



T . C .

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı-Psikoloji Yüksek Lisans Programı

**ÖZGÜL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ TANILI ÇOCUĞA SAHİP
ANNELERİN ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN VE
STRESLE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

Özge Deniz Atalay

Yüksek Lisans Tezi

İstanbul, 2013

ÖZGÜL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ TANILI ÇOCUĞA SAHİP ANNELERİN ALGILANAN
SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ
İNCELENMESİ

Özge Deniz Atalay

İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı- Psikoloji Yüksek Lisans Programı

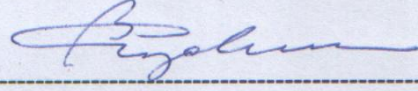
Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Mehmet Bayhan Üge

Yüksek Lisans Tezi

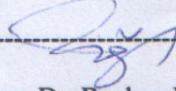
İstanbul, 2013

KABUL VE ONAY

Özge Deniz Atalay tarafından “ Özgül Öğrenme Güçlüğü Tanılı Çocuğa Sahip Annelerin Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarının İncelenmesi” başlıklı bu çalışma 26.06.2013 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Betül Aydın



Yrd. Doç. Dr. Bayhan Üge



Yrd. Doç. Dr. İrem Anlı

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.



Yrd. Doç. Dr. Bayhan Üge

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

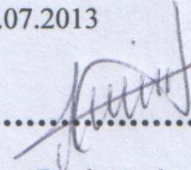
Hazırladığım tezin/raporun kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi bildiririm:

Tezimin /Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

Tezim / Raporum sadece İstanbul Bilim Üniversitesi'nden erişime açılabilir.

Tezimin /Raporumun 10 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin / raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

10.07.2013

.....


Özge Deniz Atalay

TEŞEKKÜR VE ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince desteğini ve hoşgörüsünü hiç esirgemeyen değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Mehmet Bayhan Üge'ye,

Yüksek lisans eğitimim ve tez savunma sürecindeki önemli katkılarından dolayı değerli hocam Prof. Dr. Betül Aydın'a,

Tez çalışmalarım la ilgili karamsarlığa kapıldığım anlarda cesaret ve motivasyon kaynağı olan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Duysal Aşkun Çelik'e,

Tez çalışmalarım la ilgili işyerinde bana sonsuz anlayış gösteren değerli müdürüm Neşe Okay'a,

Bana maddi ve manevi her türlü desteği veren aileme en içten teşekkürlerimi sunarım .

Özge Deniz Atalay

Ö Z E T

A T A L A Y , Ö z g e D e n i z . Ö z g ü l Ö ğ r e n m e G ü ç l ü ğ ü T a n ı l ı Ç o c u ğ a S a h i p A n n e l e r i n A l g ı l a n a n S o s y a l D e s t e k D ü z e y l e r i n i n v e S t r e s l e B a ş a Ç ı k m a T u t u m l a r ı n ı n İ n c e l e n m e s i , Y ü k s e k L i s a n s T e z i , İ s t a n b u l , 2 0 1 3 .

Bu araştırmanın amacı Ö Ö Ğ tanılı çocuğa sahip annelerin ve herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin algılanan sosyal destek düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumlarının incelenmesidir. Araştırma kapsamında İstanbul Anadolu yakasında yer alan ve Ö Ö Ğ modülü içeren 12 özel eğitim ve rehabilitasyon merkezine devam eden çocuk annelerine amaca yönelik örneklem yoluyla ulaşılmıştır. Araştırmanın kontrol grubunu oluşturan anneler ise İstanbul Anadolu yakasında herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerden oluşmaktadır. Araştırmada Ö Ö Ğ tanısına sahip çocuğu olan 35, herhangi bir tanısı olmayan çocuğa sahip 35 olmak üzere toplam 70 anneye ulaşılmıştır. Katılımcılardan önce Demografik Bilgi Formu, ardından sırasıyla Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğini cevaplandırmaları istenmiştir. Araştırmaya ilişkin değişkenlerin analizinde Bağımsız Gruplar T Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Elde edilen veriler $p < .05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Araştırma bulgularına göre, Ö Ö Ğ tanılı çocuğa sahip annelerin algılanan sosyal destek düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumlarının, herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Ö Ö Ğ tanılı çocuğa sahip anneler, herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelere göre daha sıklıkla duygu odaklı başa çıkma ve işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerini kullandığı, herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin ise, Ö Ö Ğ tanılı çocuğa sahip annelere oranla daha sıklıkla problem odaklı başa çıkma yöntemlerini tercih ettikleri görülmektedir. Algılanan aile desteği her iki anne grubunda da istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır. Her iki anne grubunda algılanan arkadaş ve özel kişi desteği istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir.

A n a h t a r S ö z c ü k l e r

Ö z g ü l ö ğ r e n m e g ü ç l ü ğ ü , a l g ı l a n a n s o s y a l d e s t e k , s t r e s l e b a ş a ç ı k m a t u t u m l a r ı

ABSTRACT

ATALAY. Özge Deniz. Analysis of Mothers' Level of Perceived Social Support and Attitudes of Coping With Stress Whose Children are Diagnosed with Specific Learning Disability, Master Thesis, İstanbul, 2013.

The aim of this study is to examine the levels of perceived social support and the attitudes of coping with stress of mothers who have a child diagnosed with special learning disability and have a child without any diagnosis. Within the scope of this research the mothers, whose children are attending 12 special education and rehabilitation centers that contain special learning disability module and located in Asian side of İstanbul, were reached through purposive sampling. The mothers who belong to the control group are also located in Asian side of İstanbul but their children do not have any diagnosis. In the research we reached a total of 70 mothers. 35 mothers' children diagnosed with special learning disability whereas other half's children do not have any diagnosis. The participants were asked to fill firstly Demographic Informantion Form, secondly Multidimensional Scale Of Perceived Social Support and lastly Coping with Stress Attitudes Assessment Scale. In the study we implemeted Independent Samples t Test, Analysis of Variance (ANOVA) and Mann Whitney U for the analysis of the research variables. Data obtained from this study is evaluated by $p < .05$ level of significance. According to the research findings it is observed that there is a statistically significant difference between the levels of perceived social support and attitudes of coping with stress of mothers whose children are diagnosed with special learning disability and mothers whose children are without any diagnosis. It is found that mothers whose children are diagnosed with special learning disability more frequently use emotion focused strategies and dysfunctional strategies than mothers whose children are without any diagnosis and mothers whose children are without any diagnosis more frequently use problem focused strategies than mothers whose children are diagnosed with special learning disability. It is found that perceived family support did not make any statistically significant difference in both mothers' group. But there were significant differences in terms of friend support and speacial person support in both mothers' group.

Key Words

Special learning disability, perceived social support, attitudes of coping with stress.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	i
BİLDİRİM SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR VE ÖNSÖZ SAYFASI	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLOLAR DİZİNİ	x
1.GİRİŞ	1
1.1 Özgül Öğrenme Güçlüğü	1
1.1.1 Tarihçe	1
1.1.2 Etiyoloji	2
1.1.3 Genetik Geçiş	3
1.1.4 Beyindeki Yapısal ve İşlevsel Bozukluklar	4
1.1.5 Prenatal, Perinatal, Postnatal Beyin Gelişimini Etkileyen Faktörler	5
1.1.6 Klinik Görünüm	5
1.1.6.1 Okul Öncesi Dönem	5
1.1.6.2 İlköğretim Dönemi	6
1.1.7 Özgül Öğrenme Güçlüğü Alt Tipleri	8
1.1.7.1 Okuma Bozukluğu (Disleksi)	8
1.1.7.2 Matematik Bozukluğu (Diskalkuli)	8
1.1.7.3 Yazılı Anlatım Bozukluğu (Disgrafi)	9

1.1.7.4 Başka TürLü Adlandırılmayan Öğrenme	
Bozukluğu	10
1.1.8 Gidiş ve Sonlanım	10
1.1.9 Özgöl Öğrenme Güçlüğü ve Birliktelik Durumları	10
1.1.10 Özgöl Öğrenme Güçlüğü ve Tedavi Yaklaşımları	11
1.2 Stres ve Stresle Başa Çıkma	12
1.2.1 Problem Odaklı Başa Çıkma	15
1.2.2 Duygu Odaklı Başa Çıkma	16
1.2.3 İşlevsel Olmayan Başa Çıkma	16
1.2.4 Problem Odaklı Başa Çıkma Alt Alanları	16
1.2.5 Duygu Odaklı Başa Çıkma Alt Alanları	17
1.2.6 İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Alt Alanları	17
1.3 Sosyal Destek	17
1.3.1 Niceliksel Açıdan Sosyal Destek	18
1.3.2 Niteliksel Açıdan Sosyal Destek	18
1.3.3 Algılanan Sosyal Destek	18
1.4 Sosyal Destek Türleri	19
1.4.1 Duygusal-Sosyal Destek	19
1.4.2 Araçsal Destek	19
1.5 Sosyal Destek Modelleri	20
1.5.1 Temel Etki Modeli	20
1.5.2 Tampon Etkisi Modeli	20
1.6 Özgöl Öğrenme Güçlüğüne Sahip Çocuğu Bulunan Ailelerde	
Stresle Başa Çıkma ve Sosyal Destek	20
1.7 Araştırmanın Amacı	22
1.8 Araştırmanın Önemi	23

2. Y Ö N T E M	24
2.1 Araştırma Modeli	24
2.2 Çalışma Grupları	24
2.3 Veri Toplama Araçları	28
2.3.1 Demografik Bilgi Formu	28
2.3.2 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	28
2.3.3 Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ)	29
2.4 İşlem	30
2.5 Verilerin Analizi	30
3. B U L G U L A R	31
4. T A R T I Ş M A	41
4.1 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Geleceğe Yönelik Öneriler	48
K A Y N A K Ç A	49
E K L E R	54
EK I – Demografik Bilgi Formu	54
EK II- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	58
EK III- Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ)	60

KISALTMALAR DİZİNİ

Ö Ö G : Özgöl Öğrenme Güçlüğü

DEHB : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

ÇBASDÖ : Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

BÇTDÖ : Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

T A B L O L A R D İ Z İ N İ

T a b l o 2.1 Araştırm aya katılan annelerin çocuklarının cinsiyetine ilişkin betimleyici bulgular	25
T a b l o 2.2 Araştırm aya katılan annelerin çocuk doğumlarına ilişkin betimleyici bulgular	25
T a b l o 2.3 Araştırm aya katılan annelerin ve eşlerinin eğitim durumlarına ilişkin betimleyici bulgular	26
T a b l o 2.4 Araştırm aya katılan annelerin ve eşlerinin çalışma durumları ve gelir durumlarını betimleyici bulgular	27
T a b l o 2.5 Araştırm aya katılan annelerin çocuk sayısı yaşları ile eş ve çocuklarının yaşlarının betimleyici değerleri	28
T a b l o 3.1 Araştırm ada yer alan altboyutların kolmogorov smirnov normallik testi sonuçları	31
T a b l o 3.2 ocuğun Ö Ö G tanılı olması ya da olmaması durumuna göre  B A S D Ö ve B  T D Ö altboyutları ile tek yönlü varyans analizi	33
T a b l o 3.3 ocuğun Ö Ö G tanılı olması ya da olmaması durumuna göre  B A S D Ö ve B  T D Ö altboyutlarındaki ortalama değerleri	35
T a b l o 3.4 ocuğun Ö Ö G tanılı olması ya da olmaması durumuna göre B  T D Ö 'nin t testi ile analizi	38
T a b l o 3.5 Demografik değişkenlerin  B A S D Ö ve B  T D Ö altboyutları ile mann whitney u testi ile analizi	40

1.GİRİŞ

Özgül Öğrenme Güçlüğü (ÖÖG), çocukluk döneminin sık karşılaşılan gelişimsel ve nörobiyolojik rahatsızlıklarından biridir (Silver ve ark., 2007; akt. Turgut, 2008). ÖÖG'nin temel özelliği; çocuğun zihinsel gelişim düzeyinin normal olmasına rağmen, okuma, yazma, matematik ve diğer akademik fonksiyonları içeren bilişsel süreçlerinde bozulmaların olmasıdır (Ardila, 1997; Erman, 1997; Gilberg, 2003; Silver ve ark., 2007; akt. Turgut, 2008). ÖÖG'nin okuma, yazma, dinleme, konuşma gibi akademik işlevlerde ortaya çıkan heterojen bir bozukluk olması nedeniyle tanı ilkököl yıllarında konulmaktadır (Hammil, 1990; Tirosh ve ark., 2001; İşeri ve Akın-Sarı, 2008; akt. Turgut, 2008). ÖÖG'ye, erkeklerde kızlara oranla 3-4 kat daha fazla rastlanılmakla olup (Debray-Ritzen, 1987; Rutter ve ark., 2004; akt. Turgut, 2008), bozukluğun okul çağı çocuklarında görülme sıklığı % 2-10 (APA, 1994; Silver, 1989) iken, toplumda görülme sıklığı % 5-10 olarak belirtilmektedir (Sundheim ve Voller, 2004, akt. Turgut, 2008).

ÖÖG'ye sahip çocuğu bulunan ailelerin yaşadığı stres, araştırmaya literatüründe son zamanlarda artan bir ilgi çekmektedir. Özel gereksinimli çocuğa sahip aileler, çocuklarının özel olması nedeniyle suçluluk ya da üzüntü duymaktadırlar. Çevrelerinden yeterli sosyal destek alamadıklarını düşünen aileler, karşılaştıkları bu duruma uyum sağlamakta güçlük çekmekte olup, problemle başa çıkmakta zorlanmakta ve yetersizlik, çaresizlik duygusu yaşamaktadırlar. Yaşanan çeşitli olumsuz yaşantılar da aile içerisinde strese neden olmaktadır (Küçüker, 1993; akt. Turgut, 2008). Yapılan araştırmalarda özel gereksinimli çocuğa sahip olan annelerin, babalara oranla daha fazla stres altında oldukları görülmektedir (Akçakın ve Erdem 2001; Byrne, 1985; Wishart ve ark., 1981; Ersoy, 1997; akt. Aslan, 2010). Özel gereksinimli çocuğa sahip anne ve babalarla yapılan çalışmalarda, çocuğunun cinsiyetinin ailelerdeki yaşanan streste değişme yaratmadığı görülmekte iken (Akçakın ve Erdem 2001; akt. Aslan, 2010), Frey'in (1989) farklı engel grupları ile yaptığı çalışmada, engelli çocuk eğer erkek ise babaların daha yüksek düzeyde stres yaşadıkları görülmektedir.

Çocuklarının, özel gereksinime ihtiyaç duymalarından dolayı anneler stres yaşamakta ve sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Bazen yeterli destek alamayan annelerin desteğe olan ihtiyaçları, çocuğun tedavi sürecinin önüne geçmekte ve tedavinin ilerlemesini engellemektedir. Bu nedenle ailelerin sosyal destek algıları ve stresle başa çıkma

biçimleri hem ebeveynler için önem teşkil etmekte hem de çocukların tedavi sürecinde kritik rol oynamaktadır. Bu araştırmada, ÖÖG tanısına sahip çocuğu olan annelerin algılanan sosyal destek düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumları üzerine odaklanılmıştır.

1.1 ÖZGÜL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ

1.1.1 Tarihçe

ÖÖG ile ilgili literatür incelendiğinde bu bozukluğu tanımlamakta farklı terimlerin kullanıldığı görülmektedir. ÖÖG tanısı olan çocuklarda çoğunlukla okuma güçlüğüne rastlanıldığı için bu bozukluk okuma güçlüğü (disleksi) olarak da adlandırılmaktadır (akt. Turgut, 2008). Görme ve konuşma sorunu olmayan ve entelektüel kapasitesi yeterli olduğu halde okuyamayan kişiler için 1877’de Kussmaul, “kelime körlüğü” (word blindness) terimini kullanmıştır (Richardson, 1992; akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007). 1887 yılında Berlin, beyin hasarı nedeniyle okuma güçlüğü çeken bireyler için “dyslexia” terimini ilk kez kullanmış ve bu durumu bir çeşit afazi olarak değerlendirmiştir (Opp, 1994; akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007). “1917 yılında Hinshelwood, okuma güçlüğü’nün sadece sonradan değil, konjenital nedenlerle doğuştan da olabileceğini ileri sürerek “doğuştan kelime körlüğü” (congenital word blindness) terimini kullanmıştır. Bu durumun genetik geçişi üzerinde durmuş ve aynı ailede birden çok bireyde bu bozukluğun görülebildiğini belirtmiştir” (Opp, 1994; akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007). 1925 yılında ABD’de Orton ve arkadaşları öğrenme güçlüğü’nün nedenini görsel algı ve görsel hafıza alanındaki işlev bozukluğuna bağlı olduğunu ve bunun gelişme gecikmesinden kaynaklandığını ileri sürmüşlerdir (Davis, 1997; akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007).

“Literatürde 1930-1940’larda beyin-davranış ilişkisinin yoğun şekilde araştırıldığı ve öğrenme sorunları alanında kavram, terminoloji karmaşasının başladığı görülmektedir. Bu tarihlerde yapılan araştırmalarda, öğrenme güçlüklerinin beyin hasarından kaynaklandığı ve nörolojik bir bozukluk olduğu ileri sürülmüştür. Araştırmacılar, okuma güçlüğü ile okul başarısızlığı arasında bağlantı kurarak, yeterli entellektüel kapasiteye sahip olduğu halde, okulda başarılı olamayan çocukların, beyinlerindeki minimal hasar nedeniyle öğrenme güçlüğü çekebileceklerini bildirmişlerdir. 1941

yılında Werner ve Strauss, minimal beyin hasarı (minimal brain damage: MBD) terimini kullanmışlardır (Farnham-Diggory, 1984). Sonraki çalışmalarda beyin hasarı kanıtlanamadığından, öğrenme güçlüğü'nün merkezi sinir sistemi (MSS) işlev bozukluğuna bağlı olabileceği düşünülmüş ve minimal beyin disfonksiyonu (minimal brain dysfunction: MBD) terimi ortaya atılmıştır (Clements, 1973; Silver, 1993; akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007, s.310).

