hemşirelerle etkileşimleri oldukça önemlidir (5). Dünyanın pek çok ülkesinde engelli çocuklara bakım veren kurumlarda hastaların fiziksel ve zihinsel sağlık kapasitelerini yeniden kazanmalarına yardımcı olabilmek, tıbbi sorunların teşhisinde doktorlarla işbirliği yapabilmek, gereksinilen hasta bakımını sağlayabilmek ve komplikasyonların önlenmesine yardımcı olmak açısından hemşirelerin sağlık ekibi içinde önemli rolleri bulunmaktadır (6).

Zihinsel engelli çocukların bakımı bütüncül ve hümanistik bir bakış açısını gerektirir ve bu bakımın sağlanması gerekli destek hizmetlerinin en önemli unsurlarından biridir. Hemşirelik mesleğinin insani yönüne rağmen, bazı çalışmalar hemşirelerin engelli çocuklara yönelik farkındalık ve bilgilerinin düşük düzeyde olduğunu ve bu bakım sunulurken çeşitli engellerle karşılaşıldığını göstermektedir (7, 8). Hemşirelerin engelli çocuklara yönelik anlayış ve farkındalık eksikliğinin yanı sıra, hemşirelerin çoğunluğunun engelli çocuklarla ilgilenirken kendilerini rahat hissetmediklerine ve onlara karşı olumsuz tutumlara sahip olduklarına işaret etmektedir (9). Bu durum, zihinsel engelli çocuklara sunulan hizmetlerin nitelik ve niceliğini olumsuz etkilemektedir. Hemşirelik öğrencileri düzeyinde bile engelli çocuklar hakkında gereksinilen temel bilginin ve

onlarla iletişim kurmayı kolaylaştıracak becerilerin yetersiz olduğu vurgulanmıştır (10). Yapılan bir çalışmaya göre yeni mezun hemşireler hastalarla doğrudan ilişki kurmakta ve hastaların yaşadığı olumsuz deneyimlere empati göstermekte zorlanmaktadır (11). Başka bir çalışmada ise hemşirelerin dengesiz veya aşırı zorlanmalar yaşayan hastalara (örneğin; yoğun ağrı, stres yaşayan özel durumu olan veya ölmekte olan hastalara) hemşirelik bakımı verirken şefkat ve merhamet göstermekte zorlandıkları bildirilmiştir (12).

Hemşirelik mesleğinde, bakım ve merhamet iç içe geçmiş kavramlardır. Temel hemşirelik uygulamaları bakım ilkesi etrafında şekillenir. Bakımın hümanistik ve ahlaki bir parçası olarak merhamet, hemşirelik bakımının en önemli bileşenidir (13). Hemşirelerin hastalara gösterdiği merhamet düzeyinin, öz merhamet düzeyi ile ilişkili olduğu, özünde kişinin kendi ile kurduğu ilişkinin diğerleri ile etkileşiminde temel oluşturduğu ve kişinin kendisine gösterdiği esnekliğin başkalarına gösterdiği esneklik düzeyi ile paralel olduğu bilinmektedir (14). Dolayısıyla kişinin bir başkasına göstereceği merhamet, öz merhamet düzeyi ile doğrudan ilişkilidir.

Hemşirelerin zihinsel engelli çocuklara bakım verirken merhametli olmaları gereklidir. Bu şekilde bakımın sunulabilmesi için, öncelikle hemşirelik eğitimi esnasında zihinsel engellilik kavramına yönelik teorik bilgiler sağlanmalıdır. Bu konuya yönelik yeterli bilgi düzeyi sağlandıktan sonra sunulan bakımın niteliğini geliştirecek bir diğer unsur olan merhametin geliştirilmesi esastır (15, 16). Zihinsel engelli çocuklara yönelik merhametli bakım, empatik yaklaşımı, hastaların ağrılarının azaltılmasını, özelleştirilmiş hemşirelik gereksinimlerine dikkat edilmesini, terapötik iletişimi ve hasta ile hemşirenin doyumunu artırmaya olanak sağlar (17, 18). Ancak son yıllarda hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşadığı, bakım verirken daha az empatik oldukları ve bu nedenle hemşirelerin daha fazla merhamete sahip olmaları gerektiği vurgulanmıştır (19, 20). Zihinsel engelli çocuklara merhametli bakımın sağlanabilmesi için hemşirelerin, öğrencilik yıllarından itibaren kişisel farkındalıklarının sağlanması ve merhametli bakım becerilerinin geliştirilmesi esastır. Literatür incelendiğinde öğrenci hemşirelerin zihinsel engellilik ve öz merhamet kavramlarına yönelik çalışmalar yapılmasına ihtiyaç duyulduğu göze çarpmaktadır. Bu araştırma ile hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli çocuklara yönelik bilgileri ve öz-merhamet düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu sayede hemşirelik eğitimi esnasında öğrencilerin zihinsel engelliliğe yönelik bilgi eksiklerini gideren, olumsuz tutumlarını değiştirmelerine fırsat

sunan ve öz merhamet düzeylerini geliştiren eğitimlerin planlaması ya da müfredat programlarının eklenmesi için gerekli ön bilgiler sağlanabilecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli çocuğa yönelik bilgilerinin ve öz-merhamet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

1. Hemşirelik öğrencilerinin tanıtıcı özellikleri ile zihinsel engelliğe yönelik bilgi düzeyleri nasıldır?
2. Hemşirelik öğrencilerinin tanıtıcı özellikleri ile öz-merhamet düzeyleri arasındaki ilişki nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Zihinsel Engellilik Kavramına Tarihsel Bir Bakış

Zeka; doğuştan var olan ve hayat boyunca deneyimlerle gelişen problem çözme gücüdür. Bu güçle insan kendisini ve çevresini anlar, olayları muhakeme eder, sonuçlar çıkarır ve uyumlu hayatını devam ettirir. Zihinsel engellilik; doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrasında çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişimsel dönemde ortaya çıkan, uyumlu davranışlarda görülen yetersizliğe ek olarak dikkat, algılama, bellek ve muhakeme gibi genel zeka fonksiyonları açısından normalin altında olma durumudur. Zihinsel engelli bireyler kişisel bakım, çevreye uyum, dil, iletişim ve duyuşsal motor becerilerinde yaşlarına göre geç ve yavaş gelişirler.

Amerikan Zihinsel ve Gelişimsel Engelliler Derneği'nin 1959, 1973, 1983, 1992, 2002 yıllarında geliştirdiği ve değiştirdiği “zihinsel engelliliği” tanımlarken kullanılan önemli ve yaygın olan tanımları vardır (21). Bu tanımlardan en önemlisi Heber'e göre: “*zihinsel engellilik, ortalama zeka bölümünün bir standart sapma altındaki zihinsel işlevsellik düzeyini temsil eder, uyarlanabilir davranışlar sergilenemez ve doğumdan 16 yaşına kadar yaşamın gelişim aşamalarında ortaya çıkar*” şeklindedir (22). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 1992 yılında yayınladığı bir başka tanımda, zihinsel ve gelişimsel engelliler için, “*zihinsel engellilik durumunda, bireylerin mevcut zihinsel performansında belirgin eksikliklerin normalin altına düştüğü, kişisel becerilerde veya başa çıkma becerilerinde belirgin eksikliklerle birlikte: iletişim, bakım, özsaygı, evde yaşam, sosyal beceriler, kurumlar ve hizmet merkezleri arasında hareket etme ve toplumla başa çıkma, karar verme, rehberlik, sağlık ve güvenlik, rekreasyon ve eğlence, bir iş bulma ve sürdürme davranışlarında da eksiklikler görülür*” tanımı yapılmıştır (23).

Zihinsel engellilik genel büyüme kapasitesinin yanı sıra bilişsel entegrasyon ve anlayışta azalmaya yol açan dış faktörlerin neden olduğu zihinsel işlev zayıflığıdır ve bireyin içinde yaşadığı çevreye uyum sağlaması zorlaşır. Zihinsel engelliliğin en eski tanımlarından biri olarak kabul edilen tıbbi tanımı “*zihinsel engellilik, sinir sisteminde bir kusura ve ardından vücudun biyolojik ve duyuşsal işlevlerinde bir bozukluğa yol açan hastalıklar bütünüdür*” tanımıdır. Bir başka tanıma göre de zihinsel engellilik: ergenlikten önce hastalık, yaralanma veya genetik nedenlerden kaynaklanan, askıya alınmış veya tamamlanmamış zihinsel gelişim durumudur. Tıbbi tanımlar, uygun önleyici ve tedavi edici yöntemleri belirlemeyi amaçlamaktadır (24).

Diğer taraftan, zihinsel engellilik, yetersiz beslenmeden kaynaklanan zihinsel işlevlerde bir zayıflık durumu veya sinir sisteminin merkezindeki bir enfeksiyondan kaynaklanan bir hastalıktır. Zihinsel engellilik, bireysel zekayı temsil eden herhangi bir sayısal şekilde ifade edilmeksizin, durumunu, semptomlarını ve nedenlerini tanımlamaya odaklanır (25). Özel eğitim alanında geçmişte zihinsel engellilik kavramını yansıtan "zeka geriliği" ve "zihinsel yetersizlik" gibi pek çok terimi kullanılmaktayken (26), 2007 yılından itibaren bu hastalığın algılanmasında olumlu bir bakış açısı yaratan "zihinsel engellilik" terimini kullanılmaya başlanmıştır (27).

2.2. Epidemiyolojisi

Zihinsel engellilik genel nüfusun yaklaşık %2-3'ünü etkilemektedir. Etkilenen kişilerin %75-90'ı hafif zihinsel engelliliğe sahiptir. Sendromik olmayan veya idiyopatik zihinsel engellilik, vakaların %30-50'sini oluşturur. Vakaların yaklaşık dörtte biri genetik bir bozukluktan kaynaklanmaktadır (28). Nedeni bilinmeyen vakalar 2013 yılı itibarıyla yaklaşık 95 milyon kişiyi etkilemektedir (29). Erkeklerde ve düşük ila orta gelirli ülkelerde daha yaygındır (30).

Epidemiyolojik araştırmalar 1958 yılında yayınlanan ilk özgün çocuk ruhsal epidemiyolojik çalışması olan Lapouse ve Monk'un çalışmasından bu yana çocuk ve ergen psikiyatrisindeki araştırma ve klinik uygulamalarla ayrılmaz bir şekilde bağlantılı olmuştur (31). 1960'larda genellikle tek bilgilendirici (örneğin ebeveynler veya öğretmenler) tarafından bildirilen sorunlu davranışları değerlendirmek için geçici prosedürler kullanan tanımlayıcı, kesitsel çalışmalardan, etiyolojik mekanizmaları çözmek için biyolojik ölçümleri ve davranışsal değerlendirmeleri entegre eden mevcut büyük ölçekli prospektif kohortlara kadar, çocuk psikopatolojisini incelemek için epidemiyolojik yaklaşımlar hızla gelişmiştir (32).

Dünya genelinde insanların yaklaşık %10'u bir tür zihinsel engele sahiptir ve %1'i de engelliliğe neden olan ciddi zihinsel hastalıklar bulunmaktadır (33, 34). Ancak, yakın zamanda yapılan bir nüfus sayımından elde edilen verilere göre, nüfusun %2,21'i bir tür engele sahipken, bunların sadece yüzde 2,7'si ruhsal hastalık ve %5,6'sı zeka geriliği yaşamaktadır (35). Bu verilerin, bilgi eksiklikleri ve uzman personel yetersizliği nedeniyle sıklıkla tespit edilemeyen hafif veya orta dereceli zihinsel engellerin belirlenmemesi nedeniyle gerçek oranı yansıtmadığı ifade edilmektedir. Yakın tarihli bir meta-analiz çalışmasında küresel düzeyde yaklaşık %17,6'sının değerlendirmeden önceki 12 aylık dönemde yaygın ruhsal bozukluğa sahip olduğunu ortaya

koymuştur (36). Çalışma tasarımları, kullanılan ölçüm araçları, veri toplama yöntemleri ve kullanılan değişkenlerdeki farklılıklar nedeniyle ruhsal bozuklukların yaygınlık oranında ülke içinde ve uluslararası düzeyde geniş bir varyasyon bulunmaktadır (33, 34).

1999'a kadar yapılan önemli epidemiyolojik çalışmalarda genel nüfusta zihinsel engellilik prevalansının muhtemelen yaklaşık %2,5 olduğu ve erkeklerde, kırsal bölgelerde ve düşük geliri gruplarda prevalansın arttığı bildirilmektedir (37). Hindistan Tıbbi Araştırma Konseyi tarafından desteklenen yakın tarihli bir ocuk ruhsal sorunları epidemiyolojik araştırmasına kentsel orta sınıf, kentsel gecekondulu ve kırsal bölgelerden 0-16 yaş arası 2064 ocuk dahil edilmiştir. 0-3 yaş grubundaki çocukların %1,4'nde ve 4-16 yaş grubundaki çocukların %0,9'unda zihinsel bozukluk tespit edilmiştir. Zihinsel bozukluğu olan çocukların çoğunluğu hafif düzeyde (0-3 yaşındakilerin %57'si ve 4-16 yaşındakilerin %67'si) olduğu bildirilmiştir (38). Başka bir çalışmada yaklaşık yarım milyon kişilik kentsel ve gecekondulu nüfus üzerinde yapılan bir toplum taramasında 511 zihinsel engellilik vakası tespit edilmiştir (39). Güney Hindistan'da nörolojik bozukluklarla ilgili geniş ölçekli bir nüfus çalışmasında, zihinsel engellilik için kaba prevalansın 142/100 000 olduğu bildirilmiştir (40). Ulusal rnekleme Araştırma Kuruluşu'nun engellilere ilişkin raporunda, zihinsel engel yaygınlığı düşük (94/100 000) olarak belirlenmiştir; bunun nedeni büyük olasılıkla kullanılan metodoloji nedeniyle daha hafif zihinsel engel türlerinin tespit edilememesidir (41). Kentsel ve kırsal bir toplumda 6-14 yaş arası çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada, zihinsel engellilik prevalansının %3,25 olduğu bildirilmiştir (42).

2.3. Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Çocuklarda zihinsel engelliliğin etiyolojisi vakaların yarısına yakınında bilinmemekte olup, olguların yaklaşık %5'inde birinci derecede bir yakında hastalığın olduğu görülmektedir (27, 43). Genetik gelişimdeki mutasyonlar, zihinsel engelliliğe neden olan ancak kalıtsal olmayan genetik kusurlarla sonuçlanabilir. Ek kromozom 18 (trizomi 18) gelişimi ve en yaygın kalıtsal neden olan down sendromu bu tür bozukluklara örnektir. DiGeorge sendromu ve fetal alkol spektrum bozuklukları sonraki en yaygın nedenlerdir (44). Zihinsel engellilik için risk faktörleri genetik ve çevresel faktörler olmak üzere iki ana başlıkta incelenmektedir.

2.3.1. Zihinsel Engellilikte Genetik Faktörler

Engellilik bazen ebeveynlerden miras alınan kusurlu genlerden veya zihinsel engellilikle bağlantılı genlerdeki mutasyonlar gibi diğer nedenlerden kaynaklanabilir. En sık görülen genetik bozukluklar arasında fenilketonüri, Williams sendromu, Down sendromu, Klinefelter sendromu, Frajil X sendromu (erkeklerde yaygındır), nörofibromatozis, konjenital hipotiroidizm ve Prader-Willi sendromu yer almaktadır (45). Diğer genetik bozukluklar arasında PHF8 genindeki mutasyonların neden olduğu Siderius tipi X'e bağlı zihinsel engellilik, Phelan-McDermid sendromu, Mowat-Wilson sendromu, kalıtsal siliopati ve diğerleri sıralanmaktadır. En nadir durumlarda, X veya Y kromozomal anormallikleri potansiyel olarak zihinsel engelliliğe neden olabilir (46, 47). Dünya çapında çok az sayıda kadın tetrasomi X veya pentasomi X sendromuna sahiptir, ancak erkeklerde 49, XXXXY veya 49, XYYY olabilir. 47, XYY, etkilenmiş kişilerin genellikle etkilenmemiş kardeşlerden biraz daha düşük zekaya sahip olabileceği gerçeğine rağmen, önemli ölçüde daha düşük IQ ile bağlantılı değildir (48).

2.3.2. Zihinsel Engellilikte Çevresel Faktörler

Çocuklarda zihinsel engelli olmaya yol açan bir dizi çevresel risk faktörü öne sürülmüştür. İntauterin yaşamdan başlayarak annelerin yaşam tarzı ve diyet faktörlerinin yanı sıra prenatal ve perinatal faktörlerin etkili olduğu bildirilmiştir (49). Gebelik sırasındaki sorunlar, fetüsün büyüme ve gelişmesini olumsuz etkileyebilir ve zihinsel engellilik için bir risk faktörü oluşturabilir. Gebelik sırasında alkol tüketen (fetal alkol spektrum hastalığı) veya kızamıkçık gibi bir enfeksiyon geçirme zihinsel engelli bir çocuk riskini artırabilir (50). Doğum eylemi esnasında ortaya çıkan oksijen eksikliği gibi komplikasyonlar, beyin hasarına yol açarak gelişimsel bir gecikme yaratabilir. Histonlar, gen düzenlemesinde önemli rol oynayan bir protein sınıfıdır. Bu proteinler mutasyona uğrayarak değişebilir ve doğru çalışmasını durdurabilir. Nöronların büyümesinden sorumlu genler bazı hastalıklar veya zehirlere maruz kalma nedeniyle zarar görürse, beynin çalışma düzeyi ve bireyin davranışı etkilenir. Tıbbi bakım gecikirse veya yetersiz kalırsa boğmaca, kızamık veya menenjit gibi hastalıklar zihinsel engelliği ortaya çıkarabilir. Kurşun veya cıva ile zehirlenme de zihinsel kapasiteyi bozabilir (51).

Dünya genelinde yaklaşık 2 milyar çocuğu etkileyen iyot eksikliği gelişmekte olan ülkelerde zihinsel engelliliğin önlenabilir en büyük nedenidir. İyot eksikliği ayrıca guatr veya tiroid bezi

büyümesine de neden olmaktadır. Hafif bilişsel bozukluk, tam gelişmiş konjenital iyot eksikliği sendromundan daha yaygındır, çünkü şiddetli iyot eksikliğinin neden olduğu zihinsel engellilik bilinmektedir (52). Tarımsal üretimi ve dağıtımı aksatan uzun savaş dönemleriyle uğraşan ülkelerde sıkça görülen yetersiz beslenme de düşük zekanın yaygın bir nedenidir (53).

Çocuklarda zihinsel engelliliğin ortaya çıkmasını artıran hem çocuğun hem de ailesi için bazı özellikler risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Çocuğun özellikleri arasında cinsiyet, yaş, etnik köken, fiziksel sağlık, bilişsel ve psikolojik işlev, doğum öncesi ve sonrası hastalık geçirme, fiziksel stres, alkol, uyuşturucu, beslenme, enfeksiyonlar ve diğer çevresel etkenlere maruz kalmanın yanı sıra toksinlere, strese, enfeksiyonlara, sosyal çevreye ve stresli yaşam olaylarına maruz kalma öyküsü yer almaktadır (54, 55). Aile ve ebeveyn özellikleri arasında ebeveynin eğitimi, yaşı, sosyal sınıfı, mesleği, psikiyatrik ve ruh sağlığı durumlarının yanı sıra ebeveynin işi, yaşı da yer almaktadır (56). Bir ebeveynin psikiyatrik hastalık geçmişi, çocuklarda ruhsal bozuklukların ortaya çıkması için önemli risk faktörüdür (57).

