

**T.C.  
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**GÖRME ENGELLİLERDE RUHSAL BELİRTİLERİN,  
YAŞAM DOYUMUNUN VE STRESLE BAŞ ETME  
TARZLARININ ARAŞTIRILMASI**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. KENAN TEMİZ  
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. SÜHEYLA ÜNAL**

**MALATYA – 2010**

**T.C.  
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**GÖRME ENGELLİLERDE RUHSAL BELİRTİLERİN,  
YAŞAM DOYUMUNUN VE STRESLE BAŞ ETME  
TARZLARININ ARAŞTIRILMASI**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. KENAN TEMİZ  
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. SÜHEYLA ÜNAL**

## ÇİZELGELER DİZİNİ

- Tablo 1.1: Katılımcıların sosyodemografik verileri
- Tablo 1.2: Katılımcıların sosyodemografik verileri
- Tablo 1.3: Katılımcıların görme kaybı zamanı, nedeni ve en son göz doktoruna gitme zamanı dağılımı
- Tablo 2.1: Deneklerin KSE’de saptanan psikiyatrik belirti düzeyleri
- Tablo 3.1: Katılımcıların yaşam doyumu düzeylerinin eğitim düzeylerine göre dağılımı
- Tablo 3.2: YDO ile iş durumu karşılaştırması
- Tablo 4.1: Katılımcıların stresle başa çıkma tarzları
- Tablo 5.1: Katılımcıların stresle başa çıkma tarzlarının eğitim durumlarına göre karşılaştırılması
- Tablo 5.2: Katılımcıların stresle başa çıkma tarzlarının çocuk sayısına göre sınıflandırılması
- Tablo 5.3: Katılımcıların stresle başa çıkma tarzlarının kronik ruhsal rahatsızlık durumlarına göre sınıflandırılması
- Tablo 5.4: Katılımcıların stresle baş etme tarzlarının yetiştirilme biçimlerine göre sınıflandırılması
- Tablo 6.1: Katılımcıların stresle başa çıkma tarzlarını psikiyatrik belirtilerden Somatizasyon, OKB, Duyarlılık ve Depresyon belirtilerine göre sınıflandırılması
- Tablo 6.2: Katılımcıların stresle başa çıkma tarzlarının psikiyatrik belirtilerden Anksiyete, Hostilite, Fobik Anksiyete, Paranoid, Psikoz ve ek madde belirtilerine göre sınıflandırılması
- Tablo 6.3: SBTÖ ile hostilite belirti grublarının Post – hoc test ile gruplar arası karşılaştırma
- Tablo 7 : Yaşam doyumu grubu ile stresle baş etme tarzı arasındaki ilişki

- Grafik 1.1: Katılımcıların somatizasyon puanları
- Grafik 1.2: Katılımcıların obsesif kompulsif belirti düzeyleri
- Grafik 1.3: Katılımcıların kişiler arası duyarlılık düzeyleri
- Grafik 1.4: Katılımcıların depresif belirti düzeyleri
- Grafik 1.5: Katılımcıların anksiyete belirti düzeyleri
- Grafik 1.6: Katılımcıların hostilite belirti düzeyleri
- Grafik 1.7: Katılımcıların fobik anksiyete belirti düzeyleri
- Grafik 1.8: Katılımcıların paranoid belirti puanları
- Grafik 1.9: Katılımcıların psikotik belirti düzeyleri
- Grafik 1.10: Katılımcıların ek madde belirti düzeyleri
- Grafik 2.: Katılımcıların yaşam doyumu düzeyleri
- Grafik 3.1: Yaşam doyumu ile eğitim düzeylerinin karşılaştırması
- Grafik 3.2: YDO ile iş durumu karşılaştırması
- Grafik 4.1: Katılımcıların stresle başa çıkma tarzlarının eğitim durumlarına göre karşılaştırılması
- Grafik 4.2: Katılımcıların stresle başa çıkma tarzlarının çocuk sayısına göre sınıflandırılması
- Grafik 4.3: Katılımcıların stresle başa çıkma tarzlarının kronik ruhsal rahatsızlık durumlarına göre sınıflandırılması
- Grafik 4.4: Katılımcıların stresle baş etme tarzlarının yetiştirilme biçimlerine göre sınıflandırılması

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

• Anksiyete	ANKS
• Belirti Toplamı İndeksi	BTİ
• Çocuk sayısı	ÇOCUKS
• Duyarsızlaşma	DUYAR
• Depresyon	DEPR
• Devlet İstatistik Enstitüsü	DİE
• Dünya Sağlık Örgütü	DSÖ
• Ek Maddeler	EKMAD
• Fobik Anksiyete	FobA
• Hostilite	HOST
• Kronik	KR
• Kronik Ruhsal Rahatsızlık	KRRUHS
• Kısa Semptom Envanteri	KSE
• Obsesif Kompulsif Bozukluk	OKB
• Paranoid	PARND
• Paranoid Düşünceler	PD
• Psikotizm	P
• Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	RCİ
• Somatizasyon	SOM
• Kişilerarası Duyarlılık	KAD
• Semptom Rahatsızlık İndeksi	SERİ
• Stresle Baş Etme Tarzı	SBO
• Stresle Baş Etme Tarzı Ölçeği	SBTÖ
• Stresle baş etme tarzı Sosyal desteğe başvurma	SBO 1
• Stresle baş etme tarzı İyimser yaklaşım	SBO 2
• Stresle baş etme tarzı Çaresiz yaklaşım	SBO 3
• Stresle baş etme tarzı Boyun eğici yaklaşım	SBO 4
• Stresle baş etme tarzı Kendine güvenli yaklaşım	SBO 5
• Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü	OECD
• Yaşam Doyumu Ölçeği	YDO
• Yetiştirilme biçiminin stresle baş etmede etkisi	YETİŞBAŞ

## Teşekkür

Tıpta uzmanlık eğitimim sırasında bana yol gösteren ve destek olan hocalarım Prof. Dr. Süheyla Ünal ve Doç. Dr. Rifat Karlıdağ' a, bilgi ve deneyimlerinden faydalanma şansını bulduğum Yrd. Doç. Dr. Şükrü Kartalci'ya, çok çeşitli zorlukları ve güzellikleri paylaştığım asistan arkadaşlarıma, iyi bir takım çalışanları olarak psikiyatri kliniğinin tüm hemşire ve personellerine, verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde desteğini aldığım biyoistatistik uzmanı Syn. Zehra Erenkuş'a, uzmanlık tezi araştırmamın uygulanmasında yardımlarını esirgemeyen ve kendilerde birer görme engelli olan Syn. Nurettin Kaplan ve Syn Psikolog Aysun Aslan'a, yine Malatya Görme Engellileri Birleştirme Kültür Derneği, Altı Nokta Körler Derneği Ankara Şubesi, Malatya Beyaz Baston Derneği, Malatya Belediyesi Yerel Gündem 21 Engelliler Merkezi ve tüm çalışanlarına, veri toplama konusunda elinden gelen her şeyi yapan Psikolog Sevgi Güney'e ve adını burada saymadığım çalışmada emeği geçen herkese teşekkür ederim. Ayrıca bana doğumumdan bu yana topluma gerçek anlamda faydalı bir birey ve iyi bir hekim olmayı öğreten yaşamda hem annem hem babam olan vefakâr Kibriye Temiz'e, hayat yoldaşım ve esin kaynağım olan eşim Dr. Kadire Temiz ve son olarak da hayatıma anlam ve umut katan, canımın içi kızım Canan Naz Temiz'ime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## İçindekiler

1.GİRİŞ ve AMAÇ.....	7
2 GENEL BİLGİLER.....	9
2.1. Engellilik Kavramı	9
2.2. Görme Engeli Kavramı	10
2.3.Engelliliğin Sıklığı	10
2.4. Göz ve Görme	11
2.5. Engellilik ve Sorunları	11
2.6. Stres	14
2.6.1. Strese Yol Açan Faktörler	18
2.6.2. Stresle başa çıkma ve stres yönetimi	19
2.6.3. Stresle başa çıkma ve psikopatoloji gelişimi	19
2.7.Yaşam doyumu	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Tipi	23
3.2. Araştırmanın Evreni	23
3.3. Verilerin Toplanması ve Araştırmanın Uygulanması	23
3.4. Veri Toplama Araçları	24
3.4.1.Sosyodemografik Veri Formu:.....	24
3.4.2.Kısa Semptom Envanteri: .....	24
3.4.3.Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ):.....	24
3.4.4.SBTÖ: .....	25
3.5. <i>Araştırma Verilerinin Analizi:</i> .....	25
4. BULGULAR.....	26
4.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	26
4.2. Araştırma Grubunun Psikiyatrik Belirti Özellikleri	30
4.3. Araştırma Grubunun Yaşam Doyumu Özellikleri	37
4.4. Araştırma Grubunun Yaşam Doyumu Düzeylerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	37
4.5. Araştırma Grubunun Stresle Baş Etme Tarzları	41
Tablo 4- Katılımcıların stresle başa çıkma tarzları .....	41
4.6. Araştırma Grubunun Stresle Baş Etme Tarzları ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması	41
5. TARTIŞMA .....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	59
7. ÖZET .....	63
8. SUMMARY .....	65
9. KAYNAKLAR .....	67
10.EKLER .....	73

## 1.GİRİŞ ve AMAÇ

Genel olarak engelli bireyler toplumun strese en açık gruplarından birisidir. Bu insanlar engelli olmaları nedeniyle hem kamusal alanda, hem de özel alanda pek çok sorunla karşı karşıya kalmaktadırlar. Fiziksel ve çevresel zorluklar yanında, toplumdan dışlanma, ayırmacılık ve toplumsal önyargılar gibi psikososyal stres etkenleriyle de baş etmeleri gerekmektedir. Medikal modelin engelli bireyleri sorunlu insanlar olarak görmesi onların da bu damgalanmanın etkisiyle kendilerini dışlanmış hissetmelerine yol açmaktadır. Peki, bu bireyler stresle nasıl ve ne düzeyde baş etmekte, stresle baş etmek için hangi mekanizmaları kullanmaktadırlar?

Engelli bireyler içinde en fazla zorluk yaşayan grup belki de görme engellilerdir. Çünkü görme, insanlarda dış dünyaya ait algının önemli kısmını oluşturmaktadır. Yaşadıkları sorunlar açısından en çok göz ardı edilen grup görme engellilerdir. Bütün bu zorluklar düşünüldüğünde görme engelli bireylerin daha fazla strese maruz kaldıkları, dolayısı ile yaşam doyumu düzeylerinin düşük olacağı öngörülebilir. Ayrıca bu bireylerde psikiyatrik hastalık sıklığının genel topluma göre daha fazla görülmesi beklenebilir.

Bununla birlikte klinik deneyimlerimizde ve genel hasta takiplerimizde, görme engelli bireylerin psikiyatri kliniklerine az başvurdukları dikkatimizi çekmektedir. Bu durumun birkaç açıklaması olabilir. Bu bireyler engellerinden dolayı psikiyatri kliniklerine ulaşmakta zorluk yaşıyor olabilirler. Diğer taraftan bu kişilerdeki görme bozukluğu, psikopatolojiye karşı koruyucu bir mekanizma olarak rol oynuyor olabilir. Bu konuda yapılan çalışmalar oldukça azdır. Daha önce Checkley ve Harribon tarafından yapılan çalışmalarda görme engellilerde şizofreni hastalığının bulunmadığı ve şizofreni ile görme engellilik arasında bir koruyucu mekanizmanın olabileceği vurgulanmıştır (1).



Bu çalışmanın birincil amacı görme kaybı ile psikiyatrik belirti ilişkisinin aydınlatılmasıdır. İkincil amacı ise görme engelli bireylerde yaşam doyumu düzeyleri ile stresle baş etme tarzlarının anlaşılmasıdır.

## 2. GENEL BİLGİLER

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir” şeklinde tanımlamaktadır (2). Engellilik ise geçmişten günümüze kadar farklı biçimlerde isimlendirilmiş, buna bağlı olarak da farklı biçimlerde tanımlanmıştır. Sakat, özür, engel gibi isimlerin kullanıldığı ve tanı grupları içinde zihinsel engelli, görme engelli, kör, sağır, işitme engelli, ağır işiten gibi ifadelere yer verildiği görülmektedir (3). Günümüzde, bu terimlerin bir kısmının bilimsel temele dayalı olmaması, etiketlenmeyi ön plana çıkarması gibi nedenlerle kullanılmaması gerektiği, bir kısmının da ancak bazı gruplarda yer alan özel gereksinimli bireyleri tanımlamak için kullanılması gerektiği ifade edilmektedir (4).

### 2.1. Engellilik Kavramı

Birleşmiş Milletler Engelli Bireylerin Hakları Beyannamesi 9 Aralık 1975 tarihli Genel Kurulun 3447 sayılı kararı madde 1’de 'Engelli birey' (disabled person), 'doğumsal olsun veya olmasın, fiziksel veya zihinsel kapasitesindeki bir yetersizliğin sonucu olarak, normal bireysel ve/veya sosyal yaşamın gerekliliklerini kısmen veya tümüyle kendi başına sağlayamayan herhangi bir birey' şeklinde tanımlanmıştır (5). Literatürde yetersizlik, özür ya da engel terimi ‘yapı ve işlev bozukluğu sonucunda bireyin, fiziksel, duygusal, davranışsal ya da zihinsel olarak diğer bireylerin yapabildiği becerileri (görme, işitme, konuşma, okuma gibi) yapamaması ya da sınırlı bir biçimde yapması’ olarak tanımlanmaktadır (6, 7, 8).

## 2.2. Görme Engeli Kavramı

Görme engelliler, hiç göremeyenler (körler) ve az görenler olarak iki kategoriye ayrılır. Görme yetersizliği için yasal ve eğitsel olmak üzere iki tanımlama yapılmaktadır. Yasal tanıma göre, yapılan bütün tedavilerden sonra görme gücü 10'da 1 veya daha az olan bireylere kör (görme engelli) denir (9). Yasal tanımın kapsadığı bireylerin büyük bir kısmı, iri puntolu yazıları okuyabilmekte ve az da olsa görebilmektedir. Eğitsel tanıya göre ise, ağır derecede görme kaybı olan bireylere *kör*, iri puntolu yazıları görebilen, şekilleri ve renkleri ayırt edebilen bireylere *az gören* denir (9). Sağlık ve sosyal hizmetlerden yararlanılırken genelde yasal tanıma başvurulur (9).

## 2.3.Engelliliğin Sıklığı

Dünya nüfusunun önemli bir oranını engellilerin oluşturduğu günümüzde, zihinsel, fiziksel ya da duygusal özürleri sonucu engelli insan sayısı Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre gelişmiş ülkelerde nüfuslarının %10'u, gelişmekte olan ülkelerde %13'ü olarak tahmin edilmektedir (10). Ülkemizde bu oran en son araştırmaya göre %12,29 olarak bulunmuştur (11). Ülkemizde, değişik engel gruplarından 8.432.000 civarında yurttaşımız yaşamaktadır (11). Her 7–8 aileden birinde çocuk ya da yetişkin özürlü birey bulunmaktadır (10). Ülkemizdeki bu engelli nüfusun özür gruplarına bakıldığında %0,60'nın görme engelli olduğu, bunların da %0,35'nin erkek, %0,25'nin kadın olduğu belirlenmiştir. Aynı araştırmada görme engellilerin %20,41'nin doğuştan, %76,32'sinin sonradan görme engelli olduğu ve görme engelliler arasında her iki gözü de hiç görmeyenlerin oranının %11,75 olduğu bulunmuştur (11).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre 2001 yılı itibariyle dünyada yaklaşık 45 milyon kör vardır ve 135 milyon kişi de görme eksikliği nedeniyle yaşamını sürdürebilmek için bir desteğe ihtiyaç duymaktadır. Görmeyenlerin %58'i 60 yaş ve üzerindedir (12). Nüfus projeksiyonlarına göre 2020 yılında 60 yaş ve üzeri kişilerin sayısının 1.2 milyara ulaşacağı, aynı yaş grubunda 54 milyon kişinin kör olacağı, bu sayının yaklaşık yarısının da gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir (12).

## 2.4. Göz ve Görme

Tıp hastalıklarının nedenini aydınlatmak ve tedavi etmek kadar, hastalıktan kaynaklanan sosyal sorunlara da çözüm üretmek zorundadır. Günümüzde çok başarılı tıbbi ve cerrahi tedavi uygulamalarına rağmen, birçok hastalığın sekellerine halen çözüm bulunamamaktadır ki, göz ve görme de bu kapsamdadır (13).

Beş duyu organımızdan biri olan GÖZ ve GÖRME, bildiklerimizin %80'nini öğrenmemizi sağlayan yoldur. Görme duyası; ışık, şekil, renk, hareket ve derinlik gibi çok çeşitli özelliklerin toplamını algılamayı sağlar (14, 15). Göz hastalıkları kalıtım, mikrobik, beslenme eksiklikleri, çeşitli kazalar ve mekanik birçok nedenle ortaya çıkabilir (13, 16). Toplumlar sosyoekonomik düzeylerine göre sınıflandırıldıklarında; gelişmekte olan ülkelerde körlük prevalansı %1 civarındadır ve en önemli körlük nedeni katarakttır (13). Gelişmiş ülkelerde ise tahmini körlük prevalansı %0.2 olup en sık körlük nedeni yaşa bağlı maküla dejenerasyonudur (12, 14). Ülkemizde ise körlük nedenleri olarak bir çalışmada %50 katarakt, %15 korneal opasite, %12 glokom, %6 optik atrofi ve %6 ftizis bulbi olarak belirlenmiştir (13). Bu dağılım gelişmekte olan ülkelerdeki dağılım ile uyumludur (13). Bu hastalıklar dışında sistemik hastalıklarla da göz hastalığı ortaya çıkma olasılığı çok sıktır. Bunlardan en önemlisi şeker hastalığı ve hipertansiyondur (16). Ülkemizde aile içi evlilikler, doğuştan ve çocukluk çağı körlüklerinde başta gelen sebeptir (16). Yine kazalar, özellikle trafik, ev, iş ve av kazaları önemli sayıda görme kaybına sebebiyet vermektedir. Göze kimyasal herhangi bir madde kaçması da çok sık karşılaşılan görme kaybı ile sonuçlanan kazalardandır (13, 16).

## 2.5. Engellilik ve Sorunları

Bilindiği gibi engelliliğe ilişkin ilk ve en eski model, '**ahlaki model**' tanımıdır. Söz konusu model engelliliğin ahlaki çöküntüden kaynaklandığını, insanın içindeki 'şeytanın' veya 'ahlaksızlığın' dışı vurumu olduğunu ileri sürmektedir (17). Bu tanım nedeniyle engelliler yalnızca utanç ve damgalanmayla karşı karşıya bırakılmamışlar, aynı zamanda suçlanmışlar hatta ceza almışlardır. Çok uzun süre engelli bireylerin bedenlerine şeytanın ve kötü ruhların egemen olduğuna inanılmıştır (18). Böylece hem engelli bireyler hem de onların aileleri büyük bir utanç yaşamışlardır. Bu nedenle engelli bireyler ve ailelerinin bu nedenle uğradıkları fiziksel ve ruhsal, duygusal

şiddetin, zihinlerinden hiçbir zaman kazanmayacağı, hatta 'ortak bilinçaltlarına' yerleşeceği düşünülebilir. Pek çok kültürde engelli bireylerin karşılaştığı olumsuz tutumlar 21. yüzyıla dek değişik ölçülerde varlığını koruya gelmiştir (17).

**Medikal model** tanımını 1800'lü yılların ortalarında tıp ve rehabilitasyon alanlarındaki gelişmelerle birlikte ortaya çıkmıştır (17). Bu tanım 'ahlaki çöküntü'den çok 'patoloji' ile sınırlıdır. Ahlaki tanım kadar 'kötüleyici' olmasa da 'özürlülüğü olan bireye' ya da özürlülük yaşantısına değil 'özürlülüğe' odaklandığı için yetersizdir (19). Medikal tanım tüm engelli bireylerin otomatik olarak 'kısıtlı, aciz' olduğunu varsaymaktadır (16, 17). Buna paralel olarak da engelli bireylerin toplumda önyargı, aşağılanma ve dışlanmayla karşılaşmalarını önlememektedir (17, 18, 20, 21, 22). Olumsuz toplumsal tutumlar (damgalama, aşağılama, vb) engelli bireylerin dışlanmalarına, toplumsal yaşama etkin biçimde katılamamalarına neden olmaktadır. Kendilerini damgalanmış, toplumdan soyutlanmış, hatta adeta düşmanlıkla çevrelenmiş hisseden engelliler mevcut potansiyellerini ortaya koyabilecek fiziksel, sosyal, ekonomik ve kültürel olanaklardan da çoğu kez yoksun bırakılmışlardır (19).

Kuşkusuz medikal tanım, özürlülükleri olan bireylere ve onların ailelerine pek çok olanak da sağlamıştır (19). Sözelimi tanı, tedavi, bakım ve izleme programlarının güçlendirilmesi, önleme programlarının dikkatle hazırlanması, engelli bireylerin ve yakınlarının yaşam kalitelerini yükseltmiştir.

Özürlülük Hakları Hareketinin ivme kazanmasıyla artık engelliliğin bireyin 'özür durumu'ndan çok toplumun koyduğu engellerden kaynaklandığı, bu engellerin özellikle ayrımcılık ve önyargıyla biçimlendiği görülmeye başlamıştır (19). Engel tanımı daha çok toplumsal boyutu olan bir durumdur ve bireyin toplumsal yaşamın gereklerini yerine getirmede karşılaştıkları sınırlılıklar olarak tanımlanmaktadır (7). Bu doğrultuda da **sosyal model** ortaya çıkmıştır (19). Sosyal modelin temel iddiası engelliliğin, bireyler arasındaki fiziksel, zihinsel vb farklılıkların bir yansıması olmaktan çok, toplumdaki ayrımcılığın, önyargının ve dışlamanın bir ürünü olduğudur (18, 22, 23, 24). Medikal tanımın tersine sosyal model tanımında, engelli bireyin kendisinin değil, toplumda ona dayatılan engellerin sorun oluşturduğu ileri sürülmektedir (19, 24, 25).

Engellilik her dönemde ve her toplumda pek çok kişiyi yakından ilgilendiren önemli konulardan biri olarak varlığını sürdürmüştür ve günümüzde de sürdürmeye devam etmektedir (21, 24, 25, 26, 25, 28, 29). Bu insanlar engelli olmaları nedeniyle hem kamusal alanda, hem de özel alanda pek çok sorun yaşamaktadır (18, 21, 30, 31). Fiziksel ve çevresel zorluklar yanı sıra, toplumdan dışlanma, ayrımcılık ve önyargılar gibi psikososyal stres etkenleriyle de baş etmeleri gerekmektedir. En temel bazı haklardan yoksundurlar (18, 30). Engelli yurttaşımız günlük yaşama, kent yaşamına ve toplum yaşamına çok sınırlı ölçüde katılabilmektedir (10). Eğitimden sağlığa, iş ve mesleki rehabilitasyondan kültür, sanat ve sporda kent standartlarının iyileştirilmesine, ulaşımdan psikolojik ve sosyal desteğe, bireysel ve aile danışmanlığı hizmetlerinden gerektiğinde sürekli bakıma kadar çok ciddi ve çözüm bekleyen sorunları bulunmaktadır (10, 18, 21, 30, 31). Tüm bunlara bağlı olarak özgüvenleri, özsaygıları sarsılabilmektedir (30). İntihara dek uzanan başta depresyon olmak üzere çeşitli ruhsal sorunlar geliştirebilmektedirler (32). Birey, engelli oluşu nedeniyle 'aciz', 'yetersiz' olarak tanımlandığında bu doğrultuda müdahalelere de hedef olmaktadır (30). Örneğin bir çalışmada görme engelli olmanın şiddete maruz kalma açısından kışkırtıcı olabileceği söylenmiştir (18).

