



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



GÖRME ENGELLİ BİREYLERDE DEPRESİF DUYGUDURUM VE RUMİNASYON İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Orhan Nuri KURBAN

**DİSİPLİNLERARASI SOSYAL PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Veli DUYAN**

**ANKARA
2022**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GÖRME ENGELLİ BİREYLERDE DEPRESİF
DUYGUDURUM VE RUMİNASYON İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ**

Orhan Nuri KURBAN

**DİSİPLİNLERARASI SOSYAL PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Veli DUYAN**

**ANKARA
2022**

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Görme Engelli Bireylerde Depresif Duygudurum ve Ruminasyon İlişkisinin İncelenmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Orhan Nuri KURBAN

Tarih:

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Disiplinler Arası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı'nda
Orhan Nuri KURBAN tarafından hazırlanan
“Görme Engelli Bireylerde Depresif Duygudurum ve Ruminasyon İlişkisinin İncelenmesi”
adlı tez çalışması, aşağıdaki jüri üyeleri tarafından
YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 23 / 06 / 2022

Jüri Başkanı.....
Prof.Dr.Bedriye ÖNCÜ ÇETİNKAYA
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Üye.....
Prof.Dr.Veli DUYAN
Ankara Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Sosyal Hizmet Bölümü
(Danışman)

Üye.....
Prof.Dr.Kasım KARATAŞ
Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari
Bilimler Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza
Prof. Dr. Fügen AKTAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	viii
Simgeler ve Kısaltmalar	ix
Çizelgeler	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Engelli ve Görme Engelli Kavramları	2
1.1.2. Engellilik Kavramı	2
1.1.3. Görme Engelli Kavramı	6
1.1.4. Türkiye'deki Engelli ve Görme Engelli Bireyler Hakkında Bazı İstatistiksel Bilgiler	7
1.1.4.1. Nüfus ve Konut Araştırması	7
1.1.4.2. Ulusal Engelli Veri Sistemi	8
1.1.4.3. Türkiye Engelliler Araştırması	8
1.1.4.4. Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırması	9
1.1.4.5. Türkiye Sağlık Araştırması	12
1.1.5. Engelli Bireyler ve Toplum	12
1.1.6. Görme Engelli Bireyler ve Toplum	17
1.2. Duygulanım - Duygudurum - Duygudurum Bozuklukları	21
1.2.1. Duygulanım (Affect)	21
1.2.2. Duygudurum (Mood)	23
1.2.2.1. Ötimik (Euthymic) Duygudurum	23
1.2.2.2. Depresif Duygudurum (Çökkün Duygudurum)	23
1.2.2.3. Disforik Duygudurum (Dysphoric Mood)	24
1.2.2.4. Taşkın (Öforik) Duygudurum	24
1.2.2.5. Kızgın (İrritabl) Duygudurum	25
1.2.2.6. Kabarmış (Ekspansif) Duygudurum	25
1.2.2.7. Anksiyeteli (Anksiyöz) Duygudurum	26
1.2.3. Duygudurum Bozuklukları	26
1.2.3.1. Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluklar	29
1.2.3.1.1. Bipolar (İki Uçlu) I Bozukluğu	30
1.2.3.1.2. Bipolar (İki Uçlu) II Bozukluğu	31
1.2.3.1.2.1. Manik Dönem	31
1.2.3.1.2.2. Hipomanik Dönem	32
1.2.3.1.2.3. Karma Dönem	33
1.2.3.1.3. Siklotimik Bozukluk	33
1.2.3.1.4. Madde/İlacın Neden Olduğu Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluk	34
1.2.3.1.5. Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluk	34
1.2.3.1.6. Tanımlanmış Diğer Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluk	34
1.2.3.1.7. Tanımlanmamış Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluk	35

1.2.3.2. Depresif Bozukluklar	35
1.2.3.2.1. Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu	35
1.2.3.2.2. Majör Depresif Bozukluk	36
1.2.3.2.2.1. Depresyon	36
1.2.3.2.2.1.2. Depresyon Türleri	42
1.2.3.2.2.1.2.1. Melankolik Özellikli Olan / Somatik Belirtili Olan Depresyon	42
1.2.3.2.2.1.2.2. Endojen ve Reaktif Depresyon Kavramları	43
1.2.3.2.2.1.2.2.1. Endojen Depresyon	43
1.2.3.2.2.1.2.2.2. Reaktif Depresyon	43
1.2.3.2.2.1.2.3. Karma Özelliği Olan Depresyon	43
1.2.3.2.2.1.2.4. Mevsim Depresyonları	44
1.2.3.2.2.1.2.5. Psikotik Özelliği Bulunan Depresyon	44
1.2.3.2.2.1.2.6. Bunaltılı Depresyon	44
1.2.3.2.2.1.2.7. Atipik Depresyon	45
1.2.3.2.2.1.2.8. Maskeli Depresyon	45
1.2.3.2.2.1.3. Öğrenilmiş Çaresizlik	46
1.2.3.2.2.1.4. Depresyonda İmgeleme	46
1.2.3.2.2.1.5. Otomatik Düşünceler	47
1.2.3.2.3. Kalıcı Depresif Bozukluk (Distimi)	47
1.2.3.2.4. Adet Öncesi (Premenstrual) Disforik Bozukluk	48
1.2.3.2.5. Madde veya İlacın Neden Olduğu Depresif Bozukluk	49
1.2.3.2.6. Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Depresif Bozukluk	49
1.2.3.2.7. Diğer Tanımlanmış Depresif Bozukluk	49
1.2.3.2.8. Tanımlanmamış Depresif Bozukluk	49
1.2.4. Görme Engeli ve Ruhsal Sağlık	50
1.2.5. Ruminatif Düşünce Biçimi ve Ruminasyon Kavramı	56
1.2.5.1. Ruminasyon ve Depresyon İlişkisi	58
1.2.5.2. Birlikte Ruminasyon Kavramı	59
1.2.5.3. Ruminasyon Modelleri	60
1.2.5.3.1. Tepki Stilleri Teorisi (Response Styles Theory)	60
1.2.5.3.2. Üzüntü Hakkında Ruminasyon (Rumination on Sadness)	61
1.2.5.3.3. Ruminasyonun Stres-Reaktif Modeli (The Stress-Reactive Model of Rumination)	61
1.2.5.3.4. Olay Sonrası Ruminasyon (Post-Event Rumination)	62
1.2.5.3.5. Hedef İlerleme Teorisi (The Goal Progress Theory)	62
1.2.5.3.6. Öz-Düzenleyici Yürütücü Fonksiyon Teorisi (The Self-Regulatory Executive Function Theory - S-REF)	63
1.2.5.3.7. Kavramsal-değerlendirici ve Deneyimsel (Conceptual-Evaluative & Experiential)	63
1.2.5.3.8. Çok Boyutlu (Multi-dimensional)	64
1.2.5.3.9. Ruminasyon ve Öz Düzenleme (Rumination and Self-Regulation)	65
1.2.5.3.10. Bilişsel Duygu Düzenleme Anketi (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire)	66
1.2.6. Amaç ve Hedefler	67
1.2.7. Araştırmanın Hipotezi	68
1.2.8. Sınırlılıklar	68

1.2.9. Araştırmanın Önemi	68
2. GEREÇ VE YÖNTEM	70
2.1. Araştırma Grubu	70
2.2. Veri Toplama Araçları	70
2.2.1. Bireysel Bilgi Formu	71
2.2.2. Beck Depresyon Envanteri	71
2.2.3. Otomatik Düşünceler Ölçeği	72
2.2.4. Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği	72
2.3. Verilerin Toplanması	73
2.3.1. Araştırma Deseni	74
2.4. Verilerin Analizi	74
3. BULGULAR	76
3.1. Katılımcıların eğitim durumları	76
3.2. Katılımcıların meslek durumları	76
3.3. Katılımcıların bir işte çalışıp çalışmama durumları	77
3.4. Sosyal güvence ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilme durumları	77
3.5. Katılımcıların ekonomik yoksunluk durumları	77
3.6. Katılımcıların cinsiyete göre dağılım durumları	78
3.7. Katılımcıların yaş durumu	78
3.8. Katılımcıların medeni durumları	79
3.9. Katılımcıların ne zamandan beri görme engelli olduğu	79
3.10. Katılımcıların kabartma yazı (Braille) bilip bilmeme durumları	80
3.11. Katılımcıların bağımsız hareket eğitimi alıp almadığı	80
3.12. Katılımcıların toplumsal yaşama katılmakta zorluklar yaşayıp yaşamadığı	80
3.13. Erişilebilirlik ile ilgili çalışmaların yeterli olup olmadığı	82
3.14. Hissedilebilir yüzeyler konusunda sorun yaşanıp yaşanmadığı	83
3.15. Yaşanılan sosyal çevrede “görme engelli, şu işi yapar, şu işi yapamaz” biçimindeki yaklaşımlara maruz kalma sonucu “ben yetersizim, noksanım, değersizim, çaresizim, ben başarılı olamam” gibi düşünce ve duygular yaşanıp yaşanmadığı	83
3.16. Yaşanılan sosyal çevrede karşı karşıya kalınan, görme engeli ile ilgili olumsuz ön yargı ve davranışlar nedeniyle “başkalarına bağımlı olarak yaşamak zorunda olan biriyim” şeklinde düşünülüp düşünülmediği	84
3.17. Ölçeklerden elde edilen skorlar, görme engeli dereceleri, görme engelinin ne zamandan beri bulunduğu	84
3.18. Çalışmada kullanılan ölçeklerle ilgili bazı istatistikler	88
3.19. Çalışmada kullanılan ölçekler arası korelasyon analizleri	89
3.19.1. Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği sonuç ortalamaları ile Beck Depresyon Envanteri sonuç ortalamaları arası Spearman Sıra Korelasyon Katsayısı Analizi	89
3.19.2. Otomatik Düşünceler Ölçeği sonuç ortalamaları ile Beck Depresyon Envanteri sonuç ortalamaları arası Spearman Sıra Korelasyon Katsayısı Analizi	90

3.19.3. Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği sonuç ortalamaları ile Otomatik Düşünceler Ölçeği sonuç ortalamaları arası Spearman Sıra Korelasyon Katsayısı Analizi	92
4. TARTIŞMA	94
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	102
5.1. Sonuçlar	102
5.2. Öneriler	103
ÖZET	105
SUMMARY	106
KAYNAKLAR	107
EKLER	119
Ek-1. Dernek İzin Belgesi	119
Ek-2. Etik Kurulu Kararı	120
Ek-3. Aydınlatılmış Onam Formu	121
Ek-4. Bireysel Bilgi Formu	123
Ek-5. Beck Depresyon Envanteri	125
Ek-6. Otomatik Düşünceler Ölçeği	128
Ek-7. Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği	130
ÖZGEÇMİŞ	131

ÖNSÖZ

Görme engelleri ve yüz yüze kaldıkları yaşamsal koşulların, görme engeli bulunan bireylerin duygudurumlarını etkileyerek depresif duyguduruma neden olup olmadığının ve bu depresif duygudurumla birlikte, ruminatif düşünce eğilimi ve depresyonda iken görülen olumsuz otomatik düşüncelerin de var olup olmadığının incelendiği bu çalışmada, nicel araştırma deseni kullanılmış, veriler, anket ve ölçeklerden yararlanılarak elde edilmiştir. Çalışma kapsamında 50 görme engelli birey ile yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiş ve bu bireylerin duygudurumlarını yansıtan bulgulara ulaşılmıştır.

Bu çalışmaya başladığım andan itibaren, eşsiz bilgisi, deneyimi ve kıymetli görüşleriyle hep yanımda olan, beni yönlendiren, katkısını hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam, değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Veli DUYAN'a, lisansüstü eğitime başladığım ilk günden beri daima desteğini hissettiğim değerli hocalarım, Sayın Prof. Dr. Bedriye ÖNCÜ ÇETİNKAYA'ya, Sayın Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN'a, Sayın Prof. Dr. Oğuz BERKSUN'a, Sayın Prof. Dr. Serpil AYGÜN CENGİZ'e, Sayın Prof. Dr. Vesile ŞENTÜRK CANKORUR'a, Sayın Prof. Dr. Kasım KARATAŞ'a, Sayın Doç. Dr. Fatma SÖNMEZ ÇAKIR'a, Sayın Doç. Dr. Makbule Çiğdem AYDEMİR'e,

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitimim süresince ve de tüm hayatım boyunca her zaman beni destekleyen, bana moral veren, biricik aileme, sevgi güneşi anneme, babama, en yakın dostum kardeşime, değerli eşine ve sevgili yeğenime,

Karşılaştığım oldukları tüm zorluklara rağmen hayata bağlanarak yaşama sevinçleri ile bizlere örnek olan tüm görme engellilere ve Altı Nokta Körler Derneği Ankara şube başkanı Sayın Yusuf DUGAN başta olmak üzere, çalışmama katılım sağlayarak destek olan tüm dernek üyelerine,

En kalbi teşekkürlerimi sunuyorum...

SİMGELER VE KISALTMALAR

APA	American Psychiatric Association
DSM	Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders
EKT	Elektrokonvülsif Terapi
IBM SPSS	IBM Statistical Package for the Social Sciences
ICD	International Classification of Diseases
ICD-11 MMS	ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

ÇİZELGELER

Çizelge 1.1. DSM-5 Sınıflandırması	26
Çizelge 1.2. Majör depresif bozuklukta görülmekte olan belirtiler	36
Çizelge 1.3. Melankolik Özellikler	42
Çizelge 3.1. Eğitim Durumu	76
Çizelge 3.2. Bir işte çalışıp çalışmama durumu	77
Çizelge 3.3. Sosyal güvence ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilme	77
Çizelge 3.4. Ekonomik yoksunluk durumu	77
Çizelge 3.5. Cinsiyete göre dağılım	78
Çizelge 3.6. Katılımcı yaşlarının, minimum, maksimum ve ortalaması	78
Çizelge 3.7. Medeni durum	79
Çizelge 3.8. Ne zamandan beri görme engelli olduğu	79
Çizelge 3.9. Kabartma yazı (Braille) bilip bilmeme	80
Çizelge 3.10. Bağımsız hareket eğitimi alınıp alınmadığı	80
Çizelge 3.11. Toplumsal yaşama katılmakta zorluk yaşanıp yaşanmadığı	81
Çizelge 3.12. Erişilebilirlik ile ilgili çalışmaların yeterlilik durumu	82
Çizelge 3.13. Hissedilebilir yüzeyler ile ilgili sorun yaşanıp yaşanmadığı	83
Çizelge 3.14. Ölçek puanları, görme engeli derecesi ve ne zamandan beri görme engelli olduğu	84
Çizelge 3.15. Ölçek skorları için bazı tanımlayıcı istatistikler	88
Çizelge 3.16. Rumidüşkorort ve Beckdeprskorort değişkenlerine ait ortalama, standart sapma ve Spearman Sıra Korelasyon katsayıları	90
Çizelge 3.17. Otomdüşkorort ve Beckdeprskorort değişkenlerine ait ortalama, standart sapma ve Spearman Sıra Korelasyon katsayıları	92
Çizelge 3.18. Rumidüşkorort ve Otomdüşkorort değişkenlerine ait ortalama, standart sapma ve Spearman Sıra Korelasyon katsayıları	93

1. GİRİŞ

Engelliler, yaşlılar, kadınlar, çocuklar ve diğer dezavantajlı gruplara dahil olan bireylerin, hem genel olarak toplumsal düzeyde hem de özel olarak kendi ait oldukları dezavantajlı grup düzeyinde birtakım sorunları, birtakım yaşamsal zorlukları bulunmaktadır. Engelli bireyler grubunda yer almakta olan görme engellilerin de benzer şekilde baş etmek zorunda oldukları toplumsal sorunları ve görme engellerinden kaynaklanan yaşamsal zorlukları bulunmaktadır. Görme engelli bireylerin sahip olduğu pek çok sorun ve zorluk arasında, toplum tarafından bu bireylere yönelik sergilenen olumsuz davranışlar, tutumlar, ön yargılar, yaşadıkları çevredeki olumsuz fiziksel şartlar, fiziksel engeller, erişilebilirliğin tam anlamıyla olmayışı bulunmaktadır. Tüm bu olumsuz koşullar, görme engelli bireylerin yaşamlarına çok yönlü bir şekilde etki etmektedir. Diğer taraftan, konu ile ilgili literatüre bakıldığında, görme engeli ve depresyon arasındaki ilişkinin varlığı dikkat çekmektedir. Bu çalışmada, bu çok yönlü etkinin, görme engelli bireylerin ruhsal sağlığı üzerinde nasıl sonuçlar doğurduğu incelenmiş, özellikle de duygudurumlarına yönelik etkisi olup olmadığı, depresif belirtilere neden olup olmadığı, depresif belirtilerle birlikte, depresyon durumunda ortaya çıkan olumsuz otomatik düşüncelerin ve ruminatif düşünce eğiliminin de bir arada bulunup bulunmadığı araştırılmıştır. Ruminatif düşünce eğilimine bakılma nedeni, depresyon durumunda verilecek ruminatif tepkinin, depresyon üzerinde olumsuz etki yaratması, süresini uzatabilmesi, iyileşmeyi geciktirebilmesidir. Diğer taraftan, olumsuz otomatik düşüncelerin var olup olmadığına bakılma nedeni de bu olumsuz düşüncelerin, bilişsel yaklaşıma göre depresyonda iken görülmesi ve depresif duygudurumun varlığına işaret ediyor olmasıdır.

1.1. Engelli ve Görme Engelli Kavramları

1.1.2. Engellilik Kavramı

Engellilik olgusu ile ilgili tarihsel sürece bakıldığında bu olgunun, hemen hemen beşeriyet tarihinin ilk dönemlerine dek uzanan bir zaman diliminde var olduğu ifade edilebilir. Bu zaman diliminde, geçmişten günümüze kadarki dönemde, toplumlar tarafından sergilenen ve engele sahip kişilere yönelmiş olan, değişim gösteren tutumlar ve davranışlar olmuş, toplumların, engellilikle ilgili anlamlandırmalarında da farklılıklar görülmüştür. Engellilik olgusu, bu bağlam içinde ele alındığında, sadece bir tek engellilik durumundan ve mevcudiyetinden daha çok, engelliliğin, dönüşüp, değişmekte olan bir olgu olduğundan söz etmenin, daha uygun bulunabilir bir realite olduğu söylenebilir (Şentürk, 2018).

Günümüz dünyasında, engellilik türlerinden herhangi birisine sahip olan ve bu şekilde hayatlarını devam ettiren kişi sayısı bir milyarı aşmıştır. Bu kişilerden ortalama 200 milyonu yaşamlarını sürdürmede hatırı sayılır güçlüklerle karşı karşıya kalmaktadır. Bununla birlikte, engelliliğin yaygınlık durumunun da artış göstermekte olduğu ve bu nedenle, ilerleyen yıllar içinde engelliliğin daha da artan bir endişe hususu durumuna geleceği ifade edilebilir (Tural, 2019).

Engellilik, yalnızca, bireye ait özür nedeniyle oluşmamakta, birey ve toplumun etkileşimi sonucu oluşan bir sosyal gerçekliğin inşa edilmesine dayanmaktadır, şeklindeki vurgu, bir olgu olarak engelliliğin, birey ve çevresinin dinamik etkileşimi neticesinde ortaya çıkan bir sonuç şeklinde ele alınması gerektiğine dikkat çekmektedir (Uluocak ve Aslan, 2012).

İçinde yaşanmak durumu ile karşı karşıya kalınmış ya da içine doğulmuş olunan toplumsal şartlardaki engellilik ile ilgili yaklaşımlar, olanaklar ve hizmetler, engellilik olgusuna hem nicelik hem de nitelik açısından etki edebilmektedir (Şentürk, 2018).

Konu ile ilgili Türkçe literatüre bakıldığında çoğunlukla, engelli ve özürlü kavramı kullanımı dikkat çekmektedir, bununla beraber kullanılan kavramlar arasında, yetersizlik, iş göremezlik, malullük, yapı ve işlev farklılıkları, özel gereksinimli olma, yeti yitimi de bulunmaktadır. Engelli ve özürlü kavramları hakkında, standartlaşmış, açık ve yaygın biçimde kabul gören tanımlar bulunmamaktadır (Şişman, 2012). Her yer ve zamanda makbul olan bir engellilik tanımının yapılması epeyce zordur (Karataş, 2002b; Şentürk, 2018). Yazarken ve konuşurken, çoğunlukla biri diğerinin yerine geçebilen, engelli, özürlü, sakat kavramları benzer anlamların ifade edilebilmesi amacıyla kullanılmaktadır (Şişman, 2012).

Yapılan tanımlara örnek olması bakımından, sakat kavramı, "Normal yaşantıyı sürdürmek için yeterli ve gerekli, bedensel ve ruhsal yapıdaki doğuştan veya sonradan olan yapısal ve organik değişiklik veya noksanlar sonucu kişinin içinde bulunduğu hallere sakatlık" denildiği şeklinde tanımlanmaktadır (Karabulat, 1976).

Özürlü kavramı, ilgili kanunda, "Özürlü: Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişiyi ifade eder" şeklinde belirtilmiştir (Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, 2005).

Engelli kavramı, ilgili sözleşmenin madde 1, amaç kısmında, "Engelli kavramı diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişileri içermektedir" şeklinde ifade edilmektedir (Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme, 2009).

Yeti yitimi (disability) kavramı: "1. kişinin duyumsamasını, hareket ve etkinliklerini olumsuz olarak etkileyen fiziksel ya da zihinsel durum. 2. engelli olma durumu" şeklinde tanımlanmaktadır (Karakaş, 2017).

Bu noktada, Sakatlık Çalışmalarından söz etmenin yerinde olacağı düşünülmektedir. 1970'lerden başlamış olan daha çok 1980'li yıllardan sonra gelişme göstermiş olan Sakatlık Çalışmaları, farklı disiplinleri bir araya getirmiştir. 1960'lı yıllarda görülen sosyal hareketlilik çerçevesi içinde, Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'de ortaya çıkmıştır. Vietnam Savaşı sonrası ülkelere dönen farklı sakatlıklara sahip gazilerin, sakat kimliğini, haklarını, deneyimini vurgulamalarıyla bir sakat hareketi oluşmuştur. Kendilerinde sakatlık bulunan akademisyenlerin de bu hareket içinde yer almaları ve mücadele etmeleriyle akademik bir çalışma alanı olarak şekillenmiştir. Sakatlık çalışmalarında başlıca üç kuramsal bakış açısı görülmektedir. Bunlar, Tıbbi-Bireysel Model, Sosyal Model, Sakatlık veya Yeti Yitimi Sosyolojisidir. Tıbbi-Bireysel Model'de, sakatlık, bireyin, doğuştan veya daha sonra karşılaştığı talihsiz bir hal olarak, başka bir ifadeyle, kişinin kendisinden kaynaklanmış olan noksanlık ya da hastalık hali biçiminde tarif edilmektedir. Esasen, sakatlık çalışmaları hakim olan bu yaklaşıma karşı oluşmuştur. Sosyal Model'de, sakat birey ve bedenlerden daha çok, ilk olarak, engel oluşturan, hakim toplumsal pratiklerin sorgulanması gerektiği belirtilmektedir. Problemin kökeninde, sakat kişinin yeti yitimine sahip bedeni değil, egemen durumda bulunan sosyal pratikler, sosyal kurumlar ve bireyin sosyal çevresi bulunmaktadır. Sakatlık ya da Yeti Yitimi Sosyolojisi yaklaşımı ise bedenin, daima, sosyal biçimde inşa edilmekte olduğu, basit şekilde biyolojik olarak ele alınamayacağını savunmaktadır (Bezmez ve ark., 2012, s.17-20).

Sakatlık Çalışmaları adı altında yapılan araştırmalar, bu araştırmaların çeşitli disiplinlerden beslenmesiyle, hem tıbbi hem de sosyal modele, eleştirel, farklı, pek çok bakış açısı getirmiştir. Örneğin, biyopsikososyal model, bu model, hem toplumsal etmenleri hem de bireysel etmenleri (insan psikolojisi, insan kişiliği de içinde bulunmak üzere) dikkate almayı önermektedir. Biyopsikososyal modelin,

sakatlık ve hastalığı anlamada, kapsamlı ve daha fazla değişkeni hesaba katmakta olduğu ifade edilebilir (Yardımcı, 2015).

Çakır'a (2016) göre, bireyin engelli olma durumu ile ilgili önemli bir hususa dikkat çekmek yerinde olacaktır. Körlük, sağırlık, dilsizlik, çolaklık, topallık şeklinde yapılan tanımlamalarda vurgunun kişiye yapıldığı, bedensel engelli, zihinsel engelli, işitme engelli, görme engelli biçimindeki ifadelerde ise bir fonksiyonun zayıflaması ya da kaybedilmesine değinilerek, vurgunun, bireyle birlikte, içinde yaşamakta olduğu topluma da yapıldığı görülmektedir. Bedensel fonksiyonlarda görülen yeti yitimlerinin bireysel ve toplumsal olarak desteklenmesi gerekmektedir. Örneğin, bireysel olarak, rehabilitasyona yönelik hizmetler, tıbbi bazı aygıtların kullanılması gibi, toplumsal olarak da erişimde sağlanan kolaylıklar, yolların, kaldırımların, ulaşım hizmetlerinin, engelli bireyler de dikkate alınarak düzenlenmesi, istihdamdaki, eğitimdeki düzenlemeler gibi. Eğer bireyler bu şekilde desteklenmez ise esas anlamdaki sınırlı olma, dezavantajlı olma, engelli olma durumu ortaya çıkmaktadır.

Türkiye'de yapılan nüfus sayımlarında (1935 – 1985 arası), özürllük türleri için, kör, sağır ya da dilsiz, topal, çolak, kötürüm, kambur, zihinsel ve ruhsal özürllü, müteaddit ve diğer ve bilinmeyenler biçiminde gruplandırmaya gidildiği, daha sonra bir miktar kısaltılarak, görme özürllü, işitme özürllü, fiziksel özürllü, zihinsel özürllü, konuşma özürllü, diğer, birden fazla özüre sahip ve bilinmeyen (2000 yılı) biçiminde gruplandırıldığı görülmektedir (Murat, 2009). Sonraki süreçte de 2013 yılında çıkarılan yasa ile değişikliğe gidilmiş, sakat ve özürllü ibareleri yerine engelli ibaresi kullanılmıştır (Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Yer Alan Engelli Bireylere Yönelik İbarelerin Değiştirilmesi Amacıyla Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 2013).

Türkiye'de, ortopedik engelliler, işitme engelliler, görme engelliler, dil ve konuşma engelliler, zihinsel engelliler, ruhsal ve duygusal engelliler, kronik hastalığa sahip olanlar, şeklinde türlü engel gruplarının bulunduğunu görmekteyiz (Tural, 2019).

1.1.3. Görme Engelli Kavramı

Görme duyusu, insanoğlunun sahip olduğu temel duyulardan bir tanesidir. Bu duyunun, doğuştan bulunmaması ya da yaşam içinde geçirilen bir kaza veya bir hastalığa bağlı olarak tamamen kaybedilmesi ya da eksilmesi, asırlarca bütün insan toplumlarının en önem arz eden problemleri içinde kabul edilmiştir (Arıkan, 2001).

Birey, görme duyusunda bulunan noksanlık nedeniyle, etrafındakiler ile olan ilişki ve öğrenmeleri, geride kalmış diğer duyularını kullanarak elde etmek mecburiyetinde kalacaktır. Bu nedenle, türülük bakımından az ve kapsam açısından sınırlı deneyimlere sahiptir. Görmesinde yetersizlik bulunan çocuklar, çevresini denetleme açısından sınırlıdır, bu sınırlılık, hem iç hem de dış ortamlardaki bağımsızlıklarına kısıt getirmektedir. Birey erişkin olduğu dönemde de bu kısıtlılık durumları, aktivitedeki bağımsızlığa bariz şekilde etki etmektedir (Özkan, 2019).

Beyine alınan bilgilerden çoğunun görüşten gelmesi nedeniyle, beyin, görme duyusunu kaybettiği zaman bunu, bilgi kaybı olarak yaşar, çünkü beyin, temelde, kendini görme aracılığıyla yönlendirmeye alışmıştır (Langdell ve Langdell, 2010).

Görme duyusu, sağlamakta olduğu duyu girdileri açısından zengin olması nedeniyle, insan yaşamında epeyce önem arz etmektedir. İnsanın hayat boyu kazandığı bilgi miktarının ortalama %80'i görme duyusu vasıtasıyla edinilmektedir (Özkan, 2019).

Görme engelli kavramına bakıldığında, iki ya da tek gözünde kısmen ya da tamamen görme bozukluğu ya da görme kaybı bulunan kişiler görme engelli olarak tanımlanmakta olup gece körlüğü olanlar, renk körü olanlar ve göz protezi kullanmakta olanlar da bu grubun içinde kabul edilmektedir (Tural, 2019).

Görme kaybı terimi ile de görmede oluşan herhangi bir seviyedeki ve tipteki değişikliklerin anlatımı amaçlanmaktadır. Hem görsel alandaki değişikliklerin hem

de görme keskinliğindeki azalmanın ifadesinde kullanımı uygun olup tümüyle görme kaybında da az derecedeki görme yitiminde de kullanımı söz konusudur (Özkan, 2019).

Çeşitli çalışmalarda, gözleri görmeyen bireyler için, kör, âmâ, görme özürlü, hafız, görme engelli, görmeyen, görmez, şeklinde ifadeler kullanıldığı dikkat çekmektedir. Ancak, kör, âmâ, görmez, görmeyen, hafız, sözcükleri ile tamamen görme yeteneğinden yoksun kimseler kastedilmektedir. Bu ifadelerin, az da olsa görme yeteneğine sahip bireyleri kapsam dışında bıraktığı görülmektedir (Demirci, 2005).

Öte yandan, görme özürlü, “Tek veya iki gözünde tam veya kısmi görme kaybı veya bozukluğu olan kişidir. Görme kaybıyla birlikte göz protezi kullananlar, renk körlüğü, gece körlüğü (tavuk karası) olanlar bu gruba girer” şeklinde tanımlanmaktadır (Türkiye Özürlüler Araştırması, 2002).

Görme engelli bireyler için Türkçede bulunan kör, âmâ, görme engelli, görme özürlü, az gören ifadeleri farklı anlamlara sahip oldukları halde zaman zaman birbirinin yerini alabilmektedir (Karataş, 2002b).

Bu aşamada, Türkiye'deki engelli ve görme engelli bireylerle ilgili birtakım istatistiki bilgilerin verilmesinin de uygun olacağı düşünülmektedir.

1.1.4. Türkiye'deki Engelli ve Görme Engelli Bireyler Hakkında Bazı İstatistiksel Bilgiler

1.1.4.1. Nüfus ve Konut Araştırması

2011 yılında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılmış olan Nüfus ve Konut Araştırması'nda, yaklaşık olarak dokuz milyon kişi ile yüz yüze

görülmüştür. Araştırma bulgularına bakıldığında, 3 ve daha yukarı yaşta olmak üzere, en az bir engele sahip olan nüfus oranının %6,9 olduğu, erkeklerde bu oranın %5,9, kadınlarda ise %7,9 olduğu görülmektedir. %6,9'luk oran ise 4.876.000 kişiye karşılık gelmektedir. Bununla beraber, görmede zorluk yaşayan bireylerin toplam nüfus oranının %1,4 (1.039.000 kişi), bu bireylerin %1,3'ünün erkek (478.000 kişi) ve %1,5'inin de kadın (561.000 kişi) olduğu görülmektedir (Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni, 2021).

1.1.4.2. Ulusal Engelli Veri Sistemi

Ülkemizde Engelli Sağlık Kurulu Raporları esas kabul edilerek oluşturulmuş Ulusal Engelli Veri Sistemi'nde kaydı olan ve hayatta bulunan engelli birey sayısı, erkek 1.414.643 kişi, kadın 1.097.307 kişi (Engelli Sağlık Kurulu Raporu almak üzere başvuruda bulunmamış ve hizmet alabilmek amacıyla devletle teması bulunmayan kişiler kapsam dışındadır) şeklinde olup bu kişilerin 775.012'si ağır engellidir. Bununla birlikte, bu kişilerin %9,53'ü yani 215.076'sı da görme engellidir (Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni, 2021).

1.1.4.3. Türkiye Engelliler Araştırması

Engellilik oranı: Türkiye genelindeki engelli nüfus oranı %12,3'tür. Engelli nüfus içinde ortopedik engelli, görme engelli, işitme engelli, dil ve konuşma engelli, zihinsel engelli bireylerin oranı, %2,6 iken süreğen hastalığı olan bireylerin oranı %9,7'dir. Yerleşim yeri bakımından dağılıma göre de engelli bireylerin %12,7'si kentsel alanda, %11,7'si ise kırsal alanda yaşamaktadır (TÜİK, 2002).

Engelin türüne göre engelli nüfus oranı: Görme engelli: Türkiye geneli için, görme engelli nüfus oranı %0,6'dır. Yerleşim yeri bakımından, görme engelli nüfusun %0,5'i kentsel alanda, %0,7'si de kırsal alanda yaşamaktadır. Cinsiyete göre dağılımda, %0,7'si erkek, %0,5'i kadındır. Bölgelere göre dağılımda ise en az görme

engellinin %0,5 ile Marmara Bölgesinde, en çok görme engellinin %0,7 ile Karadeniz ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde olduğu görülmektedir (TÜİK, 2002).

Engelin türü ve ortaya çıkış zamanı: Görme engelli: Türkiye geneli için, görme engeli doğuştan olanların oranı (%20,4), görme engeli sonradan meydana gelenlerin oranı (%76,3), görme engeli bilinmeyen nedenlerle meydana gelenlerin oranı %3,3'tür (TÜİK, 2002).

1.1.4.4. Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırması

Araştırma kapsamında, kayıtlı olan görme engelli bireyler hakkında ulaşılan sonuçlardan bazıları şu şekildedir:

Engelli bireyler içinde, %8,4 oranında görme engelli birey bulunmakta ve bu oran erkeklerde (%67,0), kadınlarda ise %33,0'dır. Görme engellilerin %59,2'si kentsel alanda, %40,8'i kırsal alanda yaşamaktadır. Yaş gruplarına göre bakıldığında ise en yüksek oranın %36,2 ve 25-44 yaş aralığında olduğu dikkat çekmektedir (TÜİK, 2010).

Görme engelli bireylerin eğitim durumlarına bakıldığında (6 ve daha yukarı yaştaki görme engelli bireyler olmak üzere) %32,1'inin okuryazar olmadığı, %11,8'inin ise okuryazar olduğu fakat bir okul bitirmediği görülmektedir. İlkokul mezunlarının oranı %29,0 iken ilköğretim ya da ortaokul ve dengi okul mezun oranı (%12,5), lise ve daha üstü okul mezun oranı ise %14,6'dır (TÜİK, 2010).

Engelin ortaya çıkma zamanına göre dağılıma bakıldığında, görme engelinin çıkma zamanının, gebelikte (%19,5), doğum esnasında (%7,5), bir yaş altında (%12,7), bir yaş ve üstünde (%58,7), zamanı bilinmeyenlerin ise %2,6 oranında olduğu görülmektedir (TÜİK, 2010).

Engelin nedenine göre dağılıma bakıldığında, görme engeli nedeninin, kaza nedeniyle (%21,7), hastalık nedeniyle (%41,7), genetik/kalıtsal bozukluk nedeniyle (%22,3), gebelikte/doğum sırasında yaşanan sorunlar nedeniyle (%1,0), bilinmeyen nedenlerle (%13,1), diğer nedenlerle %2,0 oranında olduğu görülmektedir (TÜİK, 2010).

Görme engellilerin, yaşadığı ortamdaki fiziksel çevre düzenlemelerinin, kullanımlarına uygun olup olmadığıyla ilgili düşünceleri dağılımına bakıldığında:

a. İkamet ettiği binanın (bina içinde hareket edilebilirlik, katlara ulaşma) uygun olduğunu ifade edenlerin oranı (%27,2), uygun olmadığını ifade edenlerin oranı (%69,2), fikri olmayanların oranı ise %3,7 şeklindedir (TÜİK, 2010).

b. Kaldırım, yaya yolu ve yaya geçitlerinin, uygun olduğunu ifade edenlerin oranı (%19,2), uygun olmadığını ifade edenlerin oranı (%71,3), fikri olmayanların oranı ise %9,6 şeklindedir (TÜİK, 2010).

c. Kamu binalarının, uygun olduğunu ifade edenlerin oranı (%19,7), uygun olmadığını ifade edenlerin oranı (%62,8), fikri olmayanların oranı ise %17,5 şeklindedir (TÜİK, 2010).

d. Postane, banka ve buna benzer yerlerin uygun olduğunu ifade edenlerin oranı (%18,7), uygun olmadığını ifade edenlerin oranı (%60,8), fikri olmayanların oranı ise %20,5 şeklindedir (TÜİK, 2010).

e. Dükkan, market, mağaza ve lokantaların uygun olduğunu ifade edenlerin oranı (%18,5), uygun olmadığını ifade edenlerin oranı (%64,3), fikri olmayanların oranı ise %17,2 şeklindedir (TÜİK, 2010).

f. Spor tesislerinin uygun olduğunu ifade edenlerin oranı (%9,6), uygun olmadığını ifade edenlerin oranı (%37,6), fikri olmayanların oranı ise %52,7 şeklindedir (TÜİK, 2010).

g. Sinema, tiyatro ve buna benzer yerlerin uygun olduğunu ifade edenlerin oranı (%7,8), uygun olmadığını ifade edenlerin oranı (%33,6), fikri olmayanların oranı ise %58,7 şeklindedir (TÜİK, 2010).

h. Park ve yeşil alanların uygun olduğunu ifade edenlerin oranı (%19,4), uygun olmadığını ifade edenlerin oranı (%46,2), fikri olmayanların oranı ise %34,3 şeklindedir (TÜİK, 2010).