2.4. Zihinsel Engelliliğin Belirtileri

Zihinsel engellilik çocukluk döneminde belirginleşir ve aynı yaştaki akranlarına kıyasla zihinsel yeteneklerde, sosyal becerilerde ve günlük yaşamın temel faaliyetlerinde eksiklikler içerir (58). Orta dereceli zihinsel engel türlerinde genellikle dışa yansıyan belirtiler görülmez, ancak genetik bir durumla (örneğin Down sendromu) bağlantılı olduğunda görülebilir (59). Bozulma seviyesi her kişi için farklı şiddette olabilir. Erken belirtilerden bazıları şunları içerebilir:

1. Gelişim düzeyine uygun motor becerilere ulaşmada gecikme veya yetersizlik (oturma, emekleme, yürümede gecikme gibi)
2. Konuşmayı öğrenmede yavaşlık veya konuşmaya başladıktan sonra konuşma ve dil becerilerinde kalıcı zorluklar (59).
3. Kendi kendine yardım ve öz bakım becerilerinde zorluklar (giyinme, yıkanma ve kendini beslemede zorluklar gibi)
4. Zihinsel işlevler veya problem çözme yeteneğinde yetersizlik
5. Sosyal ve davranışsal sorunlar
6. Zihinsel gelişimde başarısızlık veya çocuksu davranışların devam etmesi
7. Okula devam etmekte zorluk çekmek

8. Değişen koşullara uyum sağlayamamak
9. Sosyal kuralları anlamada ve bunlara uymada zorluklar (58).

Zihinsel engelli çocuklar ortalama olarak, yürüme ve konuşma gibi gelişimsel basamaklara normal popülasyondan önemli ölçüde daha geç ulaşırlar. Zihinsel engellilik belirtileri doğumda ya da çocukluğun ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkabilir (60). Başlangıç zamanı, durumun muhtemel etiyojisine göre belirlenir. Bazı hafif zihinsel engellilik vakaları, çocuk okul öncesi döneme girene kadar fark edilmez. Bu çocuklar sıklıkla sosyal, iletişimsel ve işlevsel akademik yeteneklerinde sorunlarla mücadele ederler. Ensefalit veya menenjit gibi nörolojik bir durum veya hastalıktan muzdarip çocuklar akut bilişsel bozukluk ve adaptasyon sorunları yaşayabilir (61).

2.5. Zihinsel Engellilik Tanı Kriterleri

Zihinsel engellilik kavramsal, sosyal ve davranışsal alanlarda bilişsel ve adaptif işlevsellikte anormalliklerle karakterize edilen gelişimsel bir sorundur. Teşhisin koyulabilmesi için aşağıdaki üç kriterin karşılanması gereklidir.

- Muhakeme, problem çözme, planlama, soyut düşünme, yargılama, akademik öğrenme ve deneysel öğrenme gibi entelektüel becerilerde hem klinik değerlendirme hem de özel, standartlaştırılmış zeka testleri ile doğrulanan eksiklikler (62).
- Kişisel bağımsızlık ve sosyal sorumluluk için gelişimsel ve sosyokültürel kriterlere ulaşamama ile sonuçlanan adaptif eksiklikler (Sürekli yardım olmadan, adaptasyon eksiklikleri ev, okul, işyeri ve toplum gibi çeşitli alanlarda iletişim, sosyal etkileşim ve bağımsız yaşam gibi bir veya daha fazla günlük görevde işlev görmeyi engeller) (63).
- Gelişim dönemi boyunca bilişsel ve adaptif eksikliklerin ortaya çıkmasıdır.

Amerikan Zihinsel Engelliler Derneği'ne göre zihinsel engellilik, hem bilişsel hem de davranışsal işlevlerin gelişiminde bir duraklama/ yetersizlik ile kendini gösteren bir hastalıktır. Zihinsel engelli çocuklar, on işlevsel beceri kategorisinden (iletişim, kişisel bakım, ev hayatı, sosyal beceriler, toplumdaki yararlanma, kendi kendini yönetme, sağlık ve güvenlik, işlevsel akademik beceriler, boş zaman ve çalışma), ikisinde hem zihinsel işlevsellikte hem de davranış düzeyinde sınırlamalar göstermelidir (64).

Bir bireyin aşağıdaki özelliklerin üçünü taşıyor olması zihinsel engelli tanısı kriterlerini karşıladığını gösterir:

- a) 70 veya altında bir zeka puanı ile gösterilen normalin altında zihinsel işlevsellik düzeyi.
- b) 10 işlev becerisinden ikisinde eş zamanlı sınırlılıklar.
- c) Sınırlılıkların 18 yaşından önce ortaya çıkması (65).

2.6. Zihinsel Engellilik Sınıflandırması

Zihinsel engellilik sorunu artık kronik bir sorun haline gelmiştir (66). İstatistiklere göre, çocukların %2,5'i zihinsel engelli iken, %75'i orta veya hafif düzeyde zihinsel engellidir. Genel olarak, erkeklerin zihinsel engelli olma olasılığı kızlardan daha yüksektir; orta dereceli zihinsel engellilikte ortalama oran 2:1, ağır zihinsel engellilikte ise 1,5:1'dir (67). Sherafati (2010), İran'daki Refah Örgütü tarafından sağlanan istatistiklere göre, 1.500.000'den fazla kişinin zihinsel engelli olarak tanımlandığını bildirmiştir (68).

Zihinsel engelliliğin ortak paydası normalin altında bir zihinsel işlev düzeyidir; bununla birlikte, bir çocuğun toplum tarafından çocuk yaş grubu için belirlenen talepleri karşılayamama derecesi hastalıkta dört şiddet derecesini ortaya çıkarmıştır. Bu doğrultuda hafif, orta, ağır ve çok ağır düzeyde zihinsel engellilik alt tanıları belirlenmiştir (69,70).

2.6.1. Hafif Derecede (Eğitilebilir) Zihinsel Engelliler

Zihinsel engelli çocukların yaklaşık %85'i hafif engelli kategorisindedir. Zeka puanları 50 ila 75 arasında değişir ve genellikle altıncı sınıf seviyesine kadar akademik beceriler kazanabilirler. Ailelerinin ve sosyal ağlarının yardımıyla, çoğunlukla bağımsız hale gelebilir ve hatta kendi başlarına yaşayabilirler (28). Hafif düzeyde zihinsel engelli çocuklar, okuma ve matematik becerilerini yaklaşık olarak dokuz ila on iki yaş arasındaki bir çocuğun seviyesine kadar öğrenebilmektedir. Yemek pişirmek veya yerel toplu taşıma sistemini kullanmak gibi öz bakım ve pratik becerileri öğrenebilirler. Zihinsel engelli çocuklar yetişkinliğe ulaştıklarında, birçoğu bağımsız yaşamayı ve bir işte çalışmak gibi yaşamsal becerilerini öğrenirler (71).

2.6.2. Orta Derecede (Öğretilebilir) Zihinsel Engelliler

Zihinsel engelli çocukların yaklaşık %10'u orta derecede engelli olarak kabul edilir. Orta derecede zihinsel engelli bireylerin zeka puanları 35 ile 55 arasında değişmektedir. İş ve öz bakım görevlerini orta düzeyde gözetim altında yerine getirebilirler (72). Tipik olarak çocuklukta iletişim becerileri kazanırlar, denetimli bir ortamda toplum içinde başarılı bir şekilde yaşayabilir ve işlev görebilirler. Orta düzeyde zihinsel engelli bireyler, topluma tam olarak katılabilmek için okulda, evde ve toplumda önemli ölçüde desteğe ihtiyaç duyarlar. Akademik potansiyelleri sınırlı olsa da, basit sağlık ve güvenlik becerilerini öğrenebilir ve basit faaliyetlere katılabilirler. Yetişkin olduklarında, ebeveynleriyle, destekleyici bir grup evinde ya da örneğin mali durumlarını yönetmelerine yardımcı olacak önemli destekleyici hizmetlerle yarı bağımsız olarak yaşayabilirler. Yetişkin olduklarında korunaklı bir atölyede çalışabilirler (28).

2.6.3. Ağır Derecede (Bağımlı) Zihinsel Engelliler

Zihinsel engelli çocukların yaklaşık %3 ile 4'ü ağır derecede zeka geriliği yaşarlar. Ağır zihinsel engelli çocukların zeka puanları 20 ila 40 arasındadır. Çok temel öz bakım becerilerine ve bazı iletişim becerilerine hakim olabilirler (73). Birçok ağır derecede zihinsel engelli çocuk bir grup evinde yaşayabilir ve tüm yaşamları boyunca daha yoğun destek ve gözetime ihtiyaç duyarlar. Bazı günlük yaşam aktivitelerini öğrenebilirler, ancak bireyler yetişkinlik boyunca bir bakıcının sürekli önemli yardımı olmadan kendilerine bağımsız olarak bakamadıklarında ağır zihinsel engellilik olarak kabul edilir (59).

2.6.4. Çok Ağır Derecede (Tam Bağımlı) Zihinsel Engelliler

Zihinsel engelli çocukların yalnızca %1 ile 2'si çok ağır derecede engelli olarak sınıflandırılmaktadır. Çok ağır derecede zihinsel engelli çocukların zeka puanları 20 ile 25'in altındadır. Doğru yardım ve destekle, iletişim ve öz bakımın temellerini öğrenebilirler (74). Eşlik eden nörolojik durumları sıklıkla bu çocukların yetersizliklerine katkıda bulunur. Çok ağır derecede zihinsel engelliler çok fazla organizasyon ve gözetim gerektirir (75).

Zihinsel engellilik için sıklıkla kullanılan bir diğer tanısıl sınıflandırma sistemi Amerikan Zihinsel Engelliler Birliği (AZEB) tarafından oluşturulmuştur. AZEB tarafından kullanılan kategorizasyon yöntemi, çocuğun sınırlılıklarından çok becerilerine vurgu yapmaktadır (76). Kategoriler, ihtiyaç duyulan yardım türünü ana hatlarıyla belirtir. Dört tür destek vardır: aralıklı, kısıtlı, yaygın ve her

yere yayılmış. Örneğin, aralıklı yardım sadece bazen, belki stres veya kriz zamanlarında gereklidir. Hafif engelli çocukların çoğunun ihtiyaç duyduğu yardım türüdür. Ölçeğin diğer ucunda, çok ağır engelli çocuklar, adaptif alanların çoğunda yaşam boyu, günlük bakıma ihtiyaç duyacaktır (77).

2.7. Zihinsel Engellilik Tedavisi

Çoğu tanıma göre zihinsel engellilik bir hastalıktan ziyade bir engellilik durumudur. Zihinsel engel, şizofreni veya depresyon gibi akıl hastalıklarından çeşitli şekillerde ayrılabilir. Çoğu insan doğru yardım ve talimatlarla çeşitli görevleri yerine getirmeyi öğrenebilse de, şu anda bir engellilik için kesin bir "tedavi" yoktur (78). Örneğin doğuştan hipotiroidizm, zihinsel bir engelin gelişmesini önlemek için erken tedavi edilebilir. Zihinsel engellilik için tek bir farmakolojik tedavi biçimi bulunmamakla birlikte, gelişimsel engelli birçok çocuğun ek tıbbi sorunları vardır ve birçok farmakolojik tedaviyi kombine almaları gerekebilir. Örneğin, gelişimsel gecikmeleri olan otistik çocuklara davranışlarına yardımcı olmak için antipsikotikler veya duygudurum dengeleyiciler verilebilir. Benzodiazepinler gibi psikotropik ilaçları kullanan zihinsel engellilerin yan etkiler, davranışsal ve zihinsel sorunlar yönünden yakından izlenmesi ve dikkatli olunması gerekir (79). Bakıcıların, aile üyelerinin, doktorların ve zihinsel engelli çocuğun aktif olarak katılmasına olanak sağlayan dört temel tedavi türü vardır (80).

2.7.1. Psikososyal Tedaviler

Psikososyal tedaviler büyük ölçüde okul öncesi dönemdeki çocuklara yöneliktir, çünkü bu dönem müdahale için en etkili zamandır (81). Keşfetmenin teşvik edilmesi, temel becerilerde rehberlik, gelişimsel ilerlemelerin teşvik edilmesi, yeni edinilen becerilerin tekrarlanması ve genişletilmesi, zararlı davranışı onaylamama, alay veya dışlanma gibi olumsuz etkilerden korunma, zengin ve duyarlı bir dil ortamına maruz kalma bu erken müdahalenin bir parçası olmalıdır (82).

2.7.2 Davranışsal Tedaviler

Dil ve sosyal beceri öğrenimi davranışsal tedavinin temel bileşenleridir. Genellikle bire bir eğitim verilir ve kelimeler bitene kadar çocuğun heceleri telaffuz etmesine yardımcı olmak için olumlu pekiştiriciler verilerek bir şekillendirme yöntemi kullanılır. Görseller ve görsel yardımcılar kullanan terapistler, çocuğun kritik günlük işlerle (örneğin tuvalet kullanımı, yemek yedirme vb.) ilgili kısa cümleleri başarılı bir şekilde aktarabilmesi için konuşma becerisini geliştirmeye çalışır (83, 84).

Benzer şekilde, daha büyük çocuklar da paylaşma, sırayla hareket etme, yönergeleri takip etme ve gülümseme gibi sosyal becerilerini geliştirmeyi öğrenebilirler. Aynı zamanda, sosyal içerme olarak bilinen bir yaklaşım, zihinsel engelli çocuklar ile engelli olmayan akranları arasındaki faydalı ilişkileri geliştirmeyi amaçlamaktadır (85).

2.7.3. Bilişsel-Davranışsal Tedaviler

Psikososyal ve davranışsal tedavi yöntemlerinin bir kombinasyonu olan bilişsel-davranışçı tedaviler, çocuklara matematik, dil ve diğer temel hafıza ve öğrenme becerilerini öğretmek için bir öğrenme stratejisi olarak kullanır. Eğitimin ilk amacı, bilişsel bağlantılar kurarak ve planlar yaparak çocukları stratejik düşünme konusunda eğitmektir. Terapist daha sonra çocuğu farklı görevler arasında ayırım yapması ve her bir faaliyet için hangi plan veya stratejinin en uygun olduğunu seçmesi konusunda eğiterek meta-stratejik yaklaşabilmesi için geliştirmeyi amaçlar (86).

2.7.4. Aileye Yönelik Tedavi Stratejileri

Ailelere, zihinsel engelli çocuklarına veya çocuklarına yardımcı olmak ve onları teşvik etmek için ihtiyaç duydukları destek, bilgi ve bakımla ilgili araçların sağlanması temel stratejidir. Genel olarak atılmanlık eğitimi veya davranış kontrol yöntemleri vermenin yanı sıra çocuklara komşularından, geniş ailelerinden veya gündüz bakım personelinin nasıl yardım isteyeceklerini öğretmeyi de kapsamaktadır (87). Ebeveynlere daha sonra çocuk büyüdüğünde barınma/konut bakımı, iş ve ilişkiler gibi konularla nasıl başa çıkacakları öğretilir. Her strateji ya da müdahale, nihayetinde çocuğun zaten sahip olduğu ve öğrenilmiş yeteneklerini kullanarak ona özerklik ve bağımsızlık duygusu kazandırmayı amaçlar. Bu bileşenler öğretim müdahalesine dahil edildiğinde, zihinsel engelli çocuklar ve ergenler için fonolojik farkındalık, kelime okuma, kod çözme, ifade edici ve alıcı dil becerileri ve okuma akıcılığında küçük ila orta düzeyde iyileşmeler gözlenmiştir (88).

2.8. Zihinsel Engelliliğin Aile Üzerindeki Etkisi

Engelli bir çocuğun varlığı aile içinde ve ilişkilerinde stres ve sorunlara yol açan, çocuğu ailesinin kabul derecesine bakılmaksızın, ailenin uyumundaki değişim üzerinde psikolojik ve sosyal olarak büyük zorlanmalara yol açan bir durumdur (89). Engelliliğin aile üzerindeki etkileri şu şekilde sınıflandırılmıştır;

- a. **Psikolojik etkiler:** Aile, çevreden gelen dışlanma veya etiketlenmeye maruz kalabilir ve genellikle engelli ailelerinde normal ailelere kıyasla stres düzeyi ve duygu dışı vurumu daha yüksektir (90).
- b. **Sosyal etkiler:** Çocuğun engelli olması aile için bir tehdit olarak kabul edilebilir ve aile içinden ve dışından bireyler arasındaki ilişkilerin bozulmasına neden olabilir (Örneğin; evlilik çatışmaları, kardeşlerin ihmali ve diğer ailelerden izolasyon eğilimi gibi) (91).
- c. **Ekonomik etkiler:** Çocuğun engelli olması, normal ailedeki diğer çocuklardan daha fazla zamana, daha fazla bakıma, rehabilitasyona, özel eğitim merkezlerinde eğitim programlarına ihtiyaç duyulmasına ve bu hizmetlere ulaşabilmesi için ek mali yüke yol açmakta, bu da aile üzerinde olumsuz bir etki yaratmaktadır (92).

Engelliliğin aile üzerindeki etkisi, çeşitli faktörlere göre değişmektedir:

- a. **Ebeveynlerin eğitim ve kültür düzeyi:** Ebeveynlerin eğitim ve kültür düzeyi, bir yandan ebeveynlerin çocuklarının bakımında kullandıkları yöntem ve teknikleri, diğer yandan da engelliliğin nedenleri ve daha ağır engelliliğin önlenmesi konusundaki farkındalıklarının derecesini belirlemede önemli bir rol oynar. Kültürel yaşam ve eğitim düzeyi ebeveynlerin yaşam standardını ve refahını etkiler. Genellikle eğitim düzeyi yüksek olan ebeveynler, daha düşük olanlara göre daha iyi işlerde istihdam edilir, bu da daha yüksek gelir, bilgi düzeyi, fırsatlara ulaşmada kolaylık sağlayabilir (93).
- b. **Aile yapısı:** Ailenin yapısı zihinsel engelliliği etkiler ve kendisi de engellilikten etkilenir. Örneğin, geniş bir ailede zihinsel engelli bir çocuğun doğumu genellikle aile üyeleri üzerinde daha hafif bir etkiye yaratabilir, engelli olmayan bir diğer çocuklar ve üst kuşak ebeveynler engelli çocuğun bakım sorumluluğunu paylaşabilir, kardeşler engelli çocuğa ilgi ve bakımda aktif roller alabilir. Çekirdek ailede meydana gelen engellilik ise aile üyelerinin yaşamları üzerinde daha belirgin bir olumsuz etki yaratacak, özellikle de anneler üzerindeki yükü artıracak, aile için psikolojik, sosyal ve ekonomik zorlanmalar daha yoğun hissedilebilecektir (94).
- c. **Engellilik türü ve şiddeti:** Engellilik türü ve şiddetine aileden gelen tepkiler ve engelli çocukla etkileşime girme biçimleri farklılıklar göstermektedir. Zihinsel engelli bir

çocuğun doğumu, aile üzerindeki etkileri açısından farklılık gösterir. Bu nedenle ailenin yaşadığı psikososyal zorlanmaların engelliliğin türü ve şiddetine bağlı olmasından dolayı hafif engellilik ile ciddi engelliliğin aile üzerindeki etkileri birbirinden farklı olacaktır. Ayrıca, ebeveynlerin ve diğer aile üyelerinin sorumluluklarına ek olarak fiziksel, sosyal ve psikolojik yükleri engelliliğin türüne ve şiddetine bağlı olarak artar (95).

