

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KÖR VE AZ GÖREN ERİŞKİN BİREYLERDE ÖZ YETERLİLİK,
SOSYAL KAYGI, BAŞETME BECERİLERİ VE ÇEVRENİN
TOPLUMSAL KATILIMA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Fzt. Esmâ ÖZKAN

**Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Esra AKI**

**ANKARA
2013**

Anabilim Dalı :Ergoterapi
 Program :Ergoterapi
 Tez Başlığı :Kör ve Az Gören Erişkin Bireylerde Özyeterlilik, Sosyal
 Kaygı, Başetme Becerileri ve Çevrenin Toplumsal Katılma
 Etkisinin İncelenmesi
 Öğrenci Adı-Soyadı :Esmâ Özkan
 Savunma Sınavı Tarihi :05.11.2013

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans/doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Hülya KAYIHAN
 Hacettepe Üniversitesi
 Tez danışmanı: Prof. Dr. Esra AKI
 Hacettepe Üniversitesi
 Üye: Prof. Dr. Gonca BUMİN
 Hacettepe Üniversitesi
 Üye: Prof. Dr. Kasım KARATAŞ
 Hacettepe Üniversitesi
 Üye: Doç. Dr. Gamze EKİCİ
 Hacettepe Üniversitesi

(İmza)


(İmza)


(İmza)


(İmza)


(İmza)


ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

(İmza)

 Prof. Dr. Ersin FAÇİLLİOĞLU
 Müdür

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince her aşamasında verdiği değerli desteği, güleryüzü ve anlayışından dolayı tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Esra AKI'ya,

Eğitimim ve tez çalışmam süresince yol gösterici deneyimlerini benimle paylaşan değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Hülya KAYIHAN ve Sayın Prof. Dr. Ayşe KARADUMAN'a,

Eğitimime bilgileri ile katkıda bulunan değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Gonca BUMİN, Sayın Prof. Dr. Mine UYANIK, Doç. Dr. Fzt. Songül ATASAVUN UYSAL, Sayın Doç. Dr. Gamze EKİCİ, Sayın Dr. Fzt. Onur ALTUNTAŞ'a,

Tezin her aşamasında verdikleri öneriler ve desteklerinden dolayı Sayın Uzm. Fzt. Orkun Tahir ARAN ve Sayın Uzm. Fzt. Sinem SALAR'a,

Tez çalışması için ortam sağlamasındaki yardımları için başta Sayın Kenan ÖNALAN, Altı Nokta Körler Derneği İstanbul Şubesi Başkanı Sayın Ziya ÖZDEM, değerli hocam Sayın Yüksel BAŞKESEN, Emirgan Altı Nokta Görme Engelliler Rehabilitasyon Merkezi Müdürü Sayın Ahmet ÜNÜVAR ve Müdür Yardımcısı Sayın Taner TULA'ya ve tüm öğretmenlerine,

Güler yüzü ile neşe bulduğum canım arkadaşım Sedef KARAYAZGAN'a, değerli arkadaşlarım Günay DEMİR ve Hatice DEMİR'e,

Çalışmamın her aşamasında özverisi, anlayışı ve sevgisi ile destek olan eşim Ömer ÖZKAN'a ve sevgili ailesine,

Her zaman yanımda olup, güç veren, sabırla, şefkatle sevgilerini ve desteklerini koşulsuz ve sınırsız hissettiğim canım annem Naciye KAÇAR, babam Hüseyin KAÇAR, kardeşlerim Aslı ve Muhammed KAÇAR'a,

Sonsuz Teşekkürler...

ÖZET

Özkan, E. Kör ve Az Gören Erişkin Bireylerde Öz Yeterlilik, Sosyal Kaygı, Başetme Becerileri ve Çevrenin Toplumsal Katılıma Etkisinin İncelenmesi. Hacetepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013. Çalışmamızın amacı kör ve az gören bireylerde öz yeterlilik, sosyal kaygı, başetme becerileri ve çevrenin toplumsal katılımlarına olan etkisini incelemektir. Çalışmaya 18 ile 65 yaş arası 50 az gören, 50 kör ve 50 gören birey katıldı. Çalışmaya dahil edilen bireylerle ilgili kişisel bilgiler Sosyodemografik Özellikleri Bilgi Toplama Formu ile değerlendirildi. Öz yeterlilik düzeyleri Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ile, başetme düzeyleri ve biçimleri Baş Etme Yolları Ölçeği ile, sosyal kaygı seviyeleri Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği ile, çevreleri Yaşama Ortamı Etki Ölçeği- Kısa Form ile, toplumsal yaşama katılımdaki kısıtlılık seviyeleri Katılım Ölçeği ile değerlendirildi. Katılımcılarla yarı yapılandırılmış görüşme yapıldı. Kör bireylerin öz yeterlilikleri, başetme becerisi düzeyleri, çevresel yeterlilik seviyeleri diğer gruplara göre daha düşük bulundu ($p<,05$). Kör ve az gören bireylerin öz yeterlilik düzeyleri arasında az görenler lehine anlamlı fark bulundu ($p<,05$). Az gören bireylerin katılım kısıtlılıkları ile gören yaşlılarının katılım kısıtlılıkları arasında görenler lehine anlamlı fark saptandı ($p<,001$). Kör bireylerin katılım kısıtlılıkları ile gören yaşlılarının katılım kısıtlılıkları arasında görenler lehine anlamlı fark saptandı ($p<,001$). Kör erişkin bireylerin sosyal kaygılarının ve toplumsal katılım kısıtlılıklarının diğer gruplardaki bireylere göre daha fazla olduğu tespit edildi ($p<,05$). Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara göre görme kaybı, erişkin bireylerin öz yeterlilik, baş etme becerileri, sosyal kaygı ve toplumsal katılım durumlarını etkilemektedir. Görme kaybı yaşayan bireylerin katılım kısıtlılıklarına yol açan öz yeterlilik, baş etme becerileri kısıtlılığı ve sosyal kaygı kişi merkezli olarak değerlendirilmeli ve uygun ergoterapi modelleri ile müdahale programları planlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: az gören, kör, katılım, ergoterapi

ABSTRACT

Özkan, E. Investigation of The Self Efficacy, Social Anxiety, Coping Skills and Environment Effect of Social Participation in Adult Blind People and People With Low Vision. Hacettepe University, Institute of Health Sciences, Occupational Therapy Program, Master Thesis, Ankara, 2013. The aim of our study is to assess self efficacy, social anxiety, coping skills and environment effect of social participation in adult blind individuals and individuals with low vision. Between 18 to 65 years, 50 adult with low vision (study group), 50 blind people (study group) and 50 adult who have vision (control group) were included in the study. Personal factors were evaluated with Sociodemographic Characteristics Information Form. Assessment of self efficacy with General Self Efficacy Scale, assessment of level of coping and coping style with Ways of Coping Questionnaire, assessment of social anxiety with the Liebowitz Social Anxiety Scale, assessment of environment with Residential Environment Impact Scale – Short Form (REIS-SF) and assessment of level of social participation limitation with the Participation Scale were used. Semi-structured interviews were conducted with participants. Self efficacy, level of coping skills and level of environmental sufficiency in blind individuals were lower than other groups ($p<.05$). Levels of self efficacy between low vision and blind people statistically significant difference was found in favor of low vision people ($p<.05$). Participation restrictions between people with low vision and sighted peer significant difference was found in favor of sighted adults ($p<.001$). Participation restrictions between blind people and sighted peer significant difference was found in favor of sighted adults ($p<.001$). Level of social anxiety and social participation restriction in adult blind people were higher than the other groups ($p<.05$). According to our study results, vision loss effects self efficacy, coping skills, social anxiety and situation of social participation in adult individuals. Lower self efficacy, coping skills limitation and social anxiety which caused to participation restriction should assessment person centered and plan intervention programs in accord with occupational therapy models.

Key words: low vision, blind, participation, occupational therapy

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

| | |
|---|-----|
| ONAY SAYFASI | iii |
| TEŞEKKÜR..... | iv |
| ÖZET..... | v |
| ABSTRACT | vi |
| İÇİNDEKİLER | vii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR..... | x |
| TABLolar | xi |
| ŞEKİLLER..... | xii |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 4 |
| 2.1. GÖRME DUYUSUNUN ÖNEMİ..... | 4 |
| 2.2. GÖRME KAYBINA NEDEN OLAN BAZI PROBLEMLER | 5 |
| 2.2.1. Optik Nöropati | 5 |
| 2.2.2. Behçet Hastalığı | 5 |
| 2.2.3. Nörofibromatozis | 5 |
| 2.2.4. Glokom..... | 6 |
| 2.2.5. Albinizm..... | 6 |
| 2.2.6. Katarakt | 7 |
| 2.2.7. Retinitis pigmentosa..... | 7 |
| 2.2.8. Retina Dekolmanı..... | 8 |
| 2.2.9. Optik Atrofi..... | 8 |
| 2.2.10. Tümörler..... | 9 |
| 2.3. GÖRME FONKSİYONUNUN SINIFLANDIRILMASI..... | 9 |
| 2.4. AZ GÖRME VE KÖRLÜĞÜN EPİDEMİYOLOJİSİ | 12 |

| | |
|--|----|
| 2.5. GÖRME YETERSİZLİĞİNİN ETKİLEYEBİLECEĞİ PERFORMANS ALANLARI..... | 14 |
| 2.6. İŞLEVSELLİK, YETİYİTİMİ VE SAĞLIĞIN ULUSLARARASI SINIFLANDIRILMASI (ICF)..... | 18 |
| 2.6.1. Fonksiyon ve Özürlülük..... | 19 |
| 2.6.2. Bağlamsal Faktörler | 19 |
| 2.7. ERGOTERAPİ – GÖRME KAYIPLARINDA ERGOTERAPİSTİN ROLÜ | 20 |
| 2.8. ÖZ YETERLİLİK TANIMI VE DEĞERLENDİRMESİ..... | 26 |
| 2.9. BAŞ ETME BECERİLERİ TANIMI VE DEĞERLENDİRMESİ..... | 29 |
| 2.10. ANKSİYETE / SOSYAL KAYGI TANIMI VE DEĞERLENDİRMESİ..... | 31 |
| 2.11. ÇEVRE TANIMI VE DEĞERLENDİRMESİ | 35 |
| 2.11.1. Türkiye’de Engellilikle ilgili Politikalar, Fiziksel ve Sosyal Çevre | 37 |
| 2.12. KATILIM / TOPLUMSAL KATILIM TANIMI VE DEĞERLENDİRMESİ..... | 42 |
| 3. BİREYLER VE YÖNTEM..... | 46 |
| 3.1. BİREYLER | 46 |
| 3.1.1. Çalışma Grubu | 46 |
| 3.1.2. Kontrol Grubu | 47 |
| 3.2. YÖNTEM..... | 47 |
| 3.3. DEĞERLENDİRME..... | 47 |
| 3.3.1. Kişisel Faktörlerin Değerlendirilmesi | 47 |
| 3.3.2. Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi | 47 |
| 3.3.3. Baş Etme Becerilerinin Değerlendirilmesi..... | 48 |
| 3.3.4. Sosyal Kaygının Değerlendirilmesi | 50 |
| 3.3.5. Çevrenin Değerlendirilmesi | 50 |
| 3.3.6. Katılımın Değerlendirilmesi | 51 |
| 3.3.7. Yarı Yapılandırılmış Görüşme..... | 52 |

| | |
|--|----|
| 3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ | 52 |
| 4. BULGULAR..... | 53 |
| 4.1. SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR | 53 |
| 4.2. ÖZ YETERLİLİK DEĞERLENDİRME BULGULARI | 56 |
| 4.3. BAŞ ETME BECERİLERİ DEĞERLENDİRME BULGULARI..... | 56 |
| 4.4. SOSYAL KAYGI DEĞERLENDİRME BULGULARI | 57 |
| 4.5. ÇEVRE DEĞERLENDİRME BULGULARI..... | 58 |
| 4.6. TOPLUMSAL KATILIM DEĞERLENDİRME BULGULARI..... | 59 |
| 4.7. KORELASYON ANALİZİ SONUÇLARI..... | 60 |
| 4.7.1. Katılım Kısıtlılığı ile Öğrenim Durumu, Öz Yeterlilik, Baş Etme Yolları, Sosyal Kaygı ve Çevre Arasındaki İlişki | 60 |
| 5. TARTIŞMA | 63 |
| 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER | 78 |
| KAYNAKLAR | 81 |
| EKLER..... | 95 |
| EK 1. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU | |
| EK 2. ÖZYETERLİLİK ÖLÇEĞİ | |
| EK 3. BAŞETME YOLLARI ÖLÇEĞİ | |
| EK 4. LIEBOWITZ SOSYAL ANKSİYETE ÖLÇEĞİ | |
| EK 5. YAŞAMA ORTAMI ETKİ ANKETİ: KISA FORM (REIS-SF) (U.K. VERSİYONU) | |
| EK 6. KATILIM ÖLÇEĞİ | |
| EK 7. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU | |
| EK 8. ETİK KURUL DEĞERLENDİRME RAPORU | |

SİMGELER VE KISALTMALAR

| | |
|---------|---|
| AOTA | : American Occupational Therapy Association |
| BEYÖ | : Baş Etme Yolları Ölçeği |
| BM | : Birleşmiş Milletler |
| CMOP | : Canadian Model of Occupational Performance |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| EGYA | : Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri |
| GYA | : Günlük Yaşam Aktivitesi |
| ICF | : International Classification of Functioning |
| LSAÖ | : Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği |
| MOHO | : Model of Human Occupation |
| n | : Olgu sayısı |
| p | : İstatistiksel yanılma düzeyi |
| PEO | : Person Environment Occupation |
| r | : Korelasyon katsayısı |
| REIS-SF | : Residential Environment Impact Scale-Short Form |
| SPSS | : Statistical Package for Social Sciences |
| TÖA | : Türkiye Özürülüler Araştırması |
| z | : Mann Whitney U Testi istatistiksel z değeri |

TABLOLAR

| | <u>Sayfa No:</u> |
|---|-------------------------|
| Tablo 2.1. Görme Fonksiyonunun Sınıflandırılması..... | 12 |
| Tablo 4.1. Grupların yaş ortalaması..... | 53 |
| Tablo 4.2. Grupların öğrenim durumu..... | 54 |
| Tablo 4.3. Grupların öğrenim durumlarının karşılaştırılması..... | 54 |
| Tablo 4.4. Grupların gelir düzeyi..... | 54 |
| Tablo 4.5. Grupların mesleki durumları..... | 55 |
| Tablo 4.6. Gruplara göre aldıkları tıbbi tanılarının dağılımları..... | 55 |
| Tablo 4.7. Grupların öz yeterlilik puan ortalamaları..... | 56 |
| Tablo 4.8. Grupların öz yeterlilik düzeylerinin karşılaştırılması..... | 56 |
| Tablo 4.9. Grupların baş etme becerileri puan ortalamaları..... | 57 |
| Tablo 4.10. Grupların baş etme becerileri düzeylerinin karşılaştırılması..... | 57 |
| Tablo 4.11. Grupların sosyal kaygı puan ortalamaları..... | 58 |
| Tablo 4.12. Grupların sosyal kaygı düzeylerinin karşılaştırılması..... | 58 |
| Tablo 4.13. Grupların yaşama ortamı etki ölçeği puan ortalamaları..... | 59 |
| Tablo 4.14. Grupların yaşama ortamı etki ölçeği düzeylerinin karşılaştırılması..... | 59 |
| Tablo 4.15. Grupların katılım ölçeği puan ortalamaları..... | 59 |
| Tablo 4.16. Grupların katılım ölçeği düzeylerinin karşılaştırılması..... | 60 |
| Tablo 4.17. Katılım kısıtlılığı ile öğrenim durumu arasındaki ilişki..... | 60 |
| Tablo 4.18. Katılım kısıtlılığı ile öz yeterlilik arasındaki ilişki..... | 60 |
| Tablo 4.19. Katılım kısıtlılığı ile baş etme yolları düzeyleri arasındaki ilişki..... | 61 |
| Tablo 4.20. Katılım kısıtlılığı ile sosyal kaygı arasındaki ilişki..... | 61 |
| Tablo 4.21. Katılım kısıtlılığı ile çevre arasındaki ilişki..... | 62 |

ŞEKİLLER

| | |
|--|----|
| Şekil 2.1. Quebec Modeli'ne göre çevresel faktörlerin sınıflandırılması..... | 36 |
|--|----|

1. GİRİŞ

Türkiye Özürlüler Araştırması'na göre görme engelli, tek veya iki gözünde tam veya kısmı görme kaybı veya bozukluğu olan kişidir (1). Az gören ise standart retreaktif düzeltmelerden sonra görme fonksiyonundaki bozukluğu devam eden ve görme keskinliği 6/18 (20/60) den az olan ancak bir işi planlamak ve yerine getirmek için görmeyi kullanılabilen kişidir (2). Görmede yetersizlik ya da hiç olmaması, günlük yaşam aktiviteleri performansını etkilediği için pek çok kişi yaptığı işi bırakmak ya da yaşadığı ortamı değiştirmek durumunda kalabilir. Bu gibi durumlar da kişinin yaşadığı psikososyal değişiklikler bireyin yaşamını doğrudan etkiler (3-5).