Öğrenme Güçlüğü (learning disabilities) terimi ilk olarak 1962 yılında Kirk tarafından ortaya atılmıştır. Kirk'a göre ÖÖG; serebral, davranışsal ya da duygusal bozukluklardan kaynaklanan konuşma, okuma-yazma, aritmetik becerilerin bir ya da daha fazlasında gecikme ya da bozukluğun yaşanması olarak tanımlanmıştır (Erman, 1997; Korkmazlar, 1993; Jensen ve Breiger, 2005, akt. Turgut, 2008). ÖÖG, DSM III'de (APA, 1980) "özgün gelişimsel bozukluklar" kategorisinde sınıflandırılmışken, DSM IV-TR'de (APA, 2000) ise "öğrenme bozuklukları" olarak birinci eksen tanı başlığı altında yer almaktadır. Buna göre ÖÖG, "bireysel olarak uygulanan standart testlerde, kişinin kronolojik yaşı, ölçülen zeka düzeyi ve aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda; okuma, matematik ve yazılı anlatımın, beklenenin önemli ölçüde altında olması" olarak tanımlanmaktadır (akt. Köroğlu, 2007).

1.1.2 Etiyoloji

Öğrenme bozukluğunun nedenlerine ilişkin çalışmalar devam etmekle birlikte hala aydınlığa kavuşmuş değildir. Ancak kabul edilen çeşitli çalışmalara göre "öğrenme güçlüğü çeşitli genetik ve çevresel etmenlerle belirlenen, biyolojik temele dayalı bir işlevsel bozukluktur. Bu işlevsel bozukluk konuşma, okuma, yazma ya da aritmetik beceriler için gerekli olan bilişsel işlevlerin gelişmesinde gecikme ya da sapmaya neden olmaktadır" (akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007, s.311).

1.1.3 Genetik Geçiş

Öğrenme bozukluğunda genetik geçişin etkilerini inceleyen aile çalışmalarına göre, dislektik bir baba ya da anne olmasının, çocukta okuma bozukluğu görülmesi konusunda önemli bir risk etmeni oluşturmadığı belirlenmiştir. "Vogler (1985), dislektik olan çocukların ailelerinde okuma bozukluğu öyküsünü sorgulamış, erkek

çocukların % 35-45'inde, kız çocukların da % 20' sinde pozitif aile öyküsü olduğunu bildirmişlerdir" (akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007, s.311).

"İkiz çalışmaları, öğrenme bozukluğunun genetik bir bozukluk olduğu düşüncesini desteklemektedir. Çeşitli çalışmalarda tek yumurta ikizlerinde konkordans oranı % 68, çift yumurta ikizlerinde % 38 olarak verilmektedir (DeFries ve Alarcon, 1996). Ancak, ikiz çalışmalarındaki bu yüksek oranların, aynı zamanda benzer çevresel etmenlerden de kaynaklanmış olabileceği ileri sürülmektedir" (DeFries ve Alarcon, 1996; akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007, s.311).

1.1.4 Beyindeki Yapısal ve İşlevsel Bozukluklar

Öğrenme güçlüğü'nün beyindeki kökenlerini açıklamaya çalışan çeşitli çalışmalar ve kuramlar bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar öğrenme güçlüğü olan çocuklar ile normal çocukların beyin yapılarında özellikle morfolometrik ölçümler açısından farklı bölgeler olduğunu ortaya koymaktadır (Simons ve ark., 2000; akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007).

"Fonolojik kurama göre, okuma güçlüğü olan erişkinler ve çocuklarda yapılan işlevsel görüntüleme (fMRI, PET) çalışmalarında fonolojik işlemler sırasında (heceleme, anlamı olmayan kelimeleri okuma gibi) sol hemisferde temporopariyetal kortekste aktivasyonun az olduğu ya da hiç olmadığı bildirilmektedir" (Rumsey ve ark., 1997; Simons ve ark., 2000; Temple ve ark., 2001, Temple, 2007; akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007, s. 312).

Öğrenme güçlüğü'nün nedenlerini inceleyen kuramlardan biri de bilgi işleme hızında sorun olduğunu ileri süren kuramdır. "Duyusal eksiklik" (sensory deficit) olarak da bilinen bu kurama göre, dislektik çocuklar işitsel ya da görsel uyarınları normal kişilere göre daha yavaş işlemektedirler. İşitsel uyarınlarla ilgili olan kuramda (rapid auditory processing deficit), hızlı verilen işitsel uyarınları ayırt edememe sorunundan söz edilmektedir (Tallal, 1998; akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007).

"Görsel uyarınların işlenmesinde sorun olduğunu ileri süren kurama göre (visual magnocellular deficit), disleksi olgularının okuma sırasında bir harften diğerine geçerken önceki harfin görüntüsünü görmeye devam ettiklerinden harfleri net görememektedirler" (Stein ve Walsh, 1997; akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007, s.312).

Öğrenme güçlüğü vakalarında okuma, yazma gibi alanlarda görülen sıkıntılar dışında; denge, koordinasyon ve ince motor beceriler alanında da sorunların yaşandığı görülmektedir. Bu tip olguları açıklamak için ileri sürülen serebellar kurama göre (dyslexic automatisatıon deficit), dislektik çocuklar tekrarlandıkça otomatikleşmesi beklenen çeşitli işlerde de sorunlar yaşamaktadırlar (Nicolson ve Fawcett, 1990; akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007).

1.1.5 Prenatal, Perinatal, Postnatal Olarak Beyin Gelişimini Etkileyen Faktörler

Düşük doğum tartısı, annenin hamilelikte sigara, alkol kullanımı, toksik etkenlere, infeksiyonlara maruz kalması, postnatal dönemde demir eksikliği, kurşun gibi toksik maddelere maruz kalması beyin gelişimini erken devrelerde etkilemektedir (Silver, 1996; akt. Mukaddes, 2001).

Öğrenme güçlüğünün etiyojisi gözden geçirildiğinde tek bir faktör ile bütün olguların açıklamamadığı, çeşitli konjenital, prenatal, perinatal ve postnatal etkenlerin rolü olduğu düşünülmektedir (Silver, 1996; akt. Mukaddes, 2001).

1.1.6 KLİNİK GÖRÜNÜM

1.1.6.1 Okul Öncesi Dönem

Öğrenme bozukluğu, gelişimsel bir bozukluk olmasından dolayı çocuğun doğumu ile başlamaktadır. Genellikle anneler, çocukları diğer çocuklardan farklı geliyorsa bunu fark edebilirler. Türkiye’de yapılan bir çalışmaya göre, öğrenme bozukluğu tanısı almış çocukların ailelerinin sorunu fark ettiği yaşla (M = 6,9), tanının koyulduğu yaş (M = 7,11) arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Korkmazlar, 1992). Yapılan bir başka çalışmada ise, okul öncesi dönemdeki çocukların % 23,5’i risk altında olduğu belirlenmiştir (Demir, 2005). “Ailelerin bir kısmı beklemeyi tercih ettiğinden, bir kısmı da nereden yardım alacağını bilmediğinden, soruna müdahale gecikmektedir. Okul öncesi dönemde öğrenme bozukluğu tanısı koymak güç olduğundan, öğrenme bozukluğu riski terimi daha sık tercih edilmektedir” (Alberman 1973, Alexander ve Slinger 2004, Schneider ve ark. 1999; akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007, s. 314).

Erken Belirtiler

- 1) Dil Alanı: Dil gelişiminde gecikme, kelimeleri doğru telaffuz etmekte güçlük, yetersiz sözcük dağarcığı, sözcük bulmada ve isimlendirmede güçlük, temel sözcükleri karıştırmak, harf-ses ilişkisini öğrenmede güçlük.
- 2) Motor Beceriler: Çizim ya da kopyalamaya karşı isteksizlik, düğme ilikleme, makas kullanma becerilerde güçlük, çatal-kaşık kullanmakta, ayakkabı bağlamada güçlük, kalem hatalı tutmak.
- 3) Dikkat-Hareket Alanı: Dikkat gerektiren oyunları reddetmek, dikkat ve konsantrasyon güçlükleri, aşırı hareketlilik, bir işi sürdürmede güçlük, koordinasyon güçlüğü, plan yapamamak, düşünmeden harekete geçmek.
- 4) Algısal Alan: Benzer sembolleri ayırt etme güçlüğü, benzerlik-farklılık kavramının gelişmesinde güçlükler, figür-zemin ayırtlaştırma güçlükleri, sözel yönergeleri karıştırmak, uyarıları sınıflandırmak, gruplandırmak, sıralama güçlükleri, yön karıştırmak, mekanı kullanma güçlükleri.
- 5) Diğer Alanlar: Renk, sayı, önce-sonra, ön-arka gibi kavramları öğrenmede güçlük, rutini izlemekte güçlük, el tercihinde gecikme (Alberman 1973, Alexander ve Slinger 2004, Schneider ve ark. 1999; akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007).

1.1.6.2 İlköğretim Dönemi

Literatürde, ilköğretim çağında öğrenme bozukluğuna sahip olan çocukların en sık rastlanan özellikleri aşağıdaki şekilde gruplandırılabilir:

- 1) Zeka Düzeyi: Normal ya da normalin üzerindedir (IQ > 85).
- 2) Akademik Başarı: Okul başarısı zekasına ve yaşlarına oranla düşüktür ya da inişli çıkışlıdır. Bazı derslerde başarısı normal/normalin üstü iken, bazı derslerde düşüktür.
- 3) Okuma Becerisi: Harf-ses ilişkisi kurmakta zorlanır, harfleri karıştırır (b-d, b-p, m-n, b-m gibi), kelimeleri hecelerken ya da harflerine ayırırken zorlanır,

okurken heceleri ya da sözcüğü ters çevirir (ne-en, çok-koç gibi), harf-sözcük atlar, ekler, uydurur, okuduğu yeri kaybeder, satır karıştırır, okuduğunu anlamakta ve anlatmakta zorlanır, okumayı sökmez ya da okuması yavaştır.

- 4) Yazma Becerisi: Yaşıtlarına oranla el yazısı okunaksız, yavaştır, yazarken bazı harf ve sayıları, kelimeleri ters yazar, karıştırır, yazarken bazı harfleri, heceleri atlar ya da ekler, yazarken heceleri ya da sözcüğü ters çevirir, tahtadaki yazıyı defterine çekerken ya da öğretmenin okuduğunu defterine yazarken zorlanır, yazarken kelimeler arasında hiç boşluk bırakmaz ya da bir kelimeyi iki-üç parçaya bölerek yazar, defterleri düzensizdir, satırı ve sayfayı iyi kullanamaz, kalemi uygun biçimde tutmakta güçlük çeker, gecikmiş dominans, çapraz lateralleşme sıktır, el-göz koordinasyonu zayıftır, imla ve noktalama hataları yapar.
- 5) Aritmetik Beceriler: Sayı kavramını anlamakta güçlük çeker, bazı aritmetik sembolleri öğrenmede zorlanır, karıştırır (+ yerine x gibi), sayıları karıştırır (6-9, 4-7, 2-5, 12-21 gibi), geometrik şekilleri çizmekte ve isimlendirmekte zorlanır, işlemi sağdan değil soldan başlar, eldeleri unuttur ya da doğrudan sonuca yazar, çıkarırken deste bozmak yerine alttakinden üstekini çıkarır, çarpım tablosunu öğrenemez, problemi çözüme götürecek işleme karar veremez, kesir ve grafikleri kavrayamaz, saati öğrenmede zorlanır, ölçüm ve olasılık hesaplamalarında güçlük çeker.
- 6) Sıraya Koyma Becerileri: Haftanın günlerinin, ayların, mevsimlerin, sayıların, alfabenin harflerinin sırasını karıştırır, belirli bir sıra içinde yapılması ya da bilinmesi gereken şeylerin sırasını karıştırır, dinlediği, okuduğu bir öyküyü anlatması istendiğinde öykünün başını sonunu karıştırır, sözlü ya da yazılı olarak düşüncelerini sırayla ifade etmekte güçlük çeker.
- 7) Algı Sorunları: Görsel algı sorunları, işitsel algı sorunları, dokunsal algı güçlükleri, dokunarak ayırtma ve tanımda güçlük çekme, kinestetik algı güçlükleri, dans, ip atlama gibi aktivitelerde zorlanma, mekansal algı güçlükleri, mekanda yönelme, pozisyonu algılamada zorluk çekme, yön bulmada zorlanma görülür.

- 8) Dikkat-Hareket Sorunları: Dikkatin kısa süreli olması, kolayca dağılması, konsantrasyon gücünün, aşırı hareketlilik, kıpır kıpır olma, yerinde oturamama, hızlı ve çok konuşma vardır. Bazısı hipoaktiftir, çok yavaş hareket eder, yavaş konuşur.
- 9) Sosyal-Duygusal Sorunlar: Yaşıtlarına göre daha çocuksudur, düşünmeden hareket eder, eleştirildiğinde aşırı tepki gösterir, öfkelenir ya da dikkate almaz, jest ve mimikleri doğru yorumlayamaz, arkadaş ilişkilerinde zorluklar yaşar, dalgındır, kendisine güveni azdır. Enürezis, enkoprezis, karın ağrısı, okul reddi gibi sekonder davranış bozuklukları görülür.
- 10) Çalışma Alışkanlığı: Ödevlerini alamaz ya da eksik alır, ev ödevlerini yaparken yavaş ve verimsizdir, ders çalışırken sık sık ara verir, çabuk sıkılır, ödev yaparken birilerinin yardımına gereksinim duyar (Alberman 1973, Alexander ve Slinger 2004, Schneider ve ark. 1999; akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007).

1.1.7 ÖZGÜL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ ALT TIPLERİ

1.1.7.1 Okuma Bozukluğu (Disleksi)

Bu bozukluğa sahip olan kişilerde ortaya çıkan okuma zorluğu, kişinin okul başarısını olumsuz etkilemektedir. Alfabe öğrenirken harfleri isimlendirmede veya ezberlemelerde sıkıntı yaşamaktadırlar. Aralarında çizgisel ve spasyal oryantasyon benzerliği olan harfleri ayırt etmede ve tanımada zorlanmaktadırlar (a-e, b-d-p, m-n). Sıklıkla cümle içersindeki kelimelerin harflerini atarlar veya harflerin yerini değiştirirler. Okuma hızlarında yavaşlık gözlenmektedir. Erkeklerde kızlara oranla daha sık okuma bozukluğuna rastlanmaktadır (% 60-80) (Silver 1996; akt. Mukaddes, 2001).

DSM-IV'de disleksi için tanı ölçütleri şunlardır:

- a) Bireyin kronolojik yaşı, ölçülen zeka düzeyi ve yaşına uygun olarak aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda, doğru okuma, hız ya da okuduğunu anlamada, beklenenin önemli ölçüde altında tespit edilen okuma başarısı (A tanı ölçütü)
- b) Okumadaki zorluk, okul başarısını ya da okuma becerilerini gerektiren günlük yaşam etkinliklerini önemli ölçüde bozmaktadır (B tanı ölçütü)

c) Bir duyu bozukluğu varsa bile okuma zorluğu buna eşlik edenden daha fazladır (C tanı ölçütü) (APA, 2000; akt. Koroğlu, 2007).

1.1.7.2 Matematik Bozukluğu (Diskalkuli)

Bu alanda yaşanan sıkıntı, kişilerin akademik başarısını etkilediği gibi matematik gerektiren günlük işlerde de bireyin önemli ölçüde güçlük çekmesine neden olmaktadır.

“Matematik bozukluğunda dilbilgisi becerileri (örn: matematik terimlerini, işlemlerini ve kavramlarını anlam ve adlandırma), algı ile ilgili beceriler (örn: aritmetik simgeler ve sayısal işaretleri okuma), dikkat becerileri (örn: şekilleri doğru kopyalama, eldeki sayıyı hatırlama) ve matematiksel beceriler (örn: matematiksel adınların sırasını izleme, nesnelere sayma ve çarpım tablosunu ezberleme) de bozukluklar görülmektedir. Bütün öğrenme güçlüğü olgularının 1/5’inde matematik bozukluğu görülmektedir. Bu bozukluğun belirtileri de ilkokula başlamadan önce fark edilmemektedir” (Arnold, 1990; akt. Mukaddes, 2001, s.70).

DSM IV’de Diskalkuli için tanı ölçütleri şunlardır:

- a) Bireysel olarak uygulanan standart testlerde kişinin kronolojik yaşı, ölçülen zeka düzeyi ve yaşına uygun olarak aldığı eğitimle uyumsuz matematik becerisi,
- b) Söz konusu bozuklukların okul başarısını ya da matematik becerilerini gerektiren günlük yaşam etkinliklerini önemli ölçüde bozması,
- c) Matematik becerisi sorunlarının duysal bozukluğa eşlik edenden daha fazla olması (APA, 2000; akt. Koroğlu, 2007).

1.1.7.3 Yazılı Anlatım Bozukluğu (Disgrafi)

Bu alanda yaşanan bozukluk, akademik başarıyı olumsuz yönde etkilediği gibi aynı zamanda yazılı anlatımı gerektiren günlük işlevlerde de güçlüğüne neden olmaktadır.

“İlkokulun erken dönemlerinde kelimelerin harflerini dizmede ve düşüncelerini yaşa uygun gramer ölçülerine göre ifade etmede güçlük çekerler. Okulun ikinci yılı ve sonrasında kısa cümlelerde gramer hataları yaparlar. Yazı kurallarını bilmelerine rağmen uygulayamazlar. Dağarcıklarındaki kelime sayısı arttıkça, harf dizmeleri

giderek zorlaşır. Mekansal algı ve sağ-sol ayırımındaki güçlüğü en uç örneği ayna görüntüsü olarak karşımıza çıkar. Yazılı anlatım bozukluğu sıklıkla diğer öğrenme bozuklukları ile birlikte dir. Tek başına nadir görülmektedir” (Arnold, 1990; akt. Mukaddes, 2001, s.71).