- d. **Çocuğun cinsiyeti:** Ebeveynlerin engellilere yönelik tepki ve reaksiyonları, özellikle ailede erkeklere karşı açık bir ayrımcılığın olduğu Arap toplumlarında cinsiyete göre farklılık gösterir ve ailede erkek engellinin doğumu ebeveynler arasındaki keder duygusunu artırabilir. Bu keder ve kayıp duygusu geniş ailede akrabaları da kapsayacak kadar yaygın hissedilebilir. Bunun nedeninin ataerkil kültürle ilişkili olduğu, Arap toplumunda baba ve dedenin adını isminde taşıması ile erkek çocuğun soyun devamlılığını sağlaması olduğu söylenebilir. Eğer engelli doğan bebek kız ise, aynı bakış açısı nedeniyle engellilik daha hafif bir kayıp hissi verebilir. (96).

2.9. Damgalanmanın Zihinsel Engelli Çocuklar Üzerindeki Etkisi

Damgalanma, toplumda "istenmeyen farklılıklara" sahip kişilerin etiketlendiği ve bireylerin büyük çoğunluğu tarafından gösterilen stereotipleştirme, ayrımcılık, sosyal dışlama ve olumsuz duygusal tepkiler nedeniyle saygınlıklarını ve konumlarını kaybettikleri süreç olarak tanımlanmaktadır (97).

Önemli bir halk sağlığı sorunu olan damgalanma AIDS, cüzzam, ruhsal hastalığa veya zihinsel engele sahip olma gibi özellikleri nedeniyle çoğunluktan farklı olan bireylerin dışlanması veya ayrımcılığa uğraması olarak tanımlanabilir (98). Bireylerin büyük çoğunluğu genellikle engelli çocuklara ve ailelerine karşı olumsuz, hatta düşmanca ve damgalayıcı görüşlere sahiptir (99). Engelli çocukları olan aileler, çocuklarının engeliyle ilgili zorlukları aşmaya çalışırken, bir de toplumdaki gelen saygısız, düşmanca veya hoş olmayan davranışlarla mücadele etmeye çalışırlar (97), bu durum onların hastalıkla uyumlanma süreçleri ve yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir (100).

Engelli çocukları olan pek çok ebeveyn, komşularının, akrabalarının veya arkadaşlarının çocukları hakkında acımasız yorumlar yapacağından korktukları için toplum içine çıkmaktan kaçınmaktadır. Bu durum, bu ebeveynlerin kendilerini yalnız hissetmelerine, geçmişleri hakkında suçluluk

duymalarına, aile, akraba ve komşulardan destek almalarına engel olabilmektedir. Toplumun norm, inanış ve tutumları, engelli çocukları olan ailelerin kendilerini farklı, yetersiz ya da dışlanmış hissetmelerine neden olabilmektedir (101). Bu nedenle aileler kendilerini kısıtlamakta ve devlet yardımına başvurmakta bile çekince duyabilmektedir. Bu boyutuyla damgalanma korkusu bu kişilerin yardım arayışını olumsuz etkileyebilir. Damgalanan aileler ruhsal sıkıntı ve sosyal izolasyonla karşı karşıya kalmaktadır. Damgalanmanın ebeveynlerin duygusal ve ruhsal olarak daha da zorlanmalarına, yabancılaşmalarına ve çocuklarının ihtiyaçlarını karşılayamamalarına neden olabileceği düşünüldüğünde, bu konuya özaenle müdahale edilmesi gereklidir (100, 102).

2.10 Zihinsel Engelli Çocuğun Hemşirelik Bakımı

Toplumun oluşturan bireyler tarafından olumlu bir engellilik algısının oluşması ancak engelliliğin normal ve herkesin başına gelebilecek bir durum olduğu, engelli kişilerin topluma faydalı bireyler olabileceği, kendi kararlarını verip, bağımsız yaşamlar sürebileceği ve normal bir hayat yaşayabileceği görüşüne inanılıp, bu bakış açısıyla yaklaşılması ile mümkün olur. Buna rağmen geçmişten günümüze engelli bireyler toplumda damgalanma ve izolasyona maruz kalmış, fiziksel görünüşleriyle ayrıştırılmış, toplumsal ve kültürel olarak olumsuz yargılamalar yapılmıştır (103).

Sağlık çalışanlarının engelli çocuklara yönelik görüşleri ise toplumdaki sağlık eğitimi almamış bireylere paralel bir şekilde olumsuz olduğu ve hatta bazı çalışmalarda toplumdan daha kötü bir tutuma sahip olabileceklerini göstermektedir (104). Bu bulgular ve hemşirelerin fiziksel veya zihinsel engelli çocukların bakımında ve güçlendirilmesinde oynadıkları önemli rol göz önüne alındığında, bazı araştırmacılar hemşirelerin daha öğrencilik sürecinde engelli çocuklara yönelik daha olumlu tutumların teşvik edilmesi gerektiği, bunun için de kısıtlayıcı tıbbi bakım modelinden ve geleneksel bakış açısından ziyade sosyal, kabullenici ve insancıl bir modele geçilmesi gerektiği savunulmuştur (105, 106). Tutumlar genellikle edinilmiş eğilimler olarak görüldüğünden, hemşirelik eğitimin müfredatını değiştirmek veya özel müdahaleler uygulamak öğrencilerin tutumlarını değiştirmede yararlı olabilir. Hemşirelik ve diğer sağlık mesleklerinde yapılan son çalışmalar, engelli çocuklarla doğrudan temas ve çalışmayı içeren deneyimsel öğrenme ortamları, simülasyon egzersizleri veya stratejilerin kombinasyonları gibi çeşitli eğitim programlarının öğrencilerin engelli çocuklara yönelik tutumlarını geliştirebileceğini göstermektedir (107, 108).

Bununla birlikte, hemşirelik öğrencilerinin görüşlerini ve bu tutumları etkileyen değişkenleri anlama da bazı önemli boşluklar bulunmaktadır (109). İlk olarak, birçok araştırmacı sağlık çalışanlarının engelli çocuklara yönelik görüşlerini araştırmış olsa da bu çalışmaların çoğu 1960'lar ve 1980'lerde yapılmış veya halihazırda çalışan/mezun profesyonellere odaklanmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin engelli çocuklara kıyasla çok daha olumsuz görüşlere sahip olduğu, mezun öğrencilerin yeni başlayan öğrencilere kıyasla daha olumsuz tutumlara sahip olduğu ve hemşirelik dahil olmak üzere lisans ve lisansüstü eğitime sahip sağlık çalışanlarının, gözle görülür bir fiziksel engeli olan kişilerin kişisel özelliklerini genel nüfustan farklı değerlendirdikleri bildirilmiştir (110). Bir çalışmada katılımcıların engelli çocuklara, engelleriyle ilgisi olmayan kişisel nitelikler atfederek onları hafife aldıkları gösterilmiştir (111). Bazı araştırmalarda, hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin görüşlerinin genel nüfusa göre daha iyimser olduğunu bulmuştur (112, 113). Son araştırmalar, sağlık eğitimi alan öğrencilerin engelli çocuklara yönelik görüşlerinin normatif seviyelerin altında olduğunu, hemşirelik öğrencilerinin tıp ve diğer sağlık öğrencilerine kıyasla en az olumlu tutumlara sahip olduğunu göstermektedir (114). Engelli çocuklara yönelik görüşleri etkileyebilecek değişkenlerin ise cinsiyet, yaş ve engelli bireylerle temas ve deneyim olduğu vurgulanmıştır (104, 115). Genel olarak, kadın ve yaşlı katılımcılar, erkek ve genç katılımcılara kıyasla engelli bireyleri daha fazla kabul etmektedir. Buna ek olarak, engelli bireylerle artan deneyim ve etkileşim genellikle daha olumlu görüşlerle ilişkilendirilmektedir. Son zamanlarda yapılan araştırmalar, temas şeklinin görüşler üzerinde daha güçlü bir belirleyici olduğunu belirtmektedir; bu da engelli bireylerle profesyonel yaşamları dışında kişisel temasları olan bireylerin (örneğin, bir aile veya yakın arkadaş) daha olumlu görüşlere sahip olduğunu göstermektedir (116, 117).

Fiziksel veya zihinsel engelli çocuklar rutin olarak aktif çalışan hemşireler tarafından tedavi edilir ve bakım verilir. Diğer sağlık mesleklerinde olduğu gibi, hemşirelik eğitiminde genellikle hastalık süreçleri ve bunların anlaşılması, teşhisi ve tedavisine vurgu yapan tıbbi bir bakım modeline odaklanılır (118). Engellerine özgü değişkenlere ek olarak, sağlık hizmeti sağlayıcılarının tutumları da engelli çocukların rehabilitasyonunda önemli bir rol oynar ve hastanın terapiye tepkisini ve kendini kabullenmeyi geliştirmesini veya sürdürmesini etkileyebilir (103). Aslında, engelli çocuklar sağlık hizmetlerini kullanmanın önündeki en büyük engel olarak genellikle uygunsuz personel tutumunun ve davranışlarının etkili olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle,

hemşirelerin engelli çocuklara yönelik olumlu tutumlarını eğitimlerinin erken dönemlerinde edinmeleri veya sürdürmeleri çok önemlidir (119).

2.11. Öz-Merhamet Kavramı

Neff, (2003) öz-merhameti; “*zor zamanlarda kendine nezaketle davranma becerisi, acı çekmenin insanlık durumunun bir parçası olduğunu, kişinin tek başına acı çekmediğini kabul etme becerisi ve acı çekme duygularını bastırmak veya geçmiş, şimdiki ve gelecekteki acılar üzerinde döngüye girmek yerine, şimdiki zamanın dikkatli farkındalığı içinde kalma ve tolere etme becerisi*” olarak üç bileşenle tanımlamıştır (120).

Öz-merhamet, kişinin zorluklar karşısında kendi duygu ve tutumlarını nezaket, sıcaklık ve özenle kabul etme kapasitesidir. Başka bir deyişle, öz-merhamet kişinin kendi acısını, merhametli duygularını tanınmasının yanı sıra kendi kişisel hatalarını ve eksikliklerini de bireyin ayrılmaz bir yönü olarak kabul etmesini içerir. Öz-merhametin üç temel bileşeni vardır: “*Öz nezaket, ortak insanlık ve farkındalık*”. **Öz nezaket**, özeleştirmeden daha büyük bir kendini anlama kapasitesi anlamına gelir. **Ortak İnsanlık**, acının insan deneyiminin bir parçası olduğunu ve herkesi etkilediğini kabul etmektir. **Farkındalık**, bir kişinin acılarına vurgu yapmaktan ziyade yaşadığı deneyiminin bütünüyle farkında olmasıdır (121).

Öz-merhamet, bir kişinin zorlu olaylarla yüzleşirken kendisiyle nasıl etkileşime girdiğini içeren bir tür duygu temelli başa çıkmadır (122). Öz-merhamet, damgalanma, sosyal destek ve semptom yoğunluğu göz önünde bulundurulduğunda bile otizm spektrum bozukluğu (OSB) olan küçük çocuklar arasında daha iyi refah ve daha az sıkıntı ile bağlantılıdır. Öz-merhamet herkes için mevcut ve hissedilmeye açık bir kavramdır (123).

Öz-merhamet, özellikle nezaket damgalamasıyla başa çıkarken, geçiş çağındaki ergenlerin ebeveynleri için daha iyi psikososyal uyumu destekleyebilecek, acının ortasında kendine yanıt vermenin koruyucu bir yöntemidir (122). Öz-merhamet, kişinin kendine karşı nazik olması, başkalarıyla olan bağlantısını kabul etmesi ve acıya dengeli bir farkındalıkla karşılık verirken, sert öz-yargılamadan, izolasyondan ve acıyla aşırı özdeşleşmeden kaçınmasıdır (124). Meta-analizlere göre, öz-merhamet depresyon, anksiyete ve stres ile olumsuz yönde, iyi olma hali ile ise olumlu yönde ilişkilidir (125, 126). Kişisel olarak öz-merhametteki ve bağlanabilirlik duygusundaki artış,

depresif semptomlardaki azalma ile de ilişkilidir (127). Neff'e göre, öz-merhamet bakıcılar arasında psikososyal uyumun iyileşmesini öngörmüş ve öz-merhamet desteği içselleştirilmiş damgalamaya karşı bir tampon görevi görmüştür. Bakıcıların öz-merhametindeki artışlar ile refah artışı arasında bağlantı olduğu da vurgulanmaktadır (128).

2.12. Öz-Merhamet ile Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişki

Bakım ve merhamet, hemşirelik mesleği içinde temel ve birbirine bağlı kavramlardır. Bakım, hemşirelik mesleğinin temel rolüdür. Merhamet bir erdemdir, bakımın insani ve ahlaki bileşenini temsil ettiği için hemşirelik uygulamalarının çok önemli bir bileşenidir. Merhametli bakım, *"bir hemşirenin empati ile hastaların acılarını dindirme, özel bakım gereksinimlerini karşılama, terapötik iletişim kurma ve hastalarıyla karşılıklı fayda sağlama arzusunun birleşimidir."* Bu nedenle, hemşire adayları hastalara karşı merhametli ve ilgili bir tutum edinmelidir. Geleceğin hemşirelerinin nazik ve insan canlısı olmalarını sağlamak için hemşirelik eğitimi bu özellikleri geliştiren ve güçlendiren bir yapıda olmalıdır (19).

Bununla birlikte hemşirelik öğrencileri genel olarak eğitimleri boyunca akademik ve klinik stresörler gibi çeşitli engellerle karşı karşıya kalmaktadır (129). Bununla birlikte öğretmen-öğrenci bağlantısı ve etkileşimi de dahil olmak üzere öğrenme ortamındaki yetersizlikler, hemşirelik öğrencilerinin bakım becerilerinin gelişimini etkiler (130). Bu sorunlar, hastalarına yetkin ve merhametli bakım sunmalarını olumsuz yönde etkileyebilir (13). Bunu kanıtlar nitelikte daha önce yapılan bazı çalışmalarda, hemşirelik öğrencilerinin klinik durumlarda daha az merhametli tutum ve bakım sergilediği ortaya konmuştur (131, 132). Bireyin iyi olma hali konusunda öz-merhametin öneminin incelendiği çalışmalarda, öz-merhametin kişinin psikolojik iyi oluşunu ve benlik imajını etkilediği kanıtlanmıştır (130). Bu nedenle hemşirelik öğrencilerinin öz-merhamet düzeylerinin iyi olma hali, etkili başa çıkma ve dengeli duygulanım gibi kavramlar üzerindeki olası etkisi, bakım davranışları ve merhamet yetkinliklerini de derinden etkileyebilir (121).

Öte yandan, merhamet sahibi olmak bakım için yeterli değildir. Merhamet, başka bir kişinin çektiği acıya dair derin bir farkındalık ve o kişinin bu acıdan kurtulmasına yardımcı olmaya yönelik güçlü bir bağlılık olarak tanımlanabilir (133). Merhametli bir şekilde yetkin olmak, hastaların fiziksel, duygusal ve psikolojik baskılarını da göz önünde bulundurarak hastaların taleplerine içtenlikle yanıt vermek anlamına gelir (17). Bir hemşirenin, hemşirelik bakımı verirken

hissettiği haz düzeyi, merhamet yetkinliğinin de dahil olduğu bir dizi faktörden önemli ölçüde etkilenir. Merhametli bakım sağlamak için, hemşireler hastalarının durumlarıyla empati kurmalı ve hastalarının özerkliğini ve haysiyet duygusunu her zaman korumak için çalışmalıdır (18). Empati, hastaların acılarını azaltma, hastaların özel hemşirelik gereksinimlerine dikkat etme, terapötik iletişim kurma ve hem hasta hem de hemşire için avantajları teşvik etme, hemşirelik öğrencilerinin aşına olması gereken merhametli bakımın tüm bileşenleridir (134). Daha önceki çalışmalardan elde edilen bulgulara göre, hastalara merhamet göstermek hem verilen bakımın kalitesini hem de hemşirenin kendi iyi olma hissini artırmaktadır (135).

Ancak son yıllarda merhamet yorgunluğu hemşireler arasında daha yaygın hale gelmiştir ve bu da tedavi sağlarken gösterdikleri merhamet düzeyinin azalmasına neden olmuştur. Buna ek olarak, araştırmalar hemşirelerin merhamet düzeylerini geliştirmeleri gerektiğine güçlü bir vurgu yapmıştır (136). Hemşirelerin merhametli ve ilgili olabilmeleri için çeşitli fikir ve uygulamalar temeldir (137). Öz-merhamet bu unsurlardan biri olduğu ve hemşirelerin merhametli davranışlarını ve merhamet yeterliliklerini etkilediği düşünülmektedir (138). Öz-merhamete sahip olmak, kişinin kendi ihtiyaç ve duygularını önemseme kapasitesine sahip olmasıdır (139). Öz-merhamet, kişinin kendisine nezaket, merhamet ve anlayış gösterme pratiğidir. Öz-merhametli insanlar daha nazik, daha empatik ve başkalarına yardım etmeye daha isteklidir (138, 140). Öz-merhametten yoksun olan bir kişinin başkalarına merhamet gösterme ve kendi yaşamında merhamet uygulama olasılığı daha düşüktür. Öz-merhamet aynı zamanda üzüntü ve endişe duygularıyla başa çıkma kapasitesidir. Öz-merhamet yalnızca hemşirelerin hastalarına mükemmel bakım sunmaları için değil, aynı zamanda akademik ve klinik yükümlülükleri aynı anda yürütmek zorunda olan hemşirelik öğrencileri için de gereklidir (18).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Şekli

Bu araştırma hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli çocuğa yönelik bilgilerinin ve öz-merhamet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Al-Divaniye şehrinde bulunan Kadisiye Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda lisans düzeyinde normal ve ikinci öğretim olarak iki ayrı programda hemşirelik eğitimi verilmektedir. Normal öğretim hemşirelik programında 400 öğrenci, ikinci öğretim hemşirelik programında ise 165 öğrenci bulunmaktadır. Hemşirelik Yüksekokulunda normal öğretim ve ikinci öğretim programlarına ders veren akademisyen sayısı ise 45'tir

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklem Özellikleri

Bu araştırmanın evreni Irak'ın Al-Divaniye şehrinde Kadisiye Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu'nda eğitim gören 565 öğrenciden oluşmaktadır. Örneklem hesaplaması evreni belli olan örneklem hesaplama yöntemi ile yapılmış, %5 hata payı ve %99 güven aralığı ile en az 306 katılımcının araştırmanın örnekleme olduğu belirlenmiştir. Çalışma örnekleme, her iki öğretim programından hem sınıf düzeyinde, hem de öğretim şekli düzeyinde tabakalı örnekleme yapılarak seçilmiştir. Araştırma, hemşirelik bölümü normal öğretim ve ikinci öğretimde öğrenim gören 380 hemşirelik öğrencisi ile tamamlanmıştır.

3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. Kadisiye Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu öğrencisi olmak
2. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
3. 18 yaşından büyük olmak
4. Arapça okuyup yazabilmek
5. Araştırmaya katılmayı kabul etmek

3.3.2. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

1. Araştırmaya katılmaya isteksiz olmak
2. Hemşirelik Yüksekokulu / Kadisiye Üniversitesi dışında herhangi bir bölümde okumak
3. Arapça okuyup yazamamak
4. 18 yaşın altında olmak

3.4. Araştırmanın Uygulaması

Araştırmanın uygulaması etik kurul izni ve kurum izni alındıktan sonra başlamış, KOVİD-19 pandemisi nedeniyle çevirim içi form aracılığı ile internet ortamında 11.10.2022-15.12.2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmada kullanılan bilgilendirilmiş onam formu, kişisel bilgi formu ve ölçekler çevirim içi olarak hazırlanmış ve whatsapp grupları aracılığı ile öğrencilerle paylaşılmıştır. Veri toplama süreci 380 katılımcı ile sonlandırılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları; Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), Zihinsel Engelli Çocuğa Yönelik Bilgi Anketi (Ek 2)'dir ve Öz-Merhamet Ölçeği (Ek 3)'dir.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, gelir durumu, sınıf, aile yapısı, ikamet yeri, annenin eğitim düzeyi, babanın eğitim düzeyi, ekonomik durumu, aile içi ilişkiler, kardeş sayısı, ailede zihinsel engelli çocuğa sahip olma durumu gibi özelliklerini inceleyen 11 sorudan oluşan form, araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir.

