

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



ÖZGÜL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ OLAN ÇOCUKLARIN AİLELERİNİN
DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES DÜZEYLERİNİN, AİLE YÜKÜ VE
ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Boran Başak Koç BÜYÜKACAROĞLU

Psikoloji Anabilim Dalı
Psikoloji Programı

EYLÜL, 2019

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



ÖZGÜL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ OLAN ÇOCUKLARIN AİLELERİNİN
DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES DÜZEYLERİNİN, AİLE YÜKÜ VE
ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Boran Başak Koç BÜYÜKACAROĞLU
(Y1712.271014)

Psikoloji Anabilim Dalı
Psikoloji Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Cebriil KISA

EYLÜL, 2019

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ



YÜKSEK LİSANS TEZ ONAY FORMU

Enstitümüz Psikoloji Anabilim Dalı Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı Y1712.271014 numaralı öğrencisi Boran Başak KOÇ BÜYÜKACAROĞLU'nun "ÖZGÜL ÖĞRENME GÜÇLÜ OLAN ÇOCUKLARIN AİLELERİNİN DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES DÜZEYLERİNİN, AİLE YÜKÜ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE İLİŞKİSİ" adlı tez çalışması Enstitümüz Yönetim Kurulunun 28.08.2019 tarih ve 2019/21 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından oybirliği/oyçokluğu ile Tezli Yüksek Lisans tezi 17.09.2019 tarihinde kabul edilmiştir.

	<u>Unvan</u>	<u>Adı Soyadı</u>	<u>Üniversite</u>	<u>İmza</u>
ASIL ÜYELER				
Danışman	Prof. Dr.	Cebrail KISA	İstanbul Aydın Üniversitesi	
1. Üye	Dr. Öğr. Üyesi	Elif Özge ERBAY	İstanbul Aydın Üniversitesi	
2. Üye	Prof. Dr.	Kadriye Esin CANTEZ	İstanbul Kent Üniversitesi	
YEDEK ÜYELER				
1. Üye	Doç. Dr.	Sinem GÖNENLİ TOKER	İstanbul Aydın Üniversitesi	
2. Üye	Dr. Öğr. Üyesi	Derya DENİZ	İstanbul Kültür Üniversitesi	

ONAY

Prof. Dr. Ragıp Kutay KARACA
Enstitü Müdürü

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Özgül öğrenme güçlüğü olan çocukların ailelerinin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin, aile yükü ve algılanan sosyal destek ilişkisi” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (.../.../2019)

Boran Başak KOÇ BÜYÜKACAROĞLU

ÖNSÖZ

Özgöl öğrenme güçlüğü, son yıllarda giderek daha fazla sayıda çalışmaya konu olan önemli bir tanı grubudur. Toplum içindeki alan uygulamalarında da, özellikle okullardaki kaynaştırma sınıfları ve özel eğitim olmak üzere, konuya ilgi her geçen gün artmaktadır. Literatür taraması yapıldığında ailelere yönelik çalışma sayısının sınırlı olduğu görülmüştür. Umudum o dur ki “Özgöl öğrenme güçlüğü olan çocukların ailelerinin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin, aile yükü ve algılanan sosyal destek ilişkisi” adlı bu araştırma verileri ailelerin yaşadıkları zorlukları bu alanda çalışanlara ve uygulamalara kaynak teşkil eder. Bu çalışmada katkısı geçen başta tez danışmanım Prof. Dr. CebraİL KISA ve sevgili babam M. Cengiz KOÇ olmak üzere, emeği geçen herkese teşekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim.

Eylül, 2019

Boran Başak KOC BÜYÜKACAROĞLU

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMA LİSTESİ	viii
ÇİZELGE LİSTESİ.....	ix
ŞEKİL LİSTESİ.....	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ	1
1.1 Problem Durumu	1
1.2 Problem Cümlesi	2
1.3 Alt Problemler	2
1.4 Hipotezler	3
1.5 Araştırmanın Önemi	4
1.6 Sayıtlılar	5
1.7 Sınırlılıklar.....	5
1.8 Tanımlar	6
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	7
2.1 Özgül Öğrenme Güçlüğü.....	7
2.1.1 Tarihçesi.....	8
2.1.2 Etiyoloji	9
2.1.3 Epidemiyoloji.....	10
2.1.4 Klinik özellikler	11
2.1.5 Alt tipleri.....	12
2.1.5.1 Okuma bozukluğu (disleksi)	12
2.1.5.2 Matematik bozukluğu (diskalkuli)	13
2.1.5.3 Yazılı anlatım bozukluğu (disgrafi)	14
2.1.5.4 Başka türlü adlandırılmayan öğrenme bozuklukları	15
2.1.6 Ayırıcı tanı	15
2.1.7 Özgül öğrenme güçlüğü ve eşlik eden durumlar	16
2.2. Aile Yüğü	17
2.2.1 Duygusal yük	18
2.2.2 Ekonomik yük.....	19
2.2.3 Nesnel ve öznel yük.....	19
2.3 Sosyal Destek	20
2.3.1 Sosyal desteğin tanımı ve türleri.....	20
2.3.2 Sosyal destek modelleri	21
2.4 Stres, Depresyon, Anksiyete.....	22
2.4.1 Depresyon	22
2.4.1.1 Depresyon belirtileri.....	23
2.4.1.2 Klinik özellikleri	23
2.4.2 Anksiyete	24

2.4.2.1 Anksiyete belirtileri.....	25
2.4.2.2 Klinik özellikleri	26
2.4.3 Stres	27
2.4.3.1 Stres belirtileri.....	28
2.4.3.2 Klinik özellikleri	29
2.4.4 Depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri	29
3. İLGİLİ LİTERATÜR ÇALIŞMALARI	32
3.1 Yurtiçi Çalışmalar	32
3.2 Yurtdışı Çalışmalar.....	34
4. YÖNTEM.....	37
4.1 Araştırma Modeli	37
4.2 Araştırma Evreni ve Örneklemi	37
4.3 Verilerin Toplanması.....	37
4.3.1 Veri toplama araçları	37
4.3.1.1 Kişisel bilgi formu	38
4.3.1.2 Özgül öğrenme güçlüğü yaşayan çocuğu olan aileler için aile yükü değerlendirme ölçeği.....	38
4.3.1.3 Özgül öğrenme güçlüğü yaşayan çocuğu olan aileler için çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ).....	38
4.3.1.4 Depresyon, anksiyete, stres ölçeği	39
4.4 Verilerin Toplanması.....	39
4.5 Verilerin Analizi.....	40
5. BULGULAR VE YORUMLAR	41
5.1 Demografik Özellikler.....	41
5.2 Çocuk ile İlgili Bilgiler.....	42
5.3 Ölçek Ortalamaları	44
5.3.1 Özgül öğrenme güçlüğü yaşayan çocuğu olan aileler için aile yükü değerlendirme ölçeği.....	44
5.3.2 Özgül öğrenme güçlüğü yaşayan çocuğu olan aileler için çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ).....	45
5.3.3 Depresyon, anksiyete, stres ölçeği (DASÖ 21)	46
5.4 Fark Analizleri.....	47
5.4.1 Demografik özelliklere göre aile yükü ortalamaları arasındaki farklar.....	48
5.4.2 Çocuğa ilişkin özelliklere göre aile yükü ortalamaları arasındaki farklar.....	49
5.4.3 Demografik özelliklere göre algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki farklar	50
5.4.4 Çocuğa ilişkin özelliklere göre algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki farklar	51
5.4.5 Demografik özelliklere göre depresyon düzeyleri arasındaki farklar.....	53
5.4.6 Çocuğa ilişkin özelliklere göre depresyon düzeyleri arasındaki farklar.....	54
5.4.7 Demografik özelliklere göre anksiyete düzeyleri arasındaki farklar	56
5.4.8 Çocuğa ilişkin özelliklere göre anksiyete düzeyleri arasındaki farklar	57
5.4.9 Demografik özelliklere göre stres düzeyleri arasındaki farklar.....	58
5.4.10 Çocuğa ilişkin özelliklere göre stres düzeyleri arasındaki farklar.....	59
5.4.11 Aile yükü, algılanan destek, depresyon, anksiyete ve stres arasındaki ilişki	61

6. TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER.....	64
6.1 Tartışma.....	64
6.2 Sonuç.....	68
6.3 Öneriler.....	70
KAYNAKLAR	72
EKLER.....	77
ÖZGEÇMİŞ.....	88

KISALTMA LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
DASÖ	: Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
ÖÖG	: Özgöl Öğrenme Güçlüğü
RAM	: Rehberlik Araştırma Merkezi
s	: Sayfa
S	: Sayı

ÇİZELGE LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Çizelge 2.1: Anksiyete ve Depresyon Belirtileri	30
Çizelge 2.2: Anksiyete ve Depresyon Belirtileri	31
Çizelge 5.1: Demografik özelliklere göre dağılım.....	41
Çizelge 5.2: Çocukla ilgili bilgilere göre dağılım.....	42
Çizelge 5.3: Özgül Öğrenme Güçlüğü Yaşayan Çocuğu Olan Aileler için Aile Yüğü Değerlendirme Ölçeği maddelerine verilen yanıtların maddelere göre dağılımı	44
Çizelge 5.4: Özgül Öğrenme Güçlüğü Yaşayan Çocuğu Olan Aileler için Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) maddelerine verilen yanıtların maddelere göre dağılımı.....	45
Çizelge 5.5: Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASÖ 21) maddelerine verilen yanıtların maddelere göre dağılımı.....	46
Çizelge 5.6: Ölçek normallik testi sonuçları.....	47
Çizelge 5.7: Demografik özelliklere göre aile yüğü ortalamaları arasındaki farklar	48
Çizelge 5.8: Çocuğa ilişkin özelliklere göre aile yüğü ortalamaları arasındaki farklar	49
Çizelge 5.9: Demografik özelliklere göre algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki farklar	51
Çizelge 5.10: Çocuğa ilişkin özelliklere göre algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki farklar	52
Çizelge 5.11: Demografik özelliklere göre depresyon düzeyleri arasındaki farklar	53
Çizelge 5.12: Çocuğa ilişkin özelliklere göre depresyon düzeyleri arasındaki farklar	54
Çizelge 5.13: Demografik özelliklere göre anksiyete düzeyleri arasındaki farklar	56
Çizelge 5.14: Çocuğa ilişkin özelliklere göre anksiyete düzeyleri arasındaki farklar	57
Çizelge 5.15: Demografik özelliklere göre stres düzeyleri arasındaki farklar	58
Çizelge 5.16: Çocuğa ilişkin özelliklere göre stres düzeyleri arasındaki farklar.....	59
Çizelge 5.17: Aile Yüğü, Algılanan Destek, Depresyon, Anksiyete ve Stres arasındaki İlişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları	61

ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1.1: Hipotez Şeması.....	4
Şekil 2.1: Farklı Dönemlerde Stres ve Özellikleri.....	28
Şekil 2.2: Stresin Hormonal Süreci	29
Şekil 5.1: Anksiyete Yapısal Eşitlik Modellemesi Sonuçları.....	62
Şekil 5.2: Depresyon Yapısal Eşitlik Modellemesi Sonuçları.....	62
Şekil 5.3: Stres Yapısal Eşitlik Modellemesi Sonuçları	63

ÖZGÜL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ OLAN ÇOCUKLARIN AİLELERİNİN DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES DÜZEYLERİNİN, AİLE YÜKÜ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE İLİŞKİSİ

ÖZET

Bu çalışmada, özgül öğrenme güçlüğü olan çocukların ailelerinin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin, aile yükü (ekonomik yük, yetersizlik algısı, sosyal yük, fiziksel yük, duygusal yük ve zaman gereksinimi) ve algılanan sosyal destek ile ilişkisini belirlemek ve ana dinamikleri ortaya koymak amaçlanmıştır.

Araştırma örneklemini İstanbul ili ikinci ve üçüncü bölgelerinde yer alan tüm rehberlik araştırma merkezlerine (RAM) yönlendirilen çocukların ailelerinden basit tesadüfi örneklem yoluyla seçilen 291 ebeveyn oluşturmaktadır. Araştırmada “Kişisel Bilgi Formu”, “Özgül Öğrenme Güçlüğü Yaşayan Çocuğu Olan Aileler için Aile Yükü Değerlendirme Ölçeği”, “Özgül Öğrenme Güçlüğü Yaşayan Çocuğu Olan Aileler için Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” ve “Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği” içeren anket uygulaması yapılmıştır.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; tüm aile yükü ölçeği maddelerinin ortalamalarının 1 ile 1.52 arasında değişmektedir. Algılanan sosyal destek ölçeği maddelerine katılımcılar ortalama 5.8 ile 6.13 arasında yanıt vermiştir. Depresyon, anksiyete ve stres puanlarına göre katılımcılar tüm maddelere 0.09 ile 0.51 arasında yanıt vermiştir. Aile yükü düzeyleri çocuğa ilişkin özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Algılanan sosyal destek ortalamaları aylık gelire göre fark anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Algılanan sosyal destek düzeyleri diskalküli, sınıf ve çocuğun yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Anksiyete arttıkça stres ve depresyon da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artış göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: *Özgül öğrenme güçlüğü, sosyal destek, depresyon, anksiyete, stres, aile yükü.*

**THE RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION, ANXIETY, STRESS,
FAMILY BURDEN AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT LEVELS OF
FAMILIES HAVING CHILDREN WITH SPECIFIC LEARNING
DIFFICULTIES**

ABSTRACT

This study aims to identify the relation between the level of depression, anxiety and stress of the parents with children who has specific learning disability and the burdens that this brings upon the families (such as economical burdens, perceptions of inadequacy, social burdens, emotional burdens and time needs) and the perceived social support, and to reveal the essential dynamics of this relation.

The research sample includes totally 291 parents selected by basic random sampling method from the parents whose children attend to all counseling and research centers located in the second and third districts of Istanbul. For this study, a survey has been made by utilizing “Personal Details Form”, “Perceived Family Burden Scale for Parents of Children with Specific Learning Disability”, “Multi-dimensional Perceived Social Support Scale for the Parents of Children with Learning Disability”, and Depression, Anxiety and Stress Scale”.

According to the results obtained, the average of all the items in the family burden scale varies between 1 and 1,52. The participants responded to the perceived social support scale items between 5.8 and 6.13 on average. According to depression, anxiety and stress scores, participants responded to all items between 0.09 and 0.51. The levels of family burden varies significantly in relation to the unique characteristics of the child. The average of the perceived social support scale varies significantly in relation to monthly income of the family. The levels of the perceived social support scale exhibit a statistically significant variation in relation to dyscalculia, the class and the age of the child. As the anxiety increases, the level of stress and depression proportionally exhibits a statistically significant increase.

Keywords: *Specific learning disability, social support, depression, anxiety, stress, family burden.*

1. GİRİŞ

1.1 Problem Durumu

Özgül öğrenme güçlüğü (ÖÖG) dinleme, konuşma, basit okuma, anlama, aritmetik hesap yapma, matematiksel mantık kurma ve yazılı anlatımda bozulma ile giden bir takım basit işlevlerde bozulmayı ifade eden nörogelişimsel bir bozukluktur (Turgut Turan vd., 2016:145). Her ne kadar nörobiyolojik varsayımlar özgül öğrenme güçlüğüne açıklamada kullanılsa da genetik faktörlerin büyük oranda etkisi olduğu kanıtlanmıştır. Bu bozukluk zekâ geriliği, duygusal durum bozukluğu, kültürel farklılık ve gerilikle ifade edilemez. Çocuğun zihinsel geriliği olmamasına rağmen, akademik açıdan gerilik göstermesi, öğrenme güçlüğüne en çarpıcı özelliğidir. Öğrenme ve algılama sorunu çocuğun doğumu ile başlar. Yaşam boyu süren bir bozukluktur ve çocukluk döneminden itibaren motor becerilerde yetersizlik görülebilmektedir. Bir çocuk için öğrenme güçlüğü okula başladıklarında ve akademik beceriler kazanmakta başarısız olduklarında göze çarpar (Uysal, 2013:3; Turgut vd., 2010:13).

Öğrenme güçlüklerinin prevalansı geçtiğimiz 20 yıl içinde bu bozukluğun tanı almasına istinaden artmıştır. Öğrenme güçlükleri duygusal, davranışsal, sosyal problemlerle, en çok da dikkat sorunları ile birliktelik gösterir. Eş hastalanım durumlarının çocuğun ÖÖG ile baş etmesini zorlaştırdığı düşünülmektedir. En sık eşlik eden hastalık Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olmakla birlikte, ÖÖG tanısı alan çocuklarda davranım bozukluğu, anksiyete, depresyon belirtileri, düşük özgüven, duygusal çekilme, somatik yakınmalar çok sık görülebilmektedir (Juklova, 2012:15; Bhandari ve Goyal, 2004:166).

Dil gelişimi ve kullanımı, konuşma, okuma-yazma, matematik becerilerini etkileyen bir sorun olduğu için çocuğun eğitimini, sosyal ilişkilerini, günlük aktivitelerini, benlik saygısını etkiler. Genellikle, özgül öğrenme güçlüğü ve iletişim bozukluğu eş zamanlı olarak görülmektedir. Özgül öğrenme güçlüğü tanılı çocuğun sosyal becerilerdeki bozukluklarından dolayı ailesi, arkadaşları ve akranları ile iletişimsel ortamlardan uzak kalması gelişimsel yetersizliklere neden olmaktadır ve çocuğun

bağımsız yaşama becerilerini kazanma ile ilgili sorunlar yaşamasına yol açmaktadır (Cottrell, 2014:7-8). Bu nedenle ailelerde aile yükü (ekonomik yük, yetersizlik algısı, sosyal yük, fiziksel yük, duygusal yük ve zaman gereksinimi) ve sosyal desteğe olan ihtiyaçları artmaktadır. Yine özgül öğrenme güçlüğü yaşayan çocukların ailelerinde, depresyon, anksiyete ve stres bozukluklarının da belirgin düzeyde arttığı düşünülmektedir. Bu çalışma ile özgül öğrenme güçlüğü olan çocukların ailelerinin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin, aile yükü ve algılanan sosyal destek ile ilişkisini belirlemek ve ana dinamikleri ortaya koyarak literatüre katkı sunmak amaçlanmaktadır.

1.2 Problem Cümlesi

Bu çalışmanın amacı, özgül öğrenme güçlüğü olan çocukların ailelerinin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin, aile yükü (ekonomik yük, yetersizlik algısı, sosyal yük, fiziksel yük, duygusal yük ve zaman gereksinimi) ve algılanan sosyal destek ile ilişkisini belirlemek ve ana dinamikleri ortaya koymaktır.

1.3 Alt Problemler

Araştırmada aşağıdaki alt problemlere yanıt aranmıştır:

- Aile yükü puanları, katılımcıların demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Aile yükü puanları, katılımcıların çocuklarının sahip olduğu özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Algılanan sosyal destek puanları, katılımcıların demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Algılanan sosyal destek puanları, katılımcıların çocuklarının sahip olduğu özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Depresyon puanları, katılımcıların demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Depresyon puanları, katılımcıların çocuklarının sahip olduğu özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Anksiyete puanları, katılımcıların demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

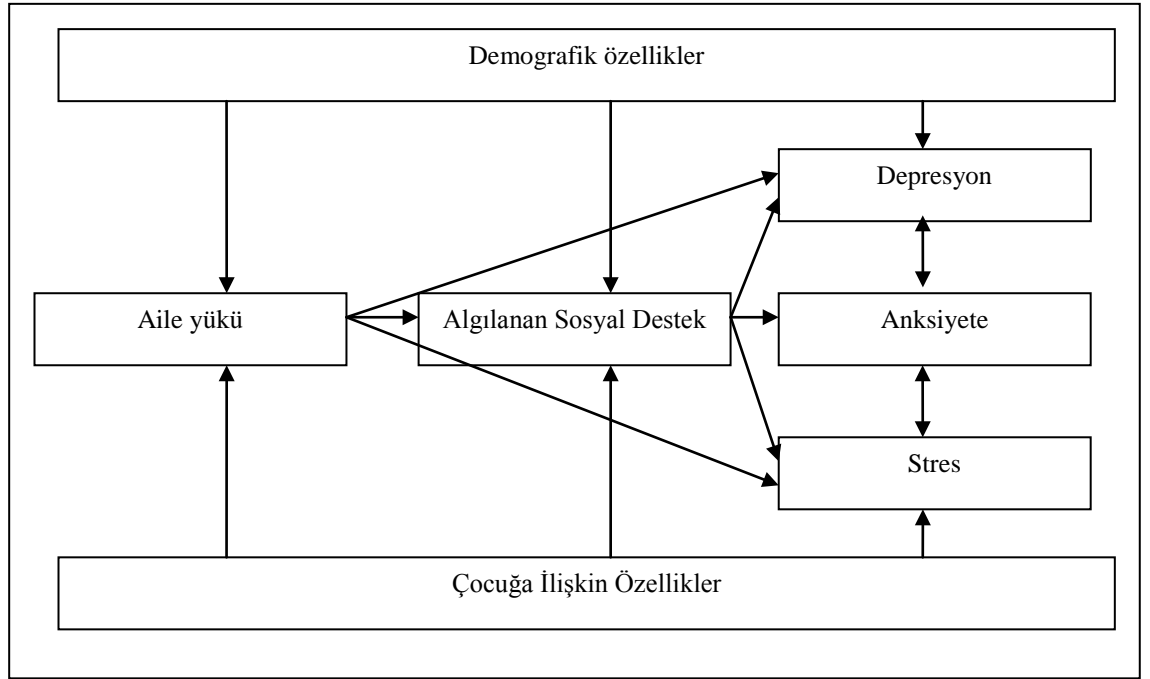
- Anksiyete puanları, katılımcıların çocuklarının sahip olduğu özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Stres puanları, katılımcıların demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Stres puanları, katılımcıların çocuklarının sahip olduğu özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Aile Yüğü ve Algılanan Destek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Aile Yüğü ve Depresyon, Anksiyete ve Stres arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Algılanan Destek ve Depresyon, Anksiyete ve Stres arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.4 Hipotezler

Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibi kurulmuştur:

- H₁: Aile yüğü puanları, katılımcıların demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- H₂: Aile yüğü puanları, katılımcıların çocuklarının sahip olduğu özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- H₃: Algılanan sosyal destek puanları, katılımcıların demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- H₄: Algılanan sosyal destek puanları, katılımcıların çocuklarının sahip olduğu özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- H₅: Depresyon puanları, katılımcıların demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- H₆: Depresyon puanları, katılımcıların çocuklarının sahip olduğu özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- H₇: Anksiyete puanları, katılımcıların demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- H₈: Anksiyete puanları, katılımcıların çocuklarının sahip olduğu özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- H₉: Stres puanları, katılımcıların demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

- H₁₀: Stres puanları, katılımcıların çocuklarının sahip olduğu özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- H₁₁: Aile Yükü ve Algılanan Destek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.
- H₁₂: Aile Yükü ve Depresyon, Anksiyete ve Stres arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.
- H₁₃: Algılanan Destek ve Depresyon, Anksiyete ve Stres arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.



Şekil 1.1: Hipotez Şeması

1.5 Araştırmanın Önemi

Literatür incelendiğinde, zihinsel engeli olan, fiziksel engeli olan, genetik bozuklukları olan ve otizm spektrum bozukluğu olan çocuğa sahip ailelerin sosyal desteği algılamaları, aile yükleri, depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ve öz yeterlilik gibi faktörler ile ilgili araştırmalar bulunmaktadır (Ali ve Rafi, 2016:5; Orak ve Sezgin, 2015:34; Arslantaş ve Adana, 2011:254). Fakat özgül öğrenme güçlüğü olan çocukların ailelerine yönelik çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu amaçla aile yükü ve algılanan sosyal destek göz önüne alındığında ailelerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin incelenmesi bu alanda literatüre değerli bir katkı sunacaktır.

Bu araştırmanın sonucunda, özgül öğrenme güçlüğü olan çocukların ailelerinin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin, aile yükü (ekonomik yük, yetersizlik algısı, sosyal yük, fiziksel yük, duygusal yük ve zaman gereksinimi) ve algılanan sosyal destek ile ilişkisi belirlenerek ana dinamikler ortaya konulmaya çalışılacaktır. Zorlu yaşam koşulları içinde olan ebeveynlerin aile yükünün ve algıladıkları sosyal desteğin depresyon, kaygı ve stres düzeylerini ne şekilde etkilediğinin bilinmesinin, ailelerin yaşadıkları sorunların azaltılması için gerekli koşulların sağlanmasında önemli bir rolü olacağı öngörülmektedir. Bu ve geliştirilecek benzeri çalışmaların, özgül öğrenme güçlüğü olan çocuğa sahip aileler için psikolojik ve duygusal dayanıklılıklarını artırıcı, aile yükünü azaltıcı ve başa çıkma becerilerini geliştirici eğitim programlarının hazırlanmasında ve uygulamaya geçirilmesinde kaynaklık edebileceği düşünülmektedir.

1.6 Sayıtlar

Araştırmada aşağıdaki sayıtlardan yararlanılmıştır:

- Araştırma örneklemini evreni yeterince temsil etmektedir.
- Araştırmada kullanılan ölçekler araştırma örneklemine uygundur.
- Katılımcılar soruları içtenlikle ve doğru bir şekilde yanıtlamışlardır.
- Araştırmada kullanılan yöntemler araştırma sorularına uygun olarak seçilmiştir.

1.7 Sınırlılıklar

Araştırmanın sınırlılıkları aşağıdaki gibidir:

- Araştırma özgül öğrenme güçlüğü olan öğrencilerin aileleriyle sınırlıdır.
- Araştırma depresyon, anksiyete, stres, aile yükü ve algılanan sosyal destek ile sınırlıdır.
- Araştırma İstanbul Avrupa Yakasındaki işbirliği yapmayı kabul eden rehberlik araştırma merkezleri ve yine işbirliği yapmayı kabul eden özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerine giden toplam 291 özgül öğrenme güçlüğü olan çocuğun aileleri ile sınırlıdır.

1.8 Tanımlar

Özgül Öğrenme Güçlüğü: Bireysel anlamda uygulanan standart testlerde, bireylerin yaş düzeylerine, ölçülen zekâ düzeyleri ve almış oldukları eğitime kıyasla okuma, matematik ve yazılı anlatım becerilerinin beklenenin altında olması anlamına gelmektedir (Turgut Turan vd., 2016:145).

Disleksi: Belirli bir konuşma bozukluğundan muzdarip bireyler için genellikle dil öğrenme sürecinin başındaki dil zorluklarıdır (Haverkamp ve Mohamad, 2015:440).

Diskalküli: Bireylerin matematiksel işlemleri yapmada güçlük çekmelerini ifade etmektedir (Uysal, 2013:3).

Disgrafi: Bir bireyin kendi yaşı ve kapasitesinden beklenen düzeyde yazı yazamama durumudur (Asfuroğlu ve Fidan, 2016:50).

Sosyal Destek: Sosyal destek, bir bireyin ortak bir taahhüdü paylaşan bir topluluğa ait olduğu, sevildiğine ve sayıldığına inanan bir topluluk tarafından toplandığı bilgiler olarak tanımlanabilir (Yılmaz vd., 2008:72).