Engellilik sadece engelli bireyin kendisi için değil, aynı zamanda ailesi ve çevresi için de önemlidir. Engelli bireye sahip aileler de benzer psikososyal sorunları yaşamaktadırlar (10). Bu sorunlar da yine engelli bireye, aile ve çevresi tarafından olumsuz olarak yansıtılmaktadır.

Görmenin engelli olmasıyla dünyadan yazılı bilgi alımı durmaktadır (33), yabancı çevrelerde hareket etme sınırlılığı olmaktadır, mesafeli objeleri ve çevreyi algılamak zorlaşmaktadır (34). Önemli sosyal ipuçlarından yoksun kalınmaktadır (33, 34). Görme gücü kaybı algılama ve gerçekleri anlamada olumsuzluk yaratmaktadır. Burlingham (33) görmenin engelli olması sonucunda içe dönüklüğün olabileceğini ve bunun bireylerde güvensizlik yaratabileceğini belirtmektedir. Gulliford (33), görmenin engelli oluşunun bireylerin sosyal ilgisini kısıtladığını ve kişilik gelişimini engellediğini belirtmektedir. Bazı araştırmacılar görmenin özürlü oluşu sonucunda dil ve kavram gelişiminin engellendiğini ileri sürmektedirler (33).

Bireyin görme duyusundan yoksun kalmasıyla görme engelliler, kendilerini kabul ettirmenin amansız savaşımına itilirler. Gizliden gizliye sürüp giden bu çatışmayı kazanarak insanlık ailesinde saygın bir yer bulmak tümünün kaygısıdır. Bunun için güçlü olmaları gerekir (35).

Görme yöntemi insanın dünya ile kurduğu ilişkiye göre değişir. İnsan dünyayı ona karşı aldığı tutuma uygun olarak görür (36). Körlerin çevrelerini görmek amacı ile başvurdukları, çoğu kez de kişisel girişimleriyle oluşturdukları yöntemler ve yaklaşımlar sanat yaratıcısının (bestecinin, ressamın, yontucunun, ozanın ve öykü ya da roman yazarının) yapıtını ortaya çıkarmak için harcadığı çabaya benzer (35). Görme engelli kişi, doğanın ondan gizlediği dünyayı şu ya da bu biçimde algılayarak, kendisi için gerekli olan durumları ya da olayları bir şekilde öbür insanlar kadar “görür” (35).

Görme engelli bireyin aynı zamanda besteci, ozan, öykücü ya da heykel sanatçısı olması ruhbilim açısından daha da karmaşık bir dünya demektir (35). Bireyin görme duyusunu yitirmesi, bazı durumlarda onu yaşadığı ortam içinde düşünsel ya da sanatsal yönden son derece yüksek bir konuma da getirebilir (35). Değerli ozanımız Âşık Veysel'in yaşadığı bir olayda hekim, sanatçıya bir gözünü ameliyatla iyileştirmeyi önerir. Veysel öneriyi geri çevirir ve öykünün sonu şöyle bağlanır: Veysel "bu şiirleri yazamam diye korktum" der (35).

Goethe “Kulak dilsiz, ağız sağırdır”, ama göz hem duyar hem konuşur” der (37). Goethe'nin söylediği gibi görme duyusu çok önemlidir ve bundan hareketle görme kaybı ruhsal açıdan çok ciddi sorunlar getirebilir.

Özrün engele, engelliğin özre dönüşmesini önlemek için bu bireylere diğer bireylerin sahip olduğu bilgi ve becerilerin kazandırılması ve aynı zamanda yaşanan çevrenin bu bireylerin kullanabilecekleri hale getirilmesi gerektiği pek çok literatürde vurgulanmaktadır (6, 7, 8, 19).

## **2.6. Stres**

Modern toplumun hastalığı olarak ifade edilen stres, aslında günlük yaşamın bir parçasıdır. Günümüzde çoğu insan, farkına varmasa bile yoğun bir stres yüküne

sahiptir. İyi ya da kötü ne olursa olsun yaşamımızdaki zihinsel değişiklikler de gerçek, somut değişiklikler kadar strese yol açarlar. Günlük rutin yaşamımızda değişikliğe neden olan herhangi bir şey, stres vericidir. Vücut sağlığımızda meydana gelecek bir değişiklik de strese yol açar. Günlük hayatımızdaki şahit olduğumuz her türlü iddialar, yorumlar, anlaşmazlıklar ve çatışmalar da stres yaşamımıza neden olurlar (38).

Özellikle son yıllarda “stres” sözcüğünün kullanımının hızla yaygınlaştığını görmekteyiz. Stres, bazen çevreden gelen uyarıcıları (stresör) tanımlamak için kullanılırken (“Çok stresli bir işim var” gibi); bazen de içsel bir duyguyu, bir tepkiyi (stres belirtisi) tanımlamak için kullanılmaktadır (“Bugün çok stresliyim” gibi). Çoğunlukla da hem uyarıcı hem de tepkiyi kapsayacak biçimde kullanılır (“Bu stresli iş beni de stresli yaptı” gibi). Bunun yanında “belirli oranda stres, performansımı iyileştiriyor” cümlesinde olduğu gibi yeri geldiğinde ‘baskı’ ile eşanlamlı olarak kullanıldığında ve stresin olumlu olabileceğine de işaret eder (39).

Stres sözcüğü, Latince "estricia"dan gelmektedir (40). Literatürde stres terimini ilk kez kullanan kişinin 17. yüzyılda stresi, elastiki nesne ve ona uygulanan dış güç arasındaki ilişki olarak açıklayan fizikçi Robert Hook olduğu görülmektedir (39). Stres 17. yüzyılda felaket, bela, musibet, dert, keder, elem gibi anlamlarda kullanılmıştır. 18. ve 19. yüzyıllarda ise kavramın anlamı değişmiş ve güç, baskı, zor gibi anlamlarda, objelere, kişiye, organlara ve ruhsal yapıya yönelik olarak kullanılmıştır. Buna bağlı olarak stres, nesne ve kişinin bu tür güçlerin etkisi ile biçiminin bozulmasına, çarpıtılmasına karşı bir direnç anlamında kullanılmaya başlamıştır (39, 40). Bu tanımlamadan sonra stres kavramı fizikle sınırlı kalmamış biyoloji, fizyoloji, tıp, antropoloji, sosyoloji ve psikoloji gibi alanlara yayılmıştır (41).

Literatüre bakıldığında Hippocrates’in, stres kelimesini kullanmasa da bugünkü stres anlamında kullandığı bir tanım dikkat çekmektedir. Hippokrates doğa gücünün hastalıkları iyileştiremediği durumlarda insanların “distress” (stres) içine düştüklerini, aşırı acı ve ağrı çektiklerini belirtmiştir (42).

Selye (1956) stres konusuyla ilgilenen öncü bilim adamlarındandır ve stresi, "vücuda yüklenen, herhangi bir özel olmayan isteme karşı vücudun tepkisi" olarak tanımlamaktadır (43). Selye’ye göre stres, vücuttaki aşınma oranıdır. Bu stres tanımı



bedenimize zarar verme düşüncesi veya anksiyete, hayal kırıklığı, yorgunluk gibi hoş olmayan zihinsel süreçleri çağrıştırmaktadır (44). Selye, yaptığı çalışmalar sonunda, stresin doğasını açıklamada başka bir tanımlama daha yapmıştır; Stres kişinin çevreye uyum yapma sürecinde yaşadığı fizyolojik bir tepkidir. İçsel ve dışsal koşulların değişimine uyum için bedenin çalışması veya güç harcaması, fizyolojik tepkilere neden olur (45). Selye'ye göre stres; üzüntü, kaygı, depresyon veya hayal kırıklığı değildir. Birtakım zihinsel koşullar tetikleyici olsa da bunların kendisi stres değildir (44). Selye (1946) en genel anlamda kabul edilen stres tanımlamasında stresi, bedenin olaylara karşı verdiği özgül olmayan tepki olarak değerlendirmiştir (44, 46). Stres ve stresör kavramlarını ön plana çıkaran Selye, bireyde bir dizi tepki yaratan çevresel uyarıcıya stresör, bireyin bu tür uyarıcılara karşı gösterdiği tepkiye de stres demiştir (38).

Haggard (1949), bugün psikolojik stres denilen durumları duygusal stres adı ile ele almış ve bunların bazı özelliklerini tanımlamıştır (40). Haggard'a göre duygusal stresin hissedildiği durum, insanın tehdit edildiği, uyum mekanizmalarının ciddi olarak yorgun olduğu ve vücudunun tüm kuvvetinin tükendiği durumdur (47). Cüceloğlu'na göre stres, "bireyin fizik ve sosyal çevredeki uyumsuz koşullar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı gayrettir" (48).

McGrath'a (1976) göre belirli bir stres durumunda verilen tepki, kişilerin psikolojik özelliklerine, kültürel değerlerine, motivasyon ve inanç sistemlerine göre farklılık gösterir. McGrath, insanların belli bir stres durumuna değişik duygusal, fizyolojik ve davranışsal tepkiler göstermelerinde, stres durumunu algılamada ve yorumlamadaki farklılıkların önemli olduğunu belirtmektedir. Kişilerin benzer durumlarla karşılaştığında gösterdiği tepkiler, olumlu ve olumsuz değerlendirmeler ve diğer kişilerle ilişkilerinin şekli, stresli durumu açıklayan faktörlerdir (49, 50).

Lazarus ve Folkman'a (1984) göre stres, kişi ve çevre etkileşimi sonucunda oluşmaktadır. Bu etkileşimde önemli olan bireylerin olayları ve kişileri stres kaynağı olarak algılamaları ve değerlendirmeleridir (42). Bu etkileşimde kişi olayları ve çevredeki kişileri stres kaynağı olarak değerlendirmemezse, stres de yaşamayacaktır (40). Geçmiş yaşantımız, gelecekle ilgili beklentilerimiz, şu anki sosyal yaşantımız, ahlaki değerlerimiz, ideallerimiz hangi duruma ne anlam vereceğimiz üzerinde oldukça güçlü bir etkiye sahiptir ve bu da kişinin nasıl bir stres yaşayacağını rehberlerindedir (51).

Kişinin mevcut duruma ilişkin algısı kadar, kişisel özellikleri ve kişisel kaynakları da stres yaşayıp yaşamayacağı veya ne oranda stres yaşayacağı üzerinde etkilidir. Bazı kişisel özellikler daha fazla stres yaşamının zeminini oluşturabilmektedir (52).

Stres ve uyarıcı arasında çok ince bir fark vardır. Çünkü uyarıcı da organizmada bir tepkiye yol açan herhangi bir şeydir (38). Streste bir tehlike söz konusudur ve bu tehlikenin önemi kişi tarafından algılanmalıdır. Stres, organizmanın sadece bir bölümünü değil tümünü etkileyen ve kontrol edilemeyen bir tepkidir. Bedenin aşınmasına yol açan stres daha çok “kötü” stres olarak görülse de, belli bir miktardaki stres yaşamımız ve büyümemiz için gereklidir. “İyi stres” güçlenmek, ayakta kalmak, olgunlaşmak için gereklidir (44). Stres düzeyindeki belli miktardaki artış, performansta ve yeterlilikte artışa yol açar. Optimal Stres Düzeyi performansın en iyi olduğu düzeydir. Bu sınırlar artıda veya ekside aşılsa, performansta ve yeterlilikte azalma başlar (53).

Selye, bedenin stresli durumlarda verdiği üç aşamalı tepkiyi "Genel Uyum Sendromu" olarak adlandırmıştır. Bu kurama göre, organizmanın strese tepkisi alarm tepkisi, direnme ve tükenme aşamalarıyla gerçekleşir (43, 47). Direnme dönemi sağlıklı bir büyüme, gelişme için performans sağlarken, tükenme aşaması hastalık süreçlerine yol almayı sağlar.

Stresle ilgili belirtiler, fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal olmak üzere dört grupta toplanabilir (54). Bu belirtilerden bazıları gerginlik hali, sürekli endişe duyma, aşırı derecede alkol ve sigara kullanımı, uykusuzluk, işbirliğine girmede yaşanan zorluklar, yetersizlik duygusu, duygusal dengesizlik, sindirim sorunları, yüksek tansiyon olarak sayılabilir (45, 55).

Son zamanlarda sıkça kullanılan stres kavramının gerçekte neye karşılık gelen bir kavram olduğuna ilişkin bilgiler herkesin ‘biricik’ olması nedeniyle işlevsel olacaktır. Çünkü kişiyi en iyi anlayabilecek olan yine kendisidir. Ayrıca bu sayede herkesin kendisine ayna tutması mümkün hale gelecektir. Kişinin kendisine ayna tutabilmesi ise baş edebilmenin yarısı, belki daha fazlası demektir (52).

### 2.6.1. Strese Yol Açan Faktörler

Stres oluşumunda birçok çevresel faktör rol oynamakta ve stres yaratıcı ortam oluşturmaktadır. Stres yaratan faktörleri başlıca üç grupta toplayabiliriz. Bunlar;

- (1) Bireyin kendisi ile ilgili stres kaynakları,
- (2) Bireyin iş çevresinin yarattığı stres kaynakları,
- (3) Bireyin yaşadığı genel çevre ortamının oluşturduğu stres kaynakları (45).

(1) Kişisel stres kaynakları; Kişilerin olaylardan etkilenme derecelerini belirleyen şey, çoğunlukla olayları zihinsel olarak nasıl anlamlandırdıklarıdır ve stres yönetimi açısından zihinsel işleyiş çok büyük bir önem taşımaktadır (52). Kişinin çevresini nasıl algıladığı, çevresel değişimlere ve ilişkilere nasıl bir tepki gösterdiği belirli sınırlar içerisinde kişinin kişiliği ile ilgilidir (38).

(2) İş çevresine bağlı stres kaynakları; Bir örgütte işgörenleri etkileyen farklı stres kaynakları bulunabilir. Bu kaynaklardan bazıları, işyükünün fazlalığı, zamanın sınırlılığı, denetimin sıkı ve yakından olması, yetkinin sorumlulukları karşılama yetersiz olması, politik havanın güvensizliği, rol belirsizliği, örgüt ve bireyin değerleri arasındaki uyumsuzluk, engellenme vs sayılabilir (56).

(3) İş dışı genel çevrenin stres kaynakları; İnsanların çalıştıkları çevrenin dışındaki toplumsal çevresi de baskı etkeni olabilir. Bu baskı yasal yollarla olabileceği gibi, gelenek ve göreneklerle de olabilir (57). Toplumsal yapılanma ve yaşam biçimleri, toplumsal kabuller, ön yargılar bunlara örnek verilebilir. Bunun dışında bireyin günlük yaşantısında karşı karşıya kaldığı toplumsal ve teknolojik değişimler, aile ilişkileri, ekonomik ve finansal koşulları, ülke ekonomisinin gidişatı ve çeşitli ekonomik sorunlar gibi birçok çevresel sorunlar stres kaynağı olmaktadır (58).

Genel olarak engelli bireyler strese en açık gruptandırlar. Engelli olmaları nedeniyle hem kamusal alanda hem de özel alanda pek çok sorun yaşamaktadırlar (18, 21, 30). Fiziksel ve çevresel zorluklarla birlikte toplumdan dışlanma, ayrımcılık ve önyargılar gibi pek çok psikososyal stres etkenleriyle baş etmeleri gerekmektedir (21, 30). Özellikle sosyal politikaları oluştururken engelli olsun veya olmasın toplumdaki tüm vatandaşları kapsayan bir yaklaşım gereklidir. Toplumunu oluşturanların bir bölümünün dışlanması durumunda bu dışlamanın yarattığı olumsuzluklarla da pekişen sorunların içinden çıkılamamaktadır (31).

### **2.6.2. Stresle başa çıkma ve stres yönetimi**

Stresle başa çıkmak ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla, durumu ya da duruma verilen tepkileri değiştirmeye stres yönetimi denir. Bireysel olarak kullanılan bazı stratejiler, stresle başa çıkmada çok gerekli ve önemli bir yer tutmaktadır. Bu stratejilerin ortak yönü, kişisel alışkanlıklar ile fiziksel, psikolojik ve davranışsal yapıların kontrol altına alınmasını öngörmeleridir. Böylece bedende başlayan ve zararlı olan stres tepkisi karşı önlemler alınarak etkisiz kılınmaya çalışılmaktadır (38, 54).

Bireysel olarak stresle başa çıkmada etkili bir zaman yönetimi, rahatlama uygulamaları, olumlu hayal kurma, egzersiz ve beden hareketleri, davranışsal açıdan kişinin kendini kontrol etmesi, iletişim kurması, gıda kontrolü ve masaj, bireyin kendine özgü bir hobi edinmesi, dışa dönüklük ve girişimciliği geliştirmesi gibi birçok yöntem önerilmektedir (45, 58).

Kısaca stresle başa çıkmada herkes için iyi olan ortak bir çözüm yolu yoktur. Her insanın devamlı olarak strese maruz kaldığı zaman açık veren zayıf bir yönü vardır. Bundan dolayı, kişi kendi kişilik ve yaşam tarzına uygun olan yöntemleri bulup denemelidir. Bir başka deyişle birey stresinin yönetimini ele almalıdır (38).

### **2.6.3. Stresle başa çıkma ve psikopatoloji gelişimi**

Son yıllarda stresle başa çıkma mekanizması, psikolojik rahatsızlıklarla ilişkilendirilmekte ve stresle başa çıkma kavramı araştırmacıların dikkatini oldukça fazla çekmektedir (53, 59, 60). Aynı zamanda bireylerin stres yaşantılarıyla başa çıkarken kullandıkları etkin başa çıkma stratejilerinin ruh sağlığı üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu vurgulayan çok sayıda araştırma bulgusu da vardır (61, 62, 63, 64). Stres yaşantılarında bireyin içinde bulunduğu bilişsel çabanın niteliği ve kullanacağı başa çıkma tarzı, onun psikolojik bütünlüğünü büyük ölçüde belirleyebilmektedir (65, 66). Lazarus'a (1976) göre birey içinde yaşadığı durumu tehlike olarak algıladığı zaman olabilecek zararları azaltmak için nasıl bir başa çıkma stratejisi kullanacağına karar verir ve bu değerlendirme bireyin inançları ve kişilik özellikleri doğrultusunda beslenir (66). Stres başa çıkılması gereken bir durumdur, eğer başa çıkma stratejileri başarısız olursa,

psikolojik sağlıkta bozulma ve bununla birlikte psikopatolojik belirtilerin ortaya çıkması da kaçınılmaz bir durum olmaktadır (67).

## **2.7.Yaşam doyumunu**

İlk kez 1961 yılında Neugarten tarafından ortaya atılan yaşam doyumunu kavramı, bir insanın beklentileriyle (ne istediği), elinde olanların (neye sahip olduğu) karşılaştırılmasıyla elde edilen durum ya da sonuçtur (68). Kişisel amaçlar ve ulaşılan hedefler arasındaki uygunluğun yargısal değerlendirilmesi olarak da tanımlanabilir (69).

Öznel iyi oluş ve yaşam doyumunu çoğu kişi tarafından yaşamın temel hedefleri olarak belirtilmektedir. Öznel iyi oluş bireyin yaşamını ne şekilde değerlendirdiği ile yakından ilişkilidir. Mutluluğa ulaşabilmede bireyin hedefleriyle, bu hedeflere hangi ölçüde ulaşabildiği konusundaki fikirleri arasındaki uyum ya da uyumsuzluğun belirleyici rol oynadığı öne sürülmektedir (70).

Öznel iyi oluşun bilişsel ve duygusal olmak üzere iki ana bileşeni vardır; Bilişsel bileşen yaşam doyumunu algısını belirler, diğer bir deyişle yaşam doyumunu mutluluğun bilişsel yönünü oluşturur (71). Duygusal bileşen ise olumlu ve olumsuz duygulanımı içerir (70). Öznel iyi oluş, bireyin yaşamını 'olumlu' biçimde değerlendirmesini gerektirir (72). Bununla ilişkili olarak olumlu duygulanım, doyum, kendini adayabilme, bağlanma ve yaşamın anlamını beraberinde getirir (73).

Öznel iyi oluş, kendi başına önemli olmasının yanı sıra, doyumlu ilişkileri ve üreticiliği artırdığı, ruhsal ve fiziksel sağlık üzerinde olumlu etki yaptığı için hem bireysel, hem de toplumsal açıdan son derece dikkatle incelenmelidir (72). Diener'e göre toplumlarda eğitim, sağlık ve çevre alanındaki hizmetlerin temel amacı öznel iyi oluşu artırmak olmalı ve farklı sosyal politikaların öznel iyi oluş üzerindeki etkisi yakından izlenmelidir (73).

Öznel iyi oluş kavramının bilişsel boyutunu oluşturan yaşam doyumunu verileri Amerika ve Avrupa Birliği ülkelerinde yakından izlenmekte ve ulusal sosyal politikaların bireyler üzerindeki etkisi değerlendirilirken kullanılmaktadır (72, 74, 75). Öznel iyi oluş düzeyi ve yaşam doyumunu ile kişi başına düşen ulusal gelir (76), yaşam süresi, öznel

sağlık algısı, üreticilik, iş doyumu (73), insan hakları, bireylerdeki güven duygusu arasında pozitif bir korelasyon olduğu belirtilmektedir (72). Diğer taraftan yaşam doyumu ile enflasyon, boşanma oranları, ruhsal hastalıklar, işsizlik oranı arasında negatif bir korelasyon saptanmıştır (73). Yine bu açıdan, bir toplumdaki bireylerin öznel iyi oluş düzeyinin, temel olarak o toplumdaki refah düzeyi, sağlık hizmetleri ve eğitim olanakları ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir (77).

Diener'e göre her insanın öznel iyi oluş düzeyinin bir kararlı durum noktası vardır. Bu noktayı Diener, dış olaylara karşı her insanda ve her olayda farklı adaptasyon tepkisi yani 'hedonik uyum' olarak tanımlar (25). Diener, hedonik uyumu ilgilerin, değerlerin, amaçların, hedeflerin, dikkatin ve durum değerlendirmesindeki değişikliklerin de içinde bulunduğu bir uyum süreci olarak belirtmektedir. Hedonik uyumda bireyin dikkatini bilinçli olarak olumsuz düşüncelerden uzaklaştırdığını ve var olan bir trajediyi bir deneyim olarak yorumlama gibi bilişsel çarpıtmalara yöneldiğini belirtmektedir (25). Bazı kaynaklar görmeyenlerin yaşam doyumu ve hedonik uyumunun dış faktörlerle değişmediğini ve iyi düzeyde olduğunu belirtilmektedir (25, 26, 27, 28,74). Ancak düşük yaşam doyumu düzeyinin, psikiyatrik sorunların ortaya çıkmasında etkili olduğu gösteren bir çalışma da bulunmaktadır (67).