Son yıllarda birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de sosyal beceriler ve bu becerilerin öğretimi önemli bir konu olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Sosyal beceriler kişilerin çevreleri ile etkileşimini ve uyumunu doğrudan ilgilendiren becerilerdir. Bu becerilerdeki sınırlılıklar, kişilerin akran ilişkilerini geliştirmede sınırlılığa, akademik alanlarda başarıyı yakalayamamalarına ve yetişkinlik hayatında çevresinde bulunan kişilere bağımlı olarak yaşamalarına yol açmaktadır. Sosyal beceriler, özellikle görme gibi yetersizlikten etkilenmiş bireyler için daha da önemli becerilerdir. Çünkü sosyal becerilerdeki sınırlılıklar yetersizlikten etkilenmiş olanların tipik ölçütü olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, görme yetersizliğinden etkilenmiş olan kişinin sosyal becerilerinin değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Kişilik özellikleri olarak görme engellilerde; kaygı, aşağılık duygusu, güvensizlik, zorluklar karşısında paniğe kapılma, gözetlenme korkusu, düşme, çarpma endişesi gibi daha sık olabileceği düşünülen özellikler gibi bireysel farklılıklar da mevcuttur. Dolayısıyla, bu mevcut niteliklerin kör ve az gören bireylerin benlik gelişimlerinde ve toplumsal katılımlarında etkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu bilgiler ışığında, kör ve az gören bireylerde öz yeterlilik, baş etme becerileri ve sosyal kaygı konuları, irdelenmesi gereken bir sorun haline gelmektedir. Özyeterlilik,

kişinin çevresinde olup bitenler üzerinde etkili olabilecek biçimde bir edimi başlatıp sonuç almaya kadar sürdürebileceğine olan inancı olarak tanımlanmıştır. Baş etme ise, bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanabilir. Başetme becerisi düşük olan bireylerde sosyal kaygı ve soyutlanma davranışı oldukça sık gözlemlenen durumlardandır. Sosyal kaygı, diğer insanlar tarafından olumsuz değerlendirilme korkusu ile karakterizedir (6-10).

Sosyal beceriler, uyumsal davranışları etkilemektedir. Sosyal beceri düzeyinin yüksek olması günlük yaşam gerekliliklerini yerine getirmeye, kişinin kendisi ve başkaları için katılım ve sorumluluk gerektiren durumla başa çıkma davranışları gösterebilmesine katkı sağlar (8). Görme kaybı psikososyal değişimlerle birlikte kişinin günlük ve toplumsal yaşama katılımında kısıtlılıklara neden olur. ICF' e göre katılım toplumsal yaşam içerisinde yer almaktır ve katılım boyutunda, bireyin sosyal çevresinde, yaşam alanında gerekli alışkanlık ve faaliyetlere katılımı değerlendirilir (11-13). Genel olarak görme engelli kişi yakın çevresi (evi, sokağı, işe gittiği yolu) hakkında iyi bir duyu oryantasyonuna sahiptir. Fakat dünyanın geri kalanı için büyük oranda dış yardıma bağlıdır. Bu nedenle kör ve az gören bireylerin çevrelerinin de değerlendirilmesi kişiye uygun düzen sağlanması için gereklidir (14). Ergoterapi kör ve az görenlerde değerlendirme sırasında, kişisel ve çevresel faktörleri analiz eder. Bu analiz ve uygulamalar yapılırken, kullanılan ergoterapi modellerinden biri de Kişi Aktivite Modeli'dir (Model of Human Occupation – MOHO) (15).

Literatürde, kör ve az gören bireylerin psikososyal özellikleri konusunda yapılan araştırmaların azlığı dikkat çekmektedir. Bu sebeple çalışmamızda MOHO'ya bağlı olarak kör ve az gören bireylerde öz yeterlilik, sosyal kaygı, başetme becerileri ve çevrenin toplumsal katılımlarına olan etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamız için hedeflediğimiz hipotezlerimiz şunlardır;

1. Kör ve az gören bireylerin öz yeterlilikleri ile gören yaşlılarının öz yeterlilikleri arasında fark yoktur.
2. Kör ve az gören bireylerin baş etme becerileri ile gören yaşlılarının baş etme becerileri arasında fark yoktur.
3. Kör ve az gören bireylerin sosyal kaygı ve kaçınma düzeyleri ile gören yaşlılarının sosyal kaygı ve kaçınma düzeyleri arasında fark yoktur.
4. Kör ve az gören bireylerin çevreyi yeterli bulma düzeyleri ile gören yaşlılarının çevreyi yeterli bulma düzeyleri arasında fark yoktur.
5. Kör ve az gören bireylerin toplumsal katılım düzeyleri ile gören yaşlılarının toplumsal katılım düzeyleri arasında fark yoktur.
6. Kör ve az gören erişkin bireylerin toplumsal katılımı ile öz yeterlilikleri arasında bir ilişki yoktur.
7. Kör ve az gören erişkin bireylerin toplumsal katılımı ile baş etme seviyeleri arasında bir ilişki yoktur.
8. Kör ve az gören bireylerin toplumsal katılım ile sosyal kaygı ve kaçınma düzeyleri arasında bir ilişki yoktur.
9. Kör ve az gören erişkin bireylerin toplumsal katılımına çevrenin etkisi yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. GÖRME DUYUSUNUN ÖNEMİ

Görme duyusu, sağladığı zengin duyu girdilerinden dolayı insan hayatında oldukça önemlidir. İnsan yaşamı boyunca edindiği bilgilerin yaklaşık %80'ini görme duyusu ile sağlar. Öğrenmemizde işitme duyusu %11, koku %4, taktil duyusu %2 ve tat duyusu %1 oranında rol oynar (16). Görme duyusu ile ışık, biçim, boyut, uzaklık, renk ve konum ile varlıkların uzayda pozisyonları ve birbirleriyle ilişkileri algılanır. Görme duyusunda bir bozukluk olmadığında, birey tüm öğrenmelerinde öncelikle görme yetisini kullanır. Üç yaşa kadar yaşanan olaylar, insanlar ve nesnelere hakkındaki bilgilerin birçoğu görme duyusu kullanılarak sağlanır. Görme duyusunun çevreden kolaylıkla, aralıksız, çeşitli ve zengin uyaran sağlaması onu diğer duylardan farklı kılmaktadır (17).

Erken çocukluk dönemindeki gelişimde, özellikle görme duyusundan sağlanan uyaranlar bebeklerin tüm gelişim alanlarında önemli rol oynamaktadır. Bebeklik ve çocukluk döneminde görme duyusu;

- Hareket için bir başlangıç oluşturur.
- Çevre ile sürekli ilişkide olmayı sağlar.
- Yer tahminine yardımcı olur.
- Denetim ve eş güdümü uyarır.
- Düzgün ve sıralı hareket için geri bildirim verir.
- Harekete başlamadan zihinde planlanmasına katkı sağlar.
- Motor becerilerin gelişiminde model oluşturacak veriyi sağlar.
- Vücut imajının oluşmasına yardımcı olur.

- Dokunma ve iletişim için motivasyonu destekler.
- Bilişsel ve kavram gelişiminde önemli rol oynar (17).

Tüm bu kazanımlar bireyin erişkinlik dönemindeki davranışlarını biçimlendirir.

2.2. GÖRME KAYBINA NEDEN OLAN BAZI PROBLEMLER

2.2.1. Optik Nöropati

Optik sinirin intraorbital, intrakanaliküler veya intrakranial alanda basıya maruz kalmasıdır. Optik sinir tümörü, apopleksi, tiroid ile ilişkili oftalmopati durumlarında görülebilir. Yavaş ilerleyen görme kaybı, azalmış renkli görme, görme alanı bozukluğu olabilir. Yavaş ilerleyen görme kaybı sürekli bir kaygıya sebep olabilir. Optik nöropati yaşayan bireylerin stres ve kaygı düzeyleri artabilir (18).

2.2.2. Behçet Hastalığı

Behçet hastalığının etiyolojisinde genetik yatkınlık, otoimmünite, viral ve bakteriyel infeksiyonlar suçlanmakla birlikte, etiyolojik etkenleri tam olarak açıklığa kavuşturulamamıştır. Hastalığa bağlı lezyonların patolojisinde ise vaskülit ve perivasküler inflamasyon sorumlu tutulmaktadır. Hastaların %70-85'inde iskemik optik nöropati, vaskülit ile birlikte retinal ven oklüzyonlarını içeren ocular tutulum meydana gelir. Behçet hastalığı sistemik bir rahatsızlık olması sebebiyle görmeye ilişkin ek problemlerin de olması kişilerin psikososyal durumlarını etkiler (19, 20).

2.2.3. Nörofibromatozis

Nörofibromatozis (NF), genetik geçişli heterojen bir hastalıktır. Klinik olarak birkaç ayrı tipte hastalık tanımlanmıştır. Hastaların yaklaşık %85'i NF tip

1 (NF1)'dir.1 NF1, nedeni bilinmeyen nörokutanöz bir hastalıktır. Olguların yarısı otozomal dominant geçişli, yarısı ise mutasyoneldir. 2500-3000 doğumda bir izlenen hastalıktan 17q11.2 genindeki defekt sorumlu tutulmuştur. NF1'de deri tutulumu geneldir. Kardinal bulguları; nörofibromlar, 'cafe au lait' lekeleri, aksiller-inguinal çillenme ve iris hamartomlarıdır. Sistemik olarak optik sinir gliomu, santral sinir sisteminde diğer glial tümörler, osseöz lezyonlar ve endokrin anomaliler izlenebilir (21).

2.2.4. Glokom

Yaşlanmaya bağlı olarak kolesterol türevlerinin depolanması sonucunda, kornea çevresinde ortaya çıkan, halka biçiminde ya da yarım daire şeklinde beyazımsı bir oluşumdur. Gençlerde ise lipid metabolizmasındaki değişimlere bağlı olarak gelişir. Halk arasındaki adı 'perde'dir. Gözün iç basıncının artmasına bağlı olarak ortaya çıkan, kronik ve sürekli ilerleyen göz rahatsızlığıdır. Göziçi sıvısının yeterli boşalamamasına bağlı olarak göz içinde basınç yükselir ve yükselen göziçi basıncı da görmeyi sağlayan göz siniri hücrelerinin beslenmesini engeller. Göz siniri hücreleri yükselen göziçi basıncı nedeniyle hasar görerek yavaş yavaş öldükçe çevreden merkeze doğru görme kaybı ortaya çıkar. Hücrelerin tümü öldüğü zaman kalıcı total görme kaybı oluşur. (22). Glokom hastalarında görmenin giderek kaybedilmesi ve estetik kaygıların olması sebebiyle depresyon ve kaygı oldukça sık olarak görülmektedir. Bu nedenle glokom hastalarının psikososyal yönden değerlendirilmesi önemlidir (23).

2.2.5. Albinizm

Dünyada 10.000'de bir görülen genetik bir hastalıktır. Melanin pigmentinin eksikliği sonucunda ortaya çıkar. Göz rengi pembedir ve ışığa aşırı duyarlılık söz konusudur. Gözler genellikle astigmattır. Strabismus, nistagmus ve diğer görme problemleri eşlik edebilir. Albinizimli kişi görmek için gözlerini kısmak, başını eğik

tutmak veya nesnelere gözüne çok yakın tutmak durumunda kalabilir. Görüşü artırmak için yardımcı cihazlar kullanabilir. Bu yüzden kişi hem fiziksel görünüş hemde günlük hayata uyum sağlama zorluğundan dolayı kendini dışlanmış hissedebilir (22).

2.2.6. Katarakt

Gözün renkli kısmı olan irisin hemen arkasında yer alan, gözün doğal lensi, göz merceğinin matlaşmasıdır. Göz merceğinin görevi, dışarıdan gelen ışınları dönüştürmek ve retina üzerine yansıtmaktır. Katarakt oluştuğunda, göz merceği giderek matlaşma eğilimi gösterir ve ışığı geçirmekte güçlük çeker. Görme giderek bulanıklaşır. İlerleyen aşamalarda görme yeteneği tümden kaybedilebilir. Katarakt hastalarında açık ve keskin görüş gerektiren aktiviteler olumsuz yönde etkilenir. Fakat zamanla durumun kötüleşmesi; kişinin okuma, araba kullanma, aile bireylerinin yüzünü net görme, yemek pişirme, dikiş dikme ya da net görüş gerektiren herhangi bir aktivitedeki yeteneğini etkileyebilir. Kişinin yaşamındaki bu gibi etkilenimler bireyin psikososyal durumunu olumsuz etkileyebilir (22).

2.2.7. Retinitis pigmentosa

Hücre ölümü durana kadar devam eder. Retinal distrofi hastalık grubu içinde incelenir. Genetik bir hastalıktır. Küçük yaşlarda fazla belirgin olmayan hastalık yaş ilerledikçe kendini iyice göstermeye başlar. Rod ve kon adı verilen reseptör hücrelerin tutulduğu bir reseptör distrofisi söz konusudur. Rod distrofisinde periferik görme bozulmuştur. Gece körlüğü ön plandadır. Hasta bir borudan bakıyormuş gibi görür. Buna Tunnel Vision denir. Kon distrofisinde merkezi görme bozulmuştur. Gündüz görüşü de etkilenir. Bu nedenle kişilerin yaşamı, bağımsızlığının azalması nedeniyle doğrudan etkilenir (24).