Depresyon: Bireylerde görülen çöküş, acı hissi, azaltılmış fonksiyonel ve hayati aktivite gibi duyguları içeren duygusal bir deneyimdir (Çelik ve Hocalıoğlu, 2016:52).

Anksiyete: Bir nesnenin tehdidine veya eksikliğine verilen normal bir içgüdüsel tepkidir. Kaygı, korku hissidir. Bireyler, sebebi belirsiz bir endişe, endişe hissi, sanki kötü bir şeymiş gibi yaşar. Korku ile kaygının en önemli farkı, belli bir kaynağın tespit edilememesidir (Pıçakçıefe, 2010:368).

Stres: Stres vücudun spesifik olmayan herhangi bir özel nedene vücudun verdiği cevaptır (Güçlü, 2001:92).

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1 Özgül Öğrenme Güçlüğü

Özgül öğrenme güçlüğüne (ÖÖG) ilişkin pek çok tanım yapılmış ve bazı kavramlar kullanılmıştır. ÖÖG, özgül öğrenme güçlüğü ya da özgül öğrenme güçlüğü literatürde en sık karşılaşılan kavramlardır. ÖÖG genel olarak bireysel anlamda uygulanan standart testlerde, bireylerin yaş düzeylerine, ölçülen zekâ düzeyleri ve almış oldukları eğitime kıyasla okuma, matematik ve yazılı anlatım becerilerinin beklenenin altında olması anlamına gelmektedir (Turgut Turan vd., 2016:145). Dolayısıyla ÖÖG, bireylerin kendi seviyelerinde beklenen becerilerin altındaki düzeylere sahip olmaları durumunu ifade etmektedir. ÖÖG bireyin gelişimsel, tıbbi, eğitimsel ve aile öyküsü ile ilgili klinik inceleme, öğretmenlerin test sonuçları ve gözlem raporları ve akademik müdahaleye cevapları ile teşhis edilir. Tanı, okul yıllarında okuma, yazma, aritmetik veya matematiksel düşüncede kalıcı zorluklar gerektirir. Belirtiler yanlış veya yavaş ve sıkıcı okuma, netlikten yoksun zayıf yazılı ifade, gerçekleri hatırlamada zorluk ve yanlış matematiksel argümanlar içerebilir (APA, 2013:1). Diğer bir ifadeyle ÖÖG sadece zorluk ya da güçlük değil, yanlış matematiksel çıkarımlarla da teşhis edilebilen bir bozukluk olarak tanımlanabilir.

Özgül Öğrenme Güçlüğü, yaşı, zeka düzeyi ve zekası normal veya ileri seviyede olanların eğitimi göz önüne alındığında; okuma, matematik ve yazılı anlatımın beklentilerin oldukça altında olduğu bir hastalıktır (Bhandari ve Goyal, 2004:164-164). Bu bozukluğun bireyin yapısı ile ilgili olduğuna ve merkezi sinir sisteminin işlevsizliğine bağlı olduğuna inanılmaktadır. Ayrıca, özyönetim, sosyal algı ve sosyal etkileşim problemleri birlikte görülebilir (Uysal, 2013:3). ÖÖG ile birlikte birey sadece öğrenme güçlükleri yaşamakla kalmayıp, aynı zamanda sosyalleşme ve toplumsal kimlik edinme noktasında da önemli güçlükler yaşayabilmektedir.

Özgül Öğrenme Güçlüğü, DSM-IV-TR' de standart testlerde bireysel olarak beklenen okuma, matematik ve yazılı anlatım becerilerinin önemli ölçüde düşük olma durumu olarak tanımlanmıştır (Turgut vd., 2010:13). Yine DSM-5'teki değişiklikler nedeniyle, uzmanlar hastaların akıllarına ve yaşlarına uygun bir

düzeyde akademik performans gösterip gösteremeyeceklerini belirleyerek bu tanı koyabilirler. Bir teşhisten sonra uzmanlar, bir bireyin belirtilen kriterler vasıtasıyla sahip olduğu açık / eksiklik türlerini daha ayrıntılı olarak sağlayabilir. Tıpkı DSM-IV'te olduğu gibi, disleksi, belirli öğrenme güçlüğü'nün tanımlanmasına dahil edilecektir. DSM-5 Nörogelişimsel Çalışma Grubu, disleksinin ve diskalkulinin birçok farklı tanımının, bu terimlerin, bozukluk adları veya tanısal kriterlerde yararlı olmayacağı anlamına geldiği sonucuna varmıştır (APA, 2013:1). Dolayısıyla özgül öğrenme bozukluklarının türlerinin kapsamlı tanımında günümüzde de henüz eksikliklerin olduğu ifade edilebilir.

Özgül Öğrenme Güçlüğü, okuma, konuşma, dinleme, düşünme, yazma veya matematiksel hesaplamalarda kendini gösteren sözlü veya yazılı dilin anlaşılması veya kullanılması da dahil olmak üzere temel psikolojik süreçlerin bir veya daha fazlasında bir bozukluk anlamına gelir (Akçin, 2009:6). Bu nedenle ÖÖG teşhisi sırasında bu değişkenlerin bir ya da birkaçının bir arada değerlendirilmesi gerekebilir. ÖÖG, çocukların sadece ilkokulda değil, diğer eğitim seviyelerinde de gerekli bilgi ve becerileri edinmelerini zorlaştırır. Yetişkinlikte, kalıcı öğrenme güçlüğü bireyleri meslek seçimlerinde kısıtlayabilir (Juklova, 2012:14). Öğrenme güçlüğü'nün, bireyin ruhu üzerindeki etkileri nedeniyle iş ve kişisel ilişkiler üzerinde de ikincil etkileri vardır (Juklova, 2012:15). Kısacası ÖÖG, bireylerin sadece eğitim sürecini değil, tüm yaşamını olumsuz etkileyen sonuçları da beraberinde getirmektedir.

Kısaca özetlemek gerekirse ÖÖG, bireylerin almış oldukları eğitim, toplum içerisindeki konumları ve zeka düzeyleri başta olmak üzere, bireylerin öğrenme ve çıktıklarıyla ilgili sonuçlarda gösterdikleri başarı düşüklüğünü ifade etmektedir. Bireylerin günlük yaşamda araştıran, değerlendiren ve her geçen gün yeni bilgiler edinerek öğrenen yaşam sürecine sahip oldukları düşünüldüğünde, ÖÖG aynı zamanda bireylerin sosyal ve toplumsal yaşamlarını önemli derecede ve olumsuz yönde etkileyen bir durumdur.

2.1.1 Tarihçesi

Özgül Öğrenme Güçlüğü, ilk olarak Kirk tarafından (1963) tanımlanmıştır. Burada ÖÖG sahibi bireylerin ayrı bir eğitim sürecine dahil edilmeleri gerektiğini öne sürmüştür (Özçivit Asfuroğlu ve Tülin Fidan, 2016:49). Daha sonra literatürde ÖÖG

birçok araştırmaya konu olmuş ve üzerinde çeşitli kuramlar öne sürülmüştür. 1988 yılında ise Amerika Birleşik Devletleri Öğrenme Güçlükleri Komitesi (NJCLD, 1988) öğrenme güçlüğüne şu şekilde tanımlamıştır: "Öğrenme güçlüğü, dinleme, konuşma kazanma ve kullanmada önemli güçlükler yaşayan heterojen bir bozukluk grubunu ifade eden genel bir terimdir. Okuma, ifade etme, yazma, akıl yürütme veya matematiksel beceriler bu gruba girmektedir. Bu bozukluklar bireye özgüdür ve yaşam boyunca oluşabilecek merkezi sinir sistemi fonksiyon bozukluğu nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Kendi kendini düzenleme davranışı, sosyal algı ve sosyal etkileşim ile ilgili problemler öğrenme güçlüğüyle ilgili olabilir, ancak kendileri öğrenme güçlüğüne oluşturmaz (Bhandari ve Goyal, 2004:166). Dolayısıyla resmi anlamda literatüre ilk giren bu tanım, ÖÖG'yi okuma, ifade etme, yazma, akıl yürütme veya matematiksel beceriler olarak sınırlamakta ve bireylerin yaşamları boyunca etki eden bir süreç olarak değerlendirmektedir.

Günümüzde ÖÖG için öne sürülmüş çok sayıda kuram bulunmakta, bu alanda yapılan çalışmaların çoğunlukla disleksiyle ilişkili olduğu ve kuramların disleksiye açıkladığı görülmektedir. Bu kuramlarda görsel süreçler, işitsel süreçler, fonolojik süreçler, bellek süreçleri üzerinde durulmakta, bir kısım kuramlarda da açıklamalar ÖÖG'yi biyolojik temelde ele almaktadır (Juklova, 2012:14-15). Bu süreçler, yukarıda sözü edilen bilgi işleme aşamalarından pek çoğunu kapsamakta, ÖÖG'nin nedenleri konusundaki tartışmalar sürmektedir (Turgut vd., 2010:14). Dolayısıyla tarihi süreç içerisinde ÖÖG'nin disleksi ile başladığını ifade etmek mümkündür.

2.1.2 Etiyoloji

Genel olarak herhangi bir öğrenme engeli veya belli bir gelişimsel bozukluk, öğrenme becerilerini kısıtlayan bir sürece sahiptir. Öğrenme güçlüğü yaşamdaki engellerdir; Hem çocuklarda hem de yetişkinlerde görülebilirler. Öğrenme güçlüğü belirtileri, hayat boyunca tespit edilemeyecek kadar düşük düzeyde olabilir (Cottrell, 2014:7). Bu eksiklikler gerçek potansiyel ile günlük üretkenlik ve performans arasında bir boşluk yaratır (Bhandari ve Goyal, 2004:163). Aradaki bu boşluğun ise bireylerin günlük yaşantılarına doğrudan etki edecek düzeyde olması durumunda, ÖÖG tanısı verilebilir. ÖÖG, bireylerin bilgi saklama, işleme veya üretme kabiliyetine müdahale eden bir bozulma anlamına gelir. Bu bozukluklar, erken gelişimdeki belirli gecikmeler ve / veya aşağıdaki alanlardan birindeki zorluklar ile

kendini gösterebilir: dikkat, hafıza, muhakeme, koordinasyon, iletişim, okuma, yazma, heceleme, hesaplama, sosyal beceriler ve duygusal olgunlaşma. Öğrenme güçlüğü bireylere özgüdür ve potansiyel olarak ortalama veya ortalamanın üstünde bir zekası olanlar da dahil olmak üzere her bireyin öğrenmesini ve davranışını etkileyebilir (Turgut vd., 2010:14). Öğrenme güçlüğü genetik değişiklikler, biyokimyasal faktörler, doğum öncesi ve doğum sonrası olaylar veya nörolojik bozukluklara yol açan diğer sebeplerden kaynaklanabilir (Bhandari ve Goyal, 2004:164). Dolayısıyla ÖÖG'nin geniş bir etiyojiye sahip olduğunu ve günümüzde kesin kanıtlanmış bir etiyoji çerçevesinin çizilmediğini ifade etmek mümkündür.

Öğrenme bozuklukları her bireyde farklı özellik gösterebilir ve hastalıkların sebebinin merkezi sinir sisteminin fonksiyon bozukluğuna bağlı olduğu düşünülmektedir. Öğrenme güçlüğü çeken kişiler için, merkezi sinir sistemi işlev bozukluğunun kanıtı tıbbi-nörolojik muayene sırasında ortaya çıkabilmektedir (Akçin, 2009:6). Öğrenme güçlüğünün tanısındaki kritik öğeler, psikolojik, pedagojik ya da dilsel değerlendirmeler ile belirlenir (Bhandari ve Goyal, 2004:166).

ÖÖG'lerin biyolojik temeli nedenleri incelenirken, ÖÖG'nin temel psikolojik süreçlerin bazılarında etkilenen bir hastalık olduğu öne sürülmektedir. Bu nedenle bazı araştırmacılar ÖÖG'yi spesifik nörolojik fonksiyonlarla ilişkili biyolojik temelli bir hastalık olarak kabul etmektedir. ÖÖG'ye yol açabilecek nörolojik bozuklukların sebepleri hala belirsiz olsa da, kalıtım aynı ailenin üyelerinde daha sık görülen durumlarda önemli bir faktör olarak kabul edilir (Juklova, 2012:14). ÖÖG'nin diğer olası nedenleri arasında hamilelik sırasında hastalık, uyuşturucu ve alkol kullanımı, düşük doğum ağırlığı, oksijen eksikliği gibi doğum öncesi ve doğum sorunları yer almaktadır (Cottrell, 2014:7).

Özetle ÖÖG, bireylerin bilişsel ya da gelişimsel süreçlerinde yaşadıkları bazı eksikliklerin bir sonucu olarak ortaya çıkabileceği gibi, yaşanan bir travma ya da başka bir klinik durumun da eşlik edeni olarak görülebilir. Günümüzde ÖÖG ile ilgili yapılan çalışmalarda etiyojiden daha çok, sonuçların iyileştirilmesi ve ÖÖG'li bireylerin sosyal uyumları üzerinde odaklanmaktadır.

2.1.3 Epidemiyoloji

Geçmişte yapılan çalışmalarda, ABD Eğitim Bakanlığı tarafından yapılan tahminlere göre, öğrenme güçlüğünün yaygınlığı yasal tanımlara dayanarak yüzde 5-6'dır.

Hindistan'da yapılan bir çalışmada, ÖÖG toplam nüfusun en az 7-8 oranında mevcuttur (Bhandari ve Goyal, 2004:163). Kapur (1993), düşük sosyoekonomik kentli ilkokul çocukları araştırmasında, nüfusun yüzde 17'sinin akademik ÖÖG'ye sahip olduğunu bulmuştur. Rozario (1991), dokuz yaşındaki 110 çocuğun katıldığı bir çalışmada, örneklemin neredeyse üçte birinin akademik olarak geriye dönük olduğunu; bunların birçoğunun belirli ÖÖG'lerinin olduğunu rapor etmiştir. Yaygınlık çalışmaları ÖÖG'yi yüzde 2 ila 8 arasında bir oranda göstermektedir. Okuma engeli ya da disleksi kadınlarda, erkeklerin üçte ya dörtte biri oranına denk gelmektedir. Okul çağındaki çocukların yaklaşık yüzde 1'inde, ÖÖG'nin önemli bir türü olan matematik bozuklukları ya da diskalküli olduğu bilinmektedir (Bhandari ve Goyal, 2004:164). Dolayısıyla geçmişte yapılan çalışmalarda da, ÖÖG ve disleksi başta olmak üzere ÖÖG türlerinin önemli bir epidemiyolojiye sahip oldukları ifade edilebilir.

2.1.4 Klinik özellikler

Öğrenme güçlüğü'nün en büyük komplikasyonları ve sonuçları şunlardır (Juklova, 2012:15):

- Gerçek zihinsel yeteneklere karşılık gelmeyen okul sonuçları;
- Zihinsel sağlık üzerindeki olumsuz etkiler - azalan öz değerlendirme, okul durumlarında kaygı, hatta okul fobisi, psikosomatik problemler, nörotizasyon;
- Kişilik değişikliği - puanları başka bir şekilde puanlama çabası - bireyi akranlarından sonuçta diskalifiye eden uygunsuz davranış.

Temel belirtilerin ardından, ÖÖG'li bireyler yazılı veya yazılı karakterleri okuma yeteneğini tamamen yitirmektedir. Bunun yanında zorlama veya anlık olarak doğru şekilde ifade edebilme aşaması gelmektedir (Halan ve Mercer, 2018:2).

ÖÖG çoklu psikiyatrik bozukluklarla ilişkilidir. Öğrenme güçlüğü çeken çocukların yaklaşık % 30'unda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), obsesif-kompulsif bozukluk, davranış bozukluğu, karşı çıkma bozukluğu, diğer depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluğu gibi davranışsal ve duygusal sorunlar yaşanmaktadır. ÖÖG ile bu tür problemlerin eşzamanlı olarak ortaya çıkması, akademik zorlukları da arttırmaktadır (John vd., 2018:222).

Çalışmalar akademik zorluklara ek olarak, ÖÖG’li bireylerin sıklıkla eş zamanlı sosyal, duygusal ve davranışsal zorluklar yaşadıklarını da bildirmiştir (Al-Yagon ve Margalit, 2016:44).

2.1.5 Alt tipleri

Devam eden başlıklarda, özgül öğrenme güçlüğü’nün yaygın türlerine yönelik genel bilgilere yer verilmiştir.

2.1.5.1 Okuma bozukluğu (disleksi)

Dil öğrenme, okul öncesi çocuklar için en önemli gelişim görevlerinden biridir. Belirli bir konuşma bozukluğundan muzdarip okul öncesi çocuklar genellikle dil öğrenme sürecinin başındaki dil zorlukları ile karakterize edilir (Turgut vd., 2010:12-14). Gelişimsel dilde kilometre taşlarına ulaşmak yerine, belirli bir dil engeli olan çocuklar bu gruba girmektedir (Haverkamp ve Mohamad, 2015:440). Dolayısıyla okuma bozukluğu ile dil öğrenme arasında doğrudan bir ilişki olduğu ifade edilebilir.

Dil ve konuşmanın aksine, okuma doğuştan değildir: öğretilmesi gerekir. Okuma, yazılı semboller (harfler) ve sesler arasındaki ilişkiyi anlamak için fonetik bir kodun şifresini çözme yeteneğini gerektirir. Disleksi, tek tek konuşma seslerini (örneğin, ssss tonu, mmm tonu, vb.) Sözcüklerle (fonemler) işlemede belirli bir sorunu yansıtır. Kısa vadeli sesleri sırayla tutmakta da sorunlar olabilir (örneğin, sesleri yeni bir kelimedede onları görece kadar uzun süre tutmak) (Bhandari ve Goyal, 2004:161-164). Okuma engelli çocuklar da okuma akıcılığı konusunda güçlük çekebilir, bu da doğru fakat sıkıcı ve yavaş okuma becerilerine yol açar (Integra, 2009:7).

DSM-5 Nörogelişimsel Çalışma Grubu, disleksinin ve diskalkulinin birçok tanımının, bu terimlerin hastalıkların adları veya tanısal kriterler olarak yararlı olmayacağı anlamına geldiği sonucuna varmıştır (APA, 2013:1). Bunun neticesinde disleksi DSM-5’te sadece klinik bir alanı ilgilendiren terim olarak geçmektedir (Petretto ve Masala, 2017:1). Bu terim, ortalama zeka seviyesine ve bireysel eğitime rağmen okumadaki yavaşlamayı ifade eder. Araştırmalar, disleksinin genetik geçişe sahip olduğunu ve bu çocukların dil gelişimlerinin gelişim sürecinde akranlarının gelişiminden daha geç olduğunu göstermektedir (Cottrell, 2014:7-8). Disleksi bireylerin asıl sorunu, konuşulan dilin ve yazılı dilin (kelimelerin) fonemden oluştuğunu anlamada güçlük çekmeleridir. (Özçivit Asfuroğlu ve Tülin Fidan,

2016:50). Dolayısıyla disleksi, yazılı ve sözlü dil arasında önemli bir algı farklılığı olduğunu ifade etmektedir.

Okuma bozukluklarına sahip bireyler dil ve sözlü anlatım açısından zorluk çekerler. Bu bireylerin dinleme anlama becerileri zayıftır. Kelimeler arasında fonetik bir fark yaratamazlar. Okuma bozukluğu olan çocuklar sözlü okumalarında birçok hata yaparlar. Hatalar atlamalar, eklemeler ve kelimelerin çarpıtılması ile işaretlenir. Çocuğun okuma hızı yavaştır ve okuma zayıftır (Halan ve Mercer, 2018:3). Okuma bozukluğu olan birçok çocuk okumayı ve yazmayı sevmez. Öğrenme güçlüğü çeken çoğu insanda okumaya yönelik bozukluk vardır (Uysal, 2013:3). Bundan ötürü okuma bozukluğu ve disleksi için öğrenme güçlüğü'nün önemli bir gösterge olduğunu ifade etmek mümkündür.

2.1.5.2 Matematik bozukluğu (diskalkuli)

Diskalkuli, aynı zamanda gelişimsel “diskalkuli” olarak da bilinmekte olup, hesaplama becerilerinin gelişimine ve performansına engel olan spesifik ve kalıcı bir öğrenme yetersizliğidir. Diskalkuli olan insanlar basit meblağlar sunmakta ve hesaplamakta zorlanmaktadırlar. Ayrıca bu bireyler matematik problemlerini çözme konusunda kötü ve sınırlı yeteneklere sahiptir (John vd., 2018:221). Ülke ve tanı ölçütlerine bağlı olarak okul çocuklarının % 3,5 ila % 6,5'inin diskalkuliden etkilendiği tahmin edilmektedir (Looi ve Kadosh, 2016:1).

DSM-5 Nörogelişimsel Çalışma Grubu, disleksinin ve diskalkuli ile ilgili yapılan farklı tanımların, tanısal kriterler olarak yararlı olmayacağı anlamına geldiği sonucuna varmıştır (APA, 2013:1). Disleksi gibi diskalkuli'de DSM-5'te sadece klinik bir alanı ilgilendiren terim olarak geçmektedir (Petretto ve Masala, 2017:1). Matematik bozukluğu kısaca dört başlık altında toplanabilir (Uysal, 2013:3):

- “Dil yetenekleri: matematik terimlerini anlama ve yazılı problemleri matematik sembollerine çevirme,
- Algısal yetenek: sembolleri tanıma ve anlama ve sayıları kümeleştirme yeteneği,
- Matematik yetenekleri: toplama, çıkarma, çarpma, bölme ve temel işlemlerin sırasını izleme ve
- Dikkat yetenekleri: rakamları doğru yazma ve işlem sembollerini doğru gözleme” (Uysal, 2013:3).

Matematik bozukluğunun okuma bozukluğundan daha az olduğu belirtilmesine rağmen, şu anda giderek artan bir şekilde teşhis konulmaktadır. Diskalkuli olan çocuklar ve ergenlerde, öğrenme güçlüğü, sayı saymada zorluk, matematiksel işlemlerde güçlük, okuma zamanını ayarlayamama, çok katmanlı problem çözme yetersizliği, sol-sağ karıştırma, matematik algoritmalarında zorluk gibi semptomların görüldüğünü rapor etmektedir (Özçivit Asfuroğlu ve Tülin Fidan, 2016:50).

2.1.5.3 Yazılı anlatım bozukluğu (disgrafi)

El yazısı bilgilerin kaydedilmesinde önemli bir işleve sahiptir. Veriler nesnel bir şekilde yazılarak, istenen zaman ve yerde kullanılabilir. El yazısının avantajlarından, insan hafızasının saklayabileceği sınırlı miktarda veriyi ve yazılı olarak saklanabilecek sınırsız miktarda veriyi ifade etmek mümkündür (Rostami vd., 2014:7). Bu nedenle yazı yazmanın bilişsel gelişmede önemli bir fonksiyonu olduğu ifade edilebilir.

"Disgrafi" terimi, DSM IV'te, "yazmada genel bir zorluk" olarak tanımlanmıştır ve ortografik, motor veya algısal olmak üzere üç yazı eksikliğine değinmemiştir. Literatürde sıkça kullanılmasına rağmen DSM V'de disgrafi kavramı yer almamaktadır (QA, 2018:2).

Bir kişiden, zeka ve eğitim seviyesinden beklenenden daha düşük yazma yeteneği disgrafi olarak tanımlanmaktadır. Yazı yazmada hatalar, gramer ve noktalama işareti hataları, zayıf paragraf düzeni ve çirkin el yazmaları disgrafinin en belirgin özellikleridir (Haverkamp ve Mohamad, 2015:442). Tercih edilen kelimeler yanlış ve uygunsuz seçilmekte, paragraflar yanlış düzenlenmekte, yazı daha zor ve kelime sayısı daha sınırlı olmaktadır (Uysal, 2013:3). Dolayısıyla metin içerisinde akıcı bir anlam bütünlüğü kurmakta zorlanma durumunun söz konusu olduğu ifade edilebilir.

Yazma, sözlü anlatımla yakından ilgilidir. Kişinin kronolojik yaşı, ölçülen zekâ düzeyi ve alınan eğitimle uyumsuz yazma kabiliyeti, yanlış veya okunamayan el yazmaları, harf mektupları, kelimeler ve sıçramalar, ters yazma, yazı, bileşik yazma, kelime ayrımı, kelime yerleştirme, kayıt sırasında bir hatadır (Integra, 2009:8-9). Disgrafiye sahip çocuklar başka öğrenme güçlüğü çekebilirler (Özçivit Asfuroğlu ve Tülin Fidan, 2016:50).

2.1.5.4 Başka türlü adlandırılmayan öğrenme bozuklukları

Öğrenme güçlüğü, farklı kökene sahip akademik problemler için bir şemsiye terimdir. Genel öğrenme açıkları ve düşük akademik performans, örn. sakatlık bağlamında okuma, imla ve aritmetik bozukluklar gibi özel formlar öğrenme güçlüğü çatısında toplanmaktadır. Sonuç olarak, genel ve özel formlar arasında ayırım yapmaya çalışan ya da öğrenme sorununun kararlılığını gösteren birçok farklı ifade vardır. Öğrenme yetersizliği terimi genellikle özel eğitim alanıyla bağlantılı genel ve uzun süreli öğrenme zorluklarını vurgular. Öğrenme güçlüğü terimi, kişinin genel yeteneklerini tezatlayan belirli bir alandaki öğrenme problemlerini karakterize eder (Turgut vd., 2010:12-14). DSM-V sınıflandırmaların dışında, evrensel olarak kabul edilmiş bir terminoloji yoktur ve teknik terimlerin çağrışımları aynı dilde değişebilir (ör. Büyük Britanya ve ABD arasında). Bazıları diğerlerinden daha kolay değiştirilebilen bilişsel, motivasyonel, duygusal ve sosyo-ekonomik belirleyicilerin yanı sıra, genetik ve nörobiyolojik korelasyonlar vardır (hafıza süresi, sosyoekonomik arka plan). Müdahale, etkilenen kişinin bireysel sorunlarını ele almak zorundadır. Bununla birlikte, genel ve özel öğrenme problemleri arasındaki tanısal ayırım, ciddi eleştirilere tabidir (Lenhard ve Lenhard, 2013:1).

Çeşitli yazarlar tarafından verilen tanımlar, öğrenme yetersizliğinin, konuşma, dil, okuma, heceleme, yazma veya aritmetik işlemlerin herhangi birinde veya birkaçında geciktirme, bozukluk veya gecikmeli gelişme anlamına geldiğini göstermektedir. Bu problemler, konuşma veya yazı dilini anlamada veya kullanımda yer alan temel psikolojik süreçlerin herhangi birinde veya daha fazlasında bozukluk veya eksiklikten kaynaklanmaktadır. Öncelikle görsel, işitme veya motor engellilik, zihinsel gerilik ve duygusal rahatsızlık veya olumsuz çevresel faktörlerden kaynaklanan öğrenme problemlerini içermez (Uysal, 2013:5). Çocuk, anlama veya öğrenmede ciddi zorluklar yaşıyorsa, öğrenme engelli olarak kabul edilebilir (Ali ve Rafi, 2016:5). Kısaca özetlemek gerekirse, özgül öğrenme bozukluklarıyla ilgili adlandırma, tanı ve sınıflama süreci günümüzde de devam etmektedir.