3.5.2. Zihinsel Engelli Çocuğa Yönelik Bilgi Anketi

Bu anket hemşirelik öğrencilerine yönelik zihinsel engelli çocuklar hakkında bilgi düzeylerini değerlendirmek için Faraj ve ark, (2016) tarafından Arapça olarak hazırlanmıştır (141). Anket, öğrencilerin zihinsel engelli çocuğa ilişkin bilgi düzeylerini ölçen 19 maddeden oluşmaktadır. Bu ifadelerin bazıları doğru, bazıları ise yanlıştır. Doğru ifade içeren maddeler 12, yanlış ifade içeren maddeler ise 7 maddedir. Öğrencilerin 'Katılıyorum' 'Kararsızım' ve 'Katılmıyorum' olarak cevaplayacağı maddeler, ifadelerin doğru ya da yanlış olmasına göre puanlanmaktadır. Bu

puanlama sonucu ölçekten alınan puanların artması, bilgi düzeylerinin de arttığını göstermektedir. Araştırmamızda zihinsel engelliliğe yönelik bilgi puanı değerlendirmeleri orjinal araştırma referans olarak yapılmıştır. Bu doğrultuda; “Düşük” bilgi düzeyi aralığı için 1-1,66 puan, “Orta” bilgi düzeyi aralığı için 1,67-2,32 puan ve “Yüksek” bilgi düzeyi aralığı için 2,33-2,98 puan kabul edilmiştir. Faraj tarafından ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği için yapılan çalışmada cronbach alfa değeri 0,70 olarak bulunmuştur, bu çalışmada ise cronbach alfa değeri 0,72’dir.

3.5.3. Öz-Merhamet Ölçeği

Bireylerin öz-merhamet düzeyini ölçmek amacıyla Neff (2003) tarafından geliştirilen ölçeğin Arapça geçerlik ve güvenilirliği Alabdulaziz ve arkadaşları (2020) tarafından yapılmıştır (13). Ölçekte, katılımcıların öz-merhamet düzeylerini ölçmek için 26 madde bulunmaktadır. Ölçek “öz merhamet” (madde 5, 12, 19, 23, 26), “öz-yönetim” (madde 1, 8, 11, 16, 21), “ortak insanlık” (madde 3, 7, 10, 15), “izolasyon” (madde 4, 13, 18, 25), “uyanıklık” (madde 9, 14, 17, 22) ve “aşırı tanımlama” (madde 2, 6, 20, 24) şeklinde altı alt boyut içermektedir ve “(1) Kesinlikle katılmıyorum” ve “(5) Kesinlikle katılıyorum” şeklinde 5’li Likert tiptedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, öz-merhamet düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçek toplamından alınan 26-64 arasındaki puan “düşük” öz-merhameti, 65-90 arası “orta” öz-merhameti, 91-130 arası “yüksek” öz merhameti ifade etmektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında iç tutarlık katsayısı olan Cronbach alfa değeri 0,96’dır ve bu çalışmada 0,73 çıkmıştır.

3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırma kullanılacak veri toplama araçlarının değerlendirmek için araştırmanın ön uygulaması yapılmıştır. Birinci araştırmacı tarafından araştırmaya başlamadan önce başka ilde başka fakültenin hemşirelik bölümünde okuyan 35 öğrenciye uygulanmıştır. Ön uygulamada soruların anlaşılır olduğu, çalışmada elde edilmesi gereken veriler için yeterli kapsamda olduğu belirlenmiş ve ankette değişiklik yapılmamıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri, istatistiksel analiz sistemi uygulaması Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 26.0 ile kullanılarak analiz edilmiştir. Hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli çocuklara yönelik algılarını ve öz-merhamet düzeylerini belirlemek ve hemşirelik öğrencilerinin bilgileri ile

demografik verileri arasında bir ilişki olup olmadığını saptamak amacıyla Ki-Kare testi kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis kullanılmıştır. İstatistiksel kararlarda $p < 0,05$ seviyesi anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etiği

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar etik kurulu tarafından çalışmanın yürütülmesi için etik onay (Ek 4) (Karar No: 2022-17/153, Tarih: 27.09.2022) alındıktan sonra, Irak Planlama Bakanlığı'na (Merkezi İstatistik Kurumu) ve çalışmanın gerçekleştirilmesi için Al-Divaniye Sağlık Müdürlüğü'ndeki Teknik Bölüm ve Kadisiye Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu 'ndan da gerekli izinler (Ek 5) alınmıştır. Katılımcıların gönüllü olurlarını almak için formları doldurulmadan önce çevirim içi bağlantının ilk sayfasında öğrencilere çalışma hakkında bilgilendirme yapılmış olup, çalışmaya katılmayı kabul etmeleri hâlinde “çalışmaya katılmayı onaylıyorum” beyanını işaretlemeleri istenmiştir. Bu tez çalışması Helsinki Deklarasyonu'na uygun şekilde yürütülmüştür.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, 2022-2023 akademik yılında Kadisiye Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda normal eğitim ve ikinci öğretimde okuyan Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerine genellenebilir. Araştırmanın bulguları 2022-2023 öğretim yılı döneminde elde edilen verilerle sınırlıdır. Araştırmadan elde edilen verilere dayalı bulgular hemşirelik öğrencilerinin kendi ifadelerine (öz bildirim) dayalı olması araştırmanın bir başka sınırlılığını oluşturmuştur.

4. BULGULAR

Araştırma Al-Divaniye şehrinde Kadisiye Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu'nda eğitim alan, araştırmaya katılmayı kabul eden, 380 öğrenci hemşire ile gerçekleşmiştir. Katılımcıların yaşının $22,33 \pm 4,53$ (18-42) olduğu, %82,6'sının 18-24 yaş aralığında olduğu, %67,1'inin kadın, %83,7'sinin bekâr, %30,3'ünün ikinci sınıf, %85'inin ilçede yaşadığı, %60,5'inin gelirini orta düzey olarak algıladığı, %72,9'unun çekirdek ailesinin olduğu tablo 4.1'de görülmektedir.

Tablo 4.1: Hemşirelik öğrencilerinin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n = 380).

Özellikler		n	%
Yaş	18-24	314	82,6
	25-30	48	12,6
	31-36	9	2,4
	37-42	9	2,4
Cinsiyet	Erkek	125	32,9
	Kadın	255	67,1
Medeni Durum	Evli	52	13,7
	Bekâr	328	86,3
Sınıf	Birinci sınıf	89	23,4
	İkinci sınıf	115	30,3
	Üçüncü sınıf	88	23,2
	Dördüncü Sınıf	88	23,2
Aile Yapısı	Çekirdek Aile	287	75,5
	Geleneksel Aile	93	24,5
İkamet Yeri	İl merkezi	323	85,0
	İlçe-köy	57	15,0
Ekonomik durum	Kötü	10	2,6
	Orta	230	60,5
	İyi	140	36,8
Kardeş Sayısı	1-5	224	58,9
	6 ve üstü	156	41,1
Ailede zihinsel engelli çocuğa sahip olma durumu	Evet	27	7,1
	Hayır	353	92,9
Zihinsel engelli yakına/tanıdığa sahip olma durumu	Evet	138	36,3
	Hayır	242	63,7
Zihinsel engelli çocuğa bakım verme deneyimi	Evet	112	29,5
	Hayır	268	70,5
Toplam		380	100

Tablo 4.1'e göre; öğrencilerin %69,7'sinin sayıları 1 ile 5 arasında değişen kardeşleri vardır. Öğrencilerin %92,9'unun ailesinde engelli çocuk bulunmamaktadır. Öğrencilerin %63,7'sinin zihinsel engelli bir yakını veya komşusu bulunmamaktadır. Öğrencilerin %70,5'inin zihinsel engelli bir çocuğa bakma deneyimi yoktur.

Tablo 4.2: Hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli çocuğa yönelik bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi
(n = 380).

Öğeler	Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Ort.	S.S.	Değerlendirme
	n	%	n	%	n	%			
Zihinsel engelli çocukların ebeveynleri, diğer ebeveynlerden daha az sert olmalıdır.	323	85,0	37	9,7	20	5,3	1,25	0,618	Düşük
Zihinsel engelli çocuklar, engelli olmayan çocuklar kadar zekidir.	154	40,5	101	26,6	125	32,9	1,86	0,808	Orta
Zihinsel engelli çocuklarla geçinmek genellikle diğer çocuklardan daha kolaydır.	61	16,1	239	62,9	80	21,1	2,47	0,756	Yüksek
Zihinsel engelli çocukların çoğu kendileri için üzülür.	182	47,9	76	20,0	122	32,1	1,72	0,776	Orta
Zihinsel engelli çocuklar herkes gibidir.	222	58,4	111	29,2	47	12,4	1,71	0,891	Orta
Zihinsel engelli çocuklar için özel bir okul olmamalıdır.	162	42,6	174	45,8	44	11,6	2,03	0,941	Orta
Zihinsel engelli çocukların özel topluluklarda yaşaması en iyisi olacaktır.	139	36,6	210	55,3	31	8,2	2,19	0,941	Orta
Zihinsel engelli çocuklara bakmak devletin görevidir.	165	43,4	154	40,5	61	16,1	1,97	0,917	Orta
Zihinsel engelli çocukların engelli olmayan çocuklarla aynı standartları karşılaması beklenmemelidir.	171	45,0	125	32,9	84	22,1	1,88	0,875	Orta
Zihinsel engelli çocuklar, engelli olmayanlar kadar mutludurlar.	143	37,6	108	28,4	129	33,9	1,91	0,809	Orta
Ağır zihinsel engelli çocuklarla geçinmek, hafif zihinsel engelli çocuklardan daha zor değildir.	195	51,3	74	19,5	110	28,9	1,68	0,783	Orta
Zihinsel engelli çocukların normal bir yaşam sürmeleri neredeyse imkansızdır.	118	31,1	196	51,6	66	17,4	2,21	0,887	Orta
Zihinsel engelli çocuklardan çok fazla şey beklememelisiniz.	162	42,6	127	33,4	91	23,9	1,91	0,868	Orta
Zihinsel engelli çocuklar çoğu zaman kendilerini kontrol edemezler.	201	52,9	73	19,2	106	27,9	1,66	0,781	Düşük
Zihinsel engelli çocuklar, engelli olmayan çocuklara göre daha kolay üzülürler.	233	61,3	70	18,4	77	20,3	1,57	0,784	Düşük
Zihinsel engelli çocuklar normal bir sosyal hayata sahip olamazlar.	150	39,5	166	43,7	64	16,8	2,04	0,912	Orta
Zihinsel engelli çocukların çoğu, diğer çocuklar kadar iyi olmadıklarını hissederler.	188	49,5	87	22,9	105	27,6	1,73	0,809	Orta
Zihinsel engelli çocuklarla birlikteyken söylediklerinize dikkat etmelisiniz.	32	8,4	21	5,5	32	8,4	1,19	0,518	Düşük
Zihinsel engelli çocuklar genellikle huysuzdur.	135	35,5	110	28,9	135	35,5	1,93	0,801	Orta

Düşük = (1-1,66), Orta = (1,67-2,32), Yüksek = (2,33-2,98).

Tablo 4.2’de hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli çocuk hakkındaki bilgi düzeyleri verilmiştir. Katılımcıların, “Zihinsel engelli çocukların ebeveynleri, diğer ebeveynlerden daha az sert olmalıdır.” (1,25±0,618), “Zihinsel engelli çocuklar çoğu zaman kendilerini kontrol edemezler.” (1,66±0,781), “Zihinsel engelli çocuklar, engelli olmayan çocuklara göre daha kolay üzülmürler.” (1,57±0,784) ve “Zihinsel engelli çocuklarla birlikte söylenediklerinize dikkat etmelisiniz.” (1,19±0,518) içerikli ifadelerde düşük düzeyde bilgi sahibi oldukları görülmüştür.

Tablo 4.3: Hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli çocuklara ilişkin algılarının değerlendirilmesi (n= 380).

	Bilgi Durumu						Ort.	S.S.	Değerlendirme
	Düşük		Orta		Yüksek				
	n	%	n	%	n	%			
Zihinsel Engelli Çocuğa Yönelik Genel Bilgi Puanı	74	19,5	297	78,2	9	2,4	1,83	0,251	Orta

Düşük = (1-1,66), Orta = (1,67-2,32), Yüksek = (2,33-2,98).

Hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli çocuğa yönelik genel bilgi puanı değerlendirilmesinin “orta” düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4: Hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli çocuklara yönelik bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ile demografik verileri arasındaki ilişki (n = 380).

Özellikler	Bilgi Durumu			Ki-Kare Testleri	
	Düşük	Orta	Yüksek	X ²	P değeri
	n (%)	n (%)	n (%)		
Yaş					
18-24	61 (19,42)	247 (78,66)	6 (1,91)	17	0,009
25-30	9 (18,75)	38 (79,16)	1 (2,08)		
31-36	3 (33,33)	6 (66,66)	0 (0)		
37-42	9 (52,94)	6 (35,29)	2 (11,76)		
Cinsiyet					
Erkek	29 (23,2)	92 (73,6)	4 (3,2)	2,3	0,306
Kadın	45 (17,64)	205 (80,39)	5 (1,96)		
Medeni Durum					
Evli	11 (21,1)	39 (75)	2 (3,84)	0,7	0,698
Bekâr	63 (19,20)	258 (78,65)	7 (2,13)		
Sınıf					
Birinci sınıf	15 (16,85)	72 (80,89)	2 (2,24)	4,2	0,649
İkinci sınıf	26 (22,60)	86 (74,78)	3 (2,60)		
Üçüncü sınıf	21 (23,86)	65 (73,86)	2 (2,27)		
Dördüncü Sınıf	12 (13,63)	74 (84,09)	2 (2,27)		
Aile Yapısı					
Çekirdek Aile	50 (17,42)	230 (80,13)	7 (2,43)	3,1	0,207
Geleneksel Aile	24 (25,80)	67 (72,04)	2 (2,15)		
İkamet Yeri					
İl merkezi	67 (20,74)	248 (76,78)	8 (2,47)	2,4	0,299
İlçe-köy	7 (12,28)	49 (85,96)	1 (1,75)		
Ekonomik durum					
Kötü	24 (17,14)	115 (82,14)	1 (0,71)	6,4	0,170
Orta	46 (20)	176 (76,52)	8 (3,47)		
İyi	4 (40)	6 (60)	0 (0)		
Kardeş Sayısı					
1-5	46 (20,53)	172 (76,78)	6 (2,67)	0,6	0,716
6 ve üstü	28 (17,94)	125 (80,12)	3 (1,92)		
Ailede zihinsel engelli çocuğa sahip olma durumu					
Evet	8 (29,62)	19 (70,37)	0 (0)	2,4	0,293
Hayır	66 (18,69)	278 (78,75)	9 (2,54)		
Zihinsel engelli yakına/tanıdığına sahip olma durumu					
Evet	22 (15,94)	113 (81,88)	3 (2,17)	1,8	0,405
Hayır	52 (21,48)	184 (76,03)	6 (2,47)		
Zihinsel engelli çocuğa bakım verme deneyimi					
Evet	25 (22,32)	83 (74,10)	4 (3,57)	1,9	0,374
Hayır	49 (18,28)	214 (79,85)	5 (1,86)		

Tablo 4.4'te hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli çocuklar hakkındaki bilgilerinin sosyo-demografik verilere göre dağılımı gösterilmektedir. Hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli

çocuğa ilişkin bilgi puan ortalaması ile öğrencilerin yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p \leq 0,009$). Hemşirelik öğrencilerinin yaşlarına yönelik yapılan analizde 18-24 yaş grubunda olanların zihinsel engelliliğe yönelik bilgi düzeylerinin, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak diğer değişkenlerle hemşirelik öğrencilerinin bilgi düzeyleri ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,050$).

Tablo 4.5: Hemşirelik öğrencilerinin öz merhamet düzeyleri ve alt boyut puanları.

	X±SD	Medyan (Min-Maks)	Cronbach-alfa
Öz merhamet	18,38±3,60	19 (5-25)	0,710
Öz-Yönetim	15,04±3,38	15 (5-25)	0,554
Ortak İnsanlık	27,83±4,07	28 (4-20)	0,641
İzolasyon	13,21±2,79	13 (4-20)	0,512
Uyanıklık	14,76±2,63	15 (4-20)	0,637
Aşırı Tanımlama	11,94±2,96	12 (4-20)	0,538
Toplam	101,18±12,02	101 (30-130)	0,738

Hemşirelik öğrencilerinin öz merhamet düzeyleri toplam puanları 30 ile 130 arasında değişmekte olup, puan ortalaması 101,18±12,02'dir. Ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamaları ise; Öz-merhamet 18,38±3,60, Öz-yönetim 15,04±3,38, Ortak İnsanlık 27,83±4,07, İzolasyon 13,21±2,79, Uyanıklık 14,76±2,63 ve Aşırı Tanımlama 11,94±2,96'dir (Tablo 4.5).

Tablo 4.6: Hemşirelik öğrencilerinin öz-merhamet düzeylerinin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları (n = 380).