ı. Tatil yerleri ve otellerin uygun olduğunu ifade edenlerin oranı (%7,0), uygun olmadığını ifade edenlerin oranı (%28,4), fikri olmayanların oranı ise %64,7 şeklindedir (TÜİK, 2010).

Görme engelli bireylerin çalışma durumu ile ilgili dağılıma bakıldığında (15 yaş ve üstü olmak üzere), çalışan görme engelli bireylerin oranının (%24,8), çalışmayan görme engelli bireylerin oranının ise %75,2 olduğu görülmektedir (TÜİK, 2010).

Görme engelli bireylerin sosyal yardımlardan düzenli olarak faydalanma durumu ile ilgili dağılıma bakıldığında (15 yaş ve üstü olmak üzere), sosyal yardımdan yararlanan görme engelli bireylerin oranının %37,2 olduğu görülmektedir (TÜİK, 2010).

Görme engelli bireylerin, kamu kurum ve kuruluşlarından beklentileri ile ilgili dağılıma bakıldığında ise: Sosyal yardım ve desteklerin artırılmasını isteyenlerin oranı (%85,1), sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesini isteyenlerin oranı (%74,4), bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi ve yaygınlaştırılmasını isteyenlerin oranı (%33,8), iş bulma olanaklarının artırılmasını isteyenlerin oranı (%45,5), eğitim imkanlarının

artırılmasını isteyenlerin oranı (%17,4), fiziksel çevre ve ulaşım imkanları konusunda düzenlemeler yapılmasını isteyenlerin oranı (%23,0), hiçbir beklentisi olmayanların oranı (%1,8), diğer beklentileri olanların oranı %7,0 şeklindedir (TÜİK, 2010).

1.1.4.5. Türkiye Sağlık Araştırması

Türkiye Sağlık Araştırması, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre, görme sorunu olan bireylerin (15 yaş ve üzeri olmak üzere), 2008, 2010, 2012, 2014, 2016 ve 2019 yılları için cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımına bakıldığında: 2008 yılı için, görme sorunlu birey oranının %8,1 (%5,7 erkek, %10,4 kadın), 2010 yılı için, görme sorunlu birey oranının %6,7 (%4,8 erkek, %8,4 kadın), 2012 yılı için, görme sorunlu birey oranının %5,5 (%4,0 erkek, %6,9 kadın), 2014 yılı için, görme sorunlu birey oranının %6,9 (%5,1 erkek, %8,6 kadın), 2016 yılı için, görme sorunlu birey oranının %6,9 (%5,3 erkek, %8,6 kadın), 2019 yılı için, görme sorunlu birey oranının %5,8 (%4,4 erkek, %7,2 kadın) şeklinde olduğu görülmektedir (TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması).

1.1.5. Engelli Bireyler ve Toplum

Engelli bireyi, bedensel işlevlerindeki noksanlıklardan daha çok toplumun engelliliğe karşı davranış ve tutumları meydana getirmektedir. Basmakalıp inançlar, önyargılar, zaman içinde elastikiyetini kaybetmiş değer yargıları, kişiler üstü norm ve engelli bireyin soyutlandığı küçük ve büyük engellemeler, engelli, adını verdiğimiz bir kişi profili meydana çıkarmaktadır (Tufan, 2004).

Hem içinde yaşadığımız toplumdaki rollerimizi icra ederken hem de çevremizle ya da toplumla iletişim kurmakta iken etkisinde olduğumuz, yaşımız, cinsiyetimiz, eğitim düzeyimiz, sosyal kökenimiz ve bunlara benzer, bireysel, çevresel veya toplumsal pek çok değişken bulunmaktadır. Engelli olma durumu da bu değişkenler arasında gösterilebilir (Karataş, 2008).

Engelli doğmuş olan veya sonradan engelli duruma gelmiş kimselere karşı, eski ve ilkel toplumlarca gösterilen refleksler sertti. İlkel toplumlarca, kişinin sağlık açısından iyi ve bedensel olarak da güçlü olması önemli bir unsurdur, çünkü kişi, avlanma, savaşma ve benzeri hallerde işlevsel olmalıydı, bu işlevlere sahip olamayacak şekilde doğmuş olanlar derhal yok edilirdi. Kişinin, kendisinin veya anne babasının günahları ve suçları nedeniyle tanrılar tarafından cezalandırılması sonucu engelli olduğu inancı da önemli bir ortadan kaldırma nedeniydi (Enç, 2005).

Bu noktada, ayrımcılık hakkında bilgi vermenin yerinde olacağı düşünülmektedir. Karataş'a (2002a) göre, temelini, ben ve öteki ayrımından almakta olan ayrımcılık, çok çeşitli sebeplere bağlı ve türlü görünümlere sahip olarak yaşanmakta ve sosyal hayatın her alanında görülebilmektedir. Bizim gibi olmayan, bizimle benzeşmeyen, benden ya da bizden farkı bulunan, öteki olarak nitelendirilmektedir. Engelli bireyler de toplumda kendilerine yönelik oluşan ve gerçeği yansıtmayan değer yargıları nedeniyle hem ayrımcılıkla ilgili hem de dışlanmayla ilgili problemlerle karşı karşıya kalmaktadır.

Tarihsel sürece bakıldığında, toplumsal yaşam içindeki ayrımcılığın ilk şekline, engelli bireylerin ve yaşlı bireylerin maruz kaldığı görülmektedir. Bu bireyler, engelli veya yaşlı olmaları nedeniyle, toplum için yaşamsal öneme sahip olan üretme sürecinin dışında kalmış, savaşmamış ve bu bağlamda bir işe yaramayan kişi ve toplumsal bir yük konumunda görülmüştür. Bununla birlikte, türlü zorluklarla mücadele edilerek elde edilebilen ürünlere ortak olmaları nedeniyle de bu bireyler, katı ayrımcı tutumlarla, olumsuz davranışlarla, tahammülsüzlüklerle ve olumlu olmayan değer yargılarıyla karşı karşıya kalmıştır. Toplum, bu bireyleri toplumsal yaşamın dışına itmiş ve onlardan kurtulmaya çalışmıştır (Karataş ve ark., 2014).

Bu aşamada, damgalamadan da söz etmek yerinde olacaktır. Damgalama davranışı ile birey veya grubun farklı oluşu işaret edilir, aynı zamanda bu farklı olma durumundan dolayı pek çok olumsuz özellikle ilişkilendirilir. Ardından toplumsal yaşamın dışında bırakılır, yok olması amacıyla kendi haline terk edilir (Taşkın, 2007).

Engelli kadın bireylerin de hem tüm kadınlarca yaşanan ayrımcılık deneyimlerini hem de engelleri nedeniyle oluşan problemleri birlikte yaşamakta oldukları, bununla beraber, toplumsal yaşam içinde ötekileştirildikleri, damgalandıkları ve dışlandıkları görülmektedir. Genel olarak, çoğu konuda başarısız olacakları düşünülmekte, sahip olduğu güçler hafife alınmaktadır. Bazen de engelli kadınlara yönelik aşırı düzeyde beklentilerin oluşturulduğu veya bu bireylerin görmezden gelinmesi nedeniyle sunulması gereken desteğin verilmediği görülmektedir. Engelli kadın bireylerin, sahip olduğu güçlerin gerçeği yansıtan şekilde değerlendirilmemesi ve sunulması gereken desteklerin verilmemesi, bu bireylerin hayatlarını birçok bakımdan güçleştirmektedir. Bununla birlikte, kadının yerinin evi olduğu, şeklindeki genel anlayışın hâkim olması nedeniyle engelli kadınlardan da ev içi rollerin icra edilmesi talep edilmektedir. Bu şekilde bir anlayış nedeniyle kadın, toplumsal yaşamdan soyutlanmakta, engelli kadınlar da daha fazla evlerinde kalmakta, onlara, kendini gerçekleştirmek ve kendini tanımak için fırsat verilmemektedir (Karataş ve Gökçearslan Çifci, 2010).

Karataş'a (2002b) göre, engelli bireyi diğerlerinden farklı yapan, onun fiziki fonksiyonlarında bulunan aksaklık ve bu aksaklığın, engellinin hareket kabiliyetini olumsuz etkilemesidir. Engelli bireylerin yaşamakta olduğu ayrımcılığın da esas nedeni, bu farklı olma durumudur. Görülen her ayrımcılığın altında, farklılık, başka bir deyişle, alışık olunmayan özelliklerin sahip olunması yatmaktadır. Hareket kabiliyetinin sınırlandırılması, engelliye toplumsal yaşamdan uzakta bırakır, hem dışlayıcı özellikteki davranış ve tutumlar hem de sosyal destek sistemlerinin azlığı nedeniyle toplumsal yaşama eşit kişiler olarak dahil olamazlar.

Bununla birlikte, bireyin toplumsal yaşama katılması ve bu sayede kendini gerçekleştirmesi bir hak olduğu kadar aynı zamanda bir ihtiyaçtır. Bu ihtiyacın karşılanmaması durumunda kişide, yetersizlik ve tatminsizlik duygusunun gelişmesi söz konusu olmaktadır. Bu etki, engelli bireylerde daha da belirgin olmaktadır. Diğer taraftan, engelli bireylerin, kentsel çevrede özgür biçimde hareket edebilmesinde engel oluşturan türlü nedenlerin bulunduğu da görülmektedir (Karataş, 1998).

2002 yılında Türkiye'de yapılmış olan Özürlüler Araştırması'nın ikincil analizinde, engelli bireylerin devasa oranda sosyal dezavantajlarla karşı karşıya kaldıkları bulgusuna ulaşılmıştır (Tufan ve Arun, 2006).

Engelli bireylerin karşılaşmakta olduğu toplumsal sorunlar arasında, toplum tarafından, bu bireylerin, acınması gereken kimseler biçiminde görülmesi de bulunmaktadır. Bu olumsuz ön yargı, engelli bireylerin kendi kişiliğine gösterdiği saygıda azalmaya neden olmaktadır. Çünkü engelli bireyler kendisini, sıklıkla, engeli olmayan diğer bireylerin yaptığı değerlendirmelere göre algılamaktadır. Engelli bireylere yönelik olumsuz bakış açısı ve ön yargılar, bu bireylerin istihdam edilmesine de olumsuz biçimde yansımaktadır. Bununla birlikte, engelli bireyin istihdam edilerek çalışma hayatına katılması, onun, toplumsal yaşamdan soyutlanmasının önüne geçerek, engelli birey üzerinde psikolojik ve sosyal açıdan olumlu sonuçlar doğuracaktır (Bilgin, 1999). Diğer taraftan, engelli bireylere yardım edilmesi fikrinin, tarih sürecinde, bu bireylerin eğitilmesi, tüm haklardan eşit biçimde faydalanabilecekleri, çalışma hakkının da bu haklardan birisi olduğu şeklinde gelişim gösterdiği görülmektedir (Karataş, 1997).

Karataş (2002b), engelli bir kişinin iş sahibi olmasının, onun, içinde yaşamakta olduğu topluma uyum sağlaması ve toplumsal bütünleşmesi bakımından yüksek öneme sahip olduğunu ifade etmektedir. Diğer taraftan, iş sahibi olamayan engelli kişinin, üretimde bulunup içinde yaşamakta olduğu topluma katkı sağlayamadığı için kendisini gerçekleştiremediğini, hem aile hem de toplum için yük oluşturduğunu da belirtmektedir.

Engelli bireylerin istihdamda yaşamakta olduğu problemler üç başlık altında toplanabilir. Bunlar, birinci olarak, engellilerin, istihdam için hazırlanması, mesleki eğitimdeki ve rehabilitasyonda yaşanan problemler, ikinci olarak, engellilerin istihdamında, iş bulmasında ve işe girmesinde karşılaşılan problemler, üçüncü olarak da engellilerin işe girdikten sonra çalışma hayatında yaşadığı problemler, şeklinde ifade edilebilir (Karataş, 2001a).

Bu noktada, engelli bireylerin istihdam edilerek çalışma yaşamına katılmaları bakımından çok önemli bir konu olan mesleki rehabilitasyon ve mesleki eğitimden de söz etmenin yararlı olacağı düşünülmektedir. Karataş (2001b), mesleki eğitim ve rehabilitasyonun, engelli bireylerin topluma uyum sağlamasında etkili ve önemli bir faktör olduğunu belirtmekte, mesleki rehabilitasyonun, bireyin engelinden dolayı kaybetmiş olduğu mesleki bir beceriyi bireye tekrar kazandırmak ya da tekrar kazandırmak imkânı bulunmuyorsa, durumuna münasip yeni bir meslek için yönlendirme yapılarak eğitmek, şeklinde tanımlanabileceğini ifade etmektedir. Ayrıca mesleki eğitim ya da rehabilitasyon sayesinde engelli bireyin istihdam edilme ihtimalinin yükseleceğini, bunun da engelli bireyin toplumla bütünleşmesini kolaylaştırıcı etki sağlayacağını da belirtmektedir.

"Türkiye'deki Engelli Bireylere İlişkin Kültürel Tanımlamalar: Ankara Örneği" isimli çalışmada, Türkiye'de engelli olmayan bireyler tarafından çizilmiş olan engelli bireylere ait kültürel resmin, en önemli sosyolojik bulgulardan birisi olduğu ifade edilmektedir. Buradaki kültürel tanımlamalarda engelli kişilere, yetersiz görülen, dışlanan, acınan, şeklinde olumsuz atıflar yapılmaktadır. Bu olumsuz kültürel tanımlamalar, fizyolojik olan engel durumundan daha fazla engellilik oluşturabilecektir. Bu kültürel resim, engelli birey olmanın kültürel bağlamda hangi anlamlara geldiğini betimlemektedir (Burcu, 2011).

Fiziksel özürlülük, bedene ait aktiviteler ve becerilerdeki kısıtlılık veya noksanlık olarak tanımlanıyor iken, sosyal özürlülük, fiziksel özürlü olmanın katkılarıyla biçimlenen, kişinin toplumsal yaşamda kendine ait rolleri yerine getirmesinde yaşadığı zorluk ve kısıtlılıktır (Burcu, 2004).

Sosyal özürlülük, kişinin, toplumsal hayatındaki gereksinimlerinin giderilememesi, bağımsız bir yaşam sürdürebilmesini engelleyen toplumsal, ekonomik, siyasi ve kültürel alt yapı noksanlıkları çerçevesinde başkalarından farkı bulunan kimse biçiminde algılanmasında şekillenmektedir (Burcu, 2007).

1.1.6. Görme Engelli Bireyler ve Toplum

Tarihsel sürece bakıldığında, Roma İmparatorluğu döneminde, kör kızlar, fuhuş amacıyla yetiştirilirken, kör erkekler ise kürekçi olmaları maksadıyla kalyonlara satılmaktaydı. Körlüğün, eski İsrail'ler içinde, karşılaşılabilecek en dehşet verici bir bela sayıldığı, bu kimselerin şeytanın esiri kabul edilmeleri nedeniyle kendilerine yaklaşılmadığı, aynı zamanda İbraniler tarafından, kör bireylerden, el değirmenlerinde çalıştırılmak suretiyle yararlanılmış olunduğu da ifade edilmektedir. Eski Çin'de, kör bireylerin, dilencilik amacıyla yetiştirilmekte oldukları ve şarkıcı kızlar, şeklinde isimlendirilen fahişeliğin, ananevi bir meslek olarak, kör kızlar tarafından icra edildiği anlaşılmaktadır. Toplumdaki engelli bireylere yönelik tutumlar ve davranışlar, Hristiyanlık ile birlikte büyük oranda değişime uğramış, dini kurumlar tarafından, engelli kimselerin bakımlarına yönelik önemli oranda gayret gösterilmiştir. Bununla birlikte, bu yaklaşım, hayırsever bir anlayışla sadaka verilmesi boyutunda kalmıştır. Bu nedenle, devlet ve kilisenin açmış olduğu hayır kurumları içinde, kör bireylerin, eğitim, öğretim görebilecekleri muhakeme edilmemiş ve yararlı faaliyetler amacıyla yetiştirilmelerine yönelik ilerici hamleler yapılamamıştır. Diğer taraftan, İslami gelenekte, Kur'an ve diğer dini metinlerin ezberlenerek, dini merasimlerde okunması, kör bireyler tarafından yapılabilecek münasip işlerden sayılmakta olup bu kimselerin, halkımız tarafından çoğu zaman "hafız" biçiminde isimlendirilmeleri bu durumla alakalıdır (Enç, 2005).

Görme bozukluğuna sahip çocuk ve gençlerin dar bir sosyal çevreleri bulunmakta olup bu sosyal çevre ekseriyetle aile üyelerinden meydana gelmekte ve bununla sınırlı kalmaktadır. Bununla birlikte, bu çocuk ve gençler kendi yaşlıları ile karşılaştırıldığında sosyal açıdan daha izole oldukları görülmektedir (Özkan, 2019).

Görmeyen bireylerde de gören bireylerde olduğu gibi bireysel farklılıklara rastlanılmaktadır. Görmeyen bireyler arasında, sahip oldukları kabiliyetler, görme yeteneğini kaybettiği yaş, cinsiyet, davranışlarına yön veren dürtüler, şahsiyet yapıları bakımından bireysel ayrılıklar bulunmaktadır (Enç, 1978).

Konu ile ilgili yapılan bir araştırma bulguları incelendiğinde, görme engelli bir katılımcıya ait şu ifadenin dikkat çekici olduğu görülmektedir: *“Ya riyakarca, ya da bilinçsiz bir şekilde toplumdan dışlanıyoruz. İzole edilmemeliyiz. Kör parkı, Kör hastanesi vb.. isteyenler var. Biz içinde yaşadığımız topluma entegre olmalıyız...”* (Burcu, 2007, Katılımcı 585, İstanbul).

Yapılan diğer bir çalışmaya katılım sağlamış olan, 37 yaşında, erkek, bekâr, üniversite mezunu, memur olan ve Rize ilinde yaşayan, doğuştan görme engelli bireyin, yaşadığı sorunlar ile ilgili olarak, *"Engelim doğuştan olmasına rağmen psikolojik olarak kendimi kötü hissettiğim zamanlar oluyordu. Kendi kendime yetememe duygusu benim en büyük sorunumdu"* şeklinde ifadesinin bulunduğu görülmektedir (Işıklı, 2018).

Herhangi bir nedenden ötürü görme yeteneğini kaybeden bireylerin, en önce gündelik hayatta, eğitim ve çalışma hayatında, sosyal aktivitelere dahil olma süreçlerinde ve diğer alanlarda yüz yüze kaldığı pek çok sorun bulunmaktadır. Bunlar arasında en başta gelen sorun, diğer bireylerin, kör bireylere karşı sergilediği, yanlış yaklaşımlardır. Bu doğru olmayan yaklaşımlar, hem kendine has problemler doğurur, hem de kör bireylerin, görme noksanlığı ya da görme bozukluğu nedeniyle gündelik yaşantılarında karşı karşıya kaldığı birçok problemi ve zorluğu daha da ağırlaştırarak, hayatlarını olumsuz şekilde etkiler. Toplum ve kör bireyler arasında sağlıklı toplumsal ilişkilerin yürütülememesi nedeniyle körler, gören kişilerin yanında iken devamlı olarak kendisinde bir noksanlık olduğu duygusunu yaşamakta, çoğunlukla, aşağılık duygusu gibi sağlıksız kişisel özellikler geliştirebilmektedir. Bununla birlikte, gündelik hayattaki birçok düzenlemenin, gözleri gören bireylere göre yapıldığı görülmektedir (Demirci, 2005).

Görme engelli bireylerin toplumsal hayatta yaşamakta olduğu zorlukları inceleyen bir çalışmada, katılımcılara, görme engellilere yönelik istihdamların yeterli olduğuna katılıp katılmadıkları sorulmuş, katılımcılardan %90,9'undan "katılmıyorum" cevabı alınmıştır (Arslan ve ark., 2014).

Ataman (1999), bu konuda yapılan bir çalışma sonucunda elde edilen en önemli bulgulardan birinin, işverenler tarafından, görme engelli bireyleri, ilgili kanun gerektirdiği için istihdam etmekte olduklarının, fakat ilk başta, istihdam etmekten kaçındıklarının ifade edilmiş olması, olduğunu belirtmektedir.

Bu noktada, ülkemizdeki görme engelli kadınlara yönelik olumsuz yaklaşımlardan da bahsetmek yerinde olacaktır. Bu olumsuz yaklaşımların ilk sırasında, acıma bulunmaktadır. Acımayı, farklı birisi olduğunun hissettirilmesi, durumu ile ilgili olumlu olmayan yorumların yapılması biçiminde yaklaşımların takip ettiği görülmektedir. Görme engeline sahip kadın bireyler, toplumsal yaşam içinde yüz yüze geldikleri tepkilerin sonucu olarak, görmeme durumlarını daha çok hissediyor olduklarını ifade etmektedirler (Arıkan, 2001). Görme engeli, bir kadının şiddete uğramasında provokatif etkiye neden olmaktadır. Kadın, görme engeline sahip ise her ortam ve koşulda şiddetle karşılaşma riski önemli ölçüde artış göstermektedir. Görme engelli kadınların büyük bölümü, fiziksel ya da fiziksel olmayan, duygusal şiddet, sözel şiddet gibi şiddet türleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Görme engeli sebebiyle diğer bireylere yüksek oranda bağımlı olarak yaşamak durumunda olan kadınlar daha fazla risk altında bulunmaktadır. Görme engelli kadına, bakım ve bunun gibi hizmetler veren ya da evin dışındaki taksi sürücüsü, market görevlisi ve benzeri kişiler, onun için tehdit unsuru olabilmektedir. Bununla beraber şiddet, sadece yabancı kişilerden ya da aile dışı bireylerden gelmez bazı durumlarda yakın akraba ve tanınan kişiler de şiddet için tehdit ögesi olabilmektedir. Hatta tahminler, epeyce görme engelli kadının enestle karşılaştığı yönündedir. Bununla birlikte, kadına yönelik şiddetin, hem kadın hem de görme engelli olmalarından dolayı, “çifte dezavantajlı” olan bir gruba etki etmemesinin akla getirilemeyeceği, hatta Türkiye’deki görme engelli kadınların, kadınlara yönelik şiddet başta olmak üzere, bütün problemleri, diğer kadınlara göre daha ağır şartlarda yaşamakta olduğu belirtilmektedir (Arıkan, 2009).

Toplumdaki görme engellilere yönelik olumsuz yargı, tutum ve davranışlar için örnekler içermekte olan Senir olayı, 2000 yılı sonbaharında yaşanmıştır. Senir, Isparta ilimizin Keçiborlu ilçesine bağlı bir kasabadır. Kasabada bulunan liseye, kör

bir kişi felsefe grubu  ğretmeni sıfatıyla atanmıştır. Bunun  zerine kasabada yaşayan bazı kişiler, k r bir öğretmenin, lisedeki çocuklarına öğretmenlik yapamayacağını, bu öğretmenin görevden alınarak yerine görme engeli olmayan bir öğretmenin gönderilmesi amacıyla kampanya başlatmışlardır. Bu kişilere liderlik yapan kişi kamudan emekli olmuş birisidir ve lisede okumakta olan çocuğu da bulunmamaktadır. Kampanya sürecinde en başta, Isparta'da bulunan yerel bir gazetede yazı yayımlatılmış, sonrasında da 43 imzası olan bir dilekçe ile Isparta valisine şahsen başvuruda bulunulmuştur. Bu şahıslarca, valiye, bahse konu  ğretmen, lisedeki görevinden alınmazsa, Ankara iline yürüyecekleri ve isteklerini h k mete iletecekleri mesajı verilmiştir. Vali, bu  ğretmeni daha önce görev yaptđđ Gelendost ilçesinden tanımakta ve başarılarını bilmektedir. Bu nedenle öğretmene sahip çıkıp, başvuruda bulunan şahısları azarlayarak geri göndermiştir. Kampanyayı yürütenler, validen bu şekilde sert ve kesin bir tavır beklemediklerinden, geri adım atmış, yaptıkları nedeniyle pişmanlık duyduklarını, görüşlerinin değiştiğini ve taleplerinden vazgeçtiklerini ifade etmişlerdir. Senir olayı, ulusal basına ve yayın organlarına da yansıyarak, k rler kamuoyunu ve gören bireyler arasında konuya duyarlı olan kesimleri derinlemesine etkilemiş, günlerce üzerinde tartışmalar yaşanmıştır. Bu tartışmalarda, k r bireylere yönelen olumsuz yargıların, olumsuz tutumların, neredeyse toplumun tüm kesimlerinde var olduğunun bilindiği fakat bu olumsuz yargı ve tutumların, davranış ve husumet olarak ortaya çıkmasının çok nadir görülen bir durum olduğu vurgulanmıştır (Demirci, 2005).

1.2. Duygulanım - Duygudurum - Duygudurum Bozuklukları

1.2.1. Duygulanım (Affect)

Duygulanım, uyaranlara, anılara, olaylara, düşüncelere karşı, duygular ile tepki verebilme yetisine verilen ad olup uyaranlar, içten ve dıştan gelebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Kimi fizyolojik işlev ya da kimi uyarıların, ruhsal yaşantı ve iç denge üzerinde olumsuz ya da olumlu etki yapması ve oluşan bu etkinin bilinçte anlam kazanmış olması, duygulanma olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir ifadeyle, kimi uyarılar, yaşantı üzerinde oluşturduğu pozitif ya da negatif etkiler açısından anlam kazanmaktadır (Karakuşçu, 1999). İçten gelen uyaranlar da dıştan gelen yani çevresel uyaranlar da duygulanımı değiştirebilmektedir (Kırpınar, 2018). Duygusal tepkilere, üzüntü, öfke, korku, nefret, kin, neşe, kaygı, bunaltı örnek olarak verilebilir ve duygulanım nesnel biçimde gözlenebilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Davranış biçimleri olarak gözlenebilen duygulanımda, kişi tarafından öznel biçimde algılanan neşenin, kederin, öfkenin ve benzeri emosyonların dışı vurumu söz konusudur (Kırpınar, 2018).

İnsanın duygusal yaşantısı, onu diğer varlıklardan ayırmakta olan en temel özelliklerden birisidir (Alper, 2012). Kimi bireyler, dıştan gelen uyaranlara diğerlerinden daha güçlü tepki gösterirler. Duygusal yaşamın, her insanda kendine özgü özellikleri bulunmaktadır (Baymur, 1978). Duygulanımın dışı vurulma biçimi kişiden kişiye, toplumdan topluma, bir kültürden diğerine değişebilmektedir. Bu nedenle, duygulanımla ilgili değerlendirmede bulunulurken, kişisel ve kültürel özellikler muhakkak göz önünde bulundurulmalıdır (Kırpınar, 2018).

Normal ve anormal davranışları ile insan, biyopsikososyal bir varlıktır (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Bununla beraber, insanın, aynı zamanda ontolojik-varoluşsal bir varlık olduğunu da unutmamak gerekir (Alper, 2012). İnsandaki bilinçlilik, hem bilişsel hem de duygusal bir niteliğe sahip bulunmaktadır (Kırpınar, 2018). Kişinin ruhsal yaşantısında, bilişsel ve duygusal süreçler bir diğerinden ayrı düşünülemez.

En sade, en etkisi yokmuş gibi görünmekte olan uyaranlar, farklı derecelerde bilinçli veya bilinçdışı olabilecek duygusal tepkilerle bir arada algılanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Duygularımız, bilişsel fonksiyonlarımıza her daim eşlik etmektedir. Muhakeme ettiğimiz, algılamış olduğumuz, yaşamış olduğumuz tüm şeylerin bizlerde ortaya çıkardığı kimi duygular vardır. Birey, hem dünyadaki varlığını tanımlar, anlar hem de hisseder (Kırpınar, 2018). İnsan tüm ilişkilerinde, topluma ve çevresine uyum sağlarken, duygusal yanı tarafından yönlendirilir, yaşamdan doyum alır veya yaşam ona acı verir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Yaşanan olayları, durumları ya da nesneleri, içerdikleri bilişsel anlamlarla beraber ilişkili olduğu duygu yükü ile de kayda geçirmekteyiz. Öte yandan, insanın içinde bulunmuş olduğu duyguları da onun yaşama, düşünme ya da algılama şeklini etkilemektedir (Kırpınar, 2018).

Psikiyatri sözlüğü, duygulanımı: "O anda yaşanan duygusal durum, duygusal hava. Duygulanım kısıtlı, oynak (değişken), donuk, künt ya da uygunsuz olabilir" şeklinde tanımlamaktadır (Köroğlu, 2015, s.86). Duyguya, ruhun aynası diyebiliriz, duygu, içsel olanı dışa yansıtmaktadır (Alper ve ark., 2000). Bununla birlikte, dışsal olanın da içe alınmasını gerçekleştirmektedir (Alper, 2012). Neşeli ya da üzüntülü oluşumuz, bizim, dünyayı, olayları, kişileri, olumlu veya olumsuz algılamamıza neden olabilmektedir. Duygulanım, gerçekte, hayatın gerektiği gibi devam ettirilebilmesine yardım eden, bireyin olgunlaşmasına neden olan, bireyin hem kendi içinde hem de çevresi ile uyumunu sağlayan, özetle insanı insan yapan bir özelliktir. Duygularımızı yaşarken birlikte görülen elimizin titremesi, yüzümüzün kızarması, kalbimizin çarpması şeklindeki bedensel belirtilere ise heyecan (emosyon) adı verilmektedir (Işık, 1991).

Diğer taraftan, duygulanma ile ilgili nöral bağlantılara bakıldığında, merkezi sinir sistemi, otonom sinir sistemi ve endokrin sistemin, emosyonların nörofizyolojik temelinde rol oynadığı görülmektedir. Merkezi sinir sisteminde yer alan limbik sistem, hipotalamus ve talamus, duygularımızın oluşmasında görev alırken korteks, bastırıcı bir görev üstlenmektedir. Böbreküstü bezleri, endokrin sistemde bulunur ve bu bezlerden salgılanmakta olan adrenalin, sempatik sinir sistemi üzerinde uyarıcı

etki oluşturarak fizyolojik değişikliklerin meydana gelmesine neden olur (Kırpınar, 2018).

1.2.2. Duygudurum (Mood)

Psikiyatri s3zlüğü, duygudurumu: "Kalıcı ve sürekli duygu. Süreklilik gösteren duygusal durum" şeklinde tanımlamaktadır (Köroğlu, 2015, s.86). Duygudurum (mood), bireyin, özne1 biçimde yaşadığı, birey tarafından bildirilen ve çoğunlukla aynı zamanda dıştan da gözlenmekte olan duygudurum ya da mood, sürekli ve kapsamlı bir hissetme şeklidir (Kırpınar, 2018). Belli duyguların, uzun süren bir zaman diliminde baskın biçimde yaşanma durumu olarak da tanımlanabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Diğer bir ifadeyle, bireyin, göreceli olarak değişmeyen halde, belli sürede, içinde olduğu duygulanım durumuna verilen isimdir (Işık, 1991). Bireyin, kendini nasıl hissettiğine dair sorunun yanıtını yansıtmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Duygudurum, bireydeki algılama ve öteki yetileri de etkilemektedir (Kırpınar, 2018). Duygudurumu, mizaç olarak isimlendirenler de bulunmaktadır (Işık, 1991).

1.2.2.1. Ötimik (Euthymic) Duygudurum

Normal sınırdaki, olağan sınırdaki bulunan bir duygudurum söz konusudur. Öforik ya da depresif bir duygudurum bulunmamaktadır (DSM-5, 2013; Kırpınar, 2018). Bireye göre ya da bireyin yakınlarına ait gözlemlere göre aşırılığı bulunmayan duygusal durum olup belli sınırlar dahilinde dalgalanma göstermektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

1.2.2.2. Depresif Duygudurum (Çökkün Duygudurum)

Bireyin, kendini, çökkün, üzüntülü, elemli olarak hissetmesi, depresyonun temel belirtisidir. Bu duygu, şiddet açısından, genel olarak keyifsiz olmaktan, aşırı

yoğun keder ve içsel acıya kadar değişiklik gösterebilmektedir. Bu da çökkün duygudurum olarak adlandırılmaktadır (Özgüven ve Baskak, 2014). Bu duygudurum, bireyin, kendisini, her zaman olduğundan yetersiz, enerjisi düşük ve umudu az hissettiği anda açığa çıkmaktadır (Kırpınar, 2018). Bireyin, depresyonda iken uzun süre yaşamaya devam ettiği, sıkıntı, karamsarlık, üzüntü durumudur (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Arada sırada anksiyete elemanlarının da bu duygulara eşlik ettiği görülebilmektedir (Işık, 1991). Şiddetli formlarında ise birey, duygusuzlaşmış hissedebilmektedir (Kırpınar, 2018). Diğer taraftan, bireyin yaşamış olduğu kayıp sonrasında içinde bulunduğu yas döneminde, depresyon belirtilerinin neredeyse hepsi bir müddet görülebilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Yasın engellenmesi durumunda, yasin uzaması ve majör depresif bozukluğa dönüşmesi eğilimi bulunmaktadır (Tomb, 1988).

1.2.2.3. Disforik Duygudurum (Dysphoric Mood)

Disfori (dysphoria), "kendini iyi veya mutlu hissedememe; yaşamdan zevk alamama. Üzüntü, keder, hüznün, kasvet gibi duygularla seyrederek" şeklinde tanımlanmaktadır (Karakaş, 2017). Çoğunlukla çökkün duygudurumla beraber görülmekte olup bireyin gündelik hayatında mutsuz olma, tedirgin olma, öfkeli olma ve sıkıntı baskın haldedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Hoş olmayan, tatsız bir ruh halidir (DSM-5, 2013). Depresyondaki bireyler, disforik duygudurum içindeyken, iyi hissedebilmeleri amacıyla çoğunlukla çare aramaktadırlar (Kırpınar, 2018).

1.2.2.4. Taşkın (Öforik) Duygudurum

Öfori (euphoria), "yoğun bir neşe, heyecan, mutluluk ve kendine güven hali. Bunların düzeyi, koşulların gerektirdiğinin çok üstündedir" şeklinde tanımlanmaktadır (Karakaş, 2017). Taşkın duygudurum kavramı, DSM-5'te "elevated mood" şeklinde geçmektedir (DSM-5, 2013). Aşırı derecede neşe veya öfke içeren coşkular ile dolu olan durum olup manide görülmektedir (Öztürk ve

Uluşahin, 2015). Bu duygudurum, bir iyilik hali olup durdurulamayan bir canlılık şeklinde açığa çıkmaktadır. Bulaşıcı olan bir neşe durumuna işaret etmektedir (Kırpınar, 2018). Bireyde, abartılı şekilde sevinç, zindelik, iyi olma hisleri bulunmaktadır. Kişi, kendinden geçmiş, bulutların üzerinde gibi hissettiği yüksek (elevated) bir ruh hali içindedir (DSM-5, 2013). Öforik (yükselmiş) duygudurum yaşamakta olan bireyler, kendilerini ve yaptıkları işleri, fonksiyonelliklerini, diğerlerinden çok üstte hissederler ve tıbbi bakım ya da yardıma gerek duymazlar (Kırpınar, 2018).

1.2.2.5. Kızgın (İrritabl) Duygudurum

Kızgın (İrritabl) duygudurum, DSM-5'te "irritable mood" olarak geçmektedir (DSM-5, 2013). Çabucak sinirlenme, reaksiyon verme ve kolay şekilde parlama görülmektedir. Bu duygudurumda, bireyin kızdırılabilme ve öfkelenme eşiği düşük durumdadır (DSM-5, 2013; Kırpınar, 2018).