2.1.6 Ayırıcı tanı

Belirli öğrenme zorluklarında vurgulanan işitsel uyarıların işlenmesi ve farklılaştırılmasında bir sorun vardır ve bu okuma güçlüğü nedenlerinden biridir. Özgül öğrenme güçlüğü çeken insanlarla konuşmadaki gecikmenin sözlük yaşı için

uygun olmadığı belirtilmelidir. Bireylerin sözlükte kalan basit kelimeleri öğrenmesi, bildik nesnelere tanıma, eylem kelimelerini tanıma, seslerin veya kayıtların sırasını öğrenme, kelimeleri doğru ifade etmeleri zordur. Yavaş öğrenme, sesler ile ses sembolleri arasındaki bağlantıdır. Kelimelerde benzer sesler bulunamaz. Son öğrendiği bir kelimeyi tanıyamaz veya daha sonra okuduğu kelimeyi tanımakta zorluk çeker. Hızlı dil işleme ile ilgili sorunlar görülebilir (Juklova, 2012:16). Okuma, yazma ve denemede isteksizdir, çünkü derleme ve dinleyerek düşüncelerini doğru ifade etmekte zorluk çeker (Uysal, 2013:7). Bunun yanında literatürde çeşitli ölçüm araçları da geliştirilmiştir.

Özgül Öğrenme Güçlüğünde, gerek uygulama gerekse tanıyı destekleme amacıyla kullanılan psikometrik araçlardan bir diğeri Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formudur. ÖÖB'nin WÇZÖ-R puanlarında belirli örüntüyle eşleştiği düşünülmektedir. Ancak, yazın incelendiğinde, tek öğrenim güçlüğü profili olmadığı görülmektedir. Profiller arasında Sözel Zeka Bölümünün Performans Zeka Bölümünden 15-40 puan daha yüksek çeşitli örüntülerin bulunduğu görülmektedir (Turgut vd., 2010:14-15). Bazı araştırmacılar bu örüntülerin pek çok başarılı çocukta da bulunduğunu, bu nedenlerle söz konusu örüntülerin ÖÖB tanısına yönelik olarak kullanılmaması gerektiğini öne sürmektedir (Turgut Tura vd., 2016:145).

Okuma, yazma, heceleme ve aritmetik problemler temel ayırıcı kriterlerdir. Her ÖÖG'li birey, bu güçlüklerin hepsine sahip değildir, ancak her biri bu özelliklerin bazılarını taşımaktadır. Kombinasyona bağlı olarak, farklı öğrenme güçlüğü tipleri ortaya çıkmaktadır (Ali ve Rafi, 2016:112).

Öte yandan günümüzde kesin ayırıcı tanıların çerçevesinin çizilmediğini ifade etmek mümkündür.

2.1.7 Özgül öğrenme güçlüğü ve eşlik eden durumlar

ÖÖG çoklu psikiyatrik bozukluklarla ilişkilidir. Öğrenme güçlüğü çeken çocukların yaklaşık % 30'unda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), obsesif-kompulsif bozukluk, davranış bozukluğu, dönüşüm bozukluğu, karşı direnç bozukluğu, diğer depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluğu gibi davranışsal ve duygusal sorunlar yaşanmaktadır. ÖÖG ile bu tür problemlerin eşzamanlı olarak ortaya çıkması, akademik zorlukları da arttırmaktadır (John vd., 2018:222). Bu

nedenle, özgül öğrenme bozukluklarında birçok etkenin dikkate alınması gerektiği ifade edilebilir. ÖÖG eşlik eden durumları aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür (Ali ve Rafi, 2016:112):

- Hiperaktivite
- Dikkat
- Motor sorunları
- Görsel Algısal Sorunlar
- İşitsel Algısal Sorunlar
- Dil problemleri
- Fakülte Çalışma Alışkanlıkları
- Sosyal -Eğitimsel davranış problemleri
- Oryantasyon Problemleri
- Akademik Engelliler

2.2. Aile Yüğü

Aile yüğü kavramına bu alandaki literatürde rastlansa da, bu tezin yazarı ilgili kavramı tırnak içerisinde kullanmaktadır. 'Yük' tanımı ailenin bu durumdan ötürü yaşadığı güçlüğü dile getirmekle birlikte aynı zamanda negatif bir konotasyona sahiptir ve tersi olan olumlu manasını da yani –yük olmayan- tanımını da bir norm olarak içerisinde barındırmaktadır. Her ne kadar öğrenme güçlüğü yaşayan çocukların ailelerinin, öğrenme güçlüğü yaşamayan çocukların ailelerine göre daha fazla güçlük yaşadığı varsayılsa dahi; bu tezde, öğrenme güçlüğüünün yaşanmıyor olduğu durum norm olarak görülmemektedir ve dolayısıyla bu normun dışında olmak da 'yük' olarak tarif edilmemektedir.

Genel olarak, hasta bir kişinin bakımı genellikle ailelere verilir. Bu durum aile sorumluluğı olarak algılanır. Bakıcılar seçilemez ve planlanamaz. Bu nedenle, bu duruma bağlı kalmak, durumun ortaya çıkmasından sonra meydana gelir. Bu durum sorumluluk anlamında çok boyutlu bir deneyimdir ve birçok zorluk içerir. İnsanlara samimiyet ve sevgi ile anlam vermek, bakım tecrübesiyle anlam kazanmak, kişisel gelişim, diğer bireylerin sosyal desteğı, özgüven ve kişisel memnuniyet gibi birçok zorluğına yol açabilir (Orak ve Sezgin, 2015:34).

Aile yükü kavramı, ilk kez 1960'lerde tanımlanmış ve aileleri için olumsuz bir zihinsel hastalık durumu olarak ifade edilmiştir. Aile yükleri, bir kişinin hastalığının bir sonucu olarak ailenin yaşadığı zorluklar olarak tanımlanabilir (Yıldırım Sarı ve Başbakkal, 2007:87).

Aile içerisinde bakıma muhtaç bireyin varlığı bakımın yükünü, aile içerisinde güçlük ve çatışmaları; duygusal, fiziksel ve ekonomik güçlükleri beraberinde getirmektedir. Geçmişten günümüze, ailenin ve bakıcıların hastaların tedavisinde rolünün, tedavi planlarının gelişimine önemli katkı sağladığı kabul edilmektedir. 1970'lerde, ailenin hastalıkların tedavi sürecindeki bakım görevi daha fazla ön plana çıkmıştır (Yıldırım vd., 2012:169-172). Günümüzde yapılan araştırmalar sosyo-demografik özellikler ile aile yükü arasındaki ilişki üzerinde durmaktadır. (Arslantaş ve Adana, 2011:254). Buna ilave olarak günlük yaşamda da, bakım veren yükünün ağırlığı ön plana çıkmaktadır.

Bir hastanın günlük yaşamının merkezinde birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısı olmak, genellikle hastalıkla ilgili olarak hastanın sosyal ağı ile temas halinde olmak anlamına gelmektedir. Bakım verenlerin sorumlulukları arttıkça, endişe ve bakım ilişkisi, bakıcıya yönelik tek yönlü, güvenilir, yoğun ve uzun vadeli bir ihtiyaç haline dönüştürülebilir. Genel olarak, aile bakımının kronik ve yoğun doğası, diğer gözaltı gereksinimlerinden kaynaklanan uyumsuzluklarla birlikte vesayet yüküne yol açabilmektedir. Sorumluların yükü, bakım sağlamada yaşanabilecek fiziksel, psikolojik, sosyal veya finansal tepkileri ifade etmek için kullanılır. Bakıcılar ve araştırmacılar yük kavramını farklı şekilde anlayabilir. Özellikle hastanın yakınları ile görüşmede bu terim, bakım sağlayıcıların reddi olarak anlaşılabilir (WEF, 2011:16-17). Bakım verenler kendilerine bakmanın etkilerini yönetemeyebilir ve çaresizlik, suçluluk, öfke, korku ve sosyal tecrit duygularını hissedemezler (Atagün vd., 2011:515). Öte yandan aile içinde bakımda, aynı durumun geçerli olmadığı ifade edilebilir.

Araştırmanın devam eden başlıklarında, duygusal yük, ekonomik yük, nesnel ve öznel yük kavramlarına değinilmiştir.

2.2.1 Duygusal yük

Davranış yönetimi sorunları, hastalar ve aileler arasında süregelen gerilimlerdir. Aile içerisinde bakım verenler sıklıkla hastanın kötü niyetli veya saldırgan davranışlarına,

ruh halindeki değişimlere ve öngörülemezliğine, kamuya açık yerlerde sosyal olarak rahatsız edici olaylara, çatışmalara ve benzeri sorunlara maruz kalabilmektedir (Atagün vd., 2011:515). Hastanın pozitif paranoyak düşüncesi ve provoke edilmemiş saldırganlık semptomları, motivasyon veya anhedonia negatif semptomları, dikkat eksikliği gibi durumlar yine bakım veren kişide duygusal yüke sebep olmaktadır (Lefley, 1989:557). Bunun da duygusal yükü arttırdığı ifade edilebilir.

Kayıtsız ve yükü çok fazla olan kişi, hastalarına bakmak da dahil olmak üzere işlevlerini yerine getirmekte zorlanır. Bakım verenler evde bakımın en önemli bileşeni olduğundan, bakım sağlayıcıların yükü o kadar büyüktür ki bu durum evde bakım desteğini tehlikeye atabilir (Yıldırım vd., 2012:170). Bundan ötürü bakım veren yükünün en önemli bileşeninin duygusal yük olduğu ifade edilebilir.

2.2.2 Ekonomik yük

Günümüzde, özel bir duruma maruz kalan bireyler için aile bakımının ekonomik etkileri nedeniyle, aile yükü ile ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi anlamak ve hasta bireylerin yakınlarının refahının korunmasına yönelik çalışmalar geliştirilmektedir (Ennis ve Bunting, 2013:2). Bunlara ilave olarak eşlik eden hastalıklar, ekonomik anlamda yükü arttırabilir.

Eşlik eden hastalıklar, bakım verenlerin ekonomik yükünü ölçmede zorluk oluşturmaktadır. Buradaki zorluk, yükü tahmin etmek için kullanılan her yöntem için aynı değildir (WEF, 2011:15). Dolayısıyla bakım veren yükü aynı zamanda ekonomik bir kavram olarak görülebilir.

2.2.3 Nesnel ve öznel yük

Montgomery ve arkadaşları (1985) bakım veren yükünün iki boyuta olduğunu ifade etmektedir. Birinci boyutu, ev ve bakıcı hayatının farklı yönlerindeki değişikliklerin nesnel yükünü ve diğer boyutu duygusal ya da duygusal tepki deneyimine göre bakıcının davranışını içeren öznel bir yük olarak tanımlanmıştır. Nesnel yük, hastalığın neden olduğu bozukluklar, aktivite sınırlamaları, yardım türlerinde harcanan zaman ve görevler ve aile hayatında harcanan finansal kaynaklar ile ilişkilidir. İkincisi öznel yük, bir aile üyesinin duygusal durum, fiziksel durum, finansal ve çalışma ortamı gibi alanlarda hissettiği gerilim miktarıyla ilişkilidir. Özellikle, öznel rehabilitasyonun başarılı bakım için önemli bir kriter olduğu

düşünülmektedir (Atagün vd., 2011:515-516). Dolayısıyla sosyal anlamda da, bakım veren yükünün önemli bir konu olduğu ifade edilebilir.

2.3 Sosyal Destek

Sosyal destek, sosyal bağlılık ve yalnızlık arasındaki ilişkinin bir diğer önemli noktası, nesnenin kendini bireyle çevre arasındaki çocukluktan erişkinliğe etkileşim bağlamında sosyal etkileşim ve sosyalleşme işlevi olarak değiştirmesidir (Yılmaz vd., 2008:70). Örneğin, erken çocukluk döneminde, ebeveynler ve çocukluktaki özel insanlar olduğu gibi ergenlik çağındaki eşlik eden yaş ve grup ilişkileri, kendileri için hizmet eder. Yıldırımova (1997) çalışması, Türk ergenlerin ailelerini ve arkadaşlarını kimliklerini yapılandırmada önemli aidiyet kaynakları olarak algıladıklarını göstermektedir. Ait olma kaynakları aynı zamanda kendi kendine yeten bir nesnenin işlevi de olabilir. Öz-benliğin etkileşimi sürecinde bir bağlılık duygusu geliştirmiş olan bireyler, yüksek sosyal bağlılık duygusu nedeniyle yeni çevreleriyle daha kolay bütünleşebilir; sosyal ilişkilerde daha hoşgörülü olmak; ait olma gereksinimlerini karşılayan deneyimlerde daha fazla geçici alan ve dışlama düzeyini tolere edebilir (Duru, 2008:18). Sosyal destek sisteminin bilinmesi kişilere değişik biçimlerde yardım edebilir. Sosyal destek sistemlerinin anlaşılmasıyla kişilere: “ bireyin psikobiyojik kaynaklarını harekete geçirmesine yardım ederek, isteklerinin karşılanmasına yardım ederek, beceriler kazandırarak ve maddi ve parasal kaynaklara ulaşmasına yardım ederek, bireye rehberlik yaparak, bilgi sunarak, yardım” etmek mümkündür (Yıldırım, 1997:82).

Araştırmanın devam eden başlıklarında, sosyal desteğin tanımı ve türleri ve sosyal destek modelleri kavramlarına değinilmiştir.

2.3.1 Sosyal desteğin tanımı ve türleri

Kriz ve duygusal gerginlik hallerinde bireyler, aile üyelerine ve doğal yardımcı olarak kabul edilen arkadaşlarına güvenmek zorundadır. Bu gayri resmi yardımcıların destek ağı, uyum ve kişisel sağlık süreci üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Yalnızlığın öğrenciler arasında yaygın olduğu açıktır (Özen ve Sarıcı, 2010:149). Aileden dışarı çıkan gençlerde, grubun bir üyesi olarak meslek sahibi olmak ve geleceğe odaklanmak, yeni bir okula, yeni şehir ve yabancı ortama uyum

sağlama çabaları, birçok dezavantajlı öğrenci ve öğrenciye çeşitli problemler yaratmaktadır. (Yılmaz vd., 2008:72).

Başka bir tanımda, sosyal destek, stresle başa çıkma aracı olarak kabul edilir ve bireyin stresli bir durumda kullandığı sosyal bir sermaye olarak tanımlanır. Stres araştırmalarında, sosyal desteğin iki yönünün ele alındığı görülmektedir: sosyal destek türleri ve kaynakları. Sosyal desteğin, bireye sağlanan faydalar açısından dört türden gerçekleştirilebileceği belirtilmektedir. Bunlar: duygusal destek, pratik destek (araçsal destek), bilgi desteği ve değerlendirme desteği – geribildirim olarak sıralanabilir (Yürür ve Sarıkaya, 2011:539). Dolayısıyla sosyal destek türlerini geniş bir yelpazede incelemek mümkündür.

2.3.2 Sosyal destek modelleri

Sosyal destek, bireyin yakın çevresinden yardım istemek ve başkalarından destek almak anlamına gelir. Araştırmalar, sosyal desteğin fiziksel ve zihinsel sağlık üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (Doğan, 2001:31).

Bu durum, bireylerin sosyal destek kaynaklarının sayısını değil, belirtilen sosyal desteği inceleme ihtiyacını vurgulamaktadır. Algılanan sosyal destek konusunda öğrencilerle yapılan çalışmalar, algılanan destek düzeyinin stres, akademik başarı ve psikolojik kararlılığı olan öğrencileri etkilediğini ortaya koymaktadır (Yıldırım, 1997:80-81). Sosyal destek algısı yüksek olan öğrencilerin yaşamdan daha fazla memnuniyet duydukları, yalnızlık ve umutsuzluğun daha az görüldüğü, özellikle ergenlerde daha az görüldüğü ifade edilebilir. (Aydın vd., 2017:41). Bundan ötürü, kesin kabul görmüş sosyal destek modellerinin gelişmekte olduğu ifade edilebilir.

Birey, yaşamı boyunca başkalarından destek alma ve iletişim kurma gereğini hisseder. Bu desteğin gücü, bir bireyin yaşamını sürdürme, stresli yaşam olaylarıyla başa çıkma ve farklı yaşam alanlarında karşılaşılabilecek sorunları çözme yeteneğinin belirlenmesinde önemlidir. Sosyal destek açısından yaşamın en önemli dönemlerinden biri öğrenci çalışma dönemidir. Üniversitedeki geçiş dönemi genellikle yeni bir çevre, arkadaşlıklar ve idealler ile aile ortamından uzak bir mesleğe sahip olmanın yanı sıra başkalarıyla ilişkilerimizi ve etkileşimi artırma yolunda ilk adımdır (Aydın vd., 2017:40). Bu nedenle sosyal destek, bakım veren yükünün azalmasında önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sosyal desteğin genel yararları hakkındaki varsayımlar, hastayı ve bakıcıyı bir bakım birimi olarak görmekte ve hem bakıcıların hem de hastaların yararına destek hizmetlerinin sağlanmasını bir bütün halde ele almaktadır. Bu yaklaşıma göre sosyal hizmet, ailelere somut, duygusal ve bilgilendirici destek hizmetleri sunmaktadır. Bununla birlikte, sosyal yardımın sağlanmasında, bakım yükünü üstlenenlerin genellikle kendi imkanları tükendiğinde sosyal yardıma başvurdukları görülmektedir (Wittenberg-Lyles vd., 2014:3).

2.4 Stres, Depresyon, Anksiyete

2.4.1 Depresyon

Duygudurum bozukluklarının klinik görünümünü belirleyen sendromlardan biri depresyondur. Depresyon kelimesi, çöküş, acı hissi, azaltılmış fonksiyonel ve hayati aktivite gibi duyguları içeren duygusal bir deneyimdir. Bu tür duygular, olumsuz yaşam olaylarına ortak bir cevap olarak görülebilir. Benzer bir duygu, depresyon olarak kabul edilmemelidir (Noble, 2005:50-51). Depresyonda, bu tür duygular bir insanın günlük yaşamını ve işlevselliğini bozmak için ısrarcı ve yoğun bir şekilde izlenir (Çelik ve Hocalıoğlu, 2016:52). Depresyon, üzüntü, keder, umutsuzluk ve suçluluk gibi olumsuz duyguları içeren duygusal bir deneyimdir. İnsanlar bazen üzgün ve mutsuz hissederler. Duygusal değişikliklerin tümü depresif bir bozukluk olarak kabul edilmez. Depresyonda, bu duygular yaygın ve kalıcıdır ve bir kişinin işleyişinde ciddi hasara neden olur (Kaya ve Kaya, 2007:5-6). Depresyon, sıklığı, kronik sağlığı ve bu süreç nedeniyle intihar riski nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur (Tamam vd., 2012:34).

Depresyon, dünyadaki ölümcül hastalıklar listesinde en etkili katil olarak tanımlanmaktadır. Çünkü depresyon, alkolizmden kalp hastalığına kadar intiharın ciddi sonuçları dışında birçok kronik hastalığın en önemli faktörlerinden biri olarak kabul edilir (Yaşar, 2007:252). Beck'in depresyon modeli, 1960'ların başında başlayan sistematik klinik gözlemlerden ve deneysel çalışmalardan kaynaklanmaktadır. Klinik ve deneysel yaklaşımların etkileşimi, model ve modellerden elde edilen psikoterapinin hızlı bir şekilde gelişmesini sağlamıştır. Beck, depresyonun psikolojik yapısını açıklayan üç spesifik kavram önermektedir. Bunlar bilişsel üçlü (cognitive triad), şemalar ve bilişsel hatalar (hatalı bilgi işleme) şeklinde sıralanabilir (Arkar, 1992:37).

2.4.1.1 Depresyon belirtileri

Klinik uygulamalarda depresyonun klinik Çizelgesi bir çok semptomu içermektedir. Bu semptomlar memnuniyetsizlikten rahatsız psikotik görüntülere kadar değişebilir (Tamam vd., 2012:35).

Depresyonun anlaşılması ve önlenmesi toplumdaki prevalansı, büyüme oranını ve cinsiyet dağılımını bilmek çok önemlidir. Ülkemizde depresyonun son yıllarda arttığını gösteren önemli veriler vardır. Bu hastalığın dağılımını cinsiyet açısından incelendiğinde, kadınlar ve erkekler arasında gözlenen farklılıkların sosyolojik bir niteliğe sahip olduğu görülmektedir. İstatistiksel çalışmalar yapılırken, kadınlarda ruhsal bozukluk oranı, erkeklerde zihinsel hastalık oranının yaklaşık iki katıdır (Kessler ve Wang, 2002:7-8). Yine, depresyonda olan veya bu hastalığı geliştirme riski olan kadınların oranının erkeklerde iki kat daha fazla olduğu iyi bilinmektedir (Yaşar, 2007:252).

Fiziksel şikayetler bazen depresyonun en belirgin belirtileri olabilir. Vücutta ağrı ve sızıntı, bağırsaklarda düzensizlikler ve sindirim sorunları yaygındır (Kessler vd., 1997:20-22). Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran depresif hastalar, baş ağrısı, epigastrik ağrı ve göğüs ağrısı gibi acı ve depresyon gibi fiziksel rahatsızlıklardan şikayet eder (Özen vd., 2010:62).

2.4.1.2 Klinik özellikleri

Depresyon, kronik hastalıklar içinde iş kaybı ve sosyal kayıplar açısından en fazla kaybın yaşandığı dördüncü rahatsızlıktır. 2020'den sonra kalp hastalığından sonra ikinci sırada yer alması beklenmektedir (Çelik ve Hocalıoğlu, 2016:52). Diğer akıl hastalıklarına benzer şekilde depresyon etiyolojisi birçok bakımdan açıklığa kavuşturulmaya çalışılmaktadır, ancak bugün sahip olduğumuz veriler etiyolojiyi tam olarak açıklamak için yeterli değildir (Albayrak ve Ceylan, 2004:27). Melankolik depresyon insidansı hakkında doğrudan bir veri yoktur, çünkü depresyon üzerine önemli epidemiyolojik çalışmalar alt tipe önem vermemiştir (Kessler ve Wang, 2002:7). Klinik çalışmalarda, melankolik tip depresyon, ağır depresyon tanısı alan ve hastanede tedavi edilen hastaların kullanılan teşhis sistemine göre farklılık göstermesine rağmen tedavi edilen hastaların yaklaşık yarısında teşhis edilir (Türkçapar, 2004a:20).

Depresyon geçici bir ruh hali veya kişisel bir zayıflık değildir. Aksine, tanınmayan ve sorgulanamayan depresyon, kişiye büyük zarar verir; İşyeri açısından para kaybı, üretim kaybının önemli bir faktörüdür (Noble, 2005:50). Yaşamımızın çoğunun çalışma ortamında olduğu göz önüne alındığında, depresyon işle ilgili sorunların en önemli etkisini göstermektedir (Yıldız ve Yıldız, 2009:136). Kadınlardaki depresyon sıklığını biyolojik, ruhsal, sosyal ve kültürel faktörler açısından açıklayan farklı görüşler vardır. Genetik ve endokrine özgül kadınlara içeren biyolojik faktörler incelendiğinde, doğum sonrası ve doğum öncesi dönemlerde kadınlarda depresif semptom riski artar ve bu hormon ve doğurganlığın depresyona etkisi vardır (Önen vd., 2002:103).

2.4.2 Anksiyete

Anksiyete kavramı Latince’de “tıkanma, boğulma” olarak bilinen “angere” kelimesinden türetilmiştir. Bu, rahatsız edici olan çeşitli somatik duyumların eşlik ettiği ortak ve sıklıkla belirsiz bir endişe duygusudur. Aynı zamanda, endişe, bir kişiyi tehlike hakkında bilgilendiren ve bu tehlikeyi ele almak için önlemler almasını sağlayan bir sinyaldir. Anksiyete, bir nesnenin tehdidine veya eksikliğine verilen normal bir içgüdüsel tepkidir. Kaygı, korku hissidir. Kişi, sebebi belirsiz bir endişe, endişe hissi, sanki kötü bir şeymiş gibi yaşar (Parkerson vd., 1990:587). Korku ile kaygının en önemli farkı, belli bir kaynağın tespit edilememesidir (Pıçakçıefe, 2010:368). Kaygı, dikkatli olmak için bir uyarıdır. Korku da benzer bir uyarıdır; Bununla birlikte, korku dış, iyi bilinen, açıkça tanımlanmış ve tehditsiz, iç tabanlı tehdide bir tepkidir. Ancak endişe, bilinmeyen, içsel, belirsiz veya içsel çatışmalara dayanan tehdide bir tepkidir. Bunları birbirinden ayırt etmek genellikle zordur, çünkü korku, bilinçdışı, baskılanmış bir teşvikin dış dünyadaki başka bir nesneye ayrılmasının sonucu olabilir (Kocabaşoğlu, 2018:1).

Genel anksiyete bozukluğu, gerçek sorunlara orantısız olan yaşam koşullarından dolayı gerçekçi olmayan aşırı endişe ile karakterizedir (Pıçakçıefe, 2010:367). Hastalar çoğu zaman gergin ve huzursuz olduklarını söylerler. Belirtiler genellikle üç farklı gruba ayrılır (Ersoy vd., 2003:326):

- Aşırı fizyolojik uyarılmışlık durumu; örneğin kas gerginliği, irritabilite ve uykusuzluk;

- Konsantrasyon bozukluğu ve sorunların gerçekçi olmayan bir biçimde değerlendirilmesi ile karakterize uygunsuz bilişsel süreç;
- Sorunlarla baş etme stratejilerinde yetersizlik; örneğin kaçma, erteleme, sorun çözme becerilerinde zayıflık. Bu belirtiler en az altı aydır sürüyor olmalı ve hastanın yaşamını etkilemiş olmalıdır.

Anksiyete temelde bir iç çatışmanın ürünüdür. Çatışma hiyerarşik olarak dikey ya da yatay şekilde gerçekleşebilir. Alttan gelen memnuniyet arayan dürtülerin yüzeysel gerçeklerle önlenmesi bu durumu oluşturur. Eğer birey anlaşmazlığı çözemezse, bastırılmaması durumunda tehlike olarak algılanır. Tüm süreç bilincin ötesinde algılanır. Kaygı bilinç alanında ortaya çıkar. Buna "serbest kayan kaygı" denir (Gelder vd., 1996:162). Bastırma işe yaramazsa, bu çatışmayla mücadele için diğer savunma mekanizmaları kullanılır ve savunma mekanizması diğer kaygı bozukluklarının klinik Çizelgeyu geliştirir (Özpoyraz, 2018:1).

2.4.2.1 Anksiyete belirtileri

Kaygı görüşleri kişiden kişiye büyük farklılıklar gösterir. Bazı hastalarda çarpıntı ve terleme gibi kardiyovasküler semptomlar vardır; bulantı, kusma, boşluk hissi, kelebek uçuşması gibi mide bağırsak belirtileri, ıslık hissi, gaz ağrısı, hatta ishal; bazı insanlar sık idrara çıkma, yüzeysel nefes alma, göğüste sıkışma gibi semptomlara sahip olabilir. Bunların hepsi içsel tepkilerdir (Parkerson vd., 1990:584). Bazı hastalarda, kas gerginliği kasların veya krampların sertleşmesinin, baş ağrısının ve boynun sertliğinin önde gelen nedenidir (Kocabaşoğlu, 2018:1).