2.2.8. Retina Dekolmanı

Sensoriyel retinanın subretinal aralığa (embriyonik intraretinal boşluğa yada optik ventrikule) sıvı dolmasıyla retina pigment epitelinden ayrılması olayıdır. Birçok nedene bağlı olabilir; primer olarak oluşabileceği gibi konjenital bozukluklar, vasküler hastalıklar, metabolik olaylar, travmatik değişiklikler önemli sebeplerdir. Ayrıca son yıllarda yoğun olarak uygulanan refraktif cerrahi yöntemi laser in situ keratomileusis (LASIK), ender olarak da olsa retina dekolmanı oluşumu nedenleri arasında sayılmaya başlanmıştır. Retina dekolmanı gelişen hastalar başlangıçta ışık çakmaları, oval-yuvarlak şekiller ve örümcek ağı şeklinde görüntüler görme, siyah veya kırmızı renkte yağın noktalar ve nihayet dekole yani ayrılmış retina bölgesine uyan görme alanı kaybı tarif ederler. Dekolmanın tipine, yerine ve süresine göre belirtilerin şiddeti farklılaşabilir (25).

2.2.9. Optik Atrofi

Anterior görme sistemindeki aksonların dejenerasyonuna neden olan sebeplere bağlı optik sinir kaybını ifade eder. Optik atrofi retinal ganglion hücreleri ve lateral genikulat cismin arasındaki aksonların hasarına bağlı patolojik sürecin son basamağıdır. Optik atrofi bir hastalık değildir, hastalığın morfolajik devamıdır. Sıklıkla retina, kiazma ve optik traktus hastalıklarının bir sonucudur. Bundan dolayı anterior görme sisteminin herhangi bir noktasındaki hasar ya da hastalık durumunda optik sinir liflerinin herhangi bir şekilde hasarı optik atrofi ile sonuçlanır. Optik atrofi, akson kaybı ve disk solukluğu ile alakalı olan fonksiyon kaybıyla karakterizedir. Sık nedenleri optik sinir ya da kiazmaya travma ya da bunların tümöre bağlı kompresyonu, yaygın multipl skleroz gibi demiyelizan hastalıklar, hidrosefali, idyopatik retrobulber nörit, Leber ve diğer herediter optik atrofiler, toksik ambliyopi (kronik retrobulber nörit), sifilizdeki tabes dorsalis, vitamin B eksikliği, pituiter tümördür (22).

2.2.10. Tümörler

Göz tümörlerinden bening olanlar arasında dermoid kistler, kan kistleri gibi çeşitli türde kistler, çeşitli yerlerde yerleşen benler, skuamöz hücreli papillom, başta konjonktiva olmak üzere gözün çeşitli dokularının melanizisi sayılabilir. Dermoid kistlerin yüzeysel olanları çoğu kez göz çukurunun üst-dış ya da üst-iç kısmında yerleşir, derin olanları ise göz çukurunun derinlerine yerleşir. Malign tümörler arasında ise göz kapaklarında cilt dokusundan kaynaklanan bazal hücreli karsinom ve skuamöz hücreli karsinom, gözyaşı bezlerinden kaynaklanan sebace bez karsinomu, pigment hücrelerinden kaynaklanan, yetişkinlerde doğrudan gözde başlayan en yaygın tümörlerden olan malign melanom, kaposi sarkomu, çocukluk çağının en yaygın tümörü olan retinoblastom, göz sinirlerinden kaynaklanan tümörler ve başka yerlerdeki tümörlerden göze sıçrayan tümörler sayılabilir (22).

2.3. GÖRME FONKSİYONUNUN SINIFLANDIRILMASI

2001 yılında, İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması'nda (ICF);

- Bozukluk kavramı yerine beden yapı ve fonksiyonları,
- Özürlülük yerine aktivite sınırlılığı,
- Engellilik yerine katılım kısıtlılıkları kavramları yer almıştır.

Birleşmiş Milletler (BM), İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde özürlüyü; “normal kişinin, kişisel ya da sosyal yaşantısında kendi kendine yapması gereken işleri, bedensel ve ruhsal kabiliyetlerindeki kalıtımsal ya da sonradan olma noksanlık sonucu yapamayan kişi” şeklinde tanımlamıştır. BM tarafından engelli birey ise “yaşama eşit katılım fırsatlarında azalma ya da kısıtlanma,” başka deyişle “çevre ile engellinin karşı karşıya kalması” olarak tanımlanmıştır (26).

Görme kaybı, görmedeki herhangi bir tipteki ve derecedeki değişiklikleri ifade etmek için kullanılan bir terimdir. Görsel alan değişikliklerinde olduğu gibi görme keskinliği azalmasını ifade etmek için de uygundur. Görmenin az derecede yitirilmesinde olduğu gibi görmenin tamamen kaybedilmesi durumunda da kullanılmaktadır (1).

Görme engelli, Türkiye Özürlüler Araştırması'na (TÖA) göre, tek veya iki gözünde tam veya kısmi görme kaybı veya bozukluğu olan kişidir (1).

Fonksiyonel görme, Günlük Yaşam Aktivitelerini (GYA) yeterli bir şekilde ortaya koymak için gerekli olan görsel becerileri ifade eder (27,28).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), total görme kaybına körlük teriminin kullanılmasını önerir. Yasal olarak körlük ise tüm düzeltmelere rağmen olağan görme gücünün 1/10'ine yani 20/200'lik görme keskinliğine ya da daha azına sahip olma ya da görme alanının yirmi derecelik açıyı aşmaması olarak tanımlanır.

Az gören ise standart retreaktif düzeltmelerden sonra görme fonksiyonundaki bozukluğu devam eden ve görme keskinliği 6/18 (20/60) den az olan ancak bir işi planlamak ve yerine getirmek için görmeyi kullanılabilen kişidir (2).

Görme fonksiyonlarını sınıflandırmak için Dünya Sağlık Örgütü Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması'nda ICD 9. versiyonu temel kaynaktır. Bu kaynağa göre görme fonksiyonu temel olarak normal görme, az görme ve körlük şeklinde sınıflandırılır (Tablo 2.1) :

Normal Görme: Görme keskinliğinin 20/12.5, 20/16, 20/20, 20/25 aralığında yer almasıdır. Standart düzeyi 20/20 oranıdır. 80 cm ile 160 cm aralığındaki mesafeden gazete baskısını okuyabilme becerisidir. Standart uzaklık olarak 1m mesafe referans alınır.

Yakın-Normal Görme: Görme keskinliğinin 20/32, 20/40, 20/50, 20/63 aralığında yer almasıdır. Bir gazete yazısını okuma mesafe aralığı 32 ile 63 cm' dir. Yakın-normal görme seviyesindeki bir kişinin okuma hızı normaldir fakat okuma mesafesi kısalmıştır.

Orta Az Görme: Görme keskinliği 20/80, 20/100, 20/125, 20/160 aralığındadır. Bu aralıkta görme düzeyine sahip kişilerin okuma mesafesi 12.5 ile 25 cm aralığındadır. Okuyabilmeleri için düşük güçteki büyüteçler veya yazıların büyük baskılı olmaları gerekmektedir.

Şiddetli Az Görme: Görme keskinliği 20/200, 20/250, 20/320, 20/400 aralığındadır. Şiddetli az gören bireylerde görsel mobilite normalden yavaştır ve okuyabilmek için yüksek güçteki büyüteçler kullanırlar. Okuma uzaklığı 5 ile 10 cm aralığındadır.

Çok Şiddetli Az Görme: Görme keskinliğinin 20/200, 20/630, 20/800, 20/1000 aralığında olmasıdır. Görsel okuma kısıtlıdır. Okuma mesafesi 4 cm ile 2 cm arasına kadar düşmüştür. Okuma için büyüteçler kullanılsa da serbest zamanlarda konuşan kitaplar tercih edilebilir. Engelleri fark edebilmek için baston kullanımı gerekebilir.

Yakın-Körlük: Görme keskinliğinin 20/1250, 20/1600, 20/2000 aralığında olmasıdır. Görsel okuma mümkün değildir. Braille ya da görsel olmayan diğer kaynaklar kullanılabilir. Görsel oryantasyon güvenilir değildir. Baston, işitsel uyarılar, rehber köpek gibi diğer yardımcılarından faydalanılması gerekir.

Körlük: Kesinlikle ışık algısının olmadığı durumları ifade eder (28-30).

Tablo 2.1. Görme Fonksiyonunun Sınıflandırılması

| ICD-9-CM DSÖ/ICO Sınıflandırması | Görsel Keskinliği | Yazı Algılama Uzaklığı | Okuma Becerisi | Oryantasyon ve Mobilite (O+M) |
|----------------------------------|-------------------|------------------------|---|--|
| (Yakın) Normal Görme | 20/12 | 160 cm | Okuma hızı ve okuma uzaklığı normal | Normal görsel oryantasyon ve normal görsel beceriler |
| | 20/16 | 125 cm | | |
| | 20/20 | 100 cm | | |
| | 20/25 | 80 cm | | |
| Normal Görme | 20/32 | 63cm | Okuma hızı normal, okuma mesafesinde azalma | Normal O+M performansı |
| | 20/40 | 50cm | | |
| | 20/50 | 40cm | | |
| | 20/63 | 32cm | | |
| Orta Az Görme | 20/80 | 25 cm | Düşük güçte büyüteçler ya da büyük baskılı yazılar yardımıyla | Normale yakın performans |
| | 20/100 | 20 cm | | |
| | 20/125 | 16 cm | | |
| | 20/160 | 12.5cm | | |
| Az Görme | 20/200 | 10 cm | Yüksek güçteki büyüteçler yardımıyla | Görsel mobilite normalden yavaş |
| | 20/250 | 8 cm | | |
| | 20/300 | 6.3 cm | | |
| | 20/400 | 5 cm | | |
| Çok Şiddetli Az Görme | 20/500 | 4 cm | Okumaya yönelik hedefler sınırdadır | Engelleri fark etmek için baston kullanmak zorunda |
| | 20/600 | 3.2 cm | | |
| | 20/800 | 2.5 cm | | |
| | 20/1000 | 2 cm | | |
| (Yakın) Körlük | 20/1250 | Daha az | Görsel okuma yok Braille ya da görsel olmayan yöntemler | Görsel oryantasyon güvenilir değildir. |
| | 20/1600 | | | |
| | 20/2000 | | | |
| Körlük | 0.0 | | | |

Colenbrander, A. 2002, 2003

2.4. AZ GÖRME VE KÖRLÜĞÜN EPİDEMİYOLOJİSİ

Az görme ve körlüğün prevalansı ve öncelikli nedenleri, toplumların sosyoekonomik düzeyine göre değişir. Sosyo-ekonomik durum yalnızca az görme ve körlük prevalansını değil, ayrıca kalıcı görme kaybına neden olan göz hastalıklarını da etkiler. Gelişmiş ülkelerde görme kayıpları, yaşa bağlı makula dejenerasyonu ve diyabetik retinopati gibi önlenemeyen veya tedavi edilemeyen hastalıklarla oluşur. Gelişmekte olan ülkelerde ise öncelikli neden birinci basamak sağlık hizmetlerinin

yetersizliği (beslenme bozukluğu, kseroftalmi, enfeksiyon: trahom, onkoserkiazis gibi); katarakt cerrahisinde göz sağlığı hizmetlerinin yetersizliği ve özellikle temel göz sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegrasyonundaki sorunlarla ilgilidir (31).

Dünya genelinde görme bozukluğu olan 161 milyondan fazla kişi vardır. Bu kişiler arasında 124 milyonu az gören, 34 milyon kişi ise kördür (31). Türkiye Özürlüler Araştırması'na göre (1), “görme özürlü”ler nüfusun %0.60'sını oluşturmaktadır. Aynı çalışmaya göre “bir gözün az, diğer gözün hiç görmemesi” ve “her iki gözün de az görmesi” şeklinde sınıflanan az gören olma ihtimali yüksek olan kişiler, görme engellilerin yaklaşık %40'ını (sırasıyla %18.06, ile %21.12) oluşturmakta ve az gören sınıfında sayılabilecek bu kişilerin ülkemizdeki sayısı da yaklaşık olarak 165 bin olarak hesaplanmaktadır.

Ülkemiz Diyarbakır ve Mardin illerinde 8571 kişi arasında yapılan bir çalışmaya göre (32), DSÖ kriterlerine göre görme yetersizliği (0.3 ve daha az görme keskinliği) %1.9; az görme (0.3 – 0.05 arasında görme keskinliği) oranı ise %1.4 olarak tahmin edilmiştir. Körlük nedenleri arasında katarakt (%50), kornea opasitesi (%15), glokom (%12), ftizis (%6) ve optik atrofi (%6); az görme nedenleri arasında da katarakt (%52), refraksiyon kusuru ise %26 oranlarında bulunmakta olduğu saptanmıştır.

Ceyhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, göz hastalıkları nedeniyle özür oranı almış olan 415 kişinin, 153'unun kadın, 262'sinin erkek olduğu belirlenmiştir. Bu kişilerin 1 - 87 yaş aralığında bulunduğu ve ortalama yaşın 41,8 yıl olduğu saptanmıştır. Tüm araştırma grubundaki görme sistemi işlev bozukluğu özür oranı ortalaması %41,7 olarak hesaplanmıştır. En sık rastlanan görme kaybı nedenleri makulopati (%13,9), evissere/ftizik gözler (%12,0), ambliyopi (%11,0) ve optik sinir hastalıkları (%10,6) olarak saptanmıştır (33).

2.5. GÖRME YETERSİZLİĞİNİN ETKİLEYEBİLECEĞİ PERFORMANS ALANLARI

Az görme ya da görme kaybı kişinin günlük yaşamındaki fonksiyonları yerine getirme becerilerini gözlenebilir derecede etkileyebileceğinden az görme ya da görme kaybı engelliliğin anlamlı bir sebebi haline gelir (34). Görme bozukluğu olan bireyler yaşamları boyunca hareketsizliğe eğimli olup daha az fiziksel aktiviteyi gerçekleştirmektedirler (35). Longmuir, görme bozukluğu olan çocuklar için günlük fiziksel aktivite seviyesini anlamlı olarak düşük olduğunu ve bu çocukların hareketsizlik için yüksek risk grubunda olduğunu rapor etmiştir (36). Houwen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da görme engelli çocukların gören yaşlılarına göre anlamlı olarak daha az toplam fiziksel aktivite seviyesine sahip olduğu görülmüştür (37). Uysal ve Akı (38)'nin görme engelli çocukların mobilite düzeylerini incelediği çalışmada da gören çocukların mobilite düzeylerinin az gören ve total kör çocuklardan anlamlı olarak daha iyi olduğu görülmüştür.