1.2.2.6. Kabarmış (Ekspansif) Duygudurum

Ekspansif duygudurum (expansive mood) için, "Bu ruh hali, büyülenme duygularını yansıtmaktadır" ifadesi kullanılmaktadır (Psychology Dictionary, 2013). Kabarmış (Ekspansif) duygudurum, DSM-5'te "expansive mood" şeklinde geçmektedir (DSM-5, 2013). Bireyin, duygularını ifade ederken sınır koymaması durumudur. Kişi, çoğunlukla, kendi önem ve anlamını abartmakta, aşırı değer vermektedir. Çekinmemekte, sıra dışı bir iyilik durumu, yükseklerde olduğu hissi bulunmaktadır. Bu kabarmış, taşkın duygudurumda, diğer kişilerle mesleki veya cinsel ilişki kurmak amaçlı sonu olmayan istek gösterilmesi söz konusudur (DSM-5, 2013; Kırpınar, 2018).

1.2.2.7. Anksiyeteli (Anksiyöz) Duygudurum

Gelecekte meydana gelebilecek olumsuz şeyler veya tehlikeye yönelik, endişe içinde beklenti duygusu bulunması durumudur, bu duruma, gerginliğe ait somatik belirtiler ve disfori duygusu da eşlik etmektedir. Beklenmekte olan tehlike odağı, dışarıdan ya da içeriden kaynaklanabilir. Kişiyi, huzursuz, kaygılı, gergin, korkulu, endişeli, sıkıntılı biçimde tanımlamak mümkündür. Anksiyetenin, patolojik olarak kabul edilebilmesi için devamlı olması ve bireyi işlevsellik bakımından olumsuz etkileyebilecek seviyede olması gerekmektedir (Kırpınar, 2018). Anksiyeteli duygudurum, DSM-5'te, "anxious mood" şeklinde geçmektedir (DSM-5, 2013).

1.2.3. Duygudurum Bozuklukları

Duygudurum bozuklukları, DSM-5'te iki ana başlık altında sınıflandırılmıştır (DSM-5, 2013). Bu ana başlıklar, Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluklar ve Depresif Bozukluklar şeklindedir.

Çizelge 1.1. DSM-5 Sınıflandırması

Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluklar
• Bipolar (İki Uçlu) I Bozukluğu • Bipolar (İki Uçlu) II Bozukluğu • Siklotimik Bozukluk • Madde/İlacın Neden Olduğu Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluk • Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluk • Tanımlanmış Diğer Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluk • Tanımlanmamış Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluk
Depresif Bozukluklar
• Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu • Majör Depresif Bozukluk • Kalıcı Depresif Bozukluk (Distimi) • Adet Öncesi (Premenstrual) Disforik Bozukluk • Madde veya İlacın Neden Olduğu Depresif Bozukluk • Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Depresif Bozukluk • Diğer Tanımlanmış Depresif Bozukluk • Tanımlanmamış Depresif Bozukluk

Bu aşamada, sınıflandırma sistemleri hakkında bilgi vermenin yerinde olacağı düşünülmektedir. Çağdaş sınıflandırma sistemleri, bulgu-belirti kümelerine ait güvenilir tanımlar içermektedir. İki sınıflandırma sisteminin, psikiyatride yaygın olarak kullanılmakta olduğu görülmektedir. Bunlardan biri, Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization) tarafından düzenlenen, Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması (International Classification of Diseases - ICD)'dir (Atbaşoğlu, 2014, s.8). "ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS)"in 02/2022 versiyonu yayımlanmış durumdadır (ICD-11 MMS, 2022). ICD-11 MMS'nin 6. bölümünde, "Ruhsal, davranışsal veya nörogelişimsel bozukluklar (06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders)" yer almaktadır (ICD-11 MMS, 2022).

Psikiyatride yaygın şekilde kullanılan diğer bir sınıflandırma sistemi ise American Psychiatric Association (APA) (Amerikan Psikiyatri Birliği)'ne ait DSM, "Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders" (Atbaşoğlu, 2014, s.8; DSM-5, 2013), "Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı"dır (Asan, 2019). 2013 yılı Mayıs ayında DSM'nin son baskısı, DSM-5 yayımlanmıştır (DSM-5, 2013; Kırpınar, 2018, s.48).

Duygudurum bozuklukları hakkında bilgiler verilmeden önce, önemli bir kavram olan homeostatis kavramından söz etmenin uygun olacağı düşünülmektedir. Homeostatis, denge-durumu anlamına gelmektedir. Tüm organizmalar, kendileri bakımından en uygun olan denge durumunda kalmaya eğilimlidir. Bu denge durumunun sağlanması ve idame ettirilebilmesi için organizmanın sahip olduğu, hem doğuştan getirdiği hem de daha sonra kazanmış olduğu ihtiyaçları, dürtüleri, güdülerini ve uyum düzenekleri bulunmaktadır. Aralarında bağlantı olmak şartı ile psikolojik, sosyolojik ve biyolojik düzeyde denge durumlarından bahsedilebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Sosyal durum değişmesinin her türlü, homeostatisi bozmakta olup ruhsal denge durumunda da bir dalgalanmaya neden olur (Özbek, 1971, s.140). Bu konuda, stres (zorlanma) kavramı da önemli bir kavramdır. Stres (zorlanma) herhangi bir etkidir ve bu etken, organizmaya ait dengeyi bozguna uğratabilir. Örnek vermek gerekirse, beyin enfarktüsü geçirmek biyolojik düzeyde stres (zor), derin şekilde suçluluk duygusu hissetmek psikolojik düzeyde stres, göç etmek ya da

ekonomik açıdan yaşanan kriz ise sosyolojik düzeyde stres, zorlanmadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Ruhsal bakımdan sağlıklı olmayı, bireyin toplumsal hayatın zorunlulukları gereğince çevresine uyum göstermesi ve kendisinden memnun olması şeklinde ifade edebiliriz. Birey, dış çevresine, diğer insanlara faydalı olurken öteki taraftan da kendisini iyi hissedebilmelidir. Ruhsal bakımdan sağlıklı olmayan bireyin, çevresine yönelik uyumsuzluk belirtilerine sahip olduğu görülmektedir (Alper ve ark., 2000, s.10).

Ruhsal sağlık açısından, dengenin bozulma durumu da önem taşıyan bir durumdur. Kişilerin stres (zorlanma) faktörlerine karşı baş etme becerileri ve savunmaları, bu stres faktörlerinin, bireyin dayanıklılığının üzerinde olması veya süreç içinde bireyin dayanıklılığını azaltıp ona baskın hale gelmesi durumunda, yetersiz kalabilmektedirler. Uyum dengesinin kaybedildiği böyle durumlarda, bütünlük sarsılmıştır, savunmalar ise yetersizdir, uygunsuzdur, aşırıdır, yersizdir. Kişinin kaybettiği denge durumunu yeniden dengeli hale getirmek için aşırı, patolojik savunmalara başvurma durumuna hastalık ya da bozukluk denilmektedir. Ruhsal bozukluk durumunun da dinamik niteliği olan denge bozulması biçiminde görülmesi icap etmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Dıştan ya da içten gelen herhangi bir uyarana karşı, bireyin, uygun olan, anlaşılabilir duygusal tepkiyi vermesi beklenmektedir (Kırpınar, 2018).

Duygudurum, çeşitli faktörlere bağlı olmak üzere dalgalanmalar gösterebilmektedir ve değişmez değildir. Bazı durumlarda bu dalgalanmalar aşırı boyutlara varıp uzun müddet devam edebilir (Işık, 1991). Çoğu insan, arada sırada depresif biçimde hissedebilir. Çeşitli durumlar, bireyde depresif bir duygudurum meydana getirebilir (Butcher ve ark., 2013). Bireyin duygularının, tepkilerinin uygunsuz halde olduğu, kendisi ve çevresiyle uyumun aksadığı, işlevselliğinin de bozulduğu bir durum söz konusu olduğunda, bireyde bir duygulanım bozukluğu bulunduğu bahsedebiliriz (Işık, 1991). Duygudurumlar, aşırı, yerli yersiz ve abartılı bir şekilde yaşanıyorsa o taktirde bir duygu hastalığı bulunduğu anlaşılmaktadır (Alper, 2012). Duygudurum bozukluklarında, duygudurumda, şiddetli ve uzun müddetli değişiklikler söz konusudur (Butcher ve ark., 2013).

Duygudurum bozukluklarına kimi zaman duygulanım bozuklukları ismi de verilmektedir (Sadock ve ark., 2016). Duygulanım bozukluklarının, mizacın (duygulanım), sapkın bir biçimde ve uzun süreli keder, elem, (depresyonda görülen) ya da sevinç, neşe istikametinde (manide görülen) artış gösterdiği durumları kapsadığı görülmektedir (Arkonaç, 1999). Kimi zaman da künt veya duygulanım azalması biçiminde gözlenir ve şizofren hastalarında sıkça görülür (Işık, 1991). Sosyal, çevresel, nörobiyolojik ve genetik faktörlerin tümünün rolü olsa bile duygudurum bozukluklarının etiyojisi tamamen kavranamamıştır (Black ve Andreasen, 2014). Bu noktada, etiyojisi kavramından da bahsetmenin uygun olacağı düşünülmektedir. Etiyojisi, “Etiyojisi, etiyojisi, etiyojisi; hastalığın nedeni, kökeni. Hastalık nedenleri ile uğraşan bilim” şeklinde tanımlanmaktadır (Tıp Sözlüğü, 2014). Duygudurum bozukluklarının bireyde yol açtığı sonuçlar, neredeyse her zaman onun kişilerarası, toplumsal ve mesleki işlevselliğini bozar ve olumsuz yönde etkiler (Sadock ve ark., 2016). Duygudurum bozuklukları, kişilerin sosyal düzey ve sosyal ilişkilerinde gerileyişe neden olmaktadır, çünkü işsiz kalmaya, elde edilen gelirin azalmasına, boşanmalara neden olmaktadır (Uğur, 2008). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışmasına bakıldığında ruhsal hastalıkların Türkiye'deki bir yıllık yaygınlık oranının %17,2 olduğu görülmektedir. Ortalama olarak her beş kadın bireyden biri ile her on erkek bireyden biri son bir yıllık zamanda psikiyatrik bir bozukluk yaşamıştır (Özgüven ve Baskak, 2014). Doğru tanı koyularak doğru tedavi edilmesi halinde duygudurum bozuklukları, çoğunlukla tedaviye olumlu cevap vermektedir, bunun yapılmaması durumunda ise sağlık masrafları açısından aşırı maliyet getirebilmekte ve yeti yitimine neden olabilmektedir (Black ve Andreasen, 2014).

1.2.3.1. Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluklar

Bu başlık altında DSM-5 (DSM-5, 2013) sınıflandırmasında bulunan bipolar (iki uçlu) ve ilişkili bozukluklardan bahsedilecek, konu ile ilgili ve gerekli görülen ek bilgilere de yer verilecektir.

Bipolar bozukluk, bireyin duygudurumu, işlevselliği ve enerjisinde sıra dışı değişiklikler (zıt yönde salınımlar) oluşumuna yol açan beyinsel hastalıktır. Hastalığın dönemlerine bakıldığında, klinik seviyede depresyon, mani, hipomani veya karışık epizodlar biçiminde olduğu görülmektedir (Göğüş, 2014). İki uçlu duygudurum bozukluğunda, duygudurumda dalgalanmalar görülmekte, aşırı derecede yükselme sonrası çöküş, sonra tekrar yükseliş olmakta aralarında da normal dönemler bulunabilmektedir (Sağlıgım, 2019). Bir manik atağın arkasından çoğunlukla depresif bir atak gelmektedir (Black ve Andreasen, 2014). Diğer taraftan, iki uçlu duygudurum bozukluğu tablosunda bireyler arası önemli farklılıklar görülebilmektedir. Bu bozukluk, yaşam boyu en az bir kez manik atak geçirilmesi koşulu ile farklı tip ve sayıda duygudurum atağı ile seyretmektedir. Bu duygudurum atakları, manik, depresif ya da karma biçimde olabilir (Sağlıgım, 2019). Hastalık, bireyin işlevselliğini, alevlenmiş olduğu dönemde ciddi biçimde bozarken, remisyon (yatışma) döneminde bireyin işlevselliği, hastalıktan önceki durumda veya o duruma yakın olabilmektedir (Göğüş, 2014). Duygudurum ataklarının, hangi biçimde olacağı ve hangi zamanda görüleceği tahmin edilememektedir. Kimi zaman, ikinci bir atağın görülmesi seneler sonra olabilirken kimi zaman da aynı sene süresince birden fazla atak görülebilmektedir. Hastalar tarafından, bazen ömür boyunca yalnızca manik ataklar, bazen de birkaç manik atak ve birlikte daha çok sayıdaki depresif ataklar ya da atak türlerinin tümü geçirilebilmektedir (Sağlıgım, 2019). Duyarlı kişilerin, birdenbire, aniden yaşamış olduğu mutluluk veren durumlar, manik ya da depresif nöbetleri tetiklemektedir (Uğur, 2008). Yapılan aile ve ikiz çalışmaları bulguları, bipolar bozukluğun, hem kalıtsal olduğu hem de çevresel şartlardan etkilendiğini ortaya koymaktadır (Sayar, 2021, s.210). Bununla beraber, bipolar bozukluk için en önemli risk faktörünün genetik yüklülük olduğu belirtilmektedir (Göğüş, 2014).

1.2.3.1.1. Bipolar (İki Uçlu) I Bozukluğu

Bir ya da birden çok manik dönemin olduğu ve bazen majör depresif dönemlerinde bulunduğu klinik gidişin olması durumuna verilen addır (Sadock ve ark., 2016). Hastalığın seyrinde görülmekte olan duygudurum yükselmeleri, mani

kriterlerini karşılamaktadır (Göğüş, 2014). Mani dönemi öncesi veya mani dönemi sonrası, majör depresyon veya hipomani dönemleri olabilmektedir. DSM-5'e göre, bipolar bozukluk tip I tanısının konulabilmesi için kişinin hayatı boyunca en az bir defa manik dönem geçirmiş bulunması gerekmektedir (DSM-5, 2013; Köroğlu, 2014).

1.2.3.1.2. Bipolar (İki Uçlu) II Bozukluğu

Hastalığın seyrinde görülmekte olan duygudurum yükselmeleri, mani kriterlerini karşılamamakta, hipomani kriterlerini karşılamaktadır (Göğüş, 2014). Bu durumda, majör depresyon dönemleri ile hipomani, birlikte görülmektedir (Sadock ve ark., 2016). Akademik başarı düzeyi ve sosyal ilişkiler, ortalamanın üstünde bulunmaktadır (Uğur, 2008).

1.2.3.1.2.1. Manik Dönem

Mani (mania) kavramının, "taşkınlık, aşırı hareketlilik, aşırı konuşma, psikomotor ajitasyon ve bunların eşliğinde dikkat, düşünme ve muhakeme bozuklukları" şeklinde tanımlandığı görülmektedir (Karakaş, 2017). Bu duygudurum bozukluğu döneminde, depresyon dönemindeki durumun tam tersi söz konusudur (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Manik hastalar, karakteristik olarak, neşeli, coşkulu ve taşkın duyguduruma sahiptir. Öforilerinden dolayı, problemlerine ait çok düşük düzeyde iç görüye sahiptir. Bir probleme sahip olduklarını inkar ederler. Aynı zamanda, benlik saygılarında artma olmuştur ve grandiyözdürler, entelektüel başarı ve eğitim seviyelerinden çok daha yukarıda özel yetenek ve güçlere sahip olduklarına inanabilmektedirler (Black ve Andreasen, 2014). Çok ve aşırı konuşkanlık, fikir uçuşmaları, uyku gereksiniminin azalışı, sonucu kötü olabilecek etkinliklere katılım gösterme de diğer belirtiler arasındadır (Sağlıgım, 2019). Manik atakların, depresif ataklarla karşılaştırıldığında daha ani sonlandığı ve daha kısa sürdüğü görülmektedir (Black ve Andreasen, 2014). Manik dönemin, en az bir hafta sürmekte olduğu,

hastanın yatırılmasını gerektiren durumlarda ise daha kısa sürdüğü görülmektedir. (Sadock ve ark., 2016).

Mani, toplumsal komplikasyonlara da neden olmaktadır, bunlardan bazıları, boşanmak, çalışma yaşamındaki zorluklar, aile içinde geçimsizlik, ekonomik bakımdan savurganlık içeren hareketler, önlem alınmaksızın, uygun olmayan cinsel davranışlardır. Madde veya alkol kötüye kullanımının da manik atak esnasında görülebildiği ifade edilmektedir (Black ve Andreasen, 2014).

1.2.3.1.2.2. Hipomanik Dönem

Maniye benzer fakat daha hafif ve kısa sürelidir. Hastanın duygudurumu yükselmiştir ve diğer klasik mani belirtilerini de sergileyebilir ama varsanılar, sanrısız düşünceler, bu belirtilere eşlik etmemektedir. Belirtiler, hastane yatışına gerek görülecek düzeyde ağır değildir veya bireyin sosyal ve mesleki işlevselliğini bariz şekilde bozmamaktadır (Black ve Andreasen, 2014; Sadock ve ark., 2016). En az dört gün sürmektedir, bunlar haricinde manik döneme benzemektedir. Manide de hipomanide de benlik değerinde artma, uyku gereksiniminde azalış, distraktibilite, aşırı şekilde fiziksel ve zihinsel etkinlik, kişinin hoşuna giden davranışlara ilgisinin artışı görülmektedir (Sadock ve ark., 2016). Distraktibilite kavramı da, "Dikkatin belli bir obje üzerinde yoğunlaşmayıp bir şeyden diğerine atlaması ile belirgin zihinsel gerilim hali. distractibility" şeklinde açıklanmaktadır (Tıplopedi, 2018). Hipomani durumundaki kişinin yaşantısı sık olarak aşırı memnuniyet verici olduğu için çoğu zaman bu durum kendisi ve yakınları tarafından hastalık şeklinde görülmemektedir (Uğur, 2008). Hastada iç görüş bozulmuş olup hastalık idrak (algılama) edilememektedir (Ziyalar, 1999).

1.2.3.1.2.3. Karma Dönem

Manik dönemin de depresif dönemin de neredeyse her gün bir arada bulunduğu, en az bir haftalık süreye verilen addır (Sadock ve ark., 2016).

1.2.3.1.3. Siklotimik Bozukluk

Siklotimik bozukluk, "hafif duygudurum bozukluğu. Duygudurumu, kısa süreli ve hafif şiddetteki depresyon ile hipomani arasında değişir. Ancak süre ve şiddet bakımından, bunlar, hiç bir zaman majör depresyon ve mani düzeyinde değildir" şeklinde ifade edilmektedir (Karakaş, 2017). Sinsi biçimde ilerlemekte ve yirmili yaşlar öncesinde başlamaktadır (Uğur, 2008). Siklotimik bozukluk, bir duygudurum bozukluğu olup bipolar bozukluklar içinde en hafif olan formdur, hipomani ve depresyon arasında ılımlı şekilde geçişlerin yaşandığı görülmektedir. Duygudurumda dengesizlik bulunmaktadır ve kroniktir (Black ve Andreasen, 2014). Hastalığın seyrindeki duygudurum nöbetleri, klinik düzeydeki depresyon veya mani nöbeti kriterlerini karşılamamaktadır. Hipomani ve minör depresyon nöbetlerinin olduğu ve birkaç gün sürdüğü ve bu durumun da yıllarca devam ettiği görülmektedir. Çoğunlukla kişilik bozuklukları ile karışmaktadır (Göğüş, 2014). Siklotimik bozukluğun, en az iki yıllık süre boyunca, majör depresif dönem için tanı koymaya yeterli olmayan depresif belirtiler ve manik dönem için tanı koymaya yeterli olmayan hipomanik belirtilerle karakterize olduğu görülmektedir (Sadock ve ark., 2016). En az iki yıllık süre, çocuklar ve ergenler için en az bir yıl şeklindedir (DSM-5, 2013; Köroğlu, 2014). Siklotimik bozukluğun hipomanik dönemine ait semptomlar, temel olarak distimde görülen semptomların tamamen tersi şeklindedir. Bu dönemde, zihni ve fiziki enerjide görülmekte olan artış nedeniyle birey, bilhassa kreatif ve üretici hale gelebilir (Butcher ve ark., 2013).

1.2.3.1.4. Madde/ilacın Neden Olduğu Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluk

Madde/ilacın neden olduğu iki uçlu bozukluk, depresyon, mani ya da hipomani ile esasen aynı tanısal özelliklere sahip bulunmaktadır (DSM-5, 2013). Devamlı ve belirgin bir duygudurum bozukluğunun klinik tabloya hakim olduğu görülmektedir. Klinik tablo, depresif duygudurumun beraber olduğu veya olmadığı, yükselmiş, kabarmış veya çabucak öfkelenen bir duygudurum veya etkinliklerin tümüne ya da hemen hemen tümüne yönelik ilginin belirgin biçimde azalması veya zevk alınmaması hali ile karakterizedir (DSM-5, 2013; Köroğlu, 2014).

1.2.3.1.5. Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluk

Anormal seviyede yükselmiş, kabarmış veya çabuk öfkelenen (irritable) ruh hali ve aktivite ve enerjinin anormal seviyede artmış olduğu belirgin ve kalıcı bir dönem olup klinik tabloya hakim bulunmaktadır. Öyküde, fiziki muayenede veya laboratuvar bulgularında, bu bozukluğun, diğeri bir tıbbi durumunun direkt patofizyolojik sonucu olduğu yönünde kanıtlar bulunmaktadır (DSM-5, 2013; Köroğlu, 2014).

1.2.3.1.6. Tanımlanmış Diğeri Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluk

Bu kategori, iki uçlu ve ilişkili bozukluklar için tanı ölçütlerinin tam karşılanmadığı durumlarda kullanılmaktadır. Tanı ölçütlerinin karşılanmama halinin özel sebebinin klinisyenler tarafından tartışılmak istenmesi durumunda kullanılır (DSM-5, 2013; Köroğlu, 2014).

1.2.3.1.7. Tanımlanmamış Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluk

Bu kategori de iki uçlu ve ilişkili bozukluklar için tanı ölçütlerinin tam karşılanmadığı durumlarda kullanılmaktadır. Daha özgül bir tanının koyulabilmesi için yeteri kadar bilginin bulunmadığı (örneğin acil servis şartlarında) ve tanı ölçütlerinin karşılanmama halinin özel sebebinin klinisyenler tarafından belirlenmek istenmemesi durumlarında kullanılmaktadır (DSM-5, 2013; Köroğlu, 2014).

1.2.3.2. Depresif Bozukluklar

Bu başlık altında DSM-5 sınıflandırmasında bulunan depresif bozukluklardan bahsedilecek, konu ile ilgili ve gerekli görülen ek bilgilere de yer verilecektir.

1.2.3.2.1. Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu

Kronik, şiddetli kalıcı sinirlilik, bu bozukluğun ana özelliğidir (DSM-5, 2013). Yineleyici, ağır öfke patlamaları bulunmakta olup sözel ve/veya davranışsal biçimde kendini göstermektedir (DSM-5, 2013; Köroğlu, 2014). Yalnızca çocuklarda ve ergenlerde gözlenmekte olan bu depresyon türünde, çocuk ya da ergenin öfke tepkileri, gelişim dönemlerine göre aşırı ve uygunsuzdur (Kurtoğlu, 2017).

1.2.3.2.2. Majör Depresif Bozukluk

Çizelge 1.2. Majör depresif bozuklukta görülmekte olan belirtiler

- Neredeyse tüm günler, günün büyük kısmında, **çökkün duygudurum** bulunması.
- Neredeyse tüm günler, günün büyük kısmında, aktivitelerin tümüne ya da neredeyse tümüne karşı **ilgi azlığı** veya **haz almama**.
- Diyet yapılmamasına rağmen önemli kilo kaybı veya kilo alımı ya da neredeyse tüm günler yeme isteğinin azalması veya artması.
- Neredeyse tüm günler, uykusuzluk yaşama veya aşırı derecede uyuma.
- Neredeyse tüm günler, psikomotor ajitasyon (kışkırtma) veya yavaşlık.
- Neredeyse tüm günler, yorgunluk veya enerji kaybı.
- Neredeyse tüm günler, değersizlik veya uygun olmayan veya aşırı derecede suçluluk hisleri (sanrısız olabilmektedir).
- Neredeyse tüm günler , düşünme veya konsantre olma yeteneğinde azalma veya kararsızlık.
- Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil), özel şekilde plan yapmaksızın tekrarlayan intihar fikirleri veya intihar girişimi ya da intihar amaçlı özel bir plan.

Yukarıdaki belirtilerden beş tanesi (veya daha fazlası), **aynı iki haftalık periyot süresince** mevcuttur ve daha önce bulunan işlevsellik seviyesi değişmiştir; belirtilerin en az birisi depresif duygudurum veya ilgi ya da haz kaybıdır (DSM-5, 2013; Köroğlu, 2014).

1.2.3.2.2.1. Depresyon

Bu aşamada depresyon hakkında bilgilere yer verilecektir. En sade biçimde tanım yapmak gerekirse depresyon, eleme benzeyen, kedere benzeyen duygulanım durumudur (Işık, 1991). Depresyonun en temel iki belirtisi, çökkünlük ve ilgi kaybıdır (Özgüven ve Baskak, 2014). Birey, geçmişinde haz duyarak yapmakta olduğu hiçbir şeyden artık haz almamaktadır, kendini taşımak, kendi olmak ve yaşamaktan yorulduğu görülmektedir (Sayar, 2021). Hastanın gündelik hayatında geri çekilme durumu gözlenmektedir. Kişi, etrafında yaşananlara ilgisizdir, diğer kişilerle ilişkilerine sınır koymaya başlamıştır, duygusal yatırımlarında azalma görülür, psişik ve moral bakımdan yorgun hissetmektedir (Işık, 1991). Birey, bozuk

moralli ve çaresizlikler içindedir (Black ve Andreasen, 2014). Depresyonda (çökkünlük), yoğun üzüntülü, kimi zaman da üzüntüyle beraber bunaltının da olduğu bir duygudurum söz konusudur. Aynı zamanda, karamsar olma, değersizlik, küçüklük, isteksizlik, güçsüzlük, düşünce ve duygularına da rastlanabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Depresyonda duygudurum, belirli bir zaman süresince ve bireyin işlevselliğini olumsuz etkileyecek şekilde çökkün halde bulunmaktadır. Ancak sadece duygudurum çökkün olmamakta, bu çökkünlükle birlikte, vejetatif belirtiler yani iştah kaybı, uyku bozukluğu, cinsel isteksizlik, enerji kaybı, çabuk yorulma, bilişsel belirtiler yani unutkanlık, dikkatte dağınıklık, düşüncede yavaşlama, düşüncenin akışında değişimler, psikomotor harekette değişimler de görülmektedir (Işık, 1991; Özgüven ve Baskak, 2014). Somatik (vejetatif) belirtilerden iştahsızlıkta çoğunlukla kilo kaybı oluşur. Diğer taraftan daha az sıklıkla aşırı derecede yeme isteğine ve buna bağlı kilo almaya rastlanabilmektedir (Black ve Andreasen, 2014). Uyku bozukluğunda ise özellikle sabah erken uyanmak dikkat çekmektedir (Sadock ve ark., 2016). Depresyondaki hastaların, motor aktivitelerinin çoğunlukla etkilendiği görülmektedir. Bazı hastalarda psikomotor retardasyon vardır ve konuşmadan, sessiz bir şekilde yalnızca boşluğa bakıp saatler boyunca oturabilmektedirler. Yürüyüşleri de sanki bir salyangozun hızındadır. Kısa, öz, cevaplar verip yavaş konuşmaktadırlar. Düşüncelerinin bariz şekilde yavaşlamasından şikayet etmektedirler. Bazı hastalarda ise psikomotor ajitasyon görülmektedir. Aşırı biçimde sinirli ve huzursuz bir görünüm sergilerler. Ajite hastaların, depresyondan ziyade gergin olmaktan, sinirli olmaktan (irritabilite) şikayet ettikleri görülmektedir. Çoğunlukla hareket etmekte ve oturamamaktadırlar. El ovuşturma, masaya parmak vurma, elbise, saç çekiştirme benzeri tekrar edici hareketler sergileyebilmektedirler (Black ve Andreasen, 2014). Depresif kişiler, geçmişinde yapmayı aklından geçirdiği veya yaptığı kötü davranışlar nedeniyle aşırı derecede suçluluk hissedebilmektedir (Alper, 2012; Black ve Andreasen, 2014). Enerji kaybı ve çabucak yorulma, depresif hastaların şikayetleri arasındadır. Depresif kişilerde değersizlik ve suçluluk fikirleri de çok sık görülmektedir. Öz güven kaybına uğrayabilirler, bunun sonucunda çalışma hayatı, eğitim hayatı ve gündelik yaşamlarına ait sorumlulukları üstlenmekten korkabilirler. Asla iyileşmeyeceklerine dahası iyileşmeyi hak etmiyor olduklarına inanıp bütünüyle umutsuz ve çaresi

olmayan bir duruma ulaşabilirler (Black ve Andreasen, 2014). Depresyondaki hastada çoğunlukla, üzüntülü yüz ifadesi bulunur, yüz çizgileri belirgindir. Kişinin omuzları çökkün durumdadır ve kişi bakımsız bir görünüm sergilemektedir (Işık, 1991; Özgüven ve Baskak, 2014). Depresyondaki hastalarda çoğu kez görülen şikayetler arasında konsantre olamama, dikkatini verememe, net bir şekilde düşünememe de bulunmaktadır. Hastalar, çalışmakta zorlandıklarını, verimlilik düzeylerinin düşmekte olduğunu sezerler (Black ve Andreasen, 2014).

Depresyon işaret ve belirtileri, çocuklukta ve ileriki yaşlarda farklılık göstermektedir. Depresyon, çocuklarda, genel olarak baş ve mide ağrıları biçiminde bedensel şikayetler hâlinde gözlenmektedir. İleri yaş yetişkin kişilerde ise hafızada kayıp ve dikkatte kolayca dağılma ile karakterize edilmektedir (Davison ve Neale, 2011). Hem DSM tanı sisteminde hem de ICD tanı sisteminde depresyon tanısı koyulurken aynı belirtiler gerekmektedir. Fakat pek çok depresyon belirtisini, normalde her birey arada sırada yaşayabilmektedir. Bu belirtilerin ne kadar sürdüğü, ne kadar yoğun olduğu, birlikte görülme durumları, bir sendrom olarak depresyonu farklılaştırmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Depresyondaki hastalar, sabah daha kötü iken günün ilerleyen saatlerinde düzeldiklerini, akşam saatlerinde ise çok daha iyi durumda hissettiklerini ifade etmektedirler (Black ve Andreasen, 2014).

20 ile 40 yaş aralığında olmak, kadın olmak, aile öyküsünde depresyon görülmüş olması, boşanmış ya da dul olmak, doğum sonrası dönemde olmak, olumsuz yaşam olayları ile yüz yüze gelmek, erken yaşlarda ebeveyn kaybı yaşamış olmak, depresyon için risk faktörleri olarak belirtilmektedir (Özgüven ve Baskak, 2014). Kadınlarda, majör depresif bozukluğun, erkeklere göre iki kat yaygın olarak görülmesi, ülke ya da kültürden bağımsız biçimde, hemen hemen evrensel bir gözlemdir (Sadock ve ark., 2016). Gelişimin erken dönemlerinde yaşanan travmalar, aile üyeleri arasında kurulan ilişkilerin iyi olmayışı, güven duygusunun, sevgi ve şefkatin çocukluk döneminde gerektiği gibi yaşanamaması, kişiliğin gelişiminde önemli olup bu faktörler, ileri yaşlarda kendisinde depresyon görülecek bireyi hazırlamaktadır (Uğur, 2008). Geçmişinde yaşamış olduğu acı veren olumsuz hatıraları düşünen depresyon hastası, pişmanlık yaşar, geleceğe yönelik yoğun

kaygılar barındırır. Çaresizlik ve umutsuzluk içinde olup geleceği karanlık olarak algılamaktadır (Alper, 2012; Özgüven ve Baskak, 2014). Birey, depresyonda olduğu zaman, dünyayı sanki simsiyah bir gözlük arkasından seyretmektedir (Sayar, 2021). Depresyon bulunan bireylere bakıldığında genel olarak, duyguları içselleştirmiş kişiler oldukları görülmektedir (Uğur, 2008).

Kişiyi zorlayan yaşam olaylarının, ruhsal hastalıklarla ilişkisi bulunduğu, üstelik ruhsal hastalıklarının nedeni oldukları, genel olarak karşılaşılan bir düşüncedir. Depresyonun nedeni hakkında da benzeri yaklaşımlar ortaya atılmıştır. Fakat kişiyi zorlayan yaşam olayları ile depresyon ilişkisinde kesinlikten söz etmek zordur ve bu ilişki, birçok ara değişkenden etkilenebilmektedir. Aynı yaşam olayı, her kişi tarafından, aynı şekilde algılanmamakta aynı şekilde değerlendirilmemektedir. Örnek vermek gerekirse, yakınlarını trafik kazası sonucunda kaybeden fakat depresyona girmeyen kişi, çalıştığı iş yerinde alması gereken terfiinin kendisine verilmemesi olayı sonucu depresyona girebilmektedir (Işık, 1991). Bununla birlikte, depresif bir dönemin başlangıcı bakımından en kuvvetli yordayıcı, kişinin yakın dönemde yaşadığı stresli olaylardır. Klinisyenlerden bazıları, yaşamsal olayların, depresyonda, birincil ve temel role sahip olduğunu düşünmekte, diğer klinisyenler ise depresyonun başlangıç ve zamanlamasında, yaşamsal olayların, sınırlı şekilde rol üstlendiğini ileri sürmektedir. 11 yaşından önce ebeveyn kaybına uğranmasının, depresyon gelişimi ile en fazla ilişkilendirilen yaşam olayı olması, en dikkat çekici veri olarak belirtilmektedir. Eş kaybının, bir depresyon dönemi başlangıcı ile en çok bağıntı kurulan çevresel stresör olduğu da ifade edilmektedir. İşsizlik de diğer bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Majör depresyon belirtilerinin, çalışan bireylere göre çalışmayan bireyler için üç kat daha fazla bildirildiği ifade edilmektedir (Sadock ve ark., 2016).

Depresyon, pek çok hastalıkta görülebilmekte ve bu hastalığın ruhsal olup olmaması önem teşkil etmemektedir. Bir ruhsal hastalığa ya da bedensel hastalığa bağlı olup olmadığına göre birincil ve ikincil depresyon şeklinde ele alınabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Eğer genetik olarak yatkınlık durumu varsa hastalık biraz daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır (Uğur, 2008). Herhangi başka bir neden

bulunmaksızın, birey, yaşamının ne anlama geldiği ontolojik sorunsalı sebebiyle de depresyonda olabilmektedir (Alper, 2012). Depresif bir atak, birdenbire başlayabileceği gibi ağır ağır da başlayabilir. Depresif atakların birçoğu takriben 6 ayda kendi kendine düzeliyor olsa da depresif bir atak tedavi edilmediğinde atak süresinin, birkaç haftadan aylara, hatta yıllara dek uzayabildiği görülmektedir (Black ve Andreasen, 2014). Türlü araştırmalar sonucunda, tedavi edilmemiş durumdaki depresyonun, ortalama olarak 6 ile 24 ay sürmekte olduğu ortaya konmuştur. Bir taraftan, bu sürenin uzunluğu, diğ er taraftan, depresyonun ciddi biçimde komplikasyonlara neden olması ve sebep oluşturduğu kayıplar göz önünde bulundurulduğ unda, depresyonun tedavi edilmesinin ne derece önemli olduğu anlaşılmaktadır (Özgüven ve Baskak, 2014). Ayrıca hastaların önemli bölümünün hayatlarının belli döneminde, depresyonun yinelediği ve hastaların takriben %2'sinde kronik depresyon geliştiği görülmektedir (Black ve Andreasen, 2014). Depresyonun, kronik biçime dönüşmesi durumunda, depresyon nöbetleri arasındaki dönemlerde, bireyin, daha önceki işlevsel seviyeye dönemeyebileceği ifade edilmektedir (Davison ve Neale, 2011).

Depresyon, yeti yitimine de neden olmaktadır. Bu yeti yitimi, diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalıkları gibi hastalıklarda görülen yeti yitimlerine oran olarak benzetilmektedir. Yatakta geçirilmekte olan ortalama gün sayısı, bu hastalıklara oranla, depresyondaki bireylerde daha yüksek düzeydedir. Öte yandan, kariyerde yaşanan problemler, iş in kaybedilmesi, kazalar, bedensel hastalıklar, madde-alkol kötüye kullanımı, intihar etme davranışı da depresyonla ilintilidir (Özgüven ve Baskak, 2014).