Özürlü olmayan kişiler, özürülülerin yaşam doyumunun düşük düzeyde olacağı gibi yanlış bir inanca sahiptirler (75, 78). Bunun nedeni olarak iki durum suçlanmaktadır; Bunlardan biri insanların özürülülükle ilgili bir ilüzyona odaklandıkları, diğeri ise adaptasyonu yeteri kadar değerlendiremedikleri olarak belirtilmektedir (25). Oysa birçok araştırmada özürülülerde yaşam doyumu ile ilgili bir azalma olmadığı vurgulanmaktadır (26, 27, 28, 75). Özürlü bireyler inanç, istek, tutum ve değerlerde olduğu gibi birçok hedonik dönüşümler gösterebilirler (79). Bu dönüşüm yaşamlarını mutlu şekilde idame ettirmeye hizmet ettiği sürece hedonik uyumla sonuçlanır (25).

Genel tahminin aksine insanların karşısındaki için ne düşündüğü, yaşam doyumu da olmak üzere birçok şeyi etkilememektedir. Örneğin yaşam doyumu içinde sayılabilecek aileyle veya dostlarla güzel bir sohbet, bazı sosyal etkinliklerde bulunma ya da sevdiği bir radyo programından zevk almak gibi şeyler insanların ne düşündüğünden bağımsızdır ve yaşam doyumunun iyi olmasını sağlar (80). Özürlü insanlar belki de

yaşamın ne kadar değerli olduğunu normal insanlardan daha iyi anlıyor ve çeşitli olumsuz durumlar yaşam kaliteleri ve mutluluklarını pek etkilemiyor olabilir (75).

Ülkemizde yaşam doyumu ile ilgili çalışmalar oldukça kısıtlı olup, ülkemizde özürllülerle ilgili bu güne kadar yaşam doyumunu inceleyen çalışma da bulunmamaktadır.

Günümüzde engelli bireylerin değişen yaşam koşullarına uyum sağlaması ve öncelikle birey olarak, kendisini geliştirebilen, yaptığı işten ve yaşamdan doyum alabilen, üretken, dolayısı ile stresle etkin başa çıkma stratejilerini kullanabilen, var olan koşullara uyum sağlayabilen özelliklere sahip bireyler olması hedeflenmektedir. Görme engellilerin yaşam doyumu, stresle başa çıkma stratejileri ve bunları etkileyen sosyodemografik etkenleri ortaya koymak, bu hedefin gerçekleşmesine katkıda bulunacak önemli bir çaba olacaktır.

## 3. GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma tanımlayıcı bir araştırmadır.

### 3.2. Araştırmanın Evreni

Çalışma Haziran 2009-Eylül 2009 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmaya alınan kişilere, özürlü dernekleri ve özürlü okulları aracılığı ile ulaşıldı.

### 3.3. Verilerin Toplanması ve Araştırmanın Uygulanması

Adreslerine ulaşılabilen toplam 110 görme özürlü kişi çalışmaya alınmıştır. Araştırmaya dâhil edilen katılımcılara çalışmanın konusu, amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş onam formları alınmıştır. Veri toplama aracı olarak Sosyodemografik Veri Formu, Kısa Semptom Envanteri, Yaşam Doyum Ölçeği, Stresle Baş Etme Tarzları Anketi kullanılmıştır. Tüm katılımcılara veri toplama araçlarının nasıl doldurulacağı yüz yüze görüşme ile anlatılmıştır. Katılımcılardan araştırmacı gözetiminde bir anketör yardımı ile yüzlerine okuma yöntemi ile toplamda 130 anket sorusunu yanıtlamaları istenmiştir. Katılımcıların formları yanıtlaması sonrası anketler tekrar geri alınmış ve doldurulmuş anketler çalışmayı yapan hekim tarafından kontrol edilmiştir.



### 3.4. Veri Toplama Araçları

**3.4.1.Sosyodemografik Veri Formu:** Çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak gerekli sosyodemografik verileri öğrenmek amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanmış bir ankettir.

**3.4.2.Kısa Semptom Envanteri:** 53 sorudan oluşan bu test, bireyin yaşadığı psikolojik problemlerin varlığını ve sıklığını belirlemeye yöneliktir. Formun başında nasıl yanıtlanacağı ile ilgili bilgi vardır. Her madde için "Hiç yok", "Biraz var", "Orta derecede var", "Epey var" ve "Çok fazla var" seçeneklerinden birinin işaretlenmesi istenir. Yanıtlara 0 ve 4 arasında değişen puanlar verilir. Puan aralığı 0 – 212'dir. Toplam puanların yüksekliği, belirtilerin sıklığını gösterir. 9 alt ölçek, ek maddeler ve 3 global endeksten oluşur. Somatizasyon alt ölçeği 2, 7, 23, 29, 30, 33, ve 37. maddelerden oluşmaktadır. Obsesif Kompulsif Bozukluk alt ölçeği 5, 15, 26, 27, 32 ve 36. maddelerden, Kişilerarası Duyarlılık alt ölçeği 20, 21, 22 ve 42. maddelerden Depresyon alt ölçeği 9, 16, 17, 18, 35 ve 50. maddelerden oluşmaktadır. Anksiyete Bozukluğu alt ölçeği 1, 12, 19, 38, 45 ve 49., Hostilite alt ölçeği 6, 13, 40, 41 ve 46. Fobik Anksiyete alt ölçeği 8, 28, 31, 43 ve 47., Paranoid Düşünceler alt ölçeği 4, 10, 24, 48 ve 51., Psicotizm alt ölçeği 3, 14, 34, 44 ve 53. maddelerden oluşmaktadır. Ek Maddeler alt ölçeği ise 11, 25, 39 ve 52. maddelerden oluşmaktadır. Rahatsızlık ciddiyeti endeksi alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesiyle elde edilir. Belirti toplamı endeksi, 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin (pozitif olan tüm değerlerin) 1 olarak kabul edilmesiyle elde edilen toplam puandır. Semptom rahatsızlık endeksi alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesiyle elde edilir (81.82.84).

**3.4.3.Yaşam Doymu Ölçeği (YDÖ):** Bireylerin yaşam doymu düzeylerini belirlemek amacıyla Diener ve arkadaşları (1985) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçeye uyarlaması Köker (1991) tarafından yapılmıştır. Ölçek; "yaşamım birçok yönüyle ideallerime yakın, yaşam koşullarım çok iyi, yaşamımdan hoşnutum, şu ana kadar istediğim şeyleri elde edebildim ve yeniden dünyaya gelseydim yaşamımdan hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim" ifadelerini içeren 5 maddeden oluşmaktadır. Her madde için "hiç uygun değil" ile "çok uygun" arasında değişmek üzere 1'den 7'ye kadar seçenekler sunulmuştur. Toplam puan 5 – 35 arasında değişir. Toplam puan 30 – 35, 25 – 29, 20 – 24, 15 – 19, 10 – 14, 5 – 9 olarak gruplandırılır. Toplam puan azaldıkça yaşam doymu azalır. Karataş ölçekten alınan 7 puan ve altının düşük, 13 puan ve

üstünün yüksek yaşam doyumu, 8-12 arasında kalan puanların ve orta düzeyde bir yaşam doyumu gösterdiğini bildirmektedir (81, 82).

**3.4.4.SBTÖ:** Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen ve orijinal adı “Ways of Coping Inventory-WCI” olan Başa Çıkma Yolları Envanteri olup, bireylerin genel veya belirgin stres durumları ile başa çıkma yollarını belirleyen ifadeleri içermektedir. Yurt dışında çeşitli çalışmalarda bu ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır. Ülkemizde ölçeğin ilk standardizasyon çalışması 1991 yılında Siva tarafından gerçekleştirilmiş ve ölçek Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) olarak kullanılmaya başlanmıştır (83, 85).

SBTÖ ile ilgili diğer bir faktör analizi çalışması 1992 yılında Şahin ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. SBTÖ’ ünün ülkemiz için de güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu belirtilmiştir. Ölçek 30 maddeden ve 5 ayrı alt ölçekten oluşur. Bu alt ölçekler iyimser yaklaşım (5 madde), kendine güvenli yaklaşım (7 madde), çaresiz yaklaşım (8 madde), boyun eğici yaklaşım (6 madde), ve sosyal desteğe başvurma (4 madde) şeklindedir. Sizi ne kadar tanımlıyor/size ne kadar uygun şeklinde 30 sorudan oluşan hiç uygun değilse %0, çok uygun ise %100 şeklinde yanıtlanan ve 0 ila 3 puan arasında puanlanan bir anket formudur. Her bir alt ölçekten alınan puanlar, iyimser yaklaşım alt ölçek testinde 5-20, kendine güvenli yaklaşım alt ölçek testinde 7-28, çaresiz yaklaşım alt ölçek testinde 8-32, boyun eğici yaklaşım alt ölçek testinde 4-16 arasında değişir. Alt ölçek puanlarının yüksek olması bireyin ilgili başa çıkma tarzını daha çok kullandığı anlamını taşır (83, 85).

**3.5. Araştırma Verilerinin Analizi:** Verilerin istatistiksel analizi SPSS 12 paket programı ile yapılmıştır. Analizler sırasında ki-kare, ANOVA, Kruskal-Wallis varyans analizi, Student-t, Mann -Whitney U ve Post Hoc Testleri kullanılmıştır. Sayısal değerler ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir.

## 4. BULGULAR

110 kişiden sağlanan verilerin değerlendirmesinde elde edilen bulgular şu şekildedir;

### 4.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, birlikte yaşadığı kişiler, tek başına yaşayabilirlik, eğitim, özel eğitim almışlık, yaşadığı yer ve çocukluğunda yaşadığı yer dağılımı verileri Tablo 1.1’de, aylık gelir düzeyi, iş durumu, meslekte çalıştığı süre, haftalık çalışma süresi, daha önce çalışmışlık, kronik fiziksel rahatsızlık öyküsü, kronik ruhsal rahatsızlık öyküsü, sosyal destek aldığı kişiler, çocukluğunda büyüten kişi, çocuklukta ilgi, çocukta disiplin, büyütülme tarzı ile şu anki yaşam olaylarıyla başa çıkmada etki durumu ve çocukluğunda ailenin durumu dağılımı Tablo 1.2’de ve katılımcıların görme kaybı zamanı, nedeni ve en son göz doktoruna gitme zamanı dağılımı Tablo 1.3’de verilmiştir.

**Tablo 1.1** Katılımcıların sosyodemografik verileri

<b>Değişkenler</b>	<b>Kişi sayısı</b>	<b>%</b>	
<b>Yaş dağılımı</b>	18–29	34	31
	30–39	42	38
	40–49	19	17
	50–59	12	11
	60 ve üstü	3	3
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	88	80
	Bayan	22	20
<b>Medeni durum</b>	Evli	54	49
	Bekâr	53	48
	Boşanmış	1	1
	Eşinden ayrı yaşıyor	1	1
	Dul	1	1
<b>Kimlerle yaşıyor</b>	Yalnız	11	10
	Sadece eşi	7	6
	Eş ve çocuklar	42	38
	Anne ve baba	41	37
	Diğer	9	8
<b>Tek başına yaşayabilirlik</b>	Evet	87	79
	Hayır	23	21
<b>Eğitim düzeyi</b>	İlköğretim	33	30
	Lise	40	36
	Yüksek okul veya üniversite	28	25
	Okuryazar değil	9	8
<b>Özel eğitim almış olma</b>	Evet	37	34
	Hayır	73	66
<b>Çocuk sayısı</b>	0	60	55
	1	15	14
	2	21	19
	3	5	5
	3 den fazla	9	8
<b>Şu an yaşadığı yer</b>	Köy	1	1
	Kasaba	6	5
	Şehir	103	94
<b>Çocukluğunda büyüdüğü yer</b>	Köy	29	26
	Kasaba	13	12
	Şehir	67	61
	Diğer	1	1

**Tablo 1.2.** Katılımcıların sosyodemografik verileri

<b>Değişkenler</b>	<b>Kişi sayısı</b>	<b>%</b>	
<b>Aylık gelir düzeyi</b>	500 TL altı	49	45
	500–1000 TL arası	27	25
	1000–1500 TL arası	25	23
	2000 TL ve üstü	9	8
<b>Halen işi olma durumu</b>	Evet	49	45
	Hayır	61	55
<b>Çalışma süresi</b>	1 yıldan az	7	6
	1–5 yıl arası	16	15
	5–10 yıl arası	13	12
	11 yıl ve üstü	16	15
<b>Ortalama haftalık çalışma süresi</b>	Ortalama 40 saat	27	25
	40–45 arası	8	7
	45 saat ve üstü	16	15
<b>Daha önce bir işte çalışmışlık</b>	Evet	60	55
	Hayır	50	45
<b>Kronik fiziksel rahatsızlık</b>	Evet	19	17
	Hayır	91	83
<b>Kronik ruhsal rahatsızlık</b>	Evet	6	5
	Hayır	104	95
<b>Yaşamda sosyal destek hissettikleri</b>	Dost ve arkadaş	35	32
	Akraba	17	15
	Hem dost hem akraba	15	14
	Yok	43	39
<b>Çocukluğunda büyüten kişi</b>	Anne	43	39
	Bakıcı	2	2
	Anne ve baba	64	58
	Diğer	1	1
<b>Çocuklukta ilgi</b>	Aşırı	18	16
	Yeterli	71	65
	İlgisiz	21	19
<b>Çocuklukta disiplin</b>	Aşırı	18	16
	Yeterli	71	65
	Az	21	19
<b>Çocuklukta büyütülme tarzı</b>	Olumlu	58	53
	Olumsuz	18	16
<b>Yaşam olaylarında etkisi</b>	Etkisiz	34	31
<b>Çocuklukta aile durumu</b>	Bütün	107	97
	Parçalanmış	3	3

**Tablo 1.3.** Katılımcıların görme kaybı zamanı, nedeni ve en son göz doktoruna gitme zamanı dağılımı

<b>Değişkenler</b>	<b>Düzeyleri</b>	<b>Kişi sayısı</b>	<b>%</b>
<b>Görme kaybı zamanı</b>	1 yıldan az	1	1
	1–5 yıl arası	3	3
	5–10 yıl arası	3	3
	11 yıl ve üzeri	46	42
	Doğumdan itibaren	57	52
<b>Görme kaybı nedeni</b>	Doğuştan göz yapılarının gelişmemesi	50	45
	Kaza-travma	13	12
	Enfeksiyon	9	8
	Katarakt	7	6
	Diyabet hastalığı	1	1
	Hipertansiyon	2	2
	Glokom (göz tansiyonu)	8	7
	Tümör	1	1
	Diğer	7	6
	Bilinmiyor	10	9
	Gece körlüğü	2	2
<b>En son göz doktoruna gitme zamanı</b>	1 yıldan az	59	54
	1–5 yıl arası	31	28
	5–10 yıl arası	9	8
	11 yıl ve üzeri	11	10
	<b>Toplam</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

## 4.2. Araştırma Grubunun Psikiyatrik Belirti Özellikleri

Çalışmaya alınan katılımcıların KSE ile taranan psikiyatrik belirtileri Tablo 2.1’de sunulmaktadır.

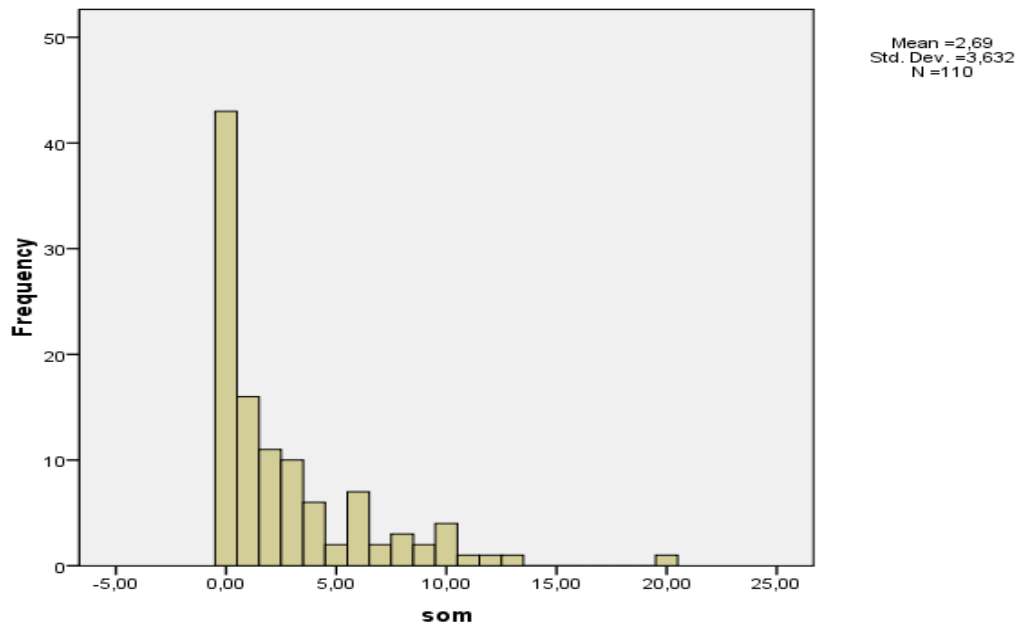
**Tablo 2.1-** Deneklerin KSE\* ’de saptanan psikiyatrik belirti düzeyleri

	SOM	OKB	KAD	DEPR	ANKS	HOST	Fob A	PARND	P	EKMAD
0 olanlar (sayı)	43	17	20	28	24	26	40	18	45	28
Diğerleri (sayı)	67	93	90	82	86	84	70	92	65	82
0 olanların %	39	15	18	25	22	24	36	16	41	25
Diğer %	61	85	82	75	78	76	64	84	59	75

\*KSE; Kısa Semptom Envanteri

Çalışmaya dâhil edilen bireylerin somatizasyona verdikleri yanıtların toplam puanlarının çoğunluğunun 0 ile 5 puan ve altı olduğu grafikte de görülmektedir (Grafik 1.1).

**Grafik 1.1.** Katılımcıların somatizasyon puanları

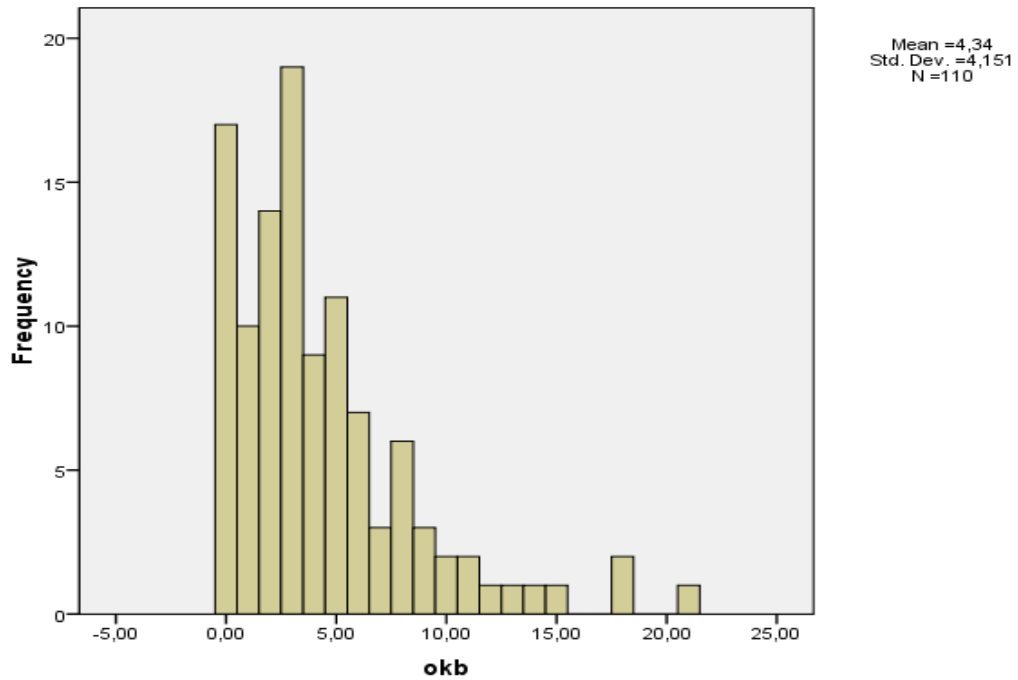


\*Som; Somatizasyon

Grafik 1.1 görme engellilerin somatizasyon belirtilerinin nadir olduğuna ve var olanların da hafif düzeyde seyrettiğine işaret etmektedir (Ort:2,69, St.S:3,63). 43 (%39) kişi somatizasyon sorularına “0” puan vermiştir. Geri kalanların büyük kısmının belirtilerinin ise çok hafif düzeyde kaldığı görülmüştür.

OKB belirtilerine verdikleri yanıtlara bakıldığında toplam puanlarının çoğunluğunun 0 ile 5 puan ve altı olduğu grafikte de görülmektedir. Ancak burada 15 puana kadar yaygınlaştığı da görülmektedir (Grafik 1.2).

**Grafik 1.2-** Katılımcıların obsesif kompulsif belirti düzeyleri



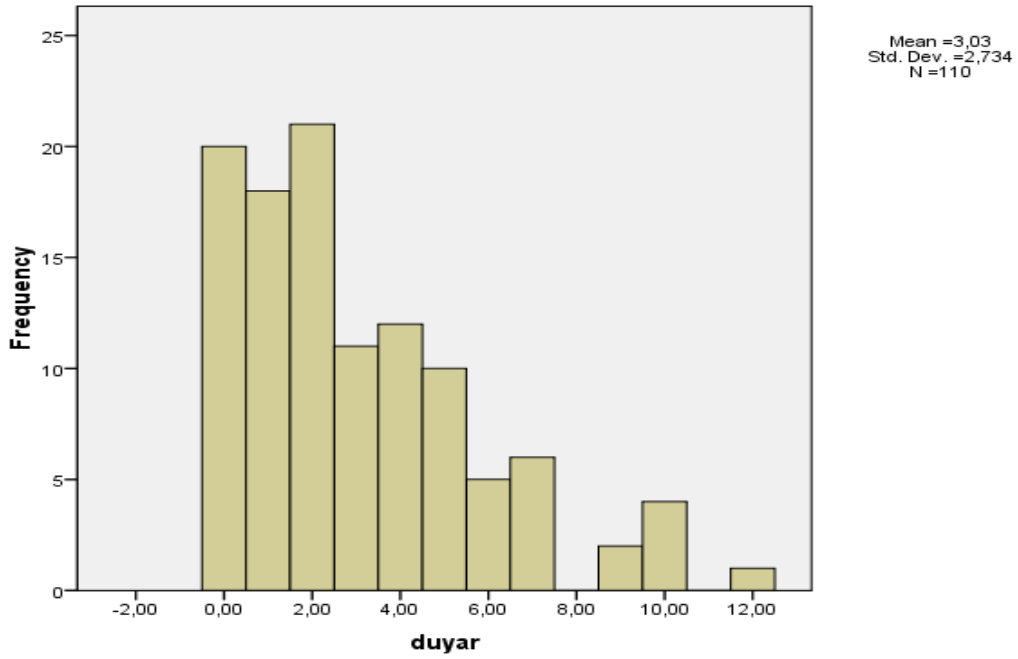
\*Okb; Obsesif kompulsif bozukluk

Grafikte de görüldüğü gibi görme engellilerin, OKB semptomlarının nadir olmadığı, ancak var olanların hafif düzeyde seyrettiği anlaşılmaktadır (Ort:4.34, St.S:4.151). 17 kişi (%15) OKB sorularına “0” puan vermiştir. Belirtileri olanların büyük kısmının belirtilerinin çok hafif düzeyde olduğu görülmüştür.