Yüksek kaygı düzeyine sahip insanların, olumsuz duyguları yüksek insanlar gibi stresli durumlara daha fazla tepki verdiği ve olumsuz duyguları düşük insanlara benzer tepkileri olduğu belirtilmektedir. Bu kişilik özelliklerine sahip bireyler, kişilerarası ilişkilerinde özgüven tehditlerine karşı daha savunmasızdır. Öte yandan, olumsuz ruh hali, belirgin bir stres olmadığında ortaya çıkabilecek bir eğilimdir. Bireyin ruh hali, spesifik durumsal faktörlere kısmi bir yanıt olarak geniş bir dalgalanma gösterebilir (Gelder vd., 1996:162). Bununla birlikte, olumsuz bir ruh hali yüksek olan insanlar, durumdan bağımsız olarak zaman içinde daha fazla olumsuz duyguları bildirme eğilimindedir (Özen ve Temizsu, 2010: 6). Sosyal kaygı, sosyal değerlendirme konusunda olumsuz değerlendirilme korkusunu ifade etmektedir. Bu kavram sosyal anksiyete, sosyal fobinin, performans anksiyetesinin temelini oluşturmaktadır (Demir vd., 2000:42).

Anksiyete, stresli durumlara verilen normal bir tepkidir, gerçek ya da gerçek olmayan tehlike algısına fiziksel, psikolojik olarak duygusal bir tepkidir. İnsanın varlığının hayati gücü, bir bireyi olgunlaştırma sürecinde güçlü bir faktördür (Parkerson vd., 1990:588). Webster Sözlüğüne göre, endişe kaçınılmaz veya kusurlu davranışlardan kaynaklanan acı verici bir rahatsızlıktır. Anksiyete, endişe, nefes darlığı ve genel heyecan ile kendini gösterir (Pıçakçıefe, 2010:368).

2.4.2.2 Klinik özellikleri

Anksiyete ve depresif bozukluklar arasındaki benzerlik belirtilerinin çeşitliliği ve sıklığı klinik psikoloji ve psikiyatri konularında en popüler konulardan biridir. Bu Cizelge yüksek insidans oranları eklediğinde, oldukça karmaşıktır. Bu konuda kalıtım derecesi ve biyolojik boyutlara odaklanan genotipik yüzeysel çalışmalar ve semptom düzeyinde ortaya çıkan özelliklere odaklanan fenotipik çalışmaları vardır (Özen ve Temizsu, 2010:5).

Biyopsikososyal bağlamda kültürel faktörlerin, zihinsel durumla ilişkili semptomların dış yansıması üzerinde önemli bir etkisi vardır. Kültür ve psikopatoloji arasındaki ilişki son yıllarda kültürlerarası psikiyatri araştırma araçlarının geliştirilmesiyle vurgulanan bir konudur. Kültürel bağlamın, hastalıktan hastalığa ve prognoza kadar birçok alanda etkili olduğu düşünülmektedir. Geleneksel toplumların önemli özelliklerinden biri zihinsel sorunlarını beden dilinde ifade etmektir (Kim vd., 2016:3112). Bu bağlamda kaygı çeken hastalar ifadelerini kültürel özelliklere paralel olarak ifade etmeye çalışırlar (Asoğlu vd., 2018:243).

Anksiyetenin patogenezi henüz tam olarak açıklanmamış olsa da, alan çalışmalarının sonuçları, serotonerjik ve noradrenerjik hastalıkların depresyon ve anksiyete bozukluklarında bulunduğunu göstermektedir. Serotonerjik fonksiyonları azaltmak depresyon ve anksiyete bozukluklarına neden olurken, serotonin taşınmasındaki düzensizlikler anksiyete semptomlarına neden olur. Ancak noradrenalinin anksiyete patofizyolojisindeki rolü daha karmaşıktır (Pıçakçıefe, 2010:367-369). Bilgilerimize göre noradrenerjik sistemde depresyon ve anksiyete bozukluklarında bozukluklar olduğu ve bu sistemin depresyon ve anksiyete semptomlarına katkıda bulunan birçok farklı kimyasal taşıyıcı sistemle etkileşime girdiği açıktır (Akkaya, 2006:142).

Orta dereceli kaygı başlangıçta danışmanlık ile tedavi edilebilir. Kafein, nikotin gibi uyarıcıları ve haftanın belirli günlerinde olabildiğince sık olarak bırakmaları için

hastalara egzersiz programları sunulabilir. Biofeedback, progresif gevşeme ve stres yönetimi gibi yöntemler aile katılımı ile bireysel ve grup toplantılarına uygulanabilir. Aile üyeleri ayrıca hastanın problemini ele alma becerilerini geliştirme ve hastanın problemlerine farklı yaklaşımlar sağlama çabalarına katılmalıdır (Schwezier ve Rickels, 1997:78). Bilişsel davranışçı terapi ayrıca kaygı yaratan düşünceleri tanımlamaya ve tanımlamaya yardımcı olabilir (Ersoy vd., 2003:327).

2.4.3 Stres

Stres vücudun spesifik olmayan herhangi bir özel nedene vücudun verdiği cevap olarak tanımlanmaktadır (Güçlü, 2001:92). Selye, stresi, aşağıdaki gibi sınıflamıştır (Yurdakoş, 2018:1): “anlık stres (Brief stress), akut kontrol edilebilen stres, akut kontrol edilemeyen stres, kronik kontrol edilemeyen stres.”

Bilim dünyasında, stres kelimesi ilk olarak 17. yüzyılda "kendisine uygulanan elastik nesne ile uygulanan dış kuvvet" arasındaki ilişkiyi açıklamak için kullanılmıştır. Buna göre madde, kendisine uygulanan dış kuvvetlere, direnciyle tepki verir. Elastik kütle dış kuvvete dayanarak dengelenir ve uyarlanır. Dış kuvvet elastik kütle esnekliğinden daha büyükse, nicel değişiklikler meydana gelir. Harici güç çok büyükse, niteliksel değişiklikler meydana gelir. Daha sonra stres kelimesi farklı bilim dallarında farklı şekillerde kullanılır. Örneğin tıp ve psikolojide stres tanımlanmış ve kullanılmıştır (Gökler ve Işıtan, 2012:156). Çevresiyle, iç ve dış dünyasıyla sürekli etkileşim halinde bulunan insanlarda strese neden olan faktörleri yedi ana başlıkta ele almak mümkündür (Gökler ve Işıtan, 2012:160):

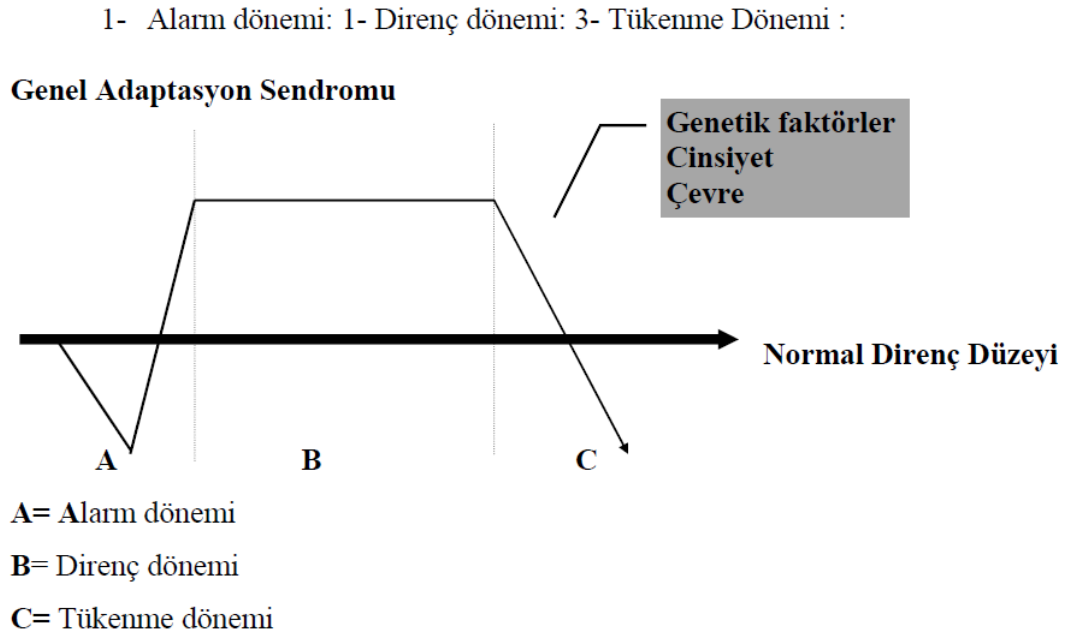
- Bireyin kendisi ile ilgili stres nedenleri,
- Kariyer geliştirme kaygısından kaynaklanan stres nedenleri,
- Bireyler arası ilişkilerin oluşturduğu stres nedenleri,
- Çalışılan örgütün yapı ve ikliminden kaynaklanan stres nedenleri,
- Örgüt içerisindeki rollerden kaynaklanan stres nedenleri,
- Bireylerin yaşadığı çevreyle ilgili stres nedenleri,
- Bireylerin yaşadığı toplumla ilgili stres nedenleri.

Stres bir bireye rahatsızlık veren veya bir bireyde gerginlik yaratan bir durumdur. Başka bir tanımda stres, çevresine giren kişinin değeri ile kendi değerleri, tutumları, ihtiyaçları, yetenekleri ve becerileri arasındaki dengesizlikten kaynaklanan fiziksel ve psiko-sosyal bir gerilimdir (Güçlü, 2001:92-93). Bu nedenle stres, bir kişinin

faaliyetine, durumuna veya psikolojik baskısına verilen tepkiden kaynaklanan zihinsel bir durumdur ve organizmayı bozabilecek olumsuz bir sağlık durumudur (Aytaç, 2015:3).

2.4.3.1 Stres belirtileri

Bir kişinin bulunduğu stres etkeni ne olursa olsun, bu nahoş ve dengesiz faktöre cevap vermesi gerekir. Her stres faktörünün kendine özgü bir etkisi vardır. Bu spesifik etki, GAS oluşumunda da yer almaktadır. Her stresör aynı genel spesifik olmayan etkilere sahip olsa da, her bireyin aynı lezyona veya reaksiyona neden olmadığı ve aynı stresörlerin aynı bireyde farklı zamanlarda farklı reaksiyonlara neden olduğu gerçeği, uygunluk ve psişik faktörlerin iç ve dış faktörleriyle açıklanmaktadır. (Yurdakoş, 2018:1).



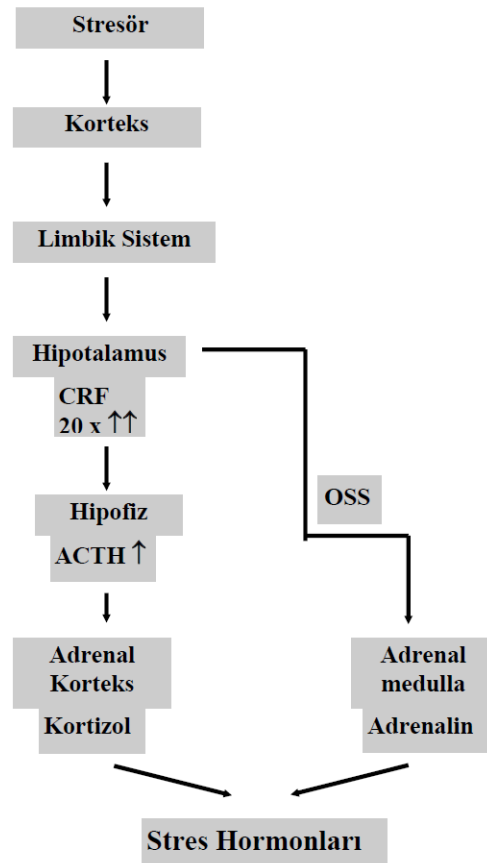
Şekil 2.1: Farklı Dönemlerde Stres ve Özellikleri

Kaynak: Yurdakoş, 2018:2.

Stres yaratan birçok faktör var. Strese yol açan her şey, bir bireyin fizyolojik ve psikolojik düzenini etkiler, stres kaynağı olabilir. Strese neden olan faktörler, bir bireyin kişilik özelliklerinden, ayrıca iş hayatından ve çevresel faktörlerden kaynaklanabilir (Aytaç, 2015:4).

2.4.3.2 Klinik özellikleri

Stres, insanların davranışlarını ve diğer insanlarla ilişkilerini etkileyen bir kavramdır. Her birey çevredeki değişimi etkiler, ancak bireyler bu değişikliklerden de etkilenmektedir. Stres, bir insanın yaşadığı çevrenin değiştirilmesi veya bir insanın çevresini değiştirmesi ve onları etkilemesi halinde ortaya çıkabilmektedir (Yurdakoş, 2018:2). Stres durumunda spesifik biyokimyasal değişiklikler meydana gelmektedir (Güçlü, 2001:93).



Şekil 2.2: Stresin Hormonal Süreci

Kaynak: Yurdakoş, 2018: 3.

2.4.4 Depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri

Anksiyete bozuklukları ve depresyon tartışmalı bir konudur. Her iki hastalığın semptomlarında da önemli örtüşmeler vardır ve bu, kesin tanı konusuna karar vermeyi zorlaştırabilir. Bu sorunu görmüş olan araştırmacılar, örtüşen kaygı ve depresyonun farklı semptomlarını tanımlama eğilimindedir. Uyumluluk seviyesini ve çevre memnuniyetini yansıtan pozitif ruh halinin yetersizliği, depresyon için ayrı bir

nokta olarak tanımlanmaktadır. Daha sonraki çalışmalar, somatik / otonom stimülasyon faktörünü üçüncü boyut olarak tanımlamış, anksiyete bozuklukları için ayırıcı bir faktör belirleme ihtiyacına odaklanmıştır (Saatçioğlu, 2001: 63). Her ne kadar fenotipik modeller problemi teorik olarak çözmüş gibi görünse de, benzerlik ve farklılaşma çalışmaları hala sorgulanabilir, çünkü ruhun negatif boyutu diğer iki boyut için oldukça yüküdür ve bazı belirtilere sadece olumsuz bir duygudurum faktörü içerdiği görülmektedir (Özen ve Temizsu, 2010:1).

Çizelge 2.1: Anksiyete ve Depresyon Belirtileri

Bozukluk	Ayırt Edici Özellik	Başlangıç Yaşı	İlişkili Belirtiler	Hastalığın Gidişi	Aile Öyküsü
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Belli bir konuda endişe duyma	20' li yaşın başlangıcı	Yerinde duramama, motor gerginlik, yorgunluk	Kronik	Yaygın anksiyete bozukluğu panik bozukluğu, alkol kötüye kullanımı
Panik bozukluk	Yoğun, kısa süreli akut anksiyete, ani olabilen değişken sıklıkta ataklar	Bimodal başlangıç (ergenlik dönemi-30 lu yaşların ortası)	Kalp atımında hızlanma, titreme, terleme, nefes darlığı	İyileşme ve tekrarlama periyodlarıyla seyreder	Panik bozukluk, majör depresyon, alkol kötüye kullanımı
Majör depresyon	Dirençli çökkün mizaç; dirençli anksiyete eşlik edebilir	20'li yaşların ortası	Nörovejetatif belirtiler (uykusuzluk, iştahta azalma, suçluluk)	Belirtiler düzelebilir ancak yeniden ortaya çıkabilir	Majör depresyon, alkol kötüye kullanımı

Kaynak: Saatçioğlu, 2001: 62.

Obsesif düşünceler, günlük veya gerçek yaşam problemleri için sadece aşırı bir endişe değildir. Aksine, genellikle egoist olmayan düşünceler zorlama, dürtü ve imge biçimini alır ve çoğuna zorlama eşlik eder. Uyum bozukluğundaki anksiyete, 6 aydan kısa, yaşam olaylarına reaktif olan ve herhangi bir anksiyete bozukluğunun kriterlerini karşılamayan anksiyetedir (Hunt ve Singh, 1991:216). Ek olarak, günlük yaşamdaki kaygılara fiziksel belirtiler eşlik etmiştir (Saatçioğlu, 2001:62).

Somatik semptomların anksiyete bozuklukları ve büyük depresyon ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Somatik semptomların anksiyete bozuklukları ve depresyon

durumlarında somatize disfori yansıttığı düşünülse de, bu olgularda larpsomatoform bozuklukların ve hipokondri insidansının daha yüksek olması ihmal edilemez. Özellikle, depresyon ve somatizasyon korelasyonları hakkındaki veriler, somatik semptomların ve duygudurum semptomlarının şiddet spektrumu içinde lineer olarak arttığını ve daha somatik semptomların daha ciddi duygudurum bozuklukları ile ilişkili olabileceğini göstermektedir (Taylor, 1998:776-777). Depresyon ve somatizasyonun varlığının, hastalığın daha şiddetli belirtileri dışında, her iki durumun da teşhis ve tedavisini zorlaştıracağına inanılmaktadır (Özen vd., 2010:61).

Çizelge 2.2: Anksiyete ve Depresyon Belirtileri

Belirti Tipleri	Örtüşen Belirtiler	Anksiyete için Ayırdedici Belirtiler	Depresyon için Ayırdedici Belirtiler
Afektif	Disfori/negatif duygu durum Ağlama İrritabilite	Yoğun korku ve gerilim	Yoğun üzüntü ve umutsuzluk Düşük pozitif duygu durum
Davranışsal	Düşük aktivite Tepkilerde yavaşlama Düşük enerji düzeyi Dezorganizasyon ve performans kaybı Artan bağımlılık Zayıf sosyal yeti	Yüksek aktivite Ajitasyon	Psikomotor yavaşlama Anhedoni / zevk alamama İlgi kaybı intihar düşünce ve girişimleri
Bedensel	Uyku sorunları İnsomnia başlangıcı Panik ataklar	MSS'de artan uyarım	MSS'de düşük uyarım İştah kaybı Cinsel istekte azalma
Bilişsel	Çaresizlik Obsesyon ve ruminasyonlar Üzüntü-endişe Düşük özgüven Negatif bilişsel yanlılık Kendini eleştirme Özsaygı ile uğraş Kararsızlık Zayıf konsantrasyon	Tehlike ve tehdit algısı Aşırı uyarılma Belirsizlik	Umutsuzluk Kayıp algısı

MSS: Merkezi sinir sistemi

Kaynak: Özen ve Temizsu, 2010:3.

Son yıllarda, depresif bozuklukların antidepresanların gelişimi ile tedavi edilmesinde önemli adımlar atılmıştır. Birçok çalışma, antidepresanların depresyondaki endişeyi azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Ancak, depresif bozukluklara stres eşlik ettiği zaman, bireylerin standart tedaviye tatmin edici bir şekilde yanıt vermediği görülebilir. Eşlik eden anksiyetenin önemli olduğu ve tedavi sürecini etkilediği bilinmektedir (Butler vd., 1991:168). Bu nedenle, depresyonun tedavisinde stresi yönetmek büyük önem taşımaktadır (Akkaya, 2006:142).

3. İLGİLİ LİTERATÜR ÇALIŞMALARI

Araştırmanın devam eden başlıklarında, konuyla ilgili yapılan yurt içi ve yurt dışı yayın ve araştırma çalışmalarına yer verilmiştir.

3.1 Yurtiçi Çalışmalar

Altun ve Uzuner (2016) çalışmalarında, özgül öğrenme güçlüğü olan öğrencilerin eğitimine yönelik sınıf öğretmenlerinin görüşlerini incelemiştir. Çalışmada 2014-2015 eğitim-öğretim yılının bahar döneminde Trabzon ilinde çalışan 10 sınıf öğretmeni ile mülakat yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre öğretmenlerin özgül öğrenme güçlüğü bilgi düzeyleri, ebeveynler ve okul yönetimi ilişkileri zayıf ve yetersizdir. Asfuroğlu ve Fidan (2016) çalışmalarında, özgül öğrenme güçlüğüne ilişkin derleme çalışması yaparak, literatürde bu alanda gelinen noktayı incelemiştir. Çalışmada özellikle geçtiğimiz 20 yılda özgül öğrenme güçlüğüne prevalansının arttığı, fakat bunun tanı kriterlerinin gelişmesi ile olabileceği ifade edilmektedir. Çalışmaya göre günümüzde gelinen noktada özgül öğrenme güçlüğü ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlı olup, bu alanda yapılan çalışmalar henüz yeterli değildir.

Akkaya (2016) çalışmasında, anksiyete ile birlikte seyreden depresif bozukluğun tanı ve sağaltımındaki güçlükleri incelemiştir. Çalışmada literatür taraması yapılmış ve anksiyete ile depresyonun bir arada değerlendirildiği durumlara yer verilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre serotonin ve noradrenalin gerilimi depresyon ile anksiyete tedavisindeki güçlüklerin başında gelmektedir. Başoğul ve Buldukoğlu (2015) çalışmalarında, depresif bozukluklarda psikososyal girişimleri incelemiştir. Çalışmada Dünya Sağlık Örgütü ve literatür çerçevesinde majör depresyon başta olmak üzere depresyonun tüm engelliliklerin yaklaşık %12'sini teşkil ettiği bildirilmiştir. Psikososyal girişimlerle, depresyonun bu olumsuz etkisinin en aza indirilmesi mümkün olabilir. Demiraslan vd (1999) çalışmalarında, kronik depresyonda sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin etkililiğini incelemiştir. Çalışmada iyileşen majör depresyon olgularıyla kronik depresyon karşılaştırılmıştır.

Elde edilen sonuçlara göre sosyodemografik özelliklerin, depresyonun iyileşme sürecinde önemli katkısı vardır.

Atagün vd (2011) çalışmalarında, kronik hastalarda bakım veren yükünü incelemişlerdir. Çalışmada konuyla ilgili literatür çalışmaları derlenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre kronik seyirli psikiyatrik bozukluklar, fiziksel bozukluklar ve kanser hastalarında bakım veren yükünün etkileri değişiklik göstermektedir. Bakım verilen kişinin durumu, bakım verme yükü üzerinde önemli etkiye sahiptir. Turan Gürhopur ve İşler Dalgıç (2017) çalışmalarında, entelektüel yetersizliği olan çocukların ebeveynlerinde aile yükünü incelemişlerdir. Çalışmada Akdeniz Üniversitesinde tanı almış olan 467 çocuğun ebeveyni üzerinde anket uygulaması yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre Zihinsel engelli çocukların bakımı, tedavisi ve rehabilitasyonu, sağlıklı çocukların bakımından daha fazla ilgi, maliyet ve zaman gerektirmektedir. Özel eğitimde, bu bireylerin bakımı tıp ve psiko-sosyal profesyonellerin bakımı ve yönetiminde desteklenmelidir. Bu durum annenin ve ailenin sağlığı için çok önemlidir. Sivrikaya ve Tekinarslan (2013) çalışmalarında, zihinsel yetersizliğe sahip annelerin stres, sosyal destek ve aile yüklerini incelemişlerdir. Çalışmada zihinsel yetersizliği olan 104 anne üzerinde uygulama yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre annelerin algıladıkları sosyal desteğin artmasıyla, stres ve aile yükü düzeylerinin azaldığı görülmüştür.

Deveci ve Ahmetoğlu (2018) çalışmalarında, zihinsel engelli çocukların ailelerinde algılanan sosyal destek düzeyini incelemişlerdir. Çalışmada 2017-2018 Tekirdağ il merkezindeki özel eğitim kurumlarına devam eden, zihinsel engelli çocuğu olan 90 anne ve 35 baba üzerinde uygulama yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre babalar annelere göre daha fazla sosyal destek algısına sahip olup, çocuğun yaşının küçük olmasının da algılanan sosyal desteği azalttığı bildirilmiştir. Arıcıoğlu ve Gültekin (2017) çalışmalarında, zihinsel engelli çocukların annelerinin sosyal destek ile gelecek algılarını incelemişlerdir. Çalışmada 11 engelli annesi ile yarı yapılandırılmış görüşme yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre annelerde tükenmişlik düzeyi yüksek olup, çocuklarının eğitim aldığı kurumlarda verilen sosyal destekten memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Doğan (2001) çalışmasında, psikolojik belirtiler ile sosyal destek ve iyilik halini incelemişlerdir. Çalışmada üniversitede okuyan 254 öğrenci üzerinde anket uygulaması yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre aile desteği, kendini yönetme ve sevgi depresyon ile somatizasyon

bozukluklarında etkili ve pozitif katkı sağlamaktadır. Anksiyete için ise en etkili boyut kendini yönetme olup, bunu aile desteği izlemektedir.

3.2 Yurtdışı Çalışmalar

Bates vd (2017) çalışmalarında, güvencesiz yaşama sahip bireylerde, öğrenme güçlüğü olan bireylerin iş yaşamı ve sonrasında yaşadıkları güçlükler incelenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre öğrenme güçlüğü çeken insanlar yaratıcı ve yeni yollarla desteklendiğinde, etkili bir şekilde çalışabiliyorlar ve yerel topluluklarına uyumlu bir şekilde çalışabiliyorlar. Toplumlarda eşitsizleşmenin, orantısız derecede tehlikeli hayatlar yaşayan öğrenme güçlüğü çeken insanları terk etme riskini düşüren eşitsiz yayılımını azaltmak gerekmektedir. Benmarrakchi vd (2017) çalışmalarında, özgül öğrenme güçlüğü olan bireylerin iletişim teknolojilerini kullanma özelliklerini incelemiştir. Çalışmada 12'si dislektik olan 32 kişi üzerinde uygulama yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre dislektik bireylerde teknoloji kullanımında, öğrenmenin sağlanması için özel çalışmalara ihtiyaç vardır.

Griffin vd (2017) çalışmalarında, özgül öğrenme güçlüklerinde, girişimlere verilen yanıtları incelemiştir. Çalışmada bu alanda yapılan girişimlerin yanıt kavramları ortaya çıkan mevzuat çerçevesinde ayrıntılı olarak tartışılmaktadır. Öğrencilere sağlanan çeşitli girişim yoğunluğu düzeyleri veya kademeleri, birden fazla disiplin tarafından açıklanmaktadır. Özel eğitim hizmetlerine erişime rehberlik eden yeni düzenlemeler, öğrencinin ilerlemesinin tanımlanmasına, müdahalesine ve yakından izlenmesine dayanmalıdır. Hoverkamp ve Mohamad (2015) çalışmalarında, yaygın özgül dil bozukluğu ve özgül öğrenme güçlüğü olan bireylerin çocukluk ve gençlik dönemindeki eğitimlerinde internet tabanlı eğitimlerin gerekliliklerinin ne olduğunu incelemiştir. Çalışmaya göre çocuk ve ergen sağlığı sorunlarının bu alanda etkilerini azaltmak, halk sağlığı açısından önemli bir konudur. Bjekic vd (2014) çalışmalarında, özgül öğrenme güçlüğü olan çocuklarda e-öğrenme ve e-öğretmen konularını incelemiştir. Çalışmada proje olarak geliştirilen bir e-öğrenme platformunun yeterliliği ve etkinliği değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre internet ortamında özgül öğrenme güçlüğü yapısı, gerçek ortamlarla benzerlik göstermektedir. Normal eğitim ortamından farklı olarak e-öğrenme ortamında, daha etkili modeller geliştirilebilir.