Diğ er taraftan, depresyondaki en ciddi komplikasyonun intihar olduğu görülmektedir. Tüm depresyon hastaları, intihar riski açısından değ erlendirilmelidir (Black ve Andreasen, 2014; Özgüven ve Baskak, 2014). Hem suçluluk duygusu hem de hayattan zevk alamıyor olmak, kiş ide intihar düşüncesine, intihar girişimlerine neden olabilmektedir (Iş ık, 1991). Depresyondaki hastalarda ş iddetli ölüm ve intihar fikirleri bulunabilir. Bu fikirler, kiş inin çektiği ıstıraplardan bir kaçma veya kiş inin yaptığı türlü hatalar nedeniyle hak ettiğ i bir ceza biçiminde görülebilir. İntihara

mevilli bulunan hasta, “bensiz, herkes daha iyi olacak”, biçiminde düşüncesini belirtebilir (Black ve Andreasen, 2014). Erkeklerde görülmekte olan majör depresyon ataklarının kimi zaman epeyce şiddetli seyretmesi nedeniyle, dul kalan yaşlı erkek bireyler arasındaki gerçek intihar vakalarının görülme sıklığı da fazla bulunmaktadır (Uğur, 2008). Bir hastanın intihar riski bulunduğu düşünülüyorsa riski düşürmek açısından hastaneye yatırılıp tedavi edilmesi gerekmektedir (Black ve Andreasen, 2014).

Bugün, depresyon hâlinde sorumlu bulunan beyindeki dört önemli bölge üstünde durulmakta olup bu bölgeler, bilhassa emosyonların işlenmesi ve geliştirilmesi üzerinde rol oynamaktadır. Bu beyin bölgeleri, prefrontal korteks, hipokampus, amigdala ve anterior cingulate şeklindedir (Uğur, 2008). Diğer taraftan, yalnızca biyolojik nedenlerden ötürü değil, çocukluk çağı yaşantılarına bağlı ya da sosyal nedenlerden dolayı da depresyonun ortaya çıkabileceği bilinmektedir (Sayar, 2021). Depresyonun gelişiminde stresli yaşam olayları üstlendiği rol ile ilgili, stresli yaşam olaylarının biyolojik bir reaksiyonu tetiklediği şeklinde olası bir varsayım bulunmaktadır. Bu biyolojik reaksiyona örnek olarak aşırı düzeyde kortizol salınması verilebilir. Bir defa başladıktan sonra bu biyolojik reaksiyonu durdurmak zor olup bu reaksiyon tarafından, bilhassa strese karşı yatkınlık artırıcı deneyimleri bulunan veya genetik bakımdan zayıflık taşıyan bireylerde depresif sendrom tetiklenebilir veya alevlenebilir. Bireyin, çocukluk döneminde yaşadığı ihmal veya uğradığı şiddet benzeri erken yaşamsal olaylar, onu, psikolojik bakımdan, reddedilmeye karşı, biyolojik bakımdan da strese karşı daha duyarlı bir duruma getirebilmektedir (Black ve Andreasen, 2014).

1.2.3.2.2.1.2. Depresyon Türleri

1.2.3.2.2.1.2.1. Melankolik Özellikli Olan / Somatik Belirtili Olan Depresyon

Melancholia'nın (melancholic), bir ruhsal durum olup çok şiddetli depresyon ile karakterize olduğu ifade edilmektedir. DSM-5'e göre melankolik özellikler şu şekildedir (DSM-5, 2013):

Çizelge 1.3. Melankolik Özellikler

Melankolik Özellikler
Aşağıdakilerden bir tanesi, mevcut epizota ait en şiddetli dönemde bulunmaktadır.
1. Aktivitelerin tümünde ya da neredeyse tümünde haz kaybı 2. Genellikle haz veren uyaranlara tepki eksikliği (İyi bir şey olduğunda, geçici olarak bile, çok daha iyi hissetmez)
Aşağıdakilerden üç tanesi (veya daha fazlası)
1. Belirgin bir depresif duygudurum kalitesi, bu da derin bir moral bozukluğu, umutsuzluk ve/veya huysuzluk ya da sözde boş duygudurum ile karakterize edilir. 2. Sabahları, düzenli biçimde kötüleşen depresyon 3. Sabahları erken uyanma, her zaman uyandığından en az iki saat önce uyanma 4. Belirgin biçimdeki psikomotor ajitasyon ya da retardasyon 5. Önemli derecede anoreksi (iştahsızlık) veya kilo kaybetme 6. Uygun olmayan ve aşırı derecede suçluluk

Yaygın ilgi ya da istek kaybının olması ve bireyin, haz veren uyaranlara cevap verememe durumu, melankoli tanımında bulunmak zorunda olan, karakteristik, özgül iki özelliktir. Ayrıca depresif duygudurum, uykusuzluk, ağır psikomotor retardasyon ya da ajitasyon, iştahtaki azalma ya da kilo kaybetme, diüurnal değişim, aşırı derecedeki suçluluk fikirleri şeklindeki belirtilerden en az üçünün bulunması gerekmektedir. Bu belirtilerin çoğu vejetatif veya somatik belirtilerdir. Bu nedenle bu çeşit depresyon için vejetatif teriminin de kullanılmakta olduğu görülmektedir (Black ve Andreasen, 2014).

1.2.3.2.2.1.2.2. Endojen ve Reaktif Depresyon Kavramları

1.2.3.2.2.1.2.2.1. Endojen Depresyon

Endojen depresyonu (melankoli) olan kişilerde, tetikleyen herhangi bir etken olmadan oluşan anhedoni, duygusal tepki vermeme, psikomotor bozukluğun olması, kilo kaybetme, uykudan erken uyanma, sabahları kötü hissetme hâli hakimdir (Uğur, 2008). Endojen, içinde yetişen anlamında olup hastalığı başlatan, tetikleyen bir etken yoktur (Black ve Andreasen, 2014).

1.2.3.2.2.1.2.2.2. Reaktif Depresyon

Nedeni yaşam olayları olan bir depresyon türüdür (Uğur, 2008). Bireyin işini kaybetmesi, eşinden boşanması ve benzeri zorlu bir yaşamsal olaya verdiği tepki sonucunda oluşmaktadır (Black ve Andreasen, 2014). Reaktif depresyon, stres faktörlerinin etkisi ile genç yaşta oluşmaktadır. Genç yaşta başlayan depresyon, kişilik yapısını da olumsuz yönde etkilemektedir (Uğur, 2008). Elde bulunan kanıtlar, ağır, ciddi depresyonun dahi türlü psikolojik ve fizyolojik stres etkenlerince tetiklenebildiğini ortaya koymaktadır, bu nedenle endojen teriminin artık kullanılmadığı görülmektedir (Black ve Andreasen, 2014).

1.2.3.2.2.1.2.3. Karma Özelliği Olan Depresyon

Bu depresyon türünde, mani dönemine ait olan belirtilerden en az üç belirtinin, depresyon belirtilerine eşlik etmekte olduğu görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

1.2.3.2.2.1.2.4. Mevsim Depresyonları

Mevsim depresyonları adı verilen bir durum da söz konusudur. Mevsimsel etkenlerin neden olduğu güneş ışığı yoksunluğu depresif durumlara neden olmaktadır. Yılın belli dönemlerinde görülen güneş ışığı oranı artar veya azalır. Görülen güneş ışığının azalması depresif hâller ortaya çıkarırken, artmasında ise bipolar hastalığa sahip kişilerde mani veya hipomani durumuna kaymalarda çoğalma görülür (Uğur, 2008). Kimi hastaların depresyonunun, her sene sonbahar ve kış aylarında yinelenildiği, ilkbahar ve yaz aylarında ise iyileşme gösterdiği görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

1.2.3.2.2.1.2.5. Psikotik Özelliği Bulunan Depresyon

Bireyin, gerçeği değerlendirmesinin olumsuz etkilendiği ve bozulduğu, algıda bozulmalar ve/veya sanrıların olduğu olgularla da karşılaşılabilir (Özgüven ve Baskak, 2014). Takriben beşte bir ağır depresif hastada, varsanı, sanrı gibi psikotik belirtiler görülebilir (Black ve Andreasen, 2014). Yapılan çalışmalar, psikotik özellik taşıyan depresyonların daha şiddetli olduğunu ve depresyonun daha genç yaşta başladığını ifade etmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

1.2.3.2.2.1.2.6. Bunaltılı Depresyon

Anksiyete, endişenin, korkunun ya da kuruntunun ortaya çıkardığı psişik gerilimle belirgin huzursuzluk durumu, bunaltı, iç sıkıntısı, ruhsal sıkıntı, biçiminde tanımlanmaktadır (Tıplopedi, 2018). ICD-11'de "Depresif bozukluklar" başlığı altında "Karışık depresif ve anksiyete bozukluğu " (ICD-11 6A73) alt başlığında tanımlanmıştır. Çoğu zaman hem depresif belirtiler hem de anksiyete belirtileri bulunmakta olup iki hafta ya da daha uzun süre boyunca görülmektedir (ICD-11 MMS, 2022). Depresyon ve anksiyete (bunaltı) özelliklerinin bir arada görülmekte olduğu klinik durumlarla sık karşılaşılır. Yapılan çalışmalar, anksiyete ve

depresyonun toplum içinde yaygın şekilde bulunduğunu ve çoğu hastada da karma anksiyete ve depresyon görülmekte olduğunu ortaya koymuştur. Pür depresyon olguları ve pür anksiyete olgularının oldukça az olduğu görülmektedir. Depresyon belirtilerinin, anksiyete belirtilerini içermekte olduğu, anksiyete belirtilerinin de depresyonun en sık görülmekte olan belirtileri arasında olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte, depresyona kıyasla anksiyete bozukluklarının daha kötü bir seyir izlediği ve dalgalanmalar göstermekte olduğu, yapılan araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur (Sürmeli, 1998).

1.2.3.2.2.1.2.7. Atipik Depresyon

Atipik depresyonda ise nörovegetatif belirtiler görülür, bunlar, iştahta aşırı derecede artış, kilo alma, uykuya aşırı derecede meyiletme şeklindedir (Uğur, 2008). Temel belirti ise belirtilerin, çevresel şartlarla hafiflemesidir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

1.2.3.2.2.1.2.8. Maskeli Depresyon

Bu terim, hasta tarafından depresif bir duygudurum bildirilmemesi sebebiyle, belirgin ve tam olarak depresif bozukluk tanısının karşılanmaması halinde kullanılmaktadır. Enerji azalması, uykusuzluk, iştahsızlık gibi somatik şikayetlerle sağlık kuruluşuna başvuru yapan hastada tıbbi muayene ve incelemeler sonucunda fiziksel anormallik bulunamamasına rağmen hasta, şikayetlerinin devam ettiğini ifade eder ve devamında maskeli depresyon tanısı ile uygun tedavi yapılırsa aslında depresyona bağlı olan bu fiziksel şikayetlerinin düzeldiği, kaybolduğu görülmektedir (Black ve Andreasen, 2014). Maskeli (gizli) depresyonda, birey, duygularını saklamakta ve duygulanım arka planda bulunmaktadır ve yalnızca bedene ait yakınmalar ve olumsuz düşünceler ön plana çıkmış durumdadır. Maskeli depresyondaki birey, duygularını belli etmemekte ve önemsemiyor gibi görünmekte

iken derin bir mutsuzluk yaşıyor olabilmektedir. Duygular bastırıldığında da bedensel rahatsızlık biçiminde açığa çıkabilmektedir (Karaoğlu, t.y.).

Bu aşamada, depresyonun sağaltımından söz etmenin yerinde olacağı düşünülmektedir. Depresyonun sağaltımında, ilacın, elektrokonvülsif terapi (EKT)'nin ve psikoterapinin etkili olduğu ispat edilmiş durumdadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Depresif belirtilerin, kendi kendine tedavi edilmeye çalışılması amacıyla hastalar, sedatif veya stimülan ilaç alabilir, alkol kullanabilir ve bunun sonucunda hastalar, alkol ve madde kötüye kullanma problemleri yaşayabilirler (Black ve Andreasen, 2014).

1.2.3.2.2.1.3. Öğrenilmiş Çaresizlik

Bu kuramın sahip olduğu temel sayıltı, kişi, karşılaştığı travmatik ve hoş olmayan yaşam olaylarını kontrol etmek için çaba harcadığında başarısızlık yaşarsa, kişide, harekete geçememe, pasiflik, aynı zamanda yaşamını kontrol edememe duygusunun gelişmekte olduğudur. Bu durum da daha sonra depresyon oluşmasına neden olmaktadır (Davison ve Neale, 2011). Bu teori, kontrol dışı olaylar ile depresif olgular arasındaki ilişkiyi kurmaktadır (Sadock ve ark., 2016).

1.2.3.2.2.1.4. Depresyonda İmgeleme

Depresyon durumunda kullanılan imgelerin de depresif olduğu görülmektedir. Üstünde kara bulutlar dolaştığı, derin olan bir boşluğa düşüldüğü, karanlık olan bir odada bulunulduğu ifade edilmektedir. Depresyonda imge, çoğu kez bir yerde kapana kısıлып kalma ve karanlıkla ilgili bulunmaktadır. Depresyonun resmi yapılması istendiğinde açık ve yumuşak tonlu renklerden çok pastel ve koyu olan renkler kullanılmaktadır. İçsel imgelemenin anahtar kelimeleri, kapana kısılmışlık ile

karanlıktır. Bu durum, pek çok kişi tarafından, içimin feri söndü, biçiminde belirtilmektedir (Sayar, 2021).

1.2.3.2.2.1.5. Otomatik Düşünceler

Bilişsel yaklaşıma göre, depresyondaki hastalarda, otomatik düşünceler de görülmektedir. Otomatik düşünceler, hastadaki bilişsel hatalar nedeniyle oluşan ve herhangi bir durumla ilgili otomatik biçimde oluşan negatif düşünceler ve yorumlardır. Mantığa dayalı bir düşünme sonucunda değil, bir gayret sarf etmeden, tümüyle otomatik, refleks biçiminde ortaya çıkan, hızlı düşünceler ve imgelerdir. Otomatik düşünceler, başkaları tarafından saçma olarak nitelense bile hastalar tarafından olduğu şekliyle kabullenilir, gerçekte ne derece ilişkili olduğu testten geçirilmez. Otomatik düşüncelerin, hastalık ağırlaştığında yoğunluk kazandığı, hastalık iyileşmeye doğru gittikçe de azaldığı izlenmektedir. Bireyin, yaşamış olduğu erken çocukluk travmalarının, otomatik düşüncelere neden olan bilişsel hatalar üzerinde önemli rolü olduğu öne sürülmektedir (Işık, 1991).

Öncü (2014), depresyonun tedavisinde çoğunlukla kullanılan bilişsel tedavilerde ilk olarak, olumsuz otomatik düşüncelerin fark edilmesinin hedeflendiğini belirtmektedir. Bu düşünceler, çoğunlukla kişinin kendisi ile ilgili, olumsuz ve otomatik olarak akla gelmekte olan düşüncelerdir. “Beceriksiz”, “çok aptalım”, biçimindeki düşünceler bunlara örnek olarak verilebilir. Kendiliğinden ve otomatik olarak akla gelen bu düşünceler, çoğunlukla, bunalı ve sıkıntı ile birlikte görülmektedir.

1.2.3.2.3. Kalıcı Depresif Bozukluk (Distimi)

Kalıcı depresif bozukluk, DSM-IV'te tanımlı bulunan kronik majör depresif bozukluk ve distimik bozukluğun birleşimini temsil eder. En az iki yıl süreli depresif duygudurum bulunmaktadır. Çocuk veya ergenlerde, sürenin en az bir yıl olması

gerekmekte olup duygudurum, kolay öfkelenen (irritable) olabilir (DSM-5, 2013; Köroğlu, 2014). Kalıcı depresif bozukluk öncesi, majör depresyon gelebilir ve majör depresif dönemler, kalıcı depresif bozukluk esnasında ortaya çıkabilir (DSM-5, 2013).

Distimik bozukluğun, depresif nevroz, şeklinde tanımlandığı da görülmekte olup hafif, kronik bir bozukluktur (Black ve Andreasen, 2014). Çok ağır olmayan depresyon belirtileri vardır ve genellikle en az iki yıl sürmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015; Sadock ve ark., 2016). Klinik tablonun yetişkin bireylerde en az iki yıl sürdüğü, çocuklarda ve ergenlerde ise en az bir yıl sürdüğü görülmektedir (Işık, 1991). Gün boyunca süren, hemen hemen her gün görülen depresif duygudurumla belirlenmekte olan kronik bozukluktur. Çocuk ve ergenlerde irritabl duygudurum olarak görülmektedir. Distimi, terim olarak kötü huylu anlamına gelmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004). Kronik karamsarlık ve mutsuzluk, uykuda bozulma, halsizlik, güven duymama, kronik sızlanma ve yakınmalar, isteksizlik ve ilgide azlık, türlü somatik sorunlar, belirtiler arasındadır. Arada sırada birkaç günlük iyilik dönemlerinin olduğu görülebilmektedir. Genel olarak genç yaşta başlamaktadır. Bu bireylerde kimi zaman majör depresyon dönemleri de gelişebilmektedir, bu şekildeki durum, “çifte depresyon” olarak adlandırılır (Black ve Andreasen, 2014; Kırpınar, 2018; Öztürk ve Uluşahin, 2015). Boşanma, ölüm, eşlerin ayrı şehir veya ülkede yaşaması sonucu parçalanmış ailelerde distimi vakalarının görülme sıklığında artma gözlenmektedir (Uğur, 2008).

1.2.3.2.4. Adet Öncesi (Premenstrual) Disforik Bozukluk

Ruhsal belirtilerin yanında fiziksel yakınmaların da bulunduğu, doğurganlık dönemindeki kadınların büyük bölümünde adet kanaması yaklaşıyorken görülmekte olan tablodur. Adet öncesi disforik bozuklukta, duygusal dalgalanmalar, sinirlilik, gerginlik sıklıkla dile getirilen şikayetlerdir. Bununla birlikte, kaygı, keyifsizlik ve huzursuzluk da görülebilmektedir. Yorgunluk, uykuda düzensizlik, şişkinlik ve kiloda artma, göğüslerde hassasiyet gibi fiziki belirtilerin de yaygın olduğu

görülmektedir (Günenç, 2020). Belirtiler, adet dönemi başlangıcı sonrası birkaç gün içinde iyileşme göstermeye başlar ve adet dönemi sonrası haftada, ya ortadan kalkar ya da en aza iner (DSM-5, 2013; Köroğlu, 2014).

1.2.3.2.5. Madde veya İlacın Neden Olduğu Depresif Bozukluk

Devamlı ve belirgin bir duygudurum bozukluğunun, klinik tabloya hakim olduğu görülmektedir. Depresif bir duygudurum veya tüm ya da hemen hemen tüm aktivitelere yönelik belirgin biçimde ilgide ve haz almada azalma ile karakterizedir (DSM-5, 2013; Köroğlu, 2014).

1.2.3.2.6. Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Depresif Bozukluk

Belirgin ve devamlı bir depresif duygudurum periyodu veya tüm veya hemen hemen tüm aktivitelere yönelik ilgi ve haz almada belirgin biçimde azalma klinik tabloya hakimdir (DSM-5, 2013; Köroğlu, 2014).

1.2.3.2.7. Diğer Tanımlanmış Depresif Bozukluk

Bu kategori, depresif bozuklukların herhangi özgül biri için tanı kriterlerinin karşılanmamasının özel sebebinin, klinisyenler tarafından tartışılmak istenmesi durumunda kullanılmaktadır. Depresif bozukluk belirti özellikleri baskındır fakat tanı ölçütleri tam olarak karşılanmamaktadır (DSM-5, 2013; Köroğlu, 2014).

1.2.3.2.8. Tanımlanmamış Depresif Bozukluk

Bu kategori, depresif bozuklukların herhangi özgül biri için tanı kriterlerinin karşılanmamasının özel sebebinin, klinisyenler tarafından belirlenmek istenmemesi durumunda ve daha özgül bir tanının koyulabilmesi bakımından yeteri kadar bilgiye

sahip olunmadığında (örneğin acil servis şartlarında) kullanılmaktadır. Depresif bozukluk belirti özellikleri baskındır fakat tanı ölçütleri tam olarak karşılanmamaktadır (DSM-5, 2013; Köroğlu, 2014).

1.2.4. Görme Engeli ve Ruhsal Sağlık

Engel çeşidine, engel durumunun doğumsal ya da doğumdan sonra oluşumuna bağlı olarak, engelli bireylerin karşı karşıya kalacağı psikolojik problemlerin farklılık gösterebileceği ifade edilebilir. Kimi zaman bireyler engele sahip olarak doğmakta, kimi zaman da engelliliğe neden oluşturan hal, bireylerin hayat dönemlerinin herhangi birinde bir anda ortaya çıkmaktadır. Bazen de gelişimi günlerce, haftalarca, aylarca ya da senelerce sürebilmektedir. Bu durumlarla ilgili psikolojik etkilenimlerin de farklılık gösterebileceği söylenebilir. Engele sahip bireylerde, engeli nedeniyle diğer kişilere bağımlılık durumu bunun yanı sıra sosyal yaşam sahalarına ait engeller nedeniyle, kısıtlanma duygusu oluşabilmektedir. Engelli bireyin ailesinin, gerçeği yansıtmayan beklentilere sahip olması, aşırı koruma veya müdahaleci davranışlar sergilemesi, engelli bireyin, istismar ve ihmale maruz kalması, şiddet görmesi, psikolojik problemler oluşmasında rolü olan önde gelen faktörlerdendir. Bütün bu faktörler nedeniyle, engelli kişide, benlik saygısında düşme, dışlanma duygusu, kendini bir yük şeklinde görme, bunlarla ilişkili biçimde de suçluluk ve yetersizlik duyguları oluşabilmekte, içine kapanma ve sosyal izolasyon ortaya çıkabilmektedir (Doğu ve Yaran, 2019).

Görme engelinin, sosyal becerilerin kazanılmasında, bağımsız biçimde fiziksel hareket kabiliyeti edinilmesinde, mesleksel uyumda, eğitimsel uyumda zorluklara neden olan bir olgu olduğu, bu nedenle de görme engelli olmanın, başarı içinde bir sosyal yaşama sahip olmayı zorlaştırdığı belirtilmektedir (Karataş ve Duyan, 2007).

Medikal modelin çizdiği çerçevede, engellilik, önemli oranda, kişideki yetersizlik ve patolojiye dayanarak izah edilmektedir. Toplumdaki engelli kişilerin, normal kişilerden farklı bir konumda olmalarının nedeni, türlü yetersizliklere ve

engellere sahip olmalarıdır. Bu bakış açısının neden olduğu problemlerin başta gelenleri, engelli kişilere karşı ayrımcı ve damgalamaya yönelik tutumlardır. Birey, engelli olmasından dolayı yetersiz, aciz olarak tanımlanmakta, bu yönde müdahalelerin de hedefi olmaktadır. Engelli bireyler adına yapılan türlü düzenlemelerin onlara rağmen yapılıyor olduğu görülmektedir. Hâlbuki engelliler, kendileri ile ilgili hususlar için kendilerinin karar vermesi gerektiği şeklinde düşünmektedir ve buna gereksinimleri bulunmaktadır. Bu durumun aksi, engelli kişilerin, kendisini daha da sınırlandırılmış olarak hissetmesi ile sonuçlanmakta ve bununla ilintili olarak öz saygı ve öz güvenlerinde sarsılmalar oluşabilmektedir. Engelli bireylerin, depresyon önde gelmek üzere intihar etmeye kadar uzanmakta olan türlü ruhsal problemler geliştirebilmekte oldukları görülmektedir (Arıkan, 2002).

Pek çok araştırma sonucuna göre, görme engeline sahip bulunan kişiler, bilhassa ergenlik dönemlerinde, psikolojik ve davranışsal bakımdan ciddi biçimde sorun yaşamaktadır. Görme engeline sahip ergen birey, hem ergenliğe ait özgül zorluklarla hem de fiziksel engelin neden olduğu zorluklarla karşı karşıya gelmektedir (Bolat ve ark., 2010). Bulundukları sosyal çevrenin, yetişkin kör bireylerin karşılaştığı sorunlara geniş oranda etki ettiği, pek çok araştırma çalışması tarafından varsayılmaktadır (Kemp, 1981). Tümüyle görme yeteneğinden yoksun çocukların hangi sıklıkta psikopatolojik bozukluklara sahip olduğunu inceleyen pek çok çalışma bulunmaktadır. Görme yetersizliğine sahip kişiler, “normal” kişilere nazaran yetersizlikleri sebebiyle ya da düşük benlik saygısı hissetmeleri nedenine bağlı olarak, aşağılık kompleksi, küskün olma, inkâr etme, depresyon, endişe ve buna benzer psikolojik sorunlar yaşayabilmektedir (Kızılaslan ve Sözbilir, 2018). Karşı karşıya kalınan türlü problemler, engelli bireylerin yaşamakta oldukları toplum ile fonksiyonel bir bütünlük dahilinde hayat sürdürmelerini zorlaştırmaktadır. Devamlı olarak problemlerle mücadele eden ve bu problemlere karşı anlamlı çözüm yolları ortaya koyamayan bireylerde mutsuzluk hissi oluşacaktır (Karataş, 2002b). Temelinde görseelliğe dayanan bir dünyadaki yaşama uyum göstermek karmaşık bir başarıdır. Uyum, bir kişiden diğerine değişiklik gösterecek, onların önceki tecrübelerinden, karakterlerinden ve sahip oldukları destek ağlarından etkilenmiş

olacaktır. Aynı zamanda uyum, kaçınılmaz surette, dışa bağımsızlık, yeterlilik ve kontrol meseleleri ile bağlantılı bulunmaktadır (Schinazi, 2007). Ürdün'de yapılan bir çalışmada da kör öğrenciler ve gören öğrenciler arasında yalnızlığın ne derecede olduğunun araştırılması amaçlanmıştır. Araştırma sonuçları, kör öğrencilerin daha yüksek derecede yalnızlık bildirdiğini ortaya koymuştur (Hadidi ve Khateeb, 2013). İskoçya'da yapılan bir araştırma, görmedeki kayıp sonucunda, yaşam tarzı ve ruhsal durumun olumsuz etkilendiğini göstermiştir. Aynı zamanda, görme engelli bireylere yönelik toplumsal tutum yüzünden, görme kaybının dışa dönük belirtilerinin, negatif benlik algısı oluşturduğu ifade edilmektedir (Thurston ve ark., 2010).

Aile üyeleri arasında, kör çocuklara karşı çoğunlukla iki dizi duygu ve tutumun bulunduğu görülmektedir. Bir tarafta, körlük hakkında öylesine derin korkuları bulunan ve körlük fikrinden rahatsızlık duyan, çocuğu açıkça kabul etmeyen, reddeden kimi ebeveynler bulunmaktadır. Şüphesiz, bu ret, çocuk üzerinde, aşırı derecede olumsuz benlik tutumları şeklinde sonuç gösterir. Diğer taraftaki ebeveynler, çocuğun engelli olduğu gerçeğini kabul etmiş biçimde görünmekte fakat çocuğa, performansı hakkında ve kendisi hakkında güvenilir geri bildirimde bulunmamaktadır. Çocuk ne kadar yetersiz başarılarla sahip bulunursa bulunsun, ebeveynleri tarafından devamlı olarak ödüllendirilmektedir. En küçük gayretinden dolayı çocuğa övgü yağdırılmaktadır. Kör olma durumu tarafından çocuğun bütünüyle aciz kaldığı, bir şey yapamaz halde olduğu ve bundan dolayı, çocuk tarafından yapılan her şeyin hayret verici olduğunun farz edilmesine meyilli olmak, çocukta, bütünüyle saptırılmış benlik tutumları üretebilmektedir (Scot, 1969). Hem yakın hem de uzak çevrelerinde, engelli bireylere yönelik, yaygın olan ve çoğunluğu menfi kabul edilebilecek tepki ve tutumlara rastlanmaktadır. Bu tepki ve tutumlar, kör bireyde benlik anlayışı oluşması ve gelişmesinde rol oynayan bir etmen olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplum tarafından, kör bireylere yönelik olan tepki ve tutumlar, uyumlu ve olumlu ilişkiler geliştirmeyi çoğunlukla negatif yönde etkilemektedir (Enç, 1978).

Görme kaybının, genel sağlığın negatif biçimde etkilendiği bir durum olduğu ifade edilmektedir (Biler ve ark., 2014). Depresyon insidansının, görme engelli ergen

bireyler arasında mı yoksa gören ergenlerden oluşan bir karşılaştırma grubunda mı daha fazla olduğunun araştırıldığı bir çalışma yapıldı ve depresyonun ölçümü için Beck Depresyon Envanteri kullanıldı. Çalışmada, yaşları 12 ile 18 arasında olan iki ergen grubu bulunmaktaydı. Katılımcıların 22 kişisi doğuştan ve yasal tanıma göre görme engelli iken 29 kişisi gören ergenlerden oluşmaktaydı. Çalışma bulguları, depresyon görülme sıklığının, görme engelli bireylerde, gören ergenlere göre önemli derecede yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Koenes ve Karshmer, 2000). İzlanda'da yapılan bir çalışma sonucunda, psikolojik açıdan sıkıntı ve mutsuzluk algılarının kişisel olarak bildirimlerinin (self-reports), görme bozukluğu derecesine göre önemli ölçüde farklılık gösterdiği bulgusuna ulaşılmıştır (Karlsson, 1998). Kore'de yapılan, görme bozukluğunun depresyondaki etkisinin değerlendirildiği ve bir ulusal kohortun kullanıldığı boylamsal takip çalışmasının sonucu olarak, hem körlük bulunmayan görme bozukluğunda hem de körlük alt gruplarında depresyon riskinin artmış olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Choi ve ark., 2018). Derin görme kaybının, ergen, genç yetişkin ve orta yaş yetişkin bireylerde psikolojik iyi olma hali üstündeki etkilerini, ruh hali, kariyer ile ilgili hedefler ve kişiler arası etkileşimler bakımından değerlendirme amacıyla yapılan bir çalışma sonucunda, katılımcıların hemen hemen yarısının, görme kaybı sonrası, depresyon kriterlerini karşıladığı bulgusuna ulaşılmıştır (Garcia ve ark., 2017). Depresyon prevalansının, görme bozukluğu olan bireylerde yüksek olduğu ifade edilmektedir (Rees ve ark., 2009; Margrain ve ark., 2012). Rees ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada, depresif belirtiler için en güçlü özgün yordayıcının, görmeye özgü sıkıntı olduğu bulunmuştur. Ayrıca çalışma, görme bozukluğu nedeniyle oluşan katılım kısıtlamasının depresif belirtiler üstündeki etkisine, görmeye özgü sıkıntının aracılıkta bulunduğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte, çalışma sonuçlarına göre, gündelik hayata katılma, görme kaybının süre ve derecesi, görmeye özgü fonksiyonellik gibi diğer vasıflar ne olursa olsun, depresif belirtilere en anlamlı katkının, görme bozukluğuna ait duygusal sonuç tarafından yapıldığı belirtilmektedir. Diğer bir çalışma sonuçlarına göre de depresif belirtiler ve görmeye özgü sıkıntı güçlü şekilde birbirine bağlıydı. Ancak bu güçlü ilişkiye rağmen, görmeye özgü sıkıntı için farklı risk faktörleri bulunduğu görülmektedir. Bahse konu çalışma örnekleminde, depresif belirtiler için risk faktörleri, fiziksel sağlığın kötü

olması, depresyon öyküsünün bulunması, sosyal destek yeterliliğinin düşük algılanmasıydı. Bununla birlikte, çalışma sonuçları, bir bireyin, görme bozukluğuna ait hem sosyal, hem duygusal hem de pratik zorluklar ile baş edebilme becerisinin, psikolojik iyi olma hali açısından her şeyden önemli olduğunu göstermiştir (Rees ve ark., 2013). Yetişkin bireylerde, geri dönüşümü olmayan görme kaybına psikolojik uyumun sistematik olarak gözden geçirildiği bir çalışma sonucunda, geri dönüşümü olmayan görme kaybına uyum esnasında yüksek düzeyde depresyonun ortaya çıktığı görülmüştür. Geri dönüşümsüz görme kaybının, psikolojik etkenlerin kritik bir rol oynadığı, öznel, karmaşık ve dinamik bir süreç olduğu belgelenmiştir. Bununla birlikte, uyum döneminin erken aşamasında, sosyal desteğin, ruh sağlığının ve baş etme stratejilerinin hedeflenmiş olduğu rehabilitasyon ve müdahale programlarının, uzun süreli duygusal sıkıntıyı önleyebileceği ve sonuçta, geri dönüşümü olmayan görme kaybına sahip yetişkinlerin yaşam kalitesini artırabileceği ifade edilmektedir (Senra ve ark., 2015). Başka bir çalışma sonucunun da depresyon ile görme bozukluğu arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu gösterdiği ifade edilmektedir (Dong ve Ng, 2021).

Görme bozukluğu, sanayileşmiş ülkelerde, ruhsal sağlığı ve fiziksel sağlığı içeren çeşitli komorbiditeler ile ilişkili bulunmaktadır. Alman toplumunda, depresif belirtiler ile kişinin bildirdiği (self-reported) bozukluk arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla yapılan bir çalışma sonucunda, %24'e varan bir prevalansa sahip olarak depresif belirtilerin, yakın ve uzak görme zorluğu olan katılımcılarda sık rastlanan bir bulgu olduğu ortaya konmuştur (Schuster ve ark., 2018). Diğer taraftan, görme bozukluğu olan bireyler arasında kaygı ve kaygı bozuklukları görülme sıklığının da genel nüfustan daha fazla olduğu belirtilmektedir (Binder ve ark., 2020).

Doğuştan ve sonradan bozulmanın uyumunda farklılıkların olacağı açıktır. Burada zaman, göz önünde bulundurulması gerekli ve önem arz eden bir değişkendir (Schinazi, 2007). Görme bozukluğu veya görme kaybı başlama yaşının, psikososyal gelişim bakımından kayda değer etkisi bulunmaktadır. Görme engeli doğuştan olan bireyler, görülmekte olanlarla ilgili fikri bulunmadığı için bir kayıp duygusu da

yaşamamaktadır (Özkan, 2019). Bozukluğun doğuştan olması durumu, bireyi, içinde bulunduğu şartı hemen hemen otomatik olarak kabul etmeye zorlar. Diğer taraftan, bozukluğun sonradan oluşması durumu belirli bir uyum dönemini gerekli kılar ve çoğunlukla bu döneme, travma, depresyon, bir sürpriz unsuru, hazırlıksız yakalama (element of surprise) eşlik etmektedir (Schinazi, 2007). Londra'da yapılan bir çalışmada, yeni kör olmuş ve çalışma çağındaki bir grup yetişkinin görme kaybına verdiği reaksiyonlar incelenmiştir. Körlük, bu çalışma örneklemindeki bazı bireylerde şiddetli psikopatoloji ve sosyal uyumsuzlukla ilişkilendirilmiştir. Çalışma bulgularına göre, görme kaybına yönelik verilen reaksiyonlar ezici psikik sıkıntı içeriyordu. Yakın zamanda kör olanlar arasında genel olarak hafifletici bir reaksiyonda en belirgin olanlar, depresif duygulanım, intihar düşüncesi, anksiyete ve depresif sendromun diğer bileşenleriydi (Fitzgerald, 1970). Fitzgerald ve ark. (1987), yeni kör olan yetişkinlerden oluşan ve daha önce incelenmiş grubu, dört yıl sonra izlemiştir. İzleme sonucunda, depresyon ve kötü sağlığın, hayret verici bir şekilde yaygınlığının devam ettiği, kör becerilerin (blind skills) ediniminde ise yalnızca hafif bir artışın olduğu görülmüştür.

Görme bozukluğuna tepkilere ve psikolojik sıkıntıya, sosyal faktörler ve bireysel faktörlerin etkileşiminin neden olduğu belirtilmektedir (Ueda, 2017). Karakteristik duygusal rahatsızlıkların, körlüğün yaratmış olduğu sosyal durumlar nedeniyle ortaya çıktığı, bu duygusal rahatsızlıklara, bizatihi duygusal yoksunluğun neden olmadığı, kör bireylerin yaşamlarına yönelik araştırmalar sonucu gösterilmiştir. Kör bireylerin ve gören bireylerin duygusal yaşamlarını karakterize etmekte olan ayırt edici farklılıklar bulunmaktadır, bu farklılıklar, bu bireylerin kendilerine ait fiziksel ve sosyal çevreleri ile farklı biçimlerde karşılaşma zorunluluğu nedeniyle ortaya çıkmaktadır (Cutsforth, 1951).

Körlükle başa çıkma başarısı, temelde engelli bireyin bir mücadelesidir ki bu, bireysel ve hayat boyu devam eden bir mücadeledir. Bununla beraber, kör bireyin başarılı ya da başarısız olması, büyük oranda, ailesi ve halkın ona yönelik olan tutumu tarafından belirlenecektir (Fries, 1930). Bir engel durumunun sonuçlarının

üstesinden gelme ve bunlarla başa çıkma becerisi, çoğunlukla, olumlu bir benlik kavramı ile bağlantılı bulunmaktadır (Schinazi, 2007).