DSM IV’de Disgrafi için tanı ölçütleri şunlardır:

- a) Bireysel olarak uygulanan standart testlerde, kişinin kronolojik yaşı, ölçülen zeka düzeyi ve yaşına uygun olarak aldığı eğitimle uyumsuz yazma becerisi.
- b) Söz konusu bozukluğun okul başarısını ya da yazılı metin derlemeyi gerektiren günlük yaşam etkinliklerini önemli ölçüde bozması.
- c) Yazma becerisi sorunlarının duyuşsal bozukluğa eşlik edenden daha fazla olmasıdır (APA, 2000; akt. Köroğlu, 2007).

1.1.7.4 Başka Türde Adlandırılmayan Öğrenme Bozukluğu

DSM IV’de Başka Türde Adlandırılmayan Öğrenme Bozukluğu için tanı kriterleri şunlardır:

Bireysel olarak uygulanan standart testlerde kişinin kronolojik yaşı, ölçülen zeka düzeyi ve yaşına uygun olarak aldığı eğitimle beklenenin önemli ölçüde altında olmayan test başarısı göstermesidir. Ancak okul başarısını bir arada önemli ölçüde etkileyen her üç alandaki (okuma, matematik, yazılı anlatım) sorunların olmasıdır (APA, 2000; akt. Köroğlu, 2007).

Ülkemizde, ÖÖG tanısının konulmasında DSM-IV ölçütleri kullanılmaktadır.

1.1.8 Gidiş ve Sonlanım

Öğrenme, insanın doğumu ile başlayıp yaşam boyu devam eden bir dizi süreçten oluşmaktadır. Bu nedenle de öğrenme güçlüğü ya da öğrenme bozukluğu izleri yaşam boyu sürmektedir (akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007). Öğrenme güçlüğü olgusuna doğru zamanda doğru müdahale edilmezse, semptomlarına sekonder semptomlar eklenerek sorunun büyüdüğü düşünölmektedir. Travmatik öğrenme deneyimleri ve süregelen başarısızlık nedeniyle, olguların %40’nın öğrenimlerine devam edemediği

bildirilmektedir. Araştırmalar cezaevlerindeki mahkumların % 30-50'sinin dislektik olduğunu göstermektedir (Reid ve Kirk, 2001; akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007).

1.1.9 Özgül Öğrenme Güçlüğü ve Birliktelik Durumları

Öğrenme bozuklukları ile yapılan gerek klinik gerekse epidemiyolojik çalışmalarda öğrenme bozukluklarının diğer psikiyatrik bozukluklarla sıklıkla birlikte görüldüğü ileri sürülmektedir (Beitchman ve Young, 1997; Willcutt ve Pennington, 2000; akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007). Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, komorbidite oranı % 30 iken, klinik çalışmalarda komorbidite oranı % 66,2'ye ulaşmaktadır (McGee ve ark., 1984; Backer ve Neuhauser, 2003; akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007).

Öğrenme bozuklukları ile birlikte en sık karşılaşılan bozukluk dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğudur (DEHB). Yapılan çeşitli araştırmalarda, % 10-60 oranında öğrenme güçlüğü ve DEHB komorbiditesinden söz edilmektedir (Halperin ve ark. 1984; Holborow ve Berry, 1986; Beitchman ve Young, 1997; akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007).

“Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise Alkaş (1996), öğrenme bozukluğu olgularının % 49’nun, Erman (1997) ise % 28,57’sinin aynı zamanda DEHB tanı ölçütleri ile karşıladığını belirtmiştir. Willcutt ve Pennington yaptıkları (2000) bir çalışmada, okuma bozukluğu olan çocukları cinsiyetlerine göre kontrol grupları ile karşılaştırmışlardır. Okuma bozukluğu olan kızların % 24’ü dikkat eksikliği tanı ölçütlerini karşılarken, kontrol grubunda bu oran % 4 olarak bulunmuştur. Okuma bozukluğu olan erkeklerin hiperaktivite/impulsivite tanı ölçütlerini karşılama oranı % 30, dikkat eksikliği tanı ölçütlerini karşılama oranı % 60 iken, erkek kontrol grubunda bu oranlar % 2 ve % 6 olarak bulunmuştur” (akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007, s. 318).

Karşıt gelme bozukluğu, davranım bozukluğu gibi yıkıcı davranım bozukluklarının da sıklıkla öğrenme bozuklukları ile birlikte görüldüğü belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda bu birlikte görülmesi durumunun büyük ölçüde DEHB ve öğrenme bozukluğu birlikteliğine bağlı olduğu ileri sürülmektedir (Maughan ve ark., 1996; Willcutt ve Pennington, 2000; akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007).

Öğrenme bozukluğuna eşlik ettiği bilinen depresyon ve anksiyete bozuklukları ile ilgili yapılan sınırlı sayıda çalışmalar bulunmaktadır. Huntington ve Bender (1993)'in 1984-1993 yılları arasında yaptıkları çalışmada, öğrenme bozukluğuna sahip olan gençlerin düşük benlik saygısı, somatik yakınmalar, depresyon ve intihar girişimi oranlarının normal popülasyona oranla yüksek olduğu görülmüştür (Boetsch, 1996; akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007). Okuma bozukluğu ile ilgili yapılan bir çalışmada, okuma bozukluğu olan çocukların, ergenlerin ve erişkinlerin, normal bireylere oranla anksiyete, depresyon ve diğer içe yönelik psikopatolojilerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Boetsch ve ark., 1996; akt., Korkmazlar ve Sürücü, 2007).

1.1.10 Özgül Öğrenme Güçlüğü ve Tedavi Yaklaşımları

Özgül öğrenme güçlüğü tanı ve tedavi süreci multidisipliner bir yaklaşımı gerektirmektedir. Öğrenme bozukluğu olan çocuk ve gençlerin eğitimi, normal sınıflarındaki müfredat programları veya evde alınan özel derslerle gerçekleşmemektedir (akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007). Öğrenme bozukluklarının, özel eğitim programları ve psikopedagojik terapi ile desteklenmesi gereken olgular olduğu düşünülmektedir (Clark, 1990; Gearheart, 1986; Kirk, 1975, Korkmazlar ve ark., 1990; Kozloff 1974; Lerner, 1993; akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007). Literatürde yapılan çalışmalarda, öğrenme bozukluklarına gerekli olan psikopedagojik müdahale yapılmazsa, bu tür olguların kendiliğinden düzelmeye göstermeyeceği bildirilmektedir (Alberman, 1973; Faas, 1976; akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007). Yapılan çalışmalarda öğrenme bozukluğunun tedavisinde ilaçların etkili olmadığı ileri sürülmektedir (Arnold, 1990; Brumback ve Weinberg, 1990; akt. Korkmazlar ve Sürücü).

“Öğrenme bozukluğu olgusuna uygulanan terapiler bir anlamda eğitimidir. Bu olgular öğrenme, dikkat, algılama, problem çözme, iletişim, sosyal ilişkiler, kendini kontrol becerilerinin geliştirilmesine odaklanan metakognitif bir yaklaşımla tedavi ya da rehabilite edilebilirler” (Silver, 1993; Reid, 1998; akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007, s.319).

Öğrenme bozukluğu olguları farklı yoğunlukta semptomlar sergilemesinden dolayı, müdahalede her olguya uygun olarak geliştirilen Bireyselleştirilmiş Eğitim Programları (BEP) kullanılmaktadır (akt. Korkmazlar ve Sürücü, 2007).

1.2 STRES VE STRESLE BAŞA ÇIKMA

Stres Latince 'Estrictia', Fransızca 'Estrece' kelimelerinden gelmekte olup, 17. yüzyılda felaket, musibet, dert, keder, elem gibi anlamlarda kullanılmıştır. 18. ve 19. yüzyıllarda kavrama yüklenen anlamlar değişmiş güç, baskı, zor gibi anlamlarda durum ve objelere bağlı kişiye, organa veya ruhsal yapıya yönelik zorlamalar olarak kullanılmıştır (Baltaş, 1993; akt. Yenihayat, 2008).

19. yüzyılda Fransız fizyolog Cladue Bernard, stresi 'organizmanın dengesini bozan uyaranlar' olarak tanımlamıştır (Baltaş, 1993).

Hans Selye (1977) stresi, canlıya özgü, uyarana özelleşmiş iş, ortak ve tek tip bir tepki olarak tanımlamıştır. Selye'ye göre stres verici durumlar ile karşılaşan organizmada çeşitli değişiklikler meydana gelmektedir. Selye, stresin fizyolojik belirtilerini "Genel Uyum Belirtileri" tanımlaması ile üç safhada incelemiştir (akt. Baltaş, 2000).

- 1) Alarm Reaksiyonu: Bu dönem organizmanın dış çevreyi stres verici olarak algıladığı durumdur. Organizma bu dönemde şoka ve kontrşoka girer. Şok döneminde vücut sıcaklığı ve kan basıncı düşer, kalp duracakmış gibi olur, el ayak çözümlür. Hemen ardından kontrşok dönemi gelir. Organizma bu durumla başa çıkabilmek için aktif fizyolojik girişimlerde bulunur. Alarm reaksiyonunda amaç, mücadele ederek veya kaçınarak organizmayı korumaktır.
- 2) Direnç Dönemi: Vücudun direnci normalin üzerine çıkar. Yüz yüze olduğu bu stres verici duruma karşı direncini yükseltir. Bu durumdan kaçmak veya ona uyum sağlamak zorunda olduğundan başka stres vericilere karşı direnci düşer. Eğer direnç dönemi başarıyla aşılsa beden normal koşullara döner, başarısız olunursa beden kuvvetten düşer, çöker.
- 3) Tükenme Dönemi: Stres verici olay çok ciddi ise ve uzun sürerse, organizma için tükenme dönemi başlar. Bazen bu dönemde yeniden alarm dönemi reaksiyonları ortaya çıkar. Her canlının uyum yeteneği ile enerjisi farklıdır ancak bu enerji sınırlıdır. Uyku ve dinlenme vücudu onarabilir ancak devam eden ve başa çıkılmayan stres durumları karşısında denge bozulur. Ardından

organizmada geri dönüşü olmayan izler ortaya çıkar (Selye, 1997; akt. Baltaş, 2008, s.140).

Hans Selye'ye (1977)'ye göre stresin şiddeti, kronikleşmesi ve genel uyum belirtisinin hangi aşamada olduğu psikosomatik sonuçların ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır. Ancak Selye'nin (1977), laboratuvar ortamında hayvanlar üzerinde çeşitli çalışmalar yaparak sonuçları insanlar üzerine yönlendirmesiyle, bu sonuçların insanların bireysel özelliklerine bağlı olarak farklı sonuçlar sergilediği saptanmıştır (akt. Baltaş, 2000).

Stresi oluşum şekillerine göre üç düzeyde tanımlanmaktadır: Birinci düzey, felaket stresidir (catastrophic stress). Felaket stresi, büyük alanları ve insan topluluklarını etkileyen felaketlerin (deprem, sel gibi) neden olduğu strestir. İkinci düzey, akut strestir. Akut stres, krizler ya da bireyleri etkileyen anlık olaylar sonucunda oluşan stres çeşididir. Üçüncü düzey ise, günlük (endemic stress) strestir. Günlük stres, günlük yaşam içerisinde sürekli olarak varlığını gösteren ve bireyleri tehdit eden strestir (Fried,1980; akt. Eryılmaz, 2009).

Lazarus'a göre (1997), canlının ruhsal ve bedensel sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesi ile ortaya çıkan duruma stres denilmektedir. Kişilerin fizyolojik olarak stres duruma karşı verdiği tepkiler birbirine benzer olmasına karşın, bireysel koşullara bağlı olan faktörler nedeniyle (çevre, ruhsal durum, kişilik) strese karşı farklı tepkiler gösterebilmektedirler (Baltaş, 1993; akt. Aslan, 2010). Deneyimlenen olayları stres verici ya da stres verici olmayan olarak değerlendirmede "anlamlandırma" rol oynamaktadır. Stres, çevre ile bireyin karakteristik özellikleri ve olayları değerlendirme biçimi arasındaki ilişkinin sonucudur (Lazarus, 1997). Motivasyonel ve bilişsel değişkenler bu ilişkiyi değerlendirmede son derece önemlidir. Lazarus ve Folkman'a (1997) göre, kişi yeni veya değişen bir çevre ile karşılaştığında iki tarzda değerlendirme süreci geliştirmektedir. Bunlar; birincil değerlendirme süreci ve ikincil değerlendirme sürecidir (akt. Bennet ve Morrison, 2006).

Birincil Değerlendirme Süreci: Kişi tarafından, dış çevreden gelen bir olayın içeriğinin ve niteliğinin değerlendirilmesidir.

İkincil Değerlendirme Süreci: Birinci aşamada kişi eğer yaşadığı durumu stres verici olarak değerlendirmemişse, stres oluşturuvcu bir durum söz konusu değildir (akt. Baltaş, 1993). Fakat birinci değerlendirme sürecinde kişi, durumu tehlikeli olarak değerlendirmiş ise stres oluşturuvcu bir durum söz konusudur. Kişi bu aşamada durum ile nasıl başa çıkabileceğini belirlemektedir. Bu nedenle stresle başa çıkma teknikleri bu dönemin aşılmasında önemli katkı sağlayan tekniklerdir (akt. Baltaş, 2008).

Stresin ikincil değerlendirme sürecinde duygu, düşünce ve davranış düzeyine yansıyan belirtileri şunlardır:

- 1) Önemli veya önemsiz, daha önceden kolaylıkla verilebilen kararları vermede güçlük,
- 2) Değersizlik, yetersizlik, güvensizlik ve terk edilmişlik duyguları,
- 3) Uygun olmayan durumlarda ortaya çıkan öfke, düşmanlık ve kızgınlık dalgaları,
- 4) Sigara ve içki içme eğiliminin artması,
- 5) Kişisel hata ve başarısızlıkları sürekli düşünmek,
- 6) Duygusal ve cinsel hayatta düşüncesiz davranışlar
- 7) Nispeten önemsiz konularda aşırı endişelenme veya tam tersine problemler karşısında ilgisizlik ve kayıtsızlık,
- 8) Uyku bozukluğu (zor uyuma veya gece boyu sık sık uyanma),
- 9) Ölüm ve intihar fikirlerinin sık sık tekrarlanması (Lazarus ve Folkman, 1997; akt. Baltaş, 2008).

Bu aşamada kişinin durum ile başa çıkarken kullanacağı kaynaklar da önemlidir. Bunlar iç kaynaklar örneğin; güç, azim olabilirken, dış kaynaklar örneğin; sosyal destek veya maddi durum da olabilmektedir. Eğer olay çok fazla derecede tehlikeli, stres verici olarak değerlendirilirse, kişinin stresle başa çıkma becerisi düşük olmakta iken, kişinin stresle başa çıkabilecek becerisi yüksek ise stres oranı daha düşük hissedilmektedir. Kısacası algılanan stres ile kişinin kaynakları arasında ters bir ilişki bulunmaktadır (Lazarus, 1997; akt. Bennet ve Morrison, 2006).

Hobfoll'a göre (1989), bireyler kendi değer verdikleri kaynaklarını (kişisel özellikler, roller, özgüven, enerji v.s) muhafaza etmeye çalışmaktadırlar. Eğer bireyler bu kaynaklarını koruyamazlarsa, kendileri için tehdit yaratıcı bir ortam veya durum ile karşılaştıklarında yüksek derecede stres yaşamaktadırlar (akt. Bennet ve Morrison, 2006).

Stres ile başa çıkma durumundaki amaç; kişi için stres oluşturan öğeleri ve bunlara verdiği tepkileri tanıtmak, problemin doğru teşhisine yardımcı olmak, stres vericileri yönlendirmek, kendini psikolojik ve fizyolojik zararlardan korumak için yöntemler öğretmek ve geliştirmektir (Levanthal, 1979; akt. Baltaş, 1986).

Bireyin, strese neden olan etkeni yorumlayış biçimini değiştirip, kendisi için daha uygun hale getirmesine "başa çıkma" denilmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984, akt. Bennet ve Morrison, 2006). Başa çıkma, birincil ve ikincil değerlendirmelerden oluşan bilişsel ve davranışsal kümeleri ve bunlara atfedilen duyguları kapsayan dinamik bir süreçtir.

Folkman ve Lazarus (1976), başa çıkmanın sıkıntıya yol açan sorunun ele alınması (problem odaklı başa çıkma), duyguların düzenlenmesi (duygu odaklı başa çıkma) ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumları şeklinde olmak üzere üç farklı başa çıkma tekniği olduğunu belirtmektedirler (akt. Bennet ve Morrison, 2006).

1.2.1 Problem Odaklı Başa Çıkma

Yaşanılan stres verici durumu ortadan kaldırmak amacıyla kişinin problemi saptaması, probleme uygun olarak alternatif çözüm yolları geliştirip, stresin olumsuz etkilerini ortadan kaldırmaya çalışmasına "problem odaklı başa çıkma" denilmektedir (Folkman, 1984; akt. Baltaş, 2000). Probleme yönelik başa çıkma stratejileri, bireyin çevresiyle olan ilişkilerini düzenlemeye ve değiştirmeye yöneliktir. Problem odaklı başa çıkma davranışları, durumu değiştirmek için baskın olmaya yönelik doğrudan çabalar şeklinde olabileceği gibi, sorunun çözüme yönelik mantıklı çabalar şeklinde de olabilmektedir (Folkman ve Lazarus 1986; Patterson ve McCubbin, 1987; akt. Bennet ve Morrison, 2006).