Özellikler	Öz Merhamet		Öz-Yönetim		Ortak İnsanlık		İzolasyon		Uyanıklık		Aşırı Tanımlama		Toplam	
	x±sd	Medyan (Min-Maks)	x±sd	Medyan (Min-Maks)	x±sd	Medyan (Min-Maks)	x±sd	Medyan (Min-Maks)	x±sd	Medyan (Min-Maks)	x±sd	Medyan (Min-Maks)	x±sd	Medyan (Min-Maks)
Yaş														
18-24	18.54±3.59	19 (5-25)	15.13±3.49	15(5-25)	28.20±3.1	28(8-38)	13.42±2.76	14(4-20)	14.80±2.64	15(4 -20)	12.10±2.95	12(4 -20)	102.18±11.5	102(30-139)
25-30	17.48±3.80	19(6- 24)	14.31 ±2.83	14(8- 21)	25.54±4.54	26(11-34)	11.94±2.84	12(5-18)	14.40±2.80	15(6 -20)	10.90 ±2.82	11(5- 18)	94.56±13.93	97(41- 119)
31-36	17.44±2.65	18(12-21)	15.89 ±2.42	16(12- 20)	27.11±4.17	29(21-32)	13.11±2.76	13(9-16)	14.67±1.94	16(12- 17)	11.78 ±3.35	11(8- 17)	100.00±11.95	99(84- 118)
37-42	18.78±3.73	20(12-25)	15.22 ±2.99	15(10- 20)	28.22±3.56	29(22- 32)	12.89±2.42	13(8- 16)	15.89±2.09	16(12 -19)	12.11 ±3.14	11(8- 16)	103.11±14.98	103(74- 120)
Test İstatistiği	KW= 4.154 p= 0.245		KW=3.213 p= 0.359		KW=16.615 p= 0.001		KW= 11.983 p= 0.007		KW= 3.298 p= 0.348		KW= 8.416 p= 0.038		KW= 14.389 p= 0.002	
Cinsiyet														
Erkek	18.03±3.56	19(5-25)	14.82±3.50	15(5- 24)	27.14±4.64	28(8- 38)	12.86±2.80	13(4-19)	14.97±2.77	15(4- 20)	11.61±3.08	11(4-20)	99.42±14.22	100(30-139)
Kadın	18.55±3.63	19(5-25)	15.16±3.32	15(6- 25)	28.18±3.73	28(8- 37)	13.39±2.78	14(4- 20)	14.67±2.56	15(6- 20)	12.11±2.90	12(4-19)	102.05±10.71	103(36-131)
Test İstatistiği	Z= 1.554 p= 0.120		Z= 0.933 p= 0.351		Z= 1.724 p= 0.085		Z= 1.750 p= 0.080		Z= 1.153 p= 0.249		Z= 2.033 p= 0.042		Z= 1.694 p= 0.090	
Medeni Durum														
Evli	18.15±3.41	19(9-25)	15.15±2.88	14(10-22)	27.62±4.22	28(14-36)	12.83±2.65	12(7-18)	14.98±2.44	15(10-20)	11.40-2.80	11(7-17)	100.13±11.98	99(73-122)
Bekâr	17.24±3.92	18(6-23)	15.49±3.63	15(5-24)	28.27±3.86	29(14-35)	13.34±2.93	13(6-19)	13.7±2.53	14(6-18)	12.06±3.48	12(6-20)	100.21±12.21	251(49-127)
Test İstatistiği	KW= 4.355 p= 0.113		KW= 0.577 p= 0.749		KW= 1.354 p= 0.508		KW= 1.600 p= 0.449		KW= 7.501 p= 0.024		KW= 2.651 p= 0.266		KW= 0.907 p= 0.636	
Sınıf														
Birinci sınıf	19.02±3.68	19(5-25)	15.24±3.42	15(8-25)	28.51±3.64	29(20-37)	13.22±2.83	14(5-19)	14.61±2.93	15(6-20)	12.51±2.76	12(6-18)	103.10±9.12	104(79-123)
İkinci sınıf	18.36±3.65	19(6-25)	15.30±3.29	15(7-24)	28.10±4.05	28(11-37)	13.65±2.76	14(5-20)	15.11±2.46	16(6-20)	11.92±2.96	12(5-20)	102.44±12.8	103(41-131)
Üçüncü sınıf	18.25±3.25	19(5-25)	14.81±3.59	15(5-24)	27.28±4.30	27(8-38)	12.92±2.95	13(4-20)	14.73±2.82	15(4-20)	11.60±3.00	11(4-19)	99.59±12.79	101(30-128)
Dördüncü Sınıf	17.90±3.78	18(6-25)	14.75±3.27	14(6-23)	27.39±4.21	28(8-38)	12.92±2.61	13(4-18)	14.52±2.32	14(8-20)	11.74±3.09	12(4-20)	99.22±13.36	99(36-139)
Test İstatistiği	KW= 5.441 p= 0.142		KW= 1.848 p= 0.605		KW= 5.454 p= 0.141		KW= 4.923 p= 0.178		KW= 4.757 p= 0.190		KW= 5.475 p= 0.140		KW= 7.469 p= 0.058	
Aile Yapısı														
Çekirdek Aile	17.57±3.93	18(8-24)	14.79±3.79	15(8-21)	28.02±4.02	28(14-36)	13.67±2.84	14(6-19)	14.68±2.38	15(7-19)	12.37±2.67	13(6-18)	101.11±12.6	103(49-128)
Geleneksel Aile	18.11±3.83	19(5-25)	14.98±3.95	15(5-25)	28.05±4.26	28(11-38)	13.33±2.91	14(5-19)	14.81±2.54	15(6-20)	11.55±3.08	11(5-19)	100.83±12.9	101(41-128)
Test İstatistiği	KW= 3.269 p= 0.195		KW= 0.453 p= 0.797		KW= 0.518 p= 0.772		KW= 2.500 p= 0.287		KW= 0.083 p= 0.959		KW= 4.321 p= 0.115		KW= 0.405 p= 0.817	

Tablo 4.6 (devam): Hemşirelik öğrencilerinin öz-merhamet düzeylerinin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları (n = 380).

Özellikler	Öz Merhamet		Öz-Yönetim		Ortak İnsanlık		İzolasyon		Uyanklık		Aşırı Tanımlama		Toplam	
	x±sd	Medyan (Min-Maks)	x±sd	Medyan (Min-Maks)	x±sd	Medyan (Min-Maks)	x±sd	Medyan (Min-Maks)	x±sd	Medyan (Min-Maks)	x±sd	Medyan (Min-Maks)	x±sd	Medyan (Min-Maks)
İkamet Yeri														
İl merkezi	18.35±3.65	19(5-25)	14.98±3.44	15(5-25)	27.78±4.08	28(8-38)	13.19±2.79	13(4-20)	14.70±2.62	15(4-20)	12.07 ±2.96	12(4-20)	101.07±12.3	101(30-139)
İlçe-köy	18.58±3.38	19(6-25)	15.40-3.02	16(8-20)	28.16±4.06	28(11-36)	13.33±2.84	14(5- 19)	15.14±2.70	16(6-20)	11.25- 2.87	11(5-17)	101.86±12.06	102(41-120)
Test İstatistiği	KW= 0.293	p=0.588	KW= 1.468	p=0.226	KW= 0.841	p=0.359	KW= 0.373	p=0.542	KW= 2.402	p= 0.121	KW= 3.804	p= 0.051	KW= 0.475	p= 0.491
Ekonomik Durum														
Kötü	18.44±3.47	19(7-25)	15.05±3.29	15(5-23)	27.89±3.65	28(19-37)	13.10±2.73	13(5-20)	14.68±2.76	15(6-20)	11.96±2.70	12(6-18)	101.12±9.98	102(73-131)
Orta	18.31±3.73	19(5-25)	15.05±3.48	15(5-25)	27.76±4.35	28(8-38)	13.26±2.87	14(4-19)	14.81±2.59	15(4-20)	11.90±3.16	12(4-20)	101.09±13.22	101(30-139)
İyi	19.30±2.50	19(15-23)	14.90±2.38	14(12-19)	28.90±3.14	28(24-34)	13.70±2.00	12(12-16)	15.00±1.89	15(12-18)	12.60±1.58	12(11-16)	104.40±9.70	103(90-117)
Test İstatistiği	KW= 0.560	p=0.756	KW= 0.055	p=0.973	KW= 0.525	p=0.769	KW= 1.478	p=0.478	KW= 0.366	p=0.833	KW= 0.797	p=0.671	KW= 0.643	p= 0.725
Kardeş Sayısı														
1-5	18.06±3.95	19(5-25)	15.12±3.52	15(5-25)	27.79±4.49	28(8-38)	13.14±2.95	13(4-20)	14.66±2.71	15(4-20)	11.96±3.02	12(4-20)	100.71±13.09	101(30-139)
6 ve üstü	19.19±2.79	19(12-24)	15.44±2.89	15(10-22)	28.91±3.36	29(21-36)	13.98±2.19	14(10-18)	15.50±2.35	16(9-20)	12.74±2.52	13(8-18)	105.40±10.77	105(78-123)
Test İstatistiği	KW= 2.737	p=0.254	KW= 1.280	p=0.527	KW= 3.003	p=0.223	KW= 2.689	p=0.261	KW= 2.707	p=0.258	KW= 0.953	p=0.621	KW= 3.918	p=0.141
Ailede Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Olma Durumu														
Evet	19.37±2.62	20(13-24)	15.15±3.27	15(10-22)	28.81±3.63	29(22-35)	13.30±2.41	13(10-18)	14.74±2.92	16(6-19)	12.41±3.00	12(8-18)	103.78±10.18	105(80-122)
Hayır	18.31±3.66	19(5-25)	15.04±3.40	15(5-25)	27.76±4.10	28(8-38)	13.21±2.82	13(4-20)	14.77±2.61	15(4-20)	11.91±2.96	12(4-20)	100.99±12.14	101(30-139)
Test İstatistiği	KW= 1.674	p=0.196	KW= 0.102	p=0.749	KW= 1.838	p=0.175	KW= 0.001	p=0.976	KW= 0.058	p=0.810	KW= 0.408	p=0.523	KW= 1.411	p=0.235
Zihinsel Engelli Yakına/Tanıdığa Sahip Olma Durumu														
Evet	18.17±3.60	19(5-25)	15.80±3.58	15(7-25)	28.62±3.65	29(19-38)	13.62±2.60	14(8-20)	14.98±2.51	15(6-20)	12.17±2.99	12(6-19)	103.36±10.81	104(67-128)
Hayır	18.50±3.61	19(5-25)	14.62±3.19	14(5-24)	27.40±4.24	28(8-38)	12.98±2.88	13(4-20)	14.65±2.70	15(4-20)	11.81±2.94	12(4-20)	99.95±12.52	100(30-139)
Test İstatistiği	KW= 0.755	p=0.385	KW= 9.864	p=0.002	KW= 8.484	p=0.004	KW= 5.199	p=0.023	KW= 1.440	p=0.230	KW= 0.859	p=0.354	KW= 8.977	p=0.003
Zihinsel Engelli Çocuğa Bakım Verme Deneyimi														
Evet	18.63±3.29	19(7-25)	15.28±3.57	15(5-24)	28.46±3.75	29(19-38)	13.29±2.68	13(8-20)	15.05±2.71	16(6-20)	11.80±2.80	11(6-19)	102.52±10.96	103(67-131)
Hayır	18.28±3.37	19(5-25)	14.95±3.30	15(5-25)	27.58±4.18	28(8-38)	13.18±2.85	13(4-20)	14.65±2.60	15(4-20)	12.00±2.03	12(4-20)	100.63±12.42	101(30-139)
Test İstatistiği	KW= 0.335	p=0.563	KW= 1.119	p=0.290	KW= 3.931	p=0.047	KW= 0.023	p=0.880	KW= 2.813	p=0.093	KW= 0.650	p=0.420	KW=1.327	p=0.249

Öz-Merhamet Ölçeği toplam puanlarının, hemşirelik öğrencilerinin yaş ve zihinsel engelli yakına/tanıdığına sahip olma durumu ile istatistiksel olarak önemli fark yarattığı saptanmıştır (Tablo 4.6).

Hemşirelik öğrencilerinin yaş değişkeni incelendiğinde, yaş ile ortak insanlık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p=0,001$), 31-37 yaşlarındaki öğrencilerin ortak insanlık ortanca puanının daha yüksek olduğu, yaş ile izolasyon puanı arasında istatistiksel izolasyon bir fark olduğu ($p=0,007$), 18-24 yaşlarındaki öğrencilerin izolasyon ortanca puanının daha yüksek olduğu, yaş ile aşırı tanımlama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p=0,038$), 18-24 yaşlarındaki öğrencilerin aşırı tanımlama ortanca puanının daha yüksek olduğu ve yaşlar arası farkın önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Hemşirelik öğrencilerinin cinsiyet değişkeni incelendiğinde, cinsiyet ile aşırı tanımlama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p=0,042$), kadın öğrencilerin aşırı tanımlama ortanca puanının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.6).

Hemşirelik öğrencilerinin medeni durum değişkeni incelendiğinde, medeni durum ile uyanıklık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p=0,024$), bekâr öğrencilerin uyanıklık ortanca puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Zihinsel engelli yakına/tanıdığına sahip olma durumu değişkenine ilişkin yapılan değerlendirmelerde; zihinsel engelli yakına/tanıdığına sahip olma durumu ile öz-yönetim ($p=0,002$), ortak insanlık ($p=0,004$), izolasyon ($p=0,023$) alt boyutları ve öz-merhamet ölçeği toplam ($p=0,003$) ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Zihinsel engelli çocuğa sahip bir yakını veya tanıdığı olan öğrencilerin öz-merhamet ölçeği toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli çocuğa bakım verme deneyimi değerlendirildiğinde sadece ortak insanlık alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p=0,047$), zihinsel engelli bir çocuğa bakım verme deneyimi olan öğrencilerin öz-merhamet ölçeği toplam puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.6).

5. TARTIŞMA

Hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli çocuklara yönelik bilgilerini ve öz-merhamet düzeylerini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada katılımcıların çoğunluğunun 18-21 yaş aralığında olduğu, %67,1'inin kadın olduğu, %83,7'sinin bekâr ve %30,3'ünün ikinci sınıfta olduğu görülmüştür. Araştırmada öğrencilerin %72,9'u çekirdek aile yapısına sahiptir. Öğrencilerin hem üniversitelerinin bulunduğu hem de hayatlarının büyük bir bölümünü geçirdiği yer olan Al-Divaniye şehri kültürel olarak ataerkil ve geniş aile yapısına sahip olmasına karşın, Irak'ta yaşanan sosyoekonomik dönüşümün bir sonucu olarak aile yapısının geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına doğru kaymasının doğal bir sonucu öğrencilerin çoğunluğunun çekirdek aileye sahip oldukları söylenebilir. Araştırma öğrencilerin ekonomik durumunun %60,5'inin orta düzeyde olduğunu, %92,9 gibi büyük bir çoğunluğunun ailesinde zihinsel engelli bir çocuk olmadığını, %63,7'sinin çocukluğunda zihinsel engelli bir arkadaşına sahip olmadığını ve %70,5'inin ise zihinsel engelli bir çocuğa bakım vermediğini göstermiştir. Bu bulgular Faraj ve ark. (2014) tarafından yapılan ve öğrencilerin %98'inin ailesinde zihinsel engelli bir çocuk olmadığı, %95'inin çocukluğunda zihinsel engelli bir arkadaşına sahip olmadığı ve %85'inin zihinsel engelli bir çocukla ilgilenme deneyimine daha az sahip olduğu bulgularını ortaya koyan çalışma ile tutarlıdır (141).

Hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli çocuk hakkındaki bilgi düzeyinin genel değerlendirilmesine bakıldığında orta düzeyde bir bilişsel farkındalığa sahip oldukları görülmektedir (Tablo 4.2 ve Tablo 4.3). Bu durumun, Irak'ta hemşirelik öğrencilerinin eğitimleri esnasında zihinsel engelli bireylere yönelik planlanmış spesifik bir ders almamaları, bazı dersler içinde de yeterince üzerinde durulmamasının yol açtığı düşünülebilir. Literatüre bakıldığında Faraj ve ark (2014)'nın Bağdat'ta hemşirelik öğrencileri ile yaptığı bir çalışmada öğrencilerin %68,7'sinin zihinsel engelli çocuklara yönelik orta düzeyde bilişsel farkındalığa sahip olduğu tespit edilmiştir (141). Buna ek olarak, Türkiye'de hemşirelik öğrencilerinden oluşan bir örnekleme Sarı ve ark (2016) tarafından yapılan çalışmada hemşirelik öğrencileri engelli bireylere yönelik genel olarak ılımlı bir tutum bildirmiştir (142). Tervo ve ark (2004) ise hemşirelik öğrencilerinin engelli bireylere karşı daha olumlu bir tutum sergilediklerini bildirmişlerdir (143). Literatürde hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli bireylere yönelik bilişsel farkındalıklarının düşük olduğu (144) ve çok daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (145). Bu durumun hemşirelik eğitimi içinde yer alan zihinsel engelli çocuklara yönelik müfredatla ilgili olduğu, aynı zamanda hemşirelik öğrencilerinin toplumun

bir parçası olduğu düşünülürken içinde yer aldıkları, yetiştikleri kültürel bakış açısı ile ilgili olduğu da söylenebilir.

Araştırmada katılımcıların, “Zihinsel engelli çocukların ebeveynleri, diğer ebeveynlerden daha az sert olmalıdır.”, “Zihinsel engelli çocuklar çoğu zaman kendilerini kontrol edemezler.”, “Zihinsel engelli çocuklar, engelli olmayan çocuklara göre daha kolay üzülürler.” ve “Zihinsel engelli çocuklarla birlikte söylenirken dikkat etmelisiniz.” içerikli ifadelerde düşük düzeyde bilgi sahibi oldukları görülmüştür. Al-Saeedi ve arkadaşlarının (2020), hemşireler arasında engelli bireylere yönelik bilişsel farkındalık derecesinin çalışmamızla benzer ifadelerde düşük olduğu görülmektedir (144). Toplumda zihinsel engelli bireylere yönelik varolan ve çoğunluğun sorgulamadan kabul ettiği strotipi, mit ve etiketlerin toplumun her bireyini derinden etkilediği açıktır. Bu derin etkinin değişebilmesi için hemşirelerin aldığı mesleki eğitimin sorgulayıcı ve dönüştürücü yapıda olması gereklidir. Bu da hemşirelik öğrencilerinin daha özelleşmiş olarak engelli bireylere yönelik yetiştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin normatif sorgulamalar yapmadığı bir eğitim ortamına sahip olduğu, engelli bireylere yönelik bilgi, inanç ve tutumlarının değişiminin yeterince sağlanamadığı düşünülebilir.

Çalışmamız hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli çocuklar hakkındaki bilgi düzeyleri ile yaşları arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Bu bulgunun öğrencilerin bilgi düzeyleri ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki bulan Uysal ve ark. (2014) tarafından (146) ve öğrencilerin bilişsel farkındalıkları ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki bulan Yuker ve ark. (1986) tarafından da benzer şekilde olduğu görülmektedir (147). Çalışmamızda, yaşın öğrencilerin engelli çocuklara yönelik tutumlarını etkileyen önemli bir değişken olduğu ve 18-21 yaş aralığındaki öğrencilerin 22 yaş ve üzerindeki öğrencilere kıyasla daha olumlu bir tutum içinde oldukları tespit edilmiştir. Öğrencilerin yaşları ilerledikçe engelli çocuklara karşı daha olumlu bir tutum sergilemeleri beklenirken, çalışmamızda tam tersi bir sonuç ortaya çıkmıştır. Bir başka deyişle hemşirelerin yaşı arttıkça, verdikleri doğru cevaplar da azalmıştır, yani bilgi düzeyi yaşla birlikte azalmıştır. Öğrenci yaşları incelendiğinde 25 yaşından 42 yaşına kadar değişen aralıktaki grubun puanlarının daha düşük olduğu dikkat çekicidir. Bu durumun ülkenin yaşadığı savaş gibi travmatik olaylarla, yaşanan savaşın dolaylı etkisinin eğitim faaliyetlerine yansımalarıyla (148), eğitim yıllarında geçen sürenin artması ya da öğrencilik sürecinin uzaması ile tükenmişliğin yaşanmasıyla, yine hastane uygulamalarında yaş arttıkça yaşanan olumsuz deneyimlerin de artmasıyla ve kişisel becerilerle ilgili olduğu söylenebilir.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre hemşirelik öğrencilerinin öz-merhamet ölçeği toplam puan ortalaması $101,18 \pm 12,02$ (30-130) olup, yüksek düzeyde bir öz-merhamete sahip oldukları saptanmış ve Irak'lı hemşirelik öğrencilerinin genel olarak kendilerine ılımlı bir öz-merhamet gösterdikleri bulunmuştur. Türkiye'deki hemşirelik öğrencilerinde Hiçdurmaz ve ark. (2017) tarafından orta düzeyde öz-merhamet bildirilirken (149), Neff ve ark. (2008) tarafından Amerika Birleşik Devletleri ve Tayvan'daki öğrencilerle yapılan çalışmada ise daha zayıf düzeyde öz-merhamete sahip oldukları saptanmıştır (150). Al-Abdulaziz ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan ve Suudi hemşirelik öğrencilerinin öz-merhamet düzeylerinin incelendiği çalışmada ise orta düzeyde öz-merhamete sahip oldukları görülmüştür (12). Öz-merhametli bireyler, hayatın zorlukları ile karşılaştıklarında daha sağlıklı ve işlevsel tepkiler ortaya koyabilmektedir (150). Öz-merhametin zorlayıcı ve acı verici durumlara karşı koruyucu bir özellik taşıdığı ve öz-merhamet sayesinde bireyin psikolojik ve sosyal açıdan sağlıklı bir gelişim içinde bulunabileceği düşünüldüğünde bu sonucun geleceğin hemşireleri olan öğrenci hemşireler için olumlu bir sonuç olduğu söylenebilir.