Karataş ve Duyan (2007), sosyal yaşamda karşılaşılan zorluklarla mücadele edebilmek için, görme engeli bulunan kişilerin benlik saygılarının da yüksek düzeyde olması ve sosyal desteklerinin bulunması gerektiğini, benlik saygısının da sosyal etkileşim aracılığı ile kazanılmakta olduğunu ifade etmektedir.

Kör bireylerin uyumlarında ve gelişimlerinde olumsuz bir etkiden bahsedildiğinde, bu olumsuz etki, görme engelinin şahsen kendisinin değil, engelli birey ve etrafındaki kimselerin, görme engeline yönelik benimsedikleri tutumlar ve verdikleri reaksiyonlar sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bundan dolayı, engelli bireyin engelini olduğu şekilde kabullenmesiyle, aynı zamanda çevresinin eğitilmesiyle, görme engellinin uyumu ve gelişimi ile ilgili görülen problemlerin pek çoğunun önüne geçilebilmesi olanaklıdır (Enç, 2005, s.87).

1.2.5. Ruminatif Düşünce Biçimi ve Ruminasyon Kavramı

Ruminasyon kavramına destek veren literatürün güçlü olmasına karşın, ruminasyonun, birleşik (unified) bir tanıma ya da ölçüm yöntemine sahip olmadığı görülmektedir (Smith ve Alloy, 2009). Ruminasyon, köken olarak rumen sözcüğünden gelmektedir. Geviş getirmekte olan hayvanların midesindeki ilk bölüme rumen adı verilmektedir. Ruminasyon, iki anlamda kullanılmakta olup bu anlamlardan biri, geviş getirmek, diğeri de düşüncelerin, zihinde, tekrarlayıcı biçimde dönüp durmasıdır (Burhanoğlu, 2016). Önemli ve bilişsel bir süreç şeklinde değerlendirilen ruminasyon, tek bir fikir ya da konu ile devamlı surette meşgul olma halidir. Ruminatif düşünce, kontrol edilemeyen, girici olan, tekrarlayıcı olan, geri dönüşlü olan genel karaktere sahiptir. Bilhassa duygudurum bozuklukları ve anksiyete olmak üzere pek çok psikiyatrik bozukluk gelişmesinde rol oynamaktadır (Karatepe, 2010).

Ruminasyona eğilimin, araya girici düşüncelere cevap olarak anlamlar ve nedenler üzerinde durmak ile ilişkilendirildiği, endişeye eğilimin de araya girici düşüncelere cevap olarak sonuçlar üzerinde durmak ile ilişkilendirildiği belirtilmektedir (Watkins, 2004a). Bazı kişilerin, saplantı haline getirdikleri bir düşünceyi sürekli biçimde zihinde canlandırdıkları görülmektedir. Bu nedenle, ruminasyona, “geviş getirme” de denilmektedir. Çünkü, bireyin zihninde bir düşünce devamlı şekilde geri getirilmekte ve katiyen yok olmamaktadır (Canbazoğlu, 2019).

Ruminasyon, kabaca, ısrarlı bir biçimde kendine odaklanma (self-focus) olarak tarif edilebilir ve doğası gereği tekrarlamalı ve kalıcıdır (Spasojevic ve ark., 2004). Yaygın anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluğun müşterek bir özelliği olan ruminasyon, takıntılı düşünme olup aşırı, tekrarlayan düşünceleri ya da temaları içermektedir. Aynı zamanda öteki zihinsel faaliyet formlarına müdahale etmektedir (APA dictionary of psychology, 2022).

Diğer taraftan ruminasyon, Dünya Sağlık Örgütü'ne ait ICD-11 tanı sınıflama sisteminde, "MB24 Ruh hali veya duygulanımla ilgili semptomlar veya işaretler" (MB24 Symptoms or signs involving mood or affect) başlığı altında "Zihinsel ruminasyon" (MB24.E Mental rumination) biçiminde ifade edilmektedir. Burada, zihinsel ruminasyon, "olumsuz olaylarla, kişisel özelliklerle ya da başarısızlıklarla zihinsel meşguliyet" biçiminde tanımlanmaktadır (ICD-11 MMS, 2022).

Ruminasyonda, birey, benliğinin hasara uğramasını önlemeye ve benliğini dış uyaranlara karşı korumaya çalışmaktadır. Bunun sonucunda, düşüncenin içeriği bozulmaya uğrar. Birey, bir olayla karşılaşp istediği tepkileri veremediğinde ya da vermediğinde, zihninde, kendisini üstün hale getirecek türlü düşünceler üretir, ruminasyon, bu şekilde, bir savunma mekanizması görevi yerine getirmektedir (Canbazoğlu, 2019).

Rachman (1971), konu hakkındaki model ve argümanların yol açtığı tahminler arasında, subjektif ve psikofizyolojik rahatsızlıklarca, ruminatif düşüncelere eşlik edilmekte olduğunu belirtmektedir. Ruminasyonun, depresif ruminasyonun ve

endişenin, duygulanım (affect), sağlık ve problem çözmenin de içinde olduğu farklı alanlarda olumsuz sonuçları bulunduğu belirtilmektedir (Segerstrom ve ark., 2003).

Treynor ve ark. (2003) da yapmış oldukları çalışmanın sonucu olarak, iki faktörlü bir ruminasyon modelinden söz etmektedirler. İlk bileşeni, derin düşünce (reflection), ikinci bileşeni de kara kara düşünmek, arpacı kumrusu gibi düşünmek (brooding) şeklinde adlandırmaktadırlar. Derin düşünce faktörü ile alakalı maddelerin, amaçlı bir içe dönüşü önerdiğini ve bu amaçlı içe dönüşün, bireyin depresif belirtilerini hafifletmek amacıyla bilişsel problem çözmeyle meşgul olmak maksatlı olduğunu, kara kara düşünme faktöründeki maddelerin ise pasif biçimde bir karşılaştırmayı yansıttığını, bu pasif karşılaştırmaların, bireyin içinde bulunduğu mevcut durum ile başarılmamış, ulaşılmamış (unachieved) bir standart arasında yapılmakta olduğunu belirtmektedirler.

1.2.5.1. Ruminasyon ve Depresyon İlişkisi

Depresyona ilişkin ruminatif tepkilerle ilgili olarak, Nolen-Hoeksema (1991), depresyona yönelik ruminatif tepkilerin, bireyin dikkatini, depresif belirtilere ve bu depresif belirtilerin etkilerine odaklayan davranışlar ve düşünceler şeklinde tanımlanabileceğini belirtmekte ve bu nedenden ötürü de bu düşüncelerin ve bu davranışların, belirti odaklı ve düşünceye dalmış (contemplative) durumda bulunduğunu ifade etmektedir. Kronik biçimde kullanılan ruminasyon, sosyal destek kaybı oluşturmakta, bu sosyal destek kaybı da depresyonu körüklemektedir. Aynı zamanda, ruminasyon, depresyonu tetiklemekte, var olan depresyonun da sürmesine neden olmaktadır. Bununla birlikte, ruminasyonların, depresyonun tekrar etmesinde önemli bir faktör olduğu ifade edilmektedir (Aydın, 2019, s.75). Kuehner ve Weber (1999), tek kutuplu depresif hastalarda ruminasyonun klinik depresyon dönemlerinin gidişatında olası kötüleştirici bir etkiye sahip olduğunun, çalışmalarının sonucunda gösterildiğini ifade etmektedir. Depresyon hastalarının, değişik alanlarda olabilecek, çoğunlukla onlarda suçluluk duygusuna neden olacak takıntılı fikirlerini devamlı şekilde düşünür duruma gelebileceği, ayrıca hastalık öncesinde de var olabilecek

takıntılı veya fobik düşüncelerin de depresif periyotta artış gösterebileceği belirtilmektedir (Çelik ve Hocaoglu, 2016). Depresif ruminasyonun, anksiyöz ruminasyonla örtüşmekte olduğu (örnek olarak, düşüncelerin kontrol edilemez oluşuna atıf yapar) fakat daha çok geçmişe yönelik gibi görünmekte olup problem çözmedeki düşük güvenin de buna eşlik etmekte olduğu ifade edilmektedir (Matthews ve Wells, 2004). Diğer taraftan, fazla ruminasyon yapan bireylerde madde ve alkol kötüye kullanımı daha sık görülmektedir (Gök, 2017).

1.2.5.2. Birlikte Ruminasyon Kavramı

İlgili literatürde ortak (birlikte) ruminasyon kavramı da geçmektedir. Rose'a (2002) göre, ortak ruminasyon (Co-rumination), kişisel problemlerin, ikili bir ilişki içinde aşırı şekilde tartışılmasını kastetmektedir. Ortak ruminasyon, aynı sorunu tekrar tekrar tartışmak, sıkça problemleri tartışmak, sorunları tartışmak üzere karşılıklı yüreklendirme, sorunlar hakkında tahminde bulunma ve olumsuz duygulara odaklanma ile karakterize edilmektedir. Yapı olarak birlikte ruminasyon, kendini ifşa, kendini açığa vurma (self-disclosure) ile ruminasyon yapıları arasındaki örtüşmeyi temsil etmektedir fakat bu yapıların her ikisi ile de özdeş değildir. Birlikte ruminasyonun, sosyal olarak (ruminasyonun aksine) da potansiyel olarak da (kendini açıklamanın genel anlamdaki tanımının aksine) uyumsuz olduğu görülmektedir. Çünkü olumsuz odaklanma söz konusudur.

Boren (2013), sosyal desteğin, stresin, sağlıkla ilişkili sonuçları üstündeki olumsuz etkileri için tampon görevi yaptığını ve sosyal desteğin, algılanan stres ve tükenmişlik ile ters orantılı olduğunu fakat bununla beraber, sosyal desteğin tümünün yararlı olmadığını yapılan çalışmalar neticesinde gözler önüne serildiğini ifade etmekte, bir konu ile ilgili aşırı biçimde olumsuz sorun konuşulması ve ortak ruminasyonun, artan tükenmişlik ve stres seviyeleri ile ilişkilendirildiğini de belirtmektedir.

1.2.5.3. Ruminasyon Modelleri

Bu noktada, ruminasyon modelleri ile ilgili bilgi vermenin yerinde olacağı düşünülmektedir.

1.2.5.3.1. Tepki Stilleri Teorisi (Response Styles Theory)

Nolen-Hoeksema'nın Tepki Stilleri Teorisi'nde, ruminasyon, bireyin olumsuz duygulanımının (affect), belirtileri, nedenleri ve sonuçları ile ilgili tekrar tekrar düşünmesinden meydana gelmektedir. Ruminasyon, bilişsel açıdan depresyona yatkın olma bağlamında ele alınmıştır (Smith ve Alloy, 2009).

Nolen-Hoeksema, kişilerin, kendilerine ait depresyon belirtilerine yönelik tepki verme biçimlerinin, bu depresyon belirtilerinin süresine etki ettiğini ileri sürmektedir. Depresyona ruminatif cevaplar veren, depresyon belirtilerine ve bu belirtilerin muhtemel neden ve sonuçlarına odaklanan kişilerin depresyonu, depresyon belirtilerinden uzaklaşmak üzere harekete geçen kişilerin depresyonundan daha uzun sürecektir. Ruminatif tepkiler nedeniyle depresyonun süresi uzar, bunun nedeni ruminatif tepkilerin, depresif ruh halinin, düşünme üzerindeki olumsuz etkisine ve problem çözme ve araçsal davranışa müdahalesine izin vermesidir. Ruminatif tepkiler, bireyin depresyonda bulunduğu dair gerçeğe tekrar tekrar odaklanmasını içermektedir. Ruminatif yanıt stili, bir düşünce ve davranış kalıbı şeklinde düşünülmekte olup bireyin dikkatini, onun duygusal haline odaklamakta ve bireyi duygudurumundan uzaklaştırabilecek her çeşit hareketi engellemektedir. Depresyon durumunda olduğu sırada ruminatif tepkiler gösteren bireyler, kendisini depresyon belirtilerinden uzaklaştırmayı deneyen kişilere nazaran depresif kalma eğiliminde olup onlardan daha şiddetli depresyona girebilirler. Diğer taraftan, kadınlar, erkeklere göre daha çok ruminatif yanıt stiline sahip bulunma eğilimindedir bu da kadınların depresyona girme olasılıklarının neden daha yüksek olduğunu ve neden daha uzun depresyon dönemleri rapor edildiğini açıklamaya yardımcı olabilir (Nolen-Hoeksema, 1991).

1.2.5.3.2. Üzüntü Hakkında Ruminasyon (Rumination on Sadness)

Bu modelde, ruminasyon, bilişsel açıdan depresyona yatkın olma bağlamında ele alınmıştır. Mevcut durumdaki sıkıntı ve üzüntüyü çevrelemekte olan koşullar hakkında tekrarlayıcı düşünme olarak tanımlanmaktadır (Smith ve Alloy, 2009).

Üzüntü üzerine ruminasyonun, olumsuz içerikli olduğu, problem çözümünü kolaylaştırmadığı ve yalnız bir etkinlik olduğu, kişi, kendi kendine veya durumsal olarak dayatılan görev odaklı hedefler izliyorsa araya girici/zorla girici (intrusive) olduğu ifade edilmektedir (Conway ve ark., 2000).

1.2.5.3.3. Ruminasyonun Stres-Reaktif Modeli (The Stress-Reactive Model of Rumination)

Ruminasyon, bilişsel açıdan depresyona yatkın olma bağlamında ele alınmıştır. Stresli yaşam olayları ile ilişkili olan olumsuz çıkarımlar üzerine ruminasyon söz konusudur. Tepki Stilleri Teorisine oldukça benzer olan bu modelde, ruminatif fenomen, olumsuz duygulanımın (affect) varlığından önce yakalanabilmektedir. Bu modele göre, ruminatif içerik, stresörlerle ilgili bulunan düşüncelerden meydana gelmektedir ve model, diğer önemli ruminatif temaların yakalanamayabileceğini ileri sürmektedir. Bu önemli ruminatif temalara örnek olarak, diğer stresörlerin anıları ya da stresörlerle ilgisi olmayan kendini küçümseyen düşünceler verilebilir. Bu durum, model için potansiyel bir sınırlılıktır (Smith ve Alloy, 2009).

Robinson ve Alloy (2003)'e göre, hem olumsuz yaşam olayları hakkında olumsuz sonuçlar çıkarmaya hem de daha sonrasında bu olumsuz yorumları, ruminasyon yoluyla devamlı olarak aktif etme eğiliminde olan bireyler, majör ve umutsuzluk depresyon atakları gelişimi için özellikle yüksek risk altında bulunmaktadır. Aynı zamanda bu bireyler, daha uzun süre devam eden depresif dönemler yaşama açısından da yüksek risk altındadırlar.

1.2.5.3.4. Olay Sonrası Ruminasyon (Post-Event Rumination)

Bu model, sosyal fobi literatüründen kaynağını almış ve ortaya çıkmıştır. Bu modele göre ruminasyon, sosyal etkileşimlere cevap biçiminde ortaya çıkmaktadır. Ruminasyon, sosyal fobinin bilişsel modelleri bağlamında ele alınmıştır. Bu modelde, ruminasyon, örneğin bir ölüm sonrasında işlemenin (processing) devam etmesi veya bir sosyal etkileşim ile ilgili kara kara düşünmek (brooding) biçiminde kavramsallaştırılmaktadır (Smith ve Alloy, 2009). Sosyal olaylar arasında oluşan olay sonrası ruminasyon, hafıza izlerini yeniden aktif hale getirir. Bunun sonucunda da geri çağrılan bilgiler, daha derin işlenir (Mellings ve Alden, 1999). Edwards ve ark. (2003) konu ile ilgili bir çalışmanın sonuçlarına göre, sosyal bir performansı izleyen olay sonrası düşünme (brooding) ile meşgul olma miktarı bakımından, sosyal kaygısı düşük ve sosyal kaygısı yüksek bireyler arasında bir fark olduğu görülmüştür. Ayrıca sosyal kaygı ve depresyonun, bağımsız şekilde her birinin, sosyal olay için olumsuz ruminasyon ile ilişkili olduğu, korelasyonel sonuçlar tarafından gösterilmiştir.

Kashdan ve Roberts'ın (2006) belirttiği araştırma sonuçları, olay sonrası olumsuz ruminasyon ve sosyal kaygı (anxiety) arasındaki ilişkinin, yüksek depresif belirtileri bulunanlarda daha güçlü olduğunu göstermektedir. Diğer bir bulgu da sosyal kaygı ve depresif belirtilerin, sosyal etkileşimlerin ardından, olay sonrası ruminasyonu yordamada sinerjik bir etkisi bulunduğudur. Araştırmanın sonuçları genel olarak, olay sonrası ruminasyonun sosyal bakımdan daha endişeli bireyler arasındaki etkilerinin, büyük ölçüde sosyal bağlama bağlı bulunduğunu ortaya koymaktadır.

1.2.5.3.5. Hedef İlerleme Teorisi (The Goal Progress Theory)

Ruminasyon, öz-düzenleme (self-regulation) bağlamında ele alınmıştır. Bu teoride ruminasyon, hedef tutarsızlığına yönelik tekrarlayan düşünceler biçiminde kavramsallaştırılmaktadır. Hedef ilerleme teorisi, ruminasyonu, bir ruh hali

durumuna kendiliğinden bir tepki olarak görmemekte, ruminasyonu, hedefe doğru tatmin eden biçimde ilerleme başarısızlığına tepki olarak görmektedir (Smith ve Alloy, 2009). Bu bakış açısına göre, ruminasyon, temelde, daha yüksek dereceye sahip, önemli hedeflerle ilgili tekrar tekrar düşünme eğilimidir ve bu hedeflerin özelliği henüz erişilmemiş olmalarıdır. Ruminasyon, bireylerin, sahip olduğu daha yüksek hedeflere doğru ilerleme göstermediğinde oluşmaktadır. Hedef ilerleme görüşü, bireyin, daha yüksek bir hedefe doğru yeterli ilerleme gerçekleştirememesi nedeniyle hedefine doğru gitmekte olan alternatif yollar formüle ettiğini, hedefinin ne derece cazip olduğunu, ne derece arzu edilir olduğunu tekrar değerlendirdiğini ya da türlü hedeflerine yönelik davranışlarını yeniden yapılandırıldığını öne sürmektedir. Uzun bir zaman periyodunda bu düşüncenin tekrarlanmasına ruminasyon adı verilmektedir (Martin ve ark., 2004).

1.2.5.3.6. Öz-Düzenleyici Yürütücü Fonksiyon Teorisi (The Self-Regulatory Executive Function Theory - S-REF)

Ruminasyon, öz-düzenleme (self-regulation) bağlamında ele alınmıştır. Bu teoride ruminasyon, arzu edilen ve gerçek durum arasında bulunan tutarsızlığa cevap şeklinde genel bir süreç, bir endişe alt kümesi olarak kavramsallaştırılmaktadır (Smith ve Alloy, 2009). S-REF modele göre ruminasyonun kaynağı, kısmen kişinin üstbilişsel inançlarıdır ki bu üstbilişsel inançlar, öz-düzenleme ve başa çıkma amacıyla bir strateji olarak ruminasyon kullanımını belirlemektedir (Matthews ve Wells, 2004).

1.2.5.3.7. Kavramsal-değerlendirici ve Deneyimsel (Conceptual-Evaluative & Experiential)

Ruminasyon, kendine odaklanma (self-focus), Teasdale ve Barnard'ın (1991) Etkileşimli Bilişsel Alt Sistemler çerçevesi (framework) bağlamında ele alınmıştır. Ruminasyon, bu modelde, daha geniş bir kendine odaklanma teorisi bağlamına

yerleştirilmektedir. Kavramsal değerlendirici kendine odaklanma, mevcut durumdaki sonuçlar ve istenilen sonuçlar arası tutarsızlıklara odaklanma, benlik ile ilgili düşünme, değerlendirici, analitik, deneyimsel kendine odaklanma ise deneyimin anlık farkındalığında, sezgisel olan, değerlendirici olmayan şeklinde tanımlanmaktadır (Smith ve Alloy, 2009).

Watkins (2004b), makalesinin, ruminatif kendine odaklanma boyunca, işleme stilinin, ruminasyonun içeriği kadar ilgili (relevant) olduğu argümanını öne sürdüğünü belirtmektedir. Buna göre, kendine odaklı işleme modu, aşırı genel (overgeneral) hafıza hatırlama üzerinde, sosyal problem çözümü üzerinde ve hafif derecede üzüntü veren bir olayı takiben 12 saat sonra olumsuz duygudurumun ve araya girici düşüncelerin kapsamı üzerinde etki yapabilmektedir. Bununla birlikte, duygudurum, problemler ve bireysel deneyimin öteki yönlerine ruminatif kendine odaklanmanın, depresyonu sürdüren uyumsuz sonuçlara sahip olabileceği gibi üzücü olaylardan kurtulmayı teşvik edici uyumsal sonuçlara da sahip olabileceğini ifade etmektedir.

1.2.5.3.8. Çok Boyutlu (Multi-dimensional)

Ruminasyon, travma ve sağlık psikolojisi bağlamında ele alınmıştır. Bu modele göre, travmanın ardından ruminasyonun üç alt tipi ortaya çıkmakta olup bunlar araçsal, duygu odaklı ve anlam araştıracıdır (Smith ve Alloy, 2009).

Fritz (1999), travmatik olayları takiben ortaya çıkmakta olan üç türlü ruminasyon arasında kavramsal ayrımlar yapıldığını belirtmektedir. Bu ruminasyon türleri şu şekildedir:

a. Araçsal ruminasyon: Bir olayın pratik sonuçları ile ilgili düşünme şeklinde yapılan ruminasyon.

b. Duygu odaklı ruminasyon: Bir olayla ilişkili olumsuz etki, olumsuz duygulanım (affect) üzerinde durma şeklinde yapılan ruminasyon.

c. Anlam araştırmacı ruminasyon: Bir olayın nedenleri hakkında düşünme şeklinde yapılan ruminasyon.

Yapılan çalışmada, araçsal ruminasyonun, travmatik olaylara yanıt şeklinde gelişmiş uyum ile ilişkilendirilmesi beklenirken, duygu odaklı ruminasyon ve uzun süredir devam eden anlam arayışının daha kötü uyum ile ilişkilendirilmesi beklenmiştir. Hipotezler, ilk koroner olay, yani ilk kalp krizi ya da anjiyoplasti yaşamış ve bu nedenle hastane yatışı yapılmış 20 kadın ve 45 erkek arasında incelenmiştir. Görüşmeler, hastalar hastaneden taburcu olmadan hemen önce ve 4 ay sonra olacak şekilde iki defa yapılmıştır. Araştırma bulguları, ruminasyonun çok boyutlu bir yapı olduğunu ve uyum için çok yönlü, komplike etkileri bulunduğunu ileri sürmektedir.

Bu modelde, ruminasyon sağlık psikolojisindeki konularla ilişkilendirilmiş, tekrarlamalı olumsuz düşüncenin fiziksel sağlık üstündeki etkisi göz önünde bulundurulmuş ve ruminasyon, travmaya tepki olarak çok boyutlu biçimde kavramsallaştırılmıştır (Smith ve Alloy, 2009).

1.2.5.3.9. Ruminasyon ve Öz Düzenleme (Rumination and Self-Regulation)

Bu modelde, ruminasyon, öz-düzenleme ve stres bağlamında ele alınmıştır. Bu modele göre ruminasyon, iradeye, isteğe bağlı bir bileşen olup strese yanıt olarak başarılı bir öz-düzenleme ile müdahale eder ve aslında ruminasyon, stresi sürdürebilir. Bu modelde, ruminasyon, öz-düzenlemenin önünde bir engel olarak görülmektedir (Smith ve Alloy, 2009).

Beckmann ve Kellmann (2004), bireylerin, stresten, kurtulmayı nasıl başardıklarını konu edinen araştırmalar bulunduğu, bu araştırmalarda, stresten

kurtulmanın, bir öz-düzenleme süreci şeklinde incelendiğini belirtmektedir. Birkaç bireysel farklılık değişkeni (bu değişkenler öz-düzenlemenin etkinliğine etki etmektedir), yapılandırılmış bir kurtarma süreci modeline entegre hale getirilmiştir. Eyleme karşı durum yönelimi (buna örnek olarak, geçmiş bir deneyim hakkında düşünme, yani ruminasyona eğilim verilebilir) ve kendi kaderini tayin etme, duygu kontrolü, kendi kendini motive etme, öz disiplin ve ruminasyon gibi istemli bileşenler, bu tür değişkenlerdir. Bu bileşenlerden bir kısmının stresten kurtulmaya destek verdiği varsayılmakta, bir kısmının da stresin kalıcılığını artırmakta olduğu varsayılmaktadır.

1.2.5.3.10. Bilişsel Duygu Düzenleme Anketi (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire)

Ruminasyon, bilişsel duygu düzenleme bağlamında ele alınmıştır. Stresörlere tepki olarak ortaya çıkan duyguların düzenlenmesinde kullanılmakta olan pek çok başa çıkma stratejisi vardır, ruminasyon da bu başa çıkma stratejilerinden biridir (Smith ve Alloy, 2009).

Garnefski ve ark. (2001), çalışmalarında, stresli yaşam olayları ya da tehdit edici yaşam olayları deneyimini takiben kişinin gerçekte ne yaptığına değil ne düşündüğüne gönderme yapan, her biri dört maddeden meydana gelen, kavramsal açıdan farklı dokuz ölçek içeren bir araç geliştirdiklerini belirtmektedir. Bu dokuz ölçek arasında, ruminasyon ya da düşünceye odaklanma da bulunmaktadır. Burada, ruminasyon ya da düşünceye odaklanmanın, olumsuz olaya yönelik, olumsuz olayla ilişkili olan düşünceler ve duygular hakkında düşünmeye atıfta bulunduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada, Bilişsel Duygu Düzenleme Anketi (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire) ismini taşıyan yeni bir araç geliştirildiği ve amacının, insanların duygu düzenleme stratejileri ile ilgili değerlendirme yapmak olduğu belirtilmektedir.

Watkins (2015), ruminasyonun, evrensel bilişsel bir süreç olduğunu ifade etmektedir. Kişisel olarak ilgili hedeflerdeki zayıf ilerleme için cevap şeklinde tetiklenmektedir. Ruminasyonun, var olan duygulanımı yükseltmek ve duygudurumla uyumlu bilişleri detaylandırma eğiliminde olduğu görülmektedir. Bu itibarla, anksiyete, depresyon, duygusal bozukluklar ve potansiyel kronik hastalıkların başlangıç aşamasında ve devam ettirilmesinde olumsuz yönde etkili olmaktadır. Ruminasyon, her şeye karşın, somut işlemeyi kapsadığı ya da olumlu içeriğe odaklandığı zaman uyumsuz olabilir.

1.2.6. Amaç ve Hedefler

Bu çalışmanın amacı, çalışmaya katılım sağlayan görme engelli bireylere, depresyon tanısı koymak değildir, çalışmanın temel amacı ve hedefi, görme engelinin ve karşılaşılan yaşam koşullarının, görme engelli bireylerin duygudurumlarını etkileyip etkilemediği, depresif duyguduruma neden olup olmadığı, ruminasyon adı verilen ve depresif duygudurumu olumsuz biçimde etkileyebilecek bilişsel sürecin ve bilişsel yaklaşıma göre, depresyon hastalarında görülmekte olan ve otomatik biçimde oluşan olumsuz düşünce ve yorumların da bu depresif duygudurumla birlikte görülüp görülmediğinin incelenmesi ve bunun sonucunda elde edilecek araştırma bulguları ile görme engelli bireylerin ruh sağlığına ilişkin yapılacak koruyucu önleyici sağlık çalışmalarına katkıda bulunmaktır.

Bu çalışmanın diğer bir amacı da araştırma bulgularına dayalı olarak, görme engelli bireylerin ruh sağlıkları açısından risk oluşturabilecek, bu bireylere özgü bazı özellik ve yaşamsal durumlara dikkat çekilmesi, bu sayede diğer araştırmacıların da bu konular üzerinde çalışmalar yapmalarının sağlanabilmesi, bunun sonucunda dolaylı olarak da görme engelli bireylerin ruh sağlığına yönelik koruyucu önleyici sağlık çalışmalarına katkıda bulunabilmektir.

Diğer taraftan, araştırma sonucunda elde edilecek bulguların, ilgili literatüre katkı sağlaması da hedeflenmektedir.

1.2.7. Araştırmanın Hipotezi

Bu çalışmanın hipotezi, “Görme engelli olma ve görme engelli bireylerin karşılaştığı yaşam koşulları, bu bireylerin duygudurumlarını olumsuz yönde etkiler, depresif duyguduruma neden olur, aynı zamanda bu bireylerde, otomatik düşünceler ve ruminasyon görülür.” şeklindedir.

1.2.8. Sınırlılıklar

Altı Nokta Körler Derneği Ankara şubesinde yürütülen bu çalışma, derneğin aktif üyeleri arasından ulaşılabilen ve çalışmanın uygulanabildiği 50 görme engelli bireyden elde edilen bulgularla sınırlıdır. Aynı zamanda kontrol grubunun olmaması da diğer bir sınırlılığı oluşturmaktadır.

Öteki taraftan, araştırmanın, görme engelli bireylerle yüz yüze ve bahse konu dernekte uygulanması gerekliliği ve ülkemizde ve dünyada yaşanmakta olan Covid-19 pandemisi nedeniyle üyelerin derneğe gelememiş olmaları da daha geniş bir örnekleme ulaşmak için sınır teşkil etmiştir.

1.2.9. Araştırmanın Önemi

Bu çalışma ve bu çalışmadan elde edilen bulguların, görme engeline sahip bireylerin ruh sağlıklarına yönelik dikkat ve ilgi uyandırması açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda oluşacak dikkat ve ilgi sayesinde, görme engeline sahip olma ya da bu bireylerin karşılaşılabilecekleri olumsuz yaşam koşulları nedeniyle oluşabilecek psikopatolojik durumların ihmal edilmeyeceği, periyodik aralıklarla ruhsal sağlık taramaları yapılarak durumlarının tespit edilebileceği, görme engelli bireyler için yapılacak koruyucu önleyici ruh sağlığı çalışmaları bakımından bireylerde ve toplumda farkındalık oluşabileceği düşünülmektedir.

Diğer taraftan, araştırma bulgularının, görme engeli ve ruhsal sağlık ilişkisi ile ilgili, özellikle de görme engeli ve duygudurum bozuklukları ilişkisini inceleyen literatüre katkı sağlayacak olması açısından, ayrıca bu konu alanı ile ilgili yeni çalışmaların yapılmasına da fikir oluşturmaları bakımından önem taşıdığı düşünülmektedir.



2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırma Grubu

Evreni, görme engelli bireylerden oluşan bu çalışma, Altı Nokta Körler Derneği Ankara Şubesi'nde yürütülmüştür. Çalışmanın örnekleme de Altı Nokta Körler Derneği Ankara Şubesi üyeleri arasından seçilmiştir. Daha çok görme engelli bireyle karşılaşarak çalışma kapsamındaki görüşmelerin gerçekleştirilebileceği düşüncesiyle araştırmanın bu dernekte uygulanması planlanmıştır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi aşamasında, kayıtlı üye sayısının 1.100 kişi olduğu bilgisine ulaşılmış, daha sonra, asgari örneklem büyüklüklerinin gösterildiği hazır bir tablodan faydalanılmış (Gürbüz ve Şahin, 2018, s.130) ve derneğe kayıtlı üye sayısı temel alınarak örneklem büyüklüğü 278 ile 294 kişi arası olarak belirlenmiştir. Ancak çalışma uygulanmaya başlandığı dönemde ülkemizde ve dünyada yaşanmakta olan Covid-19 pandemisi nedeniyle, veri toplama sürecinde zorluklar yaşanmış, araştırma modelince yüz yüze yapılması gereken görüşmeler güçlükle gerçekleştirilebilmiş, çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması ve derneğe devamlı şekilde, aktif olarak gelen üye sayısının çok az olması nedenleriyle, 50 kişilik bir örnekleme ulaşılabilmektedir. Bu konu, dernek yetkilileri ile de görüşülmüş, görüşme sonucunda, Covid-19 salgın hastalığı ve diğer nedenlerden dolayı derneğin aktif üye sayısının 90 kişi olduğu bilgisi edinilmiştir.

2.2. Veri Toplama Araçları

Çalışma çerçevesinde gereken verilerin toplanabilmesi amacıyla veri toplama aracı olarak, Bireysel Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri, Otomatik Düşünceler Ölçeği, Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği kullanılmıştır.

2.2.1. Bireysel Bilgi Formu

Çalışmaya katılım sağlayan örneklem grubu hakkında eğitim durumu, yaş, cinsiyet, meslek, sosyal güvence, medeni durum gibi sosyodemografik bilgiler ile ne zamandan beri görme engelli olduğu, görme engeli derecesi, kabartma yazı (Braille) bilip bilmediği gibi görme engelli bireylere özgü bazı özellik ve yaşamsal durumların tespiti için araştırmacı tarafından oluşturulmuş bir soru formudur. 18 sorudan oluşmakta olup bazı sorular açık uçlu, bazı sorular ise çoktan seçmelidir.

2.2.2. Beck Depresyon Envanteri

Beck ve ark. (1961), çalışmalarında, depresyon yoğunluğu için nicel bir değerlendirme sağlanması amacıyla geliştirilen bir envanterin tanımlandığı belirtilmekte ve bu envanterin, hasta grupları arasında etkili bir şekilde ayırım yapabildiği ki bu hastaların değişen derecelerde depresyonu bulunduğu ifade edilmektedir. Ayrıca envanterin, depresyon yoğunluğundaki değişiklikleri, belirli bir zaman aralığından sonra da yansıtabildiği dile getirilmektedir.

Hisli (1989), yaptığı çalışma sonucunda, Türk üniversite öğrencilerinin depresyona ilişkin belirtilerinin, Beck Depresyon Envanteri tarafından, geçerli ve güvenilir biçimde ölçülmüş olduğunu belirtmiştir. Ayrıca ölçekteki her madde tarafından bir davranışsal örüntünün belirlendiğini ve bu davranışsal örüntünün depresyona özgü olduğunu, 21 adet kendini değerlendirme cümlesinin bulunduğunu, dört seçeneği olduğunu ve azdan çoğa doğru (0-3) gittiğini, ölçek uygulandığında da 0 ile 63 arası puan alınabileceğini belirtmektedir. Diğer taraftan, bu ölçekten, koruyucu ruh sağlığı hizmetleri alanında da yararlanılabileceğine dikkat çekmektedir. Hafif seviyede depresif belirtilere sahip olursa dahi, kişinin, bu belirtiler tarafından, mutsuzluğa, verimsizliğe, hareketsiz kalmaya itildiğini, bu nedenle, koruyucu ruh sağlığı çalışmalarıyla bu belirtilere sahip kişilere ulaşmanın önem teşkil ettiğini vurgulamaktadır. Hisli (1988) tarafından, klinik depresyonun belirlenmesinde, 17 puanlık bir kesme noktasının kabul edildiği de ifade edilmektedir.

2.2.3. Otomatik Düşünceler Ölçeği

Hollon ve Kendall (1980), depresyon durumuyla ilişkisi bulunan otomatik olumsuz düşüncelerin (olumsuz benlik ifadeleri), hangi sıklıkla ortaya çıktığını ölçmek amacıyla 30 maddeden oluşan bir anketin dizayn edildiğini ifade etmektedir. Bu anket çapraz biçimde onaylanmış, psikometrik olarak depresif olmayan ölçüt gruplarından depresif olanları anlamlı derecede ayırt etmekte olduğu bulunmuştur.

Aydın ve Aydın (1990)'a göre, ölçeğin puanlanması, işaretlenen seçeneklere ait sayısal değerlerin toplanması ile yapılmaktadır. En düşük puan 30, en yüksek puan 150 şeklindedir. Ölçekten alınan yüksek puan, bireyde, depresyona özgü olan bilişsel yapı ve olumsuz benlik değerlendirmesi bulunduğunun işareti olmaktadır.

Şahin ve Şahin (1992) yaptıkları çalışmada, Türk kültürel bağlamında, otomatik düşünceler ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğini araştırmıştır. Türkçe Otomatik Düşünceler Ölçeğinin, Beck Depresyon Envanteri ile arasında iyi bir korelasyona ($r = .75$) sahip olduğu, asemptomatik gruplar ile semptomatik gruplar arasında yaptığı ayrımın başarılı olduğu belirtilmektedir. Yapılan ampirik çalışmalarda, depresyonun etiyolojisi, tedavisi ve depresyondan korunmada, bilişin rolünün ortaya konulduğu da ifade edilmektedir.