Kişiler arası duyarlılık belirtilerine verdikleri yanıtlara bakıldığında ise yine toplam puanlarının çoğunluğunun 0 ile 5 puan ve altında olduğu, ancak tüm puanlara kadar uzanan yaygınlığı olduğu görülmektedir (Grafik 1.3).



**Grafik1.3-** Katılımcıların kişiler arası duyarlılık düzeyleri

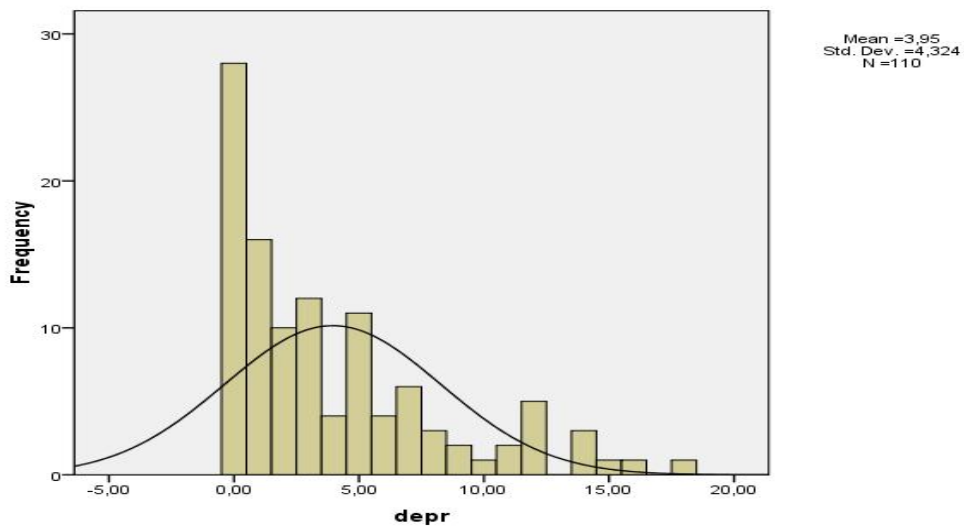


\*Duyar; kişiler arası duyarlılık

Grafikteki görünüm, görme engellilerin, kişiler arası duyarlılık düzeylerinin nadir olmadığı, ancak bu belirtilerin orta düzeyde seyrettiğine işaret etmektedir (Ort:3.03, St.S:2.734). 20(%18) kişi kişiler arası duyarlılık sorularına “0” puan vermiştir.

Depresif belirtilere verdikleri yanıtların toplam puanlarının çoğunluğunun 0 ve 5 puan ve altı olduğu grafikte görülmektedir (Grafik 1.4).

**Grafik1.4-** Katılımcıların depresif belirti düzeyleri

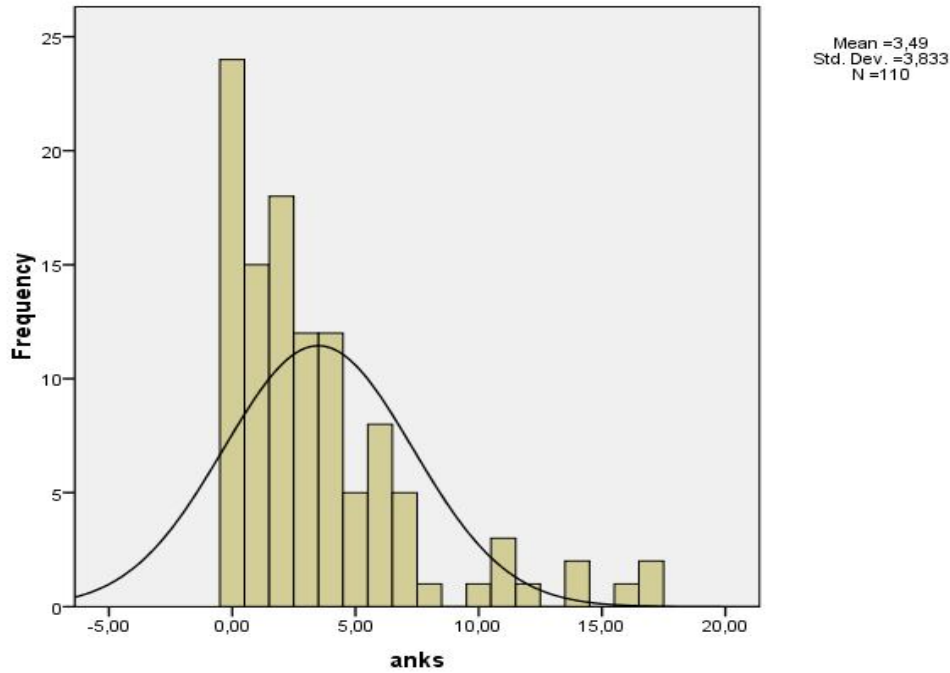


\*Depr; Depresyon

Grafikte görüldüğü gibi görme engellilerde depresyon belirtileri nadir görülmekte ve var olanlar da hafif düzeyde seyretmektedir (Ort:3.95, St.S:4.324). 28 kişi (%25) depresyon sorularına “0” puan vermiştir. Geri kalanların büyük kısmının belirtilerinin de çok hafif düzeyde olduğu görülmektedir.

Anksiyete belirtilerine verdikleri yanıtların toplam puanlarının çoğunluğu da 0 ile 5 puan ve altındadır (Grafik 1.5).

**Grafik 1.5-** Katılımcıların anksiyete belirti düzeyleri

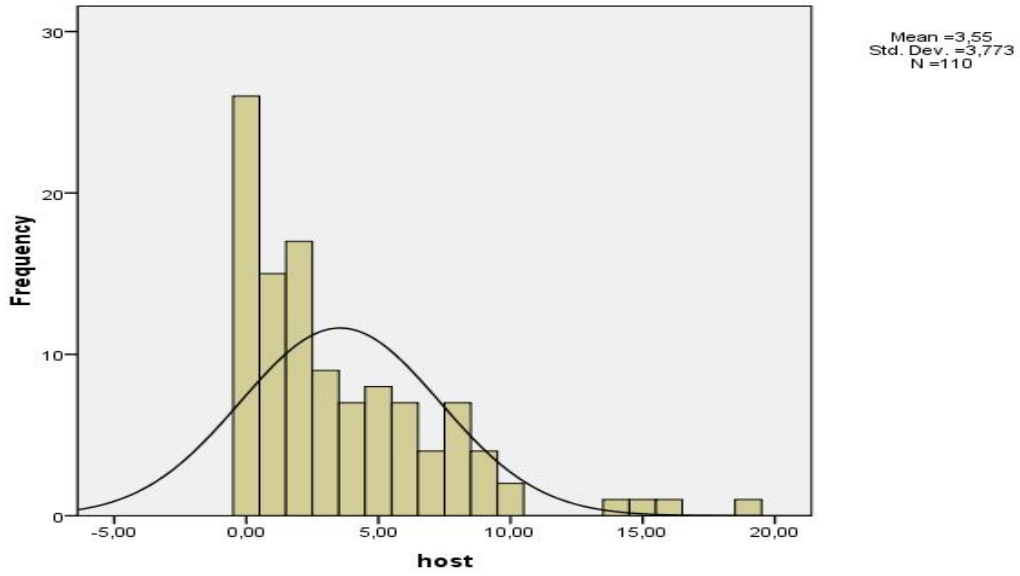


\*Anks; Anksiyete

Grafikte görüldüğü gibi görme engellilerin anksiyete belirtilerinin de nadir görüldüğü ve var olanların da hafif düzeyde seyrettiği dikkati çekmektedir (Ort:3.49, St.S:3.833). 24 (%22) kişi anksiyete sorularına “0” puan vermiştir. Geri kalanların büyük kısmının belirtileri ise çok hafif düzeydedir.

Hostilite belirtilerine verdikleri yanıtlara bakıldığında da toplam puanlarının çoğunluğunun 0 ile 5 puan ve altı olduğu görülmekte, ancak 10 puana kadar da yaygınlığı izlenmektedir (Grafik 1.6).

**Grafik 1.6-** Katılımcıların hostilite belirti düzeyleri

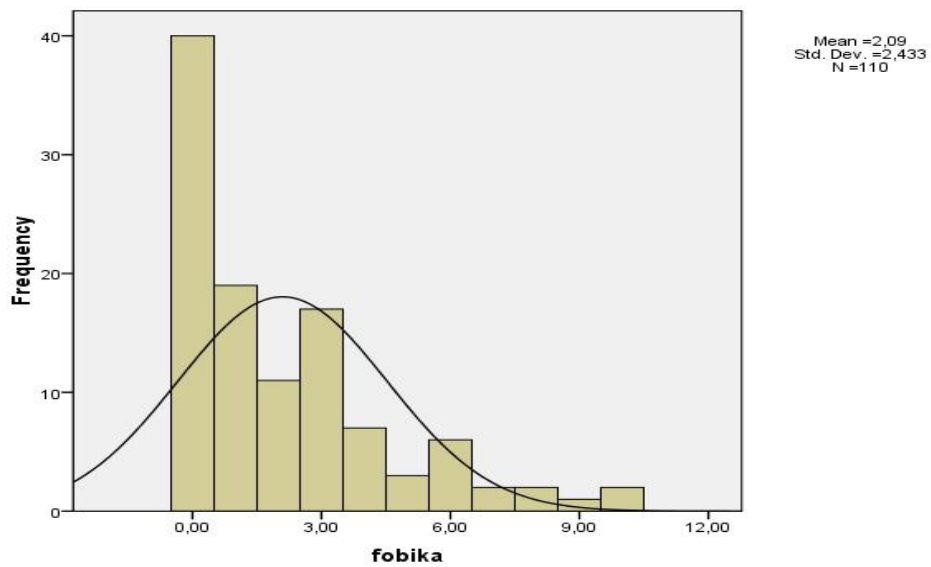


\*Host; Hostilite

Grafikteki görünüm, görme engellilerin hostilite belirtilerinin nadir olmadığına, ancak var olanların hafif düzeyde seyrettiğine işaret etmektedir (Ort:3.55, St.S:3.773). 26 kişi (%24) hostilite sorularına “0” puan vermiştir. Belirtileri olanların büyük kısmının belirtileri hafif düzeydedir.

Fobik anksiyete belirtilerine verdikleri yanıtlar grafik 1.7’de görülmektedir.

**Grafik1.7-** Katılımcıların fobik anksiyete belirti düzeyleri

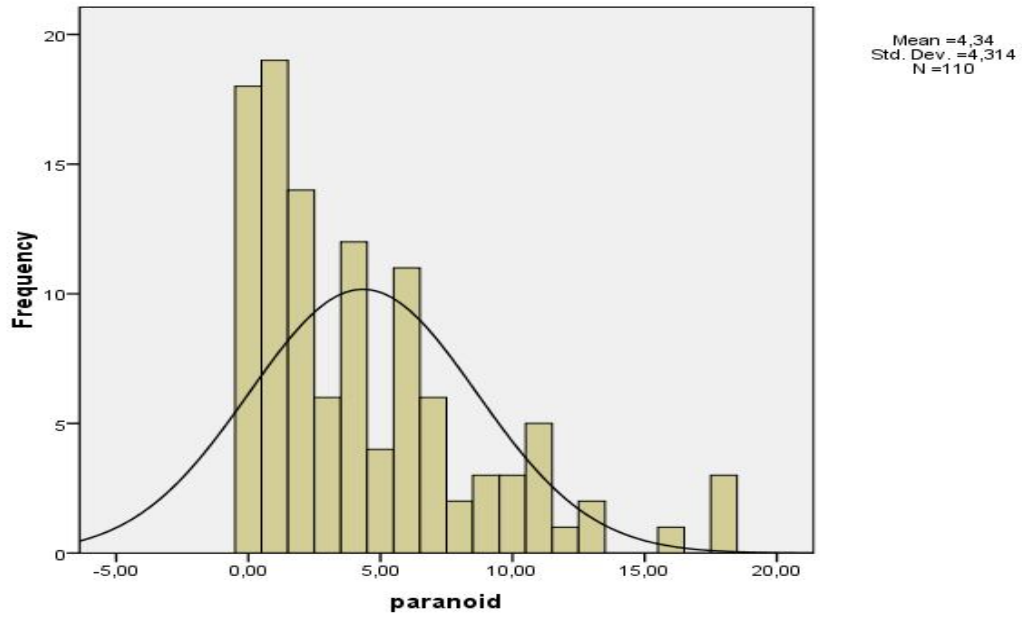


\*Fobika; Fobik anksiyete

Grafikte görüldüğü gibi görme engellilerin, fobik anksiyete semptomlarının nadir görüldüğü ve var olanların da hafif düzeyde seyrettiği izlenmektedir (Ort:2.09, St.S:2.433). 40 kişi (%36) fobik anksiyete sorularına “0” puan vermiştir. Geri kalanların büyük kısmının belirtilerinin ise çok hafif düzeyde olduğu görülmüştür.

Paranoid belirtilere verdikleri yanıtlara bakıldığında toplam puanlarının çoğunluğunun 0 ile 5 puan ve altı olduğu, ancak tüm puanlara kadar uzanan yaygınlığı olduğu görülmektedir (Grafik 1.8).

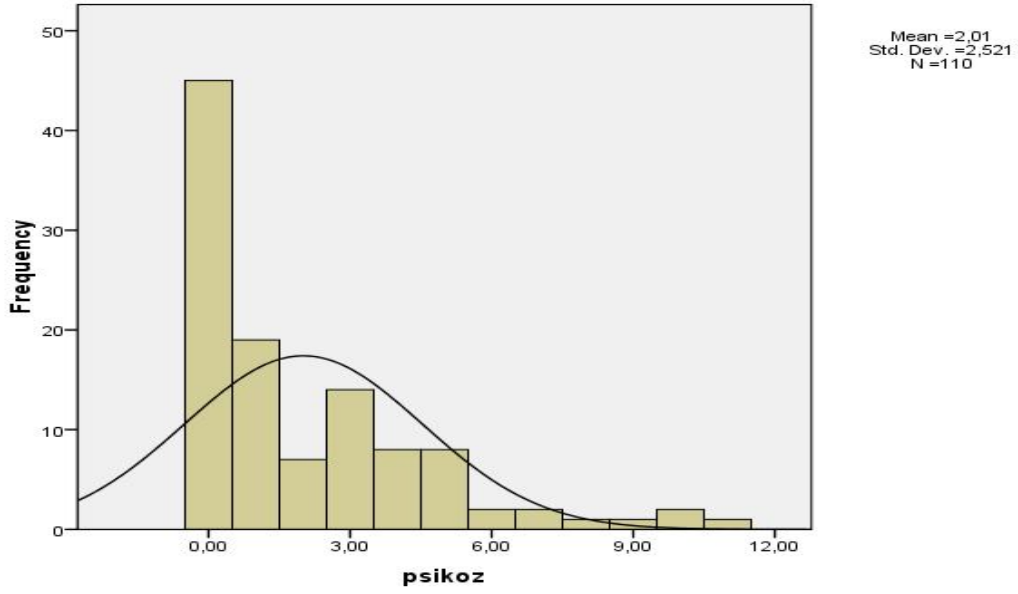
**Grafik 1.8-** Katılımcıların paranoid belirti puanları



Grafikte de görüldüğü gibi görme engellilerin, paranoid belirtilerinin nadir olmadığı, ancak bu belirtilerin orta düzeyde seyrettiği anlaşılmaktadır (Ort:4.34, St.S:4.314).

Psikotik belirtilere verdikleri yanıtların toplam puanlarının çoğunluğunun 0 ile 5 puan ve altı olduğu grafikte görülmektedir (Grafik 1.9).

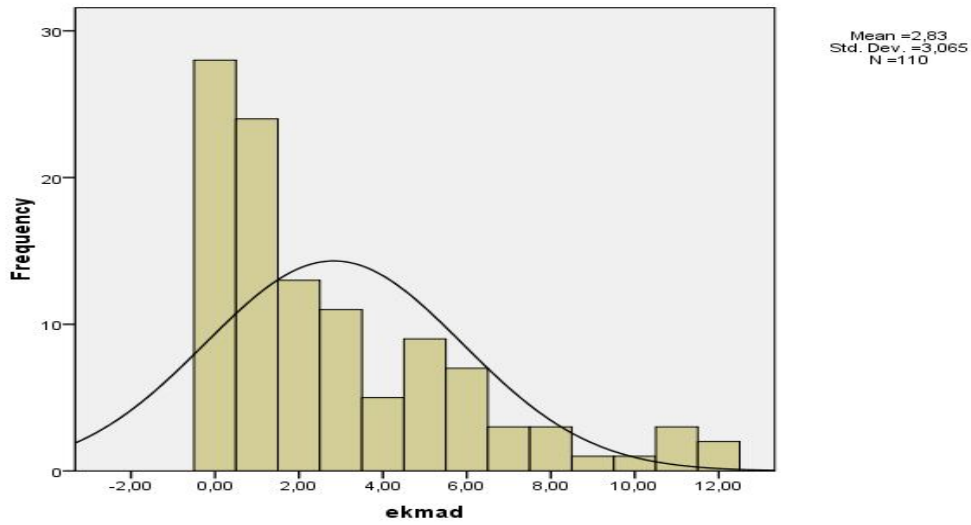
**Grafik 1.9-** Katılımcıların psikotik belirti düzeyleri



Grafik, görme engellilerin, psikoz belirtilerinin nadir görüldüğü ve var olanların da çok hafif düzeyde seyrettiğine işaret etmektedir (Ort:2,69, St.S:3,63). 45 kişi (%41) psikoz sorularına “0” puan vermiştir. Geri kalanların büyük kısmının belirtilerinin ise çok hafif düzeyde olduğu görülmüştür.

Ek madde belirtilerine verdikleri yanıtlara bakıldığında da toplam puanlarının çoğunluğunun da 0’ ile 5 puan ve altı olduğu grafikte görülmektedir (Grafik 1.10).

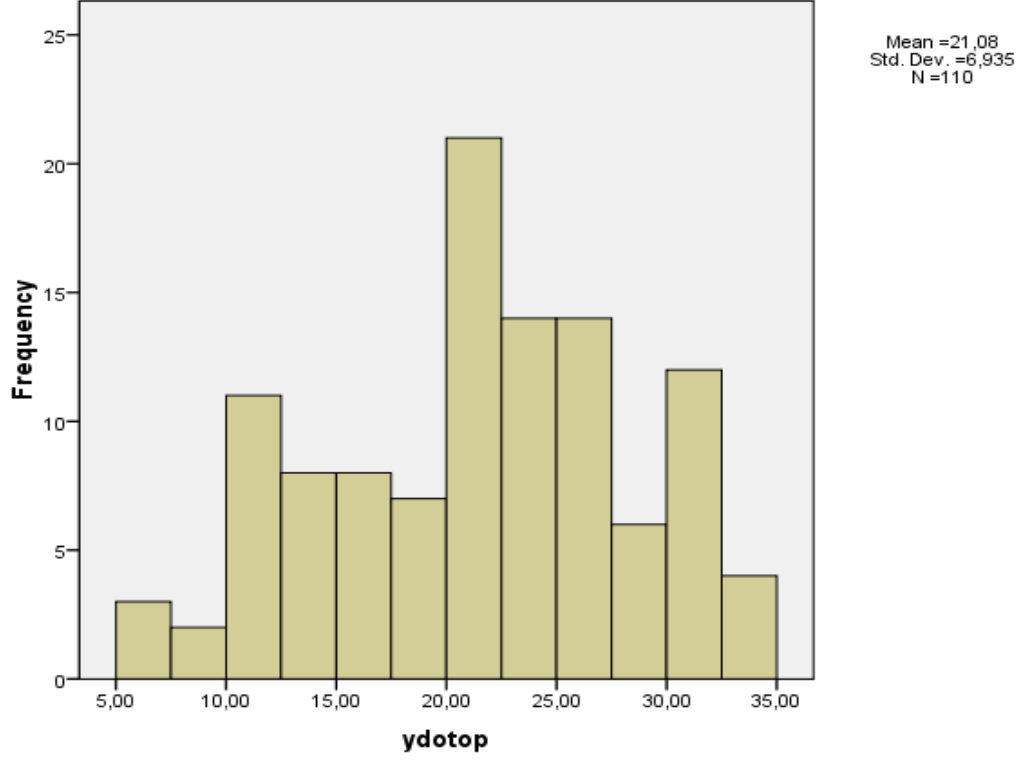
**Grafik 1.10-** Katılımcıların ek madde belirti düzeyleri



### 4.3. Araştırma Grubunun Yaşam Doyumu Özellikleri

Grafikte görüldüğü gibi görme engellilerin yaşam doyumlarının genel olarak orta ve yüksek düzeylerde seyretmektedir (Ort:21.08, St.S:6.93). Bu da görme engellilerin yaşam doyumlarının genel anlamda iyi düzeyde olduğunu göstermektedir (Grafik. 2.1).

**Grafik. 2.-** Katılımcıların yaşam doyumu düzeyleri



\*Ydotop; Toplam yaşam doyumu puanı

### 4.4. Araştırma Grubunun Yaşam Doyumu Düzeylerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların yaşam doyum düzeylerinin eğitim düzeylerine göre dağılımı Tablo 3.1 de gözlenmektedir.

**Tablo 3.1** - Katılımcıların yaşam doyum düzeylerinin eğitim düzeylerine göre dağılımı

YDO ile Eğitim düzeyi karşılaştırması			Eğitim düzeyi				
			İlköğretim	Lise	Yüksek okul veya üniversite	Okuryazar değil	Toplam
YDO Grubu*	1*	KİŞİ	0	3	0	0	3
		% YDO grup içi	0	100,0	0	0	100,0
		% Eğitim	0	7,5	0	0	2,7
		% Toplam	0	2,7	0	0	2,7
	2*	KİŞİ	6	3	1	3	13
		% YDO grup içi	46,2	23,1	7,7	23,1	100,0
		% Eğitim	18,2	7,5	3,6	33,3	11,8
		% Toplam	5,5	2,7	,9	2,7	11,8
	3*	KİŞİ	27	34	27	6	94
		% YDO grup içi	28,7	36,2	28,7	6,4	100,0
		% Eğitim	81,8	85,0	96,4	66,7	85,5
		% Toplam	24,5	30,9	24,5	5,5	85,5
	Toplam	KİŞİ	33	40	28	9	110
		% YDO grup içi	30,0	36,4	25,5	8,2	100,0
		% Eğitim	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		% Toplam	30,0	36,4*	25,5	8,2	100,0

\*YDO Grubu ; yaşam doyum ölçeği grubu

\*YDO Grubu 1; yaşam doyum ölçeğinden 7 puan ve altını göstermektedir

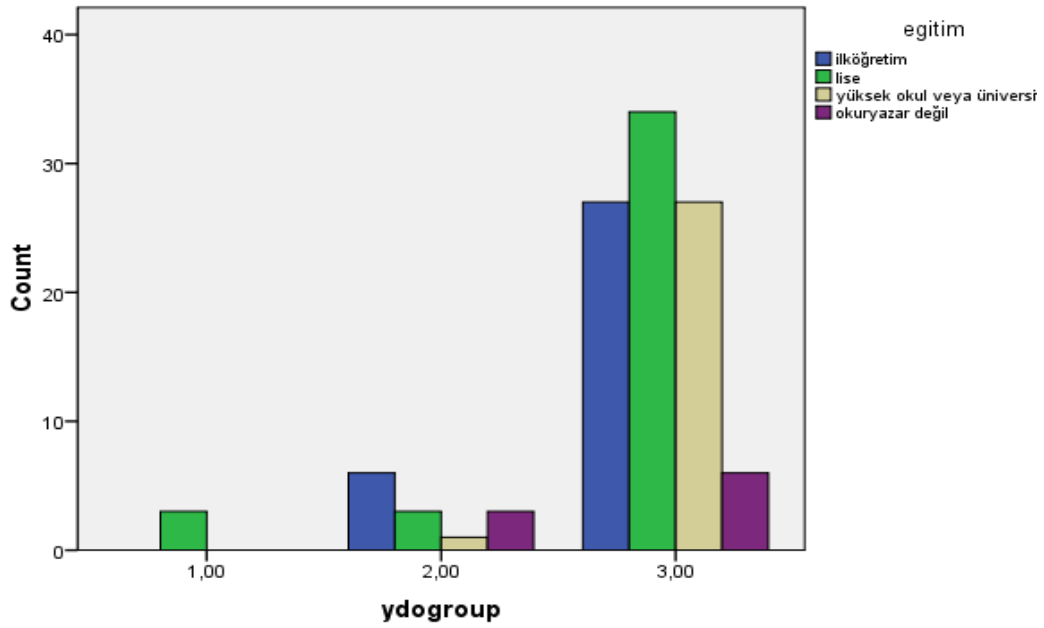
\*YDO Grubu 2; yaşam doyum ölçeğinden 8-12 puanı göstermektedir

\*YDO Grubu 3; yaşam doyum ölçeğinden 13 puan ve üstünü göstermektedir.