Görme bozukluğu olan bireyler gören yaşlıları ile karşılaştırıldıklarında günlük aktivitelerini yerine getirebilmek için daha fazla enerjiye ihtiyaç duyarlar. Bu sebeple fiziksel uygunluklarının daha iyi olmasına gerek vardır. Buna ek olarak görme seviyesi, motor öğrenme, oyunlarda etkileşim becerisi ve uzaysal durumun algılanması gibi pek çok önemli alanı da etkiler (35).

Görme engeli olan ergen, ergenlik döneminin özgül zorlukları yanında fiziksel engelinin yarattığı zorluklarla da karşılaşmaktadır. Wong ve arkadaşları, 11-18 yaş arasında 1.249 ergenle yaptıkları çalışmada, görme engelinin yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmış, psikososyal ve okul işlevselliği düzeylerinin görme engeli olan ergenlerde, gören ergenlere oranla anlamlı olarak düşük, genel yaşam kalitesi düzeyinin ise benzer olduğunu bildirmişlerdir (39). 86 tam ve kısmi görme kaybı olan çocuk ve ergenle yapılan bir çalışmada, görme engeli olan çocuk ve ergenlerin %57'sinin uyum bozukluğu, davranış bozukluğu ve kişilik bozukluğu tanıları içerir psikiyatrik bozukluklar sergilediklerini bildirmişlerdir (34).

West ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre fonksiyon bozukluğu görme kaybı oranından etkilenmektedir. Görme keskinliğinin 20/200 ve daha az olması ile mobilite kayıpları meydana gelmektedir (40).

Berger ve Porell'in yaptıkları çalışmada GYA ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerinin (EGYA) her ikisindeki bozukluğun görmenin azalması ile ilişkili olduğunu saptamışlardır (41). Bu çalışmaya benzer şekilde bu alandaki çalışmalarda görme bozukluğunun derecesi ile yüz tanıma, okuma gibi EYGA performansı arasında kuvvetli ilişki olduğunu göstermektedir (34, 42, 43).

Görme yetersizliği alanında yapılan çalışmalarda, görme yetersizliğinin bireyin gelişimi üzerinde, bireyin deneyimlerinin çeşitliliği ve kapsamında sınırlılıklar yaratması, çevreyi denetleme ve çevre hakkında bilgi sahibi olma yeteneğinde sınırlılık ve kendisi ile bunlar arasında ilişki kurmada sınırlılık oluşturduğunu ifade etmektedir.

Görme duyusundaki yoksunluktan dolayı birey çevresindekilerle ilişkilerini ve öğrenmelerini geriye kalan duyuları ile sağlamak zorunda kalacağı için deneyimlerinin çeşitliliği az ve kapsamı sınırlıdır. Görme yetersizliği olan çocukların çevreyi denetlemekle ilgili sınırlılığı iç ve dış mekanlarda bağımsızlığı kısıtlar. Bu kısıtlılıklar bireyin erişkin döneminde de belirgin biçimde aktivite bağımsızlığını etkilemektedir.

Görme engellilerin gelişim özelliklerini özetleyecek olursak dört alanda gruplandırabiliriz.

1. Motor Gelişim: Görme engellilerin motor gelişimi ve doğuştan sahip oldukları motor becerileri, görenlerden farklılık göstermemektedir. Bununla beraber, görme bozukluğu olanlar, bozukluğunun derecesine bağlı olarak hareket etme ve keşif becerilerini faaliyete geçiremeyebilirler.
2. Dil Gelişimi: Görme engeli bireyde dil gelişimini etkilememektedir. Aksine görme bozukluğu olan bireyler daha çok konuşma eğilimindedirler.

Konuşurken tek tonda ve yüksek sesle konuşurlar; konuşmalarını yaparlarken jest ve mimikleri kullanmada çok yetersizlerdir.

3. Bilişsel Gelişim / Zihinsel Gelişim: Bilişsel yeterlilik bakımından görenlerden farkları yoktur. Ancak bilişsel beceriyi kullanmada zorluk çekmektedirler. Çünkü görenler birçok unsuru organize edip görsel unsurları ile birlikte bütünleştirebilmektedir. Bu unsurları kolayca beyinlerine kodlayabilmektedir. Görme bozukluğu olanlarda çocukluk döneminden başlayarak söz konusu durum olmadığı için bilgilerin kodlanmasında sınırlılıklar oluşur. Kodlama öncelikle dokunma-işitme, sonra koku alma yoluyla gerçekleşmektedir.
4. Sosyal Gelişim: Göz kontağı kuramama, görememe durumuna bağlı olarak korkma, tedirgin olma davranışları sergileyebilmektedirler. İnsanlarla iletişim kurmanın ilk basmağını, göz teması kurma oluşturur. Gülümseme, kaşları çatma, esneme gibi mimikler bireylere karşısındakinin dikkat, ilgi ve anlayışı hakkında bilgi verir (17).

Özçelik'in yaptığı bir çalışmada ise 7-11 yaş arası gören ve görme engelli öğrencilere temizlik, yemek, giyinme, kişisel özerklik, dışarıda kendini yönetme, sosyal yaşam, öğretmen-görevli, yaşlılarla ilişkiler gibi alt parametreleri bulunan Psiko-sosyal Gelişim Ölçeği uygulanmıştır. Gören öğrencilerin psiko-sosyal gelişim toplam puan ortalamaları görme engelli öğrencilere göre ölçeğin tüm alt parametrelerinde daha yüksek bulunmuştur (44).

Görme bozukluğu olan genç bireylerde sosyal alanlarda defisitler bulunmaktadır. Bunun nedenlerinden biri de görme kaybı olan çocukların sosyal davranışlarını geliştirmek için yaşlılarını izleme ve taklit etme gibi fırsatlara sahip olmamalarıdır (35).

Sadece gelişimsel zorluklar değil aynı zamanda fiziksel engelli olmanın da zorluğunu yaşayan görme engelli bireyler için gençlik dönemi önemli derecede kaygıya sebep olabilir. Yapılan çalışmalarda göstermiştir ki görme bozukluğu olan çocukların ve gençlerin büyüme ve gelişmeleri süresince artmış dezavantaj ve

zorluklar bulunmaktadır. Görme bozukluğu olan çocuklar ve gençler çoğunlukla aile üyeleriyle sınırlı kalan küçük sosyal çevreye sahiptirler ve yaşlarına göre sosyal olarak daha izole dirler (45).

Huurro ve Aro'nun yaptıkları çalışmalarda görme bozukluğu olan gençlerin psikososyal gelişimleri ile gören yaşlılarının psikososyal gelişimleri arasında; psikososyal iyilik hallerinde (distres semptomları, öz güven ve depresyon), akademik başarılarında, aile ortamında ve sosyal ilişkilerde (arkadaş edinme, sosyal ağın genişliği, yalnızlık hissi, sosyal beceriler) farklılıklar olduğu ortaya çıkmıştır (45).

Görme engelli bireyin sosyal gelişimi toplumun yapısı ile yakından ilgilidir. Eğer toplumun görme engelliye olan bakışı tepkide bulunma, dışlama yönünde ise görme engelli bireyde soyutlanma, kaçınma davranışları ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca görme engelli bireylerde yapılan çalışmalarda gösterilen mesleki fonksiyonun, mobilitenin ve ekonomik bağımsızlığın bozulması da bu kaçınma ve depresyon davranışlarına birer etkendir (46).

Görme engeli olan çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda psikopatolojide artış bildiren çalışmalar yanında, depresyon (45) ve yaşam kalitesinin (39) gören yaşlıları ile benzer olduğunu bildiren çalışmalarda bulunmaktadır. Huure ve Aro (45) görme engeli olan 54 ergenle yaptıkları araştırmada görme engeli olan ergenlerin, gören yaşlılarıyla karşılaştırıldığında, sosyal alanda daha fazla sorun yaşadıklarını, ama depresyon düzeyleri açısından iki grup arasında farklılık olmadığını bildirmişlerdir.

Nitel çalışmalarda görme kaybına karşı endişe, üzüntü, sosyal tecrit gibi emosyonel cevaplar oluştuğu da söylenmektedir. Bu duygusal yanıtların ortaya çıkması da görme bozukluğu olan bireylerde katılım kısıtlılıklarına sebep olmaktadır (47).

Az gören ya da görme engelli bireyler psikolojik ve sosyal olarak zorluklarla karşılaşır. Bozukluk ve psikopatolojik hastalıklar arasında doğrudan bir ilişki olmadığı için göz ile ilgili durumların heterojen yapısı ile aile yaşamı, eğitim, sosyal ve ekonomik durumlardaki zorlukların kişiye özgü ve kişinin deneyimlerine bağlı

olduğu vurgulanır. Görme kaybının ya da bozukluğunun başlangıç yaşı da kişinin psikososyal gelişiminde anlamlı etkiye sahiptir. Görüşmeye dayalı yapılan çalışmalarda, doğuştan kör olanların kendilerini görmesini sonradan kaybetmiş olan bireylere göre daha şanslı hissettikleri görülmüştür. Bunun nedeni, doğuştan görme engeli olanların görülen şeyler hakkında bir fikre sahip olmadıkları için herhangi bir kayıp hissi de yaşamamış olmalarıdır. Doğuştan görme kaybı olan bireylerin sonradan görme kaybı yaşamış olan bireylere göre görme kaybına gösterdikleri uyum da farklıdır. Doğuştan görme kaybında durum otomatik olarak kabullenilir. Sonradan görme kaybı yaşamış bireylerin uyum dönemlerine ise sıklıkla psikolojik travma ve depresyon eşlik eder. Yaşanılan travma genellikle kişiyi, ailesini ve ikisi arasında gerekli olan iletişimi etkiler (48, 49). Sonradan görme kaybı yaşayan bireyler çevre ile iletişimde, fiziksel bütünlük, mobilitayı içeren temel becerilerde ve kalan duyulara güven duygusundaki kayıplar nedeniyle kendilerini psikolojik olarak güvensiz hissederler. Ayrıca görsel ipuçlarından alınan bilgisel süreçte ve yazılı, sözlü iletişimdeki kolaylığın değişmesi nedeniyle iletişimde; serbest zaman, kariyer, mesleki hedef ve iş fırsatları ile ilgili ortaya çıkan ya da artan sorunlar nedeniyle mesleki ya da ekonomik durum ile ilgili kayıp yaşantılarının da olması sonradan görme kaybı yaşayan bireylerin psikososyal durumları üzerinde etkisi büyüktür (50,51).

Katılım kavramı, DSÖ tarafından Fonksiyonun, Engelliliğin ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırmasını geliştirmesinden beri daha önemli hale gelmiştir.

2.6. İŞLEVSELLİK, YETİYİTİMİ VE SAĞLIĞIN ULUSLARARASI SINIFLANDIRILMASI (ICF)

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) olarak bilinen İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması 2001 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanmıştır. ICF'te kişilerin fonksiyonelliği ve kısıtlılığı ile ilgili durumları tanımlanır.

ICF, her biri iki bileşeni içeren iki bölümden oluşur.

2.6.1. Fonksiyon ve Özürlülük

a) Vücut fonksiyon ve yapıları: Vücut fonksiyonları (*body functions*), vücut sistemlerinin fizyolojik işlevleridir (psikolojik işlevler de dahildir), **vücut yapıları** (*body structures*) ise organ, kol ve bacaklar ve diğer bölümleri gibi vücudun anatomik bölümleridir. **Bozukluklar** (*impairments*), vücut işlevleri veya yapısında önemli bir kayıp ya da aykırılık gibi sorunlardır.

b) Aktivite ve katılım: Aktivite (*activity*), birey tarafından bir eylem ya da görevin yerine getirilmesidir. **Katılım** (*participation*), yaşamın içinde olmaktır yani bir yaşam durumuna, sosyal hayata dahil olmayı ifade etmektedir. **Aktivite limitasyonu** (*activity limitation*), kişinin, etkinliklerini yerine getirirken yaşayabileceği zorluklarıdır. **Katılımın kısıtlanması** (*participation restriction*), kişinin yaşam durumlarına yani sosyal hayata dahil olmada karşılaşılabileceği sorunlardır (13).

2.6.2. Bağlamsal Faktörler

ICF’de kişisel ve çevresel faktörler, bağlamsal etmenler olarak yer almış ve vücut fonksiyon ve yapıları, aktivite ve katılım ile etkileşimi gösterilmiştir.

a) Çevresel faktörler; insanların yaşadığı ve yaşamlarını kurduğu fiziksel, sosyal ve düşünsel çevreyi oluşturur. Bu faktörler kişinin dışında yer alır ve toplumun bir üyesi olarak kişinin performansı üzerinde pozitif veya negatif bir etkisi olabilir, hareket ya da görevlerini yerine getirme kapasitesini etkileyebilir veya kişinin vücut işlevleri ya da yapısı üzerinde etkileri olabilir.

Çevresel faktörler, iki düzeye odaklanacak biçimde düzenlenmiştir:

- Bireysel; ev, iş yeri ve okul gibi kişinin yakın çevresini kapsar. Bu düzey, kişinin yüz yüze geldiği çevrenin, aile, akrabalar, arkadaşlar ve yabancılarla da doğrudan ilişkiye girdiği ortamın fiziksel ve maddi özelliklerini içerir.

- Toplumsal; resmi ve gayri resmi sosyal yapılar, kişinin üzerinde etkisi olabilecek topluluk veya toplum hizmetleri, sistem bağlarını içerir. Bu düzey, iş çevresi, toplum etkinlikleri, devlet daireleri, iletişim ve taşımacılık hizmetleri ve gayri resmi sosyal ağların yanı sıra kanunlar, yönetmelikler, resmi ve gayri resmi kurallar, tutum ve ideolojileri de içerir (13).

Çevresel etmenler Vücut işlevleri ve Yapılar, Etkinlikler ve Katılım bileşenleriyle etkileşim içindedir. Yeti yitimi, kişinin sağlık koşulları ile kişisel etmenler, ve kişinin yaşadığı şartları oluşturan dışsal etmenler arasındaki karmaşık ilişkinin sonucu olarak nitelendirilir. Bu ilişkiden dolayı, farklı çevrelerin herhangi bir sağlık koşuluna sahip kişi üzerinde farklı etkileri olabilir. Engelleri olan veya kolaylaştırıcı unsurları bulunmayan bir çevre kişinin performansını kısıtlayabilir; çok daha kolaylaştırıcı çevreler performansı arttırabilir. Ya engeller yaratarak (örneğin, ulaşılabilen binalar) ya da kolaylaştırıcı unsurları sağlamayarak (örneğin, yardımcı araçların bulunmaması) toplum, kişinin performansını engelleyebilir.

b) Kişisel faktörler; Kişinin yaşamı, cinsiyet, ırk, yaş, yaşam biçimi, alışkanlıklar, yetiştirilme, baş etme biçimi, sosyal geçmiş, eğitim, meslek, şimdiki ve geçmiş deneyimler, tüm davranış örüntüleri ve karakter yapısı, psikolojik beceriler ve diğer etmenleri içerir (13).