2.2.4. Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği

Brinker ve Dozois (2009), ruminasyon için daha geniş bir kavramsallaştırma sunulduğunu, bunun da olumlu düşünceleri, olumsuz düşünceleri ve tarafsız düşünceleri bunların yanı sıra geçmişe yönelik ve geleceğe yönelik düşünceleri içermekte olduğunu ifade etmektedir. Yapılan bir dizi çalışmanın, zamansal yönden, geçerli duygudurumdan ve değerlikten (valence) tarafsız biçimdeki ruminatif düşüncenin değerlendirilmesine izin verecek yeni bir ruminasyon ölçüsü oluşturulması ve uygulanması için tasarlandığı, çalışmalar sonucunda, Ruminatif Düşünce Stili Ölçeğinin, tekrarlayan (repetitive), yinelenen (recurrent), davetsiz,

araya giren (intrusive) ve kontrol edilemez bir düşünme biçiminin geçerli ve güvenilir bir ölçüsü olarak görüldüğü ve iyi psikometrik özellikler gösterdiği belirtilmektedir. Bununla birlikte, bu ölçeğin, depresif dönemlerden önce ve remisyon esnasında ruminasyonun incelenmesini sağlayacağı bunun da ruminasyonun, depresyonun başlangıcı ve depresyonun tekrarlaması ile olan bağlantısının belirlenmesine yardımcı olabileceği ifade edilmektedir.

Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması ile geçerlik ve güvenirlik çalışmaları, Dr. Hasan Turan KARATEPE tarafından 2010 yılında yapılmıştır. Ölçeğin bir kesme puanı yoktur. Genel düşünce eğilimi değerlendirilmeye çalışılmakta olup o andaki duygudurum için içine katılmamaktadır. Puanların toplamı da psikiyatrik bir bozukluk işareti değildir (Karatepe, 2010).

Diğer taraftan, içeriğin bir yana bırakılması ve duygusal durumla ilgili tepkisel bir ruminatif düşünce tarzının dikkate alınmasının, ruminasyonun duygudurum üzerindeki etkisinin daha geniş araştırılmasına izin vereceği ifade edilmektedir (Brinker ve Dozois, 2009).

2.3. Verilerin Toplanması

Çalışmaya ait veriler, Haziran 2021 ile Eylül 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler toplanırken, görüşmelerin özellikle yüz yüze yapılmasına özen gösterilmiştir. Araştırmacı ve araştırmaya katılım sağlayan görme engelli bireyler arasındaki görüşmeler, Altı Nokta Körler Derneği'nin Ankara Şubesi binasında gerçekleştirilmiştir.

Gönüllülük esasına göre çalışmaya katılım sağlayan görme engelli bireylerin, öncelikle çalışmanın amacı ve yöntemi konusunda bilgi edinmeleri sağlanmış, Aydınlatılmış Onam Formu kendilerine okunmuş, elde edilen bulguların sadece bilimsel amaçla kullanılacağı, kişisel verilerin saklı tutulacağı bilgisi verilmiş, iki

nüsha olarak düzenlenen onam formunun, birinin katılımcıda diğer nüshasının da araştırmacıda kalması sağlanmıştır.

Katılımcı grup görme engelli bireylerden olduğu için önce sorunun katılımcıya okunması, cevabın alınması daha sonra da araştırmacı tarafından soru formuna işaretlenmesi ya da not edilmesi şeklinde bir yöntem kullanılmıştır. Bu yöntemle, katılımcılara sırasıyla, Bireysel Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri, Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği uygulanmıştır, görüşmeler ortalama 30 dakika sürmüştür.

2.3.1. Araştırma Deseni

Bu çalışmada, nicel araştırma desenlerinden, tarama, diğer bir ifade ile anket (survey) tipi araştırma deseni kullanılmıştır (Gülbüz ve Şahin, 2018). Veri toplama tekniği olarak anket ve ölçeklerden yararlanılmıştır. Karasar (1986), tarama modellerinin, şu andaki mevcut durumun veya geçmişteki bir durumun olduğu biçimiyle betimlenmesinin hedeflendiği araştırma yaklaşımları olduğunu ifade etmektedir. Bununla birlikte, tarama modellerinin türleri olduğunu, bunlardan da genel tarama modellerinin, çok sayıdaki elemanın oluşturduğu bir evrende, evrenle ilgili genel bir kanaate ulaşmak hedefiyle, evrenden alınmış bir grup örneklem veya evrenin tamamında gerçekleştirilen tarama düzenlemeleri olduğunu belirtmektedir.

2.4. Verilerin Analizi

Çalışma sonucu elde edilen verilerin istatistiksel analizinde IBM SPSS (version 21) programı kullanılmıştır. Veriler üzerinde öncelikle, tanımlayıcı istatistiksel analiz çalışmaları yapılmıştır. Diğer taraftan, ölçek puanları, görme engeli derecesi ve ne zamandan beri görme engelli olduğu arasındaki ilişkilere, tablo oluşturularak da bakılmış ve bu tabloya göre yoruma gidilmiştir.

Daha sonra, çalışmada kullanılan üç ölçeğin sonuçları arasında istatistiksel anlamda ilişki bulunup bulunmadığı incelenmiştir. Bunun için öncelikle, ölçek sonuçlarının ortalamalarından oluşan değişkenler oluşturulmuş ve bu değişkenler arasında korelasyon analizi yapılması planlanmıştır, bu aşamada, hangi korelasyon analizinin kullanılacağına karar verebilmek amacıyla, bahse konu değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği de ilgili testler ve grafikler aracılığı ile incelenmiştir. Bu incelemeler sonucunda, üç ölçekten elde edilen verilerin aynı anda normal dağılımda olma şartını sağlamadığı belirlenmiştir. Bu gerekçe ile nonparametrik bir korelasyon analizi olan Spearman Sıra Korelasyon analizinin kullanılmasına karar verilmiş ve ölçek sonuçları arasındaki ilişkiler bu şekilde analiz edilmiştir.

3. BULGULAR

Bu bölümde, çalışma sonucunda elde edilmiş olan bulgulara ve bulguların yorumlarına yer verilecektir.

3.1. Katılımcıların eğitim durumları

Çizelge 3.1. Eğitim Durumu

Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde
öğrenci	2	4,0
ilkokul mezunu	4	8,0
ortaokul mezunu	1	2,0
lise mezunu	13	26,0
ön lisans mezunu	6	12,0
lisans mezunu	19	38,0
yüksek lisans	5	10,0
Toplam	50	100,0

Çizelge 3.1'e bakıldığında, katılımcılardan 2 (%4) kişinin öğrenci, 4 (%8) kişinin ilkokul mezunu, 1 (%2) kişinin ortaokul mezunu, 13 (%26) kişinin lise mezunu, 6 (%12) kişinin ön lisans mezunu, 19 (%38) kişinin lisans mezunu, 5 (%10) kişinin ise yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir.

3.2. Katılımcıların meslek durumları

Çalışmaya katılım sağlayan, 2 (%4) kişi avukat, 1 (%2) kişi büro memuru ve müzisyen, 14 (%28) kişi emekli, 1 (%2) kişi ev hanımı, 1 (%2) kişi iletişim uzmanı, 1 (%2) kişi kamu çalışanı, 2 (%4) kişi kamu işçisi, 18 (%36) kişi memur, 1 (%2) kişi mütercim, 2 (%4) kişi öğrenci, 4 (%8) kişi öğretmen, 1 (%2) kişi özel sektör çalışanı, 1 (%2) kişi sosyal çalışmacı, 1 (%2) kişi de temizlik elemanı olduğunu ifade etmiştir.

3.3. Katılımcıların bir işte çalışıp çalışmama durumları

Çizelge 3.2. Bir işte çalışıp çalışmama durumu

	Sayı	Yüzde
evet	33	66,0
hayır	17	34,0
Toplam	50	100,0

Şu anda herhangi bir işte çalışıyor musunuz? sorusuna 33 (%66) katılımcı evet, 17 (%34) katılımcı ise hayır cevabını vermiştir.

3.4. Sosyal güvence ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilme durumları

Çizelge 3.3. Sosyal güvence ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilme

	Sayı	Yüzde
evet	48	96,0
hayır	2	4,0
Toplam	50	100,0

Sosyal güvenceniz var mı? Sağlık hizmetlerinden rahatlıkla faydalanabiliyor musunuz? sorusuna, 48 (%96) katılımcı evet, 2 (%4) katılımcı ise hayır cevabını vermiştir.

3.5. Katılımcıların ekonomik yoksunluk durumları

Çizelge 3.4. Ekonomik yoksunluk durumu

Ekonomik Yoksunluk	Sayı	Yüzde
evet	12	24,0
hayır	38	76,0
Toplam	50	100,0

Ekonomik yoksunluk yaşıyor musunuz? sorusuna, 12 (%24) katılımcı evet, 38 (%76) katılımcı ise hayır cevabını vermiştir. Bu duruma bakıldığında çalışmaya katılım sağlamış olan görme engelli grubun büyük bölümünün ekonomik bakımdan iyi durumda olduğu ifade edilebilir.

3.6. Katılımcıların cinsiyete göre dağılım durumları

Çizelge 3.5. Cinsiyete göre dağılım

Cinsiyet	Sayı	Yüzde
erkek	37	74,0
kadın	13	26,0
Toplam	50	100,0

Katılımcı grup, 37 (%74) erkek, 13 (%26) kadın bireyden oluşmaktadır. Çalışmaya katılım gösteren grupta erkek bireylerin daha fazla olduğu görülmektedir.

3.7. Katılımcıların yaş durumu

Katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında, 1 (%2) kişinin 22, 1 (%2) kişinin 23, 2 (%4) kişinin 24, 1 (%2) kişinin 25, 2 (%4) kişinin 26, 1 (%2) kişinin 27, 1 (%2) kişinin 33, 2 (%4) kişinin 37, 2 (%4) kişinin 38, 2 (%4) kişinin 39, 2 (%4) kişinin 40, 6 (%12) kişinin 41, 2 (%4) kişinin 42, 2 (%4) kişinin 43, 1 (%2) kişinin 44, 3 (%6) kişinin 45, 1 (%2) kişinin 46, 1 (%2) kişinin 47, 3 (%6) kişinin 50, 1 (%2) kişinin 51, 2 (%4) kişinin 52, 3 (%6) kişinin 55, 2 (%4) kişinin 59, 2 (%4) kişinin 60, 1 (%2) kişinin 61, 3 (%6) kişinin de 65 yaşında olduğu görülmektedir.

Çizelge 3.6. Katılımcı yaşlarının, minimum, maksimum ve ortalaması

	Minimum	Maksimum	Ortalama
yaş	22	65	43,80

Çalışmaya katılım sağlayan gruptaki bireylerin, minimum yaşının **22**, maksimum yaşının ise **65** olduğu ve yaş ortalamasının da 44 (43,8) olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, **41** yaşın frekansının 6 ve grup içinde en fazla rastlanan yaş olması dikkat çekmektedir.

3.8. Katılımcıların medeni durumları

Çizelge 3.7. Medeni durum

Medeni Durum	Sayı	Yüzde
bekâr	19	38,0
evli	29	58,0
boşanmış	2	4,0
Toplam	50	100,0

Katılımcı gruptaki 19 (%38) kişi bekâr, 29 (%58) kişi evli ve 2 (%4) kişi ise bekârdır. Grupta, evli birey sayısının daha fazla olduğu görülmektedir.

3.9. Katılımcıların ne zamandan beri görme engelli olduğu

Çizelge 3.8. Ne zamandan beri görme engelli olunduğu

	Sayı	Yüzde
doğuştan	34	68,0
diğer	16	32,0
Toplam	50	100,0

Çalışmaya katılım gösteren 34 (%68) kişi görme engellerinin doğuştan olduğunu ifade etmiş, 16 (%32) kişi ise görme engellerinin daha sonra, diğer nedenlerle meydana geldiğini belirtmiştir. Diğer seçeneği için belirtilen ifadeler arasında, kaza sonucunda, akraba evliliği nedeniyle ileri yaşlarda, doktor hatası nedeniyle, genetik hastalık nedeniyle ifadeleri bulunmaktadır.

3.10. Katılımcıların kabartma yazı (Braille) bilip bilmeme durumları

Çizelge 3.9. Kabartma yazı (Braille) bilip bilmeme

	Sayı	Yüzde
evet	39	78,0
hayır	11	22,0
Toplam	50	100,0

Çalışmaya katılım sağlayan görme engelli gruptaki 39 (%78) kişi kabartma yazı (Braille) bildiklerini, 11 kişi (%22) ise kabartma yazı bilmediklerini ifade etmiştir. Çizelgeye bakıldığında, bu gruptaki bireylerin büyük çoğunluğunun kabartma yazı (Braille) bilmekte olduğu dikkat çekmektedir.

3.11. Katılımcıların bağımsız hareket eğitimi alıp almadığı

Çizelge 3.10. Bağımsız hareket eğitimi alınıp alınmadığı

	Sayı	Yüzde
evet	28	56,0
hayır	22	44,0
Toplam	50	100,0

Bağımsız hareket eğitimi aldınız mı? sorusuna, 28 (%56) katılımcı evet, 22 (%44) katılımcı da hayır cevabını vermiştir. Çizelgeye göre, bu grupta, bağımsız hareket eğitimi almış bireylerin sayısı fazladır, ancak bu eğitimi almamış bireylerin sayısı da buna yakın orandadır.

3.12. Katılımcıların toplumsal yaşama katılmakta zorluklar yaşayıp yaşamadığı

Görme engelli olma durumunuzdan dolayı, toplumsal yaşama katılmakta zorluklar yaşıyor musunuz? sorusuna, 1 (%2) katılımcı evet, 31 (%62) katılımcı

hayır, 18 (%36) katılımcı ise bazen cevabını vermiştir. Çizelge 3.11'e bakıldığında, hayır diyenlerin daha büyük bir çoğunluğa sahip olduğu dikkat çekmektedir.

Çizelge 3.11. Toplumsal yaşama katılmakta zorluk yaşanıp yaşanmadığı

	Sayı	Yüzde
evet	1	2,0
hayır	31	62,0
bazen	18	36,0
Toplam	50	100,0

Diğer taraftan, bu soruya evet ya da bazen şeklinde cevap veren katılımcılara, “toplumsal yaşama katılmakta ne tür zorluklar yaşıyorsunuz?” sorusu yöneltilmiş ve aşağıdaki cevaplar alınmıştır:

2 No’lu katılımcı: “Görenlerin yanında ortamdan kaynaklanan kendimi zayıf hissediyorum. Görmeyenlerin yanında kendimi rahat hissediyorum.”

7 No’lu katılımcı: “Toplu taşıma kullanırken”

9 No’lu katılımcı: “Toplu taşımada isimleri numaraları okumada adres bulmada zorluklar”

10 No’lu katılımcı: “Toplu taşımada erişilebilirlik açısından”

15 No’lu katılımcı: “Toplu taşımada, gözlüğü olmazsa”

17 No’lu katılımcı: “Hastane, kamu kurumlarında fiziki engeller, iletişim sorunları”

19 No’lu katılımcı: “Toplu taşımada”

20 No’lu katılımcı: “Sağlık kuruluşlarında”

21 No’lu katılımcı: “Erişilebilirlik birçok yerde olmadığı için”

22 No’lu katılımcı: “İstihdamda zorluklar yaşıyoruz.”

26 No’lu katılımcı: “Toplu taşımada araçların numaralarını okuyamıyorum.”

31 No’lu katılımcı: “Toplu taşıma, kaldırımların düzensizliği”

33 No’lu katılımcı: “Toplu taşımada, metro, otobüs, hangi numara geldiğini anlayamıyoruz.”

34 No’lu katılımcı: “Toplum içinde, daha da gençmiş gözü görmüyor, vah vah diyorlar. Bir de gözleri görseydi. Sen yemek nasıl yapıyorsun, temizlik nasıl yapıyorsun diye yorumlar yapıyorlar. 12 yıldır hâlâ kabullenemedim gözümün durumunu”

35 No’lu katılımcı: “Toplu taşımada”

36 No’lu katılımcı: “Toplu taşımada hangi otobüsün geldiğini anlayamıyorum.”

40 No’lu katılımcı: “Toplu taşıma”

45 No’lu katılımcı: “Kamu kurumlarını kullanmakta zorluk yaşıyorum.”

50 No’lu katılımcı: “Toplu ulaşım kullanırken, mesleki anlamda kendimi ifade etmekte, cadde ve kaldırımda bağımsız yürümede”

Verilen cevaplara bakıldığında, diğer sorunların yanında en fazla toplu taşıma ve erişilebilirlik sorunlarının dile getirildiği görülmektedir.

3.13. Erişilebilirlik ile ilgili çalışmaların yeterli olup olmadığı

Çizelge 3.12. Erişilebilirlik ile ilgili çalışmaların yeterlilik durumu

	Sayı	Yüzde
evet	4	8,0
hayır	46	92,0
Toplam	50	100,0

Erişilebilirlik ile ilgili çalışmaların, yeterli olup olmadığı hakkındaki soruya, 4 (%8) katılımcı evet cevabını verirken, 46 (%92) katılımcı hayır cevabını vermiştir. Bu bağlamda, çalışmaya katılan görme engelli bireylerin çoğu tarafından erişilebilirlik çalışmalarının yeterli olmadığı düşünülmektedir.

3.14. Hissedilebilir yüzeyler konusunda sorun yaşanıp yaşanmadığı

Çizelge 3.13. Hissedilebilir yüzeyler ile ilgili sorun yaşanıp yaşanmadığı

	Sayı	Yüzde
evet	28	56,0
hayır	4	8,0
bazen	18	36,0
Toplam	50	100,0

Hissedilebilir yüzeyler ile ilgili sorunlar yaşayıp yaşamadıkları hakkındaki soruya, 28 (%56) katılımcı evet, 4 (%8) katılımcı hayır, 18 (%36) katılımcı ise bazen cevabını vermiştir. Buna göre, çalışmaya katılan görme engelli bireylerin çoğunun hissedilebilir yüzeyler ile ilgili problemler yaşamakta olduğu ifade edilebilir.

3.15. Yaşanılan sosyal çevrede “görme engelli, şu işi yapar, şu işi yapamaz” biçimindeki yaklaşımlara maruz kalma sonucu “ben yetersizim, noksanım, değersizim, çaresizim, ben başarılı olamam” gibi düşünce ve duygular yaşanıp yaşanmadığı

Çalışmaya katılım sağlayan görme engelli bireylere, yaşadığınız sosyal çevrede “görme engelli, şu işi yapar, şu işi yapamaz” şeklinde yaklaşımlara maruz kalıyor musunuz? Bu yaklaşımlar, size “ben yetersizim, noksanım, değersizim, çaresizim, ben başarılı olamam” gibi düşünce ve duygular yaşıyor mu? sorusu yöneltilmiş, bu soruya 4 (%8) katılımcı evet, 32 (%64) katılımcı hayır, 14 (%28) katılımcı da bazen cevabını vermiştir. Katılımcı grubun çoğunluğu (%64), bu türden yaklaşımlara maruz kalmadıklarını dolayısıyla bu duygu ve düşünceleri yaşamadıklarını ifade etmiştir. Ancak 18 katılımcının (%36) bu soruya evet veya bazen cevabını vermiş olması, bu görme engelli bireylerin yaşadıkları sosyal çevrede böylesi yaklaşımların var olabileceğine ve bu nedenle de bu duygu ve düşünceleri yaşayabileceklerine işaret etmektedir.

3.16. Yaşanılan sosyal çevrede karşı karşıya kalınan, görme engeli ile ilgili olumsuz ön yargı ve davranışlar nedeniyle “başkalarına bağımlı olarak yaşamak zorunda olan biriyim” şeklinde düşünülüp düşünülmediği

Çalışmaya katılım sağlayan görme engelli bireylere, yaşadığınız sosyal çevrede, görme engeliniz ile ilgili karşı karşıya kaldığınız olumsuz ön yargılar ve davranışlar nedeniyle kendinizi “başkalarına bağımlı olarak yaşamak zorunda olan birisi” olarak düşünüyor musunuz? sorusu yöneltilmiş, bu soruya, 6 (%12) katılımcı evet, 37 (%74) katılımcı hayır, 7 (%14) katılımcı da bazen cevabını vermiştir. Çalışmaya katılanların çoğu (37 kişi - %74) bu soruya hayır cevabı vererek, yaşadıkları sosyal çevrede, görme engelleri ile ilgili olumsuz ön yargı ve davranışlarla karşı karşıya kalmadıklarını ve buna bağlı olarak, kendilerini, “başkalarına bağımlı olarak yaşamak zorunda olan birisi” olarak düşünmediklerini ifade etmişlerdir. Ancak 13 (%26) katılımcının bu soruya evet veya bazen şeklinde cevap vermiş olmaları, bu görme engellilerin yaşamakta olduğu sosyal çevrede böylesi olumsuz ön yargı ve davranışlarla karşılaşabileceklerine ve bu nedenle de kendilerini, “başkalarına bağımlı olarak yaşamak zorunda olan birisi” şeklinde düşünebileceklerine işaret etmektedir.

3.17. Ölçeklerden elde edilen skorlar, görme engeli dereceleri, görme engelinin ne zamandan beri bulunduğu

Çizelge 3.14. Ölçek puanları, görme engeli derecesi ve ne zamandan beri görme engelli olunduğu

Katılımcı No	Görme Engeli Derecesi %	Ne Zamandan Beri Görme Engelli Olunduğu	Beck Depresyon Envanteri Puanı	Otomatik Düşünceler Ölçeği Puanı	Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği Puanı
1	90	Doğuştan	0	30	89
2	64	Sonradan	6	30	42
3	90	Sonradan	0	39	50
4	100	Doğuştan	1	36	86
5	70	Doğuştan	0	41	22
6	100	Doğuştan	0	31	47
7	100	Doğuştan	2	67	105
8	93	Sonradan	9	50	62

Çizelge 3.14. Devam

Katılımcı No	Görme Engeli Derecesi %	Ne Zamandan Beri Görme Engelli Olunduğu	Beck Depresyon Envanteri Puanı	Otomatik Düşünceler Ölçeği Puanı	Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği Puanı
9	90	Sonradan	0	35	53
10	90	Doğuştan	5	39	52
11	95	Doğuştan	6	37	74
12	90	Doğuştan	1	50	56
13	75	Doğuştan	1	31	71
14	85	Doğuştan	7	38	88
15	63	Sonradan	12	63	113
16	90	Doğuştan	2	42	49
17	100	Doğuştan	1	32	135
18	100	Doğuştan	2	35	112
19	100	Doğuştan	4	38	114
20	100	Doğuştan	2	36	114
21	90	Sonradan	4	60	88
22	90	Doğuştan	2	50	83
23	90	Doğuştan	0	33	52
24	90	Doğuştan	3	30	43
25	90	Doğuştan	3	39	69
26	75	Doğuştan	9	80	73
27	100	Doğuştan	0	43	54
28	90	Doğuştan	0	43	77
29	100	Doğuştan	4	47	36
30	90	Sonradan	8	38	71
31	90	Doğuştan	5	32	30
32	100	Sonradan	2	32	44
33	100	Sonradan	1	38	39
34	100	Sonradan	37	122	137
35	90	Doğuştan	5	40	94
36	90	Doğuştan	6	39	75
37	80	Doğuştan	0	38	49
38	100	Doğuştan	5	39	86
39	90	Sonradan	2	31	101
40	100	Doğuştan	2	41	32
41	90	Doğuştan	1	34	71
42	95	Doğuştan	19	50	105
43	100	Doğuştan	0	35	29

Çizelge 3.14. Devam

Katılımcı No	Görme Engeli Derecesi %	Ne Zamandan Beri Görme Engelli Olunduğu	Beck Depresyon Envanteri Puanı	Otomatik Düşünceler Ölçeği Puanı	Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği Puanı
44	90	Sonradan	6	40	67
45	100	Sonradan	1	35	55
46	90	Sonradan	0	39	67
47	100	Sonradan	1	36	51
48	100	Sonradan	0	39	70
49	100	Doğuştan	0	32	29
50	90	Doğuştan	14	79	107

Katılımcılar, görme engellerinin derecesini yüzde (%) olarak belirtmişlerdir. En düşük derecenin %63 oranında, en yüksek derecenin ise %100 oranında olduğu görülmektedir. Bu gruba ait görme engeli derecesi ortalaması ise 91,70'dir.

Çizelge 3.8'de de belirtildiği üzere, katılımcılardan 34 (%68) kişi görme engelinin doğuştan olduğunu ifade etmiş, 16 (%32) kişi ise görme engelinin, daha sonra, diğer nedenlerle meydana geldiğini belirtmiştir.

Beck Depresyon Envanteri uygulanması sonucunda alınan 17 puanın, klinik depresyonun belirlenmesinde kesme noktası kabul edildiği ifade edilmektedir. Ayrıca farklı çalışmalarda önerilen farklı kesme noktalarının olduğu da belirtilmektedir (Hisli, 1988). Bu çalışmada, depresif belirtiler için Meites (1980), tarafından önerilen kesme noktaları esas kabul edilmiştir. Buna göre 0 ile 10 puan arası hafif derecede depresyona, 11 ile 20 arası orta derecede depresyona, 21 ve yukarısı da yüksek derecede depresyona karşılık gelmektedir.

Çalışmaya katılan görme engelli bireylerin, Beck Depresyon Envanteri puanları şu şekildedir: 13 kişi 0 puan, 8 kişi 1 puan, 8 kişi 2 puan, 2 kişi 3 puan, 3 kişi 4 puan, 4 kişi 5 puan, 4 kişi 6 puan, 1 kişi 7 puan, 1 kişi 8 puan, 2 kişi 9 puan, 1 kişi 12 puan, 1 kişi 14 puan, 1 kişi 19 puan, 1 kişi de 37 puan almıştır.

Meites (1980) tarafından önerilen kesme noktalarına göre, katılımcıların Beck Depresyon Envanteri puanları da şöyle oluşmuştur: 46 katılımcı 0 ile 10 puan aralığında puan almış olup 13 kişi 0 puan almıştır. 46 katılımcıdan 33'ü ise 1 ile 9 puan arasında puan almıştır. Bununla birlikte, 3 katılımcı 11 ile 20 puan arasında, 1 katılımcı ise 21 puanın üstünde puan almıştır. Buna göre, 33 katılımcının 1 ile 9 puan arasında alması, bu kişilerde hafif düzeyde depresif belirtiler bulunduğu, 3 katılımcının 12, 14 ve 19 puan almaları, orta düzeyde depresif belirtilere sahip olduklarına, 1 katılımcının da 37 puan alması, bu katılımcının yüksek düzeyde depresif belirtilere sahip olduğuna işaret etmektedir. Diğer taraftan katılımcıların sahip olduğu hafif, orta ve yüksek düzeydeki depresif belirtiler son bir haftalık dönemi yansıtmaktadır. Çizelge 3.14'e bakıldığında, Beck Depresyon Envanterinden 37 puan alan katılımcının %100 oranında görme engelli olduğu, görme engelinin sonradan olduğu, depresyonla ilişkili otomatik düşünceleri bulunduğu ve ruminatif düşünme eğiliminin de yüksek düzeyde olduğu görülmektedir.

Çizelge 3.14'de gösterilen Otomatik Düşünceler Ölçeği puanlarına bakıldığında, katılımcılardan 3 (%6) kişinin 30 puan (ölçekten alınabilecek en düşük puan 30) aldığı, 1 (%2) kişinin de 122 puan (ölçekten alınabilecek en yüksek puan 150) aldığı görülmektedir. Tüm katılımcıların aldığı puanların ortalaması ise 42,68'dir. Ölçekten yüksek puan alınmasının, depresyon durumu ile ilişkili görülmekte olan otomatik düşüncelerin, bireyin aklından yüksek sıklıkta geçtiğinin işareti olduğu ifade edilmektedir (Aydın ve Aydın 1990). Buna göre bu çalışmaya katılan ve bu ölçekten yüksek puan alan görme engelli bireylerin aklından, son bir haftalık dönem için, depresyonla ilişkili otomatik düşüncelerin yüksek sıklıkta geçmiş olduğu ifade edilebilir.

Çizelge 3.14'de gösterilen Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği puanlarına bakıldığında ise katılımcılardan 1 (%2) kişinin 22 puan (ölçekten alınabilecek en düşük puan 20) aldığı, 1 (%2) kişinin de 137 puan (ölçekten alınabilecek en yüksek puan 140) aldığı görülmektedir. Tüm katılımcıların aldığı puanların ortalaması ise 70,36'dır. Bu çalışmaya katılan ve bu ölçekten yüksek puan alan görme engelli bireylerin, ruminatif düşünmeye eğilimli oldukları, daha fazla ruminasyon yaptıkları,

eğer depresif duygudurum içinde bulunuyorlarsa da ruminatif tepkileri nedeniyle depresif duygudurumlarının ve depresif belirtilerinin daha uzun süreceği ifade edilebilir.

3.18. Çalışmada kullanılan ölçeklerle ilgili bazı istatistikler

Çalışmaya katılan görme engelli bireylere, Beck Depresyon Envanteri, Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği olmak üzere üç ölçek uygulanmıştır. Çizelge 3.15’de bu ölçeklerden elde edilen skorlara ait bazı tanımlayıcı istatistikler verilmektedir. Buna göre, Beck Depresyon Envanteri skorlarına ait ortalama 4,02, ortanca 2, mod 0, standart sapma 6,206, skorların aldığı en düşük değer 0, en yüksek değer ise 37 şeklindedir. Otomatik Düşünceler Ölçeği skorlarına ait ortalama 42,68, ortanca 38,50, mod 39, standart sapma 16,090, skorların aldığı en düşük değer 30, en yüksek değer ise 122 şeklindedir. Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği skorlarına ait ortalama 70,36, ortanca 69,50, mod 71, standart sapma 28,652, skorların aldığı en düşük değer 22, en yüksek değer ise 137 şeklindedir.

Çizelge 3.15. Ölçek skorları için bazı tanımlayıcı istatistikler

		Beck Depresyon Envanteri Skoru	Otomatik Düşünceler Ölçeği Skoru	Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği Skoru
N	Geçerli	50	50	50
	Kayıp	0	0	0
	Ortalama	4,02	42,68	70,36
	Ortanca	2,00	38,50	69,50
	Mod	0	39	71
	Std. Sapma	6,206	16,090	28,652
	Minimum	0	30	22
	Maksimum	37	122	137

3.19. Çalışmada kullanılan ölçekler arası korelasyon analizleri

3.19.1. Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği sonuç ortalamaları ile Beck Depresyon Envanteri sonuç ortalamaları arası Spearman Sıra Korelasyon Katsayısı Analizi

Çalışmaya katılım sağlayan ve 50 kişiden oluşan örnekleme uygulanan, Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği sonuçları ve Beck Depresyon Envanteri sonuçları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin bulunup bulunmadığını incelemek amacıyla, iki ölçeğin sonuç ortalamalarından oluşan değişkenler için aşağıdaki hipotezler kurulmuş ve ilişki durumu Spearman Sıra Korelasyon Katsayısı analizi (değişkenler aynı anda normal dağılımda olma şartını taşımamaktadır) ile test edilmiştir.

Hipotezler:

H₀: Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği sonuç ortalamaları ile Beck Depresyon Envanteri sonuç ortalamaları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

H₁: Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği sonuç ortalamaları ile Beck Depresyon Envanteri sonuç ortalamaları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Rumidüşkorort ($Ort = 3,51$, $SS = 1,43$) ve Beckdeprskorort ($Ort = ,19$, $SS = ,29$) değişkenleri arasındaki ilişki, Spearman Sıra Korelasyon Katsayısı analizi ile ölçülmüştür. Elde edilen bulgular, Rumidüşkorort değişkeni ile Beckdeprskorort değişkeni arasında pozitif yönde ve istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişki bulunduğunu göstermektedir ($r_{\text{spearman}} = ,397$, $p = ,004$, $p < ,01$).

Çizelge 3.16’da da gösterilmekte olan bu bulgular, H1 hipotezini desteklemekte ve değişkenler arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişkinin bulunmakta olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, H0 hipotezi %99 güvenle reddedilmiş, H1 hipotezi kabul edilmiştir. Pozitif yönde bir ilişki olması, değişkenlerin aynı anda artma ve aynı anda azalma gösterdiğine işaret etmektedir. Başka bir ifade ile, Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği sonuçları artış gösterdiğinde Beck Depresyon Envanteri sonuçları da artış göstermekte, Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği sonuçları azalış gösterdiğinde, Beck Depresyon Envanteri sonuçları da azalış göstermektedir. Diğer taraftan, Beck Depresyon Envanteri sonuçları artış gösterdiğinde, Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği sonuçları da artış göstermekte, Beck Depresyon Envanteri sonuçları azalış gösterdiğinde, Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği sonuçları da azalış göstermektedir.

Çizelge 3.16. Rumidüşkorort ve Beckdeprskorort değişkenlerine ait ortalama, standart sapma ve Spearman Sıra Korelasyon katsayıları

Değişkenler	n	Ort	SS	1	2
1. rumidüşkorort	50	3,51	1,43	-	,397**
2. beckdeprskorort	50	,19	,29	,397**	-

Not: ** $p < 0,01$, n = örneklem kişi sayısı, Ort = ortalama, SS = standart sapma

Not: rumidüşkorort = Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği skor ortalamalarından oluşan değişken, beckdeprskorort = Beck Depresyon Envanteri skor ortalamalarından oluşan değişken.

3.19.2. Otomatik Düşünceler Ölçeği sonuç ortalamaları ile Beck Depresyon Envanteri sonuç ortalamaları arası Spearman Sıra Korelasyon Katsayısı Analizi

Çalışmaya katılım sağlayan ve 50 kişiden oluşan örnekleme uygulanan, Otomatik Düşünceler Ölçeği sonuçları ve Beck Depresyon Envanteri sonuçları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin bulunup bulunmadığını incelemek amacıyla, iki ölçeğin sonuç ortalamalarından oluşan değişkenler için aşağıdaki hipotezler kurulmuş ve ilişki durumu Spearman Sıra Korelasyon Katsayısı analizi (değişkenler aynı anda normal dağılımda olma şartını taşımamaktadır) ile test edilmiştir.

Hipotezler:

H0: Otomatik Düşünceler Ölçeği sonuç ortalamaları ile Beck Depresyon Envanteri sonuç ortalamaları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

H1: Otomatik Düşünceler Ölçeği sonuç ortalamaları ile Beck Depresyon Envanteri sonuç ortalamaları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Otomdüşskorort ($Ort = 1,42$, $SS = ,53$) ve Beckdeprskorort ($Ort = ,19$, $SS = ,29$) değişkenleri arasındaki ilişki, Spearman Sıra Korelasyon Katsayısı analizi ile ölçülmüştür. Elde edilen bulgular, Otomdüşskorort değişkeni ile Beckdeprskorort değişkeni arasında pozitif yönde ve istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişki bulunduğunu göstermektedir ($r_{\text{spearman}} = ,391$, $p = ,005$, $p < ,01$).

Çizelge 3.17’de de gösterilmekte olan bu bulgular, H1 hipotezini desteklemekte ve değişkenler arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişkinin bulunmakta olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, H0 hipotezi %99 güvenle reddedilmiş, H1 hipotezi kabul edilmiştir. Pozitif yönde bir ilişki olması, değişkenlerin aynı anda artma ve aynı anda azalma gösterdiğine işaret etmektedir. Başka bir ifade ile, Otomatik Düşünceler Ölçeği sonuçları artış gösterdiğinde Beck Depresyon Envanteri sonuçları da artış göstermekte, Otomatik Düşünceler Ölçeği sonuçları azalış gösterdiğinde Beck Depresyon Envanteri sonuçları da azalış göstermektedir. Diğer taraftan, Beck Depresyon Envanteri sonuçları artış gösterdiğinde Otomatik Düşünceler Ölçeği sonuçları da artış göstermekte, Beck Depresyon Envanteri sonuçları azalış gösterdiğinde Otomatik Düşünceler Ölçeği sonuçları da azalış göstermektedir.

Çizelge 3.17. Otomdüşkorort ve Beckdeprskorort değişkenlerine ait ortalama, standart sapma ve Spearman Sıra Korelasyon katsayıları

Değişkenler	n	Ort	SS	1	2
1. otomdüşkorort	50	1,42	,53	-	,391**
2. beckdeprskorort	50	,19	,29	,391**	-

Not: ** $p < 0,01$, n = örneklem kişi sayısı, Ort = ortalama, SS = standart sapma

Not: otomdüşkorort = Otomatik Düşünceler Ölçeği skor ortalamalarından oluşan değişken, beckdeprskorort = Beck Depresyon Envanteri skor ortalamalarından oluşan değişken.

3.19.3. Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği sonuç ortalamaları ile Otomatik Düşünceler Ölçeği sonuç ortalamaları arası Spearman Sıra Korelasyon Katsayısı Analizi

Çalışmaya katılım sağlayan ve 50 kişiden oluşan örnekleme uygulanan, Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği sonuçları ve Otomatik Düşünceler Ölçeği sonuçları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin bulunup bulunmadığını incelemek amacıyla, iki ölçeğin sonuç ortalamalarından oluşan değişkenler için aşağıdaki hipotezler kurulmuş ve ilişki durumu Spearman Sıra Korelasyon Katsayısı analizi (değişkenler aynı anda normal dağılımda olma şartını taşımamaktadır) ile test edilmiştir.