Hemşirelik öğrencilerinin yaş değişkeni incelendiğinde, yaş ile ortak insanlık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,001$), 31-37 yaşlardaki öğrencilerin ortak insanlık ortanca puanının daha yüksek olduğu, yaş ile izolasyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,007$), 18-24 yaşlardaki öğrencilerin izolasyon ortanca puanının daha yüksek olduğu, yaş ile aşırı tanımlama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,038$), 18-24 yaşlardaki öğrencilerin aşırı tanımlama ortanca puanının daha yüksek olduğu ve yaşlar arası farkın önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Al-Abdulaziz ve ark. (2020) tarafından yapılan çalışmada da araştırmamızla benzer şekilde yaş ile öz-merhamet arasında pozitif bir korelasyon olduğu bildirilmiştir (13). Yine araştırmamızın bulguları yaş ve öz-merhamet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamayan Kiribayashi ve ark. (2021)'nin çalışması ile farklılık göstermektedir (151). Araştırmada 31 ve üstü yaşta olan öğrenci hemşirelerin öz-merhamet puanlarının, 30 yaş ve altındakilerden daha yüksek olduğu ve yaş arttıkça, öz-merhametin de arttığı görülmektedir. Gelişim dönemleri düşünüldüğünde yetişkinlik çağı olarak adlandırılan bu dönemde bireylerin yaş aldıkça deneyimlerinin arttığı, bu deneyimler ile olgunlaştığı, yaşam ve kendinden daha gerçekçi beklentilere girdiği, pek çok zorlayıcı durumla karşı karşıya kalarak olaylara, kişilere ve deneyimlere bakış açısının değişebildiği düşünüldüğünde, bu sonucun beklendiği bir sonuç olduğu söylenebilir.

Hemşirelik öğrencilerinin cinsiyet değişkeni ile aşırı tanımlama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,042$), kadın öğrencilerin aşırı tanımlama ortanca puanının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.6). Ayrıca, kadın öğrenciler erkek öğrencilere göre daha yüksek öz-merhamete sahiptir. Almazan ve ark (2019) yaptıkları çalışmada kadınlar erkeklere kıyasla daha fazla merhamet göstermiş ve bu durum iyi kalplilik, nezaket ve duygusal sıcaklık besleme özelliklerinin daha yüksek olması ile açıklanmıştır (152). Ancak, Phillips ve Ferguson'un (2013) çalışmasında ise cinsiyetin öz-merhamet düzeyi üzerinde önemli bir fark yaratmadığı görülmüştür (153). Hemşirelik öğrencilerinin medeni durum değişkeni incelendiğinde, medeni durum ile uyanıklık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,024$), bekâr öğrencilerin uyanıklık ortanca puanının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ramadan ve ark. (2020) tarafından yapılan çalışmada ise medeni durum ile öz-merhamet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (154). Araştırmamıza katılan evli öğrencilerin evlilik ve öğrencilik sorumluluklarını birlikte yürütmesi, evlilikle birlikte gelen rol ve sorumluluklardaki artışa paralel olarak stres düzeylerinin ve problemlerinin daha fazla olmasına, bu durumun da yaşama/kendilerine yönelik farkındalık ve uyanıklık düzeylerini olumsuz etkilemesine bağlı olduğu çıkarılabilir.

Zihinsel engelli yakına/tanıdığa sahip olma durumu değişkeni ile öz-yönetim, ortak insanlık, izolasyon alt boyutları ve öz-merhamet ölçeği toplam ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Zihinsel engelli çocuğa sahip bir yakını veya tanıdığı olan öğrencilerin öz-merhamet ölçeği toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Geçkil ve ark. (2017) tarafından (155) ve Ten Klooster ve ark. (2009) tarafından (156) engelli bir çocuğa sahip bir arkadaş ya da akrabaya sahip olma ile öğrencilerin öz-merhamet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya koyulmuştur. Bu çalışmalarda öğrenciler tarafından sahip olunan düşük öz-merhametin kendini sert bir şekilde yargılama, başarısızlıklarında yalnız hissetme ve olumsuz duygulardan kaçma gibi yüksek düzeyde olumsuz benlikle ilgili değerlendirmelerden kaynaklandığı öne sürülmektedir (155, 156). Engelli bir yakına/tanıdığa sahip olma, durumu dışardan gözlemlene ve daha objektif çıkarımlar yapmaya yol açabilmektedir. Engelli çocukların ve ailelerinin yaşanan kayıplar, damgalama ve hastalık kaynaklı sorunlar nedeniyle daha zorlu bir yaşamları vardır ve bir yakın/tanıdık konumu ile bu yaşananları dışardan gözlemlene fırsatı bulmanın, duruma daha incelikli bakabilmeyi ve empati geliştirmeyi kolaylaştırdığı söylenebilir.

Hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli çocuğa bakım verme deneyimi değerlendirildiğinde sadece ortak insanlık alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir.

Zihinsel engelli bir çocuğa bakım verme deneyimi olan öğrencilerin öz-merhamet ölçęđi toplam puanlarının daha yüksek olduğu da dikkat çekmektedir. Hamaideh ve Mudallah (2009) tarafından yapılan çalışmada hemşirelik öğrencilerinin engelli bir çocukla temas etmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (157). “Ortak insanlık; acının insan deneyiminin bir parçası olduğunu ve herkesi etkilediğini kabul etmektir.” olarak açıklanmıştır. Engelli çocuklara bakım verme deneyiminin, bireylerin taşıdığı engelli bireylere yönelik mit ve stereotiplere çelişki geliştirmelerine, ızdırap ve acılarına şahit/ortak olmalarına, acının evrenselliğini ve herkesin başına gelebilen bir deneyim olduğunu farketmelerine yardımcı olmuş olabilir. Bu doğrultuda hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli çocuklarla bakım verme yoluyla temasları ile öz-merhamet düzeylerinin yükselmesinin mümkün olabileceği söylenebilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma ile aşağıdaki sonuçlar elde edilmiş ve bu doğrultuda önerilerde bulunulmuştur.

Sonuçlar:

- Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin zihinsel engelli çocuklara yönelik bilgi düzeylerinin orta, öz-merhamet düzeylerinin ise yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Araştırmanın sonucunda öğrencilerin yaşları ile zihinsel engelli çocuğa yönelik bilgileri ve öz-merhamet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.
- Araştırmada 18-24 yaş aralığındaki öğrencilerin diğer yaş gruplarına göre daha yüksek oranda ortak bir insanlığa, izolasyona ve aşırı tanınırlığa sahip oldukları; kadın öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha yüksek derecede aşırı tanımlama yaptıkları; bekar öğrencilerin evli öğrencilere göre daha yüksek bir uyanıklığa sahip olduğu bulunmuştur.
- Araştırmada zihinsel engelli bir yakını ya da tanıdığı olan öğrencilerin öz yönetim, ortak insanlık ve izolasyona daha yüksek düzeyde sahip oldukları; zihinsel engelli bir çocuğa bakma deneyiminin ortak insanlık düzeyini etkilediği saptanmıştır.

Öneriler:

- Hemşirelik temel eğitim müfredatları, engelli bireylere yönelik bilgi düzeylerini geliştirmek için dersler eklenebilir.
- 25 yaş üstündeki öğrencilerin engelli bireylere yönelik bilgi, inanç ve tutumlarını olumlu yönde değiştirmeyi hedefleyen eğitimler planlanabilir.
- 30 yaş altındaki öğrencilere yönelik öz-merhamet düzeyini artırmaya yönelik eğitimler verilebilir.
- Hemşirelik uygulamaları esnasında öğrencilerin engelli bireylere bakım verdiği deneyimlerin artması sağlanabilir ya da bu deneyimin yerine geçebilecek rol-play uygulamaları yapılabilir.
- Hemşirelik öğrencilerinde engelli bireylere yönelik bilgi, inanç ve tutumların değişikliğini ölçen (deneysel) ya da daha iyi anlaşılmasını sağlayan (niteliksel) ileri düzey çalışmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Fagan JF, Holland CR, Wheeler K. The prediction, from infancy, of adult IQ and achievement. *Intelligence*. 2007; 35(3): 225-31.
2. Jenni OG, Chaouch A, Caflisch J, Rousson V. Correlations between motor and intellectual functions in normally developing children between 7 and 18 years. *Developmental neuropsychology*. 2013; 38(2): 98-113.
3. Guralnick MJ. Early intervention for children with intellectual disabilities: Current knowledge and future prospects. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2005; 18(4): 313-24.
4. Fisher MH, Hodapp RM, Dykens EM. Child abuse among children with disabilities: What we know and what we need to know. *International review of research in mental retardation*. 2008; 35: 251-89.
5. Al-Obaidi A, Budosan B. Mainstreaming educational opportunities for physically and mentally disabled children and adolescents in Iraq. *Advances in School Mental Health Promotion*. 2011; 4(1): 35-43.
6. Alotaibi D. Teachers attitudes toward inclusion of students with disabilities in Saudi Arabia [Doctoral Thesis]. Washington: Howard University; 2022; 16(5):55-36.
7. MacArthur J, Brown M, McKechnie A, Mack S, Hayes M, Fletcher J. Making reasonable and achievable adjustments: the contributions of learning disability liaison nurses in 'getting it right' for people with learning disabilities receiving general hospitals care. *Journal of Advanced Nursing*. 2015; 71(7): 1552-63.
8. Spassiani NA, Abou Chacra MS, Selick A, Durbin J, Lunsy Y. Emergency department nurses' knowledge, skills, and comfort related to caring for patients with intellectual disabilities. *International Emergency Nursing*. 2020; 50(11): 100851.
9. Cervasio K, Fatata-Hall K. Attitudes of nurses toward children with disabilities: the attitudes of nursing students toward children with disabilities: an experimental design. *International Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2013; 1(5): 1-5.

10. Kynoch K, Ramis MA, McArdle A. Experiences and needs of families with a relative admitted to an adult intensive care unit: A systematic review of qualitative studies. *JBIEvidence Synthesis*. 202; 19(7): 1499-554.
11. Ebrahimi H, Hassankhani H, Negarandeh R, Gillespie M, Azizi A. Emotional support for new graduated nurses in clinical setting: A qualitative study. *Journal of Caring Sciences*. 2016; 5(1): 11-21
12. Głębocka A. Stress and dehumanizing behaviors of medical staff toward patients. *Advances in Medicine and Medical Research*. 2019;12(3) 97-104.
13. Alabdulaziz H, Alquwez N, Almazan JU, Albougami A, Alshammari F, Cruz JP. The Self-Compassion Scale Arabic version for baccalaureate nursing students: A validation study. *Nurse Education Today*. 2020; 89(11): 104420.
14. Neff KD. The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*. 2016; 7(1): 264-74.
15. Chana N, Kennedy P, Chessell ZJ. Nursing staffs' emotional well-being and caring behaviours. *Journal of Clinical Nursing*. 2015; 24(19-20): 2835-48.
16. Labrague LJ, De los Santos JA, Tsaras K, Galabay JR, Falguera CC, Rosales RA, Firmo CN. The association of nurse caring behaviours on missed nursing care, adverse patient events and perceived quality of care: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*. 2020; 28(8): 2257-65.
17. Dewar B, Christley Y. A critical analysis of compassion in practice. *Nursing Standard*. 2013; 28(10): 46-50
18. Lee Y, Seomun G. Role of compassion competence among clinical nurses in professional quality of life. *International Nursing Review*. 2016; 63(3): 381-7.
19. Taylan S, Özkan İ, Şahin G. Caring behaviors, moral sensitivity, and emotional intelligence in intensive care nurses: A descriptive study. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2021; 57(2): 734-46.
20. Malekzadeh J, Amouzeshi Z, Mazlom SR. A quasi-experimental study of the effect of teaching Orem's self-care model on nursing students' clinical performance and patient satisfaction. *Nursing Open*. 2018; 5(3): 370-5.

21. Almutairi A, Kawai N, Alharbi A. Faculty members' and administrators' attitudes on integrating students with intellectual disability into postsecondary education. *Exceptionality*. 2021; 29(1): 29-40.
22. Heber RF. Motor task performance of high grade mentally retarded males as a function of the magnitude of incentive. *American Journal of Mental Deficiency*. 1959; 63(4): 667-71.
23. Luckasson R, Borthwick-Duffy S, Buntinx WH, Coulter DL, Craig EM, Reeve A, Schalock RL, Snell ME, Spitalnik DM, Spreat S, Tasse MJ. Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports. American Association on Mental Retardation. 2002; 13(5): 78-45.
24. Beail N. What works for people with mental retardation? Critical commentary on cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapy research. *Mental Retardation*. 2003; 41(6): 468-72.
25. Bruns K. In review: when psychological disorders mask medical disorders: a guide for psychotherapists. *The Journal of Rehabilitation*. 2016 ;82(4): 67-8.
26. Boulet SL, Boyle CA, Schieve LA. Health care use and health and functional impact of developmental disabilities among US children, 1997-2005. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2009; 163(1): 19-26.
27. Almutairi A, Kawai N, Alharbi A. Faculty members' and administrators' attitudes on integrating students with intellectual disability into postsecondary education. *Exceptionality*. 2021; 29(1): 29-40.
28. Daily DK, Ardinger HH, Holmes GE. Identification and evaluation of mental retardation. *American Family Physician*. 2000; 61(4): 1059-67.
29. Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. 22; 386(9995): 743-800.
30. Rey JM, Omigbodun OO. International dissemination of evidence-based practice, open access and the IACAPAP textbook of child and adolescent mental health. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2015; 9(1): 1-6.

31. Lapouse R, Monk MA. An epidemiologic study of behavior characteristics in children. *American Journal of Public Health and the Nations Health*. 1958; 48(9): 1134-44.
32. Verhulst FC, Tiemeier H. Epidemiology of child psychopathology: major milestones. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2015; 24(4): 607-17.
33. Saran A, White H, Kuper H. Evidence and gap map of studies assessing the effectiveness of interventions for people with disabilities in low-and middle-income countries. *Campbell Systematic Reviews*. 2020; 16(1): e1070.
34. Math SB, Srinivasaraju R. Indian Psychiatric epidemiological studies: Learning from the past. *Indian Journal of Psychiatry*. 2010; 52(11): S95-33.
35. Carvalho N, Thacker N, Gupta SS, Salomon JA. More evidence on the impact of India's conditional cash transfer program, Janani Suraksha Yojana: quasi-experimental evaluation of the effects on childhood immunization and other reproductive and child health outcomes. *Plos one*. 2014; 9(10): e109311.
36. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*. 2014; 43(2): 476-93.
37. Srinath S, Girimaji SC. Epidemiology of child and adolescent mental health problems and mental retardation. *Nimhans Journal*. 1999; 17: 355-66.
38. Srinath S, Girimaji SC, Gururaj G, Seshadri S, Subbakrishna DK, Bholá P, Kumar N. Epidemiological study of child & adolescent psychiatric disorders in urban & rural areas of Bangalore, India. *Indian Journal of Medical Research*. 2005; 122(1): 67-79.
39. Dave U, Shetty N, Mehta L. A community genetics approach to population screening in India for mental retardation—a model for developing countries. *Annals of Human Biology*. 2005; 32(2): 195-203.
40. Gourie-Devi M, Gururaj G, Satishchandra P, Subbakrishna DK. Prevalence of neurological disorders in Bangalore, India: a community-based study with a comparison between urban and rural areas. *Neuroepidemiology*. 2004; 23(6): 261-8.

41. Lakhan R, Ekúndayò OT. National sample survey organization survey report: An estimation of prevalence of mental illness and its association with age in India. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*. 2015; 6(01): 51-4.
42. Gaur DR, Vohra AK, Subash S, Khurana H. Prevalence of psychiatric morbidity among 6 to 14 years old children. *Indian Journal of Community Medicine*. 2003; 28(3):133-7.
43. Armatas V. Mental retardation: definitions, etiology, epidemiology and diagnosis. *Journal of Sport and Health Research*. 2009; 1(2): 112-22.
44. Bonnie RJ, Gustafson K. The challenge of implementing Atkins v. Virginia: How legislatures and courts can promote accurate assessments and adjudications of mental retardation in death penalty cases. *University of Richmond Law Review* 2006; 41: 811-825.
45. Badano JL, Mitsuma N, Beales PL, Katsanis N. The ciliopathies: an emerging class of human genetic disorders. *The Annual Review of Genomics and Human Genetics*. 2006; 7: 125-48.
46. Loenarz C, Ge W, Coleman ML, Rose NR, Cooper CD, Klose RJ, et al. PHF8, a gene associated with cleft lip/palate and mental retardation, encodes for an N ϵ -dimethyl lysine demethylase. *Human Molecular Genetics*. 2010; 19(2): 217-22.
47. Sobering AK, Bryant LM, Li D, McGaughran J, Maystadt I, Moortgat S, et al. Variants in PHF8 cause a spectrum of X-linked neurodevelopmental disorders and facial dysmorphism. *Human Genetics and Genomics Advances*. 2022; 3(3): 100102.
48. Leggett V, Jacobs P, Nation K, Scerif G, Bishop DV. Neurocognitive outcomes of individuals with a sex chromosome trisomy: XXX, XYY, or XXY: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2010; 52(2): 119-29.
49. Karam SM, Riegel M, Segal SL, Félix TM, Barros AJ, Santos IS, Matijasevich A, Giugliani R, Black M. Genetic causes of intellectual disability in a birth cohort: A population-based study. *American Journal of Medical Genetics Part A*. 2015; 167(6): 1204-14.
50. Messina MP, D'Angelo AL, Battagliese G, Coriale G, Tarani L, Pichini S, et al. Fetal alcohol spectrum disorders awareness in health professionals: Implications for Psychiatry. *Rivista di Psichiatria*. 2020; 55(2): 79-89.

51. Nestler EJ, Peña CJ, Kundakovic M, Mitchell A, Akbarian S. Epigenetic basis of mental illness. *The Neuroscientist*. 2016; 22(5): 447-63.
52. McNeil Jr DG. In *Raising the World's IQ, the Secret's in the Salt*. New York Times. 2006
53. Wines M. Malnutrition is cheating its survivors, and Africa's future. *The New York Times*. 2006; 28(8):112-98.
54. Brauner CB, Stephens CB. Estimating the prevalence of early childhood serious emotional/behavioral disorders: Challenges and recommendations. *Public Health Reports*. 2006; 121(3): 303-10.
55. Fergusson DM, Horwood JL. The Christchurch Health and Development Study: review of findings on child and adolescent mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001; 35(3): 287-96.
56. Sawyer MG, Reece CE, Sawyer AC, Johnson SE, Lawrence D. Has the prevalence of child and adolescent mental disorders in Australia changed between 1998 and 2013 to 2014. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2018; 57(5): 343-50.
57. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2022; 11(1): 7-20
58. Wagenaar MC, van der Putten AA, Douma JG, van der Schans CP, Waninge A. Definitions, signs, and symptoms of constipation in people with severe or profound intellectual disabilities: A systematic review. *Heliyon*. 2022;55(12): e09479.
59. Guha M. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Reference Reviews. 2014; 28(3): 36-7.
60. Kerker BD, Owens PL, Zigler E, Horwitz SM. Mental health disorders among individuals with mental retardation: challenges to accurate prevalence estimates. *Public Health Reports*. 2004; 119(4): 409-17.
61. Ly TM, Hodapp RM. Maternal attribution of child noncompliance in children with mental retardation: Down syndrome versus other causes. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2002; 23(5): 322-9.