2.7. ERGOTERAPİ – GÖRME KAYIPLARINDA ERGOTERAPİSTİN ROLÜ

Ergoterapi aktivite aracılığıyla sağlığı ve iyilik halini geliştirmeye odaklı bir sağlık mesleğidir (52). Ergoterapistler, hastalık, engellilik ve çevresel engeller nedeniyle günlük aktivitelere katılım problemi ya da riski olan kişilerle çalışır. Görme engelli bireylerin becerilerini korumak ve restore etmek için çeşitli sağlık profesyonellerinin iş birliği gerekir. Ergoterapistler de müdahalede bulunan multidisipliner rehabilitasyon takımının özel üyeleridir.

Ergoterapistler, kişinin yaşamında amaçladığı ve ona anlam katan günlük yaşam aktivitelerine kişinin katılımını sağlamaya odaklanırlar. Ergoterapinin amacı,

kişinin yapmaya ihtiyaç duyduğu ya da yapmak istediği aktivite ve rollere katılımını yani aktivite performansını arttırmaktır. Bundan dolayı ergoterapi programlarının sonuç değerlendirmeleri, aktivite performansında düzelme veya aktivite katılımından kaynaklanan memnuniyete odaklanılır (53).

2008 yılında AOTA'nın yayınladığı Ergoterapi Uygulamaları Çerçevesi'ne göre ergoterapinin çalışma alanı vatandaşlara aktivite aracılığıyla günlük yaşama katılmasını sağlamak ve sağlığı kazandırmaktır. Aktivite performansı, kişilerin performans alanlarındaki aktiviteleri kişi, aktivite ve çevre ilişkisi içinde gerçekleştirebilmesidir. Aktivite performans alanları günlük yaşam aktiviteleri (GYA), enstrümental günlük yaşam aktiviteleri (EGYA), uyku ve dinlenme, eğitim, iş, oyun ve sosyal katılımıdır. Dünya genelinde aktivite performansının bu alanları kendine bakım (GYA, EGYA, uyku, dinlenme), üretkenlik (eğitim, iş, gönüllü iş) ve boş zaman (boş zaman, oyun, sosyal katılım) olarak sınıflandırılır (54).

Ergoterapistler dünya çapında DSÖ tarafından geliştirilen ICF'i artan bir şekilde kullanmaktadırlar. ICF sağlık durumları, sağlık ve iyilik hali arasındaki ilişkiye odaklanır. AOTA'nın yayınladığı Ergoterapi Uygulamaları Çerçevesi ise ergoterapinin aktivite performansı, sağlık ve katılım üzerindeki etkisini ifade etmek için geliştirilmiştir. Aktivite performansı, fiziksel faktörler (aktiviteyi başarmak için gerekli olan kas iskelet yeteneği, eklem hareket aralığı), kognitif nörolojik faktörler (başarı ve memnuniyetle günlük aktiviteleri gerçekleştirmek için kognitif, duyu, algısal ve nörolojik bilginin işlenmesi), psiko-emosyonel faktörler (aktiviteye yardım eden veya engel oluşturan duygu ve düşünceler), sosyo-kültürel faktörler (sosyal olarak yapılandırılmış davranışlar, inanışlar, roller, beklentiler) ve çevresel faktörler (fiziksel çevre – doğal ve yapısal çevre, güvenlik, erişebilirlik; sosyal çevre - sosyal özellikleri ilişkiler, sosyal değerler, akademik başarı; kültürel ve kurumsal çevre – etnik, ırk, törensel rutinler, uygulamalar ve politikalar) tarafından belirlenir. ICF te ergoterapi konsepti ile uyumlu olarak kişi, sosyal ve çevresel faktörler arasındaki etkileşimi yansıtır. Aktivite performansı ve ICF'te tanımlanan katılım kavramları arasındaki benzerlik te oldukça uyumludur; katılım yaşam durumlarının içinde olmak olarak tanımlanırken, aktivite performansı, katılım için gerekli olan eylemlerin zaman içindeki deneyimi ve aktiviteyi gerçekleştirme olarak tanımlanır (52,55,56).

Sağlık problemlerini hem bireysel hem de sosyal alanda değerlendiren ICF, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve her türlü toplum araştırmalarında kullanılabilirliği gibi, “Sağlık ve Engellilik” konusunda bilgi edinmek, sosyal engelleri yok etmek ve topluma katılımı sağlamak üzere yapılacak çalışmalarda da kullanılabilir (13).

ICF modelinde önemle belirtilen toplumsal katılım, kişisel ve çevresel faktörler ergoterapinin tüm modelleri için temel oluşturmaktadır. Kullanılmakta olan ergoterapi modellerinde (*Kişi Çevre Aktivite Modeli (PEO)*, *Model of Human Occupation (MOHO)*, *Kanada Aktivite Performans Modeli (CMOP)*) aktivite performansı kişi, aktivite ve çevre arasındaki ilişki ile açıklanmaktadır (52, 57, 58). Ergoterapi Uygulama Çerçevesi’nde, katılımın kişilerin fiziksel, psiko-emosyonel veya kognitif becerileri; aktivitenin özellikleri veya fiziksel, kültürel, sosyal, davranışsal ve kurumsal çevre tarafından desteklendiği ya da kısıtlandığı vurgulanır (52). Bu nedenle ergoterapi araştırmaları kişi, çevre ve toplumsal katılım arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi hedefler (53).

Kişi aktivite modeli (MOHO), Reilly’in *Occupational Davranış Modeli*’nden etkilenilerek geliştirilmiştir ve diğer disiplinlerden teoriler içerir. Bu interdisipliner temel, antropoloji; sosyoloji; psikoloji, çevresel ve sosyal psikoloji ve Von Bertalanffy tarafından tanımlanmış olan sistemler teorisini kapsar. MOHO’nun şimdiki versiyonu dinamik sistemler teorisine dayalıdır ve dört ilke içerir. Bu ilkeler aşağıda gösterilmiştir.

MOHO’yu Destekleyen İlkeler

- İnsan, her biri birbiri ile bağlı olan ve çevre ile etkileşim içinde olan değişken elementlerden oluşur.
- Kişi ve onun çevresindeki elementler arasındaki dinamik etkileşim ile düşünme, hissetme ve yapma ortaya çıkar.
- Disfonksiyon, kişinin içsel ve dışsal durumlarının etkileşimlerinin bir sonucudur.

- Fonksiyon, hatalı elementin iyileştirilmesi ya da kişideki diğer element veya çevresel modifikasyon tarafından kompanse edilmesi ile geliştirilebilir.

MOHO' nun anahtar temelleri, sağlık ve iyilik hali, kişi ve çevre arasındaki sürekli olan karşılıklı etkileşime bağlıdır ilkesini de destekler (59, 60).

MOHO, kişiyi kendini yeniden düzenleyebilme ya da düzenlenebilme kapasitesine sahip, açık bir sistem olarak görür. İnsan açık sistemi çıktı, geri bildirim, girdi ve verimliliği içeren döngüsel süreç olarak tanımlar. İnsan çevreye çıktı verir, çevreden girdi şeklinde geri bildirim ve verimlilik deneyimleri alır. Sistemler teorisini takiben üç içsel alt sistemde verimlilik meydana gelir. Bunlar: alışkanlık, performans kapasitesi ve irade ile ilgili alt sistemleridir.

Alışkanlık alt sistemi, günlük rutinlerin çoğunu düzenleyen davranış paternlerinde aktivite davranışı organize eder. Bu paternler fiziksel, sosyal ve temporal dünyanın ritimleri ve gelenekleri ile kişileri bütünleştirir. Bu sistemin *roller* ve *alışkanlıklar* olmak üzere iki bileşeni vardır. *Alışkanlıklar* kişinin görevlerini yerine getirmesinin tipik yolları ya da rutinlerdir. *Rol*, davranışlar ve hareketlerin birleşimi ile ilişkili ve sorumluluklar ile beklentilerin eşlik ettiği sosyal grup içindeki pozisyon ya da durumdur. Fonksiyonel bireyler genellikle çeşitli yaşam rollerini içselleştirirler, kabul ederler ve hayatlarını sürdürmek için ihtiyaç duyulan dengeyi başarmada rolleri gerçekleştirmeyi gerekli bulurlar (61, 62).

Performans kapasitesi alt sisteminde performans kapasitesi bir şeyleri yapabilme becerisidir. Bu alt sistem amaçlı aktiviteleri gerçekleştirmek için gerekli olan hem objektif hem de subjektif kişi faktörlerini içerir. Bileşenler ya da temel beceriler kas-iskelet, kardiyopulmoner, nörolojik ve kognitif yansımaları içerir. Becerilerin üç tipi subjektif deneyimin parçası olarak tanımlanır. Bunlar: algısal-motor, işleme, iletişim/etkileşim becerileridir.

Algısal ve işleme becerilerine dikkat, planlama, organizasyon, sıralama, problem çözme ve baş etme becerilerini; motor becerilere mobilite, denge, endurans, koordinasyon ve kuvveti örnek verebiliriz.

Etkileşim ve iletişim becerileri de göz teması, beden dili, yüz mimikleri, bilgi aktarımı, sözel ifadeler, diğer kişilere saygı ve farkındalığı içerir. Performansın içsel kısmı “performans kapasitesi” ve dış parçası ise “aktivite performansı” olarak adlandırılır. Kişinin performansı, insan açık sisteminin çıktısı ile ilişkili olduğu için *katılım* olarak isimlendirilir. *Aktivite katılımı* kişinin iyilik halini edinmesi için gerekli olan ve sosyokültürel durumun bir parçası olan iş, oyun ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmeyi ifade eder. Bir işte tam ya da yarı zamanlı çalışmak, okula devam etmek, rutin olarak bir hobi ile meşgul olmak, bir kulübe ya da organizasyona katılmak aktivite katılımına birer örnektir. Aktivite katılımı kişinin motivasyonu ve motor kapasitesi gibi bireysel faktörlerden etkilendiği gibi çevresel ve kültürel durumlardan da etkilenir (61-63).

Çevre MOHO'nun hayati bir parçasıdır çünkü bireyin sağlık ve adaptasyonu bu ilişkiye bağlıdır. MOHO ilk olarak çevrenin aktivite davranışına etkisini fırsatlar, kaynaklar, talepler ve kısıtlılıklar olarak tanımlar. İkinci olarak, çevreyi fiziksel, sosyal ve aktiviteye özel ortamlar olarak tanımlar.

Fiziksel çevre, doğal ve el yapımı alanları ve nesnelerin bu alanlarda bulunmasını içerir. Sosyal çevre, sosyal grupları ve aktivite formlarını içerir. Sosyal gruplar düzenli olarak bir araya gelir ve görüşürler. Kendi içindeki bireylere aktivite rolleri tanımlanır ve bu rolleri birbirlerine devredebilirler. Aktivite formu, Nelson'a göre daha sonraki kişi performansını ortaya koyan, rehberlik eden ya da yapılandıran ve önceden var olan yapıdır. Kielhofner aktivite formlarını “bir amaç için kültürel olarak bilinen, tanınmış, ortaklaşa bilgi birikimini doğrulayan, ahenkli ve uyumlu, kurallara bağlı hareketler dizisi” olarak tanımlamıştır. Aktivite davranışı pek çok insan için tanınmış olan fiziksel ve sosyal çevrenin birleşimi ile kurulur (61).

İrade ile ilgili alt sistem, kişinin kendindeki ve kendi değerlerindeki inancı muhafaza eder, kişinin aktivite seçiminde ve aktivite davranışını başlatmadaki etkisini ortaya koyar. İrade ile ilgili süreç tahmin etme, deneyimleme, seçim ve aktivite davranışını yorumlamayı içerir. Bu alt sistemin üç ana komponenti vardır. Bunlar: *kişisel nedensellik, değerler ve ilgilerdir*. *Kişisel nedensellik* kişinin kendine olan inancını ifade eder ve yeterlilik duygusu ile ilişkilidir. *Kişisel nedensellik*, bir

faaliyeti gerçekleştirirken o faaliyet üzerindeki kişisel etkenlik duygusudur. Sağlıklı bireylerin ihtiyaç duyulan gerekli becerilere (kişisel kapasite algısı) ve çevreleri üzerinde gerekli etkiye sahip olmak için becerilerini kullanabilme yeteneklerine olan inanca yani *öz yeterliliğe* sahip oldukları düşünülmektedir. Kendi umutlarına inanan bir kişi kendi becerilerini kullanarak başarıya erişir. Kişisel nedensellik duygusundan yoksun bir kişi ise olayların kader tarafından ya da dış şartlar tarafından yönetildiğini hisseder. Böyle bir kişi hastalık ve engellilikten kaynaklanan fonksiyonel problemlerin çözümüyle baş etmede kendini çaresiz ve zayıf hisseder. Yani irade ile ilgili alt sistem, kişinin aktivite formlarını nasıl deneyimleneceğini, hareket ve deneyimleri nasıl yorumlanacağını etkiler. Ayrıca yetersizliğin, zorlukların üstesinden gelme ya da düzenleyebilmenin herhangi bir sürecinde merkezi rol oynar (61, 62).

MOHO'da *değerler* aktivitelerin anlamlılığını ifade eder. Bireylerin moral olarak iyi olmak için anlamlı aktiviteler yaparak vakit harcadıkları düşünülür.

Bu modelde *ilgiler*, ilgi çekici ve hoş aktiviteleri bulmak için eğilimler olarak tanımlanır. Aktivite ile uğraşılırken duyulan eğlence ve memnuniyet olarak ta isimlendirilebilir. İlgiler iş, oyun, kendine bakım aktiviteleri ile ilişkilidir ancak rekreasyonel uğraşlarla sınırlı değildir.

Kişisel nedensellikte, ilgiler ve değerler ile ilişkili düşünceler ve hisler bir aktiviteyi yapmak için kişinin iradesel uyumu ile kesişir. Bu düşünceler dinamik ve süregelen aktivite katılımında beklenti, tercih, deneyim ve yorumlama ile ilişkili iradesel süreci oluşturur. İradesel süreç boyunca birey:

- Aktivite ile uğraşmanın nasıl olabileceğini tahmin eder.
- İlgiler, değerler ya da kontrol duygusuna dayalı aktiviteye başlamayı ya da bitirmeyi tercih eder.
- Tatmin olma ya da kaygı gibi çeşitli şekillerde deneyimler yaşar.
- Aktiviteyi ya da deneyim duygusunu yorumlar.

İradesel süreç, kişinin gelecekteki aktivite uğraşlarını şekillendirir. (61-63).

2.8. ÖZ YETERLİLİK TANIMI VE DEĞERLENDİRMESİ

Öz yeterlilik inancı, Bandura tarafından geliştirilen ve bireylerin sahip oldukları bilgi ve becerileri etkin biçimde kullanabilmeleri için öncelikle, ilgili alanda kendi yeterliliklerine güven duymaları gerektiğini öne süren, ilkelerinden biri insanların kendileri hakkında düşünme, yargıda bulunma ve kendilerini yansıtmaya kapasitesine sahip olmaları olan sosyal öğrenme kuramına dayanır ve bu kuramın temelini oluşturan kavramlardan birini ifade eder (64, 65).