Tabloda da görüldüğü gibi YDO 3. gruba giren lise eğitimi olanların sayısı 34 kişi olup, YDO dan 3. gruba girenlerin %36,2'sini temsil etmekte ve lise eğitimdekilerin ise %85'ini temsil etmektedir. Hem YDO' dan 3. gruba giren, hem de lise eğitimi olanlar ise tüm toplamın %36,4'ünü kapsamaktadır.

YDO grupları bakımından eğitim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (  $P < 0.044$  ).\* Grafikte 3,1. de görüldüğü gibi eğitim düzeyi arttıkça yaşam doyum oranı anlamlı olarak artmaktadır.

**Grafik 3.1** Yaşam doyumu ile eğitim düzeylerinin karşılaştırması



\*Ydogroup; yaşam doyumu ölçeği grubu

Katılımcıların yaşam doyumu düzeyleri, iş durumuna göre karşılaştırıldığında;

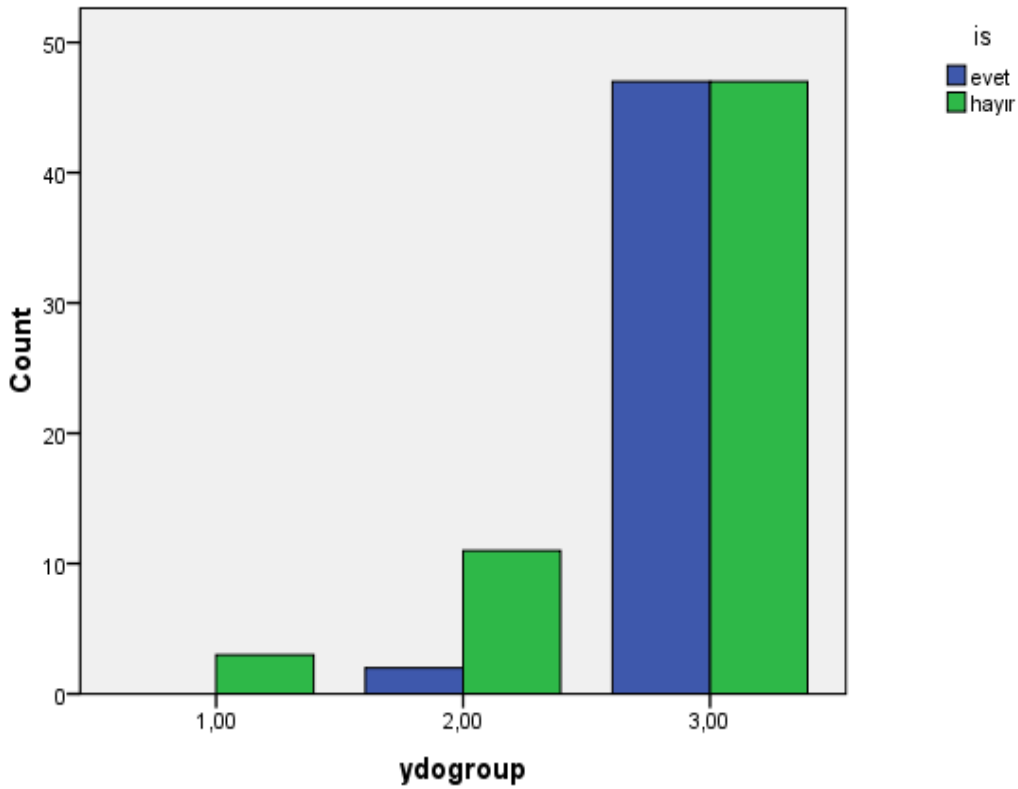
**Tablo 3.2.** YDO ile iş durumu karşılaştırması

			İŞ DURUMU		
			Var	Yok	Toplam
YDO Grubu	1	KİŞİ	0	3	3
		% YDO grup içi	0	100,0	100,0
		% İş	0	4,9	2,7
		% Toplam	0	2,7	2,7
	2	KİŞİ	2	11	13
		% YDO grup içi	15,4	84,6	100,0
		% İş	4,1	18,0	11,8
		% Toplam	1,8	10,0	11,8
	3	KİŞİ	47	47	94
		% YDO grup içi	50,0	50,0	100,0
		% İş	95,9	77,0	85,5
		% Toplam	42,7	42,7	85,5
	Toplam	KİŞİ	49	61	110
		% YDO grup içi	44,5	55,5	100,0
		% İş	100,0	100,0	100,0
		% Toplam	44,5	55,5	100,0



YDO 3. gruba giren ve işi olanların sayısı 47 kişi olup, YDO'dan 3. gruba girenlerin %44.5'ini temsil etmekte ve işi olanların ise % 95.9'unu temsil etmektedir. Aynı zamanda hem YDO'dan 3. gruba giren hem de işi olanlar tüm toplamın %44.5'ini kapsamaktadır. Tüm bu oranlar istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $P<0.018$ ).\*

**Grafik 3.2-** YDO ile iş durumu karşılaştırması



Grafikte 3.2 de görüldüğü gibi kişilerin işinin olması ya da olmaması ile yaşam doyumu anlamlı olarak değişmektedir. İşin varlığı yaşam doyumunu arttırmaktadır.

Bunların dışındaki diğer sosyodemografik değişkenlerin (cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, tek başına yaşayabilme, kimlerle yaşadığı, şu an ve çocukluğunda yaşadığı yer, gelir düzeyi, kronik fiziksel ya da ruhsal hastalık öyküsü, çocukluğunda kim tarafından büyütüldüğü, çocukluğunda nasıl bir ilgi ve disiplinle büyütülmüş olduğu, görme kaybı nedeni, süresi, doğuştan olup olmadığı ve göz doktoruna gitme zamanı) yaşam doyumu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi görülmemiştir.

#### 4.5. Araştırma Grubunun Stresle Baş Etme Tarzları

Görme engellilerin %50'si kendine güvenli yaklaşım göstermekte, bunu büyük oranlarla sosyal desteğe başvurma ve iyimser yaklaşım takip etmektedir. Bu da görme engellilerin genel olarak stresle baş etmede olumlu tarzlar kullandıklarını göstermektedir (Tablo.4).

**Tablo 4-** Katılımcıların stresle başa çıkma tarzları

Stresle başetme tarzı	n	%
Sosyal desteğe başvuru	20	18
İyimser yaklaşım	24	22
Çaresiz yaklaşım	10	9
Boyun eğici yaklaşım	1	1
Kendine güvenli yaklaşım	55	50
Toplam	110	100

#### 4.6. Araştırma Grubunun Stresle Baş Etme Tarzları ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Çalışmada stresle baş etme tarzları ile diğer değişkenler karşılaştırılırken, katılımcılardan boyun eğici yaklaşım tarzını kullanan sadece bir kişi olduğundan boyun eğici yaklaşım analiz dışı bırakılmıştır.

Çalışmaya dâhil edilen bireylerin eğitim durumları, stresle baş etme tarzları ile karşılaştırılmıştır (Tablo 5.1).

**Tablo 5.1.** Katılımcıların stresle başa çıkma tarzlarının eğitim durumlarına göre karşılaştırılması

		SBO*					
		1*	2*	3*	5*	Toplam	
Eğitim	İlköğretim	Kişi sayısı	12	6	1	13	32
		% Eğitim	37,5	18,8	3,1	40,6	100,0
		% *SBO	60,0	25,0	10,0	23,6	29,4
		% Toplam	11,0	5,5	,9	11,9	29,4
	Lise	Kişi sayısı	5	14	5	16	40
		% Eğitim	12,5	35,0*	12,5	40,0*	100,0
		% *SBO	25,0	58,3	50,0	29,1	36,7
		% Toplam	4,6	12,8	4,6	14,7	36,7
	Yüksek okul veya üniversite	Kişi sayısı	2	4	0	22	28
		% Eğitim	7,1	14,3	,0	78,6*	100,0
		% *SBO	10,0	16,7	,0	40,0	25,7
		% Toplam	1,8	3,7	,0	20,2	25,7
	Okuryazar değil	Kişi sayısı	1	0	4	4	9
		% Eğitim	11,1	,0	44,4	44,4	100,0
		% *SBO	5,0	,0	40,0	7,3	8,3
		% Toplam	,9	,0	3,7	3,7	8,3
	Toplam	Kişi sayısı	20	24	10	55	109
		% Eğitim	18,3	22,0	9,2	50,5	100,0
		% *SBO	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		% Toplam	18,3	22,0	9,2	50,5	100,0

\*SBO ; Stresle baş etme tarzı ölçeği

\*SBO 3; Çaresiz yaklaşım

\*SBO 1; Sosyal desteğe başvurma

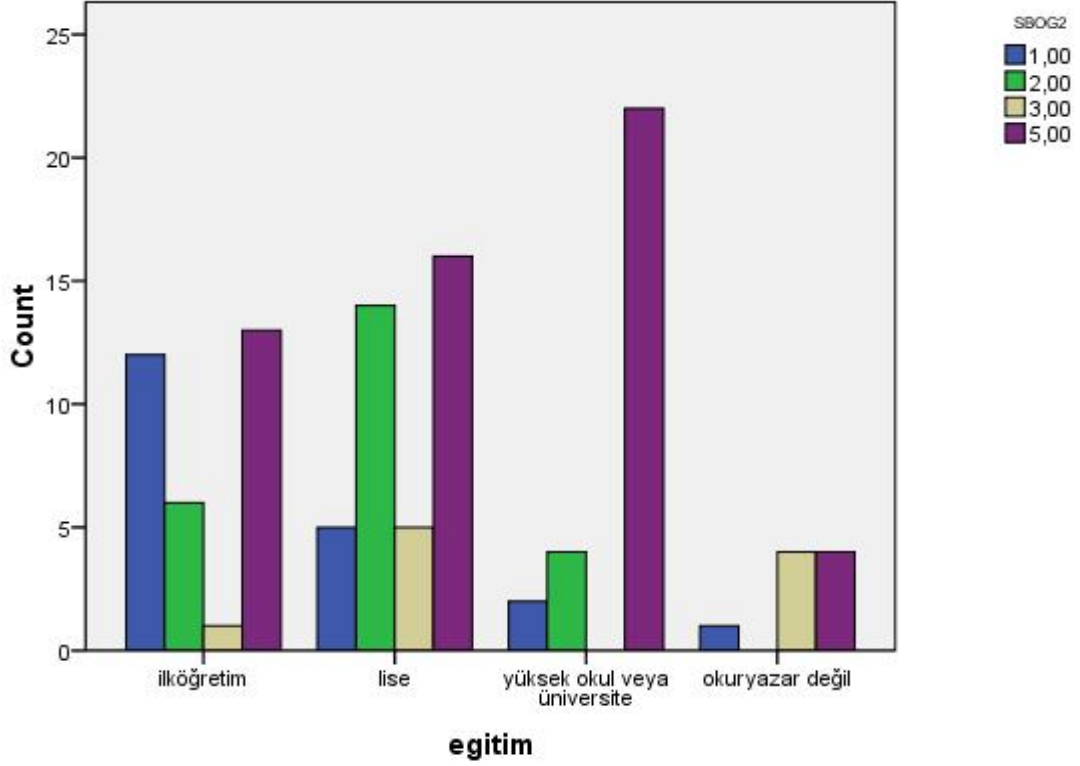
\*SBO 4; Boyun eğici yaklaşım

\*SBO 2; İyimser yaklaşım

\*SBO 5; Kendine güvenli yaklaşım

Tablo 5.1’de görülüşü gibi yüksek okul/üniversite mezunu olanlar anlamlı olarak daha yüksek düzeyde kendine güvenli yaklaşımı kullanmaktadır. Lise mezunu olanların istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşımı daha çok kullandıkları görülmektedir ( $P<0.00$ ).

**Grafik 4.1.** Katılımcıların stresle başa çıkma tarzlarının eğitim durumlarına göre karşılaştırılması



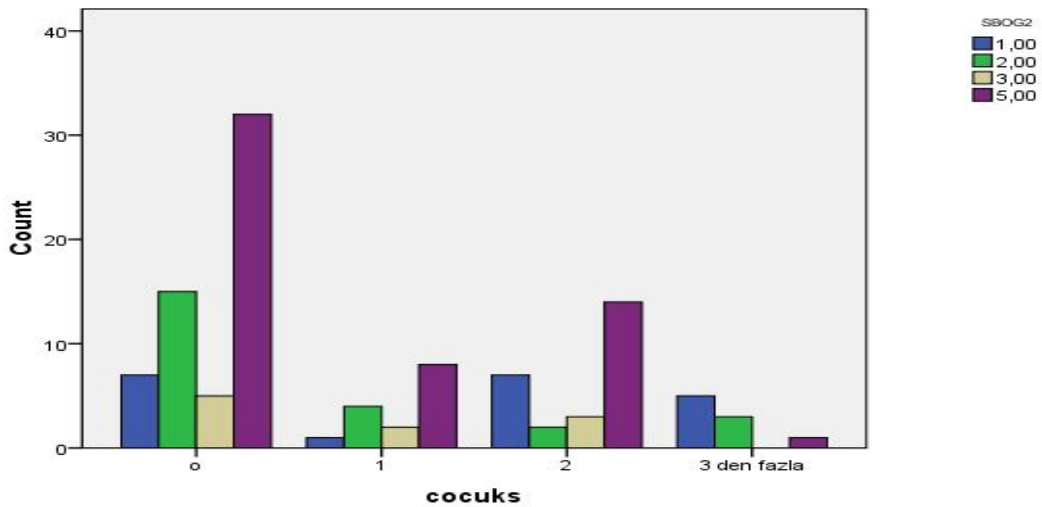
Grafikte 4.1’de görüldüğü gibi eğitim düzeyi yükseldikçe olumlu stresle baş etme tarzları kullanımının arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $P < 0.00$ ).

Çalışmaya dâhil edilen bireylerin çocuk sayısı ile stresle baş etme tarzları karşılaştırılmıştır (Tablo 5.2).

**Tablo 5.2.** Katılımcıların stresle başa çıkma tarzlarının çocuk sayısına göre sınıflandırılması

			SBO				
			1	2	3	5	Toplam
Çocuk Sayısı	0	Kişi sayısı	7	15	5	32	59
		% Çocuk sayısı	11,9	25,4	8,5	54,2	100,0
		% *SBO	35,0	62,5	50,0	58,2	54,1
		% Toplam	6,4	13,8	4,6	29,4	54,1
	1	Kişi sayısı	1	4	2	8	15
		% Çocuk sayısı	6,7	26,7	13,3	53,3	100,0
		% *SBO	5,0	16,7	20,0	14,5	13,8
		% Toplam	,9	3,7	1,8	7,3	13,8
	2	Kişi sayısı	7	2	3	14	26
		% Çocuk sayısı	26,9	7,7	11,5	53,8	100,0
		% *SBO	35,0	8,3	30,0	25,5	23,9
		% Toplam	6,4	1,8	2,8	12,8	23,9
	3 den fazla	Kişi sayısı	5	3	0	1	9
		% Çocuk sayısı	55,6	33,3	,0	11,1	100,0
		% *SBO	25,0	12,5	,0	1,8	8,3
		% Toplam	4,6	2,8	,0	,9	8,3
	Toplam	Kişi sayısı	20	24	10	55	109
		% Çocuk sayısı	18,3	22,0	9,2	50,5	100,0
		% *SBO	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		% Toplam	18,3	22,0	9,2	50,5	100,0

**Grafik 4.2.** Katılımcıların stresle başa çıkma tarzları- çocuk sayısı



Grafik 4.2’de çocuğu olmayanların anlamlı düzeyde daha yüksek düzeyde kendine güvenli yaklaşımı kullandıkları görülmektedir. Çocuk sayısı azaldıkça olumlu stresle baş etme tarzları kullanımının arttığı istatistiksel açıdan anlamlı olarak saptanmıştır (P<0.035).

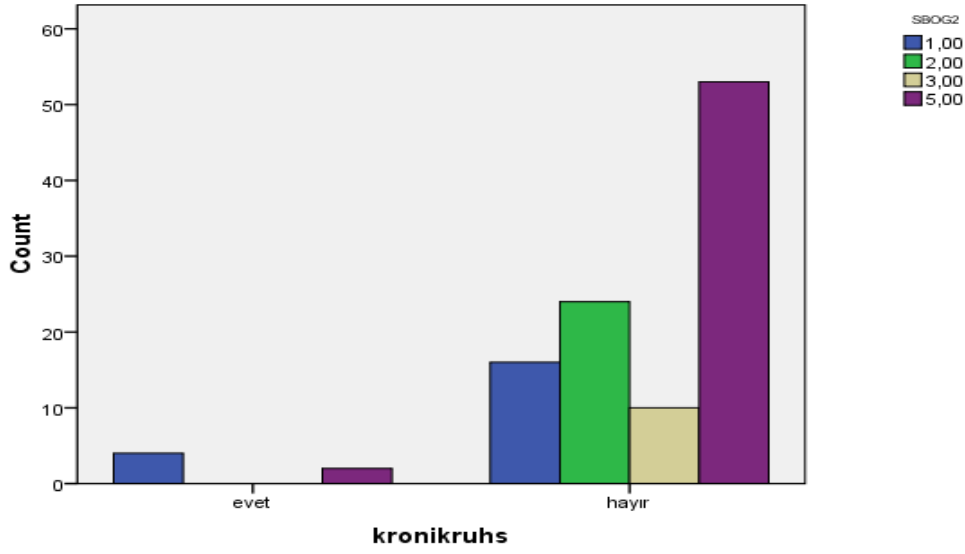
**Tablo 5.3’te** çalışmaya katılan bireylerin kronik ruhsal rahatsızlık belirtileri ile stresle baş etme tarzları karşılaştırılmıştır.

**Tablo 5.3-** Katılımcıların stresle başa çıkma tarzlarının kronik ruhsal rahatsızlık durumlarına göre sınıflandırılması

			SBO				
			1	2	3	5	Toplam
<b>Kronik Ruhsal Rahatsızlık Öyküsü</b>	<b>Evet</b>	Kişi sayısı	4	0	0	2	6
		% Kr. Ruhsal Rahatsızlık	66,7	,0	,0	33,3	100,0
		% SBO	20,0	,0	,0	3,6	5,5
		% Toplam	3,7	,0	,0	1,8	5,5
	<b>Hayır</b>	Kişi sayısı	16	24	10	53	103
		% Kr. Ruhsal Rahatsızlık	15,5	23,3*	9,7	51,5*	100,0
		% SBO	80,0	100,0	100,0	96,4	94,5
		% Toplam	14,7	22,0	9,2	48,6	94,5
	<b>Toplam</b>	Kişi sayısı	20	24	10	55	109
		% Kr. Ruhsal Rahatsızlık	18,3	22,0	9,2	50,5	100,0
		% SBO	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		% Toplam	18,3	22,0	9,2	50,5	100,0

Kronik ruhsal rahatsızlığı olmadığını belirtenlerin anlamlı olarak yüksek düzeyde kendine güvenli yaklaşımı ve iyimser yaklaşımı daha çok kullandıkları görülmektedir (Grafik. 4.3) Burada kronik bir ruhsal rahatsızlık öyküsü olmayanlarda olumlu stresle baş etme tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha çok kullanıldığı görülmektedir (P<0.015). Yani ruhsal sıkıntısı olmayanlar daha olumlu stresle baş etme tarzı kullanmaktadır.

**Grafik. 4.3-** Katılımcıların stresle başa çıkma tarzlarının kronik ruhsal rahatsızlık durumlarına göre sınıflandırılması

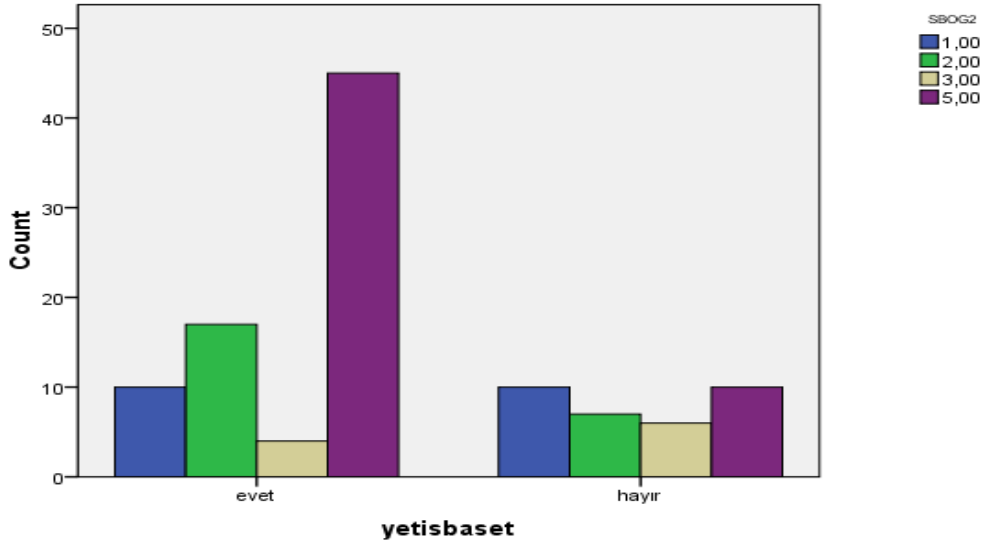


Çalışmaya dâhil edilen bireylerin yetiştirilme biçiminin şu anki yaşam olaylarıyla baş etmesinde etkisinin olup/olmaması ile stresle baş etme tarzları karşılaştırılmıştır (Tablo5.4).