62. Gambrill E. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders as a major form of dehumanization in the modern world. *Research on Social Work Practice*. 2014; 24(1): 13-36.
63. Saad MA, ElAdl AM. Defining and determining intellectual disability (intellectual developmental disorder): insights from DSM-5. *Psycho-Educational Research Reviews*. 2019; 51-4.
64. Schalock RL, Luckasson R, Tassé MJ. An Overview of Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*. 2021; 126(6): 439-42.
65. Shree A, Shukla PC. Intellectual Disability: Definition, classification, causes and characteristics. *Learning Community-An International Journal of Educational and Social Development*. 2016; 7(1): 9-20.
66. Hallahan DP, Pullen PC, Kauffman JM, Badar J. Exceptional learners. In *Oxford Research Encyclopedia of Education* 2020;45(8):221-89.
67. Bana S, Sajedi F, Mirzaie H, Rezasoltani P. The efficacy of cognitive behavioral play therapy on self esteem of children with intellectual disability. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2017; 15(3): 235-42.
68. Ashori M, Yazdanipour M. Investigation of the effectiveness of group play therapy training with cognitive-behavioral approach on the social skills of students with intellectual disability. *Archives of Rehabilitation*. 2018; 19(3): 262-75.
69. Matson JL, Dixon DR, Matson ML, Logan JR. Classifying mental retardation and specific strength and deficit areas in severe and profoundly mentally retarded persons with the Messier. *Research in Developmental Disabilities*. 2005; 26(1): 41-5.
70. Katz G, Lazcano-Ponce E. Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. *Salud pública de México*. 2008; 50(S2): 132-41.
71. Siegel M, McGuire K, Veenstra-VanderWeele J, Stratigos K, King B, Bellonci C, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of psychiatric disorders in children and

- adolescents with intellectual disability (intellectual developmental disorder). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2020; 59(4): 468-96.
72. Leano AJ. Degree of parental support and level of adaptive skills of children with mental retardation. *Research Journal of Educational Sciences*. 2015; 2321: 0508.
73. Mohan R, Kulkarni M. Resilience in parents of children with intellectual disabilities. *Psychology and Developing Societies*. 2018; 30(1): 19-43.
74. Demirel M. Primary School Curriculum for Educable Mentally Retarded Children: A Turkish Case. *Online Submission*. 2010; 7(3): 79-91.
75. Wissing MB, Ulgiati AM, Hobbelen JS, De Deyn PP, Waninge A, Dekker AD. The neglected puzzle of dementia in people with severe/profound intellectual disabilities: A systematic literature review of observable symptoms. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2022; 35(1): 24-45.
76. Bertelli MO. Psychotropic medication for problem behaviours in intellectual disability and autism spectrum disorder: the need for caution. *BJPsych Advances*. 2023;112(8): 1-3.
77. Schalock RL, Luckasson R, Tassé MJ. An overview of intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*. 2021; 126(6): 439-42.
78. Chan R. Book review: IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. 2013; 185(9): 276-277.
79. Mash EJ, Wolfe DA. *Abnormal child psychology* Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning. 2013;88(9): 182–191.
80. Kalachnik JE, Hanzel TE, Sevenich R, Harder SR. Benzodiazepine behavioral side effects: review and implications for individuals with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*. 2002; 107(5): 376-410.
81. Hodapp RM, Burack JA. Developmental approaches to children with mental retardation: A second generation. *Developmental Psychopathology: Volume Three: Risk, Disorder, and Adaptation*. 2015;44(12): 235-67.

82. Ramey SL, Ramey CT. Early educational intervention with disadvantaged children—To what effect. *Applied and Preventive Psychology*. 1992; 1(3): 131-40.
83. Matson JL, Matson ML, Rivet TT. Social-skills treatments for children with autism spectrum disorders: An overview. *Behavior Modification*. 2007; 31(5): 682-707.
84. Van der Schuit M, Segers E, van Balkom H, Verhoeven L. Early language intervention for children with intellectual disabilities: a neurocognitive perspective. *Research in Developmental Disabilities*. 2011; 32(2): 705-12.
85. Tryfon M, Anastasia A, Eleni R. Parental perspectives on inclusive education for children with intellectual disabilities in Greece. *International Journal of Developmental Disabilities*. 2021; 67(6): 397-405.
86. Hay I, Elias G, Fielding-Barnsley R, Homel R, Freiberg K. Language delays, reading delays, and learning difficulties: interactive elements requiring multidimensional programming. *Journal of Learning Disabilities*. 2007; 40(5): 400-9.
87. Allen K, Harrington J, Quetsch LB, Masse J, Cooke C, Paulson JF. Parent–child interaction therapy for children with disruptive behaviors and autism: A randomized clinical trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2023; 53(1): 390-404.
88. Reichow B, Servili C, Yasamy MT, Barbui C, Saxena S. Non-specialist psychosocial interventions for children and adolescents with intellectual disability or lower-functioning autism spectrum disorders: a systematic review. *PLoS medicine*. 2013;10(12): e1001572.
89. Verma RK, Kishore MT. Needs of Indian parents having children with intellectual disability. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2009; 32(1): 71-6.
90. Skinner D, Weisner TS. Sociocultural studies of families of children with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 2007; 13(4): 302-12.
91. Fisman S, Wolf L. The handicapped child: Psychological effects of parental, marital, and sibling relationships. *Psychiatric Clinics*. 1991; 14(1): 199-217.
92. Shahat AR, Greco G. The economic costs of childhood disability: a literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(7): 3531.

93. Van Voorhis FL, Maier MF, Epstein JL, Lloyd CM. The impact of family involvement on the education of children ages 3 to 8: A focus on literacy and math achievement outcomes and social-emotional skills. Manpower Demonstration Research Corporation. 2013; 66(5): 1-4.
94. Tandi Lwoga E, Florence Mosha N. Information seeking behaviour of parents and caregivers of children with mental illness in Tanzania. *Library Review*. 2013; 62(8/9): 567-84.
95. Kandel I, Merrick J. The child with a disability: parental acceptance, management and coping. *The Scientific World Journal*. 2007;23 (7): 1799-809.
96. Crisan C, Hourani MA. Gender-Based Parenting of Children with Disabilities in Emirati Families: Exploring the Experiences of Mothers. *International Journal of Disability, Development and Education*. 2022; 69(1): 170-89.
97. Duran S, Ergün S. The stigma perceived by parents of intellectual disability children: an interpretative phenomenological analysis study. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2018; 19(4): 390-396.
98. Scior K, Hamid A, Hastings R, Werner S, Belton C, Laniyan A, Patel M, Groce N, Kett M. Consigned to the margins: A call for global action to challenge intellectual disability stigma. *The Lancet Global Health*. 2016; 4(5): e294-5.
99. Buljevac M, Leutar Z. " They Used to Tell Me That I'm No Better Than My Son"--Family Stigma Based On Intellectual Disability of a Family Member/" Nekad Su Mi Znali Reci da Nisam Bolja Od Svog Sina"--Stigma Obitelji Temeljem Intelektualnih Teskoca Clana Obitelji. *Hrvatska Revija za Rehabilitacijska Istrazivanja*. 2017; 53(2): 17-32.
100. Yang X. No matter how I think, it already hurts: self-stigmatized feelings and face concern of Chinese caregivers of people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*. 2015; 19(4): 367-80.
101. Kinali G, Üçsular FD. Detection of early symptoms of cumulative trauma disorders among mothers of handicapped children: a pilot study. *Journal of Physical Therapy Science*. 2018; 30(2): 196-200.

102. Bondar Kakhaki Z, Shid Anbarani B, Agha mohammadian Sharbaf H. The Role of Cognitive Emotion Regulation and Mother-Child Relationship in Prediction of Psychological Well-Being of Mothers with Intellectual Disabled Children. *Journal of Psychology*. 2021; 4(96): 490-506.
103. Tervo RC, Palmer G. Health professional student attitudes towards people with disability. *Clinical Rehabilitation*. 2004; 18(8): 908-15.
104. Sahin H, Gedik Z. Attitudes towards people with disabilities: The Turkish version of the disability attitudes in health care Scale. *International Journal of Disability, Development and Education*. 2022; 69(3): 1006-16.
105. Alahmari KA, Rengaramanujam K, Reddy RS, Silvian Samuel P, Ahmad I, Nagaraj Kakaraparthi V, et al. Effect of Disability-Specific Education on Student Attitudes Toward People with Disabilities. *Health Education & Behavior*. 2021; 48(4): 532-9.
106. Harnek Kegan DM, Vejar CM, Martinelli Beasley LA. Perspectives of college students' attitudes and knowledge about people with disabilities. *British Journal of Special Education*. 2022; 49(3): 438-62.
107. Logan SW, Bogart KR. The effect of an intervention on college students' attitudes towards people with disabilities and self-directed mobility. *International Journal of Disability, Development and Education*. 2022; 69(3): 853-67.
108. Matziou V, Galanis P, Tsoumakas C, Gymnopoulou E, Perdikaris P, Brokalaki H. Attitudes of nurse professionals and nursing students towards children with disabilities. Do nurses really overcome children's physical and mental handicaps? *International Nursing Review*. 2009; 56(4): 456-60.
109. Satchidanand N, Gunukula SK, Lam WY, McGuigan D, New I, Symons AB, et al. Attitudes of healthcare students and professionals toward patients with physical disability: a systematic review. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2012; 91(6): 533-45.
110. Huskin PR, Reiser-Robbins C, Kwon S. Attitudes of undergraduate students toward persons with disabilities: Exploring effects of contact experience on social distance across ten disability types. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 2018; 62(1): 53-63.

111. Yorke AM, Ruediger T, Voltenburg N. Doctor of physical therapy students' attitudes towards people with disabilities: A descriptive study. *Disability and Rehabilitation*. 2017; 39(1): 91-7.
112. Gething L. Nurse practitioners' and students' attitudes towards people with disabilities. *The Australian journal of advanced nursing: a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation*. 1992; 9(3): 25-30.
113. Ten Klooster PM, Dannenberg JW, Taal E, Burger G, Rasker JJ. Attitudes towards people with physical or intellectual disabilities: nursing students and non-nursing peers. *Journal of Advanced Nursing*. 2009; 65(12): 2562-73.
114. Shpigelman CN, Zlotnick C, Brand R. Attitudes toward nursing students with disabilities: Promoting social inclusion. *Journal of Nursing Education*. 2016; 55(8): 441-9.
115. Hahn JE, FitzGerald L, Markham YK, Glassman P, Guenther N. Infusing oral health care into nursing curriculum: addressing preventive health in aging and disability. *Nursing Research and Practice*. 2012; (1): 157874
116. Gouvier W, Barbin JM, Tucker KA, Hayes JS, Deumite S. Disabling written descriptors and attitudes among persons with spinal cord injury. *International Journal of Rehabilitation and Health*. 2000; 5(3): 187-93.
117. Friedman C, VanPuymbrouck L. Impact of occupational therapy education on students' disability attitudes: A longitudinal study. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2021; 75(4):213-111.
118. Sarantaki A, Datskovski A, Pechlivani M, Gourounti K, Diamanti A, Nanou C, et al. Health Students' Attitudes towards Disability. *International Journal of Social Science Studies*. 2021; 22(9): 68-24.
119. Hackett RA, Steptoe A, Lang RP, Jackson SE. Disability discrimination and well-being in the United Kingdom: a prospective cohort study. *British Medical Journal*. 2020; 10(3): e035714.
120. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*. 2003; 2(2): 85-101.

121. Neff KD. The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*. 2016; 7(1): 264-74.
122. Zhang N, Huang Z, Yao J. Athletes' self-compassion and emotional resilience to failure: the mediating role of vagal reactivity. *Frontiers Psychology*. 2023; 66(14): 1192265.
123. Wong CC, Mak WW, Liao KY. Self-compassion: A potential buffer against affiliate stigma experienced by parents of children with autism spectrum disorders. *Mindfulness*. 2016; 7(6): 1385–1395.
124. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2003; 2(3): 223-50.
125. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*. 2012; 32(6): 545-52.
126. Zessin U, Dickhäuser O, Garbade S. The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2015; 7(3): 340-64.
127. Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*. 2007; 41(1): 139-54.
128. Neff KD, Faso DJ. Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*. 2015; 6(4): 938-47.
129. Felicilda-Reynaldo RF, Cruz JP, Bigley L, Adams K. Baccalaureate student nurses' study habits prior to admission to nursing program: A descriptive qualitative study. *Nurse Education Today*. 2017; 53: 61-6.
130. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Papathanasiou IV, Edet OB, Arulappan J. Impact of instructors' caring on students' perceptions of their own caring behaviors. *Journal of Nursing Scholarship*. 2015; 47(4): 338-46.
131. Aboshaiqah AE, Roco IM, Pandaan IN, Baker OG, Tumala RB, Silang JP. Challenges in the clinical environment: The Saudi student nurses' experience. *Education Research International*. 2018; (2): 1-9.

132. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Papathanasiou IV, Edet OB, Arulappan J, Tsaras K. Nursing students' perceptions of their own caring behaviors: a multicountry study. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2017; 28(4): 225-32.
133. Chochinov HM. Dignity and the essence of medicine: The A, B, C, and D of dignity conserving care. *British Medical Journal*. 2007; 335(7612): 184-7.
134. Su JJ, Masika GM, Paguio JT, Redding SR. Defining compassionate nursing care. *Nursing Ethics*. 2020; 27(2): 480-93.
135. Pattison S, Samuriwo R. Ceeing compassion in care: more than 'Six C'S'. *Nursing Philosophy*. 2016; 17(2): 140-3.
136. Nolte AG, Downing C, Temane A, Hastings-Tolsma M. Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing*. 2017; 26(23-24): 4364-78.
137. Cruz JP, Cabrera DN, Hufana OD, Alquwez N, Almazan J. Optimism, proactive coping and quality of life among nurses: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*. 2018; 27(9-10): 2098-108.
138. Duarte J, Pinto-Gouveia J, Cruz B. Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2016; 60: 1-1.
139. Mills J, Wand T, Fraser J. On self-compassion and self-care in nursing: Selfish or essential for compassionate care? (Guest Editorial). *International Journal of Nursing Studies*. 2015; 52(4): 791-3.
140. Neff KD, Pommier E. The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*. 2013; 12(2): 160-76.
141. Faraj RK. Assessment of Undergraduate Nursing Students' Perception towards Mentally Disabled Child. *Journal for Nursing Sciences*. 2016; 6(2): 105-111.
142. Sari HY, Çitak EA, Uysal N, Yılmaz E. Attitudes of nursing students towards people with disabilities. *Learning Disability Practice*. 2016; 19(1): 248-89.

143. Tervo RC, Palmer G. Health professional student attitudes towards people with disability. *Clinical Rehabilitation*. 2004; 18(8): 908-15.
144. Al-Saeedi AM, Alawadh AS, AL-Anezi SH. The cognitive awareness among students of the faculty of nursing towards mentally handicapped individuals in Kuwait. *Asian Social Science*. 2020; 16(8): 148-148.
145. Bi H. Chinese graduate students' attitudes toward persons with intellectual disabilities: An acculturation approach. [Doctoral thesis]. Ohio: Bowling Green State University; 2010.
146. Uysal A, Albayrak B, Koçulu B, Kan F, Aydın T. Attitudes of nursing students toward people with disabilities. *Nurse Education Today*. 2014; 34(5): 878-84.
147. Yuker HE, Block JR. Research with the Attitude Toward Disabled Persons scales (ATDP) 1960-1985. New York: Center for the Study of Attitudes Toward Persons with Disabilities. Hofstra University; 1986.
148. Al-Obaidi A, Budosan B. Mainstreaming educational opportunities for physically and mentally disabled children and adolescents in Iraq. *Advances in School Mental Health Promotion*. 2011; 4(1): 35-43.
149. Hiçdurmaz D, Aydın A. The Relationship Between Nursing Students' Self-Compassion and Multidimensional Perfectionism Levels and the Factors That Influence Them. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Derneği*. 2017; 8(2):112-44.
150. Neff KD, Pisitsungkagarn K, Hsieh YP. Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2008; 39(3): 267-85.
151. Kurebayashi Y. Self-compassion and nursing competency among Japanese psychiatric nurses. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2021; 57(3): 1009-18.
152. Almazan JU, Cruz JP, Albougami AS, Alamri MS, Adolfo CS. Maternity-ward nurses' kangaroo mother care attitudes and practices: implications and future challenges. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2019; 33(4): 848-56.
153. Phillips WJ, Ferguson SJ. Self-compassion: A resource for positive aging. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2013; 68(4): 529-39.

154. Ramadan EN, Abdel-Sattar SA, Abozeid AM, El Sayed HA. The effect of emotional intelligence program on nursing students' clinical performance during community health nursing practical training. *American Journal of Nursing Research*. 2020; 8(3): 361-71.
155. Geçkil E, Kaleci E, Cingil D, Hisar F. The effect of disability empathy activity on the attitude of nursing students towards disabled people: a pilot study. *Contemporary Nurse*. 2017; 53(1): 82-93.
156. Ten Klooster PM, Dannenberg JW, Taal E, Burger G, Rasker JJ. Attitudes towards people with physical or intellectual disabilities: nursing students and non-nursing peers. *Journal of advanced nursing*. 2009; 65(12): 2562-73.
157. Hamaideh SH, Mudallal R. Attitudes of Jordanian Nursing Students towards Mental Illness: The Effect of Teaching and Contact on Attitudes Change. *College Student Journal*. 2009; 43(2):265-114.