Öz yeterlilik, kişinin çevresinde olup bitenler üzerinde etkili olabilecek biçimde bir edimi başlatıp sonuç alınca kadar sürdürebileceğine olan inancı olarak tanımlanmıştır (66). Blazer'a göre (66) bireylerin motivasyonları, olaylardan etkilenme durumları ve hareketleri, gerçek olandan çok neye inandıklarına bağlıdır. Bu noktada, öz yeterlik düzeyinin kavranması, bireylerin sahip oldukları yetenek ve bilgilerle neler yapabileceklerinin belirlenmesine yardımcı olur. Öz yeterlilik, bireylerin nasıl hissettiklerini, düşündüklerini, kendilerini motive ettiklerini ve davrandıklarını belirlemektedir.

Bandura, bireylerin bir işi gerçekleştirme ve başarmasına ilişkin farklı beklentilerinin olabileceği üzerinde durmuştur. Yeterlik inançları, öz yeterlik beklentisi ve sonuç beklenti olmak üzere iki farklı yapıdan oluşmaktadır. Öz yeterlik beklentisi, bireylerin verilen bir görevin gerçekleşmesine yönelik olarak yeteneklerine ilişkin inançlarını kapsarken, sonuç beklentisi bireylerin davranışlarının sonuçları ile ilgili yargılarını içerir. Bu yargılar hangi davranışların hangi sonuçlara yol açacağına ilişkin bireyin algılarını kapsar (67).

Öz yeterlik inancını belirleyen dört temel kaynak bulunmaktadır. Bu kaynaklar bireylerin kendi öğrenme deneyimleri ile elde ettiği bilgiler, başka kişilerin başarılı ya da başarısız uygulamalarına ilişkin gözlemler, başarabileceğine ya da başaramayacağına ilişkin toplumun etkisi ve görevi başarma ya da başarısız olma beklentisine ilişkin psikolojik durumdur. (66). Görevin gerekliliklerini başarılı olarak tamamlayıp tamamlayamayacağını destekleyen gerçek kanıt sağladığı için bireylerin kendi öğrenme deneyimleri ile elde ettiği bilgiler en etkili kaynak olarak değerlendirilir. Başarılı deneyimler öz yeterliliği geliştirmeye yönelik hizmet eder.

Başka kişilerin başarılı ya da başarısız uygulamalarına ilişkin deneyimler, özellikler insanların kendi kapasitelerinden kuşku duyduğu durumlarda öz yeterlilik duygusunu doğrudan ve kuvvetli biçimde etkileyebilir. Toplum tarafından olumlu-olumsuz yorumlar ve geri bildirimler de öz yeterliliği etkiler. Psikolojik durumlar ve kalp ritminin artması, aşırı terleme, sinirlilik, yorgunluk ve kaygı gibi ruhsal durumlar öz yeterliliği etkileyebilir (68). Kazalar, kayıplar, boşanma, hastalık gibi kritik olayların sonucu olan psikolojik krizler kişiliğin gelişiminde, psikososyal fonksiyonda ve iyi olma halinde büyük etkiye sahiptir. Anksiyete ve fobik bozukluklar insanları sıkıntıya sokan en yaygın formlardır. Pek çok kişi utangaçlık olarak görülen sosyal anksiyete sıkıntısı yaşamıştır. Sosyal kaygı yaşayan bireyler aşırı şekilde diğer insanların onlar hakkında ne düşündükleriyle ilgilenme eğilimindedirler. Bunun sonucu olarak birçok sosyal aktiviteden kaçınırlar, kendilerini isteksizce ifade ederler ve sosyal etkileşimde bulunmaktan çok rahatsız olurlar. Sosyal kaygısı olan bireyler sosyal yeterliliklerinin olmadığına inanırlar (67). Yalnız öz yeterlilik inancı yüksek olan kişiler çevresel taleplere ve kontrol edilmesi zor olaylara karşı kendi kapasitelerine güvenirlir (69).

Bireyler bir görevi başarmak için gereken yeteneğin ve denetim gücünün kendilerinde olduğuna inanırlarsa, görevi tercih etmek için daha istekli olurlar, kararlılıklarını ve gereken davranışları ortaya koyarlar (70, 71).

Öz yeterlilik inancı, insanların düşünce biçimlerini ve duygusal tepkilerini de etkilemektedir. Yüksek düzeyde öz yeterliğe sahip bireyler, zorluk seviyesi yüksek olan çalışmalarla muhatap olduklarında daha rahat ve verimli olabilirler. Düşük öz yeterlilik inancına sahip olanlar ise yapacakları çalışmaların olduğundan daha zor olduğuna inanırlar. Böyle bir düşünce; kaygıyı ve stresi arttırırken; kişinin bakış açısını daraltır. Ayrıca öz yeterlilik, bireylerin kendilerine zor ve gerçekçi hedefler seçmelerini ve bu hedeflere daha fazla bağlılık göstermelerini sağlayarak, bireylerin kişisel performanslarını olumlu yönde etkilemektedir (72-75).

Bandura'ya göre öz yeterlilik, insanların sıkıntılı hallerle nasıl baş edeceğine karar vererek psikolojik fonksiyon üzerinde anlamlı etkiye sahiptir. Yüksek öz

yeterliliğe sahip bireyler uygun baş etme yollarını tercih ederler ve daha az psikolojik sıkıntı yaşarlar (76).

Engelli bireyler sıklıkla uygun yeterlilik hissini sürdürmenin zor ve karmaşık olduğu hissini yaşarlar. Çoğunlukla gelecek ile ilgili umutları ve gerçekçi olmayan beklentileri arasında iyi bir denge kurmak zorundadırlar. Engelli bireylerin öz yeterlilik düzeyleri yüksek ise karşılaştıkları stresli yaşam durumları karşısında bu dengeyi sağlamak onlar için daha kolaydır (77).

Öz yeterlilik inancı literatürde birçok farklı bağlamda (yazma öz yeterliliği, akademik öz yeterlilik, genel öz yeterlilik gibi) ele alınabilmektedir (78, 79). Bu çalışmada genel öz yeterlilik, yani “kişinin her durumda karşılaşılabileceği bir dizi stresli durumla baş etmede, değişmesi güç bir yetkinliğine olan inancı” ele alınacaktır. Söz konusu tercihin temel nedeni, kişilerin her alanda karşılarına çıkacak problemlerle baş edebileceklerine inanıyor olmalarının, toplumsal katılımlarına olumlu şekilde etki edeceği düşüncesine dayanmaktadır.

Öz yeterlilik düzeyi değerlendirilirken kullanılacak ölçekler vardır. Bunlardan biri Sherer ve arkadaşları tarafından 1982 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği 1999 yılında Gözüm ve Aksayan tarafından yapılmış ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.81, test-tekrar test güvenilirliği 0.92 olarak bulunan Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ) dir (80, 81). Ayrıca Yıldırım ve İlhan, 2010 yılında Sherer ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilen Genel Özyeterlilik Ölçeği’ni revize ederek Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapmışlardır. Bu çalışmada ölçeğin Türkçe formunun güvenilirliği (Cronbach alfa=0,80), iki yarım güvenilirliği, (0,77), test-tekrar-test güvenilirliği (Pearson r=0,69) literatürde ki çalışmalarla benzer düzeyde bulunmuştur (82).

Jerusalem ve Schwarzer tarafından 1981 yılında geliştirilmiş olan “Genel Öz Yeterlilik Ölçeği”nin ise (General Perceived Self-Efficacy Scale - GSE) Türkçeye çevirisi Yeşilay (83) tarafından yapılmıştır. 2005 yılında, Tayfur tarafından yapılan bir araştırma sonucunda ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu (Cronbach Alfa=0,88) belirlenmiştir (84).

2.9. BAŞ ETME BECERİLERİ TANIMI VE DEĞERLENDİRMESİ

Baş etme, bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanabilir (85).

Ruhsal rahatsızlıklar yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkileyerek çeşitli alanlarda yeti yitimine neden olurlar. Bireyin kendisinden beklenen psikolojik, fiziksel ve sosyal işlevlerini yerine getirememesi, kişinin kendi kültürü ve değerler sistemi içinde hastalığın olumsuz sonuçlarını en aza indirmek ya da tümüyle başa çıkmak için bir takım başa çıkma becerileri geliştirmesi ile sonuçlanır. Yetersizlik ile baş etme tutumları özgül bilişsel, duygusal ve davranışsal çabaları içerir (85). Baş etme yolları ile ilgili bir model geliştiren Lazarus ve Folkman, başa çıkmayı "stresli olay ya da durumların yol açtığı duygusal gerilimi azaltma, yok etme ya da bu gerilime dayanma amacıyla gösterilen bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkilerin bütünü" şeklinde tanımlamışlardır. Bu modele göre başa çıkma, kişinin iç ve dış taleplere karşı gösterdiği başarılı ya da başarısız tüm çabaları kapsar. Belli bir stres durumuyla başa çıkmada kullanılan yolların başarılı olup olmadığı ancak uyum üzerindeki etkilerine göre belirlenebilir. Başa çıkma modeline göre başa çıkma davranışlarının rahatsızlık yaratan kaynağı ortadan kaldırmak ya da azaltmak, stres yaratan durumla ilgili değerlendirmeleri değiştirmek ve rahatsızlığa yol açan duyguları düzenlemek gibi amaçları vardır (86).

Genel olarak baş etme becerilerini sorun çözmeye yönelik olanlar ve emosyon odaklı olanlar şeklinde ikiye ayırmak mümkündür. Bunlardan ilki sorunun ana kaynağına ilişkin baş etme becerilerini, ikincisi ise ana kaynağın yol açtığı duygusal etkiyle baş etme becerilerini içerir. Soruna odaklanan başa çıkma yolları, durumu değiştirmeye yönelik aktif, mantıklı, serinkanlı, bilinçli çabaları içerirken, duygulara odaklı başa çıkma yolları genellikle uzaklaşma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama, kabullenme gibi davranışları içermektedir. Bir başka şekilde, baş etme becerilerini aktif ve pasif olan tutumlar şeklinde tanımlamak mümkündür. Aktif olanlar stresörün kendisinin değiştirilmesini ya da ortadan kaldırılmasını hedefleyen davranışsal ya da psikolojik yanıtları, pasif olanlar ise stresörlerden uzaklaştıran

davranışları içerir. Örneğin kişi tarafından "değişebilir" olarak algılanan durumlarda bilgi toplama, sorun çözme, karar verme, harekete geçme gibi doğrudan soruna yönelik baş etme yolları daha etkili olurken, "değişemez" olarak algılanan durumlarda kabul etme, inkar, uzlaşmaya çalışmak gibi duygulara yönelik baş etme yollarına başvurmak daha yararlı olur. Ancak genellikle bir durumla başa çıkmak için mümkün olan her yolu birlikte kullanmak en faydalısıdır (85, 87).

Schnider ve arkadaşları, lise öğrencilerinin katılımı ile yaptıkları çalışmada duygusal odaklı baş etme becerisini aktif duygusal odaklı ve çekingen duygusal odaklı baş etme becerileri olarak ikiye ayırmışlardır ve çekingen duygusal odaklı baş etme becerileri ile travma sonrası stres bozukluğu semptomları arasında pozitif ilişki bulmuşlardır (88).

Şahin ve Durak sorun odaklı baş etme yolları ile iyimserlik, duygulara odaklı baş etme yolları ile karamsarlık arasında anlamlı ilişkiler elde etmişlerdir. Yapılan çeşitli çalışmalarda depresif belirtileri yüksek olan kişilerin stresli durumlarda daha çok duygulara odaklı baş etme yollarını tercih ettikleri ortaya konmuştur. Nolen-Hoeksema ve arkadaşları kronik stres yaşayan depresif kadınların boyun eğici yaklaşımları daha fazla kullandıklarını belirtmişlerdir. Cohen ise psikolojik sağlık açısından önemli olanın hangi baş etme yollarının kullanıldığının değil, başa çıkma davranışları repertuarının genişliği olduğunu belirtmiştir. Başka bir deyişle kişi bir olayla baş edebilmek için ne kadar fazla yol kullanabiliyorsa, o olaydan o kadar az etkilenecektir (86).

Baş etme becerisi düşük olan bireylerde sosyal kaygı ve soyutlanma davranışı oldukça sık gözlemlenen durumlardandır. Sosyal kaygı diğer insanlar tarafından olumsuz değerlendirilme korkusu ile karakterizedir (85).

Stresli yaşam olayları, değişen durumlarla başa çıkmak için kişisel olarak yeni şartlara alışmayı gerektiren olaylar olarak tanımlanır. Görme kaybı kronik bir stres olma özelliğine sahiptir. Görmenin gelişimi için medikal olarak hiç bir şey yapılamamasını öğrenmenin üzerine kişi hem fiziksel hem de psikolojik olarak anlamlı derecede yeniden düzenleme durumuyla karşı karşıya kalır. Moore, görme kaybına psikososyal adaptasyonu, engellilik tarafından ortaya çıkan gerçekçi engeller

için kişisel kaynaklara bağlı yeni kapasitelerinin gelişimi ile bağlantılı olan benlik kavramı ve kişisel hedeflerin uyumu olarak tanımlar. Bu nedenle erişkinlerde görme bozukluğu anlamlı psikolojik başa çıkmayı gerektiren kronik ve engelleyici bir durumdur (89). Bu açıklamalardan yola çıkılarak kör ve az gören bireylerin toplumsal katılımlarında baş etme düzeylerinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Son 25 yıl içinde başa çıkma tutumlarını değerlendiren bir kaç ölçek geliştirilmiştir. Bunlar arasında 1980`de Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen “Baş Etme Yolları” ve Carver, Scheier ve Weintraub tarafından 1989`da geliştirilen COPE en yaygın olarak kullanılanlardır. 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşan COPE`nin Türkçe`ye çevrilmesi ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi Ağargün ve ark. Tarafından 2005 yılında yapılmıştır. Yine Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen 65 soruluk Baş Etme Yolları Ölçeği`nin (Ways of Coping Questionnaire) Türkçe çalışması Durak ve ark. Tarafından 2011 yılında yayınlanmıştır (87).

2.10. ANKSİYETE / SOSYAL KAYGI TANIMI VE DEĞERLENDİRMESİ

Günlük hayatında sağlıklı bir biçimde yaşamını sürdüren birey, sağlığın kaybıyla birlikte hasta rolünü üstlenmektedir. Bu yeni rol bedensel hastalığı, kişinin kendisine özgü anlamları nedeniyle ruhsal durumun etkilenmesine neden olmaktadır. Yetersizlik ister basit, isterse yaşamı tehdit edici nitelikte olsun bireyde başkalarına bağımlı olma ya da bağımsızlığını tamamen kaybedeceği korkusu, ayrılık endişesi, gelecek endişesi, ölüm korkusu, beden, organ ve bölümlerinin zedeleneceği korkusu, pişmanlık, suçluluk duygusu gibi değişik etkilenmeler olabilmektedir. Bu etkilenim yetersizliğe ve kişiye göre değişmekle beraber, kişilerde anksiyete, depresyon, regresyon, kızgınlık, yas tepkisi gibi duygusal tepkiler görülmektedir. Bu tepkiler arasında en sık ve en yaygın olarak görülenlerden biri de anksiyetedir (90).