Ali ve Rafi (2016) çalışmalarında, öğrenme güçlüklerinin karakteristiğini ve içerik yaklaşımlarını incelemiştir. Çalışmada literatür değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre öğrenme engelliliği tedavi edilemez veya düzeltilemez; bu ömür boyu devam eden bir konudur. Bununla birlikte, doğru destek ve müdahaleyle, öğrenme güçlüğü çeken çocuklar, okulda başarılı olabilir ve hayatlarının ilerleyen dönemlerinde başarılı, daha seçkin kariyerlere devam edebilir. Ebeveynler, öğrenme güçlüğü çeken çocukların güçlü yönlerini teşvik ederek, zayıf yönlerini bilerek, eğitim sistemini anlatarak, profesyonellerle çalışarak ve belirli zorluklarla başa çıkma stratejileri hakkında bilgi edinerek bu başarıya ulaşmalarına yardımcı olabilir.

Jain ve Dinesh (2016) çalışmalarında, özgül öğrenme yetersizliğinin nadir bir belirtisi Aicardi sendromlu bir çocukta öğrenme güçlüğünü incelemiştir. Vaka sunumu olarak çalışma dizayn edilmiştir. Sonuçlara göre Aicardi sendromu ile spesifik öğrenme güçlüğünün birlikte morbiditesi nadirdir ve mevcut vaka, bu tür bireyler arasında işleme becerilerinin değişkenliğini göstermektedir.

Goodfellow (2012) çalışmasında, özgül öğrenme güçlüğü perspektifinden kapsayıcı ve şekillendirici eğitimi incelemiştir. Çalışmada literatürde daha önce yapılan çalışmalar derlenerek, eğitim kurumlarında özgül öğrenme güçlüklerine ilişkin yaklaşımlar değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre kapsayıcı eğitimler bu alanda yetersiz kalıp, daha geniş uygulama ve araştırmalara ihtiyaç vardır. Juklowa (2012) çalışmasında, bilişsel ve metabilşsel bağlamda üniversite öğrencilerinin özgül öğrenme güçlüklerini incelemiştir. Çalışmada Üniversite danışmanlığı kapsamında, sunulan pilot çalışmada etkilerinin doğrulandığı bilişsel ve metabilşsel bir müdahale programı oluşturulmuştur. Sonuçlar, bilişsel ve metabilşsel müdahalenin üniversite öğrencilerinde çalışma becerileri ve sonuçları üzerinde olumlu bir etkisi olabileceğini göstermektedir. Bhandari ve Goyal (2004) çalışmalarında, öğrenme güçlüklerinin doğası, sebepleri ve bu alanda yapılan çalışmaları incelemiştir. Çalışmada literatür taraması ile uygulama verileri bir arada değerlendirilmiştir. Sonuçlara göre öğrenme güçlüğü okul içerisinde okuma, yazma ya da matematiksel becerilerde yetersiz görülen çocuklar, özgül öğrenme güçlüğü olarak tanımlanmıştır.

Kenny ve McGilloway (2007) çalışmalarında, öğrenme güçlüğü yaşayan çocukların ebeveynlerinde bakım veren yükünü incelemiştir. Çalışmada 16 yaşın altında 32 ebeveyn üzerinde uygulama yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre ÖÖG'li çocukların

ebeveynlerinde bakım veren yükü ciddi ölçüde olup, özel desteğin gerekli olduğu vurgulanmıştır. Simon ve Easvaradoss (2015) çalışmalarında, öğrenme güçlüklerinde bakım veren yükünü incelemişlerdir. Çalışmada 100 sağlıklı ve 100 öğrenme güçlüğü olan çocuğun ebeveynleri üzerinde anket uygulaması yapılmıştır. Çalışmada elde edilen sonuçlara göre ÖÖG'li çocuğa sahip ebeveynlerde stres düzeyi yüksek olup, ebeveynlerin yaşam kaliteleri ile de ilişkilidir.

Data vd (2002) çalışmalarında, zeka yetersizliği olan çocuklara bakım veren bireylerin bakım veren yükünü incelemişlerdir. Çalışmada Hindistan'da 31 aile üzerinde çeşitli ölçeklerle uygulama yapılmıştır. Çalışmada elde edilen sonuçlara göre bakım verilen çocuğun yaşı ve ailenin geliri bakım veren yüküyle klinik olarak ilişkilidir. Singh vd (2014) çalışmalarında, zeka geriliği olan çocukların ebeveynlerinde bakım veren yükünü incelemişlerdir. Çalışmada zeka geriliği teşhisi konan 50 çocuğun ebeveyni ile sağlıklı 50 çocuğun ebeveyni kontrol grubu olarak kıyaslanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre çalışma grubunda egzersiz prevalansının yüksek olduğunu gösterdi. Ayrıca, çalışma grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında karşılaştırma yaparak anlamlı bir fark bulunmuştur. Zeka geriliği olan grupta, sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bakım veren yükü görülmüştür.

Ennis ve Bunting (2013) çalışmalarında, aile bakım yükü, aile sağlığı ve kişisel ruh sağlığı arasındaki ilişkileri incelemişlerdir. Araştırmada 3192 denek üzerinde uygulama yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre aile sağlığı profilinin belirli unsurları ve bireylerin kendileri üzerindeki algılanan yükü, bireylerin kendilerinde zihinsel sağlık sorunlarının kişisel görülme riski ile ilişkili görünmektedir. Ahlaki ve ekonomik nedenlerden dolayı, bu ilişkilerin dinamiklerini anlamak için daha fazla araştırma yapmak, hasta bireylerin yakınlarının zihinsel sağlığını ve refahını korumak ve desteklemek için girişimlerin geliştirilmesine yardımcı olmak için esastır. Shyam vd (2014) çalışmalarında, engelli çocukların annelerinde aile yükü ve stres düzeyini incelemişlerdir. Çalışmada zeka geriliği olan 125 çocuğun ebeveyni ve 25 sağlıklı çocuğa sahip ebeveyn kıyaslanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre zeka geriliğine sahip olan çocukların anneleri, fiziksel engeli olan çocukların annelerinden ve kontrol grubundaki annelerden daha yüksek stres ve aile yüküne sahiptir.

4. YÖNTEM

4.1 Araştırma Modeli

Yapılan araştırma, betimsel ve ilişkisel tarama modelinde desenlenmiştir. Araştırmada bu bağlamda literatür tarama modeli ile kaynaklar toplanmış ve derlenmiş, anket yöntemiyle ise nicel veriler analiz edilmiştir.

4.2 Araştırma Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini İstanbul ili ikinci ve üçüncü bölgelerinde yer alan tüm rehberlik araştırma merkezlerine (RAM) yönlendirilen çocukların aileleri oluşturmaktadır. Örneklemini ise işbirliği yapmayı kabul eden Avcılar, Bahçelievler, Bakırköy, Bağcılar, Bayrampaşa, Beşiktaş, Beyoğlu, Beylikdüzü, Esenler, Eyüp, Fatih, Gaziosmanpaşa, Güngören, Kağıthane, Küçükçekmece, Sarıyer, Şişli, Sultangazi, Zeytinburnu rehberlik araştırma merkezine (RAM) yönlendirilen özgül öğrenme güçlüğüne sahip çocukların aileleri ve yine işbirliği yapmayı kabul eden özel eğitim ve rehabilitasyon merkezine' ne (Algi Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, Özel Asya Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, Özel Bilge Şirin Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, Lalegül Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, Özel Mutluluğun Adresi Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, Özel Yağmur Çocukları Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi ve Özel Yeni Mevsim Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi) devam eden özgül öğrenme güçlüğüne sahip 291 çocuğun ailesi oluşturmaktadır.

4.3 Verilerin Toplanması

4.3.1 Veri toplama araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacının hazırladığı Kişisel Bilgi Formu, Aile Yüğü Değerlendirme Ölçeği (AYDÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASÖ 21) kullanılmıştır.

4.3.1.1 Kişisel bilgi formu

Bu araştırmada kullanılan Kişisel Bilgi Formu uzman görüşü alınarak ve önceki benzer çalışmalar incelenerek araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Kişisel Bilgi Formu katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, eşin eğitimi, iş durumu, eşin iş durumu, aylık gelir, oturulan ev, çocuğun cinsiyeti, yaşı, çocuk sayısı, çocuğun gittiği okul, sınıfı, tanı zamanı, özel eğitim yılı, özgül öğrenme güçlüğü türlerinin varlığı, psikolojik/psikiyatrik eşlik eden hastalıklar, çocuğun bakımıyla kimin ilgilendiği ve başka çocuklarında da özgül öğrenme güçlüğü olup olmadığını içermektedir.

4.3.1.2 Özgül öğrenme güçlüğü yaşayan çocuğu olan aileler için aile yükü değerlendirme ölçeği

Özgül Öğrenme Güçlüğü Yaşayan Çocuğu Olan Aileler için Aile Yükü Değerlendirme Ölçeği toplam 43 maddeden oluşan, beşli likert tipi bir değerlendirme ölçeğidir. Sarı (2007) tarafından zihinsel yetersizliğe sahip çocuğu olan ailelerin aile yükünü belirlemek amacıyla geliştirilen Aile Yükü Değerlendirme Ölçeği, 43 maddeden ve Ekonomik Yük, Yetersizlik Algısı, Sosyal Yük, Fiziksel Yük, Duygusal Yük ve Zaman Gereksinimi olmak üzere 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Ekonomik yük boyutunda 6, yetersizlik algısı boyutunda 8, sosyal yük boyutunda altı, fiziksel yük boyutunda 5, duygusal yük boyutunda 11 ve zaman gereksinimi boyutunda 7 madde vardır. Ölçeğin faktör yükleri 0,35 ile 0,81 arasındadır. Aile yükü değerlendirme ölçeğinin alt ölçeklerinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,72-0,89 arasında değişmektedir. Bu değer ölçeğin tümü için 0,92'dir. Ölçeğin tekrar test korelasyon değeri; 0,98 olarak hesaplanmıştır. Kesme noktası ise 97 puandır (Sivrikaya ve Tekinarslan, 2013: 20-21). Araştırmada aile yükü toplam puan üzerinden değerlendirilmiştir.

4.3.1.3 Özgül öğrenme güçlüğü yaşayan çocuğu olan aileler için çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ)

Eker vd (2001) tarafından geliştirilmiştir. Her birinde 50 denek olan üç grup; psikiyatri ve cerrahi hastaları ve normal bireyler üzerinden geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek beşli likert tipi 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.89 olarak bulunmuştur.

4.3.1.4 Depresyon, anksiyete, stres ölçeği

Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASÖ 21) 21 maddeden oluşan, depresyon, anksiyete ve stresi ölçen beşli likert tipi bir ölçektir. Yılmaz vd (2017) tarafından 618 örneklemeden geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin faktör yüklerinin 0,41 ile 0,81 arasında değiştii görölmektedir. Ölçeğe ait verilerin güvenilirlik katsayıları da 0,755 ile 0,822 arasındadır. Üç ayrı tahmin yöntemi kullanılarak analiz edilen verilerin sonuçlarına göre DASÖ 21 maddelik kısa formu geçerli ve güvenilir bir yapıya sahip olduğu ortaya koyulmuştur.

4.4 Verilerin Toplanması

Araştırmanın evrenini İstanbul ili ikinci bölgede yer alan 5 ilçeye (Beşiktaş, Beyoğlu, Eyüp, Sarıyer ve Şişli) bağlı rehberlik araştırma merkezine (RAM) devam eden özgül öğrenme güçlüğüne sahip çocukların aileleri oluşturması planlanmıştır. Fakat çalışmanın ilerleyen evresinde araştırmanın evreni genişletilerek İstanbul ili ikinci ve üçüncü bölgelerinde yer alan tüm rehberlik araştırma merkezlerine (RAM) gidilmiştir. Bunlardan işbirliği yapmayı kabul eden Avcılar, Bahçelievler, Bakırköy, Bağcılar, Bayrampaşa, Beşiktaş, Beyoğlu, Beylikdüzü, Esenler, Eyüp, Fatih, Gaziosmanpaşa, Güngören, Kağıthane, Küçükçekmece, Sarıyer, Şişli, Sultangazi, Zeytinburnu rehberlik araştırma merkezine (RAM) yönlendirilen özgül öğrenme güçlüğüne sahip çocukların aileleri ve yine işbirliği yapmayı kabul eden özel eğitim ve rehabilitasyon merkezine (Algı Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, Özel Asya Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, Özel Bilge Şirin Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, Lalegül Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, Özel Mutluluğun Adresi Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, Özel Yağmur Çocukları Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi ve Özel Yeni Mevsim Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi) devam eden özgül öğrenme güçlüğüne sahip çocukların aileleri ile çalışılmıştır.

Veriler Mart, Nisan, Mayıs 2019 tarihinde toplanmıştır. Çalışma yapılan rehberlik araştırma merkezleri (RAM) herhangi bir ekonomik ve kaynak talep edilmemiş, sadece belirlenen uzmanların aileler ile iletişim kurarak ilgili ölçekleri doldurtmalarını için işbirliği talep edilmiştir.

4.5 Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS 17.0 for Windows ve AMOS 24.0 paket programları kullanılmıştır. Verilerin tanımlanmasında nominal ve ordinal veriler frekans analiziyle, ölçek verileri ise ortalama ve standart sapma değerleri ile tanımlanmıştır. İleri analizlerden önce, verilerin dağılımının homojenliği için Kolmogorov Smirnov testi yapılmıştır. Ölçek ortalamalarının normal dağılıma uymaması nedeniyle, analizlerde nonparametrik testler kullanılmıştır. Buna göre ikili grupların ölçek ortalamalarının farkı için Mann Whitney U testi, ikiden fazla grubun fark analizinde ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Korelasyon analizinde ise Spearman's rho korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm analizler %95 güven aralığı ve 0.05 anlamlılık düzeyinde gerçekleştirilmiştir.

5. BULGULAR VE YORUMLAR

5.1 Demografik Özellikler

Araştırmada katılımcıların sosyo-demografik verileri Çizelge 5.1’de verilmiştir.

Çizelge 5.1: Demografik özelliklere göre dağılım

	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	242	83.2
Erkek	49	16.8
Yaş		
30 yaş ve altı	10	3.4
31-40 arası	262	90.0
41 ve üzeri	19	6.5
Medeni durum		
Evli	220	75.6
Dul/Boşanmış	71	24.4
Eğitim durumu		
İlkokul	191	65.6
Ortaokul	35	12.0
Lise ve üzeri	65	22.3
Eşin eğitimi		
İlkokul	130	44.7
Ortaokul	111	38.1
Lise ve üzeri	-	-
İş durumu		
Çalışmıyor	223	76.6
Çalışıyor	68	23.4
Eşinin iş durumu		
Çalışmıyor	130	44.7
Çalışıyor	111	38.1
Aylık gelir		
0-2000 TL arası	68	23.4
2001-5000 TL arası	157	54.0
5001 TL ve üzeri	66	22.7
Oturulan ev		
Kira	68	23.4
Ev sahibi	223	76.6

Araştırmaya katılanların %83.2’si kadın ve %16.8’i erkektir. Katılımcıların %3.4’ü 30 ve altında, %90.0’ı 31-40 arasında ve %6.5’i 41 ile üzerinde yaşa sahiptir.

Katılımcıların %75.6'sı evli ve %24.4'ü ise dul ya da boşanmıştır. Tüm katılımcıların %65.6'sı ilkokul, %12.0'si ortaokul ve %22.3'ü lise ve üzerinde eğitime sahiptir. Eşlerinin ise %44.7'si ilkokul, %38.1'i ortaokul mezunudur. Katılımcıların %76.6'sı çalışmamaktadır. Eşlerinin ise %44.7'si çalışmamaktadır. Katılımcıların %23.4'ü 0-2000 TL arasında, %54.0'ü 2001-5000 TL arasında, %22.7'si 5001 TL ve üzerinde aylık gelire sahiptir. Katılımcıların %23.4'ü kirada olup, %76.6'sı ise kendi evlerinde oturduklarını ifade etmişlerdir.

5.2 Çocuk ile İlgili Bilgiler

Çocukla ilgili bilgilerin dağılımı Çizelge 5.2'de verilmiştir.

Çizelge 5.2: Çocukla ilgili bilgilere göre dağılım

	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kız	67	23.0
Erkek	224	77.0
Yaş		
7 yaş ve altı	54	18.6
9-11 arası	116	39.9
11 üzeri	121	41.6
Çocuk sayısı		
Tek	37	12.7
2	50	17.2
3 ve üzeri	204	70.1
Çocuğun okulu		
Devlet	237	81.4
Özel	54	18.6
Sınıf		
3 ve altı	170	58.4
4-5	62	21.3
6. sınıf ve üzeri	59	20.3
Tanı zamanı		
Bir yılın altında	15	5.2
1-3 yıl arası	182	62.5
3 yılın üzerinde	94	32.3
Özel eğitim yılı		
1 yılın altında	65	22.3
1-2 yıl arası	48	16.5
2-4 yıl arası	142	48.8
4 yılın üzerinde	36	12.4
Disleksi		
Var	125	43.0
Yok	166	57.0

Çizelge 5.2 (devam): Çocukla ilgili bilgilere göre dağılım

	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Diskalkuli		
Var	81	27.8
Yok	210	72.2
Disgrafi		
Var	193	66.3
Yok	98	33.7
Diğer ÖÖB		
Var	58	19.9
Yok	233	80.1
Dikkat eksikliği		
Var	244	83.8
Yok	47	16.2
DEHB		
Var	36	12.4
Yok	255	87.6
Hiperaktivite		
Var	36	12.4
Yok	255	87.6
Davranım bozukluğu		
Var	37	12.7
Yok	254	87.3
Çocuğun bakımıyla ilgilenen		
Kendisi	191	65.6
Eşi	64	22.0
Bakıcı	17	5.8
Anneanne/Babaanne	19	6.5
Diğer çocukta da var mı?		
Evet	112	38.5
Hayır	179	61.5

Katılımcıların %23.0'ü kız, %77.0'si erkek çocuğa sahiptir. Katılımcıların %18.6'sı 7 yaş ve altında, %39.9'u 9-11 arasında, %41.6'sı ise 11 ve üzerinde yaştaki çocuğa sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %12.7'si tek, %17.2'si iki, %70.1'i üç ve üzerinde çocuğa sahiptir. Katılımcıların %81.4'ü çocuklarını devlet okuluna, %18.6'sı ise özel okula göndermektedir. Sınıfa göre %58.4'ü 3 ve altında, %21.3'ü 1-3 yıl arasında, %20.3'ü ise 3 yılın üzerindeki sınıfa göndermektedir. Katılımcıların %5.2'si bir yılın altında, %62.5'i 1-3 yıl arasında, %32.3'ü 3 yılın üzerinde bir süre tanı aldıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %22.3'ü bir yılın altında, %16.5'i 1-2 yıl arasında, %48.8'i 2-4 yıl arasında, %12.4'ü ise 4 yılın üzerinde bir süredir özel eğitim almaktadır. Katılımcıların %43.0'ünde disleksi, %27.8'inde diskalkuli, %66.3'ünde disgrafi, %19.9'unda tanımlanamayan ÖÖB, %83.8'inde dikkat

eksikliği, %12.4'ünde DEHB, %12.4'ünde hiperaktivite ve %12.7'sinde davranım bozukluğu vardır. Ebeveynlerin %65.6'sı çocuğunun bakımını kendisi, %22.0'si eşi, %5.8'i bakıcı ve %6.5'i anneanne/babaanne üstlendiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %38.5'inin diğer çocuğunda da herhangi bir gelişim bozukluğu vardır.

5.3 Ölçek Ortalamaları

Araştırmanın devam eden bölümünde, ölçek maddelerine verilen yanıtların ortalama ve standart sapma değerlerine yer verilmiştir.

5.3.1 Özgül öğrenme güçlüğü yaşayan çocuğu olan aileler için aile yükü değerlendirme ölçeği

Özgül Öğrenme Güçlüğü Yaşayan Çocuğu Olan Aileler için Aile Yükü Değerlendirme Ölçeği maddelerine verilen yanıtların maddelere göre dağılımı Çizelge 5.3'te verilmiştir.

Çizelge 5.3: Özgül Öğrenme Güçlüğü Yaşayan Çocuğu Olan Aileler için Aile Yükü Değerlendirme Ölçeği maddelerine verilen yanıtların maddelere göre dağılımı

	N	Ortalama	SS
AY_1	291	1,1065	,30905
AY_2	291	1,1959	,39756
AY_3	291	1,0137	,11663
AY_4	291	1,0069	,08276
AY_5	291	1,0206	,14235
AY_6	291	1,1065	,30905
AY_7	291	1,0515	,22149
AY_8	291	1,0241	,15348
AY_9	291	1,1924	,39490
AY_10	291	1,1856	,38943
AY_11	291	1,0447	,20694
AY_12	291	1,1134	,31763
AY_13	291	1,1168	,32178
AY_14	291	1,1856	,38943
AY_15	291	1,0378	,19104
AY_16	291	1,0241	,15348
AY_17	291	1,1856	,38943
AY_18	291	1,1959	,39756
AY_19	291	1,0309	,17342
AY_20	291	1,1203	,32584
AY_21	291	1,1065	,30905
AY_22	291	1,1959	,39756
AY_23	291	1,0000	,00000
AY_24	291	1,0000	,00000

Çizelge 5.3 (devam): Özgül Öğrenme Güçlüğü Yaşayan Çocuğu Olan Aileler için Aile Yüğü Değerlendirme Ölçeği maddelerine verilen yanıtların maddelere göre dağılımı

	N	Ortalama	SS
AY_25	291	1,2027	,40274
AY_26	291	1,2199	,41491
AY_27	291	1,1065	,30905
AY_28	291	1,1959	,39756
AY_29	291	1,1959	,39756
AY_30	291	1,2027	,40274
AY_31	291	1,0000	,00000
AY_32	291	1,1065	,30905
AY_33	291	1,4158	,49371
AY_34	291	1,0103	,10118
AY_35	291	1,1031	,30460
AY_36	291	1,1065	,30905
AY_37	291	1,1924	,39490
AY_38	291	1,0172	,13017
AY_39	291	1,2131	,41017
AY_40	291	1,0241	,15348
AY_41	291	1,2027	,40274
AY_42	291	1,2027	,40274
AY_43	291	1,5223	,50036

Çizelgedeki ortalama değerlerden de görüleceği gibi, tüm aile yüğü ölçeği maddelerinin ortalamalarının 1 ile 1.52 arasında değiştieği görölmektedir. Dolayısıyla katılımcılarda oldukça düşük düzeyde aile yükünün olduğu ifade edilebilir.

5.3.2 Özgül öğrenme güçlüğü yaşayan çocuğu olan aileler için çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ)

Özgül Öğrenme Güçlüğü Yaşayan Çocuğu Olan Aileler için Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) maddelerine verilen yanıtların maddelere göre dağılımı Çizelge 5.4'te verilmiştir.

Çizelge 5.4: Özgül Öğrenme Güçlüğü Yaşayan Çocuğu Olan Aileler için Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) maddelerine verilen yanıtların maddelere göre dağılımı

	N	Ortalama	SS
ASD_1	291	5,8007	,40870
ASD_2	291	6,0172	,13017
ASD_3	291	6,1684	,37485

Çizelge 5.4 (devam): Özgül Öğrenme Güçlüğü Yaşayan Çocuğu Olan Aileler için Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) maddelerine verilen yanıtların maddelere göre dağılımı

	N	Ortalama	SS
ASD_4	291	6,0241	,15348
ASD_5	291	6,1203	,33626
ASD_6	291	6,1271	,33371
ASD_7	291	6,1718	,37787
ASD_8	291	6,0275	,16379
ASD_9	291	6,0997	,31134
ASD_10	291	6,1306	,33753
ASD_11	291	6,1271	,33371
ASD_12	291	6,1271	,33371

Algılanan sosyal destek ölçeği maddelerine verilen yanıtlar incelendiğinde, her bir maddenin ortalama değerinin 5.8 ile 6.13 arasında olduğu görülmektedir. Dolayısıyla katılımcıların yüksek düzeyde sosyal destek aldıklarını algılamaktadır.

5.3.3 Depresyon, anksiyete, stres ölçeği (DASÖ 21)

Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASÖ 21) maddelerine verilen yanıtların maddelere göre dağılımı Çizelge verilmiştir.

Çizelge 5.5: Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASÖ 21) maddelerine verilen yanıtların maddelere göre dağılımı

	N	Ortalama	SS
DAS_1	291	,3883	,74999
DAS_2	291	,3540	,72527
DAS_3	291	,1271	,39082
DAS_4	291	,4708	,72040
DAS_5	291	,4124	,76680
DAS_6	291	,3402	,71274
DAS_7	291	,1753	,49152
DAS_8	291	,4399	,70392
DAS_9	291	,3918	,74589
DAS_10	291	,3574	,71639
DAS_11	291	,3883	,74999
DAS_12	291	,3540	,71086
DAS_13	291	,1478	,40957
DAS_14	291	,5155	,74436
DAS_15	291	,3918	,75049
DAS_16	291	,3574	,71156
DAS_17	291	,0997	,30006
DAS_18	291	,3952	,75098

Çizelge 5.5 (devam): Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASÖ 21) maddelerine verilen yanıtların maddelere göre dağılımı

	N	Ortalama	SS
DAS_19	291	,3814	,73966
DAS_20	291	,0997	,30006
DAS_21	291	,5464	,74769

Depresyon, anksiyete ve stres puanlarına göre katılımcılar tüm maddelere 0.09 ile 0.51 arasında puan vermiş olup, oldukça düşük düzeydedir. Bu durum ailelerde stres, anksiyete ve kaygı düzeylerinin oldukça düşük seyrettiğini göstermektedir.

5.4 Fark Analizleri

Araştırma fark analizlerinden önce, verilerin dağılımının normal dağılıma uyup uymadığının test edilmesi için Kolmogorov Smirnov Testi yapılmıştır. Test sonuçları Çizelge 5.6’da verilmiştir.

Çizelge 5.6: Ölçek normallik testi sonuçları

		Aile Yüğü	Algılanan Sosyal Destek	Anksiyete	Depresyon	Stres
N		291	291	291	291	291
Normal	Ortalama	48,5017	72,9416	2,2680	2,5945	2,2715
Parametreler	SS	3,32636	1,82889	2,30074	2,62491	2,21247
Most Extreme Differences	Mutlak	,193	,298	,225	,198	,209
	Pozitif	,193	,298	,225	,198	,209
	Negatif	-,155	-,144	-,162	-,161	-,152
Kolmogorov-Smirnov Z		3,297	5,088	3,833	3,375	3,559
P		,000	,000	,000	,000	,000

Çizelgeden de görüleceği gibi, tüm ölçek puanları normal dağılıma uymamaktadır ($p < 0.05$). Bu nedenle verilerin nonparametrik dağıldığı kabul edilerek, nonparametrik testler yapılmıştır. İkili gruplar arası fark için Mann Whitney U, ikiden fazla grup arasındaki fark için ise Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Korelasyon analizinde ise Spearman’s rho korelasyonu kullanılmıştır.

5.4.1 Demografik özelliklere göre aile yükü ortalamaları arasındaki farklar

H₁: Aile yükü puanları, katılımcıların demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Demografik özelliklere göre aile yükü ortalamaları arasındaki farklar Çizelge 5.7’de verilmiştir.