**Tablo 5.4.-** Katılımcıların stresle baş etme tarzlarının, yetiştirilme biçimlerine göre sınıflandırılması

			SBO				
			1	2	3	5	Toplam
<b>Yetiştirilme Biçiminin Stresle Baş etmede Etkisi</b>	<b>Evet</b>	Kişi sayısı	10	17	4	45	76
		% yetiş.başet.etkili	13,2	22,4	5,3	59,2	100,0
		% SBO	50,0	70,8	40,0	81,8	69,7
		% Toplam	9,2	15,6	3,7	41,3	69,7
	<b>Hayır</b>	Kişi sayısı	10	7	6	10	33
		% yetisbaset	30,3	21,2	18,2	30,3	100,0
		% SBO	50,0	29,2	60,0	18,2	30,3
		% Toplam	9,2	6,4	5,5	9,2	30,3
	<b>Toplam</b>	Kişi sayısı	20	24	10	55	109
		% yetisbaset	18,3	22,0	9,2	50,5	100,0
		% SBO	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Grafik. 4.4-** Katılımcıların stresle baş etme tarzlarının yetiştirilme biçimlerine göre sınıflandırılması



Grafikte 4.4.' de görüldüğü gibi yetiştirilme biçiminin şu anki yaşam olaylarıyla baş etmede etkisi olduğunu belirtenlerin, anlamlı olarak daha yüksek düzeyde kendine güvenli yaklaşımı kullandıkları görülmektedir. Yetiştirilme biçiminin şu anki yaşam olaylarıyla baş etmede etkisi olduğunu belirtenlerde olumlu stresle baş etme tarzları kullanımının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu izlenmektedir ( $P<0.008$ ). Bu da bize görme engellilerde yetiştirilme biçiminin şu anki yaşam olaylarıyla baş etmede etkisini görenlerin, stresle olumlu baş etme tarzlarını daha çok kullandıklarını göstermektedir.

#### **4.7 Araştırma Grubunun Stresle Baş Etme Tarzları ile Psikiyatrik Belirti Gruplarının Karşılaştırılması**

Çalışmada stresle baş etme tarzları ile psikiyatrik belirti grupları karşılaştırılmış, ancak katılımcılardan boyun eğici yaklaşım tarzını kullanan sadece bir kişi olduğundan boyun eğici yaklaşım analiz dışı bırakılmıştır. Stresle baş etme tarzları ile psikiyatrik belirti grupları karşılaştırıldığında aşağıdaki bulgular saptanmıştır.



Tablo 6.1- Katılımcıların stresle başa çıkma tarzlarının psikiyatrik belirtilerden somatizasyon, OKB, kişilerarası duyarlılık ve depresyon belirtilerine göre sınıflandırılması

		Kişi sayısı	Ortalama	Standart sapma	F	p
<b>Somatizasyon</b>	1,00	20	4,0000	4,79034	1.629	0.187
	2,00	24	1,6250	2,41035		
	3,00	10	3,1000	3,69534		
	5,00	55	2,5818	3,54699		
	Total	109	2,6789	3,64611		
<b>OKB</b>	1,00	20	4,8500	2,99605	0.792	0.501
	2,00	24	3,4167	3,52527		
	3,00	10	5,6000	4,94862		
	5,00	55	4,3455	4,63169		
	Total	109	4,3486	4,16861		
<b>Kişiler arası Duyarlılık</b>	1,00	20	3,3000	2,79285	0.166	0.919
	2,00	24	2,8333	2,69729		
	3,00	10	3,2000	3,61478		
	5,00	55	2,8727	2,51701		
	Total	109	2,9725	2,68555		
<b>Depresyon</b>	1,00	20	4,3000	3,75710	1.387	0.251
	2,00	24	3,3750	4,20985		
	3,00	10	6,3000	6,41266		
	5,00	55	3,5091	4,00404		
	Total	109	3,8807	4,28979		

**Tablo 6.2** Katılımcıların stresle başa çıkma tarzlarını psikiyatrik belirtilerden Anksiyete, Hostilite, Fobik Anksiyete, Paranoid, Psikoz ve ek madde belirtilerine göre sınıflandırılması

		Kişi sayısı	Ortalama	Standart sapma	F	(P)
Anksiyete	1,00	20	3,8000	4,27477	0.601	0.616
	2,00	24	2,9583	4,00520		
	3,00	10	4,8000	5,22388		
	5,00	55	3,3455	3,36220		
	Total	109	3,4771	3,84803		
Hostilite	1,00	20	5,3500	4,76031	3.233	0.025*
	2,00	24	1,9583	1,98865		
	3,00	10	3,9000	3,07137		
	5,00	55	3,4000	3,78887		
	Total	109	3,4862	3,73823		
Fobik Anksiyete	1,00	20	2,2500	2,26820	0.429	0.732
	2,00	24	1,6667	2,18028		
	3,00	10	2,6000	2,95146		
	5,00	55	2,0182	2,42282		
	Total	109	2,0367	2,37630		
Paranoid	1,00	20	4,7500	4,74480	0.376	0.770
	2,00	24	3,5000	3,07868		
	3,00	10	4,4000	4,45222		
	5,00	55	4,4909	4,66616		
	Total	109	4,3119	4,32627		
Psikoz	1,00	20	2,4500	2,81864	0.418	0.741
	2,00	24	2,0000	2,65396		
	3,00	10	1,4000	1,64655		
	5,00	55	1,9091	2,50387		
	Total	109	1,9817	2,51654		
Ek maddeler	1,00	20	2,6500	2,20705	0.308	0.820
	2,00	24	2,3750	3,06186		
	3,00	10	3,2000	3,88158		
	5,00	55	3,0182	3,25173		

Tablo 6.1. ve 6.2’de görüldüğü gibi görme engellilerin psikiyatrik belirti özelliklerinden sadece hostilete belirtileri ile SBO grupları arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.025$ ). Bu da hostilete grubu dışında görme engellilerin stresle baş etme tarzları ile psikiyatrik belirtileri arasında ilişki olmadığını ve birbirlerini etkilemediğini göstermektedir.

\*SBO ile hostilete belirti grubuna bakıldığında ise şu sonuçlar çıkmaktadır;

**Tablo 6.3** Post – hoc test ile gruplar arası karşılaştırma

	(I) SBO	(J) SBO	ORTALAMA Fark(I-J)	P
Hostilite	1,00	2,00	3,39167*	,003*
		3,00	1,45000	,304
		5,00	1,95000*	,042*
	2,00	1,00	-3,39167*	,003*
		3,00	-1,94167	,158
		5,00	-1,44167	,107
	3,00	1,00	-1,45000	,304
		2,00	1,94167	,158
		5,00	0,50000	,689
	5,00	1,00	-1,95000*	,042*
		2,00	1,44167	,107
		3,00	-,50000	,689

Tablo 6.3.’de görüldüğü gibi hostilete gruplarında SBO1 grubu ile 2 grubu ve yine SBO 1 grubu ile SBO 5 grupları arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Bu da bizi görme engellilerin hostilete puanları arttıkça stresle baş etme tarzlarının değiştiği ve olumsuz baş etme tarzlarını daha çok kullanmaya başladıkları yorumuna götürmektedir

#### **4.8. Araştırma Grubunun stresle baş etme tarzları ile yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişki**

Stresle baş etme tarzları ile yaşam doyumu grupları karşılaştırmış ancak katılımcılardan boyun eğici yaklaşım tarzını kullanan sadece bir kişi olduğundan boyun eğici yaklaşım analiz dışı bırakılmıştır.

**Tablo 7-** Yaşam doyumu grubu ile stresle baş etme tarzı arasındaki ilişki

			SBO				
			1	2	3	5	Total
YDO	1	Kişi sayısı	0	0	1	2	3
		% YDO Grubu	,0	,0	33,3	66,7	100,0
		% SBO Grubu	,0	,0	10,0	3,6	2,8
		% Toplam	,0	,0	0,9	1,8	2,8
	2	Kişi sayısı	1	3	3	6	13
		% YDO Grubu	7,7	23,1	23,1	46,2	100,0
		% SBO Grubu	5,0	12,5	30,0	10,9	11,9
		% Toplam	0,9	2,8	2,8	5,5	11,9
	3	Kişi sayısı	19	21	6	47	93
		% YDO Grubu	20,4	22,6	6,5	50,5	100,0
		% SBO Grubu	95,0	87,5	60,0	85,5	85,3
		% Toplam	17,4	19,3	5,5	43,1	85,3
	Total	Kişi sayısı	20	24	10	55	109
		% YDO Grubu	18,3	22,0	9,2	50,5	100,0
		% SBO Grubu	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		% Toplam	18,3	22,0	9,2	50,5	100,0

Yapılan Ki-Kare analizinde ise YDO gruplarının SBO tarzlarına yaklaşımlarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ortaya konulmuştur. ( $\chi^2=7,858$ ,  $p=0,249$ ).

Fakat YDO gruplarının SBO' nun 5. grubuna girenlerin frekanslarına bakıldığında YDO gruplarından 1 ve 2. grupta olanların çok düşük olduğu ve YDÖ 3. grubun yoğunlukta olduğu görülmektedir. Bu da Ki-kare analizini sağlıklı biçimde yapamamaya sebep olmaktadır. Grupların birleştirilmesi SBO bakımından imkânı olmadığı için, YDO gruplarında ise grupların birleştirilmesi yeterli olamayacağı için uygulanamamıştır.

## 5. TARTIŞMA

Uluslararası istatistikler her on çocuktan birinin bir özürle dünyaya geldiğini göstermektedir. Bu durumun Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı tarafından Devlet İstatistik Enstitüsü'ne yaptırılan “Türkiye Özürlüler Araştırması” sonucuna paralel olduğu görülmektedir. DİE tarafından ülkemizde yapılan araştırmada Türkiye’de özürlülerin genel nüfusa oranı %12.29 (8.432.000 kişi) olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada bu özürlü nüfusun özür gruplarına göre bakıldığında, görme engellilerin bu oran içinde %0.60’nı temsil ettiği görülmektedir (11).

Dünya Sağlık Örgütü’nün “Herkesin Sağlık” genel politikası kapsamında belirlediği “21.yüzyılda 21 sağlık” hedefinde, özürlülere yönelik tüm hizmetlerin iyileştirilmesi öngörülmektedir (DSÖ). Bu çalışma görme engellilerin stresle baş etme tarzları, yaşam doyumu düzeyleri ile psikiyatrik belirti dağılımlarını inceleyerek bu alana katkı sağlamayı amaçlamaktadır. Çalışmaya katılanların demografik özelliklerine bakıldığında katılımcıların genel olarak genç ve orta yaşta olup %80’i (88 kişi) erkektir. DİE 2002 araştırmasına göre görme engellilerde yaş dağılımı homojen ve kadın/erkek oranı 5/7 bulunmuştur (11). Bu veriler çalışmamızla örtüşmemektedir. Çalışmamızın yaş ve cinsiyet yönünden homojen olmaması kısıtlılıklarımızdan biridir.

Katılımcıların yarıya yakını evli olup ya sadece eşi ya da eş ve çocukları ile yaşamaktadır. Yine katılımcıların sadece %10’u yalnız yaşamaktadır. Katılımcıların %79’u tek başına yaşayabileceğini belirtmiştir. Katılımcıların sadece %39’u sosyal destek hissettikleri kimselerinin olmadığını belirtmişlerdir. Çalışmamızla örtüşür şekilde Bangladeşliler üzerinde yapılan bir çalışmada özürlü olmanın evlilik statülerine açık bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir (29).

Katılımcılar büyük oranda ya anne ya da anne-baba tarafından büyütölmüşler ve çocukluklarında yeterli ilgi ve disiplin olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların sadece %3'nün ailesi çocukluklarında parçalanmış halde iken, geri kalanlar ailelerini "bütün" olarak belirtmişlerdir. Tüm bu bulgular bize görme engellilerin aile ve çocukluk yaşantılarının iyi düzeyde olduğunu göstermektedir.

Katılımcılar büyük oranda lise ve yüksek okul mezunu bulunmuştur. Bu bulguyla görme engellilerin eğitim olanaklarından yeterli düzeyde yararlandıkları ve yararlananlar içerisinde de eğitim düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de özörlölere yönelik özel eğitim veren ilkokuldan başlayan okullarımız bulunmaktadır. Özel eğitim veren okullarda görme, işitme, zihinsel vb özörlölere odaklanılarak eğitim verilmektedir. İlköğretim okullarında ise kaynaştırma ve özel alt sınıflar olmak üzere özörlölere iki farklı şekilde eğitim verilmektedir (87). Bu hizmetler çocuğun sosyal ortamda desteklenmesi, eğitim başarısının yükseltilmesi ve ailesi ile birlikte geleceğinin planlanması açısından önem taşımaktadır (86). Okul bittiğinde ne yapılacağı bilinmemesi, özörlü çocuğun okul sonrası bir üst kademe okul veya işe yerleştirilmesi için aileleri ile birlikte danışmanlığa gereksinim olduğunu göstermektedir (88). Çalışmamızdaki görme engellilerin eğitim düzeylerinin yüksek olmasına rağmen %55'nin işsiz olması bu açıdan önem taşımaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların %45'i 500 TL ve altında gelire sahip olup, %55'i işsiz olduğunu beyan etmiştir. %45'i hayatı boyunca hiç çalışmamıştır. 2005 yılında Türkdemir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oranlar daha yüksek çıkmıştır, söz konusu çalışmada özörlölerin %65,5'nin 500 TL ve altında geliri olduğu ve %79,8'nin işsiz olduğu belirlenmiştir(89). Ülkemizde genel toplum açısından 2008 verilerine göre %11 düzeyinde işsizlik bulunmaktadır (TÜİK). Dolayısı ile ülkede zaten yüksek düzeyde seyreden işsizlik olduğundan görme engellilerde de bu veriler şaşırtıcı değildir. Bir ekonomide toplam nüfus içinde özörlü nüfusun payı, özörlü işgücü arzını belirleyen temel büyüklüktür. Türkiye'de nüfusun %12.29'unun özörlü olduğu dikkate alındığında (11); özörlü işgücünün, Türkiye'de istihdam politikası içinde hedef gruplardan birisi olarak önemi ortaya çıkmaktadır.

Birçok ülkede çalışma mevzuatında özörlölere dönük istihdam politikası uygulamalarında benimsenen pozitif ayrımcılığın (OECD 2003, 27), Türkiye'de özörlü işgücünün ücret karşılığı istihdamında işverene istihdam yükümlölüğü getirilerek

düzenlendiği görülmektedir. 2003 yılı 4857 sayılı İş Kanununda yapılan düzenleme ile kamu ve özel sektörde elli ve daha fazla işçi istihdam eden işletmeler, o işverene ait işyerlerindeki işçilerin toplam sayısının özel sektörde %3, kamu işyerlerinde %4'den az olmamak koşulu ile her yıl Bakanlar Kurulu tarafından belirlenen belirli bir yüzdesi üzerinden özürlü ve eski hükümlü işçi istihdam etmekle yükümlü tutulmuştur. İşverenin istihdam yükümlülüğüne aykırı davranışı halinde, 4857 sayılı İş Kanununun 101. Maddesi hükmü ile para cezası getirilmiştir. Ülkemizde bu kanun ve yönetmelikler olduğu halde özürhükümlülerin gerek kamu gerekse özel sektör tarafından istihdamı henüz belirtilen düzeyde değildir. İşyerleri özürhükümlülerini çalıştırmak istememektedir (90). Özürhükümlülerin bu durumu aşamadıkları, kamu sektöründe de oldukça az temsil edilmelerinde görülebilir (Türkiye Özürhükümlüler Araştırması 2003). Kamunun yapmadığını özel sektör hiç yapmamaktadır. Dolayısıyla özürhükümlülerin büyük çoğunluğu (%79,8) çalışmamakta, genellikle (%88,2) sosyal güvenceleri bulunmamaktadır (89).

Türkiye'de toplam nüfus içinde özürhükümlü nüfusunun oranının yüksekliği, işgücü piyasası koşullarında özürhükümlülerin ücret karşılığı istihdamının önemini artırmaktadır. İşgücü piyasasında dezavantajlı gruplardan birisi olarak özürhükümlülerin istihdamı, topluma uyum sağlamaları ve özürhükümlü işgücü işsizliğinin sosyal maliyetinin yüksek oluşu açısından da önem taşımaktadır (91, 92).

Çalışmamızda katılımcıların %52'si doğuştan itibaren görme kayıplarının olduğunu belirtmişlerdir. Görme kaybı nedeni olarak %45'i doğuştan göz yapılarının gelişmemesi olarak belirtmişlerdir. Yine %54'ü son 1 yıl içinde göz doktoruna gittiklerini ifade etmişlerdir. DİE 2002 araştırmasında ülkemizde görme engellilerin sadece %20.46'sının doğuştan görme kayıplarının olduğu belirlenmiştir (11). Çalışmamızda doğuştan ve sonradan görme kaybı ile diğer veriler arasındaki ilişkiler de araştırılmak istendiğinden bu oran çalışmamızın güçlü yanlarından birisidir. DİE 2002 araştırmasına göre tedavi olmayan görme engelli oranı %38.60 olarak büyük bir oran bulunmuştur (11). Oysa bizim çalışmamızda katılımcıların %90'nı son 10 yıl içinde en az bir kez göz doktoruna gittikleri belirtmişlerdir. Yine son 1 yıl içinde göz doktoruna gidenlerin oranı %54 ile büyük bir orandır. Dolayısıyla çalışmamıza katılan görme engellilerin DİE 2002 verileriyle çelişir şekilde tedavi arayışlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların sadece %17'si kronik fiziksel bir rahatsızlıktan ve %5'i kronik ruhsal rahatsızlıktan söz etmiştir. Özürhükümlü olmanın ve özürhükümlü olarak yaşamı sürdürmenin,

sağlıklı bireylere göre hem fiziksel hem de duygusal olarak oldukça zor olduğunu bildiren pek çok çalışma bulunmaktadır (93, 94, 95, 96, 97). Oysa çalışmamızda genel anlamda fiziksel ve ruhsal sağlık açısından görme engellilerin iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Özellikle ruhsal sağlık açısından engellilerle diğer insanların benzer olduğunu bildiren ve çalışmamızla örtüşen araştırmalar bulunmaktadır (98, 99, 100, 101).

Katılımcıların psikiyatrik belirti dağılımlarına bakıldığında genel anlamda belirtilerin nadir olduğu ve var olanların da çok hafif düzeyde seyrettiği görülmüştür. Katılımcılar arasında görme engellilerin ağırlıkta olduğu bir çalışmada engelli olan ve olmayan öğrencilerin KSE alt ölçek ve indeks puanları arasında anlamlı farklar elde edilmemiştir (101). Anlaşılan, yaşanan psikolojik sorunların çoğu engelli olmaktan bağımsızdır. Görme engelli olmak, psikiyatrik hastalık geliştirmede ek bir faktör olmuyor görünmektedir.

Çalışmamızda KSE alt ölçekleri arasında özellikle kişiler arası duyarlılık, hostilite ve paranoid belirti puanlarının kısmen daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu, görmemenin getirdiği zorluklardan kaynaklanıyor olabilir. Çünkü görme duyusu en önemli duyu yetimiz olup, muhakeme ve karar için çok önemli veriler sunmaktadır. Görme, insan bilgi ve öğrenmesinin %80'ni sağladığından, (13, 102) bu verilerden mahrum kalmak bireyi daha şüpheli, hostile ve duyarlı kılıyor olabilir.

Katılımcıların yaşam doyumlarına bakıldığında genel olarak yaşam doyum oranlarının orta ve yüksek düzeylerde seyrettiği görülmüştür. Bu sonuç engellilerde yaşam doyumunun daha düşük olduğunu bildiren çalışmalarla (103, 104) uyumlu olmamakla birlikte, birçok çalışmanın sonucu ile benzerlik göstermektedir (105, 106). Beklenenin aksine çalışmamız, görme engellilerin yaşam doyum oranlarının genel anlamda iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Özürlü olmayan kişiler, özürülülerin yaşam doyumunun düşük düzeyde olacağı gibi yanlış bir inanca sahiptirler (75, 78). Bunun nedeni olarak iki durum suçlanmaktadır; Bunlardan birincisi, sağlıklı insanların özürülülükle ilgili bir ilüzyona odaklanmaları, diğeri ise adaptasyonu yeteri kadar değerlendirememeleri olarak belirtilmektedir (25). Oysa çalışmamızı destekler şekilde birçok kaynakta özürülülerde yaşam doyumunu ile ilgili bir azalma olmadığı vurgulanmaktadır (25, 26, 27, 28, 74, 75). Özürlü insanlar belki de yaşamın ne kadar



değerli olduğunu “sağlıklı” insanlardan daha iyi anlıyor olabilirler. Çeşitli olumsuz durumlar görme engellilerin yaşam kaliteleri ve mutluluklarını fazla etkilemiyor görünmektedir (75).

Yaşam doyum oranları, sosyodemografik verilerden eğitim düzeyi ve bir işi olma durumu ile istatistik olarak anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Beklendiği gibi eğitim düzeyi arttıkça yaşam doyum oranları artış göstermiştir. İşli olanların yaşam doyum oranları da beklediği üzere daha yüksek çıkmıştır. Bu iki etken bireyin başa çıkma becerilerini geliştirerek ve kendine güven ve saygıyı arttırarak yaşam doyumuna katkıda bulunuyor olabilir.

Diğer sosyodemografik verilerle ve özellikle medeni durum, kimlerle yaşadığı, gelir düzeyi, görme kaybının doğuştan ya da sonradan olması ve çocuklukta yetiştirilme durumu ile yaşam doyumu arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bu bulgu özürlü bireylerin, çeşitli inanç, istek, tutum ve değerlerde hedonik dönüşümler gösterebildiklerini (79) ve bu durumun yaşamlarını mutlu şekilde idame ettirmelerini sağlayacak bir hedonik uyumla sonuçlandığını (25, 107, 108) düşündürmektedir.

Katılımcıların stresle baş etme tarzlarına bakıldığında ise görme engellilerin %50'sinin kendine güvenli yaklaşım tarzını kullandıkları görülmektedir. Bunu büyük oranlarla sosyal desteğe başvurma ve iyimser yaklaşım tarzı takip etmektedir. Boyun eğici yaklaşım tarzının katılımcılardan sadece birinde baskın olarak görülmesi, bizim için önemli bir bulgudur. Tüm bu veriler görme engellilerin genel anlamda stresle baş etmede olumlu tarzları kullandıklarını ve streslerini yönetebildiklerini göstermektedir. Genel olarak özürlü bireylerin strese en açık gruptan oldukları, pek çok çevresel zorluk yaşamaları yanı sıra toplumdan dışlanma, ayrımcılık ve önyargılar gibi psikososyal stresörlerle baş etmeleri gerektiği belirtilmektedir (18, 21, 30, 31). Görme engellilerin stresle baş etmede olumlu tarzları kullanabilmelerini sağlayan etkenler araştırılmaya değer konular gibi görünmektedir.

Çalışmamızda sosyodemografik verilerden eğitim durumu, çocuk sayısı, kronik ruhsal rahatsızlık öyküsü ve yetiştirilme biçimi, şu anki yaşam olaylarıyla baş etme üzerine etkili değişkenler olarak saptanmıştır. Beklendiği üzere eğitim düzeyi arttıkça stresle baş etme tarzlarından kendine güvenli yaklaşım tarzının kullanımının arttığı

görülmüştür. Yine çocuk sayısı azaldıkça, hatta çocuğu olmayanlarda daha fazla olmak üzere olumlu stresle baş etme tarzlarının kullanımı artmaktadır. Başkalarının sorumluluğu gibi ek bir yükün olmaması, bu sonucu ortaya çıkarıyor olabilir.