1.2.2 Duygu Odaklı Başa Çıkma

Duygu odaklı başa çıkma içinde bulunulan durumun anlamını değiştirerek, bireyin olumsuz stres üzerindeki kontrolünü arttırmak amacıyla kullanılmaktadır. Bu tür başa çıkma stratejileri genellikle; uzaklaşma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama ve kabullenme gibi yaklaşımları içermektedir (Folkman, 1984; akt. Baltaş, 1986).

1.2.3 İşlevsel Olmayan Başa Çıkma

Kişinin stresle başa çıkma tutumunun, yaşanan stres verici durumla uygun olmamasıdır. Stres yaratan bir durumla karşılaşıldığında kullanılan başa çıkma davranışlarının nasıl tanımlandığı ya da hangi başa çıkma davranışlarının kullanıldığından çok, duruma uygunluğu önem taşımaktadır (Lazarus 1993, akt. Bennet ve Morrison, 2006).

Carver ve arkadaşları (1989) başa çıkma çabalarını daha spesifik alt gruplara ayırarak değerlendirmiştir. Oluşturdukları COPE (Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme) ölçeğinde 15 alt grup tanımlamıştır. Bunları problem odaklı, duygu odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma yöntemleri olarak üç grupta toplamak mümkündür.

1.2.4 Problem Odaklı Başa Çıkma Yöntemi Alt Alanları:

Aktif Başa Çıkma: Stresörü ortadan kaldırmak ya da durumu iyileştirmek için eyleme geçme ya da çaba göstermeyi içerir.

Plan Yapma: Stresörle nasıl başa çıkacağı üzerine düşünmeyi içerir.

Yararlı Sosyal Destek Kullanımı: Kişinin ne yapabileceğiyle ilgili bilgi, destek ya da tavsiye aramayı içerir.

Diğer Meşguliyetleri Bastırma: Bireyin diğer aktivitelere olan ilgisini azaltarak stressörle baş etmek için daha fazla odaklanmasını içerir.

Geri Durma: Bireyin başa çıkma çabalarını uygun bir konum sağlayana kadar durdurarak pasif bir başa çıkmayı içeren geri durma stratejilerini içerir.

1.2.5 Duygu Odaklı Başa Çıkma Yöntemi Alt Alanları:

Duygusal Destek Kullanımı: Karşısındakilerden sempati ya da duygusal destek arayışını içerir.

Dini Olarak Başa Çıkma: Dini aktivitelere karşı artmış uğraşı içerir.

Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme: Durumla ilgili en iyi sonuçları elde etme çabası ya da durumu daha olumlu açılardan yorumlamayı içerir.

Kabullenme: Stresli durumun gerçek olduğunu ve meydana geldiğini kabullenmeyi içerir.

Şaka Yapma: Stressörle ilgili mizah kullanımını içerir.

1.2.6 İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Yöntemi Alt Alanları:

Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma: Bireyin duygusal sıkıntısını artmış şekilde fark edişini ve bu duyguları dışa vurma eğilimini içerir.

İnkâr: Bireyin stresli durumun gerçekliğini reddetme girişimini içerir.

Zihinsel Boş Verme: Stressörle ilişkili düşüncelerden uzaklaşmak için uyumak gibi dikkat dağıtıcı yöntemlerin kullanımını içerir.

Davranışsal Olarak Boş Verme: Vazgeçme ya da çabaların azaltılmasını içerir.

Madde Kullanımı: Alkol ya da madde kullanarak stressörden uzaklaşma çabalarını içerir.

1.3 SOSYAL DESTEK

Sosyal destek, bireylerin sahip oldukları temel gereksinimlerinin (ait olma, sevilme, takdir edilme ve kendini gerçekleştirebilme) yakın iletişim kurduğu diğer bireyler tarafından (aile üyeleri, arkadaşlar v.s.) tatmin edilmesi olarak tanımlanmaktadır (Ekinci ve Ekici, 2003; akt. Güven, 2010). Caplan'a göre (1981) sosyal destek, insanın stresli bir duruma hakim olmasını ve onunla başa çıkmasını kolaylaştıran sosyal çevreden gelen bir geribildirimdir (Caplan, 1981; akt. Çetin, 2009). Kişilerin zor durumlarda yakın çevresinden görmüş olduğu sosyal desteğin, stres verici olayların etkisini

azaltmada önemli rol oynadığı belirtilmektedir (Gottlieb, 1981; Cohen ve Syme, 1985; akt. Baltaş, 2000). Son yıllarda sosyal desteğin, kişilerin stresle başa çıkmasında ve hastalıklara karşı koruyucu bir rol oynamasında etkisinin büyük olduğu görülmektedir (Christenfeld ve ark. 1997, Cohen ve Wills 1985, Kessler ve ark. 1985, Leathers ve ark. 1997, Uchino ve ark. 1996; akt. Eker ve ark.,2001).

Sosyal destek kavramını inceleyen yaklaşımlar iki çeşit başlık altında incelenebilmektedir (Cohen ve Wills, 1985; akt. Çetin, 2009).

1.3.1 Niceliksel Açıdan Sosyal Destek

Bu yaklaşım, kişilerin sahip oldukları sosyal ağı değerlendirirken, ağın büyüklüğü, sosyal bağların gücü, ilişkilerin sıklığı gibi çeşitli niceliksel faktörlerin önemi üzerinde odaklanmaktadır (Cohen ve Wills, 1985; akt. Çetin, 2009). Ağ büyüklüğü, bireyin doğrudan iletişim içinde bulunduğu kişi sayısı olarak tanımlanırken (Özkan, 2002; akt. Güven, 2010) ağ yoğunluğu; kişilerin sosyal destek ağı içerisinde birbirleri ile iletişime geçme ve birbirlerini tanıma derecesi olarak tanımlanmaktadır. Sınır yoğunluğu ise kişilerin sahip oldukları sosyal ağın farklı kısımları içerisindeki olabilecek olan etkileşimlerin oranı olarak tanımlanmaktadır (Kazak ve Marvin 1984; akt. Güven, 2010).

1.3.2 Niteliksel Açıdan Sosyal Destek

Bu yaklaşım, kişilerin sahip oldukları sosyal desteğin sağladığı yardımlar üzerine odaklanmaktadır. Bu destekler genel olarak maddi, duygusal ve bilişsel destekler olarak belirtilmektedir (Banaz, 1992; akt. Çetin, 2009).

1.3.3 Algılanan Sosyal Destek

Sosyal destekle ilgili bir diğer kavram da “algılanan sosyal destek”’tir. Algılanan sosyal destek, kişinin sahip olduğu sosyal destek ağının yeterince destekleyici olup olmadığı hakkındaki izlenimi olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin sahip oldukları duygu ve biliş durumunun, yaşam tecrübelerinin ve kişilik özelliklerinin, algılanan sosyal destek kavramında etkili olduğu belirtilmektedir (Sorias,1988; akt. Selçuk, 2010). Cinsiyet ve yaş gibi faktörlerin de algılanan sosyal destek üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (Sorias, 1988; akt. Okanlı, 1999).

Özellikle günümüzde yapılan araştırmalarda sosyal desteğin yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin kendi izlenimlerini yani algılanan sosyal desteği temel alan araştırma sayıları artmaktadır (Coyne ve Downey 1991, Ell 1996, Hupcey 1998, Winemiller ve ark. 1993; akt. Eker ve ark., 2001).

1.4 Sosyal Destek Türleri

Sosyal destek ile yapılan çalışmalarda incelendiğinde maddi destek, takdir desteği, bilgisel destek, beraberlik desteği v.s. olmak üzere farklı bir çok sosyal destek çeşitlerinin olduğu görülmektedir. Bu sosyal destek türlerini iki ana başlık altında ele alabiliriz.

Bunlar; duygusal-sosyal destek ve araçsal desteklerdir (Kaner, 2004; Sucuoğlu, 2009; akt. Aslan, 2010).

1.4.1 Duygusal-Sosyal Destek

Bu destek türü bireylerin akrabaları, arkadaşları, yakın çevresinde bulunan kişileri, dini ve sosyal grupları içeren sosyal ağlardan oluşmaktadır (Kaner, 2004; akt. Aslan, 2010). Bu destek türü ilgi, sevgi, güven gibi çeşitli duyguların iletilmesi ve destek ağındaki kişilerle bu duygu türleri üzerinde etkileşime girilmesi yoluyla kazanılmaktadır (Kaner, 2004; akt. Aslan, 2010). Beraberlik desteği ise kişilerin boş zamanlarını başkaları ile birlikte geçirmelerine dayanmaktadır (Cohen ve Wills, 1985; House, 1981; akt. Torun, 1995).

1.4.2 Araçsal Destek

Bu destek türü, sorunların çözümlmesine katkıda bulunacak olan bilginin kazanılması ya da becerilerin öğretilmesi gibi bilgi desteğini içerdiği gibi, maddi yardım, bakım hizmetleri gibi çeşitli maddi nitelikli sorunların çözümüne katkıda bulunmak amaçlı olan desteği de içermektedir (Kaner, 2004; Sucuoğlu, 2009; akt. Aslan, 2010).

Destek miktarı, desteğin zamanlaması, desteğin kaynağı, desteğin yapı ve işlevi gibi faktörlerin sosyal destek algısında önemli rol oynadıkları düşünülmektedir. Örneğin; kişilere sunulan sosyal desteğin kısıtlı olmasının kişiler için sorun olarak nitelendirilebileceği gibi gereğinden fazla sunulan destek de kişiler üzerinde stres

yaratmakta olup, kişilerin kendilerini zayıf olarak hissetmelerine neden olabilmektedir (Kaner, 2004; akt. Savcı, 2006).

1.5 SOSYAL DESTEK MODELLERİ

1.5.1 Temel Etki Modeli

Bu model, sosyal destek ile kişilerin sağlık durumu arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Buna göre, bireyler yeterli sosyal desteğe sahip oldukları takdirde hastalıklara neden olduğu düşünülen yüksek seviyede strese maruz kalmayacaklar ve bu sayede sosyal destek ile stresi doğrudan kontrol altında tutabileceklerdir (Henderson, Byrne, Duncan-Jones, 1980; akt. Çetin, 2009). Yeterli sosyal desteğe sahip olmayan bireylerin ise olumsuz durumlar karşısında daha yüksek seviyede stres hissedecekleri ve buna bağlı olarak fiziksel veya psikolojik hastalık geçirme olasılıkları artacaktır (Eker ve Arker, 1995; Özgür, 1993; akt. Aslan, 2010).

1.5.2 Tampon Etkisi Modeli

Tampon etkisi modelinde sosyal desteğin koruyucu etkileri vurgulanmakta olup ve özellikle yüksek düzeyde stres yaşayan bireylere bu modelin yararlı olduğu düşünülmektedir. Sosyal destek, olumsuz yaşam olaylarının, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerindeki zarar verici etkisini azaltma işlevi görmektedir (Sorias, 1992; Ardahan, 2006; akt. Özbaş, 2008).

1.6 Özgül Öğrenme Güçlüğüne Sahip Çocuğu Bulunan Ailelerde Stresle Başa Çıkma ve Sosyal Destek

Aile, toplumun en temel birlikteliğinin simgesidir. Bir çocuğun aileye katılımı ilişkilerde yeniliklere ve çeşitli değişikliklere sebep olmaktadır. Bu nedenle yeni doğan çocukla birlikte eşlerin birbirlerinden, yakınlarından ve yaşadıkları toplumdan beklentileri değişebilmektedir (Akkök, 1992; akt. Aslan, 2010).

“Aile gelecekle ilgili bütün umut, beklenti ve planlarını çocuk üzerine kurup, normal özelliklere sahip bir çocuk beklerken planların dışında farklı özelliklere sahip bir çocuğun dünyaya gelmesi, ailenin yapmış olduğu hazırlıklarında değişiklik yapmasına neden olabilmektedir” (Yıldırım ve Aslan, 2008; akt. Aslan, 2010, s.18).

Ailelerin özel gereksinimli bir çocuğa sahip olmaları aile üyelerinin yaşamlarını, duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını olumsuz yönde etkilen bir durumdur. Çocuklarının özel olması nedeniyle suçluluk ve keder duymak, duruma alışmakta zorlanmak ve yetersizlik duygusu yaşamak, ya da bu durumu inkar etmek gibi olumsuz yaşantılar aile içerisinde strese neden olmaktadır (Küçükler, 1993; akt. Aslan, 2010). Yaşanan bu stres, aile bireylerinde çeşitli sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. “Artan kas gerilimi, kan basıncının yüksek olması, iştahdaki ani değişiklikler, sinir sistemindeki bozukluklar, sürekli devam eden mide rahatsızlıkları, migren, baş ağrıları, uykusuzluk gibi fizyolojik problemler, bir işe konsantre olamama, dalgınlık, unutkanlık, aşırı hayal görme gibi zihinsel süreçler, öfkeli olma, ortada neden yokken ağlama, korkular, geri çekilme, davranışlar arası tutarsızlık, saldırganlık, depresyon gibi duygusal ve psikolojik bozukluklar yaşanabilmektedir” (Durgun, 2001; akt. Aslan, 2010, s.27).

Özel eğitime ihtiyacı olan çocuğa sahip annelerde somatik yakınmalar, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi ruhsal sorunların, özel eğitime ihtiyacı olmayan çocuğa sahip annelere oranla daha yüksek olduğu görülmektedir (Hanson ve Hanline, 1994; Miller ve ark., 1992; akt. Aslan, 2010).

Yapılan araştırmalar, özel gereksinimli çocuğun aile yaşantısına getirdiği ek stresler sonucu olarak aile ilişkilerinin olumsuz yönde etkilendiğini, evlilik ilişkilerinde ve kişisel uyumda azalmalar olabileceğini göstermektedir (Breslau ve Probucki, 1987; Zetlin ve ark., 1987; Girli ve ark., 2000; akt. Aslan, 2010).

Aileler, özel gereksinimli çocuğa sahip olmanın stresini yaşarken, bir yandan da çocuğa nasıl yardımcı olacaklarını öğrenmek amacıyla bilgi sahibi olmaya çalışmaktadırlar. Aileler, bu yeni durumla başa çıkabilmek için birçok yerden destek alma çabalarına girerler. Engelli çocuğun tanısı, hastalığı hakkında yeterli bilgisi olmayan aileler, sürekli bir arayış içine girdikleri için, çocuk için önemli olan diğer aktiviteleri ihmal edebilmektedirler. Ailelerin öğrenim seviyesi, çocuğun gelişimi ile ailenin bu duruma kolay uyum sağlaması için önemli bir faktördür. Yüksek seviyeli öğrenim, ailelerin daha fazla bilgilenmesi ve daha kapsamlı sorun çözme yetenekleri açısından önem taşımaktadır (Aydoğan, 1999; İçöz, 2001; akt. Aslan, 2010).

Ailelerin ekonomik düzeyleri, eğitim durumları, çocuktaki özel gereksinimin şiddeti, çocuğun yaşı, durumu süregelen oluşu gibi çeşitli faktörler anne ve babanın özel gereksinimli çocuğu kabullenme düzeyini, algılama şeklini ve ailelerde çeşitli alanlardaki stres düzeylerini etkilemektedir (Pelchat ve ark., 1995; akt.Turgut, 2008).

Sosyal desteğin, kişiler için stres yaratıcı olan durumu ortadan kaldırmıyor olsa dahi, ailelerde endişe düzeylerini düşürmekte olup, kişilerin kendilerini daha iyimser hissetmelerini sağlamakta ve stresle başa çıkmada alternatif yollar deneme konusunda daha istekli olmaları yönünde motivasyon sağladığı düşünülmektedir (akt. Baltaş, 2000).

Aileler, özel gereksinimli çocuğa sahip olmalarından ötürü, yakın çevresindeki kişilerin kendilerine yeterince anlayış göstermediklerinden yakınmaktadır. Çevresinden gerekli sosyal desteği alamayan ebeveynler, kendilerini ve çocuklarını toplum tarafından dışlanmış olarak hissetmektedirler. Toplumun engelleme bakışının getirdiği sorunlar ve bunlardan etkilenen evlilik ilişkileri de aile üzerinde büyük ölçüde strese neden olmaktadır (Darıca, Gümüşçü ve Pişkin, 2005; akt. Balkanlı, 2008).

Literatürde yapılan çalışmalarda, annelerin babalara oranla özel gereksinimli çocuğu büyütmekte daha ağır görevler üstlendiği ve bu nedenle eşlerinden gereken yardımı alamayan annelerin yaşam memnuniyetlerinin azaldığı görülmektedir (Atzil, 1988; akt. Balkanlı, 2008).

Araştırmalarda, özel gereksinimli çocuğu olan anne ve babaların birinci derecede kendi ailelerinden destek aldıkları ve arkadaş desteklerinin az olduğu görülmektedir. Anne ve babaların bir kısmı destek alabilecek bir kimsenin olmadığını, en çok destek aldıkları kişilerin sırası ile en çok eşleri, anneleri ve kardeşleri olduğunu belirtmektedirler. Algılanan destekten memnuniyetin ise destek sayısı arttıkça arttığı ve buna bağlı olarak da depresyonun azaldığı görülmektedir (Yurdakul ve Girli, 1999).

Özel gereksinimli çocuk ve aile arasındaki bağıncü eğitimin de önemli bir parçasını oluşturmaktadır. “Aile her çocuk için olduğu gibi özel gereksinimli çocuğun da gelişiminde ve eğitiminde büyük role sahiptir. Bu nedenle ebeveynler, çocuklarının fiziksel ve psikolojik açıdan en iyi şekilde büyüme ve gelişmesine olanak sağlayacak olan ortamı hazırlamalı ve bu ortam içinde onlara en yakın kişiler olarak gerekli ilgi,

sevgi ve desteği sağlamalılardır” (Darıca, Gümüşçü ve Pişkin, 2005; akt. Balkanlı, 2008, s.30).