Çizelge 5.7: Demografik özelliklere göre aile yükü ortalamaları arasındaki farklar

	Ortalama	SS	Test değeri	p
Cinsiyet				
Kadın	48,4174	3,24315	5459.000	0.375
Erkek	48,9184	3,71840		
Yaş				
30 yaş ve altı	47,8000	3,19026		
31-40 arası	48,6031	3,32108	2.212	0.331
41 ve üzeri	47,4737	3,42164		
Medeni durum				
Evli	48,3409	3,35933	7043.000	0.207
Dul/Boşanmış	49,0000	3,19374		
Eğitim durumu				
İlkokul	48,3037	3,32644	2.368	0.306
Ortaokul	48,8286	3,51037		
Lise ve üzeri	48,9077	3,22453		
Eşin eğitimi				
İlkokul	48,4923	3,22838	0.285	0.593
Ortaokul	48,2072	3,52167		
Lise ve üzeri				
İş durumu				
Çalışmıyor	48,3722	3,33566	6966.000	0.304
Çalışıyor	48,9265	3,28414		
Eşinin iş durumu				
Çalışmıyor	48,4923	3,22838	6932.000	0.593
Çalışıyor	48,2072	3,52167		
Aylık gelir				
0-2000 TL arası	48,2206	3,31368		
2001-5000 TL arası	48,4395	3,40312	1.788	0.409
5001 TL ve üzeri	48,9394	3,15682		
Oturulan ev				
Kira	48,2206	3,31368	7001.000	0.332
Ev sahibi	48,5874	3,33291		

Fark analizi sonuçlarına göre aile yükü ortalamaları demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

5.4.2 Çocuğa ilişkin özelliklere göre aile yükü ortalamaları arasındaki farklar

H₂: Aile yükü puanları, katılımcıların çocuklarının sahip olduğu özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çocuğa ilişkin özelliklere göre aile yükü ortalamaları arasındaki farklar Çizelge 5.8’de verilmiştir.

Çizelge 5.8: Çocuğa ilişkin özelliklere göre aile yükü ortalamaları arasındaki farklar

	Ortalama	SS	Test değeri	p
Cinsiyet				
Kız	48,8507	3,21575	6952.500	0.355
Erkek	48,3973	3,35870		
Yaş				
7 yaş ve altı	48,7963	3,43884	1.683	0.431
9-11 arası	48,6552	3,15706		
11 üzeri	48,2231	3,43872		
Çocuk sayısı				
Tek	49,0000	3,33333	3.123	0.210
2	49,0200	3,04718		
3 ve üzeri	48,2843	3,38172		
Çocuğun okulu				
Devlet	48,4346	3,30398	5857.500	0.325
Özel	48,7963	3,43884		
Özel eğitim yılı				
1 yılın altında	47,6769	2,85103		
1-2 yıl arası	49,0417	3,35146	5.515	0.138
2-4 yıl arası	48,5986	3,44986		
4 yılın üzerinde	48,8889	3,45401		
Disleksi				
Var	48.96	3.44	9038.500	0.056
Yok	48.16	3.21		
Diskalkuli				
Var	47,5185	3,00046	6506.500	0.002
Yok	48,8810	3,37456		
Disgrafi				
Var	48,3731	3,28121	8916.500	0.419
Yok	48,7551	3,41634		
Diğer ÖÖB				
Var	48.53	3.84	6578.000	0.752
Yok	48.49	3.19		
Dikkat eksikliği				
Var	48,3730	3,32905	4994.500	0.156
Yok	49,1702	3,26589		
DEHB				
Var	48,8889	3,45401	4235.000	0.446
Yok	48,4471	3,31130		

Çizelge 5.8 (devam): Çocuğa ilişkin özelliklere göre aile yükü ortalamaları arasındaki farklar

	Ortalama	SS	Test değeri	p
Hiperaktivite				
Var	48,8889	3,45401	4235.000	0.446
Yok	48,4471	3,31130		
Çocuğun bakımıyla ilgilenen				
Kendisi	48,5131	3,38084		
Eşi	48,3906	3,08924	0.155	0.985
Bakıcı	48,4118	4,16921		
Anneanne/Babaanne	48,8421	2,92998		
Diğer çocukta da var mı?				
Evet	48,6964	3,49476	9707.000	0.645
Hayır	48,3799	3,22052		
Sınıf				
3 ve altı	48,7000	3,23964	1.468	0.480
4-5	48,1290	3,25669		
6. sınıf ve üzeri	48,3220	3,64569		
Tanı zamanı				
Bir yılın altında	47,1333	3,54293	3.413	0.181
1-3 yıl arası	48,5275	3,10174		
3 yılın üzerinde	48,6702	3,68195		
Davranım bozukluğu				
Var	48,7297	3,54063	4485.000	0.650
Yok	48,4685	3,30005		

Fark analizi sonuçlarına göre aile yükü düzeyleri diskalküli dışındaki, çocuğa ilişkin özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

5.4.3 Demografik özelliklere göre algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki farklar

H₃: Algılanan sosyal destek puanları, katılımcıların demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Demografik özelliklere göre algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki farklar Çizelge 5.9'da verilmiştir.

Çizelge 5.9: Demografik özelliklere göre algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki farklar

	Ortalama	SS	Test değeri	p
Cinsiyet				
Kadın	72,8926	1,73708	5833.500	0.853
Erkek	73,1837	2,23302		
Yaş				
30 yaş ve altı	73,1000	1,44914		
31-40 arası	72,9351	1,81300	1.516	0.469
41 ve üzeri	72,9474	2,27239		
Medeni durum				
Evli	72,8318	1,72118	6868.500	0.113
Dul/Boşanmış	73,2817	2,10566		
Eğitim durumu				
İlkokul	73,0000	1,82382	3.841	0.147
Ortaokul	73,1429	1,97250		
Lise ve üzeri	72,6615	1,76136		
Eşin eğitimi				
İlkokul	73,0000	1,83844	0.063	0.802
Ortaokul	72,9459	1,83322		
Lise ve üzeri				
İş durumu				
Çalışmıyor	73,0000	1,82327	6759.500	0.160
Çalışıyor	72,7500	1,84775		
Eşinin iş durumu				
Çalışmıyor	73,0000	1,83844	7085.000	0.802
Çalışıyor	72,9459	1,83322		
Aylık gelir				
0-2000 TL arası	72,8088	1,97187	6.399	0.041
2001-5000 TL arası	73,1146	1,82563		
5001 TL ve üzeri	72,6667	1,65793		
Oturulan ev				
Kira	72,8088	1,97187	6752.500	0.156
Ev sahibi	72,9821	1,78574		

Fark analizi sonuçlarına göre sadece aylık gelire göre fark anlamlı olup ($p < 0.05$), diğer demografik özelliklere göre algılanan sosyal destek ortalamaları demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

5.4.4 Çocuğa ilişkin özelliklere göre algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki farklar

H₄: Algılanan sosyal destek puanları, katılımcıların çocuklarının sahip olduğu özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çocuğa ilişkin özelliklere göre algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki farklar Çizelge 5.10’da verilmiştir.

Çizelge 5.10: Çocuğa ilişkin özelliklere göre algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki farklar

	Ortalama	SS	Test değeri	p
Cinsiyet				
Kız	72,6866	1,65336	6693.500	0.164
Erkek	73,0179	1,87493		
Yaş				
7 yaş ve altı	72,8333	1,72386	7.437	0.024
9-11 arası	72,7414	1,85154		
11 üzeri	73,1818	1,83938		
Çocuk sayısı				
Tek	72,9189	1,76978	1.445	0.486
2	72,7000	1,66905		
3 ve üzeri	73,0049	1,87936		
Çocuğun okulu				
Devlet	72,9662	1,85460	6316.500	0.878
Özel	72,8333	1,72386		
Özel eğitim yılı				
1 yılın altında	73,1077	1,66886		
1-2 yıl arası	72,8542	2,01050	5.850	0.119
2-4 yıl arası	73,0282	1,93124		
4 yılın üzerinde	72,4167	1,33898		
Disleksi				
Var	73.13	1.93	9342.000	0.131
Yok	72.80	1.74		
Diskalkuli				
Var	73,1481	1,72562	7250.500	0.043
Yok	72,8619	1,86506		
Disgrafi				
Var	73,0415	1,83381	8213.000	0.057
Yok	72,7449	1,81239		
Diğer ÖÖB				
Var	72.88	1.62	6547.000	0.704
Yok	72.96	1.88		
Dikkat eksikliği				
Var	72,9631	1,79238	5033.500	0.168
Yok	72,8298	2,02505		
DEHB				
Var	72,4167	1,33898	3827.500	0.094
Yok	73,0157	1,87811		
Hiperaktivite				
Var	72,4167	1,33898	3827.500	0.094
Yok	73,0157	1,87811		

Çizelge 5.10 (devam): Çocuğa ilişkin özelliklere göre algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki farklar

	Ortalama	SS	Test değeri	p
Çocuğun bakımıyla ilgilenen				
Kendisi	72,8796	1,81257		
Eşi	73,1250	1,78619	5.167	0.160
Bakıcı	73,2353	1,92124		
Anneanne/Babaanne	72,6842	2,10957		
Diğer çocukta da var mı?				
Evet	73,0625	1,95112	9694.500	0.624
Hayır	72,8659	1,74945		
Sınıf				
3 ve altı	72,7706	1,80737	7.983	0.018
4-5	73,3548	1,90854		
6. sınıf ve üzeri	73,0000	1,76166		
Tanı zamanı				
Bir yılın altında	73,2667	2,05171	1.075	0.584
1-3 yıl arası	73,0385	1,94500		
3 yılın üzerinde	72,7021	1,52984		
Davranım bozukluğu				
Var	72,4595	1,34566	4037.000	0.150
Yok	73,0118	1,88080		

Fark analizi sonuçlarına göre algılanan sosyal destek düzeyleri diskalküli, sınıf ve çocuğun yaşı dışındaki çocuğa ilişkin özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

5.4.5 Demografik özelliklere göre depresyon düzeyleri arasındaki farklar

H₅: Depresyon puanları, katılımcıların demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Demografik özelliklere göre depresyon düzeyleri arasındaki farklar Çizelge 5.11’de verilmiştir.

Çizelge 5.11: Demografik özelliklere göre depresyon düzeyleri arasındaki farklar

	Ortalama	SS	Test değeri	p
Cinsiyet				
Kadın	2,6364	2,64654	5601.500	0.533
Erkek	2,3878	2,53160		
Yaş				
30 yaş ve altı	1,8000	2,34758		
31-40 arası	2,6107	2,64089	1.041	0.594
41 ve üzeri	2,7895	2,59442		

Çizelge 5.11 (devam): Demografik özelliklere göre depresyon düzeyleri arasındaki farklar

	Ortalama	SS	Test değeri	p
Medeni durum				
Evli	2,6227	2,66011	7686.000	0.837
Dul/Boşanmış	2,5070	2,52911		
Eğitim durumu				
İlkokul	2,6806	2,56240		
Ortaokul	2,6000	2,85121	1.350	0.509
Lise ve üzeri	2,3385	2,70576		
Eşin eğitimi				
İlkokul	2,7615	2,62310	0.110	0.740
Ortaokul	2,6216	2,62178		
Lise ve üzeri				
İş durumu				
Çalışmıyor	2,4798	2,60946	6767.000	0.170
Çalışıyor	2,9706	2,65965		
Eşinin iş durumu				
Çalışmıyor	2,7615	2,62310	7039.500	0.740
Çalışıyor	2,6216	2,62178		
Aylık gelir				
0-2000 TL arası	3,1324	2,75304	3.436	0.179
2001-5000 TL arası	2,4713	2,54589		
5001 TL ve üzeri	2,3333	2,63896		
Oturulan ev				
Kira	3,1324	2,75304	6499.000	0.068
Ev sahibi	2,4305	2,56858		

Fark analizi sonuçlarına göre depresyon ortalamaları demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

5.4.6 Çocuğa ilişkin özelliklere göre depresyon düzeyleri arasındaki farklar

H₆: Depresyon puanları, katılımcıların çocuklarının sahip olduğu özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çocuğa ilişkin özelliklere göre depresyon düzeyleri arasındaki farklar Çizelge 5.12'de verilmiştir.

Çizelge 5.12: Çocuğa ilişkin özelliklere göre depresyon düzeyleri arasındaki farklar

	Ortalama	SS	Test değeri	p
Cinsiyet				
Kız	2,2985	2,63436	6892.000	0.301
Erkek	2,6830	2,62148		

Çizelge 5.12 (devam): Çocuğa ilişkin özelliklere göre depresyon düzeyleri arasındaki farklar

	Ortalama	SS	Test değeri	p
Yaş				
7 yaş ve altı	2,6667	2,64931	1.820	0.402
9-11 arası	2,8190	2,75239		
11 üzeri	2,3471	2,48566		
Çocuk sayısı				
Tek	2,8108	2,73697	1.198	0.549
2	2,2800	2,70329		
3 ve üzeri	2,6324	2,59160		
Çocuğun okulu				
Devlet	2,5781	2,62469	6213.500	0.734
Özel	2,6667	2,64931		
Disleksi				
Var	2.35	2.52	9440.500	0.179
Yok	2.78	2.69		
Diskalkuli				
Var	2,5432	2,52017	8414.000	0.885
Yok	2,6143	2,66984		
Disgrafi				
Var	2,5440	2,50403	9426.000	0.963
Yok	2,6939	2,85891		
Diğer ÖÖB				
Var	2.38	2.39	6586.500	0.761
Yok	2.65	2.68		
Dikkat eksikliği				
Var	2,6230	2,59733	5408.000	0.528
Yok	2,4468	2,78824		
DEHB				
Var	2,8889	3,03106	4417.500	0.709
Yok	2,5529	2,56647		
Hiperaktivite				
Var	2,8889	3,03106	4417.500	0.709
Yok	2,5529	2,56647		
Çocuğun bakımıyla ilgilenen				
Kendisi	2,4712	2,53148		
Eşi	2,8438	2,73263	5.727	0.126
Bakıcı	1,7059	2,41777		
Anneanne/Babaanne	3,7895	3,06556		
Diğer çocukta da var mı?				
Evet	2,6518	2,62939	9705.500	0.641
Hayır	2,5587	2,62885		
Sınıf				
3 ve altı	2,7706	2,71316		
4-5	2,3871	2,71821	1.943	0.379
6. sınıf ve üzeri	2,3051	2,23803		
Tanı zamanı				
Bir yılın altında	3,0000	2,77746		
1-3 yıl arası	2,5714	2,61167	0.363	0.834
3 yılın üzerinde	2,5745	2,64977		
Davranım bozukluğu				
Var	2,8108	3,02616	4627.000	0.878
Yok	2,5630	2,56650		

Fark analizi sonuçlarına göre depresyon düzeyleri çocuğa ilişkin özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

5.4.7 Demografik özelliklere göre anksiyete düzeyleri arasındaki farklar

H₇: Anksiyete puanları, katılımcıların demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Demografik özelliklere göre anksiyete düzeyleri arasındaki farklar Çizelge 5.13'te verilmiştir.

Çizelge 5.13: Demografik özelliklere göre anksiyete düzeyleri arasındaki farklar

	Ortalama	SS	Test değeri	p
Cinsiyet				
Kadın	2,2851	2,25853	5671.500	0.622
Erkek	2,1837	2,52218		
Yaş				
30 yaş ve altı	1,4000	1,77639		
31-40 arası	2,3168	2,31827	0.709	0.701
41 ve üzeri	2,0526	2,29670		
Medeni durum				
Evli	2,3818	2,33294	6927.500	0.141
Dul/Boşanmış	1,9155	2,17615		
Eğitim durumu				
İlkokul	2,2670	2,30946		
Ortaokul	2,5429	2,41737	0.690	0.708
Lise ve üzeri	2,1231	2,23263		
Eşin eğitimi				
İlkokul	2,4077	2,40380	0.036	0.850
Ortaokul				
Lise ve üzeri	2,2342	2,20312		
İş durumu				
Çalışmıyor	2,2422	2,30640	7374.000	0.724
Çalışıyor	2,3529	2,29708		
Eşinin iş durumu				
Çalışmıyor	2,4077	2,40380	7115.500	0.850
Çalışıyor	2,2342	2,20312		
Aylık gelir				
0-2000 TL arası	2,4118	2,33874		
2001-5000 TL arası	2,3057	2,33881	0.385	0.825
5001 TL ve üzeri	2,0303	2,18364		
Oturulan ev				
Kira	2,4118	2,33874	7243.000	0.566
Ev sahibi	2,2242	2,29255		

Fark analizi sonuçlarına göre anksiyete ortalamaları demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

5.4.8 Çocuğa ilişkin özelliklere göre anksiyete düzeyleri arasındaki farklar

H₈: Anksiyete puanları, katılımcıların çocuklarının sahip olduğu özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çocuğa ilişkin özelliklere göre anksiyete düzeyleri arasındaki farklar Çizelge 5.14'te verilmiştir.

Çizelge 5.14: Çocuğa ilişkin özelliklere göre anksiyete düzeyleri arasındaki farklar

	Ortalama	SS	Test değeri	p
Cinsiyet				
Kız	2,0000	2,18119	7179.000	0.580
Erkek	2,3482	2,33403		
Yaş				
7 yaş ve altı	2,6481	2,19912	4.564	0.102
9-11 arası	2,2931	2,31448		
11 üzeri	2,0744	2,32797		
Çocuk sayısı				
Tek	3,0000	2,26078	4.894	0.087
2	2,0400	2,28536		
3 ve üzeri	2,1912	2,29751		
Çocuğun okulu				
Devlet	2,1814	2,31904	5428.500	0.073
Özel	2,6481	2,19912		
Özel eğitim yılı				
1 yılın altında	2,3692	2,44674		
1-2 yıl arası	2,4792	2,40557	1.603	0.659
2-4 yıl arası	2,1056	2,20157		
4 yılın üzerinde	2,4444	2,32311		
Disleksi				
Var	2.17	2.28	9948.000	0.536
Yok	2.34	2.32		
Diskalkuli				
Var	2,2840	2,37294	8309.000	0.754
Yok	2,2619	2,27804		
Disgrafi				
Var	2,1865	2,29729	8688.000	0.243
Yok	2,4286	2,31089		
Diğer ÖÖB				
Var	2.07	2.19	6398.500	0.520
Yok	2.32	2.33		
Dikkat eksikliği				
Var	2,2172	2,28205	5239.500	0.335
Yok	2,5319	2,40336		

Çizelge 5.14 (devam): Çocuğa ilişkin özelliklere göre anksiyete düzeyleri arasındaki farklar

	Ortalama	SS	Test değeri	p
DEHB				
Var	2,4444	2,32311	4233.000	0.437
Yok	2,2431	2,30108		
Hiperaktivite				
Var	2,4444	2,32311	4233.000	0.437
Yok	2,2431	2,30108		
Çocuğun bakımıyla ilgilenen				
Kendisi	2,2304	2,26862		
Eşi	2,2031	2,35823	1.479	0.687
Bakıcı	2,2941	2,36550		
Anneanne/Babaanne	2,8421	2,47797		
Diğer çocukta da var mı?				
Evet	2,1696	2,30115	9683.000	0.615
Hayır	2,3296	2,30480		
Sınıf				
3 ve altı	2,4059	2,27801	4.024	0.134
4-5	2,3710	2,60034		
6. sınıf ve üzeri	1,7627	1,97693		
Tanı zamanı				
Bir yılın altında	2,0667	2,08624	0.074	0.964
1-3 yıl arası	2,3132	2,35889		
3 yılın üzerinde	2,2128	2,23786		
Davranım bozukluğu				
Var	2,3784	2,32560	4436.500	0.572
Yok	2,2520	2,30129		

Fark analizi sonuçlarına göre anksiyete düzeyleri çocuğa ilişkin özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

5.4.9 Demografik özelliklere göre stres düzeyleri arasındaki farklar

H₉: Stres puanları, katılımcıların demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Demografik özelliklere göre stres düzeyleri arasındaki farklar Çizelge 5.15'te verilmiştir.

Çizelge 5.15: Demografik özelliklere göre stres düzeyleri arasındaki farklar

	Ortalama	SS	Test değeri	p
Cinsiyet				
Kadın	2,2934	2,22413	5713.000	0.680
Erkek	2,1633	2,17320		

Çizelge 5.15 (devam): Demografik özelliklere göre stres düzeyleri arasındaki farklar

	Ortalama	SS	Test değeri	p
Yaş				
30 yaş ve altı	1,4000	1,77639	1.283	0.526
31-40 arası	2,3321	2,22500		
41 ve üzeri	1,8947	2,20844		
Medeni durum				
Evli	2,3227	2,22490	7409.500	0.505
Dul/Boşanmış	2,1127	2,18141		
Eğitim durumu				
İlkokul	2,2775	2,22698		
Ortaokul	2,4571	2,26667	0.267	0.875
Lise ve üzeri	2,1538	2,16673		
Eşin eğitimi				
İlkokul	2,3769	2,27989		
Ortaokul			0.001	0.974
Lise ve üzeri	2,3514	2,16438		
İş durumu				
Çalışmıyor	2,1839	2,18251	6935.000	0.275
Çalışıyor	2,5588	2,30109		
Eşinin iş durumu				
Çalışmıyor	2,3769	2,27989	7198.000	0.974
Çalışıyor	2,3514	2,16438		
Aylık gelir				
0-2000 TL arası	2,7059	2,35035		
2001-5000 TL arası	2,1720	2,17850	2.899	0.235
5001 TL ve üzeri	2,0606	2,11863		
Oturulan ev				
Kira	2,7059	2,35035	6574.500	0.089
Ev sahibi	2,1390	2,15679		

Fark analizi sonuçlarına göre stres ortalamaları demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

5.4.10 Çocuğa ilişkin özelliklere göre stres düzeyleri arasındaki farklar

H₁₀: Stres puanları, katılımcıların çocuklarının sahip olduğu özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çocuğa ilişkin özelliklere göre stres düzeyleri arasındaki farklar Çizelge 5.16'da verilmiştir.

Çizelge 5.16: Çocuğa ilişkin özelliklere göre stres düzeyleri arasındaki farklar

	Ortalama	SS	Test değeri	p
Cinsiyet				
Kız	2,0299	2,11753	7155.500	0.554
Erkek	2,3438	2,23961		

Çizelge 5.16 (devam): Çocuğa ilişkin özelliklere göre stres düzeyleri arasındaki farklar

	Ortalama	SS	Test değeri	p
Yaş				
7 yaş ve altı	2,6296	2,04936		
9-11 arası	2,3966	2,29888	5.279	0.071
11 üzeri	1,9917	2,18134		
Çocuk sayısı				
Tek	2,7027	2,10640	2.624	0.269
2	1,8800	2,16314		
3 ve üzeri	2,2892	2,23710		
Çocuğun okulu				
Devlet	2,1899	2,24407	5530.000	0.110
Özel	2,6296	2,04936		
Özel eğitim yılı				
1 yılın altında	2,2769	2,21153		
1-2 yıl arası	2,1042	2,22404	0.324	0.956
2-4 yıl arası	2,2958	2,19538		
4 yılın üzerinde	2,3889	2,34555		
Disleksi				
Var	2.10	2.19	9545.000	0.231
Yok	2.40	2.27		
Diskalkuli				
Var	2,3580	2,20402	8303.000	0.747
Yok	2,2381	2,22006		
Disgrafi				
Var	2,2332	2,19672	9104.500	0.594
Yok	2,3469	2,25261		
Diğer ÖÖB				
Var	2.14	2.10	6574.500	0.744
Yok	2.30	2.24		
Dikkat eksikliği				
Var	2,2951	2,21364	5580.000	0.765
Yok	2,1489	2,22612		
DEHB				
Var	2,3889	2,34555	4436.000	0.738
Yok	2,2549	2,19738		
Hiperaktivite				
Var	2,3889	2,34555	4436.000	0.738
Yok	2,2549	2,19738		
Çocuğun bakımıyla ilgilenen				
Kendisi	2,1728	2,13159		
Eşi	2,4688	2,35007	1.740	0.628
Bakıcı	1,9412	2,22122		
Anneanne/Babaanne	2,8947	2,53629		
Diğer çocukta da var mı?				
Evet	2,2589	2,20460	9935.000	0.896
Hayır	2,2793	2,22351		
Sınıf				
3 ve altı	2,4706	2,21927	4.646	0.098
4-5	2,0484	2,33594		
6. sınıf ve üzeri	1,9322	2,02454		
Tanı zamanı				
Bir yılın altında	2,8667	2,16685	1.317	0.518
1-3 yıl arası	2,2418	2,23652		
3 yılın üzerinde	2,2340	2,18216		
Davranım bozukluğu				
Var	2,3243	2,34585	4642.500	0.904
Yok	2,2638	2,19713		

Fark analizi sonuçlarına göre stres düzeyleri çocuğa ilişkin özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

5.4.11 Aile yükü, algılanan destek, depresyon, anksiyete ve stres arasındaki ilişki

H₁₁: Aile Yükü ve Algılanan Destek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H₁₂: Aile Yükü ve Depresyon, Anksiyete ve Stres arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H₁₃: Algılanan Destek ve Depresyon, Anksiyete ve Stres arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

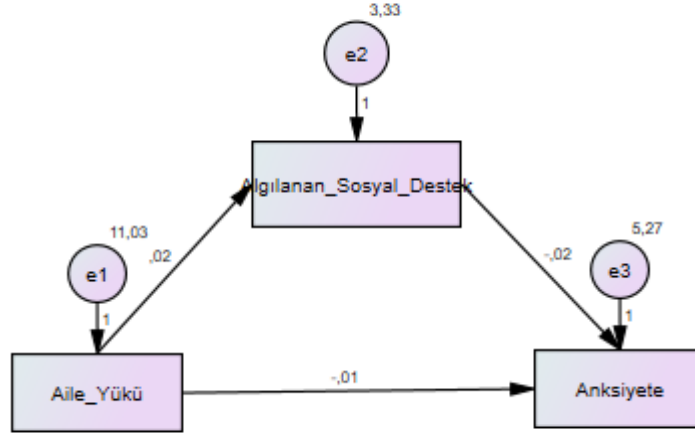
Aile Yükü, Algılanan Destek, Depresyon, Anksiyete ve Stres arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları Çizelge 5.17'de verilmiştir.

Çizelge 5.17: Aile Yükü, Algılanan Destek, Depresyon, Anksiyete ve Stres arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları

		Aile Yükü	Algılanan Sosyal Destek	Anksiyete	Depresyon	Stres
Aile Yükü	R	1,000	,034	-,027	-,066	-,046
	P	.	,559	,642	,261	,433
	N	291	291	291	291	291
Algılanan Sosyal Destek	R	,034	1,000	-,016	-,097	-,100
	P	,559	.	,780	,097	,088
	N	291	291	291	291	291
Anksiyete	R	-,027	-,016	1,000	,693**	,785**
	P	,642	,780	.	,000	,000
	N	291	291	291	291	291
Depresyon	R	-,066	-,097	,693**	1,000	,875**
	P	,261	,097	,000	.	,000
	N	291	291	291	291	291
Stres	R	-,046	-,100	,785**	,875**	1,000
	P	,433	,088	,000	,000	.
	N	291	291	291	291	291

Çizelgeden de görüleceği gibi, aile yükü ile algılanan sosyal destek, anksiyete, depresyon ve stres arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki çıkmamıştır ($p>0.05$). Anksiyete arttıkça stres ve depresyon da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artış göstermektedir ($p<0.05$). Aile yükünün neden olduğu anksiyete, stres ve

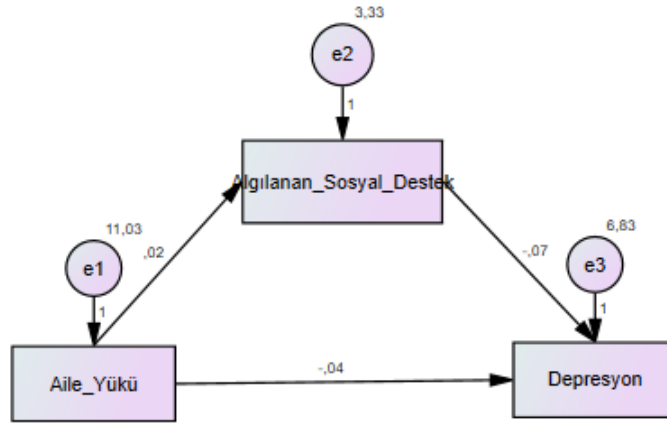
depresyon üzerinde algılanan sosyal desteğin aracı rolü için yapılan yapısal eşitlik modellemesi analizi sonuçları aşağıda verilmiştir.