Hipotezler:

H₀: Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği sonuç ortalamaları ile Otomatik Düşünceler Ölçeği sonuç ortalamaları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

H₁: Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği sonuç ortalamaları ile Otomatik Düşünceler Ölçeği sonuç ortalamaları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Rumidüşkorort ($Ort = 3,51$, $SS = 1,43$) ve Otomdüşkorort ($Ort = 1,42$, $SS = ,53$) değişkenleri arasındaki ilişki, Spearman Sıra Korelasyon Katsayısı analizi ile ölçülmüştür. Elde edilen bulgular, Rumidüşkorort değişkeni ile Otomdüşkorort değişkeni arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişki bulunmadığını göstermektedir ($r_{\text{spearman}} = ,265$, $p = ,063$, $p > 0,05$).

Çizelge 3.18’de de gösterilmekte olan bu bulgular, H_0 hipotezini desteklemekte ve değişkenler arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişkinin bulunmamakta olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, H_0 hipotezi kabul edilerek H_1 hipotezi reddedilmiştir.

Çizelge 3.18. Rumidüşkorort ve Otomdüşkorort değişkenlerine ait ortalama, standart sapma ve Spearman Sıra Korelasyon katsayıları

Değişkenler	n	Ort	SS	1	2
1. rumidüşkorort	50	3,51	1,43	-	,265
2. otomdüşkorort	50	1,42	,53	,265	-

Not: $p = 0 ,063$, $p > 0,05$, n = örneklem kişi sayısı, Ort = ortalama, SS = standart sapma

Not: rumidüşkorort = Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği skor ortalamalarından oluşan değişken, otomdüşkorort = Otomatik Düşünceler Ölçeği skor ortalamalarından oluşan değişken.

4. TARTIŞMA

Bu çalışmada, görme engeli ve karşı karşıya gelinen yaşam koşullarının, görme engelli bireylerin duygudurumlarını etkileyip etkilemediği, depresif duyguduruma neden olup olmadığı ve ruminasyon adı verilen bilişsel sürecin ve depresyon halinde ortaya çıkan olumsuz otomatik düşüncelerin de bu depresif duygudurumla birlikte görülüp görülmediği incelenmiştir. Katılımcı örnekleme, Bireysel Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği uygulanmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği için kesme puanı bulunmakta ve bu puanın, klinik depresyon için 17 olduğu, bununla birlikte, bu ölçek için farklı çalışmalar tarafından farklı kesme noktalarının önerilmekte olduğu ifade edilmektedir (Hisli, 1988). Bu çalışmada, depresif belirtilerin değerlendirilmesinde Meites (1980) tarafından önerilmiş kesme noktaları esas alınmıştır. Buna göre, 0 ile 10 arası hafif, 11 ile 20 arası orta, 21 ve üzeri ise yüksek düzeyde depresyona işaret etmektedir.

Otomatik Düşünceler Ölçeği için ise bir kesme puanı bulunmamakta, ölçekten yüksek puan alınmasının, depresyon durumu ile ilişkili olan otomatik düşüncelerin, kişinin aklından yüksek sıklıkta geçtiğine işaret etmekte olduğu ifade edilmektedir (Aydın ve Aydın, 1990).

Diğer taraftan Ruminatif Düşünce Ölçeğinin de kesme puanı bulunmamakta, ölçekten alınan yüksek puanın, ruminatif düşünme eğiliminin fazla olduğuna işaret ettiği, psikiyatrik bir bozukluğun işareti olmadığı belirtilmektedir (Karatepe, 2010, s. 60).

Bu çalışmada elde edilmiş olan Beck Depresyon Envanteri skorlarına bakıldığında, 33 katılımcının 1 ile 9 puan arasında almasının, bu kişilerde hafif düzeyde depresif belirtiler bulunduğu, 3 katılımcının 12, 14 ve 19 puan almasının, bu kişilerin orta düzeyde depresif belirtilere sahip olduklarına, 1 katılımcının da 37

puan almasının bu katılımcının yüksek düzeyde depresif belirtilere sahip olduğuna işaret ettiği görülmektedir.

Buradan yola çıkarak, çalışma örneklemini oluşturan 50 görme engelli bireyden 37'sinin (%74) farklı seviyelerde depresif belirtileri bulunduğu ifade edilebilir. Bu durum, çalışma hipotezini destekler niteliktedir. İlgili literatürde görme engelli birey olmanın, duygudurum üzerinde etkileri olduğu, depresif belirtilere ve depresyona neden olabileceği belirtilmektedir (Arıkan, 2002; Binder ve ark., 2020; Choi ve ark., 2018; Dong ve N, 2021; Fitzgerald, 1970; Garcia ve ark., 2017; Koenes ve Karshmer, 2000; Margrain ve ark., 2012; Schinazi, 2007; Schuster ve ark., 2018; Rees ve ark., 2009; Rees ve ark., 2013; Thurston ve ark., 2010).

Ancak duygudurum bozukluklarının etiyolojisinin tam anlamıyla kavranamamış olduğu da yine ilgili literatürde ifade edilmektedir (Black ve Andreasen, 2014, s.158). Bu nedenle, bu çalışma örneklemindeki görme engelli bireylerde görülmekte olan depresif belirtiler üzerinde, görme engelli olmanın nasıl ve ne derece etkili olduğu net olarak ortaya konamamaktadır. Bu bağlamda, duygudurum bozukluklarının oluşumunda ya da depresif belirtilerin ortaya çıkmasında, görme engelli olmanın bir risk faktörü olduğu söylenebilir. Diğer taraftan, Beck Depresyon Envanteri puanı en yüksek olan 34 No'lu katılımcının, hem kadın hem de görme engelli birey olması, ilgili literatürde geçen “çifte dezavantajlı” gruba ait olma (Arıkan, 2009) durumuna da dikkat çekmektedir. Ayrıca kadınlarda majör depresif bozukluğun erkeklere göre iki kat fazla olduğu belirtilmektedir (Sadock ve ark., 2016).

Diğer taraftan, Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği sonuçları da örnekleme yer alan görme engelli bireylerin, ruminatif düşünme eğilimlerini ortaya koymaktadır. İlgili literatürde ruminasyonun, depresif duygudurumun süresini uzattığı ve depresyondaki bireyi olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (Aydın, 2019, s.75; Kuehner ve Weber, 1999; Nolen-Hoeksema, 1991). Bununla birlikte, bu çalışma sonucunda, Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği sonuçları ile Beck Depresyon

Envanteri sonuçları arasında pozitif yönde ve istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişki olduğu bulgusuna ulaşılmıştır ($r_{\text{spearman}} = ,397$, $p = ,004$, $p < ,01$).

Bu bağlamda, Beck Depresyon Envanterinden 37 puan alan (bu çalışmada, bu ölçekten alınan en yüksek puan) görme engelli katılımcının, 3 ölçekten almış olduğu puanlara da birlikte bakılmasının yerinde olacağı düşünülmektedir.

Buna göre:

34 No'lu katılımcı için: Beck Depresyon Envanteri puanı 37, Otomatik Düşünceler Ölçeği Puanı 122, Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği puanı da 137 şeklindedir. Bu katılımcının, Beck Depresyon Envanteri puanının 37 olması, son bir haftalık zaman dilimi için yüksek seviyede depresif belirtilere sahip olduğunu, Otomatik Düşünceler Ölçeği puanının da 122 olması, olumsuz otomatik düşüncelere sahip olduğunu, ölçeğin uygulanma zamanından geriye dönük son bir haftalık zaman diliminde, depresyonla ilişkili olumsuz otomatik düşüncelerin aklından çok sık geçtiğini göstermektedir. Bununla birlikte, bu çalışma sonucunda, Otomatik Düşünceler Ölçeği sonuçları ile Beck Depresyon Envanteri sonuçları arasında pozitif yönde ve istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişki olduğu bulgusuna ulaşıldığının vurgulanması yerinde olacaktır ($r_{\text{spearman}} = ,391$, $p = ,005$, $p < ,01$).

Aynı zamanda, bu katılımcının, Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği puanının 137 olması ruminatif düşünme eğiliminin çok fazla olduğuna işaret etmektedir. Buradan yola çıkarak, bu görme engelli kadın bireyin, ruminasyon yaparak, depresif belirtilerinin devam etmesine yol açabileceği yordanabilir. Diğer taraftan, Nolen-Hoeksema (1991), kadınların daha fazla ruminatif yanıt stiline sahip bulunma eğiliminde olduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte, bu katılımcıya, yüksek düzeyde depresif belirtilere sahip olması nedeni ile bir sağlık kuruluşuna ait erişkin psikiyatri birimine başvuru yapmasının yararına olacağı ifade edilmiş ve kendisine bu hususta yönlendirme yapılmıştır.

Diğer taraftan,

15 No'lu katılımcının, Beck Depresyon Envanteri puanı 12, Otomatik Düşünceler Ölçeği Puanı 63, Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği puanı 113,

42 No'lu katılımcının, Beck Depresyon Envanteri puanı 19, Otomatik Düşünceler Ölçeği Puanı 50, Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği puanı 105,

50 No'lu katılımcının, Beck Depresyon Envanteri puanı 14, Otomatik Düşünceler Ölçeği Puanı 79, Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği puanı 107 olarak belirlenmiştir.

Buradan hareketle bu 3 katılımcının da son bir haftalık dönem için, orta düzeyde depresif belirtilere sahip oldukları, yine son bir haftalık dönem için, depresyon durumu ile ilişkili olumsuz otomatik düşüncelere sahip oldukları, ruminatif düşünme eğilimlerinin de güçlü olduğu söylenebilir. Dolayısıyla bu 3 katılımcının da ruminasyon yaparak, depresif belirtilerinin devam etmesine yol açabilecekleri yordanabilir.

Çalışmaya katılım sağlayan görme engelli bireylere uygulanan Bireysel Bilgi Formu aracılığı ile elde edilebilen bulgulara da bakacak olursak, en dikkat çekici bulgu olarak, görme engelli bireylerin, hayatlarını idame ettirdikleri sosyal ve fiziksel çevrenin onlar için tam anlamıyla uygun olmadığı bilgisine ulaşılmıştır. Kendilerine yönlendirilen, “Toplumsal yaşama katılmakta zorluk yaşayıp yaşamadıkları” sorusuna, katılımcılardan 31 kişi (%62) hayır cevabını vermiştir. Ancak, katılımcılardan 18 kişi (%36) bazen, 1 kişi (%2) ise evet cevabını vermiştir. Bu soruya evet ve bazen şeklinde cevap veren görme engelli bireylere, “Toplumsal yaşama katılmakta ne tür zorluklar yaşadıkları”, açık uçlu olarak sorulmuştur. Bu açık uçlu soruya, katılımcılar, çevrelerinde fiziki engeller olduğu, erişilebilirliğin yetersiz olduğu, her yerin, özellikle kamusal alanların tam anlamıyla erişilebilir olmadığı, hastane ve diğer kamusal kurumları kullanmakta zorlandıkları, toplu

taşıma araçlarını kullanırken zorlandıkları, hangi numaralı ve isimli toplu taşıma aracının geldiğini anlayamadıkları, adresleri bulmakta zorlandıkları, diğer bireylerle iletişimde sorunlar yaşadıkları, cadde ve kaldırımlarda bağımsız biçimde yürümekte zorluk yaşadıkları, diğer taraftan, istihdamda, iş bulmada ve mesleki anlamda kendilerini ifade etmekte sorunlar yaşadıkları, şeklinde cevaplar vermiştir. Bununla birlikte, “Erişilebilirlik ile ilgili yapılan çalışmaların yeterli olup olmadığı” sorusuna katılımcılardan 46 kişi (%92) hayır cevabını, “Hissedilebilir yüzeyler ile ilgili sorun yaşayıp yaşamadıkları” sorusuna da katılımcılardan 28 kişi (%56) evet, 18 kişi (%36) bazen cevabını vermiştir. İlgili literatüre bakıldığında, Şentürk (2018), toplumsal koşulların sahip olduğu olanakların, engelliliğe olan yaklaşımların, engellik olgusu üzerinde niteliksel ve niceliksel etkileri olabileceğini belirtmektedir. Çakır (2016) da bedensel işlevlerde ortaya çıkan noksanlıkların, bireysel ve toplumsal olarak desteklenmesine ihtiyaç duyulduğunu, bu desteklere örnek olarak, rehabilitasyon, erişim kolaylıkları, yolların, kaldırımların engelli bireyler de göz önünde bulundurularak düzenlenmesinin verilebileceğini ifade etmekte, gerçek anlamdaki engelliliğin, bu destekler olmadığında oluştuğuna dikkat çekmektedir. Karataş (1998), engelli bireylerin, kentsel çevrede özgür biçimde hareket edebilmesini engelleyen türlü nedenler olduğunu belirtmektedir. Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırması’na (TÜİK, 2010) bakıldığında da yaşadığı ortamdaki fiziksel çevre düzenlemelerinin, kullanımlarına uygun olup olmadığıyla ilgili düşünceleri dağılımı arasında, bu çalışma bulgularına benzer bulgulara da rastlandığı, erişilebilirlikle ilgili yaşanan sorunların dile getirildiği görülmektedir. Tufan ve Arun (2006), Türkiye’deki engelli bireylerin çok yüksek seviyede sosyal dezavantajlarla yüz yüze geldiklerini ifade etmektedirler. Burcu (2007), sosyal özürülük, ifadesini kullanmakta, engelli bireyin, toplumsal yaşam içinde bağımsız olamaması, buna engel teşkil eden sosyal, siyasal, ekonomik, kültürel alt yapı eksiklikleri nedeniyle başka bireylerden farklı birisi olarak algılandığını belirtmektedir.

Engelli bireylerin, farklılıkları nedeniyle yani alışılacelmiş özellikler dışında özelliklere sahip olmaları nedeniyle ayrımcılığa maruz kaldıkları, dışlandıkları, olumsuz değer yargıları ile yüz yüze geldikleri, toplumsal yaşamın dışına itildikleri, bu nedenle toplumsal yaşama eşit biçimde katılamadıkları ifade edilmektedir

(Karataş, 2002a; Karataş, 2002b; Karataş ve ark., 2014). Bununla birlikte, engelli kadın bireylerin, hem tüm kadınlara yönelik ayrımcı tutumlarla hem de engellerinin neden olduğu problemlerle yüz yüze geldikleri, ötekileştirildiği, dışlandıkları belirtilmektedir (Karataş ve Gökçearslan Çifci, 2010). Diğer taraftan, Karataş ve Duyan (2007), görme engelli birey olmanın, sosyal yaşama başarılı şekilde uyum göstermede zorluk yarattığını ifade etmektedir. Demirci (2005) de gündelik yaşamda yerine getirilen çoğu düzenlemenin gözleri görmekte olan kişiler dikkate alınarak yapılmakta olduğunu, ayrıca görme engelli bireylerin, gündelik yaşama, eğitim hayatına, çalışma hayatına, sosyal etkinliklere katılırken ve diğer alanlarda pek çok problemle yüz yüze kaldığını belirtmektedir. Ataman (1999) da bir çalışma sonucunda, işverenlerin, görme engelli bireyleri işe alma konusunda isteksiz oldukları bulgusuna ulaşıldığını belirtmektedir. Karataş (2002b), toplumsal uyum ve bütünleşmenin sağlanması açısından, engelli bireyin bir işe sahip olmasının büyük önem taşıdığına işaret etmektedir.

“Toplumsal yaşama katılmakta ne tür zorluklar yaşadıkları”, açık uçlu sorusuna, 2 No’lu katılımcının, *“Görenlerin yanında ortamdan kaynaklanan kendimi zayıf hissediyorum. Görmeyenlerin yanında kendimi rahat hissediyorum.”* şeklinde verdiği cevabın dikkat çekici olduğu düşünülmektedir. 2 No’lu katılımcı, görme engeli nedeniyle gören bireylerin yanında kendisini zayıf hissetmekte olduğunu, görmeyen bireylerin yanında daha rahat hissettiğini ifade etmekte, bunu, kendisinin toplumsal hayata katılmasında bir zorluk olarak gördüğünü dile getirmektedir. İlgili literatürde, görme engelli bireylerin sosyal ilişkilerinde sorunlar olduğu, sağlıklı toplumsal ilişkilerin kurulamadığı, gören bireylerin yanında olduklarında daima bir eksiklik duygusu yaşadıkları ve aşağılık duygusu gibi sağlıklı olmayan bireysel özelliklere sahip olabilecekleri ifade edilmektedir (Demirci, 2005). Karataş ve Duyan (2007), görme engeline sahip kişiler için benlik saygısının önemine vurgu yapmakta, yüksek benlik saygısının bu bireylerin yaşam mücadelesinde büyük payı olduğunu belirtmektedir. Bilgin (1999), toplumun, engelli bireyleri, acınilacak kişiler olarak görmekte olduğunu, bu ön yargı yüzünden bu bireylerin kendi kişiliklerine gösterdikleri saygının azaldığını, bunun nedeninin de engeli olan bireylerin,

kendilerini, çoğunlukla, engeli olmayan bireylerin yapmış olduğu değerlendirmelere göre algılamaları olduğunu ifade etmektedir.

“Toplumsal yaşama katılmakta ne tür zorluklar yaşadıkları”, açık uçlu sorusuna, 34 No’lu katılımcının, *“Toplum içinde, daha da gençmiş gözü görmüyor, vah vah diyorlar. Bir de gözleri görseydi. Sen yemek nasıl yapıyorsun, temizlik nasıl yapıyorsun diye yorumlar yapıyorlar. 12 yıldır hâlâ kabullenemedim gözümün durumunu”* şeklinde vermiş olduğu cevabın da çalışma açısından önemli bir bulgu olduğu düşünülmektedir. Burada, katılımcı tarafından, görme engeli nedeniyle toplumsal ön yargılara maruz kaldığı ve 12 yıl önce oluşan görme kaybını hâlâ kabullenememiş olduğu ifade edilmektedir. Bu bulgu ile ilişkili olarak, ilgili literatürde, farklılıkları nedeniyle ayrımcılığa maruz kalmaya (Karataş, 2002a; Karataş, 2002b; Karataş ve ark., 2014), farklı birisi olarak algılanmaya (Burcu, 2007), sağlıklı sosyal ilişkilere sahip olamamaya, eksiklik, noksanlık duygusu yaşamaya (Demirci, 2005), engelliliğe olan yaklaşımların, engellilik olgusunu etkileyebileceğine (Şentürk, 2018) dikkat çekilmektedir.

Çalışma için önem taşıdığı düşünülen ve görme engelli bireylere yöneltilen sorulardan biri de “Yaşanılan sosyal çevrede “görme engelli, şu işi yapar, şu işi yapamaz” biçimindeki yaklaşımlara maruz kalma sonucu “ben yetersizim, noksanım, değersizim, çaresizim, ben başarılı olamam” gibi düşünce ve duygular yaşanıp yaşanmadığı” sorusudur. Katılımcılardan 32 kişi (%64) bu soruya hayır cevabını katılımcılardan 14 kişi (%28) bazen cevabını, 4 kişi (%8) de evet cevabını vermiştir. Katılımcıların çoğunun hayır cevabını vermiş olmasına rağmen ilgili literatürde de belirtildiği üzere, bu engelli bireylerin, farklılıkları nedeniyle ayrımcılığa maruz kalma (Karataş, 2002a; Karataş, 2002b; Karataş ve ark., 2014), farklı birisi olarak algılanma (Burcu, 2007), sağlıklı sosyal ilişkilere sahip olamama, eksiklik, noksanlık duygusu yaşama (Demirci, 2005) risklerinin bulunduğu düşünülmektedir.

Çalışma için önem taşıdığı düşünülen ve görme engelli bireylere yöneltilen sorulardan bir diğeri de “Yaşanılan sosyal çevrede karşı karşıya kalınan, görme engeli ile ilgili olumsuz ön yargı ve davranışlar nedeniyle “başkalarına bağımlı

olarak yaşamak zorunda olan biriyim” şeklinde düşünölüp düşünölmediğı” sorusudur. Bu soruya, katılımcılardan 37 kişi (%74) hayır, 7 kişi (%14) bazen, 6 kişi (%12) de evet cevabını vermiştir. Bu soru için de katılımcıların çoğunun hayır cevabı vermiş olmasına rağmen ilgili literatürde de belirtildiğı üzere, bu engelli bireylerin, farklılıkları nedeniyle ayrımcılığa maruz kalma (Karataş, 2002a; Karataş, 2002b; Karataş ve ark., 2014), farklı birisi olarak algılanma (Burcu, 2007), sağlıklı sosyal ilişkilere sahip olamama, eksiklik, noksanlık duygusu yaşama (Demirci, 2005) riskleri taşımakta olduğı düşünölmektedir.

İlgili literatürde stresli yaşam olayları ile depresyon arasında ilişki olduğuna işaret edilmektedir (Black ve Andreasen, 2014; Sadock ve ark., 2016). Çalışmaya katılım sağlayan bazı görme engelli bireylerin, toplumsal yaşam zorlukları ve olumsuz yaşantılara, ön yargılara maruz kaldığını ifade etmesi bu bireylerin, yaşadıkları zorluklar ve olumsuz yaşantılar nedeniyle, depresyon açısından risk barındırmakta olduğı da söylenebilir.

Bu çalışmanın uygulanması sırasında, görme engelli bireylerle yüz yüze görüşmeler de sağlanmış, bu görüşmeler sırasında spontane gelişen sohbetler neticesinde, görme engeli ya da görme kaybının başlangıç dönemlerinde, çok yoğun stres ve uyum sorunları yaşandığı bilgisine de ulaşılmıştır. Bozukluğun doğuştan veya sonradan oluşunun, durumun kabulü ve uyumu üzerinde etkisi olduğ, sonradan oluştuğunda uyum dönemine ihtiyaç duyulduğ, ilgili literatürde de belirtilmektedir (Schinazi, 2007). 34 No’lu katılımcının, görme engelli oluşunu, 12 yıldır hâlâ kabul edemediğini ifade etmesinin de bu durumu yansıttığı düşünölmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Görme engelli olma ve görme engelli bireylerin karşılaştığı yaşam koşulları, bu bireylerin duygudurumlarını olumsuz yönde etkiler, depresif duyguduruma neden olur, aynı zamanda bu bireylerde, otomatik düşünceler ve ruminasyon görülür, hipotezinin doğru olup olmadığının araştırıldığı bu çalışmaya katılım sağlayan 50 kişilik görme engelli örneklem grubuna ait Beck Depresyon Envanteri puanlarına bakıldığında, 37 (%74) kişinin farklı seviyelerde depresif belirtilere sahip olduğu görülmektedir. Bu durumun, çalışmanın hipotezini desteklediği ifade edilebilir. Beck Depresyon Envanterine göre yüksek düzeyde depresif belirtilere sahip bulunan (37 puan) görme engelli katılımcının, çalışmada kullanılan diğer iki ölçek olan Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Ruminatif Düşünce Ölçeği puanlarına da bakılmış, bu puanlardan, bu kişinin, hem depresyonla ilişkili otomatik düşüncelerinin olduğu hem de ruminasyon yapma ve ruminatif düşünme eğiliminin fazla olduğu anlaşılmıştır. Bu bulgunun da çalışma hipotezine destek verir nitelikte olduğu görülmektedir.

Diğer taraftan, çalışmada kullanılan ölçek sonuçları arasında korelasyon olup olmadığının incelenmesi sonucunda, Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği sonuçları ile Beck Depresyon Envanteri sonuçları arasında pozitif yönde ve istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişki bulunduğu ($r_{\text{spearman}} = ,397$, $p = ,004$, $p < ,01$), bununla beraber, Otomatik Düşünceler Ölçeği sonuçları ile Beck Depresyon Envanteri sonuçları arasında da pozitif yönde ve istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r_{\text{spearman}} = ,391$, $p = ,005$, $p < ,01$). Bu bulguların da çalışma hipotezini desteklemekte olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılım sağlayan görme engellilerden bazıları, toplumsal yaşamla ilgili zorluklar ve görme engelinden kaynaklanan durumlar hakkında görüşlerini belirtmiştir. Bunlar arasında, toplu taşıma kullanmadaki zorluklar, hangi aracın geldiğini anlayamamak, adresleri bulmakta zorlanmak, numaraları okuyamamak,

hastane, kamu kurumlarında fiziki engeller ve iletişim sorunları yaşamak, istihdamda iş bulmakta yaşanan zorluklar, kaldırımların düzensiz oluşu, mesleki anlamda kendilerini ifade etmekte yaşanan zorluklar, caddelerde, kaldırımlarda bağımsız yürümede zorluk yaşanması, kaldırımlardaki hissedilebilir yüzeylerle ilgili yaşanan sorunlar bulunmaktadır. Katılımcı örneklemden bazıları tarafından dile getirilen bu sorunların varlığı, araştırma hipotezine destek vermektedir. Bu bağlamda, görme engelli bireylerden bazılarının olumsuz yaşam koşullarına sahip olduğu sonucu çıkarılabilir.

Diğer taraftan, katılımcılardan birinin, kendisini görme engelli bireylerin yanında daha rahat hissettiğini, gören bireylerin yanında iken ortamdaki kaynaklanan, kendisini zayıf hissettiğini ifade etmesi, başka bir katılımcının da toplumsal ön yargılardan şikayetçi olması ve görme kaybının oluşumundan 12 yıl geçmesine rağmen henüz bu durumunu kabullenemediğini belirtmesi, görme engelli bireylerin maruz kaldığı olumsuz yaşantılara örnektir, bu olumsuz yaşantıların oluşu da çalışma hipotezini destekler niteliktedir.

Bu bağlamda, bu örneklem grubundaki bazı görme engelliler için, görme engelli birey olma ve karşılaşılan yaşamsal koşulların, bu bireylerin duygudurumlarını olumsuz yönde etkilediği, depresif belirtilere neden olduğu, depresyon durumuna özgü olumsuz otomatik düşüncelerin de bu depresif belirtilere eşlik ettiği, aynı zamanda, var olan depresif belirtileri üzerinde olumsuz etkilere yol açabilecek ruminatif düşünce eğilimine de sahip oldukları ifade edilebilir.

5.2. Öneriler

Araştırma bulguları, görme engelli birey olarak yaşamayan bazı zorlukları olduğunu dile getirmiş olup örneklem grubunda farklı düzeylerde depresif belirtilerin görülmüş olması, görme engelli olmanın ve yaşanan olumsuz yaşantıların, bu bireylerin ruh sağlığı açısından önemli bir risk faktörü olduğuna dikkat çekmektedir. Bu nedenle, görme engelli bireyleri kapsayan koruyucu önleyici ruh sağlığı

alışmalarının yapılması (özellikle görme kaybının başlangıç döneminde) önem teşkil etmektedir. Bu koruyucu önleyici çalışmalarla, görme engelli bireylerin periyodik olarak ruhsal sağlık taramasından geçirilmesinin, oluşması muhtemel bir psikiyatrik rahatsızlığın oluşmadan önce yakalanabilmesini, oluşmuş bir psikiyatrik rahatsızlığın da bir an önce tedavi edilebilmesini, tedavisi devam etmekte olan psikiyatrik bir rahatsızlığın da tedavi sürecinin takip edilebilmesini sağlayacağı düşünülmektedir.

Bununla birlikte, bu çalışmada dikkat çekilen, görme engelli olma ve olumsuz yaşam koşullarının görme engeline sahip bireylerin ruhsal sağlığı üzerinde ne derece etkili olduğunun, nitel ya da karma desen kullanılan ve daha geniş kapsamlı örnekleme sahip olan başka çalışmalarla da araştırılmasının, incelenmesinin, görme engelli bireylerin ruh sağlığının korunması ve ilgili literatüre sağlayacağı katkı bakımından önemli olduğu düşünülmektedir.

ÖZET

Görme Engelli Bireylerde Depresif Duygudurum ve Ruminasyon İlişkisinin İncelenmesi

Bu çalışmadaki temel amaç, ilgili literatürde dikkat çekilmekte olan görme engeli ve depresyon ilişkisinden yola çıkarak, görme engeli ve karşılaşılan yaşam koşulları ile depresif duygudurum arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bununla birlikte, ruminatif düşünce eğiliminin ve olumsuz otomatik düşüncelerin de var olup olmadığının araştırılmasıdır. Araştırma kapsamında 18-65 yaş aralığında bulunan 50 görme engelli birey ile çalışılmış, nicel araştırma desenlerinden olan tarama deseni kullanılmış, veri toplamak amacıyla anket ve ölçeklerden yararlanılmıştır. Veri toplama araçları olarak, Bireysel Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri, Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği kullanılmıştır.

Çalışma sonucu elde edilen bulgulardan bazıları şu şekildedir: Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği sonuçları ile Beck Depresyon Envanteri sonuçları arasında pozitif yönde ve istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişki olması ($r_{\text{spearman}} = ,397$, $p = ,004$, $p < ,01$), Otomatik Düşünceler Ölçeği sonuçları ile Beck Depresyon Envanteri sonuçları arasında pozitif yönde ve istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişki olması ($r_{\text{spearman}} = ,391$, $p = ,005$, $p < ,01$), çalışma örneklemini oluşturan 50 görme engelli bireyden 37'sinin (%74) farklı düzeylerde depresif belirtilere sahip olması.

Çalışmaya katılan görme engelli bireylerden bazıları, karşılaştıkları olumsuz yaşam koşullarını da şu şekilde dile getirmiştir: Toplu taşıma kullanmadaki zorluklar, hangi aracın geldiğini anlayamamak, adresleri bulmakta zorlanmak, numaraları okuyamamak, hastane, kamu kurumlarında fiziki engeller ve iletişim sorunları yaşamak, istihdamda, iş bulmakta yaşanan zorluklar, kaldırımların düzensiz oluşu, mesleki anlamda kendilerini ifade etmekte yaşanan zorluklar, caddelerde, kaldırımlarda bağımsız yürümede zorluk yaşanması, kaldırımlardaki hissedilebilir yüzeylerle ilgili yaşanan sorunlar.

Anahtar Sözcükler: Depresif Duygudurum, Depresyon, Görme Engeli, Otomatik Düşünceler, Ruminasyon.

SUMMARY

Investigation of the Correlation between Depressive Mood and Rumination in Visually Impaired Individuals

The main purpose of this study is to examine the relationship between visual disability and living conditions and depressive mood, based on the relationship between visual disability and depression, which is noted in the relevant literature. However, it is to investigate whether ruminative thinking tendency and negative automatic thoughts are also present. Within the scope of the research, 50 visually impaired individuals between the ages of 18-65 were studied, the survey design, which is one of the quantitative research designs, was used, and questionnaires and scales were used to collect data. Individual Information Form, Beck Depression Inventory, Automatic Thoughts Scale and Ruminative Thought Style Scale were used as data collection tools.

Some of the findings obtained as a result of the study are as follows: There is a positive and statistically significant relationship between the Ruminative Thought Style Scale results and the Beck Depression Inventory results ($r_{\text{spearman}} = .397$, $p = .004$, $p < .01$), there is a positive and statistically significant relationship between the Automatic Thoughts Scale results and the Beck Depression Inventory results ($r_{\text{spearman}} = .391$, $p = .005$, $p < .01$), 37 out of 50 visually impaired individuals (74%) constituting the study sample had depressive symptoms at different levels.

Some of the visually impaired individuals participating in the study also expressed the negative living conditions they faced as follows: Difficulties using public transport, not being able to understand which vehicle is coming, having trouble finding addresses, can't read numbers, experiencing physical barriers and communication problems in hospitals, public institutions, difficulties in finding a job, irregularity of pavements, difficulties in expressing themselves professionally, difficulty walking independently on streets and sidewalks, problems with tactile surfaces on pavements.

Keywords: Depressed Mood, Depression, Visually Impaired, Automatic Thoughts, Rumination

KAYNAKLAR

- ARIKAN Ç (2001). Türkiye'de Görme Özürlü Kadınlar: Sorunlar, Beklentiler, Çözüm Önerileri. Ankara: Körler Federasyonu Yayını.
- ARIKAN Ç (2002). Sosyal model çerçevesinde özürlülüğe yaklaşım. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, 2(1):11-25.
- ARIKAN Ç (2009). Türkiye'de görme özürlü kadınlar ve kadına yönelik şiddet. ErişimAdresi:[http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/turkiyede_gorme_ozurlu.pdf]. Erişim Tarihi: 14.05.2022.
- ARSLAN Y, ŞAHİN HM, GÜLNAR U, ŞAHBUDAK M (2014). Görme engellilerin toplumsal hayatta yaşadıkları zorluklar (Batman merkez örneği). *Yaşam Bilimleri Dergisi*, 4(2).
- ALPER Y, BAYRAKTAR E, KARAÇAM Ö (2000). Herkes İçin Psikiyatri. İstanbul: Gendaş.
- ALPER Y (2012). Bütün Yönleriyle Depresyon (1.Basım). İstanbul: Özgür Yayınları.
- ASAN Ö 2019. Katatoni: Klinik özellikler ve tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(3):257-270. Doi: 10.18863/pgy.507214.
- ARKONAÇ O (1999). Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- ATAMAN A (1999). Özel sektörde çalışan görme engellilerin karşılaştığı sorunlar. K KARATAŞ (Yayına Hazırlayan), *Görme Özürlülerin Sosyal Güvenlik Sorunları ve İstihdamı Sempozyumu (Bildiriler)* içinde. Ankara: Altı Nokta Körlere Hizmet Vakfı Yayınları:3.
- ATBAŞOĞLU C (2014). Psikiyatriye giriş. HD ÖZGÜVEN (Editör), *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* içinde. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.
- APA DICTIONARY OF PSYCHOLOGY (2022). American psychological association dictionary of psychology. Erişim Adresi: [<https://dictionary.apa.org/rumination>]. Erişim Tarihi: 17.05.2022.
- AYDIN EF (2019). Bir Depresyon 3 Psikoterapist: Bir Olgunun Kişilerarası İlişkiler, Bilişsel Davranışçı ve Destekleyici Psikoterapi ile Ele Alınışı. 55. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Günlük Yaşamdan Kliniğe Şiddet Konuşma Özetleri Kitapçığı* içinde. İstanbul: Türkiye Psikiyatri Derneği.
- AYDIN G, AYDIN O (1990). Otomatik düşünceler ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(24):51-55.

- BEZMEZ D, YARDIMCI S, ŞENTÜRK Y (2012). Sakatlık Çalışmaları Sosyal Bilimlerden Bakmak. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- BURCU E (2004). Görme özürlü öğrencilerin eğitimlerine ilişkin düşünceleri ve sorunları: Ankara örneği. *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi*, 4(2):23-47.
- BURCU E (2007). Türkiye'de Özürlü Birey Olma: Temel Sosyolojik Özellikleri ve Sorunları Üzerine Bir Araştırma (1.Basım). Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- BURCU E (2011). Türkiye'deki engelli bireylere ilişkin kültürel tanımlamalar: Ankara örneği. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 28(1):0-0.
- BAYMUR F (1978). Genel Psikoloji (4.Baskı). İstanbul: İnkılâp ve Aka Kitabevleri.
- BİLGİN KU (1999). Özürlülerin istihdamında yöntem arayışı. K KARATAŞ (Yayına Hazırlayan), *Görme Özürlülerin Sosyal Güvenlik Sorunları ve İstihdamı Sempozyumu (Bildiriler)* içinde. Ankara: Altı Nokta Körlere Hizmet Vakfı Yayınları:3.
- BUTCHER JN, MINEKA S, HOOLEY JM (2013). Anormal Psikoloji (1.Basım). (Çev. O GÜNDÜZ). İstanbul: Kaknüs Yayınları. (Orijinal yayın tarihi, 2011).
- BLACK DW, ANDREASEN NC (2014). Psikiyatriye Giriş Ders Kitabı (5.Baskı). (Çev. Ed. L TAMAM). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- BOLAT N, DOĞANGÜN B, YAVUZ M, DEMİR T, KAYAALP L (2010). Doğuştan tam görme engeli olan ergenlerin depresyon, kaygı düzeyleri ve benlik kavramı özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21().
- BILER ED, YILMAZ SG, ATEŞ H (2014). Körlük ölüme yakın mı? *Türk Oftalmoloji Dergisi*, 44(6):471-475. Doi: 10.4274/tjo.79106.
- BINDER KW, WRZESINSKA MA, KOCUR J (2020). Anxiety in persons with visual impairment. *Psychiatria polska*, 54(2):279-288. Doi: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/85408>.
- BURHANOĞLU S (2016). Ruminasyon (Rumination) kavramı nedir? Erişim Adresi: [https://www.sabriburhanoglu.com/ruminasyon-rumination-kavrami-nedir?__cf_chl_f_tk=OUy4.iwiXrGWupUlUMU01sTUSVdua_j0e7TXFqhY0wc-1648376386-0-gaNycGzNB2U]. Erişim Tarihi: 17.05.2022.
- BOREN JP (2013). The relationships between co-rumination, social support, stress, and burnout among working adults. *Management Communication Quarterly*, 20(10):1-23. Doi: 10.1177/0893318913509283.
- BARNARD PJ, TEASDALE JD (1991). Interacting cognitive subsystems: A systemic approach to cognitive-affective interaction and change. *Cognition and Emotion*, 5(1):1-39.