Çalışmamızda kronik ruhsal rahatsızlığı olmayanlarda olumlu stresle baş etme tarzı kullanımının anlamlı olarak arttığı görülmüştür. Yani ruhsal sıkıntısı olmadığını belirtenler daha çok olumlu stresle baş etme tarzı kullanmaktadırlar. Son yıllarda, stresle başa çıkma mekanizmalarının ruhsal rahatsızlıklarla ilişkilendirildiği ve aralarındaki biyolojik bağlantının araştırıldığı oldukça fazla çalışma bulunmaktadır (53, 59, 60). Aynı zamanda bireylerin stres yaşantılarıyla başa çıkarken kullandıkları etkin başa çıkma stratejilerinin ruh sağlığı üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu vurgulayan çok sayıda araştırma bulgusu da vardır (61, 62, 63, 64). Stres yaşantılarında bireyin içinde bulunduğu bilişsel çabanın niteliği ve kullanacağı başa çıkma tarzı, onun psikolojik bütünlüğünü büyük ölçüde belirleyebilmektedir (65). Stres, başa çıkılması gereken bir durumdur. Eğer başa çıkma stratejileri başarısız olursa, psikolojik sağlıkta bozulma ve bununla birlikte psikopatolojik belirtilerin ortaya çıkması da kaçınılmaz bir durum olduğu söylenmektedir (67). Dolayısı ile çalışmamızdaki bu bulgu literatürle (109, 110) örtüşmekte ve görme engellilerin direnme gücü ve allostatik uyumu açısından önemli bir veri sunmaktadır.

“Yetiştirilme biçiminin şu anki yaşam olayları ile baş etmesinde bir etkisi var” diyenlerin stresle baş etmede daha olumlu tarzları kullanımının olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcıların büyük kısmı bu etkiyi olumlu olarak düşündüklerinden bu bulgu da beklenen bir sonuçtur.

Katılımcıların stresle baş etme tarzları ile psikiyatrik belirti grupları ile karşılaştırıldığında ise sadece hostilete grubu ile anlamlı ilişkisi görülmüştür. Bu da hostilete grubu dışında görme engellilerin stresle baş etme tarzları ile psikiyatrik belirtileri arasında ilişki olmadığını ve birbirlerini etkilemediğini göstermektedir. Hostilite düzeyi yüksek grubun stresle baş etme tarzı olarak sosyal desteğe başvurma tarzını daha çok kullandığı görülmektedir. Hostilite duygusu çaresizlikle yakından ilişkilidir (111). Sorunlarıyla başa çıkamayıp, kendisini çaresiz hissettikçe birey sosyal desteğe daha çok başvuruyor, ancak gururu incindiği için de düşmanca duygular geliştiriyor olabilir.

Yaşam doyumu düzeylerinin stresle başa çıkma tarzları ile ilişkilerine istatistiksel açıdan bakmak için katılımcı sayımız yeterli olmamıştır. Dolayısı ile bu açıdan daha ileri bir araştırmaya ihtiyaç duyulduğu görülmüştür.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Engellilik her dönemde ve her toplumu da yakından ilgilendiren önemli konulardan biri olmuştur (21, 24, 25, 26, 27, 28, 29). Engelli bireyler hem kamusal alanda hem de özel alanda pek çok sorun yaşamaktadırlar (18.21.30.31). Toplum tarafından pek çok fiziksel ve çevresel zorluğun “engel” olmaktan çıkarılması yanı sıra, eğitimden sağlığa, iş ve mesleki rehabilitasyondan yaşam standardının iyileştirilmesine, psikolojik desteğe, aile danışmanlığına, gerektiğinde sürekli bakım sağlamaya kadar psikososyal destek sağlanması da gerekmektedir. Bu toplumsal sorumluluk bağlamında, görme engellilerin psikiyatrik belirti dağılımları, stresle baş etme tarzları ve yaşam doyumu düzeyleri konusunda durum saptaması yapmayı amaçladığımız bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

1. Görme engellilerin büyük oranda anne veya anne-baba tarafından büyütülmüş olup, çocukluklarında yeteri ilgi ve disiplin olduğu belirlenmiştir. Aile ve çocukluk yaşantılarının olumlu olmasının kendilerine güven duygusuna yansıdığı, tek başına yaşayabileceklerine inanç geliştirmelerini sağladığı görülmüştür.
2. Görme engellilerin eğitim olanaklarından yeterli düzeyde yararlandıkları ve yararlananlar içerisinde de eğitim düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu eğer gerekli eğitim olanakları sağlanırsa görme engelliğin eğitim

açısından hiçbir engel oluşturmadığı ve bu olanakların yaygınlaştırılması gerektiği yorumuna bizi götürmektedir.

3. Çalışmamızda görme engellilerin %45'inin 500 TL ve altında gelire sahip olup, %55'inin işsiz olduğu görülmüştür. %45'i hayatı boyunca hiç çalışmamıştır. Bu bulgu ülkemizde bu konuda kanun ve yönetmelikler olduğu halde, görme engellilerin istihdamının henüz hedeflenen düzeyde olmadığını göstermektedir. Dolayısı ile Türkiye'de özürülülerin ücret karşılığı istihdamına ilişkin pozitif ayrımcılığın devam ettirilmesi ve bu konuda siyasal ve sosyal anlamda ciddi adımlar atılması gerektiği görülmektedir.
4. Görme engellilerin %54'ü son 1 yıl içinde göz doktoruna gittiklerini belirtmişlerdir. Yine araştırmamızda katılımcıların %90'ı son 10 yıl içinde en az bir kez göz doktoruna gittikleri belirtmişlerdir. Dolayısı ile çalışmamıza katılan görme engellilerin tedavi arayışlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu bize görme engellilerin tedavi istek ve umutlarının olduğu ve tıbbi anlamda sürekli yardım aradıklarını düşündürmüştür.
5. Katılımcıların sadece %17'si kronik fiziksel bir rahatsızlıktan, %5'i kronik ruhsal rahatsızlıktan söz etmiştir. Çalışmamızda fiziksel ve ruhsal sağlık açısından görme engellilerin iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu konuda çelişkili sonuç bildiren birçok çalışma olmakla birlikte, bulgularımız özellikle ruhsal sağlık açısından engellilerle diğer insanların benzer olduğunu bildiren çalışmalarla örtüşmektedir.
6. Katılımcıların psikiyatrik belirti dağılımlarına bakıldığında genel anlamda belirtilerin nadir olduğu ve var olanların da çok hafif düzeyde seyrettiği görülmüştür. Bu bulgular engellilerle diğer insanların benzer olduğunu bildiren araştırma bulgularıyla paralellik göstermektedir. Bizim çalışmamızda görme engellilerin ve diğer çalışmalarda da genelde engellilerin psikolojik olarak diğer insanlardan farklı olmadıkları anlaşılmaktadır. Anlaşılan, yaşanan psikolojik sorunların çoğu engelli olmaktan bağımsızdır.

7. Çalışmamızda KSE alt ölçekleri arasında özellikle kişiler arası duyarlılık puanları, hostilete belirti puanları ve paranoid belirti puanlarının kısmen daha yaygın olduğu görülmüştür. Bu bulgu görme verilerinden mahrum kalmanın bireyi daha şüpheli, hostile ve duyarlı kılıyor olabileceği yorumuna götürmüştür.
8. Ülkemizde görme engellilerin yaşam doyumu üzerine yapılan ilk çalışma niteliği taşıyan bu çalışmada katılımcıların yaşam doyumlarının orta ve yüksek düzeylerde seyrettiği görülmüştür. Bu da bize beklenenin aksine görme engellilerin yaşam doyum oranlarının genel anlamda iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Çalışmamızı destekler şekilde birçok kaynakta özürlielerde yaşam doyumu ile ilgili bir azalma olmadığı vurgulanmaktadır (25, 26, 27, 28, 74, 75). Bu durum Diener'in "hedonik uyum" kuramını destekliyor görünmektedir. Bu kurama göre özürli bireyler, çeşitli sosyal durumlarda, yaşam, istek, tutum ve değerlerde birçok hedonik dönüşümler göstererek yaşamlarını mutlu şekilde sürdürebilecekleri bir hedonik uyum gerçekleştirirler (25, 79).
9. Yaşam doyum oranları sosyodemografik verilerden eğitim düzeyleri ile ve bir işi olma durumu ile istatistik olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu sonuç engellilere eğitim sağlamanın ve iş olanakları yaratmanın ne kadar önemli olduğunu bir kez daha vurgulamaktadır.
10. Çalışmamızda medeni durum, kimlerle yaşadığı, gelir düzeyi, görme kaybının doğuştan ya da sonradan olması ve çocuklukta yetiştirilme durumu ile yaşam doyumu arasında bir ilişki bulunamamıştır.
11. Katılımcıların stresle baş etme tarzlarına bakıldığında ise görme engellilerin %50'sinin kendine güvenli yaklaşım tarzını kullandıkları, bunu büyük oranlarla sosyal desteğe başvurma ve iyimser yaklaşım tarzının izlediği görülmektedir. Boyun eğici yaklaşım tarzı katılımcılardan sadece birisinde baskın olarak bulunmaktaydı. Tüm bu veriler görme engellilerin genel anlamda stresle baş etmede olumlu tarzları kullandıklarını ve streslerini yönetebildiklerini göstermektedir.

12. Çalışmamızda sosyodemografik verilerden eğitim durumu, çocuk sayısı, kronik ruhsal rahatsızlık öyküsü ve yetiştirilme biçimi şu anki yaşam olaylarıyla baş etmede etkili bulunmuştur. Çalışmada beklendiği gibi eğitim düzeyi arttıkça stresle baş etme tarzlarından kendine güvenli yaklaşım tarzının kullanımının arttığı görülmüştür. Yine çocuk sayısı azaldıkça, hatta çocuğu olmayanlarda daha fazla olmak üzere olumlu stresle baş etme tarzlarının kullanımını artmaktadır.
13. Çalışmamızda kronik ruhsal rahatsızlığı olmayanlarda stresle baş etme tarzı olarak kendine güvenli yaklaşımın anlamlı olarak arttığı görülmüştür. Stres, başa çıkılması gereken bir durumdur. Stresle başa çıkma stratejileri başarısız olursa, psikolojik sağlıkta bozulma ortaya çıkması da kaçınılmaz olacaktır. Dolayısı ile çalışmamızdaki bu bulgu literatürle örtüşmekte ve görme engellilerin direnme gücü ve allostatik uyumu açısından önemli bir veri sunmaktadır.
14. Katılımcıların stresle baş etme tarzları, psikiyatrik belirti grupları ile karşılaştırıldığında sadece hostilete grubu ile anlamlı ilişki görülmüştür. Bu da hostilete grubu dışında görme engellilerin stresle baş etme tarzları ile psikiyatrik belirtileri arasında ilişki olmadığını ve birbirlerini etkilemediğini düşündürmektedir.
15. Hostilite puanları yüksek grubun stresle baş etme tarzı olarak sosyal desteğe başvurma tarzını daha çok kullandıkları görülmüştür.
16. YDÖ gruplarının SBO tarzları ile ilişkilerine bakmak için katılımcı sayımız yeterli olmamıştır. Dolayısı ile bu açıdan daha ileri bir araştırmaya ihtiyaç duyulduğu görülmüştür.

## 7.ÖZET

### **GÖRME ENGELLİLERDE RUHSAL BELİRTİLERİN, YAŞAM DOYUMUNUN VE STRESLE BAŞ ETME TARZLARININ ARAŞTIRILMASI**

**Amaç:** Çalışmanın birincil amacı görme kaybı ile psikiyatrik belirti ilişkisinin aydınlatılması, ikincil amacı ise görme engelli bireylerde yaşam doyumu düzeyleri ile stresle baş etme tarzlarının araştırılmasıdır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmaya, Haziran 2009-Eylül 2009 tarihleri arasında, adreslerine ulaşılabilen toplam 110 görme özürü kişi alınmıştır. Veri toplama aracı olarak; sosyodemografik veri formu, Kısa Semptom Envanteri; Yaşam Doyum Ölçeği; Stresle Baş Etme Tarzları Anketi kullanılmıştır. Katılımcılardan araştırmacı gözetiminde bir anketör yardımı ile yüzlerine okuma yöntemi ile toplamda 130 anket sorunun yanıtlanması istenmiştir. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 12 paket programı ile yapılmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların sadece %17'si kronik fiziksel bir rahatsızlıktan ve %5'i kronik ruhsal rahatsızlıktan söz etmiştir. Katılımcıların psikiyatrik belirti dağılımlarına bakıldığında; KSE alt ölçekleri arasında özellikle kişiler arası duyarlılık, hostilite ve paranoid belirti puanlarının kısmen daha yüksek olduğu görülmüştür. Yaşam doyumlarına bakıldığında genel olarak yaşam doyum oranlarının orta ve yüksek düzeylerde seyrettiği görülmüştür. Yaşam doyum oranları sosyodemografik verilerden eğitim düzeyi ve bir işi olma durumu ile istatistik olarak anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Stresle baş etme tarzlarına bakıldığında ise görme engellilerin %50'sinin kendine güvenli yaklaşım tarzını kullandıkları görülmektedir. Katılımcıların stresle baş etme tarzları ile psikiyatrik belirti grupları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, stresle baş etme tarzları ile sadece hostilite grubu arasında anlamlı ilişki görülmüştür.



**Sonuç:** Fiziksel ve ruhsal sağlık açısından görme engellilerin iyi düzeye olduğu belirlenmiştir. Bu konuda çelişkili sonuç bildiren birçok çalışma olmakla birlikte, bulgularımız özellikle ruhsal sağlık açısından engellilerle diğer insanların benzer olduğunu bildiren çalışmalarla rtuşmektedir. Bulgularımız görme duyusundan mahrum kalmanın bireyi daha şüpheci, hostile ve duyarlı kılıyor olabileceğini düşündürmektedir. Beklenenin aksine yaşam doyum düzeylerinin genel anlamda iyi düzeye olması literatürle uyumludur. SBTÖ verileri görme engellilerin genel anlamda stresle baş etmede olumlu tarzları kullandıklarını ve streslerini yönetebildiklerini göstermektedir. Kronik ruhsal rahatsızlığı olmayanlarda stresle baş etme tarzı olarak kendine güvenli yaklaşım kullanımının daha fazla görülmesi literatürle rtuşmekte, görme engellilerin direnme gücü ve allostatik uyumu açısından bize önemli bir veri sunmaktadır. Hostilite puanları dışında görme engellilerin stresle baş etme tarzları ile psikiyatrik belirtileri arasında ilişki olmadığını ve birbirlerini etkilemediğini düşündürmektedir. Hostilite puanları yüksek grubun stresle baş etme tarzı olarak sosyal desteğe başvurma tarzını daha çok kullandıkları görülmüştür. YD düzeyleri ile SBTÖ arasındaki ilişkiye bakmak için katılımcı sayımız yeterli olmamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Görme engelli, hedonik uyum, yaşam doyum, YD, stresle baş etme tarzı, SBT, kısa semptom envanteri, KSE

## 8. SUMMARY

### **INVESTIGATION OF PSYCHIATRIC SYMPTOMS, LIFE SATISFACTION AND WAYS OF COPING IN THE BLIND**

**Aim:** The primary goal of this study is to demonstrate the relationship of blindness and psychiatric symptoms and, the secondary goal is to investigate the life satisfaction levels and ways of coping in the blind.

**Material and Method:** Totally 110 blind who were available between June 2009 and September 2009 were included in the study. Socio-demographic data form, brief symptom inventory, life satisfaction inventory, ways of coping inventory were used as the data collection tools. Statistical analysis of the veri as performed via SPSS 12 program.

**Results:** Only 17% of the participants mentioned chronic physical and 5% mentioned chronic psychiatric disturbance. As the distribution of psychiatric symptoms was evaluated, within the BSI (brief symptom inventory) sub-inventories, especially points of interpersonal sensitivity, hostility and paranoid symptoms seemed to be partially higher. Life satisfaction levels were observed to be moderate or high in general. Life satisfaction levels were found to be significantly correlated with education levels and having an occupation of the socio-demographic data. As the ways of coping are evaluated, it seems that 50% of the blind use the self-confident approaching style. When the ways of coping and psychiatric symptom groups of the participants were evaluated, a significant correlation was found only between the hostility group and the ways of coping.

**Conclusion:** The blind were identified to be at a good level in means of physical and psychiatric health status. Although there have been many studies reporting contradictory results, our findings are especially in consistence with the studies declaring a similarity between the handicapped and the other people. Our findings confirm that being devoid of the sense of sight makes the individual more paranoid, hostile and sensitive. Contrary to expectations, life satisfaction being at a good level in general is in consistence with the literature. Ways of coping inventory data show that the blind use the positive styles in coping and can manage the stressful conditions. More often use of the self-confident approach as a way of coping in individuals not having chronic psychiatric disturbances is in consistence with the literature and, offers us important data in terms of resistance power and allostatic compliance of the blind. It's thought that there's no relationship between psychiatric symptoms and ways of coping except the hostility group in the blind and, that they do not influence each other. The group having higher hostility points was observed as having used the social support referring style as a way of coping more often. The number of the participants was not high enough to evaluate the relationship between life satisfaction inventory and ways of coping inventory.

**Key Words:** Blind, life satisfaction, life satisfaction inventory, ways of coping, ways of coping inventory, brief symptom inventory, BSI.

## 9. Kaynaklar

1. Checkley SA, Slade AP. Schizophrenia and Blindness. The Lanset. March 1979; S.730-731.
2. Yetim Ü. Toplumdan Bireye Mutluluk Resimleri. İstanbul: Bağlam Yayınları. 2001
3. Özsoy Y, Özyürek M, Eripek S. Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar: Özel Eğitime Giriş. Karatepe Yayınları, Ankara 1992 : 6–9.
4. Aysev AS, Taner YI. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları. Golden Print Yayınları. 2007; S.835–849.
5. UNESCO. Declaration on The Rights of Disabled Persons. 1975
6. Ataman A. Özel Gereksinimli Çocuklar ve Özel Eğitime Giriş, Ankara: Gündüz Eğitim ve Yayıncılık. 2003: 9–30.
7. Kırcaali-İftar G. Özel Gereksinimli Bireyler ve Özel Eğitim, Anadolu Üniversitesi Yayınları 1998; No 1018 Cilt 1-2 ;1-14.
8. Meyen LM. Exceptional Children in Today's Schools. Love Publishing Company. 1996; 1-26.
9. Özbey Ç. Özel Çocuklar ve Terapi Yöntemleri, İnkılâp Kitabevi. İstanbul 2007
10. Özürlü Çocuğa Sahip Ailelerin Beklentileri (Özürlü ve Ailelerinde Stres Yazısı) [www.engelliler.biz/akademik/ocsab\\_kemalgokcan.htm](http://www.engelliler.biz/akademik/ocsab_kemalgokcan.htm) ulaşım tarihi: 10.01.2010
11. Devlet Planlama Teşkilatı, DİE, Özürlüler Başkanlığı (2002) Türkiye Özürlüler Araştırması.
12. Bilir N, Aslan D. Körlük; 21. Yüzyılın Önemli Bir Halk Sağlığı Sorunu, Sağlık ve Toplum Dergisi. 2003; 13(2):19–24.
13. Aydın P, Akova AY. Temel göz hastalıkları. Güneş kitapevi. Ankara 2001
14. Özçetin H. Klinik göz hastalıkları. Nobel kitapevi. İstanbul 2003
15. Yanoff M, Duker JS. Ophthalmology. Second edition: Mosby 2004
16. Baş AB (1993). Türkiye'de Dünyada Körlüğün Nedenleri ve Alınması Gereken Önlemler. Özel Eğitim Dergisi. 1993;1 (3): 48–51.

17. Sachs R . "Integrating Disability Studies Into Existing Curriculum" 2003  
[www.Mc.Cc.Md.Us/Departments/Dispsvc/Diversity.Htm](http://www.Mc.Cc.Md.Us/Departments/Dispsvc/Diversity.Htm) 12.07.2003.
18. Arıkan Ç. Türkiye'de Görme Özürlü Kadınlar: Sorunlar, Beklentiler, Çözüm Önerileri. Ankara: Körler Federasyonu Yayını 2001; No: 03.
19. Arıkan Ç. Sosyal Model Çerçevesinde Özürlülüğe Yaklaşım. Ufkun Ötesi Bilim Dergisi. Mayıs 2002; Cilt 2 Sayı 1
20. Arıkan Ç. "Fiziksel Sakatlığı Olanların Gözüyle Türkiye'de Sakatlık Sorunu: Değerlendirmeler-Öneriler". 1. Sistem Mühendisliği Ve Savunma Uygulamaları Sempozyumu. Bildiriler II. Ankara: Kara Harp Okulu Yayını. 1995; s. 269–286.
21. Arıkan Ç. "Aile ve Özürlülük: Görme Özürlüler Derneğine Üye Özürlü Aileleri Üzerine Bir Araştırma" Ufkun Ötesi Bilim Dergisi 1,1. Mayıs 2001; s. 45–60.
22. Beaulauier, R L, Taylor SH. "Social Work Practice with People with Disabilities in The Era of Disability Rights" Social Work in Health. 2001; 32: 4; 67–91.
23. Light R. "Disability Awareness in Action"2003  
[www.Daa.Org.Uk/Tex1/Socialmodelorunsociable/Muddle/Text.Htm](http://www.Daa.Org.Uk/Tex1/Socialmodelorunsociable/Muddle/Text.Htm) 11. 7. 2003.
24. Bagenstos SR. Subordination, Stigma and Disability. Virginia Law Review 2000; 86: 397–429
25. Bagenstos SR. Hedonic Damages, Hedonic Adaptation, and Disability. Review.2007; 60(3)745; 752–788.
26. Gill CJ. Health Professionals, Disability, and Assisted Suicide: An Examination of Relevant Empirical Evidence and a Reply to Batavia, 6 Psychol. Pub. Pol'y & L. 2000: 526, 528- 529.
27. Eisenberg MG, Saltz CC. Quality of Life Among Aging Spinal Cord Injured Persons: Long Term Rehabilitation Outcomes, 29 Paraplegia 1991; 514- 517.
28. Mehnert. T. Correlates of Life Satisfaction in Those with Disabling Conditions, 1990; 35 Rehab. Psychol. 3, 5.
29. Hosain M, Atkinson D, Underwood P. Impact of Disability on Quality of Life in Rural Bangladesh 297 J Health Popul Nutr. 2002; 20(4):297–305
30. Arıkan Ç. "Fiziksel Sakatlığı Olanların Gözüyle Türkiye'de Sakatlık Sorunu: Değerlendirmeler-Öneriler". 1. Sistem Mühendisliği Ve Savunma Uygulamaları Sempozyumu. Bildiriler II. Ankara: Kara Harp Okulu Yayını. 1995 ; Ss. 269–286.
31. Karataş K. "Özürlülerin İstihdamı ve Çalışma Yaşamında Karşılaşılan Sorunlar" Görme Özürlüler İçin Rehabilitasyon Deneyimleri, Yeni Rehabilitasyon Politikaları ve Meslek Tanımları (Yay. Haz) K. Karataş. Ankara Körler Federasyonu Yayını 2001; No: 4.
32. Morris J. Disabled Lives. London: BBC Education P. 1992
33. Özçelik Aİ. Görme Özürlülerin Psikososyal Değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 1982; 15(2):47–62.
34. Özçelik İ. Görme Özürlülerde Hareket Özgürlüğü Sorunu Ve Eğitimleri Üzerine. Ankara Üniversitesi Yayını 1980: Cilt 13; Sayı. 1; Sayfa 455–470
35. Kütahyalı Ö. Körlük Felsefesi, Parıltı Görmeyen ve Az Gören Çocuklara Destek Derneği, Ağustos 2004
36. Görme ve Dışavurumculuk, Gen Bilim, Editör, Aralık 2007  
Erişim tarihi 18.01.2010 <http://www.genbilim.com/content/view/2672/38/>
37. Goethe JWV. Naturwissenschaftliche Schriften, C. V, S. 12. (36.no.lu kaynaktan alınmıştır)
38. Güçlü N. Stres Yönetimi, G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 2001; Cilt 21, Sayı 1: 91–109.