1.7 ARAşTIRMANIN AMACI

Araştırma konusunun seçiminde, araştırmacının ÖÖG tanısına sahip çocuklarla yapmış olduğu gözlemler etkili olmuştur. Bu tanıya sahip çocuğu bulunan ailelerin (özellikle annelerin) algılanan sosyal destek seviyelerinin düşük olduğu ve stresle başa çıkmada güçlük yaşadıkları araştırmacı tarafından gözlenmiştir.

Bu çalışmanın amacı, ÖÖG tanılı çocuğa sahip olan annelerin, algılanan sosyal destek düzeylerinin ve stresle başa çıkma tarzlarının incelenmesidir. Araştırmanın bağımsız değişkeni annelerin ÖÖG tanısına sahip çocuğu bulunması ve algıladıkları sosyal destek düzeyi iken, araştırmanın bağımlı değişkeni stresle başa çıkma tutumlarıdır. Araştırma kapsamında sınanacak olan temel hipotez ÖÖG tanılı çocuğa sahip olan annelerin, algılanan sosyal destek düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları ile kişilerin demografik profilleri arasında bir farklılığın olduğudur.

Araştırma kapsamında şu sorulara cevap aranmaya çalışılacaktır:

- 1) ÖÖG tanısına sahip çocuğu olan annelerin algılanan sosyal destek düzeyleri herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip olan annelere göre farklılık göstermekte midir?
- 2) ÖÖG tanısına sahip çocuğu olan annelerin stresle başa çıkma tutumları, herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip olan annelere göre farklılık göstermekte midir?
- 3) ÖÖG tanısına sahip çocuğu olan annelerin algılanan sosyal destek düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları, demografik özelliklere göre farklılık göstermekte midir?

1.8 ARAşTIRMANIN ÖNEMİ

Özgül Öğrenme Güçlüğu günümüzde yaygın olarak görülmektedir. Alan yazınında yapılan araştırmalarda ÖÖG’li çocuğa sahip olan annelerin, algılanan sosyal destek düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarını inceleyen çok az sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Sorunun çeşitli değişkenler açısından ele alınıp değerlendirilmesiyle alana katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

2.YÖNTEM

2.1 ARAŞTIRMA MODELİ

Araştırmada ÖÖG tanısına sahip çocuğu bulunan annelerin algılanan sosyal destek düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumlarını incelemek amacıyla deney ve kontrol gruplu, tek ölçümlü yarı deneysel yöntem kullanılmıştır. Bulduk'a göre (2008), yarı deneysel yöntem, deney ve kontrol gruplarının seçkisiz yol ile belirlenemediği durumlarda kullanılmaktadır.

Bu kapsamda, bu çalışmada ÖÖG tanılı çocuğa sahip anneler ile herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin algılanan sosyal destek düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumları incelenmiştir.

2.2 ÇALIŞMA GRUPLARI

Araştırmanın çalışma gruplarını İstanbul Anadolu yakasında DSM-IV-TR tanı kriterine göre ÖÖG tanısı almış çocuğa sahip anneler ve herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip anneler oluşturmaktadır. ÖÖG tanısına ek olarak herhangi bir komorbid tanıya sahip olan çocuk anneleri değerlendirilmeye alınmamıştır.

Araştırmanın deney grubunu oluşturan anneler, İstanbul Anadolu yakasında yer alan ve ÖÖG modülü içeren 12 özel eğitim ve rehabilitasyon merkezine devam eden çocuk annelerinden oluşmaktadır. Araştırmanın kontrol grubunu oluşturan anneler ise İstanbul Anadolu yakasında herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerden oluşmaktadır. Araştırma kapsamında ulaşılan annelerin eğitim durumlarının ve sosyoekonomik düzeylerinin araştırma sonuçlarını etkilemesini önlemek amacıyla MEB'e bağlı devlet okullarındaki öğrenci anneleri çalışmaya alınmıştır. Araştırmada ÖÖG tanısına sahip çocuğu olan 35, herhangi bir tanısı olmayan çocuğa sahip 35 olmak üzere toplam 70 anneye ulaşılmıştır.

Tablo 2.1 Araştırmaya Katılan Annelerin Çocuklarının Cinsiyetine İlişkin Betimleyici Bulgular

<i>Cinsiyet</i>	Kız		Erkek		Toplam (N)
	N	%	N	%	
Ö Ö G Tanılı	15	41,7	20	58,8	35
Tanısı Olmayan	21	58,3	14	41,2	35
					70

Araştırma kapsamında değerlendirilen çocuklardan, Ö Ö G tanılı olanların 15'i kız, 20 tanesi erkektir. Herhangi bir tanısı bulunmayan çocukların ise 21'i kız, 14'ü erkektir.

Tablo 2.2 Araştırmaya Katılan Annelerin Çocuk Doğumlarına İlişkin Betimleyici Bulgular

<i>Doğum Türü</i>	Normal Doğum		Sezeryan		Toplam (N)
	N	%	N	%	
Ö Ö G Tanılı	19	47,5	16	53,3	35
Tanısı Olmayan	21	52,5	14	46,7	35
					70

Elde edilen bulgulara göre Ö Ö G'li çocukların 19'u normal doğum ile 16'sı ise sezeryan doğum ile dünyaya gelmiştir. Herhangi bir tanısı bulunmayan çocukların ise 21'i normal doğum ile 14'ü ise sezeryan yolu ile dünyaya gelmiştir.

Tablo 2.3 Araştırmaya Katılan Annelerin ve Eşlerinin Eğitim Durumlarına İlişkin Betimleyici Bulgular

<i>Anne – Eğitim</i>	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Lisansüstü	Diğer	Toplam (N)
Ö Ö G Tanılı	23	4	6	1	0	1	35
Tanısı Olmayan	13	11	9	1	1	0	35
							70
<i>Baba – Eğitimi</i>	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Lisansüstü	Diğer	Toplam (N)
Ö Ö G Tanılı	17	5	10	2	0	1	35
Tanısı Olmayan	4	13	13	2	3	0	35
							70

Ebeveynlerin eğitim durumlarına bakıldığında, Ö Ö G'li çocuk annelerinin 23'ü ilkokul, 4'ü ortaokul, 6 tanesi lise, 1 tanesi üniversite eğitimine sahip iken herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin 13'ü ilkokul, 11'i ortaokul, 9'u lise, 1'i üniversite ve 1 tanesi de lisansüstü seviyede eğitime sahiptirler.

Eşlerin eğitim durumları incelendiğinde; Ö Ö G'li çocuklara sahip annelerin eşlerinin 17'si ilkokul, 5'i ortaokul, 10 tanesi lise, 2 tanesi üniversite mezunu iken, herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip eşlerin 4'ü ilkokul, 13'ü ortaokul, 13'ü lise, 2'si üniversite ve 3 tanesi de lisansüstü seviyede eğitime sahiptirler.

Tablo 2.4 Araştırmaya Katılan Annelerin ve Eşlerinin Çalışma Durumları ve Gelir Durumlarını

Betimleyici Bulgular

		Anne		Baba					
		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Ebeveyn Çalışma									Toplam (N)
Ö Ö G Tanılı		4	25	31	57,4	30	50,8	4	44,4
Tanısı Olmayan		12	75	23	42,6	29	49,2	5	55,6
									70
Gelir Durumu		Düşük		Orta		Yüksek			
		N	%	N	%	N	%	Toplam (N)	
Ö Ö G Tanılı		14	58,3	18	41,9	3	100	35	
Tanısı Olmayan		10	41,7	25	58,1	0	0	35	
									70

Elde edilen bulgulara göre Ö Ö G'li çocuklara sahip annelerin 4'ü çalışmakta, 31 tanesi ise çalışmamaktadır. Herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin 12'si çalışmakta olup 23 tanesi ise çalışmamaktadır. Annelerin vermiş olduğu bilgilere göre Ö Ö G'li çocuğa sahip eşlerin 30'u çalışmakta olup, 4'ü ise çalışmamaktadır. Diğer taraftan, herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip eşlerin ise 29'si çalışmakta olup, 5'i ise çalışmamaktadır.

Ailelerin gelir durumları incelendiğinde; Ö Ö G'li çocuklara sahip annelerin 14'ü ekonomik durumlarını düşük olarak, 18'i ekonomik durumlarını orta ve son olarak 3'ünün ekonomik durumlarını yüksek olarak belirttikleri görülmektedir. Diğer taraftan herhangi bir tanısı bulunmayan çocuklara sahip annelerin 10'u ekonomik durumlarını düşük olarak, 25'i ise ekonomik durumlarını orta seviyede olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 2.5 Araştırmaya Katılan Annelerin Çocuk Sayısı Yaşları ile Eş ve Çocuklarının Yaşlarının Betimleyici Değerleri (N=70)

Değişken	Çalışma Grubu	\bar{X}
Çocuk Yaşı	ÖÖG Tanılı	10,59
	Tanısı Olmayan	8,89
Anne Yaşı	ÖÖG Tanılı	37,93
	Tanısı Olmayan	35,24
Eşin Yaşı	ÖÖG Tanılı	42,03
	Tanısı Olmayan	39,41
Çocuk Sayısı	ÖÖG Tanılı	2,63
	Tanısı Olmayan	2,20

Araştırmaya katılan annelerin yaşları 26 ile 48 arasında ($\bar{X}_{\text{ÖÖG}} = 37.93$; $\bar{X}_{\text{Normal}} = 35.24$); çocukların yaşları 7 ile 14 arasında ($\bar{X}_{\text{ÖÖG}} = 10.59$; $\bar{X}_{\text{Normal}} = 8.89$) ve eşlerin yaşları 30 ile 51 arasında değişmekte olduğu görülmüştür ($\bar{X}_{\text{ÖÖG}} = 42.03$; $\bar{X}_{\text{Normal}} = 39.41$). Katılımcı annelerin çocuk sayıları 1 ile 7 arasında değişmekte olduğu saptanmıştır ($\bar{X}_{\text{ÖÖG}} = 2.63$; $\bar{X}_{\text{Normal}} = 2.20$).

2.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

2.3.1 Demografik Bilgi Formu (EK I)

Araştırmaya katılan çocukların ebeveynlerine ait demografik özelliklerin belirlenmesi amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan Demografik Bilgi Formu kullanılmıştır. Bu form örneklemin yaş, cinsiyet, sosyo-kültürel ve ekonomik düzeylerini belirlemeyi amaçlayan çeşitli sorulardan oluşmaktadır.

2.3.2 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (EK II)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiş olup ülkemizde Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılığı ve güvenirliği oldukça yüksek bulunmuş, Cronbach alfa katsayısı .78 - .92 olarak bulunmuştur (Eker

ve Arkar, 1995). Ölçek toplam 12 maddeden oluşan "Kesinlikle hayır" dan "Kesinlikle evet" e kadar 1,2,3,4,5,6,7 şeklinde 7 dereceli olarak düzenlenmiş likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin; bireylerin destek kaynaklarını yansıtan aile, arkadaş, özel kişi desteği (komşu, flört, doktor, hemşire v.s) olmak üzere üç alt grubu bulunmaktadır ve her alt grup 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan 3,4,8,11. maddeler aile; 6,7,9,12. maddeler arkadaş desteğini belirtirken 1,2,5,10. maddeler ise özel kişi desteğini ölçmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28'dir. Alt ölçeklerden alınan puanların toplanması ile toplam ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçeğin bütününden alınabilecek en düşük toplam puan 12, en yüksek toplam puan ise 84'tür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Eker ve Arkar, 1995; Eker ve ark., 2001).

2.3.3 Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ) (EK III)

Carver ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiş 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin Türkiye için uyarlama ve güvenirlik çalışmaları 2005 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Buna göre ölçeğin Cronbach alfa değeri .79 olarak bulunmuştur. Ölçek, 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmuştur. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapmayı sağlar. 60 farklı durum dört seçenek üzerinden yanıtlandırılır. Bu yanıtlar:

1=Asla böyle bir şey yapmam, 2= Çok az böyle yaparım, 3= Orta derecede böyle yaparım,

4= Çoğunlukla böyle yaparım.

Alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olasılığı verir. Bu alt ölçek şunlardır:

1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme,
2. Zihinsel boş verme,
3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma,

4. Yararlı sosyal destek kullanım ı,
5. Aktif başa çıkma ,
6. İnk ar,
7. D ini olarak başa çıkma ,
8. Şakaya vurma ,
9. Davranışsal olarak boş verme ,
10. Geri durma ,
11. Duygusal sosyal destek kullanım ı,
12. Madde kullanım ı,
13. Kabullenme ,
14. Diğer meşguliyetleri bastırma ,
15. Plan yapma .

2.4 İŞLEM

Araştırma, ÖÖG tanısı ile İstanbul Anadolu yakasında özel eğitim ve rehabilitasyon merkezine devam eden çocuğu bulunan anneler ile İstanbul Anadolu yakasındaki devlet okullarının ilköğretim sınıflarında okumakta olup, herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip anneler ile gerçekleştirilmiştir. Anneler araştırma hakkında bilgilendirilip onayları alınarak çalışmaya dahil edilmişlerdir. Çalışma gönüllülük esasına dayanarak gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan önce Demografik Bilgi Formu, ardından sırasıyla Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğini cevaplandırmaları istenmiştir. Katılımcıların ölçekleri samimiyetle cevaplandırdıkları varsayılmıştır.

2.5 VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma kapsamında yapılan istatistiksel işlemlerin gerçekleştirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 17.0 istatistik programı kullanılarak dağılıma uygun istatistiksel analiz yöntemleriyle gerçekleştirilmiştir. Yapılan Kolmogorov-Smirnov normallik testi sonuçlarına göre hiçbir alt boyut için anlamlı sonuç elde edilememiştir. Demografik özelliklere ait betimleyici değerleri belirlemek için frekans ve yüzde değerlerinden yararlanılmıştır. Araştırmaya ilişkin değişkenlerin analizinde altboyutların çocuğun tanısının olması ya da olmaması değişkenlerine göre farklılaşp farklılaşmadığının

belirlenmesi için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), çocuğun tanısının olması ya da olmaması değişkenine göre başa çıkma tutumlarının üç ana grupta farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi için gruplar arası T testi, parametrik özellik göstermeyen demografik değişkenler arasındaki farklılığı belirlemek üzere ise Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Elde edilen veriler $p < .05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.B U L G U L A R

Bu bölümde çalışmanın giriş bölümünde yer alan araştırma sorularına yanıt bulmak amacıyla gerçekleştirilen istatistiksel analizlere ait bulgulara yer verilmiştir. Elde edilen verilerin analiz türünü belirlemek üzere Kolmogorov Smirnov testi uygulanmıştır.

Tablo 3.1 Araştırmada Yer alan Altboyutların Kolmogorov Smirnov Normallik Testi Sonuçları

	En Uç Değ.			Z	p
	Mutlak	Pozitif	Negatif		
Problem Odaklı Başa Çıkma					
Aktif Başa Çıkma	0,5	0,5	0	0,5	0,964
Geri Durma	0,5	0,5	-0,5	0,5	0,964
Plan Yapma	0,5	0,5	0	0,5	0,964
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	0,5	0,5	-0,5	0,5	0,964
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	0,5	0,5	0	0,5	0,964
Duygu Odaklı Başa Çıkma					
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	0,5	0	-0,5	0,5	0,964
Dini Olarak Başa Çıkma	0,5	0	-0,5	0,5	0,964
Şakaya Vurma	0	0	0	0	1
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	0,5	0,5	-0,5	0,5	0,964
Kabullenme	1	1	0	1	0,27
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma					
Davranışsal Olarak Boşverme	0,5	0	-0,5	0,5	0,964
Madde Kullanımı	0,5	0	-0,5	0,5	0,964
İnkâr	0	0	0	0	1
Zihinde Boşverme	0,5	0,5	-0,5	0,5	0,964
Soruna Odaklanmak ve Duyguları Açığa Vurmak	0,5	0,5	-0,5	0,5	0,964
Sosyal Destek					
Aile Desteği	0,5	0	-0,5	0,5	0,964
Arkadaş Desteği	1	0	-1	1	0,27
Özel Kişi Desteği	0,5	0	-0,5	0,5	0,964

Test sonuçlarına göre veriler parametrik bir dağılım göstermektedir.

Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ), on beş alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar, problem odaklı başa çıkma yöntemi, duygu odaklı başa çıkma yöntemi ve işlevsel olmayan başa çıkma yöntemi olmak üzere üç şekilde sınıflandırılmaktadır. Yöntem de açıklandığı üzere irdelenen araştırmaya ilişkin ölçeklerin alt boyutlarının çokluğu nedeniyle elde edilen bulgular gruplandırılarak çalışmaya sunulmuştur.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ) altboyutları puanlarının çocuğun ÖÖG'li olması ya da olmaması değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi amacıyla her alt boyut için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulanmıştır.

Tablo 3.2 Çocuğun ÖÖG Tanılı Olması ya da Olmaması Durumuna Göre ÇBASDÖ ve BÇTDÖ

Altboyutları ile Tek Yönlü Varyans Analizi

		Kareler Top	df	Kare Ort.	F	p
Problem Odaklı Başa Çıkma						
Aktif Başa çıkma	Gruplar Arası	111,3	1	111,309	29,231	0.000*
	Gruplar İçi	251,3	68	3,808		
	Toplam	362,6	69			
Geri Durma	Gruplar Arası	0,229	1	0,229	0,111	0,74
	Gruplar İçi	139,5	68	2,052		
	Toplam	139,7	69			
Plan Yapma	Gruplar Arası	142,8	1	142,857	37,33	0.000*
	Gruplar İçi	260,2	68	3,827		
	Toplam	403,1	69			
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Gruplar Arası	264,1	1	264,059	52,963	0.000*
	Gruplar İçi	329,1	68	4,986		
	Toplam	593,1	69			
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Gruplar Arası	14,6	1	14,629	5,063	0,028*
	Gruplar İçi	196,4	68	2,889		
	Toplam	211,1	69			
Duygu Odaklı Başa Çıkma						
Dini Olarak Başa Çıkma	Gruplar Arası	70	1	70	8,214	0,006*
	Gruplar İçi	579,4	68	8,522		
	Toplam	649,4	69			
Şakaya Vurma	Gruplar Arası	0,129	1	0,129	0,058	0,81
	Gruplar İçi	150,8	68	2,218		
	Toplam	150,9	69			
Duyusal Sosyal Destek Kullanımı	Gruplar Arası	248,9	1	248,914	43,148	0.000*
	Gruplar İçi	392,2	68	5,769		
	Toplam	641,2	69			
Kabullenme	Gruplar Arası	3,6	1	3,657	0,824	0,367
	Gruplar İçi	301,8	68	4,439		
	Toplam	465,2	69			
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	Gruplar Arası	127,1	1	127,191	36,106	0.000*
	Gruplar İçi	232,5	68	3,523		
	Toplam	359,6	69			
Sonuçlar $p < .05$ anlamlılık düzeyine göre hesaplanmıştır.						