RMSEA: 0.0001 CMIN/DIF: 0.148 IFI: 1.00

		Estimate	S.E.	C.R.	P
Algılanan_Sosyal_Destek	<--- Aile_Yükü	,019	,032	,594	,552
Anksiyete	<--- Aile_Yükü	-,008	,041	-,209	,835
Anksiyete	<--- Algılanan_Sosyal_Destek	-,015	,074	-,208	,835

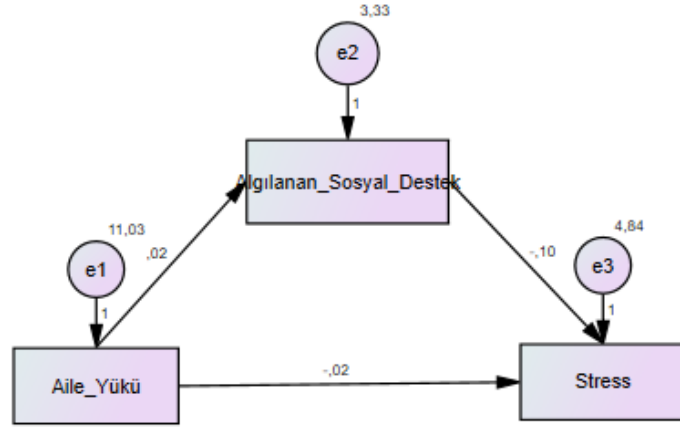
Şekil 5.1: Anksiyete Yapısal Eşitlik Modellemesi Sonuçları



RMSEA: 0.0001 CMIN/DIF: 0.624 IFI: 1.00

		Estimate	S.E.	C.R.	P
Algılanan_Sosyal_Destek	<--- Aile_Yükü	,019	,032	,594	,552
Depresyon	<--- Aile_Yükü	-,038	,046	-,823	,410
Depresyon	<--- Algılanan_Sosyal_Destek	-,075	,084	-,889	,374

Şekil 5.2: Depresyon Yapısal Eşitlik Modellemesi Sonuçları



RMSEA: 0.0001 CMIN/DIF: 0.945 IFI: 1.00

		Estimate	S.E.	C.R.	P
Algılanan_Sosyal_Destek	<--- Aile_Yükü	,019	,032	,594	,552
Stres	<--- Aile_Yükü	-,024	,039	-,628	,530
Stres	<--- Algılanan_Sosyal_Destek	-,101	,071	-1,426	,154

Şekil 5.3: Stres Yapısal Eşitlik Modellemesi Sonuçları

Yapısal eşitlik analizi sonuçlarından da görüleceği gibi, algılanan sosyal destek düzeyi aile yükü ile anksiyete, stres ve depresyon arasındaki ilişkiyi negatif yöne çekmektedir. Diğer bir ifadeyle, algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça, ebeveynlerin sahip olduğu aile yükü daha az anksiyete, depresyon ve strese neden olmaktadır.

6. TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmanın bu bölümünde verilerden elde edilen bulguların tartışılması, sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

6.1 Tartışma

Yapılan bu çalışmada, özgül öğrenme güçlüğü olan çocukların ailelerinde depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin aile yükü ve algılanan sosyal destek ile ilişkisi incelenmiştir. Araştırmada bu çerçevede 291 özgül öğrenme güçlüğü olan çocuğun ailesi ile anket uygulaması yapılmıştır.

Özgül öğrenme güçlüğü, son yıllarda giderek önemi ve sıklığı artan bir olgudur. Asfuroğlu ve Fidan (2016) çalışmalarında, son 20 yılda özgül öğrenme bozukluklarında ciddi bir artış olduğunu ortaya koymuştur. Bates vd (2017) çalışmalarında, öğrenme güçlüğü yaşayan bireylerin iş yaşamı ve günlük yaşamda güçlükler yaşadıklarını bildirmiştir. Benmarrakchi vd (2017) 12'si dislektik olan 32 kişi üzerinde yaptıkları araştırmada, bu bireylerin teknoloji kullanımında güçlükler yaşadıklarını bildirmişlerdir. Yine Hoverkamp ve Mohamad (2015), özgül öğrenme güçlüğü olan bireylerde eğitim sürecinde önemli güçlüklerin yaşandığını belirtmişlerdir. Araştırmamızdaki örneklemin %77.0'si erkek olup, 11 ve üzeri yaşa sahip olanlar çoğunluktadır. Genellikle 3 ve üzerinde çocuğa sahip olan ailelerde, tanı zamanı 1-3 yıl arasında olanlar çoğunluktadır. Araştırmada ölçeklerin madde ortalamalarına göre, genel olarak aile yükleri düşük düzeydedir (Bkz. Çizelge 5.3). Son yıllarda bu alanda yapılan çalışmalar ve alan uygulamaları ile bilincin artmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülebilir. Algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek olması da bu sonucu destekler niteliktedir (Bkz. Çizelge 5.4).

Atagün vd (2011) çalışmalarında, kronik hastalarda bakım veren yükünün kronik seyirli psikiyatrik bozukluklar, fiziksel bozukluklar ve kanser hastalarında farklılık gösterdiğini rapor etmiştir. Çalışma sonuçlarına göre hastanın değişken duygu durumu bakım veren yükünü etkilemektedir. Özgül öğrenme güçlüğünde de, öğrenme sürecinin progresif olması, beraberinde değişken bir duygu durumu

getirmekte olduğu, bakım veren yükünü arttırdığı ifade edilebilir. Yine Turan Gürhopur ve İşler Dalgıç (2017) çalışmalarında, zihinsel olarak normal çocuklara göre duygu durum bozukluğu olanlarda aile yükünün daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Simon ve Easvaradoss (2015) 100 sağlıklı ve 100 öğrenme güçlüğü olan çocuk üzerinde yaptıkları araştırmada, ebeveyn stresinin özgül öğrenme güçlüğü olan ailelerde daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Shyam vd (2014) 125 zihinsel geriliğı olan ve 25 sağlıklı çocuğun ebeveyni üzerinde yaptıkları çalışmada, zeka geriliğı olan ailelerde stres ve aile yükünün daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bu araştırmada ise ailelerin depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ortalamanın altındadır (Bkz. Çizelge 5.5). Yine burada da, aile yükünün düşük ve algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek çıkmış olmasının etkili olduğu ifade edilebilir.

Aile yükünün demografik özelliklere göre farklılık gösterdiği pek çok çalışmada rapor edilmiştir. Bunun yanında aile yükünün, demografik özelliklere göre anlamlı bir farklılık göstermediğini rapor eden çalışmalar da mevcuttur (Orak ve Sezgin, 2015; Ennis ve Bunting, 2013; Arslantaş ve Adana, 2011; Atagün vd., 2011; Yıldırım Sarı ve Başbakkal, 2007). Data vd (2002) çalışmalarında, bakım veren yükünün çocuğun yaşı ile ailenin geliri ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Bu araştırmada, aile yükü en fazla erkeklerde, 31-40 arasında yaşa sahip olanlarda, boşanmış olanlarda, lise ve üzerinde eğitime sahip olanlarda, ilkokul mezunu eşe sahip olanlarda, çalışanlarda, eşi çalışanlarda, aylık geliri 5001 TL ve üzerinde olanlarda, ev sahibi olanlarda daha yüksek düzeydedir. Fark analizi sonuçlarına göre aile yükü ortalamaları demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (Bkz. Çizelge 5.7). Çocuğa ilişkin özelliklerde ise sadece diskalküli olmayanlarda aile yükünün anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Burada örneklemin büyüklüğü, evrenin genel özellikleri ve çocuğun öğrenme güçlüğü düzeyi gibi birçok dışsal etkenin de dikkate alınması gerekir. Araştırma sınırlılıklarından ötürü belirli bir örneklem üzerinde çalışma yapılmış olduğu için, daha farklı örneklemelerde, çapraz karşılaştırmalarla araştırmanın genişletilmesinde yarar vardır.

Algılanan sosyal destek düzeyinin de yine demografik özelliklerden bazılarına göre anlamlı derecede farklılaşırken, bazılarına göre anlamlı fark göstermediğı bildirilmiştir (Aydın vd., 2017; Wittenberg-Lyles vd., 2014; Doğan, 2001). Bu araştırmada, algılanan sosyal destek en fazla erkeklerde, 30 ve altında yaşa sahip

olanlarda, boşanmış olanlarda, ortaokul düzeyinde eğitime sahip olanlarda, ilkokul mezunu eşe sahip olanlarda, çalışmayanlarda, eşi çalışmayanlarda, aylık geliri 2001-5000 TL olanlarda, ev sahibi olanlarda daha yüksek düzeydedir. Fark analizi sonuçlarına göre sadece aylık gelire göre fark anlamlıdır. Öte yandan diğer demografik özelliklere göre algılanan sosyal destek ortalamaları demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (Bkz. Çizelge 5.9). Çocuğa ilişkin özelliklerde ise erkek çocuğa sahip olanlarda, 11 ve üzerinde yaştaki çocuğa sahip olanlarda, üç ve üzerinde çocuğa sahip olanlarda, çocukları devlet okuluna gidenlerde, 1 yılın altında özel eğitim alan çocuk sahiplerinde, diskalküli olanlarda, disgrafi olanlarda, dikkat eksikliği olanlarda, DEHB olmayanlarda, hiperaktivite olmayanlarda, çocuğu ile bakıcı ilgilenenlerde, diğer çocuklarında gelişim bozukluğu olanlarda daha yüksek düzeydedir. Ancak algılanan sosyal destek düzeyleri sadece diskalküli ve çocuğun yaşı değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir. demografik özellikler ve çocuğa ilişkin özellikler bir arada değerlendirildiğinde, ailenin geliri, çocuğun yaşı ve diskalküli olup olmaması algılanan sosyal desteği etkilemektedir. Yine burada da, ekonomik durum önemli bir değişken olsa da, diğer sosyal özelliklerin etkisinin, sınırlı bir evren içerisinde alınan örneklem söz konusu olduğu için anlamlı çıkmadığı düşünülebilir. Burada da, daha geniş örneklem ve çapraz kıyaslamalara ihtiyaç vardır.

Bireylerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin demografik özelliklere göre farklılaştığını rapor eden çalışmalar mevcuttur. Ancak bu çalışmalarda demografik özellikler farklılık göstermekte olup, kesin olarak belirli demografik özelliklere göre depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin farklılaştığını ifade etmek güçtür (Asoğlu vd., 2018; Kocabaşoğlu, 2018; Özpoyraz, 2018; Yurdakoş, 2018; Çelik ve Hocalıoğlu, 2016; Tamam vd., 2012; Özen vd., 2010; Özen ve Temizsu, 2010; Pıçakçıfe, 2010; Albayrak ve Ceylan, 2004). Bu araştırmada, özgül öğrenme güçlüğüne sahip ebeveynlerin depresyon, stres ve anksiyete düzeyleri demografik özellikler ve çocuğa ilişkin özelliklere göre anlamlı farklılıklar göstermemiştir. Depresyon düzeyi en fazla kadınlarda, 41 ve üzeri yaşa sahip olanlarda, evlilerde, ilkokul düzeyinde eğitime sahip olanlarda, ilkokul mezunu eşe sahip olanlarda, çalışanlarda, eşi çalışmayanlarda, aylık geliri 0-2000 TL arası olanlarda, kirada olanlarda, erkek çocuğa sahip olanlarda, 9-11 yaş arasında çocuğa sahip olanlarda,

tek çocuğa sahip olanlarda, çocukları özel okula gidenlerde, diskalküli olmayanlarda, disgrafi olmayanlarda, dikkat eksikliği olanlarda, DEHB olanlarda, hiperaktivite olanlarda, çocuğu ile anneanne/babaanne ilgilenenlerde, diğer çocuklarında gelişim bozukluğu olanlarda daha yüksek düzeydedir (Bkz. Çizelge 5.11 ve Çizelge 5.12). Anksiyete düzeyi en fazla kadınlarda, 31-40 arası yaşa sahip olanlarda, evlilerde, ortaokul düzeyinde eğitime sahip olanlarda, ilkokul mezunu eşe sahip olanlarda, çalışanlarda, eşi çalışmayanlarda, aylık geliri 0-2000 TL arası olanlarda, kirada olanlarda, erkek çocuğa sahip olanlarda, 7 yaş ve altında çocuğa sahip olanlarda, tek çocuğa sahip olanlarda, çocukları özel okula gidenlerde, 1-2 yıl arasında özel eğitim alan çocuk sahiplerinde, diskalküli olanlarda, disgrafi olmayanlarda, dikkat eksikliği olmayanlarda, DEHB olanlarda, hiperaktivite olanlarda, çocuğu ile anneanne/babaanne ilgilenenlerde, diğer çocuklarında gelişim bozukluğu olmayanlarda daha yüksek düzeydedir (Bkz. Çizelge 5.13 ve Çizelge 5.14). Stres düzeyi en fazla kadınlarda, 31-40 arası yaşa sahip olanlarda, evlilerde, ortaokul düzeyinde eğitime sahip olanlarda, ilkokul mezunu eşe sahip olanlarda, çalışanlarda, eşi çalışmayanlarda, aylık geliri 0-2000 TL arası olanlarda, kirada olanlarda, erkek çocuğa sahip olanlarda, 7 yaş ve altında çocuğa sahip olanlarda, tek çocuğa sahip olanlarda, çocukları özel okula gidenlerde, 4 yılın üzerinde özel eğitim alan çocuk sahiplerinde, diskalküli olanlarda, disgrafi olanlarda, dikkat eksikliği olanlarda, DEHB olanlarda, hiperaktivite olanlarda, çocuğu ile anneanne/babaanne ilgilenenlerde, diğer çocuklarında gelişim bozukluğu olmayanlarda daha yüksek düzeydedir (Bkz. Çizelge 5.15 ve Çizelge 5.16).

Sivrikaya ve Tekinarslan (2013) çalışmalarında, zihinsel yetersizliğe sahip çocukların annelerin stres ve aile yüklerinin, algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça azaldığını bildirmişlerdir. Buna göre zihinsel yetersizliği olan çocukların ailelerinin stres ve aile yüklerini azaltmak için, sosyal destek etkili bir araç olarak kullanılabilir. Benzer şekilde Deveci ve Ahmetoğlu (2018) 90 çocuk üzerinde yapmış oldukları çalışmada, sosyal destek algısı yüksek olan ailelerde aile yükü düzeyinin daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Arıcıoğlu ve Gültekin (2017) ise 11 anne ile yaptığı çalışmada algılanan sosyal desteğin sadece ebeveynlerde aile yükünü azaltmakla kalmadığını, aynı zamanda annelerin gelecek kaygılarını da azalttığını bildirmişlerdir. Bu araştırmada ise aile yükü ile algılanan sosyal destek, anksiyete, depresyon ve stres arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki çıkmamıştır (Bkz.

Çizelge 5.17). Ailelerin genel olarak yüksek düzeyde sosyal destek algılamaları, bakım veren ya da aile yüklerinin de düşük olması nedeniyle bu sonucun çıktığı ifade edilebilir. Ankisyete, stres ve depresyon arasındaki ilişkinin anlamlı ve pozitif yönde olması, aslında korelasyon analizinde ve elde edilen verilerde istatistiksel olarak sistemik bir hata olmadığını, verilerin güvenilir ve tutarlı olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla daha geniş örneklem, daha farklı demografik özellikler ve sağlıklı kontrol grupları ile yapılacak olan kıyaslamalarda, daha anlamlı sonuçların elde edilmesi mümkün olabilir.

6.2 Sonuç

Araştırmadan elde edilen sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde, homojen bir örneklemden elde edilen sonuçlar olsa da, genel olarak algılanan sosyal desteği yüksek, aile yükü düşük olan ebeveynlerde anksiyete, depresyon ve stres düzeyleri de düşüktür. Genel olarak ülkemizde özgül öğrenme bozukluklarına ilişkin her ne kadar yeterli çalışma ve alan uygulaması olmasa da, son yıllarda bu konuda bilincin arttığı, özellikle akademik alanda konuya ilişkin çalışmaların yoğunlaştığı görülmektedir. Bunun yanında algılanan sosyal destek günümüzde pek çok araştırma ve uygulamaya konu olmakta, bu alanda her geçen gün pek çok yayın yapılmaktadır. Bu durum sadece özgül öğrenme güçlüğü olan ailelerde değil, diğer tüm ebeveynlerde de daha bilinçli bir topluma doğru yönelmenin olduğunu göstermektedir.

Aslında özgül öğrenme bozuklukları, zihinsel engelliler, kaynaştırma sınıfları gibi spesifik gruplar üzerine yapılan çalışmaların büyükçe bir bölümünün, mevcut sistemi sert bir şekilde eleştirdiği ve yetersiz gördüğü ifade edilebilir. Bu bile, eleştirinin arttığı yerde, düzeltme ve iyileştirme çalışmalarının olacağına işaret etmekte, en azından eleştirilerin yapılması için alanın ilgi görmesini beraberinde getirdiği ifade edilebilir.

Özgül öğrenme güçlüğü, diğer psikolojik ya da psikiyatrik rahatsızlıklarla kıyaslandığında, ülkemizde daha az önem verilen ya da korkulan bir durum olarak ifade edilebilir. Aileler ve toplumda özgül öğrenme bozuklukları okul ve öğretim hayatı ile ağırlıklı ortaya çıktığı için, başlarda çok fazla fark edilememektedir. İleri dönemlerde, bireylerin iş ve aile yaşamına geçmesiyle birlikte etkileri daha fazla hissedilmektedir. Aslında bu noktada, ailelerin çocuklarının okul yaşantısı ile

ilgilenmelerinin etkili olduğu ifade edilebilir. Özgöl öğrenme güçlüğu yaşıyan çocuklar rehberlik araştırma merkezlerine (RAM) yönlendirilen ve aldıkları rapor ile özel gereksinimi olan grup içinde tarif edilip, özel eğitim alma imkanı bulunan çocuklardır. ÖÖG' li çocuklar, rehberlik araştırma merkezlerine (RAM) yönlendirilen diğer özel gereksinimli (zihinsel yetersizliği olan, otizmli, bedensel yetersizliği olan vb.) gruplar ile kıyaslandığında, daha az bakıma ihtiyaç duyan, aile yükü daha az olan ve ailenin daha az endişe duyduğu grupta bulunmaktadır. Aileler ve toplumda özgöl öğrenme bozuklukları okul ve öğretim hayatı ile ağırlıklı ortaya çıktığı için, başlarda çok fazla fark edilememektedir. İleri dönemlerde, bireylerin iş ve aile yaşamına geçmesiyle birlikte etkileri daha fazla hissedilmektedir. Bu noktada, ailelerin çocuklarının daha okul yaşantısı sırasında aldıkları destek ve yönlendirmelerin, yine ailelere yönelik destekleyici çalışmaların sonucunda diğer özel gereksinimli çocukların ailelerinin aksine aile yükünün düşük, sosyal desteğin yüksek, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin düşük çıkması anlaşılırdır. Araştırmada elde edilen sonuçları aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür:

- Tüm aile yükü ölçeği maddelerinin ortalamalarının 1 ile 1.52 arasında değişmektedir.
- Algılanan sosyal destek ölçeği maddelerine verilen yanıtlar incelendiğinde, her bir maddenin ortalama değerinin 5.8 ile 6.13 arasındadır.
- Depresyon, anksiyete ve stres puanlarına göre katılımcılar tüm maddelere 0.09 ile 0.51 arasındadır.
- Aile yükü ortalamaları demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).
- Aile yükü düzeyleri diskalküli dışındaki, çocuğa ilişkin özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).
- Algılanan sosyal destek ortalamaları sadece aylık gelire göre fark anlamlı olup ($p<0.05$), diğer demografik özelliklere göre demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).
- algılanan sosyal destek düzeyleri diskalküli ve çocuğun yaşı dışındaki çocuğa ilişkin özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).
- Depresyon ortalamaları demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

- Depresyon düzeyleri çocuğa ilişkin özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).
- Anksiyete ortalamaları demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).
- anksiyete düzeyleri çocuğa ilişkin özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).
- Stres ortalamaları demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).
- Stres düzeyleri çocuğa ilişkin özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).
- Aile yükü ile algılanan sosyal destek, anksiyete, depresyon ve stres arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki çıkmamıştır ($p>0.05$).
- Anksiyete arttıkça stres ve depresyon da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artış göstermektedir ($p<0.05$).

6.3 Öneriler

Araştırmada elde edilen bulgulara göre, alan araştırmaları ve alan uygulamaları için aşağıdaki önerileri getirmek mümkündür:

- Araştırma örneklemini genişletilerek, daha büyük evren için durum araştırması yapılabilir.
- Araştırma daha farklı demografik gruplar üzerinde, farklı bölgelerde çapraz karşılaştırmalar ile genişletilebilir.
- Özgül öğrenme bozukluklarının her bir alt grubu bir kütle temsil edecek biçimde, yeni araştırma tasarımları yapılabilir.
- Alan uygulamalarında, ailelere sosyal destek ile ilgili daha geniş kapsamlı hizmetler verilebilir, bu hizmetleri verirken, aileler ve alan uzmanları ile birlikte çalışmalar yapılabilir.
- Özgül öğrenme gücü ile ilgili bilincin artması için aile ve öğretmen eğitimleri, toplumsal bilgilendirme çalışmaları, sosyal sorumluluk projeleri vb. çalışmalar yapılabilir.
- ÖÖG ile ilgili çalışan kurum ve kuruluşların (okullar, rehberlik araştırma merkezleri, hastanelerin ilgili kurumları, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri vb.) daha sağlıklı işletilebilmesi, karşılıklı işbirliğinin artırılması

ve bu alanda standartizasyonun daha sağlıklı bir Şekilde sağlanabilmesi iÇin özel ŐalıŐmalar yapılabilir.

- Özgöl öğrenme güçlükleri ile ilgili özel ŐalıŐma komisyonları oluşturularak, dünyada yapılan ŐalıŐma ve uygulamaların ölkemize kazandırılması iÇin gerekli ŐalıŐmalar yapılabilir.

KAYNAKLAR

- Akkaya, C.** (2006). “Anksiyete Belirtilerinin Eşlik Ettiği Majör Depresif Bozukluğun Tanı ve Sağaltımındaki Güçlükler”. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006; 17(2):139-146.
- Albayrak, E. Ö. ve Ceylan, M. E.** (2004). “Depresyon Etiyolojisinde Nörobiyolojik Etkenler”. *Düşünen Adam*, 17(1):27-33.
- Ali ve Rafi, M.** (2016). “Learning Disabilities: Characteristics and Instructional Approaches”. *International Journal of Humanities Social Sciences and Education (IJHSSE)*, 3(4), 111-115.
- Altun, T. ve Uzuner, F. G.** (2016). “Sınıf Öğretmenlerinin Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Öğrencilerin Eğitimine Yönelik Görüşleri”. *International Journal of Social Science*, 44(1), 33-49.
- Al-Yagon, M. ve Margalit, M.** (2016). Specific Learning Disabilities: The Israeli Perspective. *Learning Disabilities: A Contemporary Journal*, 14(1), 39–51.
- APA,** (2013). Specific Learning Disorder. The American Psychiatric Association (APA).
- Arıciöğlü, A. ve Gültekin, F.** (2017). “Zihinsel Engelli Çocuk Annelerinin Sosyal Destek ve Gelecek Algıları: Psikolojik Danışmanların Rollerini”. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 42(1), 1-26.
- Arkar, H.** (1992). “Beck'in Depresyon Modeli Ve Bilişsel Terapisi”. *Düşünen Adam*, 37-40.
- Arslandaş, H. ve Adana, F.** (2011). “Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü”. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2011; 3(2):251-277.
- Asfuroğlü, B. Ö. ve Fidan, T.** (2016). “Özgül Öğrenme Güçlüğü”. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 2016;38 (Özel Sayı 1): 49-54.
- Asoğlu, M., Karka, I., Pırıncıoğlu, F., Gobelek, M., Celik, H., Takatak, H. ve Bilgen Ulgar,** (2018). Cultural Reflections of the Expressions of the Anxiety of Patients with Generalized Anxiety Disorder. *Bezmialem Science*, 6(4), 242–247.
- Atagun, M., Balaban, O., Atagun, Z., Elagoz, M. ve Ozpolat, A.** (2011). Caregiver Burden in Chronic Diseases. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 3(3), 513.
- Aydın, A.** (2017). Determining the levels of perceived social support and psychological well being of nursing students. *Journal of Psychiatric Nursing*, 40–47.
- Aytaç,** (2015). Stres Kaynakları ve Stresin Psikolojik Semptomlarının Öfke Kontrolü ile İlişkisi: Polis Memurları Üzerine Bir Araştırma. *Sosyal Siyaset Konferansları*, 2(69), 1–27.
- Başoğlü, C. ve Buldukoğlü, K.** (2014). Psychosocial Interventions in Depressive Disorders. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 7(1), 1.