39. Jones, F., Bright, J. Stress: Myth, Theory And Research. New York: Prentice Hall.2001
40. Akman S. Özel Gündem Stres, Stresin Nedenleri Ve Açıklayıcı Kuramlar, Türk Psikoloji Bülteni. 2004; Cilt 10;S 40–56
41. Şahin N.H. Stres Nedir? Ne Değildir? Stresle Başa Çıkma: Olumlu Bir Yaklaşım. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Ankara 1998 S1-17
42. Öztop, F. Stresle Başa Çıkma Yolları Ve Bir Uygulama. Gebze İleri Teknoloji Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.2000
43. Johnstone, Margeret. Stress İn Teaching. An Overview Of Research. Midlothian: The Scottish Council For Research İn Education. SCRE Publication. 1989:
44. Allen, R.J. Human Stress: Its Nature And Control. New York: Macmillan Publishing Company.1984
45. Pehlivan, İ. Yönetimde Stres Kaynakları. Pegem Yayınları, Ankara: 1995.
46. Anıl, L. Askerlikte Ruhsal Bozukluk Belirtisi Gösteren Ve Göstermeyen Erlerin Sosyal Destekler Ve Başa Çıkma Yöntemleri Açısından Karşılaştırılması. Ege Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.1999
47. Baltaş, A., Baltaş, Z. Başarılı Ve Sağlıklı Olmak İçin Stres Ve Başa Çıkma Yolları, 1987 İstanbul: Remzi Kitabevi.6 Basım
48. Cüceloğlu, D. İnsan ve Davranışı. Psikolojinin Temel Kavramları. İstanbul: Remzi Kitabevi,1994.
49. Göktepe, E.O. İşitme Engelli Çocuğu Olan Annelerin Stres ve Aile İçi Uyum Düzeylerinin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.2002
50. Rice, P.L. Stress And Health (3rd Edition). New York: Brooks/ Cole Publishing Company.1999
51. Lazarus, R. S. Cognition And Motivation İn Emotion. American Psychologist, 1991; 46 (4), 352–367.
52. Uçar F. Özel Gündem Stres; Streste Zihnin Rolü Ve Strese Bağlı Ruhsal Hastalıklar. Türk Psikoloji Bülteni Aralık 2004 S 85–104
53. Şahin, N.H. Kendi “Olumlu Stres” Düzeyinizi Bulmak. Stresle Başa Çıkma: Olumlu Bir Yaklaşım Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.3. Basım 1998 S 19–21
54. Braham, Barbara J. Stres Yönetimi. Ateş Altında Sakin Kalabilmek. (Çev.: Vedat G.Diker). İstanbul: Hayat Yayınları, 1998.
55. Davis, Keith. İşletmelerde İnsan Davranışı. (Çev.: Kemal Tosun Ve Diğerleri).İstanbul:İ.Ü. Yayınevi, 1984
56. Pehlivan İ. İş Yaşamında Stres. Pegem Yayınları, 1. Baskı. Ankara: 2000.
57. Başaran, İ. Ethem. Örgütsel Davranış. Ankara: A.Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi Yayını, 1982
58. Erdoğan, İ. İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış. Dönence Basım Ve Yayın Hizmetleri, İstanbul: 1999.
59. Folkman, S.; R.S. Lazarus. An Analysis Of Coping İn A Middle Aged Community Sample . Journal Of Health And Social Behavior, 1980; 21, 219-239.
60. Berant, E; Mikulincer, M.; Florian, V. Marital Satisfaction Among Mothers Of Infants With 2003
61. Nagel, L; Brown, S. The Abcs Of Managing Teacher Stress. Clearing House, 2003; 76 ( 5 ), 255–259.

62. Forlin, C. Primary School Teachers Job Stress; Inclusive Education; Mentally Handicapped Children Education; Queensland, 2001; 43 (3), 235-246.
63. Rolf, V.D And Ulrich, W. Teaching Psychological Aspects; Job Stres. British Journal Of Educational Psychology, 2001; 71 (2), 243–260.
64. Plante, T.G., Goldfarb, L.P. And V. Wadley. Stress And Coping With Aptitude And Achievement Testing Performance Among Children? A Preliminary Investigation. Journal Of School Psychology. 1993; 31 (2), 259–266.
65. Aysan F. Okul Psikolojik Danışmanlarının Yaşam Doyumu, Stresle Başa Çıkma Stratejileri İle Olumsuz Otomatik Düşünceleri; İzmir İli Örnekleme, XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, 6–9 Temmuz 2004 İnönü Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Malatya
66. Aysan, F. Lise Öğrencilerinin Stres Yaşantılarında Kullandıkları Başa Çıkma Stratejilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, (Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Bölümü). 1988
67. Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Viinamaki H Ve Ark. Life Satisfaction And Suicide: A 20-Year Follow-Up Study. Am J Psychiatry, 2001; 158: 433–439.
68. Özer M, Karabulut ÖÖ. Yaşlılarda Yaşam Doyumu. Geriatri, 2003; 6(2):72–74.
69. Karlıdağ R, Ünal S, Yoloğlu S. Hekimlerde İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyi. Türk Psikiyatri Dergisi 2000; 11(1): 54
70. Rask K, Astedt-Kurki P, Laippala P. Adolescent Subjective Well-Being And Realized Values. J Adv Nurs, 2002; 38: 254–263.
71. Dorahy MJ, Lewis CA, Schumaker JF Ve Ark. Depression And Life Satisfaction Among Australian, Ghanaian, Nigerian, Northern Irish, And Swazi University Students. J Soc Behav Pers, 2000; 15:569–580.
72. Gündoğar D. Üniversite Öğrencilerinde Yaşam Doyumunu Yordayan Etkenlerin İncelenmesi, Klinik Psikiyatri 2007;10: 14–27)
73. Diener E, Seligman MEP. Beyond Money: Toward An Economy Of Wellbeing. Psychological Science In The Public Interest, 2004; 5:1–31.
74. Shane Frederick & George Loewenstein, Hedonic Adaptation, For A Good General Overview Of The Hedonic Adaptation Literature In Well-Being: The Foundations Of Hedonic Psychology 302 (Daniel Kahneman, Et Al., Eds., 1999).
75. Peter A. Ubell, George Loewenstein & Christopher Jepson. Whose Quality Of Life? A Commentary Exploring Discrepancies Between Health State Evaluations Of Patients And The General Public Quality Of Life Research 12: 599–607, 2003. 599 2003 Kluwer Academic Publishers. Printed In The Netherlands.
76. Diener E, Biswas-Diener R. Will Money Increase Subjective Well-Being? A Literature Review And Guide To Needed Research . Soc Indic Res, 2002; 57: 119–169.
77. Wagner CG. The Well-Being Of Nations. Futurist, 2006; 40:12.
78. Peter A. Ubel, George Loewenstein, Christopher Jepson, Quality Of Life Ratings Of Unfamiliar Disabilities: The Contribution Of A Focusing Illusion And Failure To Predict Adaptation Program For Improving Health Care Decisions 300 North Ingalls, Room 7B10 30 Ann Arbor MI 48109-0429 [Http://Hrsonline.İsr.Umich.Edu/Sitedocs/Conference/200111/Paper5.Pdf](http://Hrsonline.İsr.Umich.Edu/Sitedocs/Conference/200111/Paper5.Pdf) Ulaşım Tarihi 11.01.2010
79. Marilynn J. Phillips. Disability And Ethnicity In Conflict: A Study In Transformation, In Women With Disabilities 1988; 195, 196-200 (Michelle Fine

- & Adrienne Asch Eds., 1988) (Discussing Various Theories Of Transformation Offered By Researchers).
80. Ubel, P.A., J. Baron, And D.A. Asch. Preference For Equity As A Framing Effect. *Medical Decision Making*, Medical Decision Making, 2001; Vol. 21, No. 3, 180–189
  81. Öner N. Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları 2006
  82. Dağdelen M, Üretim ve Hizmet Sektöründe Çalışan İşçilerde Ruhsal Sağlık Düzeyi, Ruhsal Belirti Dağılımı, Algılanan sağlık, İş Doyumu, Yaşam Doyumu ve Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi İnönü Üniversitesi Malatya 2008
  83. Öner N. Türkiyede kullanılan psikolojik testlerden örnekler. Boğaziçi Üniversitesi yayınları İstanbul;2006 cilt 1, cilt 2
  84. Şahin N H Ve Durak A. Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory BSI) Türk Gençleri İçin Uyarlanması Türk Psikoloji Dergisi, 1994; 9 (31) 44–56
  85. Şahin N.H ve Durak A. Stresle başa çıkma tarzları envanteri: Üniversite öğrencileri için uyarlaması. *Türk psikoloji dergisi* 1995; 10(34), 58–73
  86. Clemen-Stone S. Et Al. The Community Health Nurse’s Role With The Adult Who Is Disabled, *Comprehensive Community Health Nursing Family, Aggregate & Community Practice*, Mosby, 1998; 2, 595–602.
  87. 222 Sayılı İlköğretim Kanunu, Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği
  88. Örsal Ö. Zekâ Engelli Çocuk Velilerinin Umutsuzluk Ve Sosyal Destek Durumlarının Belirlenmesi, Marmara Üniversitesi Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, 1998
  89. Türkdemir A. H. Özeren E. Özürlülerin Sosyo Ekonomik Durumları, 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri 28 Eylül -1 Ekim 2005, Ankara, S:410
  90. Fırat A. Küçük İşyeri Sahiplerinin Eğitilebilir Düzeyde Zihinsel Özürlü Çocukları İşyerlerinde Çalıştırmaya Karşı Tutumları, *Türk Psikoloji Dergisi*, 1993; 8(30)20–26
  91. Çalık S., Gergin S. Çalışma Yaşamında Özürlüler, 2. Ulusal İş Sağlığı Ve İşyeri Hemşireliği Sempozyumu, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Zonguldak Sağlık Yüksek Okulu, 28-30 Haziran 2001; 115-118,
  92. NIOSH. Protecting Workers With Developmental Disabilities, 2001
  93. Biringen Z., Fidler D.J., Barrett K.C., Kubicek L. Applying The Emotional Availability Scales To Children With Disabilities, *Infant Mental Health Journal*, July/August 2005; 26 (4) 369-391
  94. Luftig R.L. And Muthert D. Patterns Of Employment And Independent Living Of Adult Graduates With Learning Disabilities And Mental Retardation Of An Inclusionary High School Vocational Program, *Research In Developmental Disabilities*, July-August 2005; 26 (4) 317–325
  95. Erol S., Ergün A. Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları Kapsamında; Görme Engelli Çocuklarda Depresyon, 2.Uluslar Arası 9.Ulusal Hemşirelik Kongresi, Bildiri Özet Kitabı, 2003; 125
  96. Karaca S., Oksay Şahin A. Görme Engelli Ergenlerde Öfke Düzeyi Ve Öfke İfade Tarzlarının İncelenmesi, 2.Uluslar Arası 9.Ulusal Hemşirelik Kongresi, Bildiri Özet Kitabı, 2003; 92,
  97. Hughes RB, Robinson-Whelen S, Taylor HB, Petersen NJ, Nosek MA. Characteristics Of Depressed And Non-Depressed Women With Physical Disabilities. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86:473 – 479.



98. Elıbal I. Üniversitede Okuyan Görme Engelli Öğrencilerin Karşılaştığı Problemler ve Çözüm Yolları 2001; <http://sunsite.bilkent.edu.tr/pub/korler/korler/GoUnPrb.htm> ulaşım tarihi:10.11.2009
99. Bacakoğlu N. Görmeyen Engellilerde Benlik Kavramının Gelişmesinde Aile tutumunun Etkisi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul 1996
100. Akçamete G. Üniversitedeki Bedensel Engelli Gençlerin Kendini Kabulle İlgili Yaygın Sorunları Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1992; 25(2) 447-461
101. Z.Y.Dökmen. Engelli Olan Ve Olmayan Üniversite Öğrencilerinin Demografik Ve Psikolojik Özellikleri İle Sorunlarının Karşılaştırılması. Kriz Dergisi 2004: 12(2); 33-47
102. Başbakanlık özürölüler idaresi başkanlığı, aile eğitim serisi 1. 2008; sayfa 12
103. Fafchamps M, Kebede B. Subjective Well-Being, Disability And Adaptation: A Case Study From Rural Ethiopia. Centre For The Study Of African Economies Series. WPS/2008-01 WPS/2008-01.1-18. İndirilme Tarihi 9.Ocak 2010  
<http://www.Economics.Ox.Ac.Uk/Members/Marcel.Fafchamps/Homepage/Disability.pdf>
104. Weng BY. The Disabled Life Satisfaction in Taiwan, Related Factors. 33<sup>rd</sup> Global Conference Of ICSW, Tours (France) June 30<sup>th</sup> - July 4<sup>th</sup> 2008. İndirilme Tarihi 9 Ocak 2010 [Www.Icsw.Org/Doc/0026\\_4e\\_Weng\\_Eng\\_Abstract.Doc](http://www.Icsw.Org/Doc/0026_4e_Weng_Eng_Abstract.Doc)
105. Samuel R. Bagenstos And Margo Schlanger Hedonic Damages, Hedonic Adaptation, And Disability. Vanderbilt Law Review, 2007; 60;3: 752-797
106. Lin JH, Ju YH, Lee SJ, Lee CH, Wang HY, Teng YL, Lo SK. Do Physical Disabilities Affect Self-Perceived Quality Of Life İn Adolescents? Disability And Rehabilitation, 2009; 31(3): 181-188
107. Diener, Ed; Lucas, Richard E. And Scollon, Christie Napa. "Beyond The Hedonic Treadmill: Revising The Adaptation Theory Of Well-Being." *American Psychologist*, 2006; 61(4), Pp. 305-14.
108. Lucas, Richard E. "Adaptation And The Set-Point Model Of Subjective Well-Being." *Current Directions İn Psychological Science*, 2007; 16(2), Pp. 75-79
109. Singer, B., Ryff, C.D., & Seeman, T. Operationalizing Allostatic Load. In J. Schulkin (Ed.), *Allostasis, Homeostasis, And The Costs Of Physiological Adaptation* 2004; (Pp. 113-149). New York: Cambridge University Press.
110. Ryff, C.D., Singer, B.H., & Love, G.D. Positive Health: Connecting Well-Being With Biology. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2004 September 29; 359(1449): 1383-1394.
111. Wolf ES. Group Helplessness And Rage İndirildiği Tarih 9 Ocak 2010 [www.Selfpsychology.Com/.../Wolf\\_2001b\\_Group\\_Helplessness\\_And\\_Rage.Html](http://www.Selfpsychology.Com/.../Wolf_2001b_Group_Helplessness_And_Rage.Html)

## 10- Ekler

### EK – 1

#### SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1.Adınız, Soyadınız?

2.Yaşınız?

3.Cinsiyetiniz?

a)erkek b)kadın

4.Medeni Durumunuz?

a) evli b) bekâr c) boşanmış d) eşinden ayrı yaşıyor e) dul

5.Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?

a) yalnız

b) sadece eşinizle

c) eş ve çocuklar

d) anne ve baba

e)diğer

6. tek başınıza yaşayabilir misiniz?

a)evet b)hayır

7.Eğitim düzeyiniz?

a)İlköğretim b)Lise c) yüksek okul veya üniversite d) diğer..

8.özel eğitim aldınız mı?

a)Evet, ise belirtiniz.....

b)hayır

9.sahip olduğunuz çocuk sayısı?

a)0 b)1 c)2 d)3 e) 3 den fazla.....

10.şu an yaşadığınız yer?

a)köy b)kasaba c)şehir d)diğer.....belirtiniz

11.çocukluğunuzu geçirdiğiniz yer?

a)köy b)kasaba c)şehir d)diğer.....belirtiniz

12.gelir düzeyiniz nedir ?

a) 500 ytl' nin altında

b) 500 ile 1000 ytl arasında

c) 1000-1500 ytl arası

d) 2000 ytl ve üzeri

13.yapmakta olduğunuz bir işiniz var mı?

a) evet b) hayır

13.a. çalışıyorsanız çalışmakta olduğuz birim\ ünite

.....lütfen belirtiniz

14.meslekte çalıştığınız süre nedir?

a) 1 yıldan az b) 1-5 yıl arası c) 5-10 yıl d)11 yıl ve üzeri

15.haftalık çalıştığınız süre

a) ortalama 40 saat  
b) 40-45 saat arası  
c)ortalama 45 saat ve üstü

16.daha önce hiçbir işte çalıştınız mı?

a)evet,ise belirtiniz.....

b)hayır

17.başka bir kronik fiziksel bir hastalığınız var mı?

a)evet ise lütfen belirtiniz.....

b)hayır

18)kronik ruhsal bir hastalığınız var mı?

a)evet ise lütfen belirtiniz.....

b)hayır

19.hiç bu konu/konular için doktora gittiniz mi?

a) evet  
b) Hayır, ise nedenini belirtiniz.....

20.beraber yaşadığınız aileniz dışında sosyal desteğini hissettiğiniz akrabalarınız veya dostlarınız var mı?

a) evet b) hayır

21. 20. sorunun cevabı evet ise kimler ve yakınlık dereceniniz?

Lütfen belirtiniz.....

22) 0-1 yaş arası bakımınızı kim yapmış?

a)anne  
b)baba  
c)bakıcı  
d)anne-baba  
e)diğer.....

22.çocukluğunuzda kim tarafından yetiştirildiniz?

a)anne  
b)baba  
c)bakıcı  
d)anne-baba  
e)diğer.....

23.çocukluğunuzda nasıl bir ilgiyle bakıldınız?

- a)aşırı ilgiyle
- b)yeterince ilgi ile
- c)ilgisiz

24.çocukluğunuzda nasıl bir disiplin ile büyütüldünüz?

- a)aşırı kontrol
- b)yeterince kontrol
- c)az kontrol

25.yetiştirilme biçiminizin yaşamdaki sorunlarla başa çıkmanızda katkısı olduğunu düşünüyor musunuz?

- a)evet
- b)hayır

26.25.sorunun cevabı evet ise nasıl? Belirtiniz.....

27.çocukluğunuzda ailenizin durumu nasıldı?

- a)bütün
- b)boşanmış
- c)parçalanmış

28) görme yetinizi ne zaman kaybettiniz?

- a) 1 yıldan az
- b) 1-5 yıl arası
- c) 5-10 yıl
- d)11 yıl ve üzeri
- e) dogumsal görme kaybı

29)Biliyorsanız görme kaybınızın nedeni ne?

- a) Doğuştan göz yapılarının gelişmemesi
- b) Kaza/travma
- c) Enfeksiyon(trahom, HSV gibil)
- d) Katarakt
- e) diabet(şeker hastalığı)
- f) Yüksek tansiyon
- g) Glokom(göz tansiyonu)
- h) Tümör
- i) Diğer. Açıklayınız!
- j) Bilmiyorum

30)en son ne zaman göz doktoruna gittiniz?

- a) 1 yıldan az
- b) 1-5 yıl arası
- c) 5-10 yıl
- d)11 yıl ve üzeri

## EK 2

### KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE BU GÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0.Hiç yok    1.Biraz var    2.Orta derecede var    3.Epey var    4.Çok fazla var

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

1	İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2	Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4	Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5	Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6	Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7	Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8	Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9	Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
10	İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11	İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12	Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14	Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
15	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
16	Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17	Hüzünlü, kederli hissetmek	0	1	2	3	4
18	Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19	Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4
20	Kolayca incinebilme, kırılmak	0	1	2	3	4
21	İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4
22	Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	0	1	2	3	4
23	Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24	Diğerlerinin sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu	0	1	2	3	4

	duygusu					
25	Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26	Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27	Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
28	Otobüs, metro, tren gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
29	Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30	Sıcak soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31	Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ve etkinliklerden uzak durmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32	Kafanızın 'bomboş' olması	0	1	2	3	4
33	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34	Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36	Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük	0	1	2	3	4
37	Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38	Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40	Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41	Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42	Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43	Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44	Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45	Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46	Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47	Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
48	Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49	Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50	Kendini değersiz görmek / değersizlik duyguları	0	1	2	3	4
51	Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52	Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53	Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

### EK- 3

#### Yaşam Doyum Ölçeği

<b>— yaşamım bir çok yönüyle ideallerime yakın</b>						
Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun değil	Ne uygun ne uygun değil	Biraz uygun	uygun	Çok uygun
<b>— yaşam koşullarım çok iyi</b>						
Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun değil	Ne uygun ne uygun değil	Biraz uygun	uygun	Çok uygun
<b>— yaşamımdan hoşnudum</b>						
Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun değil	Ne uygun ne uygun değil	Biraz uygun	uygun	Çok uygun
<b>— şu ana kadar istediğim şeyleri elde edebildim</b>						
Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun değil	Ne uygun ne uygun değil	Biraz uygun	uygun	Çok uygun
<b>— yeniden dünyaya gelseydim yaşamımdan hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim</b>						
Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun değil	Ne uygun ne uygun değil	Biraz uygun	uygun	Çok uygun

## EK 4

### STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZI ÖLÇEĞİ

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz:

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacı ile geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ve stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama yada size uygunluk derecesini işaretleyin. herhangi bir davranış size hiç uygun değilse, %0'ın altındaki parantezin içine ( X ) işreti koyun. çok uygun ise %100'ün altını işaretleyin. Bütün soruları size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayın.

Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir.

Teşekkür ederiz.

#### BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA;

Sizi ne kadar tanımlıyor, size ne kadar uygun

	%0	%30	%70	%100
1- Kimsenin bilmesini istemem				
2- iyimser olmaya çalışırım				
3- bir mucize olmasını beklerim				
4- olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım				



5- başa gelen çekilir diye düşünürüm				
6- sakin kafayla düşünmeye,öfkelenmemeye çalışırım				
7- kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim				
8- olayın/olayların değerlendirilmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9- içinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem				
10- ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum				
11- olayları kafama takıp,sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12- kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13-işi olacağına varır diye düşünürüm				
14-mutlaka bir yol bulabileceğime inanır,bunun için uğraşırım				
15-problemin çözümü için adak adarım				
16-her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				

17-elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				
18-olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19-her şeyin isteğim gibi olamayacağına inanırım				
20-problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21-mücadeleden vazgeçerim				
22-sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23-hakkımı savunabileceğime inanırım			“	
24-olaylar karşısında ‘kaderim buymuş’ derim				
25- ‘ keşke daha güçlü bir insan olsaydım’ diye düşünürüm				
26-bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim				
27- ‘benim suçum ne?’ diye düşünürüm				
28- ‘ hep benim yüzümden oldu’ diye düşünürüm				

29-sorunumun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30-bana destek olabilecek kişilerin varlığı beni rahatlatır				