Tablo 3.2 Çocuğun ÖÖG Tanılı Olması ya da Olmaması Durumuna Göre ÇBASDÖ ve BÇTDÖ Altboyutları ile Tek Yönlü Varyans Analizi (Devam)

İşlevsel Olmayan Başa Çıkma						
İnkar	Gruplar Arası	2,118	1	2,118	0,848	0,36
	Gruplar İçi	164,7	68	2,496		
	Toplam	166,8	69			
Zihinde Boş Verme	Gruplar Arası	38,2	1	38,25	9,634	0,003*
	Gruplar İçi	262,1	67	3,97		
	Toplam	300,2	68			
Soruna Odaklanmak ve Duyguları Açığa Vurma	Gruplar Arası	248,5	1	248,529	56,516	0,000*
	Gruplar İçi	290,2	68	4,398		
	Toplam	538,7	69			
Davranışsal Olarak Boş Verme	Gruplar Arası	185,6	1	185,657	45,162	0,000*
	Gruplar İçi	279,5	68	4,111		
	Toplam	465,2	69			
Madde Kullanımı	Gruplar Arası	7,557	1	7,557	1,307	0,257
	Gruplar İçi	393,3	68	5,784		
	Toplam	400,8	69			
Sosyal Destek						
Aile Desteği	Gruplar Arası	101,3	1	101,309	2,341	0,131
	Gruplar İçi	2856,5	68	43,28		
	Toplam	2957,8	69			
Arkadaş Desteği	Gruplar Arası	503,3	1	503,309	13,058	0,001*
	Gruplar İçi	2543,9	68	38,544		
	Toplam	3047,2	69			
Özel Kişi Desteği	Gruplar Arası	820,3	1	820,3	14,883	0,000*
	Gruplar İçi	3692	68	55,116		
	Toplam	4513,1	69			
Sonuçlar p<.05 anlamlılık düzeyine göre hesaplanmıştır.						

Tablo 3.3 Çocuğun Ö Ö G Tanılı Olması ya da Olmaması Durumuna Göre ÇBASDÖ ve BÇTDÖ

Altboyutlarındaki Ortalama Değerleri

		X	SD	Min.	Maks.
Problem Odaklı Başa Çıkma					
Aktif Başa Çıkma	Ö Ö G Tanılı	9,2941	1,93108	6	16
	Tanıslı Olmayan	11,8529	1,9715	9	16
Geri Durma	Ö Ö G Tanılı	10,1143	1,49059	7	13
	Tanıslı Olmayan	10	1,37199	8	13
Plan Yapma	Ö Ö G Tanılı	9,2571	2,00504	5	15
	Tanıslı Olmayan	12,1143	1,9062	8	15
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Ö Ö G Tanılı	10,2353	2,62919	4	16
	Tanıslı Olmayan	14,1765	1,74895	10	17
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Ö Ö G Tanılı	9,4286	1,89869	7	15
	Tanıslı Olmayan	10,3429	1,47415	7	14
Duygu Odaklı Başa Çıkma					
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	Ö Ö G Tanılı	9,9118	2,06512	4	15
	Tanıslı Olmayan	12,6471	1,66756	8	15
Dini Olarak Başa Çıkma	Ö Ö G Tanılı	12,9143	2,82188	6	16
	Tanıslı Olmayan	10,9143	3,01342	5	16
Şakaya Vurma	Ö Ö G Tanılı	4,6286	1,71646	4	12
	Tanıslı Olmayan	4,5429	1,22097	4	9
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Ö Ö G Tanılı	9,9143	2,90407	4	16
	Tanıslı Olmayan	13,6857	1,76187	10	16
Kabullenme	Ö Ö G Tanılı	11,1429	2,40273	7	15
	Tanıslı Olmayan	10,6857	1,76187	8	15
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma					
Davranışsal Olarak Boşverme	Ö Ö G Tanılı	9,4286	2,34252	4	13
	Tanıslı Olmayan	6,1714	1,65362	4	10
Madde Kullanımı	Ö Ö G Tanılı	4,9143	2,21454	4	12
	Tanıslı Olmayan	5,5714	2,58145	4	12
İnkâr	Ö Ö G Tanılı	5,5	1,71004	4	9
	Tanıslı Olmayan	5,1471	1,43827	4	9
Zihinde Boşverme	Ö Ö G Tanılı	10,6471	2,13033	6	15
	Tanıslı Olmayan	9,1471	1,84444	6	14
Soruna Odaklanmak ve Duyguları Açığa Vurmak	Ö Ö G Tanılı	9,6471	2,48489	5	16
	Tanıslı Olmayan	13,4706	1,61874	11	16
Sosyal Destek					
Aile Desteği	Ö Ö G Tanılı	20,1471	7,76602	4	28
	Tanıslı Olmayan	22,5882	5,12343	11	28
Arkadaş Desteği	Ö Ö G Tanılı	16,6176	7,71859	4	28
	Tanıslı Olmayan	22,0588	4,18468	13	28
Özel Kiş i Desteği	Ö Ö G Tanılı	12,4857	8,0417	4	28
	Tanıslı Olmayan	19,3824	6,72857	4	28

Aktif Başa Çıkma altboyutunun skorları, çocuğun ÖÖG'li olması ya da olmaması değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır ($p < .01$). Bu sonuçlara göre tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin elde ettikleri skorlar, çocuğu ÖÖG'li olan annelerin elde ettikleri skordan daha yüksektir. ($\bar{X}_{normal}=11.85$, $\bar{X}_{öög}=9.29$).

Geri Durma alt boyutlarının skorları, çocuğun ÖÖG tanılı olması ya da olmaması değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaşmaktadır ($p > .05$).

Plan Yapma altboyutunun skorları çocuğun ÖÖG'li olması ya da olmaması değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p < .01$). Bu sonuçlara göre çocuğu ÖÖG'li olan annelerin elde ettikleri skorlar, herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin elde ettikleri skordan daha yüksek bulunmuştur ($\bar{X}_{normal}=9.25$, $\bar{X}_{öög}=12.11$).

Yararlı Sosyal Destek Kullanımı altboyutunun skorları çocuğun ÖÖG'li olması ya da olmaması değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır ($p < .01$). Bu sonuçlara göre; tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin elde ettikleri skorlar, çocuğu ÖÖG'li olan annelerin elde ettikleri skordan daha yüksek saptanmıştır ($\bar{X}_{normal}=14.17$, $\bar{X}_{öög}=10.23$).

Diğer Meşguliyetleri Bastırma altboyutunun skorları çocuğun ÖÖG'li olması ya da olmaması değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p < .05$). Bu sonuçlara göre; çocuğu ÖÖG'li olan annelerin elde ettikleri skorlar, tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin elde ettikleri skordan daha yüksektir ($\bar{X}_{normal}=9.42$, $\bar{X}_{öög}=10.34$).

Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme altboyutunun skorları çocuğun ÖÖG'li olması ya da olmaması değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır ($p < .01$). Bu sonuçlara göre; tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin elde ettikleri skorlar, ÖÖG'li çocuğa sahip annelerin elde ettikleri skordan daha yüksektir ($\bar{X}_{normal}=12.65$, $\bar{X}_{öög}=9.91$).

Dini Olarak Başa Çıkma altboyutunun skorları ise çocuğun ÖÖG'li olması ya da olmaması değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaşmaktadır ($p < .05$). Bu sonuçlara göre; çocuğu ÖÖG'li olan annelerin elde ettikleri skorlar, tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin elde ettikleri skarlardan daha yüksek bulunmuştur ($\bar{X}_{normal} = 10.91$, $\bar{X}_{ÖÖG} = 12.91$).

Şakaya Vurma altboyutunun skorları çocuğun ÖÖG'li olması ya da olmaması değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaşmaktadır ($p > .05$).

Duygusal Sosyal Destek Kullanımı altboyutunun skorları çocuğun ÖÖG'li olması ya da olmaması değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır ($p < .01$). Bu sonuçlara göre; çocuğu ÖÖG'li olan annelerin elde ettikleri skorlar, tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin elde ettikleri skarlardan daha yüksek bulunmuştur ($\bar{X}_{normal} = 9.91$, $\bar{X}_{ÖÖG} = 13.68$).

Kabullenme altboyutlarının skorları çocuğun ÖÖG'li olması ya da olmaması değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaşmaktadır ($p > .05$).

Davranışsal Olarak Boşverme altboyutunun skorları ise çocuğun ÖÖG'li olması ya da olmaması değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p < .05$). Bu sonuçlara göre; çocuğu ÖÖG'li olan annelerin elde ettikleri skorlar, tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin elde ettikleri skarlardan daha yüksek saptanmıştır ($\bar{X}_{normal} = 6.17$, $\bar{X}_{ÖÖG} = 9.42$).

Madde Kullanımı altboyutlarının skorları çocuğun ÖÖG'li olması ya da olmaması değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaşmaktadır ($p > .05$).

İnkâr altboyutunun skorları çocuğun ÖÖG'li olması ya da olmaması değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır ($p > .05$).

Zihinde Boşverme altboyutunun skorları çocuğun ÖÖG'li olması ya da olmaması değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p < .05$). Bu sonuçlara göre; çocuğu ÖÖG'li olan annelerin elde ettikleri skorlar, tanısı olmayan çocuğa sahip annelerden daha yüksektir ($\bar{X}_{normal} = 9.14$, $\bar{X}_{ÖÖG} = 10.64$).

Soruna Odaklanmak ve Duyguları Açığa Vurma altboyutunda da çocuğun Ö Ö G 'li olması ya da olmaması değişkenine göre elde edilen skorlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p < .01$). Bu sonuçlara göre; tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin soruna odaklanmak ve duyguları açığa vurmak altboyutunda elde ettikleri skorlar, çocuğu Ö Ö G 'li olan annelerin elde ettikleri skordan daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{normal}=13.47, \bar{X}_{öög}=9.65$).

Aile Desteği altboyutunun skorları çocuğun Ö Ö G 'li olması ya da olmaması değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır ($p > .05$).

Arkadaş Desteği altboyutunun skorları çocuğun Ö Ö G 'li olması ya da olmaması değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık göstermektedir ($p < .01$). Bu sonuçlara göre; çocuğu Ö Ö G 'li olan annelerin elde ettikleri skorlar, herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin elde ettikleri skordan daha yüksek bulunmuştur ($\bar{X}_{normal}=16.61, \bar{X}_{öög}=22.05$).

Özel Kişi Desteği altboyutunun skorları ise çocuğun Ö Ö G 'li olması ya da olmaması değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır ($p < .05$). Bu sonuçlara göre çocuğu Ö Ö G 'li olan annelerin elde ettikleri skorlar, tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin elde ettikleri skordan daha yüksektir ($\bar{X}_{normal}=12.28, \bar{X}_{öög}=19.38$).

Çocuğun Ö Ö G tanılı olması ya da olmaması durumuna göre Başa Çıkma Tutumlarının üç alt grupta farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla Bağımsız Gruplar T testi uygulanmıştır.

Tablo 3.4 Çocuğun Ö Ö G Tanılı Olması ya da Olmaması Durumuna Göre Başa Çıkma Tutumları
Değerlendirme Ölçeğinin T Testi ile Analizi

	<i>F</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>		<i>X</i>	<i>SD</i>
Problem Odaklı Başa Çıkma	0,361	-6,499	68	0,001*	Ö Ö G Tanılı	48,4	7,14
					Tanımsız Olmayan	58,4	5,38
Duygu Odaklı Başa Çıkma	4,366	-2,699	68	0,009*	Ö Ö G Tanılı	52,6	5,17
					Tanımsız Olmayan	48,5	7,16
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma	0,6	-2,061	68	0,043*	Ö Ö G Tanılı	41	4,87
					Tanımsız Olmayan	38,7	4,41

Sonuçlar $p < .05$ anlamlılık düzeyine göre hesaplanmıştır.

Gerçekleştirilen bağımsız gruplar T testi sonuçlarına göre; herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin Problem Odaklı Başa Çıkma skorları ($\bar{X} = 58.4$, $SD = 5.38$), Ö Ö G tanılı çocuğa sahip annelere ($\bar{X} = 48.4$, $SD = 7.14$) göre istatistiksel olarak daha yüksektir ($p < .05$). Sonuçlara göre, herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin, Ö Ö G tanılı çocuğa sahip annelere kıyasla daha sıklıkla Problem Odaklı Başa Çıkma yöntemini tercih ettikleri görülmektedir.

Ö Ö G tanılı çocuğa sahip annelerin Duygu Odaklı Başa Çıkma toplam skorları ($\bar{X} = 52.6$, $SD = 5.17$) herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelere ($\bar{X} = 48.5$, $SD = 7.16$) göre istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır ($p < .05$). Sonuçlara göre, Ö Ö G tanılı çocuğa sahip annelerin, herhangi bir tanısı bulunmayan annelere oranla daha sıklıkla Duygu Odaklı Başa Çıkma yöntemini tercih ettikleri saptanmıştır.

Ö Ö G tanılı çocuğa sahip annelerin İşlevsel Olmayan Başa Çıkma skorları ($\bar{X} = 41$, $SD = 4.87$), herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelere ($\bar{X} = 38.7$, $SD = 4.41$) göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < .05$). Bulgular, Ö Ö G tanılı çocuğa sahip annelerin herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelere kıyasla daha sıklıkla İşlevsel Olmayan Başa Çıkma yöntemlerini tercih ettiklerini göstermektedir.

Demografik değişkenlerin, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ) altboyutlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Tablo 3.5 Demografik Değişkenlerin ÇBASDÖ ve BÇTDÖ Altboyutları ile Mann Whitney U Testi ile Analizi

	Cinsiyet	Doğum Türü	Anne İş	Doğum da Sorun
	p	p	p	p
Problem Odaklı Başa Çıkma				
Aktif Başa Çıkma	0,545	0,179	0,554	0,128
Geri Durma	0,245	0,793	0,309	0,742
Plan Yapma	0,82	0,767	0,54	0,269
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	0,41	0,235	0,177	0,593
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	0,545	0,179	0,554	0,128
Duygu Odaklı Başa Çıkma				
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	0,382	0,384	0,069	0,966
Dini Olarak Başa Çıkma	0,774	0,815	0,854	0,218
Şakaya Vurma	0,576	0,781	0,527	0,811
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	0,533	0,246	0,834	0,233
Kabullenme	0,658	0,301	0,136	0,077
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma				
Davranışsal Olarak Boş Verme	0,513	0,947	0,638	0,476
Madde Kullanımı	0,526	0,242	0,006*	0,979
İnkâr	0,469	0,137	0,069	0,331
Zihinde Boş Verme	0,321	0,622	0,425	0,809
Soruna Odaklanmak ve Duyguları Açığa Vurma	0,113	0,811	0,521	0,383
Sosyal Destek				
Aile Desteği	0,766	0,664	0,215	0,902
Arkadaş Desteği	0,986	0,917	0,057	0,332
Özel Kişi Desteği	0,748	0,627	0,121	0,059
<i>Not: Koyu renkli anlamlılık değerleri anlamlı sonuçları gösterir (p < .05).</i>				

Demografik değişkenler ile başa çıkma tutumları ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir farklılaşma görülmemiştir. Yalnızca annenin çalışıyor olmaya da olmama değişkenine göre Madde Kullanımı ($\bar{X}_{iş\ var}=6.33$, $\bar{X}_{iş\ yok}=5.17$) altboyut skorları farklılaşmaktadır.

4. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı, ÖÖG tanılı çocuğa sahip olan annelerin ve herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin, algılanan sosyal destek düzeylerinin ve stresle başa çıkma tutumlarının incelenmesidir.

ÖÖG tanılı çocuğa sahip annelerin, stresle başa çıkma tutumları ve algılanan sosyal desteğin çocuğun cinsiyetine göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde; çocuğun kız ya da erkek olmasının annelerde algılanan sosyal destek düzeyi ve stresle başa çıkma tutumları açısından fark yaratmadığı görülmüştür. Frey'in (1989) yaptığı çalışmada özel eğitime ihtiyacı olan çocukların cinsiyetinin annelerin stresle başa çıkma tutumlarında değişim yaratmazken, çocuğun erkek olması babaların stres düzeyinin artmasına neden olmaktadır (Frey, 1989; akt. Aslan, 2010). Beckman'e göre (1983) özel eğitime ihtiyacı olan çocuğun cinsiyetinin annelerdeki stres düzeyi üzerinde etkili olmadığı belirtilmiştir (akt. Sencar, 2007). Araştırma bulgularının literatür ile uyumlu olmasına karşın, "ÖÖG tanısına sahip çocuğu olan annelerin algılanan sosyal destek düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları, demografik özelliklere göre fark göstermektedir? şeklindeki 3. araştırma sorumuza göre araştırma ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılaşma saptanmamıştır.