Anksiyete, korku ve endişenin egemen olduğu, birçok psikopatolojiyle ortaya çıkabilen ve birçoğunun da temelini oluşturan bir duygu durumudur. Anksiyetinin yaşam boyu görülme sıklığı %4-7 olduğu ve yıllık insidansının %3-3,5 olduğu belirtilmektedir (91). Ayrıca cinsiyete göre görülme oranına bakıldığında

kadınlarda görülme oranının erkeklerden fazla olduğu gösterilmiş olup, kadının medeni durumunun da anksiyete seviyesini etkilediği, yalnız yaşamak, dul ya da boşanmış olmanın kaygı bozukluğunu arttırdığı gösterilmiştir. Öğrencilerle yürütülen bir çalışmada, kaygı düzeyi yüksek bireylerin kendilerini daha olumsuz algıladıkları, diğerlerinin de kendilerini daha olumsuz algıladıklarına inandıkları belirtilmektedir (92).

Anksiyete, genetik etmenler, kişisel özellikler, yaşam stresörleri ile çevresel streslerden de etkilenir (91). Kaygı bozuklukları, kronik hastalıklarla anlamlı derecede ilişkilidir. Bedensel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ile ters, fiziksel yeti yitimi ile doğru orantılı olduğunu gösteren çalışmalar vardır (93).

Sosyal kaygı bozukluğu, ilk kez 1966'da Marks ve Gelder tarafından tanımlanmasına karşın ayrıca DSM-III'te de yer almıştır. Tanısı için gerekli olan temel özellik, başkalarınınca değerlendirileceği birden çok durumdan sürekli korkma, aşağılanacağı, utanç duyacağı ya da rezil olacağı biçimde davranabileceğinden korkma durumu olarak tanımlanmıştır. Sosyal kaygı bozukluğu olan insanlar sosyal ortamlarda veya performans gerektiren durumlarda olumsuz değerlendirilip aşağılanacağı konusunda aşırı bir korku duyarlar. Bu korku duyulan ortamlarda aşırı düzeyde kendilerinin farkında olma ve kendilerini eleştirme eğilimleri olan bu kişilerde kızarma, çarpıntı, terleme ve titreme gibi fiziksel belirtiler meydana gelir. Tanı alan sosyal kaygı bozukluğunun birçok şekli vardır. En sık görüleni toplum önünde konuşma veya hazır bir raporu sunmadır. Diğer bir sosyal kaygı da başkaları ile birlikte yemek yemedir. Kızarma ve terleme dışında bu kişilerin en büyük korkusu ellerinin titreme olasılığıdır. Yiyeceği tabaklarından alıp ağızlarına götürürken elleri titrer ve üzerlerine dökerlerse bu durum belirgin hale gelir ve kişinin utanmasına ve kendini aşağılanmış gibi hissetmesine yol açar. Başkalarının yanında yazı yazmaktan kaygı duyanlar ise herhangi bir durumda imza bile atmaktan kaçınırlar. Genel tuvaletleri kullanma da bir kısım insanlar için sosyal kaygı uyandıracak alanlardır (94).

Sosyal kaygı bozukluğunda ortak olan konu, sosyal durumlarda kötü performans gösterme korkusudur. Utanma veya rezil olma konusunda kaygı

duyduğunda hastalar sıklıkla fizyolojik belirtilerden yakınır. Sosyal bir ortama girdiklerinde sıklıkla kalp çarpıntısı, terleme, kızarma ve el titremesi meydana gelir. Kendi belirtilerini ve sosyal kaygılarını gerçekte olduğundan daha abartılı yaşarlar ve genelde reddedilmeye karşı aşırı duyarlıdırlar. Başkalarının düşünceleri konusuna yoğunlaştıkları için sıklıkla onların görüşlerini ya yanlış yorumlar veya abartırlar. Birçok kişiye göre olumsuz algılanma korkuları daha fazladır.

Sosyal kaygı epidemiyolojisi ile ilgili en detaylı veriler Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından yapılan Epidemiyolojik Alan Taraması (ECA) sonucu elde edilmiştir. Buna göre Tanısal Görüşme Çizelgesi ile yapılan taramada 6 ayrı bölgede, Baltimore, St. Luis, Durham, Los Angeles, Edmonton Kanada ve Christchurch Yeni Zelanda'da sırasıyla yaşam boyu prevalans %3.1, %1.9, %3.2, %1.8, %1.7 ve %3.0 olarak bulunmuştur. Yaşam boyu sosyal kaygı görülme sıklığı yaklaşık %13 olarak tahmin edilmektedir. Sosyal kaygı bozukluğunun genel popülasyondaki yıllık prevalansı yaklaşık %5-10, yaşam boyu prevalansı ise yaklaşık %10-15 arasındadır. Kessler ve arkadaşlarının yaklaşık 10 yıl arayla yaptıkları iki farklı çalışmada bir yıllık prevalansı sırayla %7.4 ve %7.1, yaşam boyu prevalansı ise sırayla %13.3 ve %12.1 bulmuşlardır. Acartürk ve arkadaşları, 12 aylık prevalansı ise %4.8 olarak saptamışlardır (94).

Sosyal kaygı bozukluğunun ortalama başlangıç yaşı 13-24 arasında değişmektedir. 25 yaşından sonra başlaması seyrek, ancak yeni sosyal ve mesleki durumların ortaya çıktığı erişkin yaşlarda belirtilerin belirginleşmesi söz konusu olabilir. Sosyal kaygı kadınlarda biraz daha sık görülür ve çocukluk ya da adolesan dönemde başlayabilir. Epidemiyolojik verilere göre sosyal kaygı bozukluğu tanısı alanlarda evli olmama oranı daha fazladır. Sosyal kaygı bozukluğu olanların sosyo-ekonomik ve eğitim durumlarının daha düşük olduğunu bildiren çalışmalara karşın kontrol grubu ile bir farklılık bulunmadığı yönünde sonuçlar da mevcuttur. Dilbaz'ın yaptığı çalışmada işsiz oranı da hem kontrol grubu hem de obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış gruplarla kıyaslandığında sosyal kaygı bozukluğu olan grupta istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyleri diğer gruplardan daha yüksek

düzyeyde olmasına karşın işsiz oranının yüksek olması sosyal kaygının ne denli yeti kaybı oluşturduğuna ait çarpıcı bir sonuç olarak düşünülebilir (94-96).

Depresyon, bağımlılık ve intihar sosyal kaygı bozukluğu olan kişilerde en sık görülen durumlardır. Bu kişilerde yaşam boyu depresyon oluşması riski dört kat artmıştır ve hastaların yaklaşık beşte biri aynı zamanda alkol bağımlısıdır. Yaşam boyu sosyal kaygı bozukluğu tanısı alanların %48'inin ayrıca yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu tanısı da aldıkları bildirilmiştir. Madde bağımlılığı olan hastaların uzun süre izlendiği çalışmalar, bu hastaların %70'inde, bağımlılık oluşmadan önce sosyal fobinin bulunduğunu göstermektedir ki, bu da sosyal fobide erken tanı ve tedavinin önemini ortaya koymaktadır. Sosyal anksiyeteli kişilerin %75-80'inde yaşamlarının bir döneminde başka önemli ruhsal rahatsızlıklar görülmesi rahatsızlığın önemini ortaya koymaktadır (94, 97).

Wilson ve Rapee, sosyal kaygısı olan bireylerin, kaygılı olmayan bireylere göre kişilik özellikleri ile ilgili daha az olumlu inanca sahip olduklarını bildirmiştir (98). Klinik deneyimler sosyal kaygının belirli oranda işlev kaybı ile ilişkili olduğunu göstermektedir (99). Turner ve arkadaşları'nın yaptıkları çalışmada vakaların %92'sinin meslek işlevlerinde, %85'inin akademik performanslarında, %70'inin ise sosyal ilişkilerinde bozukluk olduğunu bildirmişlerdir (100).

Adams ve Pearlman' a göre görme kaybına üç tip tepki oluşturulur. Bunlar: kabullenme, inkar ve kaygıdır. Kabullenme şüphesiz ki en iyi yanıttır. İnkâr, bilinçsiz bir savunma mekanizmasıdır. Oftalmolojist tarafından tanı konulduktan sonra yapılan tedavilerin faydasız olması sonucu kişilerde artmış kaygı görülebilmektedir. Görme yetersizliği olan kişilerde yetersiz baş etme becerileri ve beraberinde gelen kaygı bozukluklarının değerlendirilmesi faydalı olabilir (101).

Sosyal kaygı bozukluğu çeşitli ölçekler tarafından değerlendirilebilmektedir. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ), Liebowitz'in 1987'de geliştirdiği ölçek, 13 performans ve 11 sosyal etkileşim durumunu içeren 24 maddeden oluşmuştur. LSAS sosyal fobi için geçerliliği ve güvenilirliği olan ve tedavi için duyarlı bir ölçektir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dilbaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (r=0.98). Kısa Sosyal Anksiyete Bozukluğu Ölçeği (BSPS), Davidson ve

arkadaşları tarafından 1991'de geliştirilen ölçek, gözlemci tarafından belirtilerin şiddetinin, zaman içinde tedaviye bağlı gelişen değişikliklerin, aktif ve aktif olmayan tedavi farklılıklarının değerlendirildiği 11 maddeden oluşmuştur. Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Anksiyete Ölçeği (SPAI), 1989'da Turner ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin 32 maddesi sosyal kaygı bozukluğu ve 13 maddesi agorafobi ile ilgili 45 maddeden oluşmuştur. Sosyal fobi (SPS) ve sosyal etkileşim kaygı ölçeği (SIAS), 1989'da Mattick ve Clark tarafından geliştirilmiştir ve 20 maddeden oluşur (94, 102).

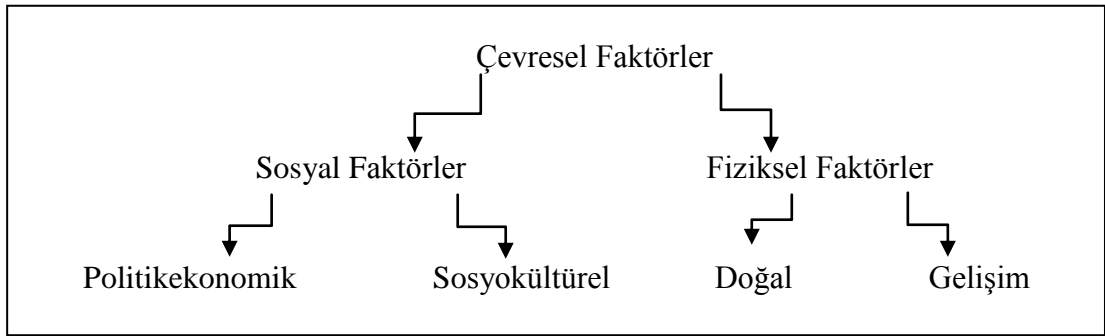
2.11. ÇEVRE TANIMI VE DEĞERLENDİRMESİ

DSÖ'nün engellilik modeli ICF' te çevre, insanların yaşadığı ve yaşamlarını kurduğu fiziksel, sosyal ve düşünsel etmenlerden oluşur. Bu etmenler kişinin dışında yer alır ve toplumun bir üyesi olarak kişinin performansı üzerinde olumlu ya da olumsuz etkisi olabilir, aktivite ya da görevlerini yerine getirme kapasitesini etkileyebilir veya kişinin vücut işlevleri ya da yapısı üzerinde etkileri olabilir (13). Engelli olsun ya da olmasın, bir kişi yaşamın her anında davranışlarını etkileyen belirli bir çevre ile etkileşim halindedir (56).

İnsan deneyimlerinde çevrenin rolünün tanımlanmasındaki artış 1980'lerden itibaren Ergoterapi alanına yansımaya başlamıştır. *Model of Human Occupation* (MOHO), *Person-Environment-Occupation Model* (PEO) ve *Canadian Occupational Performance Model* (CMOP) gibi güncel olarak kullanılan ergoterapi modellerinde kişilerin aktivitelere katılımlarında çevrenin etkisi önemle belirtilmektedir (57, 59, 60,103). Ergoterapi, kişinin günlük aktiviteler için fonksiyonel bağımsızlığını, sosyal katılımını ve yaşam kalitesini artırmayı hedefler bu nedenle ergoterapi müdahaleleri bireyin günlük aktivitelere katılımını en üst düzeye çıkarmak için sıklıkla çevresel engelleri kaldırmaya ya da modifiye etmeye ve çevresel destekleri artırmaya odaklanır. Ergoterapi müdahale stratejileri çevreyi üç ana başlık altında toplar. Bunlar: *fiziksel çevre* – güvenlik, erişebilirlik ve sosyal destek; *sosyal çevre* – aile desteği, rol beklentileri, eğitim ve çalışma; *kültürel ve kurumsal çevre* – kültürel

inancıların desteklemesi veya engellemesi, davranışlar ve değerler, kurumsal politikalar ve beklentilerdir (52).

Quebec engellilik modelinde, bir bozukluğa sahip kişinin fonksiyonunun, anatomik ve fizyolojik hasardan olduğu kadar yaşadığı çevreden de etkilendiği belirtilmiştir. Hem Quebec hem de ICF Modelleri çevresel faktörleri sıralamak ve kategorize etmek için çevresel faktörleri sınıflandırmışlardır. Quebec modeli çevresel faktörleri *sosyal ve fiziksel* faktörler olarak ikiye ayırır. Quebec modeli çevresel faktörlerin sınıflandırılması şekil 2.1’de gösterilmiştir (104).



Şekil 2.1. Quebec Modeli'ne göre çevresel faktörlerin sınıflandırılması

ICF'teki çevre ise 5 maddeyi içerir:

- 1) **Ürünler ve teknoloji** Doğal ya da insan yapımı ürünler ya da ürünler sistemleri, kişinin yakın çevresindeki ekipman ve teknoloji
- 2) **Doğal çevre ve çevrede insan yapımı değişiklikler** Doğal ya da fiziksel çevrenin canlı ve cansız elementleri
- 3) **Destek ve ilişkiler** Kişilere evlerinde, iş yerinde, okulda, oyunda ya da yaşam aktivitelerinin diğer alanlarında, diğer kişilerle ilişkiler ve yardım, koruma, besleme konularında, fiziksel ve duygusal destek sağlayan insanlar ya da hayvanlar

4) Tutumlar Gelenekler, uygulamalar, ideolojiler, değerler, normlar, olgusal ve dini inanışlar, tanımlanan durumdaki kişilerin dışındaki diğer kişilerin ilgili tutumlarının gözlenebilen sonuçları

5) Hizmetler, sistemler ve politikalar Hizmetler: işverenler, dernekler, kurumlar, kuruluşlar ya da devlet tarafından; yerel, toplumsal, bölgesel, milli ya da uluslararası seviyelerde; kamusal, özel ya da gönüllülük esasına göre kişilerin ihtiyaçlarını karşılamak için çeşitli toplumsal alanlarda sağlanan yapılandırılmış program ve faaliyetlerdir. Sistem ve politikalar: idari kontrol ve denetleme mekanizmalarını; hizmetleri, sistemleri ve toplumun çeşitli sektörlerindeki diğer altyapısal aktiviteleri organize eden, yerel, bölgesel, milli ya da uluslararası devlet ya da diğer otoriteler tarafından oluşturulan kurallar, düzenlemeler ve standartlardır. Bu faktörler, kişinin fonksiyonuna etki edebilen hem yakın çevre (örn. Mobilite için ürünler ve teknoloji) hem de uzak çevreyi (örn. toplumsal tutumlar, sistem ve politikalar) içermekle birlikte kişiler ve toplum için amaçlanan müdahalelerin gereksinimlerini de ortaya koymaktadır (13,105).