- Bates, K., Goodley, D. ve Runswick-Cole, K.** (2017). Precarious lives and resistant possibilities: the labour of people with learning disabilities in times of austerity. *Disability and Society*, 32(2), 160–175.
- Benmarrakchi, F., Kafi, J. El ve Elhore, A.** (2017). Communication Technology for Users with Specific Learning Disabilities. *Procedia Computer Science*, 110, 258–265.
- Bhandari, A. ve Goyal, G.** (2016). Learning Disabilities: Nature, Causes and Interventions. *Theory, Research and Practice*, 165–187.
- Bjekić, D., Obradović, Vučetić, M., ve Bojović, M.** (2014). E-teacher in Inclusive e-education for Students with Specific Learning Disabilities. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 128, 128–133.
- Butler G, Fennell M, Robson P, Gelder M.** (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol*, 59:167-75.
- Cottrell, J. M.** (2014). *The Definition , Identification , and Cause of Specific Learning Disabilities : A Literature Review*.
- Çelik, F.H. ve Hocalıoğlu, Ç.** (2016). “Major Depresif Bozukluk’ Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme”. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2016;6(1): 51-66.
- Datta, S., Russell, P.S.S. ve Gopalakrishna, C.** (2002). Burden among the Caregivers of Children with Intellectual Disability. *Journal of Learning Disabilities*, 6(4), 337–350.
- Demir, T., Eralp-Demir, D., Türksoy, N., Özmen, E. ve Uysal, Ö.** (2000). Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Düşünen Adam Dergisi*, 13(1), 42–48.
- Demiraslan, P., Gökalp, P. G., Ögel, K. ve Babaoğlu, A. N.** (1999). “Kronik Depresyonda Sosyodemografik ve Klinik Özellikler: iyileşen Majör Depresyon Olguları ile Karşılaştırma”. *Düşünen Adam*, 1999, 12 (1): 4-11.
- Deveci, M., ve Ahmetoğlu, E.** (2018). Zihin engelli çocuğu olan ailelerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin incelenmesi. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(02), 123–131.
- Doğan, T.** (2001). Psikolojik Belirtilerin Yordayıcısı Olarak Sosyal Destek İyilik Hali. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 30, 30–44.
- Duru, E.** (2008). “Yalnızlığı Yordamada Sosyal Destek ve Sosyal Bağlılığın Rolü”. *Türk Psikoloji Dergisi*, Haziran 2008, 23 (61), 15-24.
- Ennis, E., ve Bunting, B. P.** (2013). Family burden, family health and personal mental health. *BMC Public Health*, 13(1), 1.
- Ersoy, F., Edirne, T., ve Oğuz, T. F.** (2003). *Birinci Basamakta Anksiyete Bozuklukları - 2*. 56(suppl 2), 326–327.
- Gelder M, Gath D, Mayou R , Cowey P.** (1996). *Oxford Textbook of Psychiatry*, Oxford University Press, Newyork.
- Goodfellow, A.** (2012). Looking through the learning disability lens: Inclusive education and the learning disability embodiment. *Children’s Geographies*, 10(1), 67–81.
- Gökler, R. ve Işıtan, İ.** (2012). “Modern Çağın Hastalığı: Stres ve Etkileri”. *Journal of History Culture and Art Research* Vol. 1, No. 3, September 2012.
- Griffin, Heinemann, K. A. ve Bolanos, H.** (2017). “Specific Learning Disabilities: Response to Intervention”. Intech Licences.

- Güçlü, N.** (2001). “Stres Yönetimi”. *G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt 21, Sayı 1 (2001) 91-109
- Hallan, D. P. ve Mercer, C. D.** (2018). “Learning Disabilities: Historical Perspectives”. APA Publications.
- Haverkamp, F., ve Mohamad, Y.** (2015). Need and Perspectives of Internet-based Interventions for Common Specific language Disorders and Connected Specific Learning Disabilities in Childhood and Youth. *Procedia Computer Science*, 67(Dsai), 439–444.
- Hunt, C., Singh, M.** (1991). Generalized anxiety disorder. *Int Rev Psychiatry*, 3:215-229.
- Integra,** (2009). A Handbook on Learning Disabilities. INTEGRA- Improving the Lives of Children ve Youth with Learning Disabilities.
- Jain ve Dinesh, N.** (2016). “A rare manifestation of specific learning disability in a child with Aicardi syndrome”. *Acta Oto-Laryngologica Case Reports*, 1:1, 17-23.
- John, Dharwadkar, K. ve AT, R.** (2018). Clinical profile of children with specific learning disability presenting to a psychiatric clinic. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 7(3), 1.
- Juklová, K.** (2012). Evaluation of Cognitive and Metacognitive Training in University Students with a Specific Learning Disability. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 69(Icepsy), 14–17.
- Kaya B, Kaya M.** (2007). 1960’lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi: Tarihsel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(6):3-10.
- Kenny, K., ve Mcgilloway** (2007). Caring for children with learning disabilities: An exploratory study of parental strain and coping. *British Journal of Learning Disabilities*, 35(4), 221–228.
- Kessler, R. C., ve Wang, P. S.** (2002). Epidemiology of depression. *Handbook of depression*, 2, 5-22.
- Kessler, R. C., Zhao, Blazer, D. G., ve Swartz, M.** (1997). Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *Journal of affective disorders*, 45(1-2), 19-30.
- Kim K, Lee S, Kim JH.** (2016). Diminished autonomic neurocardiac function in patients with generalized anxiety disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 12: 3111-8.
- Kocabaşoğlu, N.** (2018). “Stres ve Anksiyete”. Cerrahpaşa Tıp Fak. Psikiyatri ABD.
- Lefley, H. P.** (1989). Family Burden and Family Stigma in Major Mental Illness. *American Psychologist*, 44(3), 556–560.
- Lenhard, W. ve Lenhard, A.** (2013). Learning Difficulties. L. Meyer (Ed.), Oxford Bibliographies in Education. New York: Oxford University Press.
- Looi, C. Y. ve Kadosh, R. C.** (2016). “Dyscalculia”. (In Press) The Cambridge Encyclopedia of Child Development, 2nd edition.
- Noble, R. E.** (2005). Depression in women. *Metabolism*, 54(5), 49-52.
- Orak, O. S. ve Sezgin,** (2015). “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi”. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2015;6(1):33-39.
- Önen, F. R., Kaptanoğlu, C., ve Seber, G.** (2002). Kadınlarda Depresyonun Yaygınlığı Ve Risk Faktörle İlişkisi. *Kriz Dergisi*, 3, 088–103.
- Özen, D. Ş., ve Temizsu, E.** (2010). *Anksiyete ve Depresif Bozukluklarda Örtüşen ve Ayrışan Belirtiler - Symptom Similarities and Differences in Anxiety and Depressive Disorders*. 2(1), 1–14.

- Özen, E. M., Serhadlı, Z. N. A., Türkcan, A. S., ve Ülker, G. E.** (2010). Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 23(1), 60–65.
- Özen, Ü. ve Sarıcı, M. B. K.** (2010). Yalnızlık Olgusu ve Sanal Sohbetin Yalnızlığın Paylaşımına Etkisi: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 24(1), 149-159.
- Özpoyraz, N.** (2018). Anksiyete Bozuklukları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları.
- Parkerson GR, Broadhead WE, Chiu-Kit J.** (1990). The health status and life satisfaction of first year medical students. *Academic Medicine*. 65 (9), 586-88.
- Petretto, D. R., ve Masala, C.** (2017). Dyslexia and Specific Learning Disorders: New International Diagnostic Criteria. *Journal of Childhood ve Developmental Disorders*, 03(04), 1–5.
- Pıçakçefe, M.** (2010). “Çalışma Yaşamı ve Anksiyete”. *TAF Prev Med Bull*, 2010; 9 (4):367-374.
- QA,** (2018). “Dysgraphia”. QA Apprenticeships.
- Rostami, A., Allahverdi, F., ve Mousavi, F.** (2014). Dysgraphia: The Causes and Solutions. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 4(2), 7–11.
- Saatçioğlu, Ö.** (2001). Treatment of generalized anxiety disorder and new approaches. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 11(1), 60–77.
- Schwezier E, Rickels K.** (1997). Strategies for treatment of generalized anxiety in the primary care setting. *J Clin Psychiatry*, 58 (suppl 3): 76-80.
- Shyam, R., ve Govil, D.** (2014). Stress and Family Burden in Mothers of Children with Disabilities. *International Journal of Interdisciplinary and Multidisciplinary Studies (IJIMS)*, 1(4), 152–159.
- Simon, A., ve Easvaradoss, V.** (2015). *Caregiver Burden in Learning Disability*. 2(3).
- Singh, K., Kumar, R., Sharma, N., ve Nehra, D. K.** (2014). Study Of Burden In Parents Mental Retardation. *Journal of Indian Health Psychology*, 8(January 2014), 36–43.
- Sivrikaya, T. ve Tekinarslan, İ. Ç.** (2013). “Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğa Sahip Annelerde Stres, Sosyal Destek ve Aile Yüğü”. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 2013, 14(2) 17-29.
- Tamam, L., Namlı, Z. ve Karaytuğ, M. O.** (2012). “Depresyon Kliniği”. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2012;5(2):34-8.
- Taylor CB.** (1998). Treatment of anxiety disorders. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB, eds. *Textbook of Psychopharmacology*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc, 775-789.
- Turan Gürhopur, F. ve İşler Dalgıç, A.** (2017). “Family Burden Among Parents of Children With Intellectual Disability”. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2017;8(1):9-16.
- Turgut Turan, Erdoğan Bakar, E., Erden, G. ve Karakaş,** (2016). Using neuropsychometric measurements in the differential diagnosis of specific learning disability. *Noropsikiyatri Arsivi*, 53(2), 144–151.

- Turgut, Erden, G. ve Karakaş,** (2010). “Özgül Öğrenme Güçlüğü (ÖÖG) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Birlikteliği Ve Kontrol Gruplarının ÖÖG Bataryası İle Belirlenen Profilleri”. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* : 17 (1) 2010.
- Turkçapar, H.** (2004a). Melankolili Depresyon. *Klinik Psikiyatri, Ek 1*(Joyce), 20–31.
- Türkçapar, H.** (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısall ilişkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4, 12–16.
- Uysal, Z.** (2013). “Özel Öğrenme Güçlüğü Öğretmenler İçin Rehber”. Beşiktaş Rehberlik Araştırma Merkezi.
- WEF,** (2011). “The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases”. World Economic Forum.
- Wittenberg-Lyles, E., Washington, K., Demiris, G., Oliver D. P. ve Shaunfield:** (2014). “Understanding Social Support Burden Among Family Caregivers”. *Health Commun.* 2014 October ; 29(9): 901–910.
- Yaşar, M. R.** (2007). “Depresyonun Kadınlaşması”. *Fırat University Journal of Social Science*, Cilt: 17, Sayı: 2 Sayfa:251-281.
- Yıldırım Sarı, H. ve Başbakkal, Z.** (2007). “Zihinsel Yetersiz Çocuğu Olan Aileler İçin Aile Yüğü Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi”. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008; 11: 3.
- Yıldırım, İ.** (1997). Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin geliştirilmesi güvenilirliği ve geçerliliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13, 81–87.
- Yıldırım, Engin, E., ve Başkaya, V. A.** (2012). İnmeli hastalara bakım verenlerin yüğü ve yüğü etkileyen faktörler. *Noropsikiyatri Arsivi*, 50(2), 169–174.
- Yıldız ve Yıldız, E.** (2009). “Bullying Ve Depresyon Arasındaki İlişki: Kars İlindeki Sağlık Çalışanlarında Bir Araştırma”. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Yıl:8 Sayı:15 Bahar 2009 s.133-150.
- Yılmaz, E., ve Karaca, F.** (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Destek Ve Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 18(2), 71.
- Yurdakoş, E.** (2018). “Stres Fizyolojisi”. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı.
- Yürür, Ş., ve Sarıkaya, M.** (2011). Sosyal Çalışmacıların Sosyal Destek Algılarının Tükenmişliğe Etkisi. *Ege Akademik Bakış*, 11(4), 537–552.

EKLER

EK A: Bilgilendirici Onam Formu

EK B: Kişisel Bilgi Formu

EK C: Aile Yükünü Değerlendirme Ölçeği

EK D: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

EK E: Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASÖ 21)

EK F: Milli Eğitim Onay Belgesi

EK G: Etik Kurul Onay Belgesi

EK A: Bilgilendirici Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Özgül Öğrenme Güçlüğü Olan Çocukların Ailelerinin Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Aile Yüğü ve Algılanan Sosyal Destek ile İlişkisi”
Başlıklı Tez Araştırması İçin

Katılımcı için Bilgiler:

Bu araştırmanın amacı, Özgül Öğrenme Güçlüğü Olan Çocukların Ailelerinin Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Aile Yüğü ve Algılanan Sosyal Destek ile İlişkisi'nin araştırılmasıdır.

Araştırma için sizden yapmanızı istediğimiz, size ilettiğimiz formlardaki her soruyu tek tek okuyarak size en uygun yanıtları vermenizdir. Anlamadığınız sorularda araştırmacıdan yardım isteyebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmanız halinde kişisel bilgilerinizin gizliliğine saygı gösterilecek ve bilgileriniz araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında da özenle korunacaktır.

Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Bu yazıyı okuduktan sonra araştırmamıza gönüllü olarak katılmak istiyorsanız aşağıdaki onay bölümünü doldurunuz ve imzalayınız.

Katılımcının Beyanı:

İstanbul Aydın Üniversitesi Psikoloji Yüksek Lisans Programı'nda Boran Başak Koç Büyükacaroğlu tarafından yürütülen bu çalışma hakkında verilen yukarıdaki bilgileri okudum. Yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunuyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

...../...../.....

Katılımcı Adı Soyadı:

Tel:

İmza:

EK B: Kişisel Bilgi Formu

Aşağıda kişisel bilgilerinizi öğrenebilmek için bir bilgi formu hazırlanmıştır. Size uygun olan cevabın yanına (X) işareti koyarak belirtiniz. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Bu bilgi formunda vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaç için kullanılacak olup başka hiç kimse ile hiçbir yerde paylaşılmayacaktır.

Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyup, en uygun cevabı veriniz. Lütfen boş soru bırakmayınız.

Yardımlarınız için teşekkür ederim.

T.C. İstanbul Aydın Üniversitesi Psikoloji Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Boran Başak Koç Büyükcaraoğlu

KİŞİSEL BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()
2. Yaşınız:
3. Medeni Durumunuz: Bekar () Evli () Dul () Boşanmış ()
4. Eğitim Durumunuz: Okur yazar değil () İlkokul mezunu ()
Ortaokul mezunu () Üniversite veya Yüksek lisans mezunu ()
5. Eşinizin Eğitim Durumu: Okur yazar değil () İlkokul mezunu ()
Ortaokul mezunu () Üniversite veya Yüksek lisans mezunu ()
6. İş Durumunuz: Çalışmıyorum () Çalışıyorum ()
7. Eşinizin İş Durumu: Çalışmıyor () Çalışıyor ()
8. Ailenizin Ortalama Aylık Geliri Ne Kadar? (Toplam eve giren para):
0-2000 TL () 2000-5000 TL () 5000-7500 TL ()
7500-10.000 TL () 10.000 TL üstü ()
9. Oturduğunuz Ev: Kira () Ev Sahibi () Diğer ()

ÇOCUK İLE İLGİLİ BİLGİLER

10. Çocuğunuzun Cinsiyeti: Kız () Erkek ()
11. Çocuğunuzun Yaşı:
12. Kaç Çocuğunuz Var:
13. Çocuğunuzun Gittiği Okul: Devlet Okulu () Özel Okul ()
Diğer ()
14. Çocuğunuz Kaçınıcı Sınıfa Gidiyor?
15. Öğrenme Güçlüğü Tanısı Alma Zamanı:
16. Çocuğunuz Kaç Yıldır Özel Eğitim Alıyor?

17. Çocuğunuzun Tanısı: (Birden fazla yanıt işaretleyebilirsiniz)
- Okuma Bozukluğu (Disleksi) ()
 - Matematik Bozukluğu (Discalculi) ()
 - Yazılı Anlatım Bozukluğu (Disgrafi) ()
 - Başka Türlü Adlandırılmayan Öğrenme Bozuklukları ()

18. Eşlik Eden Ek Tanılar: (Birden fazla yanıt işaretleyebilirsiniz)
- Dikkat Eksikliği ()
 - Dikket Eksikliği Hiperaktivite ()
 - Hiperaktivite ()
 - Davranım Bozukluğu ()
 - Diğer ()

19. Çocuğunuzun Öğrenme Güçlüğü Tanısı Almadan Önce Çocuğunuz ile İlgili Düşünceleriniz:

.....

.....

.....

.....

20. Çocuğunuzun Öğrenme Güçlüğü Tanısı Aldığında İlk Düşünceleriniz:

.....

.....

.....

.....

21. Çocuğunuz Okul ve Özel Eğitim Dışında Herhangi Destek, Eğitim vb. Alıyor mu? Belirtiniz. (psikolojik destek, yardımcı öğretmen, özel eğitim kurumları ve/veya merkezler, spor,drama vb. aktiviteler gibi)

.....

.....

.....

.....

22. Çocuğunuzun Bakımı ile Kim İlgileniyor? (Birden fazla yanıt işaretleyebilirsiniz):

Kendim () Eşim () Diğer kardeş () Bakıcı ()

Anneanne/Babaanne () Dede () Diğer ()

23. Diğer Çocuklarınızda Herhagibir Gelişimsel Bozukluk vb. Var Mı? Var ise Belirtiniz.

Evet () Hayır ()

.....

.....

.....

.....

EK C: Aile Yükünü Değerlendirme Ölçeği

Aşağıdaki ölçekte çocuğun bakımını üstlendiğinde, bakımı veren kişinin kendini nasıl hissedebileceğini yansıtan ifadelerden oluşan bir liste yer almaktadır. Bu cümleleri kendinize en uygun biçimde işaretlemeniz beklenmektedir. Cümlelerin doğru ve yanlış yanıtı yoktur, içtenlikle cevaplamanız beklenmektedir.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Çocuğumun sağlık ve özel eğitim harcamaları aile bütçemizi zorluyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Çocuğumun masraflarından dolayı ailede herkesin gereksinimini karşılayamıyoruz.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Aile bütçemizi çocuğumuza göre düzenliyoruz.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Çocuğumun giderlerinden dolayı kendim için harcama yapamıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Çocuğumun masraflarından dolayı daha fazla çalışmak zorunda kalıyoruz.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Çocuğumun durumundan dolayı daha fazla paraya gereksinimimiz oluyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Çocuğumun gelecekte evlenip yuva kuramayacağını düşünmek beni üzüyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Çocuğumun ömür boyu benim bakımına muhtaç olması beni endişelendiriyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Çocuğumun gelecekte kendi başına hayatını sürdüremeyeceğini düşünerek endişeleniyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Çocuğuma meraklı gözlerle bakılmasına üzüldüğüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. İnsanların çocuğum hakkında sorular sormasına üzüldüğüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Çocuğumun yaşlılarından geri olmasına üzüldüğüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Çocuğumun acı çekmesine üzüldüğüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Çocuğuma kötü davranan insanlara sinirleniyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Bayramlarda, çocuğumdan dolayı bayram ziyareti yapamıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Çocuğumdan dolayı eve misafir kabul edemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Çocuğumdan dolayı eğlenceye (düğün, nişan gibi) gidemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Çocuğumdan dolayı gezmeye, alışverişe, pazara gidemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Çocuğumdan dolayı komşularımızla görüşemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

20. Çocuğumu, diğer çocukların kötü davranmalarını istemediğim için parka götürmüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Çocuğumun giyinip soyunması sorun oluyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. Çocuğumun tuvaletini yaptırmak sorun oluyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. Çocuğumun temizliği sorun oluyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. Çocuğumun yemek yemesi sorun oluyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25. Çocuğumun bakımı beni yoruyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26. Çocuğumdan dolayı çok bunalıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27. Çocuğumdan dolayı en küçük şeylere bile sinirleniyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28. Çocuğumdan kaynaklanan nedenlerle psikiyatriste/ psikologa gitme gereksinimim oluyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29. Çocuğumdan dolayı boş zamanlarda yapmaktan hoşlandığım şeylerden vazgeçiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30. Eğlenmekten zevk almıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31. Çocuğumdan dolayı bir çok rahatsızlığım/ hastalığım oldu.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32. Çocuğumun bana bağımlı olmasından sıkılıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33. Sürekli, aynı işleri yapmaktan sıkılıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34. Sürekli evde olmaktan sıkılıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35. Eşimle baş başa kalmayı özliyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
36. Çocuğumdan dolayı eşimle cinsel sorunlar yaşıyoruz.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
37. Zamanımın çoğunu çocuğumun bakımı için harcıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
38. Günlük planlarımı çocuğuma göre yapıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
39. Yaralanmaması, zarar görmemesi için gözüm sürekli çocuğumun üzerinde duruyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
40. Çocuğumu okula/özel eğitime götürmek zamanımı alıyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
41. Çocuğumdan dolayı eşime, diğer çocuklarıma zaman ayıramıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
42. Ev işlerini yetiştiremiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
43. Çocuğumun bakımından dolayı dinlenemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK D: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7 'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin şizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK E: Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASÖ 21)

Lütfen her bir ifadeyi okuyup 0, 1, 2 veya 3'ten size **GEÇEN HAFTA BOYUNCA** en uygun olan rakamı yuvarlak içine alınız. Soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur.

Sorulara aşağıdaki skalaya göre cevap veriniz:

0	1	2	3
Bana hiçbir şekilde uygun değil	Bir dereceye kadar veya bazı zamanlarda bana uygun	Ciddi derecede veya zamanın önemli bir bölümünde bana uygun	Çok fazla veya zamanın çoğunda bana uygun
HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	OLDUKÇA SIK	HER ZAMAN

SON BİR HAFTA İÇİNDE

1	Sakinleşip rahatlamak bana zor geldi.	0	1	2	3
2	Ağzımın kuruduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3	Hiçbir şekilde olumlu duygular hissedemeyecekmişim gibi geldi.	0	1	2	3
4	Nefes alma güçlüğü yaşadım (örn., aşırı derecede hızlı nefes alma, fiziksel egzersiz olmadığı halde nefessiz kalma)	0	1	2	3
5	Bir şeyleri yaparken başlamakta zorluk çektiğimi fark ettim.	0	1	2	3
6	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliydim.	0	1	2	3
7	Titremeler yaşadım (örn., ellerimde)	0	1	2	3
8	Bendeki gerginliğin büyük ölçüde enerjimi harcadığımı hissettim.	0	1	2	3
9	Beni panikletebilen ve kendimi aptal gibi hissedebileceğim durumlardan endişe duydum.	0	1	2	3
10	Hiçbir beklentimin olmadığını hissettim.	0	1	2	3
11	Tedirgin olduğumu fark ettim.	0	1	2	3
12	Rahatlamak bana zor geldi.	0	1	2	3
13	Kendimi morali bozuk ve canı sıkkın hissettim.	0	1	2	3
14	Yaptığım şeyden beni alıkoyan hiçbir şeye karşı tahammülüm yoktu.	0	1	2	3
15	Kendimi paniklemeye yakın hissettim.	0	1	2	3
16	Hiçbir şeye karşı bir istek duymadım.	0	1	2	3
17	Bir insan olarak çok fazla değerimin olmadığını hissettim.	0	1	2	3
18	Oldukça alıngan olduğumu hissettim.	0	1	2	3
19	Fiziksel bir egzersiz yapmadığım halde kalbimin hareketlerini fark edebiliyordum (örn., kalp atış hızında artış hissi, atışlarda düzensizlik)	0	1	2	3
20	Ortada bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim.	0	1	2	3
21	Hayatın anlamsız olduğunu hissettim.	0	1	2	3

EK F: Milli Eğitim Onay Belgesi



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 59090411-20-E.3107447

13/02/2019

Konu : Anket ve Araştırma İzin Talebi.

VALİLİK MAKAMINA

- İlgi: a) İstanbul Aydın Üniversitesinin 20.12.2018 tarihli ve 6997 sayılı yazısı.
b) MEB. Yen. ve Eğ. Tk. Gn. Md. 22.08.2017 tarih ve 12607291/2017/25 No'lu Gen.
c) Milli Eğitim Müdürlüğü Araştırma ve Anket Komisyonunun 12.02.2019 tarihli tutanağı.

İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Boran Başak KOÇ BÜYÜKACAROĞLU'nun "Özgül Öğrenme Güçlüğü Olan Çocukların Ailelerinin Depresyon Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Aile Yüğü ve Algılanan Sosyal Destek ile İlişkisi" konulu tezi kapsamında, ilimiz genelinde bulunan tüm özel/resmi rehberlik ve araştırma merkezlerinde; kişisel bilgi formu, aile yüğü değerlendirme ölçeğı, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğı ve depresyon anksiyete stres ölçeğini uygulama istemi hakkındaki ilgi (a) yazı ve ekleri Müdürlüğümüzce incelenmiştir.

Araştırmacının söz konusu talebi; bilimsel amaç dışında kullanılmaması, uygulama sırasında bir örneğı müdürlüğümüzde muhafaza edilen mühürlü ve imzalı veri toplama araçlarının kurumlarımıza araştırmacı tarafından ulaştırılarak uygulanması, katılımcıların gönüllülük esasına göre seçilmesi, araştırma sonuç raporunun müdürlüğümüzden izin alınmadan kamuoyuyla paylaşılması koşuluyla, okul idarelerinin denetim, gözetim ve sorumluluğunda, eğitim-öğretimi aksatmayacak şekilde ilgi (b) Bakanlık emri esasları dâhilinde uygulanması, sonuçtan Müdürlüğümüze rapor halinde (CD formatında) bilgi verilmesi kaydıyla Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Levent YAZICI
İl Millî Eğitim Müdürü

Ek:

- 1- Genelge.
- 2- Komisyon Tutanağı.

OLUR
13/02/2019

Ahmet Hamdi USTA
Vali a.
Vali Yardımcısı

Millî Eğitim Müdürlüğü Binbirdirek M. İmran Öktem Cad.
No:1 Eski Adliye Binası Sultanahmet Fatih/İstanbul
E-Posta: sgb34@meb.gov.tr

A. BALTA VHKİ
Tel: (0 212) 455 04 00-239

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evrakoorgu.meb.gov.tr> adresinden cbed-b720-3311-8afb-f55e kodu ile teyit edilebilir.

EK G: Etik Kurul Onay Belgesi



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 88083623-020
Konu : Boran Başak KOÇ BÜYÜKACAROĞLU
Hk.

Sayın Boran Başak KOÇ BÜYÜKACAROĞLU

Tez çalışmanızda kullanmak üzere yapmayı talep ettiğiniz anketiniz İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Komisyonu'nun 30.11.2018 tarihli ve 2018/20 sayılı kararıyla uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ragıp Kutay KARACA
Müdür

20/09/2019 Enstitü Sekreteri

NESLİHAN KUBAL

Evrakı Doğrulamak İçin : <https://evrakdogrula.aydin.edu.tr/enVision.Dogrula/BelgeDogrulama.aspx?V=BENU3KNKR>

Adres:Beşyol Mah. İnönü Cad. No:38 Sefaköy , 34295 Küçükçekmece / İSTANBUL
Telefon:444 1 428
Elektronik Ağ:<http://www.aydin.edu.tr/>

Bilgi için: NESLİHAN KUBAL
Unvanı: Enstitü Sekreteri



ÖZGEÇMİŞ

BORAN BAŞAK KOÇ

Doğum Yeri / Yılı : Konya, 1977
Telefon : 0532 631 75 56
e-posta : boranbasak@gmail.com



Eğitim

- 2017-2019 : İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans
- 2003-2004 : İstanbul Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Executive MBA
- 2003 : University of Houston MBA Master Program / Güz dönemi
- 2002-2003 : Rice University English Language Program
- 1995-2000 : Yıldız Teknik Üniversitesi Elektrik Elektronik Fakültesi Elektrik Mühendisliği
- 1992-1995 : Üsküdar Fen Lisesi
- 1988-1992 : Ata Koleji

İş Deneyimi

- 2014-Halen : Neurofeed Dikkat Merkezi, Kurucu Üye
- 2008- 2013 : Kadıköy Belediyesi, Proje Koordinatörü
- 2006-2008 : Doruk Net, Proje Satış Koordinatörü
- 2004-2006 : LG Electronics, Proje Koordinatörü
- 2000-2002 : Boğazici Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, BEDAŞ Binalarının Güçlendirilmesi Projesi, Kontrol Elektrik Mühendisi