Demografik değişkenler ile Stresle Başa Çıkma Tutumları Ölçeği ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arasındaki farklılaşma incelendiğinde, annelerin çalışıyor olma durumu ile madde kullanımında anlamlı bir farklılaşma görülmüştür. Literatürde bu konuda yapılan benzer araştırma bulguları mevcuttur. Özel gereksinimli çocuğa sahip ailelerde babaların, annelere oranla daha fazla madde kullanımına yöneldiği bilinmekle birlikte, madde kullanımının annelerde stresle başa çıkmayı yordamadığını gösteren araştırmalar göze çarpmaktadır (Eripek, 1993; akt. Arslan, 2008).

Problem Odaklı Başa Çıkma yöntemleri; Aktif Baş Çıkma, Geri Durma, Plan Yapma, Yararlı Sosyal Destek Kullanımı ve Diğer Meşguliyetleri Bastırma alt alanlarından oluşmaktadır. Herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin Aktif Başa Çıkma ve Yararlı Sosyal Destek Kullanımı alt ölçeklerinde ÖÖG tanılı çocuğa sahip annelere oranla istatistiksel anlamda daha yüksek değerler aldığı görülmüştür. Yararlı sosyal destek kullanımı, kişinin ne yapabileceği ile ilgili bilgi, destek ya da tavsiye almayı

içermektedir. Literatür bulgularına göre özel gereksinimli çocuğa sahip annelerin, çevrelerinden yararlı-yeterli sosyal destek alamadıkları ve bu sebeple duydukları stresle aktif olarak baş etmede zorlandıkları görülmektedir (Altuğ, 2006; akt. Şener, 2009). Sonuçların literatür bulguları ve “Ö Ö G tanısına sahip çocuğu olan annelerin stresle başa çıkma tutumları, herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip olan annelere göre farklılık göstermekte midir?” şeklindeki 2.araştırma sorumuz ile örtüştüğü, gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır.

Problem Odaklı Başa Çıkma yöntemlerinden olan Plan Yapma alt ölçeğinde Ö Ö G tanılı çocuğa sahip annelerin, herhangi bir tanısı olmayan çocuğa sahip annelere göre daha yüksek değerler almaları literatür bulguları ile desteklenmektedir. Özel gereksinimli çocuğa sahip annelerin diğer annelere göre sosyal hizmet birimlerinden daha fazla destek almaları, çocuğun eğitim sürecinde daha fazla plan yapmalarını ve bu nedenle plan yapma yöntemlerini de tercih ettiklerini düşündürmektedir (Paster ve ark. 2009; akt. Şener, 2009). Bulguların, araştırma sorularımızı desteklediği görülmektedir.

Diğer Meşguliyetleri Bastırma alt ölçeğinde Ö Ö G tanılı çocuğa sahip annelerin, diğer annelere göre istatistiksel anlamda daha yüksek değer aldıkları görülmüştür. Bu yöntem her zaman potansiyel bir başa çıkma yöntemi olarak görülmemesine karşın, bazı durumlarda stresle başa çıkmada işlevsel olabilmektedir (Carver ve ark., 1989, akt. Algın, 2009). Ö Ö G tanılı çocuğa sahip annelerin yaşamlarındaki diğer önceliklerin yerine çocukların bakım ve tedavilerini koyuyor olmaları, hastalığın gidişatı açısından önemli olabilmekte ve bu nedenle anneler diğer meşguliyetlerini bastırıp, soruna yönelebilmektedir (Smith ve ark. 2008; akt. Algın, 2009). Sonuçların, “Ö Ö G tanısına sahip çocuğu olan annelerin stresle başa çıkma tutumları, herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip olan annelere göre farklılık göstermekte midir?” şeklindeki 2. araştırma sorumuz ile örtüştüğü, gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır.

Geri Durma alt ölçeğinde Ö Ö G tanısı almış veya almamış anne grupları arasında anlamlı düzeyde farklılık olmadığı saptanmış olup, sonuçların araştırma sorularımız ile desteklenmediği görülmüştür.

Carver'a göre (1989), Problem Odaklı Başa Çıkma yöntemlerine sıklıkla yaşanan stres verici durumla ilgili kişinin olumlu beklentileri olduğunda başvurulmaktadır. Araştırma grubundaki annelerin de Problem Odaklı Başa Çıkma yöntemlerini kullanmaları, çocuklarının hastalıklarına uyum sağlama ve çözüm arama çabalarından kaynaklanıyor olabilmektedir.

Duygu Odaklı Başa Çıkma yöntemlerinden biri olan Dini Olarak Başa Çıkma alt ölçeğinde, ÖÖG tanılı çocuğa sahip anneler ile tanısı bulunmayan anneler arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır. Buna göre, ÖÖG tanılı çocuğa sahip annelerin, herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelere oranla daha yüksek değer aldıkları görülmüştür. Din çoğu zaman emosyonel bir destek kaynağı olarak görülmektedir. Kişiler stres altındayken çeşitli nedenlere dine yönelebilmekte ve bu sayede stresle başa çıkabilmektedir. Fevell'e göre (1989), özel gereksinimli bir çocuğa sahip olmak bir anne-baba için muhtemelen başa çıkılması zor durumlardan biridir ve bu nedenle yaşanan stres büyüktür. Bu stres nedeniyle özel gereksinimli çocuğa sahip olmayı son derece üzüntü verici, küçültücü ve çözülmemeyecek bir problem olarak algılayan, Tanrıya sığındığını ve duruma boyun eğmekten başka bir çaresinin olmadığını düşünen ve anne-babaların sayıca çok olduğunu gösteren çalışmalar dikkat çekmektedir (Damroshch ve Perry, 1989; akt. Aslan 2010). Literatürdeki araştırmalarda özel gereksinimli çocuğa sahip olan annelerin dine sığınmaya sıklıkla başvurdukları görülmektedir. (Miller, 1990; Baum ve Grunberg, 1991; akt. Aslan, 2010). Sonuçların literatür bulguları ve araştırma sorularımız ile desteklendiği saptanmıştır.

Duygu Odaklı Başa Çıkma alt alanlarından biri olan Duygusal Destek Kullanımı alt ölçeğinde ÖÖG tanısı almış veya almamış anneler arasında anlamlı farklılıkların olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre, ÖÖG tanılı çocuğa sahip annelerin, tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerden daha yüksek değer aldıkları görülmektedir. Duygusal Destek Kullanımı, kişinin karşısındakinde sempati ya da duygusal destek arayışını içermektedir. Literatür bulgularında, özel gereksinimli çocuğa sahip ailelerin stresle başa çıkmalarında duygu odaklı başa çıkma yöntemlerini daha çok tercih ettikleri görülmektedir (Şenveli ve ark., 1994; akt. Aslan, 2010). Sonuçların literatür bulguları ve araştırma sorularımız ile örtüştüğü görülmektedir.

Duygu Odaklı Başa Çıkmanın alt alanından olan Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme alt ölçeğinde herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin, ÖÖG tanılı çocuğa sahip annelere oranla daha yüksek değer aldıkları görülmüştür. Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme, bir çeşit emosyon odaklı başa çıkma yöntemidir. Stresli bir yaşam olayını pozitif terimlerle yeniden yapılandırması, kişinin problemle daha kolay başa çıkmasını sağlayabileceğini düşündürmektedir. Yapılan çalışmalarda özel gereksinimli çocuğa sahip ailelerin çocuklarının özel durumu nedeniyle duydukları stresi pozitif olarak yeniden yorumlamakta güçlük yaşadıkları görülmektedir (Şenveli ve ark., 1994; akt. Aslan, 2010). Sonuçların literatür bulguları ve araştırma sorularımız ile desteklendiği görülmektedir.

Duygu Odaklı Başa Çıkma yöntemlerinin alt alanları olan Şakaya Vurma ve Kabullenme alt boyutlarında, ÖÖG tanısı almış veya almamış anneler arasında anlamlı farklılıkların bulunmadığı görülmüştür. Sonuçların araştırma sorularımız ile desteklenmediği saptanmıştır.

İşlevsel Olmayan Başa Çıkma yöntemlerinin bir basamağı olan Davranışsal Olarak Boşverme alt ölçeğinde, ÖÖG tanısı almış veya almamış çocuğa sahip anneler arasında anlamlı düzeyde farklılıklar saptanmıştır. Buna göre; ÖÖG tanılı çocuğa sahip annelerin, herhangi bir tanısı olmayan çocuğa sahip annelere oranla daha yüksek değerler aldıkları görülmüştür. Davranışsal olarak boşverme, “mücadele etmekten vazgeçmeyi” içermektedir. Hedeften vazgeçmek bazen adaptif bir başa çıkma olarak nitelendirilse de genellikle maladaptif başa çıkma olarak tanımlanmaktadır. Literatür bulgularında, özel gereksinimli çocuğa sahip ailelerin, çocuklarının özel olmaları sebebiyle stresle başa çıkmada zorlandıkları ve kimi zaman mücadele etmekten vazgeçtikleri görülmektedir (Özkan, 2004; akt. Sencar, 2007). Sonuçların araştırma soruları ile anlamlı düzeyde desteklendiği ve literatür bulguları ile örtüştüğü görülmektedir.

Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma alt ölçeğinde herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin, ÖÖG tanılı çocuğa sahip annelere oranla anlamlı düzeyde daha yüksek değerler aldıkları görülmüştür. Bu yöntem, kişinin yaşadığı sıkıntı ya da güçlüğü üzerine yoğunlaşma ve bu duyguları açığa vurma eğilimi olarak görülmektedir (Scheff, 1979). Bu tür başa çıkma yöntemi işlevsel olabileceği gibi,

sorunla birlikte duygulara odaklanmanın da uyumu engelleyebileceği düşünülmektedir (Felton, 1984; akt. Durukan ve ark., 2007). Literatürde bulgularında, özel gereksinimli çocuğa sahip annelerin çocuklarının engelli olması nedeniyle utanç ya da üzüntü duydukları ve bu duyguları açığa vurma noktasında sıkıntı yaşadıkları görülmektedir. Engelli çocuğa sahip annelerin stresle başa çıkmada daha fazla çaresiz ve boyun eğitici yaklaşım kullandıkları görülmektedir (Şenveli ve ark., 1994; akt. Aslan, 2010). Sonuçların araştırmaya sorularımız ile desteklendiği saptanmıştır.

İşlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerinden olan Madde Kullanımı alt ölçeğinde ÖÖG tanımlı çocuğa sahip anneler ile herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür. Literatürde yapılan araştırmalarda, özel gereksinimli çocuğa sahip anne ve babalarda aile içi stres nedeniyle boşanma, intihar ve alkol bağımlılığı gibi olaylara daha sık rastlanıldığı görülmektedir. Özel gereksinimli çocuğa sahip ailelerde babaların, annelere oranla daha fazla madde kullanımına yöneldiği bilinmekle birlikte, madde kullanımının annelerde stresle başa çıkmayı yordam adığı düşünülmektedir (Eripek, 1993; akt. Arslan, 2008). Sonuçların literatür bulguları ile örtüşmesine karşın, araştırmaya sorularımızı desteklemediği saptanmıştır.

İşlevsel Olmayan Başa Çıkma yöntemlerinden İnkâr Etme alt ölçeğinde, ÖÖG tanısı almış veya almamış olan çocuğa sahip anneler arasında anlamlı düzeyde bir farklılaşma görülmemiştir. Literatür bulgularında, inkârın stresle karşılaşıldığında erken dönemde yararlı olduğu, ancak sonrasında başa çıkmayı güçleştirdiği görülmektedir. Özel gereksinimli çocuğa sahip annelerin diğer annelere oranla bu yöntemi daha sıklıkla tercih ettikleri görülmektedir (Levin ve ark., 1987; Durukan ve ark., 2008). Sonuçların araştırmaya soruları ve literatür bulguları ile desteklenmediği saptanmıştır.

Zihinsel Olarak Boş Verme alt ölçeğinde, ÖÖG tanısı almış veya almamış çocuğa sahip anneler arasında anlamlı düzeyde farklılaşma saptanmıştır. Buna göre, ÖÖG tanısına sahip annelerin diğer annelere oranla daha sıklıkla bu yöntemi kullandıkları görülmektedir. Zihinsel Olarak Boş Verme, stres yaratan durumla ilişkili düşüncelerden uzaklaşmak için uyumak gibi dikkat dağıtıcı çeşitli yöntemlerin kullanımını içermektedir. Literatürde yapılan çalışmalarda, özel gereksinimli çocuğa sahip ailelerin bu yöntemle sıklıkla başvurdukları görülmektedir (Levin ve ark., 1987; Durukan ve ark.,

2008). Sonuçların araştırma soruları ile desteklendiği ve literatür bulguları ile örtüştüğü görülmektedir.

Annelerin Algılanan Sosyal Destek alt boyutları incelendiğinde; ÖÖG tanılı çocuğa sahip anneler ile herhangi bir tanısı olmayan çocuğa sahip annelerin Aile Desteği alt ölçeğinde aldıkları değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Abbott ve Meredith (1986), özel gereksinimli çocuğa sahip ailelerde, eşlerden alınan desteğin stresle başa çıkmada önemli bir etkisinin olduğunu ileri sürmektedir (akt. Şener, 2009). Özel gereksinimli çocuğa sahip bazı ailelerin stresle daha iyi başa çıkmasının, ailenin kendi içinde sağlam iş olduğu destek sistemiyle ilintili olduğu düşünülmektedir (Kaplan, 1996; Sucuoğlu, 1997, akt. Şener, 2009). Bulguların araştırma soruları ile örtüşmediği görülmektedir.

Arkadaş Desteği alt ölçeği, sahip olunan çocuğun ÖÖG tanılı olması ya da olmaması durumuna göre anlamlı derecede farklılaşmaktadır. Buna göre; ÖÖG tanılı çocuğa sahip annelerin, herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelere oranla daha yüksek değerler aldıkları görülmüştür. Sonuçlar, literatürde yapılan çalışmalarla tutarlılık göstermemektedir. Annelerin, çocuklarının bakımıyla daha çok ilgilendikleri için yaşamlarındaki sosyal rollerden uzaklaştıkları ve sosyal destek ağlarının zayıfladığı ileri sürülmektedir. Bir çeşit sosyal izolasyona uğrayan anneler, stresin etkilerine, psikolojik ve duygusal problemlere daha fazla maruz kalmaktadır (Rodrigue, 1992; Herken ve ark., 2000; Akçakın ve Erden, 2001; akt. Aslan, 2010). Çalışmamızda ÖÖG tanılı çocuğa sahip annelerin, çocuklarının özel durumu nedeniyle rehabilitasyon merkezlerine devam ettikleri bilinmekle birlikte, bu çeşit kurumlarda kendi çocukları ile benzer sorunları yaşayan kişiler ile daha rahat arkadaşlık kurdukları ve bu nedenle arkadaş desteği alt boyutunda daha yüksek değerler aldıkları düşünülmektedir. Sonuçların, “ÖÖG tanısına sahip çocuğu olan annelerin algılanan sosyal destek düzeyleri herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip olan annelere göre farklılık göstermekte midir?” şeklindeki 1. araştırma sorumuz ile desteklendiği görülmektedir.

Özel Kişi Desteği alt ölçeği, çocuğun ÖÖG tanılı olması ya da olmaması durumuna göre anlamlı derecede farklılaşmaktadır. Buna göre; ÖÖG tanılı çocuğa sahip annelerin, herhangi bir tanısı bulunmayan çocuk annelerine göre daha yüksek değerler aldıkları görülmüştür. Özel gereksinimli çocuğa sahip anneler, çocuklarının bakım ve eğitimi

için özel kişilerden (doktor, sosyal hizmet uzmanı, psikolog v.b) daha fazla yardım almakta ve bu kişilerden alınan bilgilerin çocuklarının tedavi sürecinde kritik rol oynadığı düşünülmektedir. Bulguların “ÖÖG tanısına sahip çocuğu olan annelerin algılanan sosyal destek düzeyleri herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip olan annelere göre farklılık göstermekte midir?” şeklindeki 1. araştırma sorumuz ile örtüştüğü görülmektedir.

ÖÖG tanılı çocuğa sahip anneler ile herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin stresle başa çıkma tutumlarından çeşitli alt alanları kullandıkları görülmekle birlikte, herhangi bir tanısı bulunmayan annelerin, ÖÖG tanılı çocuğa sahip annelere oranla Problem Odaklı Başa Çıkma yöntemini daha sıklıkla tercih ettikleri görülmektedir. Bulgular literatürde yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermekte olup, araştırma sorularımız desteklediği görülmektedir.

Çalışmamızda İşlevsel Olmayan Başa Çıkma yöntemlerine ÖÖG tanılı çocuğa sahip annelerin daha sıklıkla tercih ettiği saptanmıştır. Literatürde yapılan çalışmalarda özel gereksinimli çocuğa sahip annelerin, çocuklarının özel durumlarından ötürü duydukları stresle başa çıkmada genellikle işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerini ya da duygu odaklı başa çıkma yöntemlerini tercih ettikleri görülmüş olup bu nedenle karşılaştıkları durumu yönetmekte zorlandıkları görülmektedir (Levin ve ark., 1987; akt. Durukan ve ark., 2001). Bulgular, literatür ve araştırma sorularımız ile örtüşmektedir.

Sonuç olarak:

Problem Odaklı Başa Çıkma Tutumlarından olan Aktif Baş Etme ve Yararlı Sosyal Destek Kullanımı alt boyutları herhangi bir tanısı bulunmayan anneler tarafından tercih edilirken, ÖÖG tanılı çocuğa sahip annelerin Problem Odaklı Başa Çıkma Tutumlarının alt boyutlarından olan Plan Yapma ve Diğer Meşguliyetleri Bastırma yöntemlerini tercih ettikleri görülmektedir. Geri Durma alt boyutu çocuğun ÖÖG tanılı olması veya olmaması durumuna göre farklılaşmaktadır.