- BECKMANN J, KELLMANN M (2004). Self-regulation and recovery: Approaching an understanding of the process of recovery from stress. *Psychological Reports*, **95**:1135-1153.
- BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, **4**. Erişim Adresi: [https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://oml.eular.org/sysModules/obxOML/docs/id_170/BECK%2520ORIGINAL.pdf&ved=2ahUKEwj-qJK8rvD3AhXZlmoFHdhiC9kQFnoECAgQA&usg=AOvVaw3hV84Ktux4E6qrSPYOO9Zk]. Erişim Tarihi: 21.05.2022.
- BRINKER JK, DOZOIS JA (2009). Ruminative thought style and depressed mood. *Journal of Clinical Psychology*, **65**(1):1-19.
- CHOI HG, LEE MJ, LEE SM (2018). Visual impairment and risk of depression: A longitudinal follow-up study using a national sample cohort. *Scientific Reports*, **8**(2083). Doi:10.1038/s41598-018-20374-5.
- CUTSFORTH TD (1951). The Blind in School and Society A Psychological Study. New York: American Foundation for The Blind.
- CANBAZOĞLU H (2019). Ruminasyon (geviş getirme) bozukluğu. Erişim Adresi: [https://www.psikolojidenoku.com/ruminasyon/]. Erişim Tarihi: 17.05.2022.
- CONWAY M, CSANK PAR, HOLM SL, BLAKE CK (2000). On assessing individual differences in rumination on sadness. *Journal of Personality Assessment*, **75**(3):404-425.
- ÇAKIR G (2016). Bütüncül Bakış Açışıyla Engellilik. İzmir: Tepecik Hastanesi Yayınları.
- ÇELİK FH, HOCAOĞLU Ç (2016). ‘Major depresif bozukluk’ tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, **6**(1):51-66.
- DEMİRCİ ME (2005). Homeros’tan Açık Veysel’e Tarihte ve Toplum Yaşamında Kırler (1.Basım). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
- DSM-5 (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition). Arlington: American Psychiatric Association.
- DAVISON GC, NEALE JM (2011). Anormal Psikolojisi (7.Basım). (Çev. Ed. İ DAĞ). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. (Orijinal yayın tarihi, 1998).
- DOĞU SE, YARAN M (2019). Engellilik psikolojisi. M YARAN (Editör), *Engellilik ve Katılım* içinde. Ankara: Vize Basın Yayın.

- DONG X, NG N (2021). Contribution of multiple pathways to the relationship between visual impairment and depression: Explaining mental health inequalities among older Chinese adults. *Journal of Affective Disorders*, **278**(2021):350-356.
- ENGELLİLERİN HAKLARINA İLİŞKİN SÖZLEŞME (2009). Erişim Adresi: [https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/07/20090714-1.htm]. Erişim Tarihi: 12.05.2022.
- ENGELLİ VE YAŞLI İSTATİSTİK BÜLTENİ (2021). Erişim Adresi: [https://www.aile.gov.tr/eyhgm/sayfalar/istatistikler/engelli-ve-yasli-istatistik-bulteni/]. Erişim Tarihi: 13.05.2022.
- ENÇ M (1978). Görme özürlüler “rehabilitasyon ve istihdam”. *Körlük ve Sorunları (Seminer Çalışmaları ve Bildirileri)* (1.Baskı) içinde. Ankara: Türkiye Körler Vakfı Yayınları.
- ENÇ M (2005). Görme Özürlüler Gelişim, Uyum ve Eğitimleri (2.Baskı). Ankara: Gündüz Eğitim ve Yayıncılık.
- EDWARDS SL, RAPEE RM, FRANKLIN J (2003). Postevent rumination and recall bias for a social performance event in high and low socially anxious individuals. *Cognitive Therapy and Research*, **27**(2003):613-617.
- FITZGERALD RG (1970). Reactions to blindness: An exploratory study of adults with recent loss of sight. *Archives of General Psychiatry*, **22**(4):370-379. Doi: https://doi.org/10.1001/archpsyc.1970.01740280082015.
- FITZGERALD RG, EBERT JN, CHAMBERS M (1987). Reactions to blindness: A four-year follow-up study. *Perceptual and Motor Skills*, **64**(2):363-378. Doi: https://doi.org/10.2466/pms.1987.64.2.363.
- FRIES E (1930). The social psychology of blindness. *Journal of Abnormal Psychology*, **25**(1):14-25.
- FRITZ HL (1999). Rumination and adjustment to a first coronary event. *Psychosomatic Medicine*, **61**(1):105.
- GÖĞÜŞ AK (2014). Bipolar bozukluk . HD ÖZGÜVEN (Editör), *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* içinde. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.
- GÜNENÇ BB (2020). Premenstrüel disforik bozukluk (PDB) nedir? Erişim Adresi: [https://www.florence.com.tr/premenstruel-disforik-bozukluk-pdb]. Erişim Tarihi: 15.05.2022.
- GARCIA GA, KHOSHNEVIS M, GALE J, FROUSIAKIS SE, HWANG TJ, POINCENOT L, KARANJIA R, BARON D, SADUN AA (2017). Profound vision loss impairs psychological well-being in young and middle-aged individuals. *Clinical Ophthalmology*, **11**:417-427.

- GÖK A (2017). Ruminasyon-negatif düşünce-ruminatif kişilik. Erişim Adresi: [https://www.aligok.com.tr/ruminasyon-negatif-dusunce-ruminatif-kisilik/]. Erişim Tarihi: 19.05.2022.
- GARNEFSKI N, KRAAIJ V, SPINHOVEN P (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, **30**(2001):1311-1327.
- GÜRBÜZ S, ŞAHİN F (2018). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (5.Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- HADIDI MS, KHATEEB JM (2013). Loneliness among students with blindness and sighted students in Jordan: A brief report. *International Journal of Disability, Development and Education*, **60**(2):167-172. <http://dx.doi.org/10.1080/1034912X.2012.723949>.
- HİSLİ N (1988). Beck depresyon envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, **6**(22):118-126.
- HİSLİ N (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, **7**(23):3-13.
- HOLLON SD, KENDALL PC (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, **4**(4):383-395.
- IŞIKLI Eİ (2018). Kendi Anlatımlarıyla Engellilerin Sorunları ve Çözüm Önerileri. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- IŞIK E (1991). Duygulanım Bozuklukları Depresyon ve Mani. İstanbul: Boğaziçi Matbaası.
- ICD-11 MMS (2022). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Erişim Adresi: [https://icd.who.int/browse11/l-m/en]. Erişim Tarihi: 15.05.2022.
- KARATAŞ K (1997). İnsan hakları açısından özürliülerin istihdamı. K KARATAŞ (Editör), *Görme Özürliülerin Mesleki Rehabilitasyonu ve İstihdamı Konferansı* içinde. Ankara: Altı Nokta Körlere Hizmet Vakfı Yayın No:2.
- KARATAŞ K (1998). Özürliüler kentlerde özgürce yaşamak istiyorlar. *Ufkun Ötesi Aylık Dergi*, **2**(4):10-13.
- KARATAŞ K (2001a). Özürliülerin istihdamı ve çalışma yaşamında karşılaşılan sorunlar. K KARATAŞ (Editör), *Görme Özürliüler İçin Rehabilitasyon Deneyimleri, Yeni Rehabilitasyon Politikaları ve Meslek Tanımları* içinde. Ankara: Körlere Federasyonu Yayın No:4.

KARATAŞ K (2001b). Özürlülerin mesleki rehabilitasyonu ve istihdamı sorunu. K KARATAŞ (Editör), *Sosyal Hizmet Sempozyumu'96. Toplumsal Gelişme ve Değişme Sürecinde Sosyal Hizmet* içinde. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını No: 002.

KARATAŞ K (2002a). Özürlülere yönelik ayrımcılık ve ayrımcılıkla savaşım. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, 2(1):1-10.

KARATAŞ K (2002b). Engellilerin toplumla bütünleşme sorunları bir sosyal politika yaklaşımı. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, 2(2):43-55.

KARATAŞ K (2008). Engellilerin toplumsal yaşama katılımında bireysel sorumluluk. *Yeni Yüzyıl Dergisi*, 2() :40-42.

KARATAŞ K, DUYAN V (2007). Görme engelli ilköğretim öğrencilerinin benlik saygısı. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, 7(1):4-16.

KARATAŞ K, GÖKÇEARSLAN ÇİFCİ E (2010). Türkiye’de engelli kadın olmak: Deneyimler ve çözüm önerileri. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(13):147-153.

KARATAŞ K, İÇLİ T, ÇAMUR KARATAŞ S (2014). Engelli Hakları ve Ayrımcılıkla Mücadele. Ankara: Altı Nokta Körlere Hizmet Vakfı Yayını.

KARABULAT YT (1976). Yaşam Kaygısı. Ankara: Anadolu Matbaası.

KARAKAŞ S (2017). Prof. Dr. Sirel Karakaş Psikoloji Sözlüğü: Bilgisayar Programı ve Veritabanı - www.psikolojisozlugu.com (sürüm: 5.2.0/2022).

KANUN VE KANUN HÜKMÜNDE KARARNAMELERDE YER ALAN ENGELLİ BİREYLERE YÖNELİK İBARELERİN DEĞİŞTİRİLMESİ AMACIYLA BAZI KANUN VE KANUN HÜKMÜNDE KARARNAMELERDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR KANUN (2013). Erişim Adresi: [<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/05/20130503-1.htm>]. Erişim Tarihi: 13.05.2022.

KARAKUŞÇU MN (1999). Genel Psikoloji ve Normal Davranışlar (2.Baskı). Ankara: Pelin Ofset.

KIRPINAR İ (2018). Genç Psikiyatristin El Kitabı (4.Basım). İstanbul: Psikonet Yayınları.

KÖROĞLU E (2014). Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (5.Baskı). (Çev. E KÖROĞLU). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

KÖROĞLU E (2015). Psikiyatri Sözlüğü. Ankara: HYB Basım Yayın.

- KARAOĞLU MB (t.y.). Pandemi psikolojisi ve gizli (maskeli) depresyon. Erişim Adresi: [https://www.izmirklinikpsikolog.com/makale/95/pandemi-psikolojisi-ve-gizli-maskeli-depresyon]. Erişim Tarihi: 15.05.2022.
- KAPLAN HI, SADOCK BJ (2004). Klinik Psikiyatri. (Çev. Ed. E ABAY). Nobel Tıp Kitabevleri.
- KEMP NJ (1981). Social psychological aspects of blindness: A review. *Current Psychological Reviews*, **1**():69-89.
- KIZILASLAN A, SÖZBİLİR M (2018). Görme yetersizliği olan öğrencilerin bilişsel becerileri ve psikolojik deneyimleri üzerine bir derleme. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (31). Doi: 10.30794/pausbed.414613.
- KOENES SG, KARSHMER JF (2000). Depression: A comparison study between blind and sighted adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*, **21**(3):269-279. Doi: 10.1080/016128400248086.
- KARLSSON JS (1998). Self-reports of psychological distress in connection with various degrees of visual impairment. *Journal of Visual Impairment & Blindness*.
- KARATEPE HT (2010). Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması [psikiyatri uzmanlık tezi]. İstanbul: T.C.Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 13. Psikiyatri Kliniği.
- KUEHNER C, WEBER I (1999). Responses to depression in unipolar depressed patients : An investigation of Nolen-Hoeksema's response styles theory. *Psychological Medicine*, **29**:1323-1333.
- KASHDAN TB, ROBERTS JE (2007). Social anxiety, depressive symptoms, and post-event rumination: Affective consequences and social contextual influences. *Journal of Anxiety Disorders*, **21**(2007):284-301.
- KARASAR N (1986). Bilimsel Araştırma Yöntemi (3.Baskı). Ankara: Bilim Yayınları.
- KURTOĞLU M (2017). Yıkıcı duygu durumu düzenleyememe bozukluğu. Erişim Adresi: [https://www.rehabilitasyon.com/makale/Bir_Depresyon_Turu__Yikici_Duygu_Durumu_Duzenleyem-2_CJ0uCJW_34]. Erişim Tarihi: 15.05.2022.
- LANGDELL CC, LANGDELL T (2010). Coping with Vision Loss. California: ABC-CLIO, LLC.
- MEITES K, LOVALLO W, PISHKIN V (1980). A comparison of four scales for anxiety, depression, and neuroticism. *Journal of Clinical Psychology*, **36**(2). Doi: https://doi.org/10.1002/jclp.6120360207.

- MURAT S (2009). Genel olarak özürlülere yönelik çalışmalar ve İSMEK örneği. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, **0**(56):21-89.
- MARGRAIN TH, NOLLETT C, SHEARN J, STANFORD M, EDWARDS RT, RYAN B, BUNCE C, CASTEN R, HEGEL MT, SMITH DJ (2012). The depression in visual impairment trial (DEPVIT): trial design and protocol. *BMC Psychiatry*, **12**(57). Doi: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-57>.
- MATTHEWS G, WELLS A (2004). Rumination, depression, and metacognition: the S-REF model. C PAPAGEORGIOU, A WELLS (Editors), *Depressive Rumination Nature, Theory and Treatment*. England: John Wiley & Sons Ltd.
- MELLINGS TMB, ALDEN LE (1999). Cognitive processes in social anxiety: the effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy*, **38**(2000):243-257.
- MARTIN LL, SHRIRA I, STARTUP HM (2004). Rumination as a function of goal progress, stop rules, and cerebral lateralization. C PAPAGEORGIOU, A WELLS (Editors), *Depressive Rumination Nature, Theory and Treatment*. England: John Wiley & Sons Ltd.
- MATTHEWS G, WELLS A (2004). Rumination, depression, and metacognition: the S-REF model. C PAPAGEORGIOU, A WELLS (Editors), *Depressive Rumination Nature, Theory and Treatment*. England: John Wiley & Sons Ltd.
- NOLEN-HOEKSEMA S (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, **100**(4):569-582.
- ÖZÜRLÜLER ve BAZI KANUN ve KANUN HÜKMÜNDE KARARNAMELERDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASI HAKKINDA KANUN (2005). Erişim Adresi: [<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050707-2.htm>]. Erişim Tarihi: 12.05.2022.
- ÖZKAN EK (2019). Görme engellilerde yaklaşımlar. M YARAN (Editör), *Engellilik ve Katılım* içinde. Ankara: Vize Basın Yayın.
- ÖZTÜRK MO, ULUŞAHİN A (2015). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (13.Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- ÖZGÜVEN HD, BASKAK B (2014). Depresyon. HD ÖZGÜVEN (Editör), *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* içinde. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.
- ÖZBEK A (1971). Sosyal Psikiyatri'ye Giriş. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.
- ÖNCÜ B (2014). Psikoterapiler. HD ÖZGÜVEN (Editör), *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* içinde. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.

- PSYCHOLOGY DICTIONARY (2013). Erişim Adresi: [https://psychologydictionary.org/expansive-mood/]. Erişim Tarihi: 15.05.2022.
- REES G, FENWICK EK, KEEFFE JE, MELLOR D, LAMOUREUX EL (2009). Detection of depression in patients with low vision. *Optometry and Vision Science*, **86**(12):1328-1336.
- REES G, TEE HW, MARELLA M, FEMWICK E, DIRANI M, LAMOUREUX EL (2010). Vision-specific distress and depressive symptoms in people with vision impairment. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, **51**(6).
- REES G, XIE J, HOLLOWAY EE, STURROCK BA, FENWICK EK, KEEFFE JE, LAMOUREUX E (2013). Identifying distinct risk factors for vision-specific distress and depressive symptoms in people with vision impairment. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, **54**(12):7431-7438. Doi:10.1167/iops.13-12153.
- RACHMAN S (1971). Obsessional ruminations. *Behav. Res. & Therapy*, **9**:229-235.
- ROSE AJ (2002). Co-rumination in the friendships of girls and boys. *Child Development*, **73**(6):1830-1843.
- ROBINSON MS, ALLOY LB (2003). Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: A prospective study. *Cognitive Therapy and Research*, **27**(3):275-292.
- SADOCK BJ, SADOCK VA, RUIZ P (2016). Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri (11.Baskı). (Çev. Ed. A BOZKURT). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- SAĞLIĞIM (2019). İki uçlu duygudurum bozukluğu (bipolar affektif bozukluk). Erişim Adresi: [https://sagligim.gov.tr/ruh-sagligi/iki-ucly-duygudurum-bozuklugu-bipolar-affektif-bozukluk.html]. Erişim Tarihi: 15.05.2022.
- SAYAR K (2021). Ruh Hali (19.Baskı). İstanbul: Timaş Yayınları.
- SÜRMELİ A (1998). Anksiyeteli depresyon kavramı ve psikiyatride benzodiazepin bağımlılığı sorunu. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, **8**(3).
- SCHINAZI VR (2007). Psychosocial implications of blindness and low-vision. Erişim Adresi:[https://www.researchgate.net/publication/32887600_Psychosocial_implications_ofblindness_and_low-vision]. Erişim Tarihi: 16.05.2022.
- SCOTT RA (1969). The socialization of blind children. DA GOSLIN (Editor), *Handbook of Socialization Ttheory and Research*. Chicago: Rand Mçnally College Publishing Company.

- SENRA H, BARBOSA F, FERREIRA P, VIEIRA CR, PERRIN PB, ROGERS H, RIVERA D, LEAL I (2015). Psychologic adjustment to irreversible vision loss in adults: A systematic review. *Ophthalmology*, 122(4):851-861.
- SCHUSTER AK, TESARZ J, REZAPOUR J, BEUTEL ME, BERTRAM B, PFEIFFER N (2018). Visual impairment is associated with depressive symptoms—results from the nationwide German DEGS1 study. *Frontiers in Psychiatry*, 9(114). Doi: 10.3389/fpsy.2018.00114.
- SMITH JM, ALLOY LB (2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*, 29(2009):116-128.
- SPASOJEVIC J, ALLOY LB, ABRAMSON LY, MACCOON D (2004). Reactive rumination: Outcomes, mechanisms, and developmental antecedents. C PAPAGEORGIOU, A WELLS (Editors), *Depressive Rumination Nature, Theory and Treatment*. England: John Wiley & Sons Ltd.
- SEGERSTROM SC, STANTON AL, ALDEN LE, SHORTRIDGE BE (2003). A Multidimensional structure for repetitive thought: What's on your mind, and how, and how much? *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(5):909-921. Doi: 10.1037/0022-3514.85.5.909.
- ŞENTÜRK Ü (2018). Engellilik olgusunun toplumsal bağlamı. ST TAŞHAN ve B ERCİ (Editörler), *Her Yönüyle Engellilik* içinde. Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri.
- ŞİŞMAN Y (2012). Özürlülük alanında kullanılan kavramlar üzerine genel bir değerlendirme. *Sosyal Politika Çalışmaları*, 7(28):69-85.
- ŞAHİN NH, ŞAHİN N (1992). Reliability and validity of the Turkish version of the automatic thoughts questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 48(3):334-340.
- TURAL E (2019). Engellilik. M YARAN (Editör), *Engellilik ve Katılım* içinde. Ankara: Vize Basın Yayın.
- TÜRKİYE ÖZÜRLÜLER ARAŞTIRMASI (2002). Erişim Adresi: [https://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0014899.pdf]. Erişim Tarihi: 13.05.2022.
- TÜİK (2002). TÜİK Türkiye Engelliler Araştırması. Erişim Adresi: [https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=engelli]. Erişim Tarihi: 14.05.2022.
- TÜİK (2010). TÜİK Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırması. Erişim Adresi: [https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=engelli]. Erişim Tarihi: 14.05.2022.
- TÜİK TÜRKİYE SAĞLIK ARAŞTIRMASI. Erişim Adresi: [https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=engelli]. Erişim Tarihi: 14.05.2022.

- TUFAN İ (2004). Türkiye’de engellilik ve engelli olmak. *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi*, 4(2):81-88.
- TUFAN İ, ARUN Ö (2006). Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 İkincil Analizi. Ankara: TÜBİTAK.
- TAŞKIN EO (2007). Ruhsal hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık. EO TAŞKIN (Editör), *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama* içinde. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri.
- TOMB DA (1988). Aile Hekimi için Psikiyatri. (Çev. Z TUNCA, A DİLSİZ, E BAYOL). İzmir: Serdar Matbaacılık. (Orijinal yayın tarihi, 1981).
- TIP SÖZLÜĞÜ (2014). Tıp Sözlüğü. Erişim Adresi: [<https://www.turkcerrahi.com/tip-sozlugu/etiyojoloji/>]. Erişim Tarihi: 15.05.2022.
- TIPLOPEDI (2018). Tıplopedi Tıp Ansiklopedisi. Erişim Adresi: [<https://tiplopedi.com/Distraktibilite>]. Erişim Tarihi: 15.05.2022.
- THURSTON M, THURSTON A, MCLEOD J (2010). Socio-emotional effects of the transition from sight to blindness. *The British Journal of Visual Impairment*, 28(2):90-112. Doi: 10.1177/0264619609359304.
- TREYNOR W, GONZALEZ R, NOLEN-HOEKSEMA S (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3):247-259.
- ULUOCAK Ş ve ASLAN C (2012). Toplum ve Engelliler (1.Basım). İstanbul: Çanakkale Kitaplığı.
- UĞUR M (2008). Duygudurum bozuklukları. M UĞUR, İ BALCIOĞLU, N KOCABAŞOĞLU (Editörler), *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar* (1.Basım) içinde. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi.
- UEDA Y (2017). Psychosocial adaptation to visual impairment. R SHIMON (Editor), *Causes and Coping with Visual Impairment and Blindness*. Doi: 10.5772/intechopen.70269.
- WATKINS E (2004a). Appraisals and strategies associated with rumination and worry. *Personality and Individual Differences*, 37(2004):679-694. Doi: 10.1016/j.paid.2003.10.002.
- WATKINS ED (2004b). Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 42(2004):1037-1052.

WATKINS ER (2015). Rumination. RA SCOTT, SM KOSSLYN (Editors), *In Emerging Trends in the Social and Behavioral Sciences*. Doi: <https://doi.org/10.1002/9781118900772.etrds0294>.

YARDIMCI S (2015). Sakatlığın tarihsel inşası. K ÇAYIR, M SORAN, M ERGÜN (Derleyenler), *Engellilik ve Ayrımcılık: Eğitimciler İçin Temel Metinler ve Örnek Dersler* (1.Baskı) içinde. İstanbul: Karekök.

ZİYALAR A (1999). Sosyal Psikiyatri (2.Baskı). İstanbul: Yüce Yayın.



EKLER

Ek-1. Dernek İzin Belgesi

Kamu Yararına Çalışır Dernek
Karar No :
Tarihi :
Res. Gaz. No :
Dernek Kodu :
Kuruluş Tarihi :
Sayı: 2020/11
Konu: İzin hk.
Tarih: 12/06/2020



İLGİLİ MAKAMA

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Orhan Nuri KURBAN'a "Görme Engelli Bireylerde Depresif Duygudurum ve Ruminasyon ilişkisinin incelenmesi" başlıklı tezi için gerekli olan araştırma çalışması, anket ve ölçek uygulamalarını, Altınokta Körler Derneği Ankara Şubesi'nde yapabilmesi için gereken izin vermiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Şube Başkanı
Yusuf Dugan



Şube Sekreteri
Hasan Tatar

Ek-2. Etik Kurulu Kararı

ANKARA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi :09/04/2020
Toplantı Sayısı :06
Karar Sayısı :95

95-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencilerinden **Orhan Nuri Kurban**'ın "Görme Engelli Bireylerde Depresif Duygudurum ve Ruminasyon İlişkisinin İncelenmesi" başlıklı tezi ile ilgili 13/01/2020 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda, **Orhan Nuri Kurban**'ın "Görme Engelli Bireylerde Depresif Duygudurum ve Ruminasyon İlişkisinin İncelenmesi" başlıklı tezi ile ilgili COVID-19 salgını nedeniyle; çalışma takviminiz de dahil araştırmanızda oluşabilecek tüm değişikliklerin Etik Kurulumuza yazılı olarak bildirilmesi, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
09/04/2020

Prof.Dr.Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

Ek-3. Aydınlatılmış Onam Formu

Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmanın adı: Görme Engelli Bireylerde Depresif Duygudurum ve Ruminasyon İlişkisinin İncelenmesi

A. Giriş Bölümü:

“Sayın gönüllü,

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezimle ilgili olan ve yukarıda adı yazılı olan araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu araştırmaya katılmayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve bu bilgilendirme çerçevesinde kararınızı özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice dinleyiniz, sorularınız olursa sorup, açık, tatmin edici cevaplar isteyiniz.”

B. Bilgilendirme Bölümü:

- 1.Bu araştırmada, görme engelli birey olmanın ve karşılaşılan yaşam koşullarının, görme engelliye, ruhsal bakımdan etkileyip etkilemediği, duygudurumu üzerinde değişime neden olup olmadığı ve ruminasyon adı verilen, tek bir konu veya düşünce ile sürekli meşgul olma hali anlamına gelen zihinsel sürecin, ayrıca depresyon durumuna özgü olumsuz otomatik düşüncelerin de bu duygudurumla birlikte görülüp görülmediği incelenmek istenmektedir.
- 2.Bu araştırmaya katılmak için, gönüllü ve 18 – 65 yaş aralığında yetişkin görme engelli birey olmak yeterlidir.
- 3.Araştırma kapsamında size, sırasıyla, “Bireysel Bilgi Formu”, “Beck Depresyon Envanteri”, “Otomatik Düşünceler Ölçeği”, “Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği” uygulanacak, sorular, araştırmacı tarafından tek tek, sesli olarak okunacak ve cevaplamanız istenecektir.
- 4.Araştırmaya en az 278 en çok 294 görme engelli gönüllünün dahil edilmesi planlanmıştır.
- 5.Soruların tahmini cevaplanma süresi, bir gönüllü için 30 dakika ile 40 dakika arasındadır.
- 6.Araştırma kapsamında cevaplanması istenen sorulardan bazıları, sizi rahatsız edebilir.
- 7.Araştırmaya katılmanız halinde herhangi bir riskle karşılaşmayacaksınız.
- 8.Araştırmaya katılmak istemezseniz veya araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılmaya karar verirsiniz hiçbir olumsuz sonuçla karşılaşmayacaksınız.
- 9.Araştırmaya katıldığınız için sizden ya da sosyal güvenlik kurumlarından herhangi bir ücret talep edilmeyecek, aynı zamanda, size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

C. Güvence Bölümü:

“Bu araştırmaya katılıp katılmamak tamamen isteğinize bağlıdır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyebilirsiniz veya katıldıktan sonra yarım bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları tamamen bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Eğer araştırmadan çekilirseniz veya araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılırsanız bu durumda sizinle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Fakat veriler, bir defa anonim hale geldikten sonra araştırmadan çekilemeyeceksiniz. Sizden elde edilen tüm bilgiler tamamen gizli tutulacak, araştırma yayımlandığı zaman da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.”

D. Onay Bölümü:

“Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri kapsayan metni, bana sesli olarak okunmak suretiyle, dinledim. Eksik olduğunu düşündüğüm konularla ilgili sorularımı, araştırmacıya sordum ve tatmin edici cevaplar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile birlikte anladığımı düşünüyorum. Araştırmaya katılmak isteyip istemediğim hususunda karar verebilmem için bana yeterince zaman tanındı. Bu şartlar altında, araştırma çerçevesinde elde edilen şahsıma ait bilgilerin, bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak şartı ile sunulmasını ve yayımlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.”

E. İmza Bölümü:

İmza / Tarih <u>Katılımcının</u>	İmza / Tarih <u>Araştırmacının</u>
Adı Soyadı:	Adı Soyadı: Orhan Nuri KURBAN
Telefon:	Telefon:
E-posta:	E-posta:
Adres:	Adres:

Not: İlgili form iki kopya hazırlanmalı, imzalı kopyalardan biri katılımcıya teslim edilmelidir.

Ek-4. Bireysel Bilgi Formu

BİREYSEL BİLGİ FORMU

1. Eğitim durumunuz nedir?

- ☐ Öğrenci ☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu
☐ Ön Lisans mezunu ☐ Lisans mezunu ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora
☐ Diğer:

2. Mesleğiniz nedir?

3. Şu anda herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

4. Sosyal güvenceniz var mı? Sağlık hizmetlerinden rahatlıkla faydalanabiliyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

5. Ekonomik yoksunluk yaşıyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

6. Cinsiyetiniz?

- ☐ Erkek ☐ Kadın

7. Yaşınız?

8. Medeni durumunuz nedir?

- ☐ Bekâr ☐ Evli ☐ Boşanmış ☐ Dul ☐ Diğer:

9. Ne zamandan beri görme engellisiniz?

- ☐ Doğuştan ☐ Diğer:

10. Görme engelinizin derecesi nedir?

11. Kabartma yazı (Braille) biliyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

12. Bağımsız hareket eğitimi aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

13. Görme engelli olma durumunuzdan dolayı, toplumsal yaşama katılmakta zorluklar yaşıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen

(13. sorunun cevabı evet veya bazen ise 14. soru sorulacak)

14. Toplumsal yaşama katılmakta ne tür zorluklar yaşıyorsunuz?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

15. Erişilebilirlikle ilgili yapılan çalışmalar sizce yeterli mi?

☐ Evet ☐ Hayır

16. Hissedilebilir yüzeyler ile ilgili sorunlar yaşıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen

17. Yaşadığınız sosyal çevrede “görme engelli, şu işi yapar, şu işi yapamaz” şeklinde yaklaşımlara maruz kalıyor musunuz? Bu yaklaşımlar size “ben yetersizim, noksanım, değersizim, çaresizim, ben başarılı olamam” gibi düşünce ve duygular yaşıyor mu?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen

18. Yaşadığınız sosyal çevrede görme engeliniz ile ilgili karşı karşıya kaldığınız olumsuz ön yargılar ve davranışlar nedeniyle kendinizi “başkalarına bağımlı olarak yaşamak zorunda olan birisi” olarak düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen

Ek-5. Beck Depresyon Envanteri

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. **Son bir hafta içindeki (şu an dahil)** kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1)	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2)	a. Gelecekte umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3)	a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4)	a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5)	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6)	a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7)	a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum
8)	a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum

9)	a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10)	a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum c. Şimdilerde her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11)	a. Eskisine göre daha sınırlı veya tedirgin sayılmam b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim c. Çoğu zaman sınırlı ve tedirginim d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12)	a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13)	a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum d. Artık hiç karar veremiyorum
14)	a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğumu sanmıyorum b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğumu hissediyorum d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15)	a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Artık hiç çalışmıyorum
16)	a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17)	a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18)	a. İştahım eskisinden pek farklı değil b. İştahım eskisi kadar iyi değil c. Şimdilerde iştahım epey kötü d. Artık hiç iştahım yok

- | | |
|-----|---|
| 19) | a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/alduğımı sanmıyorum
b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım
d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım |
| 20) | a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor
b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntıları var
c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntıları beni çok endişelendiriyor
d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum |
| 21) | a. Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok
b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum
c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim
d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı |

Histli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği Güvenirliliği, Psikoloji Dergisi, 23, 3-13.

Histli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma, Psikoloji Dergisi, 22, 118-126.

Ek-6. Otomatik Düşünceler Ölçeği

Otomatik Düşünceler Ölçeği

Aşağıda kişilerin zaman zaman aklına gelen bazı düşünceler sıralanmıştır. Lütfen her birini okuyarak bu düşüncenin SON BİR HAFTA içinde AKLINIZDAN NE SIKLIKTA GEÇTİĞİNİ işaretleyiniz. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun sayıyı aşağıdaki şıkları dikkate alarak işaretleyiniz.

1=Hiç 2=Ender Olarak 3=Arada Sırada 4=Sıklıkla 5=Hep aklımdaydı

		1	2	3	4	5
1	Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor.					
2	Hiçbir işe yaramıyorum.					
3	Neden hiç başarılı olamıyorum?					
4	Beni hiç kimse anlamıyor.					
5	Başkalarını düş kırıklığına uğrattığım oldu.					
6	Devam edebileceğimi sanmıyorum.					
7	Keşke daha iyi bir insan olabilseydim.					
8	Öyle güçsüzüm ki...					
9	Hayatım istediğim gibi gitmiyor.					
10	Kendimi düş kırıklığına uğrattım.					
11	Artık hiçbir şeyin tadı kalmadı.					
12	Artık dayanamayacağım.					
13	Bir türlü harekete geçemiyorum.					
14	Neyim var benim?					
15	Keşke başka bir yerde olsaydım.					
16	Hiçbir şeyin iki ucunu bir araya getiremiyorum.					
17	Kendimden nefret ediyorum.					
18	Değersiz bir insanım.					
19	Keşke birden yok olabilseydim.					
20	Ne zorum var benim?					
21	Hayatta hep kaybetmeye mahkumum.					
22	Hayatım karmakarışık.					

23	Başarısızım.					
24	Hiçbir zaman başaramayacağım.					
25	Kendimi çok çaresiz hissediyorum.					
26	Bir şeylerin değişmesi gerek.					
27	Bende mutlaka bir bozukluk olmalı.					
28	Geleceğim kasvetli.					
29	Hiçbir şey için uğraşmaya değmez.					
30	Hiçbir şeyi bitiremiyorum.					

Şahin, N. H. and Şahin, N. (1992). "Reliability and validity of the Turkish version of the ATQ " Journal of Clinical Psychology, 48(3), 334-340.

Ek-7. Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği

Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği

Bu ölçek, sizin **ruminatif düşünce eğilimlerinizi** (zihninizde tekrarladığınız, kontrol edemediğiniz, düşünmekten kurtulamadığınız, sürekli zihninizi meşgul eden) **değerlendirmektedir.**

Aşağıdaki her bir madde için, **ifadelerin sizi ne kadar tarif ettiğini** cümlelerin başındaki boşluğa yazınız. 1 ile 7 arasında derecelendirme yapmanız gerekmektedir.

1	2	3	4	5	6	7
1 (Bu madde beni <u>hiç</u> tarif etmiyor)						7 (Bu madde beni <u>çok iyi</u> tarif ediyor)

1. ____ Zihnimin sürekli bazı şeyleri tekrar tekrar gözden geçirdiğini fark ederim.
2. ____ Bir sorunum olduğunda bu durum uzun süre zihnimi kemirir.
3. ____ Gün boyu bazı düşüncelerin tekrar tekrar zihnime üşüşüğünü fark ederim.
4. ____ Bazı şeyleri sürekli düşünmekten kendimi alamam.
5. ____ Birileriyle karşılaşma öncesinde olabilecek bütün senaryoları ve konuşmaları zihnimde canlandırırım.
6. ____ Önceden yaşadığım hoşuma giden olayları hayalimde tekrar canlandırmaya yatkınım.
7. ____ Kendimi, gün içerisinde “Keşke yapsaydım” dediğim şeyleri hayal ederken bulurum.
8. ____ Kötü geçtiğini düşündüğüm bir görüşme sonrasında, “keşke şöyle davransaydım” dediğim farklı senaryolar hayal ederim.
9. ____ Karmaşık bir problemi çözmeye çalışırken çözüme ulaşmak yerine problemin başına döndüğümü fark ederim.
10. ____ Yaklaşan önemli bir olay varsa, bu durumu o kadar çok düşündürtüm ki sonunda sinirli ve mutsuz bir hale gelirim.
11. ____ İstenmeyen düşünceleri zihnimden bir türlü atamam.
12. ____ Bir problem hakkında saatlerce düşünsem de sorunu açıkça anlamak için biraz daha zamana ihtiyaç duyarım.
13. ____ Hakkında ne kadar düşünürsem düşüneyim, bazı sorunlarla ilgili net bir çözüme ulaşmam benim için çok zordur.
14. ____ Bazen bir şeyler hakkında saatlerce oturup düşündüğüm olur.
15. ____ Bir meseleyi çözmeye çalışırken, zihnimde farklı noktalara dağılan uzun bir tartışma yaşar gibi olurum.
16. ____ Oturup geçmişteki güzel olayları hatırlamak hoşuma gider.
17. ____ Heyecan verici bir olayı beklerken, bu olay ile alakalı düşünceler, o anda yaptığım işi engeller.
18. ____ Bazen, bir konuşma sırasında bile, alakasız düşüncelerin zihnime hücum ettiği olur.
19. ____ Yakın zamanda önemli bir görüşme yapacaksam, zihnimde sürekli olarak bunu tekrar etme eğilimim vardır.
20. ____ Önemli bir olay yaklaşıyorsa bununla ilgili düşünmekten kendimi alamam.