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz : 1. Kız 2. Erkek
3. Medeni Durumunuz: 1.Bekar 2. Evli
4. Sınıfınız: 1. Birinci sınıf 2. İkinci sınıf 3. üçüncü sınıf 4. Dördüncü Sınıf
5. Aile Yapınız: 1. Çekirdek Aile 2. geleneksel Aile 3. Parçalanmış Aile
6. İkamet yerinin: 1. İl merkezi 2. İlçe-köy
7. Ekonomik durumunuz nasıldır? 1. Kötü 2. Orta 3.İyi
8. Kaç kardeşiniz (siz dahil) yazınız.
9. Ailede zihinsel engelli çocuğa sahip olma durumu: 1.Evet 2.Hayır
10. Zihinsel engelli yakına/tanıdığına sahip olma durumu: 1.Evet 2.Hayır
11. Zihinsel engelli çocuğa bakım verme deneyimi: 1.Evet 2.Hayır

الجزء الأول / الخصائص الاجتماعية والديموغرافية

1. عمرك:
2. جنسك: 1. انثى 2. ذكر
3. حالتك الاجتماعية: 1. أعزب 2. متزوج
4. الصف الخاص بك: 1. الصف الأول 2. الصف الثاني 3. الصف الثالث 4. الصف الرابع
5. هيكل عائلتك: 1. الأسرة النووية 2. الأسرة التقليدية 3. الأسرة المجزأة
6. مكان الإقامة: 1. مركز المدينة 2. منطقة القرية
7. كيف هو وضعك الاقتصادي؟ 1. سيئ 2. مقبول 3. جيد
8. اكتب عدد إخوتك (بما فيهم أنت).....
9. وجود طفل معاق عقلياً في الأسرة: 1. نعم 2. لا
10. وجود قريب/معارف مصاب بإعاقة عقلية: 1. نعم 2. لا
11. تجربة رعاية الطفل المعاق عقلياً: 1. نعم 2. لا

Ek 2. Zihinsel Engelli Çocuğa Yönelik Bilgi Anketi

	Konu	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
1	Zihinsel engelli çocukların ebeveynleri, diğer ebeveynlerden daha az sert olmalıdır.			
2	Zihinsel engelli çocuklar, engelli olmayan çocuklar kadar zekidir.			
3	Zihinsel engelli çocuklarla geçinmek genellikle diğer çocuklardan daha kolaydır.			
4	Zihinsel engelli çocukların çoğu kendileri için üzülür.			
5	Zihinsel engelli çocuklar herkes gibidir.			
6	Zihinsel engelli çocuklar için özel bir okul olmamalıdır.			
7	Zihinsel engelli çocukların özel topluluklarda yaşaması en iyisi olacaktır.			
8	Zihinsel engelli çocuklara bakmak devletin görevidir.			
9	Zihinsel engelli çocukların engelli olmayan çocuklarla aynı standartları karşılaması beklenmemelidir.			
10	Zihinsel engelli çocuklar, engelli olmayanlar kadar mutlu			
11	Ağır zihinsel engelli çocuklarla geçinmek, küçük engelli çocuklardan daha zor değildir.			
12	Zihinsel engelli çocukların normal bir yaşam sürmeleri neredeyse imkansızdır.			
13	Zihinsel engelli çocuklardan çok fazla şey beklememelisiniz.			
14	Zihinsel engelli çocuklar çoğu zaman kendilerini tutma eğilimindedir.			
15	Zihinsel engelli çocuklar, engelli olmayan çocuklara göre daha kolay üzülüyor			
16	Zihinsel engelli çocuklar normal bir sosyal hayata sahip olamazlar.			
17	Zihinsel engelli çocukların çoğu, diğer çocuklar kadar iyi olmadıklarını hissederler.			
18	Zihinsel engelli çocuklarla birlikteyken söylediklerinize dikkat etmelisiniz.			
19	Zihinsel engelli çocuklar genellikle huysuzdur.			

الجزء الثاني / تصورات طلاب كلية التمريض الجامعيين تجاه طفل معاق عقليا

1	العناصر	وافق	غير متأكد	لا اوافق
1	يجب أن يكون آباء الأطفال المعاقين ذهنيًا أقل صرامة من الآباء الآخرين.			
2	الأطفال المعاقون عقلياً هم أذكيا مثل الأطفال غير المعوقين			
3	الأطفال المعاقون عقلياً يكون من الأسهل عادةً التعامل معهم أكثر من الأطفال الآخرين			
4	يشعر معظم الأطفال المعاقين ذهنيًا بالأسف على أنفسهم.			
5	الأطفال المعوقون عقلياً هم نفسهم مثل أي شخص آخر.			
6	ألا يكون هناك مدرسة خاصة للأطفال المعوقين عقلياً.			
7	سيكون من الأفضل للأطفال المعوقين عقلياً العيش في مجتمعات خاصة			
8	الأمر متروك للحكومة لرعاية الأطفال المعوقين عقلياً			
9	لا ينبغي أن يُتوقع من الأطفال المعاقين عقلياً أن يستوفوا نفس المعايير مثل الأطفال غير المعوقين.			
10	الأطفال المعوقون عقلياً سعداء مثل غير المعوقين			
11	ليس من الصعب على الأطفال المعوقين عقلياً أن يتعايشوا مع أولئك الذين يعانون من إعاقات طفيفة.			
12	يكاد يكون من المستحيل على الأطفال المعوقين عقلياً أن يعيشوا حياة طبيعية.			
13	يجب ألا تتوقع الكثير من الأطفال المعاقين ذهنيًا.			
14	يميل الأطفال المعوقون عقلياً إلى الحفاظ على أنفسهم معظم الوقت.			
15	الأطفال المعوقون عقلياً هم أكثر سهولة في الانزعا من الأطفال غير المعوقين			
16	لا يمكن للأطفال المعوقين عقلياً أن يعيشوا حياة اجتماعية طبيعية.			
17	يشعر معظم الأطفال المعاقين ذهنيًا بأنهم ليسوا جيدين مثل الأطفال الآخرين			
18	عليك أن تكون حذراً فيما تقوله عندما تكون مع أطفال معاقين عقلياً.			
19	الأطفال المعاقون ذهنيًا غالباً ما يكونون متدمرين.			

Ek 3. Öz Merhamet Ölçeği

	Konu	Kesinlikle katılmıyorum	katılmıyorum	nötr	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Kendi kusurlarım ve yetersizliklerim hakkında onaylamıyorum ve yargılayıcıyım.					
2	Kendimi kötü hissettiğimde, yanlış olan her şeyi kötü haline getirme ve sabitleme eğilimindeyim.					
3	İşler benim için kötü gittiğinde, zorlukları herkesin yaşadığı hayatın bir parçası olarak görüyorum.					
4	Yetersizliklerimi düşündüğümde, kendimi daha ayrı ve dünyanın geri kalanından kopmuş hissetmeme neden oluyor.					
5	Duygusal acı hissettiğimde kendime karşı sevgi dolu olmaya çalışıyorum.					
6	Benim için önemli konuda başarısız olunca yetersizlik duyguları tarafından kötü etkilenirim.					
7	Düştüğümde ve dışarıda olduğumda, kendime dünyada benim gibi hisseden birçok insan olduğunu hatırlatıyorum.					
8	Zamanlar gerçekten zor olduğunda, kendime karşı sert olma eğilimindeyim.					
9	Bir şey beni üzdüğünde duygularımı dengede tutmaya çalışırım.					
10	Bir şekilde kendim yetersiz hissettiğimde, yetersizlik duygularının çoğu insan yaşadığı kendime hatırlatmaya çalışırım.					
11	Kişiliğimin sevmediğim yönlerine karşı hoşgörüsüz ve sabırsızım.					
12	Çok zor bir dönemden geçtiğimde özeni ve hassasiyeti gösteririm.					
13	Kendimi kötü hissettiğimde, çoğu insanın muhtemelen benden daha mutlu olduğunu hissetme eğilimindeyim.					
14	Acı verici bir şey olduğunda, duruma dengeli bir şekilde bakmaya çalışırım.					
15	Başarısızlıklarımı insanlık durumunun bir parçası olarak görmeye çalışıyorum.					
16	Sevmediğim yönlerimi gördüğümde kendimi aşağılarım.					
17	Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, olayları perspektif içinde tutmaya çalışırım.					

18	Gerçekten mücadele ettiğimde, diğer insanların daha kolay zaman geçirmesi gerektiğini hissediyorum.					
19	Acı çektiğimde kendime karşı nazik oluyorum.					
20	Bir şey beni üzdüğünde, duygularıma kapılıyorum.					
21	Acı çekerken kendime karşı biraz soğukkanlı olabilirim.					
22	Kendimi kötü hissettiğimde, duygularıma merak ve açıklıkla yaklaşmaya çalışırım.					
23	Kendi kusurlarıma ve yetersizliklerime karşı toleranslıyım.					
24	Acı verici bir şey olduğunda, olaydan sürekli olarak şikâyet ediyorum					
25	Bir konuda başarısız olduğumda, başarısızlığımda kendimi yalnız hissetme eğilimindeyim.					
26	Kişiliğimin sevmediğim yönlerine karşı anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışıyorum.					

Ek 4. Etik Kurul Belgesi

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Hemşirelik Öğrencilerinin Zihinsel Engelli Çocuklara Yönelik Algıları ve Öz Merhamet Düzeyleri”
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Bağbaşı Yerleşkesi Merkez/KIRŞEHİR
	TELEFON	0386 280 3924
	FAKS	0386 280 5007
	E-POSTA	tipetikkurul@ahievran.edu.tr

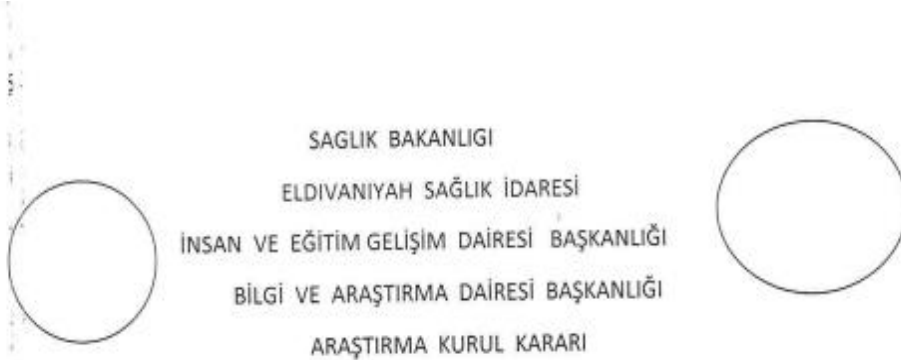
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Hilal SEKİ ÖZ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kırşehir			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması	<input type="checkbox"/>				
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	<input type="checkbox"/>				
İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz: Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Hemşirelik Öğrencilerinin Zihinsel Engelli Çocuklara Yönelik Algıları ve Öz Merhamet Düzeyleri"
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	05.08.2022	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	13.09.2022	2	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	05.08.2022	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2022-17/153	Tarih: 27/09/2022				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan Etik Kurul üye tamsayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					

Ek 5. Araştırma Kurul Kararı



DOSYA NO:02/2021

KARAR NO: 44

KARAR TARİHİ:27.06.2022

ARAŞTIRMA KURUL KARARI

ELDIVANIYAH SAĞLIK İDARESİ DEPARTMANI ARAŞTIRMA KOMİTESİNCE ,ARAŞTIRMACI TARAFINDAN SUNULAN ARAŞTIRMA PROJESİ İNCELENDİ SAYIN(AHMED ABD ALI SHAHER) AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ YÜKSEK LİSAN ÖĞRENCİMİZİN SUNULAN DÖNEM TEZİDİR.

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUKLARA YÖNELİK ALGILARI VE ÖZ MERHAMET DÜZEYLERİ.

ARAŞTIRMACI TARAFINDAN EĞİTİM VE İNSAN GELİŞİMİ DEPARTMANI,BİLGİ YÖNETİMİ VE ARAŞTIRMA DEPARTMANINA SUNULMUŞTUR.ELDIVANIYYE SAĞLIK İDARESİ TARİH:27.06.2022.

KURULUN KARARI:

BU ARAŞTIRMA TEZ PROJESİ KURULUMUZ TARAFINDAN KABUL GÖREREK SAĞLIK BAKANLIĞI TARAFINDAN ONAYLANDI.BU TEZİN ARAŞTIRMASINDA VE UYGULAMASINDA BİR ENGEL BULUNMAMAKTADIR.EKLER/DEĞİŞİKLİKLER/ONARIM VE ARAŞTIRMA KOMİSYON NOTLARI/YOKTUR.

ARAŞTIRMA BİLİMSEL KOŞULLARI KARŞILAR VE BİLİMSEL ARAŞTIRMA ETİĞİNE UYGUNDUR.

BİZE GÖRE ARAŞTIRMA YAPMASINDA ENGEL YOKTUR (KADİSİYYE HASTANESİ /HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ).

ARAŞTIRMA KURUL BAŞKANI

BRANŞ DOKTORU/ Dr.YAHYA FALİH MUHAMMED

İMZA- 27.06.2022

DOKTOR KAŞESİ

İŞ BU FOTOKOPİ BELGE ARAPÇADAN TÜRKÇEYE TARAFIMDAN TERCÜME EDİLMİŞTİR.

Ömer ASLAN



وزارة الصحة
دائرة صحة الديوانية
قسم التدريب والتنمية البشرية
شعبة ادارة المعرفة والبحوث
قرار لجنة البحوث



استمارة رقم ٢٠٢١/٠٢

رقم القرار: ٤٤

تأريخ القرار: ٢٠٢٢/٦/٢٧



قرار لجنة البحوث

درست لجنة البحوث في دائرة صحة الديوانية مشروع البحث المقدم من قبل السيد الباحث (احمد عبد علي شاهر) احد طلبة الماجستير في كير شهير اهي افران برسائلته الموسومة:-
(Nursing students perceptions of mentally disabled children and their levels
of self-compassion)

والمقدم من قبل الباحث الى قسم التدريب والتنمية البشرية /شعبة ادارة المعرفة والبحوث /
لجنة البحوث في دائرة صحة الديوانية بتاريخ ٢٠٢٢/٦/٢٧ قررت اللجنة :-

قبول مشروع البحث اعلاه كونه مستوفياً للمعايير المعتمدة في وزارة الصحة والخاصة
بتنفيذ البحوث ولا مانع لدينا من تنفيذه .

المرفقات / تعديلات وملاحظات لجنة البحوث / لا يوجد

البحث مستوفى الشروط العلمية ومطابق لأخلاقيات البحث العلمي

ولامانع لدينا من تسهيل واجراء البحث في (جامعة القادسية/كلية التمريض)

Ek 6. Ölçeği Kullanım İzni

Machine Translated by Google
05/14/23, 22/3/8 Eğer elinizde Arapça bir anket varsa, lütfen bana göndermemde bana yardımcı olun, ben de aracı sizden bahsedip araştırırmamda yardımcı olursanız çok memnun olurum. Gmail

M Gmail ahmed abdali

Selam olsun benim adımla Ahmed Abd Ali, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim. Iraklıyım ve şu anda Türkiye'de okuyorum. Hemşirelik Fakültesi öğrencileri için özgeçmiş ile ilgiliydi. Anketi kabul etmemde bana yardımcı olacağını düşünüyordum. Araştırmamda... ve Yüce Tanrı'nı anarak teşekkür ederim ve iyi bir mesaj yapmanıza yardımcı olmasını diliyorum.

ahmed abdali <ahmedabdali1994@gmail.com> Kime: 25 Mayıs 2022 Çarşamba 16:31
"halabdulaziz@kau.edu.sa" <halabdulaziz@kau.edu.sa>

ahmed abdali 28 Mayıs 2022, 12:18
halabdulaziz@kau.edu.sa

Selam sana yardımcı olursanız için başlangıca kadar onayınızı bekliyorum

4/31/2022 25 Mayıs Çarşamba ahmed abdali

HAWA ALABDULAZIZ 29 Mayıs 2022 Pazartesi, 13:32

SAYGILI HAWA ALABDULAZIZ
Sayın Profesör Ahmed, gerekli anketi ekte sunar, çalışmalarımda başlangıca kadar onayınızı bekliyorum.

Hawa Al-Abdulaziz

28 Mayıs 2022 Cumartesi, 12:18, ahmed abdali
> yazdı: Selam olsun bana yardımcı olursanız için başlangıca kadar onayınızı bekliyorum

4/31/2022 25 Mayıs Çarşamba ahmed abdali
> yazdı:

Dr. Hawa Alabdulaziz, BSN (Hons), MSN, Doktora Öğrencisi/ Pediatri
Hemşireliği Akademik İşler Dekan Yardımcısı Eski Anne ve Çocuk
Bölümü Başkanı Eski Lisans Programı Koordinatörü Hemşirelik
Fakültesi/ Kral Abdülaziz Üniversitesi Cidda, Saudi Arabistan Telefon: 026401000
Dahili: 24190

Sorumluluk Reddi: Bu mesajda yer alan bilgiler yalnızca muhatabına yöneliktir ve gizli bilgiler içerebilir. Eğer muhatap değilseniz, lütfen bu mesajı silin ve göndericiye bildirin; bu mesajı kopyalamamalı veya dağıtmamalı veya içeriğini kimseye açıklamamalıdır. Bu mesajda ifade edilen herhangi bir görüş veya görüş, kişiye/kişilere aittir ve mutlaka üniversiteye ait değildir. İçeriğinin yetkili bir temsilcisinden yazılı onay alınmadan bu mesajı güvenilemez. Bu mesajın veya herhangi bir ekinin virüs içermediğine veya ele geçirilmediğine ve değiştirilmediğine dair hiçbir garanti verilmemektedir.

Sorumluluk Reddi: Bu mesajdaki tüm bilgiler alıcıya aittir ve gizli bilgiler içerebilir. Alıcı değilseniz, lütfen mesajı iptal edin ve göndericiye bildirin. Bu mesajın kopyalanması, dağıtılması veya içeriğinin başkalarına ifşa edilmesi de yasaktır. Diğerleri, bu mesajta ifade edilen tüm görüşlerin ve bakış açıların kişisel olduğu ve kişisel olmadığı belirtilmektedir.

[https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=0304fb212b&view=pt&search=all&permthid=thrread-af93a-2787159079858632578&dsq=1&siml=msg-af93a2... 1/8](https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=0304fb212b&view=pt&search=all&permthid=thrread-af93a-2787159079858632578&dsq=1&siml=msg-af93a2...)

Ek 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu Örneği (BGOF)

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI: Hemşirelik Öğrencilerinin Zihinsel Engelli Çocuklara Yönelik Algıları ve Öz Merhamet Düzeyleri

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı vererseniz, Çalışmaya Katılma Onayı Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Çalışmada hemşirelik lisans öğrencilerinin zihinsel engelli çocuğa yönelik bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi, öğrencilerin öz-merhamet düzeylerinin ölçülmesi, bunların sosyodemografik özellikler açısından incelenmesi amaçlanmıştır

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ: Araştırmacının hazırladığı belirli sorular size sorulacaktır. Çevirim içi anketin doldurulması yaklaşık 10-20 dakika sürecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Araştırmaya katılarak, hemşirelik öğrencilerin zihinsel engelli çocuğa ilişkin algı ve düşüncelerinin tanımlanmasına ve öğrencilerin kendilerine yönelik öz-şefkat anlayışlarının belirlenmesine katkıda bulunabilirsiniz. Bu, öğrencilerin zihinsel engelli çocuğa ilişkin farkındalıklarını bilmenin yanı sıra öğrencilerin kendilerine ilişkin anlayışlarını bilmede de yol gösterici olacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışmada kişisel bilgileriniz alınmayacak ve kullanılmayacaktır. Verdiğiniz tüm bilgiler toplu olarak analiz edilecektir.

Günün 24 saatinde soru ve problemler için başvurulacak kişiler/GSM/e-posta:

Dr. Öğretim Üyesi Hilal SEKİ ÖZ,

Ahmed Abd Alı Shaher,

Gönüllünün Çalışmaya Katılma Onayı:

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle onaylıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana elektronik posta ile teslim etmiştir.

Onaylıyorum. (Elektronik ortamda onayladığına dair belge)

Araştırmacı Adı Soyadı: Dr. Öğretim Üyesi Hilal SEKİ ÖZ

Tarih

GSM:

İmza

e-Posta:

Araştırmacının ıslak imzası arşiv belgesinde olmalıdır.

Ek 8. Özgeçmiş

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	AHMED ABD ALİ SHAHER
EĞİTİM BİLGİLERİ	
LİSANS	
Üniversite	Al-Qadisiyah Üniversitesi
Fakülte	Sağlık Bilimleri Fakültesi
Bölümü	Hemşirelik
Mezuniyet Yılı	29.03.2017
İŞ DENEYİMİ	
Al-Diwaniyah Eğitim Hastanesi- Irak - Al-Diwaniyah Şehri, Kanser Merkezi 2017- Halen	

MAKALE VE BİLDİRİLER

Seki Öz H., Shaher A. Psychosocial problems experienced by mentally disabled children and nursing care. 5. International Scientific Research and Innovation Congress; 20- 21 Mayıs 2023; Ankara, Türkiye. (Oral presentation).