Duygu Odaklı Başa Çıkma Tutumlarının alt boyutu olan Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme tanısı olmayan çocuğa sahip anneler tarafından tercih edilirken, Dini Olarak Baş Etme ve Duygusal Destek Kullanımının ÖÖG tanılı çocuğa sahip anneler tarafından daha sıklıkla tercih edildiği görülmektedir. Kabullenme ve Şakaya Vurma alt boyutları

çocuğun ÖÖG tanılı olması veya olmaması durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaşma göstermemektedir.

İşlevsel Olmayan Başa Çıkma yöntemlerinden olan Davranışsal Olarak Boşverme ve Zihinsel Olarak Boşverme ÖÖG tanılı çocuğa sahip anneler tarafından daha sıklıkla tercih edilirken, Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma yöntemi herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip anneler tarafından daha sıklıkla tercih edildiği görülmektedir. Madde Kullanımı ve İnkâr alt boyutları, çocuğun ÖÖG tanılı olması ya da olmamasına göre anlamlı düzeyde farklılaşma göstermemektedir.

Annelerin stresle başa çıkma tutumları karşılaştırıldığında, ÖÖG tanılı çocuğa sahip annelerin Duygu Odaklı Başa Çıkma ve İşlevsel Olmayan Başa Çıkma yöntemlerini, herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelerin ise Problem Odaklı Başa Çıkma yöntemlerini daha sıklıkla tercih ettikleri görülmektedir.

Çocuğun ÖÖG tanısına sahip olması ya da olmaması durumuna göre annelerin Algılanan Sosyal Destek türleri incelendiğinde; Aile Desteği alanında ÖÖG tanılı çocuğa sahip anneler ile herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip anneler arasında anlamlı bir fark görülmezken, Arkadaş Desteği ve Özel Kişi Desteği alanlarında ÖÖG tanılı çocuğa sahip annelerin, herhangi bir tanısı bulunmayan çocuğa sahip annelere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek algılanan arkadaş ve özel kişi desteğine sahip oldukları görülmektedir.

4.1 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Geleceğe Yönelik Öneriler

Bu bölümde, araştırmanın sınırlılıkları ve gelecekte yapılacak olan çalışmalar için önerilere yer verilmiştir.

1. Araştırma kapsamında sadece ÖÖG tanısına sahip çocuğu olan anneler çalışmaya dahil edilmiştir. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, ÖÖG'ye sıklıkla eşlik eden bir bozuluktur. Bu nedenle sadece ÖÖG tanısına sahip çocuk annelerine ulaşmak araştırmanın örneklem büyüklüğü açısından kısıtlılığa yol açmıştır.
2. Araştırma kapsamında oluşturulan örneklem grubu, ücretin devlet tarafından karşılandığı özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerine devam eden çocuğu olan

annelerden oluşmaktadır. Bu sebeple ailelerin sahip olduğu sosyoekonomik seviye düşük-orta seviye ile sınırlanmıştır. Farklı sosyoekonomik seviyede anneler ile yapılacak olan çalışmalarda sosyoekonomik değişkenin, annelerde algılanan sosyal destek düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumları arasındaki ilişkiyi etkileyebileceği düşünülmektedir.

3. Çocukların eğitim ve öğretim sürecinde genellikle annelerin aktif olması ve ulaşılabilirliğin babalara oranla daha yüksek olması nedeniyle araştırmaya sadece anneler alınmıştır. Bu nedenle babaların algılanan sosyal destek düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumları incelenememiştir. Bu konuda babaların da katılım sağladığı farklı araştırmalar yapılmasının önemli olabileceği düşünülmektedir.
4. Araştırmaya katılan annelerin eğitim düzeyinin düşük seviye ile sınırlı kaldığı görülmektedir. Farklı eğitim seviyelerine sahip anneler ile yapılacak olan çalışmaların, algılanan sosyal destek düzeyi ve stresle başa çıkma tutumlarında değişiklik yaratacağı düşünülmektedir.
5. Özel gereksinimli çocuğa sahip aileler ile çalışan uzmanlar tarafından ailelere stresle başa çıkma yollarının ve sosyal destek sistemlerinin tanıtılmasının, süreçle başa çıkma noktasında önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Ağargün, M. Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü. K., Özer, Ö. A. ve Kara, H. (2005). COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirmeye Ölçeği: Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 221 – 226.
- Akkök, F., Askar, B. & Karancı, N. (1992). Özürlü bir çocuğa sahip anne-babalardaki stresin yordanaması, *Özel Eğitim Dergisi*, 1992, 1 (2), 8-12.
- Akmanış, B. (2010). Otistik Çocuğu Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Desteğe Göre Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul:Maltepe Üniversitesi.
- Algın, F. (2009). Şizofreni Hastalarında Başa Çıkma Tutumlarının Umutsuzluk, İntihar Davranışı ve İçgörüsü ile İlişkisi. *Uzmanlık Tezi*. İstanbul: Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 6.Psikiyatri Birimi
- Amerikan Psikiyatri Birliği, (2005) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Revised. DSM IV Tanı Ölçütleri*, (Çev. E. Köroğlu), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Arnold L. E: Learning Disorders (1990): *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents* (ed: Garfinkel B., Carlson, G.A, Weller E.B.) W.B Saunders Company, 237- 256.
- Aslan, Ç. (2010). Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Anne ve Babaların Psikolojik Belirtileri, Sosyal Destek Algıları ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Karşılaştırılması.*Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul:Maltepe Üniversitesi.
- Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J., & Hoeksema, S.N. (2002). Stres, Sağlık ve Başa Çıkma, Agolan, Y.,(Çev.), *Psikolojiye Giriş*, İstanbul: Arkadaş Yayınevi.
- Balkanlı, N. (2008). Otistik Çocuğu Olan ve Olmayan Annelerde Yaşam Kalitesi, Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Maltepe Üniversitesi.

- Baltaş, Z. (2008). *Sağlık Psikolojisi*, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Baltaş, A., & Baltaş, Z. (1993). *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. On Üçüncü Baskı, Ankara: Remzi Kitabevi.
- Baltaş, Z. (2000). Sağlık Psikolojisi Halk Sağlığında Davranış Bilimleri, *Stres ve Sağlık*, (133-170), İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Bulduk, S. (2008). *Psikolojide Deneysel Araştırma Yöntemleri*, İstanbul: Çantay Kitabevi.
- Carver, S. C., Scheier, M. F., & Weintraub, K. J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Cohen, S., Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Çetin, H. (2009). Bulgaristan Göçmeni Yaşlılarda Sosyal Ağ ve Sosyal Destek. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi.
- Durukan, İ. ve ark. (2008). DEHB olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kullanılan başa çıkma yöntemleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008(9), 217-223.
- Eker, D., & Aker, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 10 (34), 45-55.
- Eker, D., Arkar, H., & Yıldız, H. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (1), 17-25.
- Eryılmaz, A. (2009). Ergenlik döneminde stres ve stresle başa çıkma. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. Aralık, 2009(2), 20-37.
- Felton, B. J., Revenson T. A., Hinrichsen G. A. (1984). *Stres and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically adults*. *Soc Sci Med*, 889-898.

- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of Personal and Social Psychology*, 46, 839-52.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & ve DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
- Frey, K.S., Greenberg, M.T., and Fewell, R. (1989). Stress and coping among parents of handicapped children: A multidimensional approach. *American Journal on Mental Retardation*, 94, 240-249.
- Güven, K. (2010). Marmara Depremi Ni Yaşayan Yetişkinlerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Travma Sonrası Gelişim ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 58-63.
- Kaner, S. (2004). Engelli Çocukları Olan Ana Babaların Algıladıkları Stres, Sosyal Destek ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi, *Yayınlanmamış Araştırma Raporu*, Ankara.
- Karasar, N. (2012). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. İstanbul: Nobel Yayınları, s. 81.
- Korkmazlar, Ü., ve Sürücü, Ö. (2007). Öğrenme Bozuklukları. A. Soykan Aysev ve Y.Taner Işık (Ed), *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (309-326). İstanbul: Golden Print.
- Küçükler, S (1993). Özürlü çocuk ailelerine yönelik psikolojik danışmanlık hizmetleri. *Özel Eğitim Dergisi*, 1 (3), 23-29
- Küçükler, S. (2001). Erken eğitim in gelişimsel geriliği olan çocukların anne-babalarının stres ve depresyon düzeyleri üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Özel Eğitim Dergisi*, 3(1), 111.
- Lazarus, R.S.,& Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Verlag.
- Lazarus, R.S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55, 655-673.

- Lazarus, R.S.(1975). The concepts of stress, *Social Stress and Disease*, Volume 1.
- Levine, J., Warrenburp, S., Kerns, R. (1987). The Role of Denial in Recovery from Coronary Heart Disease. *Psychosom Med.* 49:109-17.
- Morrison, V., & Bennet, P. (2006). Stress and illness moderators. In V. Morrison & P. Bennet (Eds) *An Introduction to Health Psychology* (pp. 336-343). Pearson Education Limited.
- Mukaddes, N. (2001). Öğrenme bozuklukları. Ö. Polvan (Ed.). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Ders Kitabı* (pp. 70-73).İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Okanlı, A. (1999).Hemşirelik Öğrencilerinin Aile ve Arkadaşlarından Algıladıkları Sosyal Destek ile Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişki. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Erzurum : Atatürk Üniversitesi, 4-7.
- Okanlı, A., Ekinci, M., Gözüağca, D. ve Sezgin, S. (2004). Zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları psikososyal sorunlar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1-8
- Özbaş, A. (2008). Meme Kanseri Hastalarının Distres ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi, 20-25.
- Savcı, A. (2006). Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Erzurum : Atatürk Üniversitesi, 11-17.
- Scheff, T.J. *Catharsis in healing ritual and drama*. Berkeley, University of California, 1979.
- Selçuk, A.(2010). Sosyal Destek ve Mental Sağlık Durumunda Sosyoekonomik Sağlık Eşitsizlikleri. *Yüksek Lisans Tezi*. Konya: Selçuk Üniversitesi, 29-31.
- Sencar, B. (2007). Otistik Çocuğa Sahip Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek ve Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi

- Silver, L. B. (1996). Developmental Learning Disorders: Child and Adolescent Psychiatry, (ed: Lewis M.) 520-526.
- Sorias, O. (1988). Sosyal desteklerin ruhsal sağlığı koruyucu etkisinin depresyonlu ve sağlıklı kontrollerde araştırılması . *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(3), 1033-1039.
- Sucuoğlu, B. (1995). Ö zürlü ç ocuğu olan anne-babaların gereksinimlerinin belirlenmesi. *Çocuk Ruh Sağlığı Dergisi*, 2 (1), 10-18.
- Sucuoğlu, B (1996). Kaynaştırma programlarında anne-baba katılım ı, *Özel Eğitim Dergisi*, 2(2), 25-43.
- Torun, A. (1995). Tükenmişlik, Aile Yapısı ve Sosyal Destek İlişkileri Üzerine Bir İnceleme. *Doktora tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi, 22-26.
- Turgut, S. (2008). Ö zgül Ö ğrenme Güçlüğünde Nöropsikolojik Profilin İncelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Yurdakul, A., Girli, A. (1999). Engelli Ç ocuğu Olan Ailelerin Sosyal Destek Ö rüntüleri ve Bunun Psikolojik Sağlık ile İlişkisi. *İlkışık Dergisi*.
- Yeni hayat, F. (2008). Yetişkin Lösemili Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek ile Stres Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Haliç Üniversitesi.

Sevgili Katılımcı;

İstanbul Bilim Üniversitesi Psikoloji Yüksek Lisans Tez çalışması kapsamında bilimsel bir çalışma yapılmaktadır. Bu çalışma yanıtlamanız gereken çeşitli sorulardan oluşmaktadır. Soruların hepsinin samimi ve doğru bir şekilde cevaplamanız araştırmanın sonuçları açısından kritik önem taşımaktadır. Sorulara vermiş olduğunuz yanıtlarınız gizlilik prensipleri dahilinde sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Her bir soruyu dikkatle okuduktan sonra size en uygun gelen cevabı işaretleyiniz.

İlginiz için şimdiden teşekkür ederim .

Psikolog Özge Deniz Atalay

E K I

Ç O C U Ğ A A İ T B İ L G İ L E R

Çocuğunuzun Cinsiyeti Kız Erkek
Çocuğunuzun Doğum Yılı	.../.../...
Şu an Devam Etmekte Olduğu Sınıf	
Çocuğunuz nasıl dünyaya geldi? Normal Doğum Sezeryan
Doğum sırasında herhangi bir problem yaşandı mı? Hayır Evet Cevabınız evet ise yaşanan problemi yazınız
Çocuğunuzun Doğum Sırası (Kaçınca Çocuk)	
Bebeklik veya çocuk döneminde önemli bir hastalık veya travma (kaza, yeti kaybına neden olabilecek herhangi bir etken) yaşadım mı? Hayır Evet Cevabınız evet ise yaşanan problemi yazınız

A İLE B İLG İLER İ

-ANNE-

Yaşınız	
Eğitim Durumunuz İlkokul Ortaokul Lise Üniversite Yüksek Lisans Diğer
Çalışıyor musunuz? Hayır Evet Cevabınız evet ise mesleğiniz nedir?
Sahip Olduğunuz Çocuk Sayısı	
Geçirmiş olduğunuz önemli bir rahatsızlığınız/hastalığınız var mı? Hayır Evet Cevabınız evet ise yaşanan rahatsızlığı/ hastalığı yazınız
Şu anki medeni durumunuz nedir? Evli Boşanmış
Eşinizin Yaşı	

Eşinizin geçirmiş olduğu önemli bir rahatsızlık/hastalık var mı? Hayır Evet Cevabınız evet ise yaşanan rahatsızlığı/ hastalığı yazınız
Eşinizin Eğitim Durumu İlkokul Ortaokul Lise Üniversite Yüksek Lisans Diğer
Eşiniz çalışıyor mu? Hayır Evet Cevabınız evet ise eşinizin mesleği nedir?
Aylık Gelir Durumunuz Yüksek (İsteklerimizi rahatça karşılayabiliyoruz) Orta (Ancak ihtiyaçlarımızı karşılayabiliyoruz) Düşük (Geçimimizi zorla karşılayabiliyoruz)

E K II

Yönerge: Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle yanında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle yanındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbir zaman	Çok Seyrek	Seyrek	Bazen	Sık Sık	Çok Sık	Her Zaman

1.	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
4.	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	1	2	3	4	5	6	7
7.	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	1	2	3	4	5	6	7

10.	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularım a önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

E K III

Yönerge: Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir.

Ancak yine de siz seçenekleri çocuğunuzla ilgili bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın.

Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin.

Asla böyle bir şey yapmam	Çok az böyle yaparım	Orta derecede böyle yaparım	Çoğunlukla böyle yaparım
1	2	3	4

1.	Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım .	1	2	3	4
2.	Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim .	1	2	3	4
3.	Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım .	1	2	3	4
4.	Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım .	1	2	3	4
5.	Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim .	1	2	3	4
6.	Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim .	1	2	3	4
7.	Allah'a güvenirim, O'na dayanırım .	1	2	3	4
8.	İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim .	1	2	3	4

9.	Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum .	1	2	3	4
10.	Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vazgeçiririm .	1	2	3	4
11.	Duygularımı bir başkasıyla tartışırım .	1	2	3	4
12.	Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım .	1	2	3	4
13.	Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım .	1	2	3	4
14.	Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum .	1	2	3	4
15.	Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam .	1	2	3	4
16.	Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım .	1	2	3	4
17.	Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum .	1	2	3	4
18.	Allah'ın yardımını umarım .	1	2	3	4
19.	Bir eylem planı yaparım .	1	2	3	4
20.	Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım .	1	2	3	4
21.	Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim .	1	2	3	4
22.	Sorun sonlanıncaya kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim .	1	2	3	4
23.	Arkadaş veya akrabalarım dan moral ve manevi destek almaya çalışırım .	1	2	3	4
24.	Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vazgeçerim .	1	2	3	4
25.	Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım .	1	2	3	4

26.	Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım .	1	2	3	4
27.	Sorun olduğuna inanmayı reddederim .	1	2	3	4
28.	Duygularımı dışarı vururum .	1	2	3	4
29.	Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım .	1	2	3	4
30.	Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum .	1	2	3	4
31.	Sorunla karşılaştığım da her zamankinden daha çok uyurum .	1	2	3	4
32.	Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım .	1	2	3	4
33.	Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım .	1	2	3	4
34.	Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim .	1	2	3	4
35.	Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım .	1	2	3	4
36.	Sorunla ilgili şaka yaparım .	1	2	3	4
37.	İstedikimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım .	1	2	3	4
38.	İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım .	1	2	3	4
39.	Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm .	1	2	3	4
40.	Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım .	1	2	3	4
41.	Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim .	1	2	3	4
42.	Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde çaba gösteririm .	1	2	3	4

43.	Sorunla karşılaştığım da sinem aya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm .	1	2	3	4
44.	O lup biten şeyin ya da sorunun gerçek olduğunu kabul ederim .	1	2	3	4
45.	Benzer durum larla karşılaşan kişilere bur durum da ne yaptıklarını sorarım .	1	2	3	4
46.	Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tur hisleri dışarıya yansıtırım .	1	2	3	4
47.	Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için dobra bir tavır takınırım .	1	2	3	4
48.	Sorunla karşılaştığım da dini inancım da bir huzur bulm aya çalışırım .	1	2	3	4
49.	Bir şeyler yapmak konusunda kendim i uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım .	1	2	3	4
50.	Sorunlu durum la ilgili eğlenir ya da oyun oynarım .	1	2	3	4
51.	Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım .	1	2	3	4
52.	Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum .	1	2	3	4
53.	Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım .	1	2	3	4
54.	Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim .	1	2	3	4
55.	Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım .	1	2	3	4
56.	Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm .	1	2	3	4
57.	Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım .	1	2	3	4
58.	Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adım ı zamanında atarım .	1	2	3	4
59.	Başım a gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım .	1	2	3	4

60.	Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim .	1	2	3	4
-----	---	---	---	---	---