Çevresel etmenler, vücut işlevleri ve yapılar, aktiviteler ve katılım bileşenleriyle etkileşim içindedir. Yetiyitimi, kişinin sağlık koşulları ile kişisel etmenler ve kişinin yaşadığı şartları oluşturan dışsal etmenler arasındaki karmaşık ilişkinin sonucu olarak nitelendirilir. Bu ilişkiden dolayı, farklı çevrelerin herhangi bir sağlık koşuluna sahip kişi üzerinde farklı etkileri olabilir. Engelleri olan veya kolaylaştırıcı unsurları bulunmayan bir çevre kişinin performansını kısıtlayabilir; çok daha kolaylaştırıcı çevreler performansı arttırabilir. Ya engeller yaratarak (örneğin, ulaşılamayan binalar), ya da kolaylaştırıcı unsurları sağlamayarak (örneğin, yardımcı araçların bulunmayışı) toplum, kişinin performansını engelleyebilir. Bu nedenle engellilik artık kişinin bir özelliği olarak değil, kişi, sağlık durumu ve çevrenin etkileşiminin bir sonucu olarak görülmektedir (13).

2.11.1. Türkiye’de Engellilikle ilgili Politikalar, Fiziksel ve Sosyal Çevre

Ülkemizde, başta Anayasa olmak üzere 5378 sayılı Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkındaki Kanun,

Engellilerin Haklarına İlişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi ve İnsan Hakları Beyannameşi gibi uluslararası sözleşmelerle tüm yurttaşların eşit, özgür ve onurlu yaşama hakkı güvence altına alınmıştır. Anayasanın 2709 numaralı kanununun 10. maddesinde “Herkes, dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir.” Anayasamızın 10. maddesine eklenen fıkralarda yer alan; “Çocuklar, yaşlılar, özürlüler, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malûl ve gaziler için alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı sayılmaz.” hükmü ile engelliler için pozitif ayrımcık içeren ayrıcalıkların, eşitlik ilkesine aykırı olmayacağı anayasal düzenleme ile güvence altına alınmıştır. 42. Maddesinde “Kimse, eğitim ve öğrenim hakkından yoksun bırakılamaz” ifadesi yer almaktadır. Devlet, durumları sebebiyle özel eğitime ihtiyacı olanları topluma yararlı kılacak tedbirleri alarak engelli bireylerin eğitim konusunda yaşlıları ile eşit olanaklara sahip olmasını sağlamak durumundadır. Anayasanın 49. Maddesinde “Çalışma, herkesin hakkı ve ödevidir. Devlet, çalışanların hayat seviyesini yükseltmek, çalışma hayatını geliştirmek için çalışanları ve işsizleri korumak, çalışmayı desteklemek, işsizliği önlemeye elverişli ekonomik bir ortam yaratmak ve çalışma barışını sağlamak için gerekli tedbirleri alır;” 50. Maddesinde “Bedeni ve ruhi yetersizliği olanlar çalışma şartları bakımından özel olarak korunurlar;” hükümleri yer almaktadır (106). 5378 Sayılı Kanun'da öncelikle özürlülerin toplumsal hayata katılımı için devletin tam sorumluluğundan bahsedilmiş ve bu sorumluluğun yerine getirilmesinde ailenin bir arada tutulması ilkesine sadık kalınması gereği vurgulanmıştır. Bu yasa gereği, Devlet Memurları Kanunu'nda belli değişiklikler yapılmıştır. Memuriyetin gerektirdiği mevzuata uygun olmak kaydıyla, özürlülerin mesleklerine uygun kadrolara atanmaları ve mesleklerinin gereklerini yerine getirebilmeleri için ihtiyaç duydukları her türlü araç ve gerecin kendilerine sağlanması gerekli görülmektedir. Yasa gereğince, özürlülerle ilgili bilgilendirme, yönlendirme, danışmanlık, sosyal ve mesleki rehabilitasyon hizmetleri vermek üzere özürlü hizmet birimleri oluşturulması büyükşehir belediyelerinin görev alanları kapsamına alınmıştır. Ayrıca, Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü ve buna bağlı birimler özürlü bireylerin spor yapabilmeleri için mevcut tesislerde düzenlemeler yapmak ve yeni tesis ve donanım sağlamak ile görevlendirilmiştir (107).

Herkes için eşitlik ilkesi ile hareket eden Birleşmiş Milletler (BM) belgelerinde özürsüzlük ilk kez 1948 yılında yayımlanan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi 'nde dile getirilse de BM sistemi içerisinde özürsüzlükle ilgili çalışmaların başlama tarihi 1945 yılına dayanmaktadır. Özellikle görme ve işitme engelliler gibi bedensel engeller taşıyan bireylerin haklarının artırılmasına odaklanılmış, bunun dışında da özürsüzlüğü önleme ve rehabilitasyon çalışmalarına önem verilmiştir. 1950 yılında Cenova Konferansında özürsüzlülerin sosyal rehabilitasyonu dile getirilmiş ve bir komisyon kurularak eğitim, tedavi, mesleki rehabilitasyon ve istihdam konularında uluslararası standartlar belirlenmesi ön görülmüştür.

Türkiye tarafından da imzalanan, toplam 50 maddeden oluşan ve taraf olan devletlere, engellilere karşı ayrımcılığı ortadan kaldırmak ve onların yaşam standartlarını yükseltmek gibi yükümlülükler getiren Birleşmiş Milletler Sözleşmesi, 8 temel ilkeye dayanmaktadır. Bu ilkeler; kişilerin insanlık onuruna ve bireysel özerkliklerine saygı, ayrımcılık yasağı, toplumsal yaşama tam ve etkin katılım, farklılıklara saygı ve engelliliğin insan çeşitliliğinin bir parçası olduğunun kabulü, fırsat eşitliği, erişilebilirlik, kadın ve erkek eşitliği ve engelli çocukların gelişim kapasitesine ve kendi kimliklerini koruyabilme haklarına saygı olarak belirtilmiştir (108).

Erişilebilirlik; bireylerin, toplumun bir üyesi olarak her türlü ihtiyacını karşılayabilecek şekilde, bulunduğu mekândan, ihtiyacını göreceği mekâna ve bilgiye engelsiz bir şekilde ulaşabilmesini ifade etmektedir. Erişilebilirlik ile ilgili 9. maddede taraf devletlerin engellilerin bağımsız yaşamlarının ve toplumun tüm alanlarına tam katılımının sağlanması ve engellilerin diğerleriyle eşit bir şekilde fiziksel çevreye, ulaşım, bilgi ve iletişim teknolojisi ve sistemi dahil bilgiye ve iletişime, hem kırsal hem de kentsel bölgelerde halka açık olan veya halka sunulan diğer tesislere ve hizmetlere erişiminin sağlanması için uygun tedbirleri alması gerektiği belirtilir.

Ulaşılabilirlik konusu ise ülkemiz için oldukça yeni bir alandır. Özürsüzlülerin diğer tüm bireylerle aynı koşullarda yaşamlarını sürdürmesi ancak yapısal çevrenin ulaşılabilir biçimde planlanması, tasarlanması ve uygulanmasıyla sağlanır. Engelsiz

mekân ve hizmetlerin hayata geçirilmesi yapıyı çevreyi oluşturan tüm kentsel alanların, ulaşım sistemlerinin ve bilgiye erişimin bir bütün olarak planlanmasıyla mümkündür. Bu alanlardan birindeki eksiklik sistemin bütününe ulaşılabilirliğini olumsuz etkileyebilir.

Ülkemizde özürliülerin yapıyı çevrede ulaşılabilirliğinin sağlanması için çeşitli mevzuat düzenlemeleri yapılmıştır. İmar Mevzuatı ile yapıyı çevreye ilişkin her türlü çalışmada; 5378 sayılı Kanun'un geçici 2'nci ve 3'üncü maddelerinde öngörülen sürede tüm kamusal alanlarda ve toplu taşıma araçlarında özürliüler için ulaşılabilirliğin sağlanması amaçlanmıştır. Yapılacak çalışmaların programlanması ve uygulamada dikkat edilecek hususların belirtilmesi için 12 Temmuz 2006 tarihli Resmi Gazete'de 2006/18 sayılı Başbakanlık Genelgesi yayımlanmış ve Başbakanlığın 12.08.2008 tarihli Talimat yazıları ile mevzuat hükümlerinin yerine getirilmesi istenmiştir (109).

Ulaşılabilirlik; "yaşamın tüm alanlarındaki hak ve hizmetlere ulaşabilmek ve bunlardan yararlanabilmek" anlamına gelmektedir. Bu kapsamda, ulaşılabilirlik, iki temel erişimi içermektedir:

1. Fiziksel çevreye (mekana ve burada sunulan hizmetlere) ulaşabilmek
2. Bilgi ve mesaja ulaşabilmek.

Ulaşılabilirlik, temel bir insan hakkı olmasının yanında insanların sosyal, kültürel, sportif ve ekonomik faaliyetlere katılmalarını sağlar ki, esasen yapıyı çevrenin amacı da budur. Yaşamda herkes eğitim görme, çalışma, sağlık olanaklarından faydalanma, sportif faaliyetlere katılma ve eğlenme konularında aynı hakka sahiptir. Uygun yapıyı çevre oluşturulmadığında konutunda dahi yaşamakta zorlanan engelliler, en temel kamusal hizmetler olan sağlık, eğitim, rehabilitasyon hizmetlerinden faydalanamamakta, sportif ve kültürel etkinliklere katılamamakta, park ve bahçelerde vakit geçirememekte, kısaca toplum hayatından dışlanarak yaşamlarını sürdürmek zorunda kalmaktadır (109).

Ülkemizde ulaşılabilirlikle ilgili çok sayıda yasal düzenleme mevcuttur ancak uygulama konusunda sıkıntılar yaşanabilmektedir. Ülkemizde, ulaşılabilirlikle ilgili en

önemli sorunların başında, binalar, kaldırımlar ve ulaşım araçları gelmektedir. Yapılı çevrede gerekli ulaşılabilirlik düzenlemeleri yapılmış olsa da, rampaların önüne park edilmesi, otoparklarda engellilere ayrılan yerlerin engelli olmayanlar tarafından kullanılması gibi toplum içinde olumsuz tutum ve davranışların sergilenmesi sosyal bazı engeller yaratılabilmektedir. Bu hususta toplumun da engellilik, engellilerin yapılı çevredeki temel gereksinimleri ve ulaşılabilirlik konularında bilinçlendirilmesi önem taşımaktadır (56).

Olumsuz tutumlar, özürülülerin toplumla bütünleşmelerinde görünmez engellerdir. Özürülülere yönelik olumsuz duygu, düşünce, tutumlar ve ön yargılar nedeni ile özürülülerin toplumdan dışlanmaları, özürülülerin toplumun üretken, bağımsız ve onurlu bireyler olarak toplum içinde yer almalarını engellemektedir. Son yıllarda yapılan ölçümler tutumlarda gelişme olduğunu göstermekle birlikte, pek çok araştırma farklı kültürlerde, dinlerde, etnik gruplarda özürülülere yönelik tutumların genelde olumsuz olduğunu ve özürülülerin bağımlı, toplumdan soyutlanmış ve duygusal olarak sorunlu kişiler olarak algılandıklarını göstermektedir (110-112).

Başbakanlık Özürülüler İdaresi tarafından yapılan “Toplum Özürülüyü Nasıl Anlıyor Araştırması” sonuçlarına göre, Türkiye genelinde engellilere yönelik tutumların, algıların ve düşüncelerin genelde “olumlu” olduğu söylenebilir. Bununla birlikte engellilere acıma, belirli sosyal ortamlarda bu kişileri tercih etmeme, eğitim ortamlarda belirli engel gruplarının ayrı okullarda eğitim görmelerini isteme gibi gizli olumsuz tutumların varlığı da belirlenmiştir. Bu sonuç, engellilere yönelik tutumların olumlu yönde değişmekte olduğunu göstermekle birlikte bu kişilerin toplumsal yaşama tam katılımlarının sağlanması için tutumların değiştirilmesi konusunda çalışmaların devam etmesi gerektiğine de işaret etmektedir (113).

Altı Nokta Körler Vakfı, İstanbul Kalkınma Ajansı'nın 2011 yılı Doğrudan Faaliyet Desteği Programı kapsamında yürüttüğü Görme Engellilerin Günlük Yaşama ve Eğitime Katılımı Projesi ile engellilerin kent yaşamına katılımını kolaylaştıran teknoloji odaklı uygulamaların saptanması amacıyla bir araştırma ve buna bağlı olarak bir fizibilite çalışması gerçekleştirmiştir. Görme engelliler ile yapılan odak grup ve anket çalışmalarıyla gündelik yaşamda ve eğitimde ön plana

çıkan ve AR-GE desteği ile çözülebileceği öngörülen sorun alanları tespit edilmiştir. Araştırmada, en önemli sorun alanlarının, bulunulan çevreyi tanıma, yaya ulaşımı, ev yaşamı, eğitim ve bilgiye ulaşma olduğu, araştırmaya katılan görme engellilerin %80,5'inin "içinde bulunulan çevreyi tanıtan" bir teknoloji ürününü kesinlikle kullanmak istediğini ve yaşamlarını kolaylaştıracağına inandığını göstermiştir (114).

Kör ve az gören bireylerin birçoğu için bilmedikleri yapıları, sokakları ya da caddeleri bulmak oldukça stresli bir deneyimdir. Sokağa yerleştirilmiş uygunsuz yapılar, yön ile ilgili rehberin yetersizliği ve taktil bilginin yokluğu gibi sorunlar görme kaybı yaşayan bireyler için daha fazla problem teşkil etmektedir (115).

Genel olarak görme engelli kişi yakın çevresi (evi, sokağı, işe gittiği yolu) hakkında iyi bir duyu oryantasyonuna sahiptir. Fakat dünyanın geri kalanı için büyük oranda dış yardıma bağlıdır. Bu nedenle az gören ve görmeyen kişilerinin çevrelerinin de değerlendirilmesi kişiye uygun düzen sağlanması için gereklidir (14).

Çevresel faktörleri değerlendiren ölçeklere örnek olarak; Craig Hospital Inventory of Environmental Factors (CHIEF) ve CHIEF-SF (kısa form), Home and Community Environments (MPOC), Measure of Quality of the environment (MQE), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), The Residential Environment Impact Survey (REIS) ve REIS- SF (kısa form) verilebilir (57,59).

2.12. KATILIM / TOPLUMSAL KATILIM TANIMI VE DEĞERLENDİRMESİ

ICF'ye göre (sosyal) katılım, özürülülerin (ve bakıma muhtaç kişilerin) hayatın içinde olması ve sosyal hayata aktivitelerle (etkinliklerle) olabildiğince aktif olarak katılabilmeleridir. ICF sınıflandırmasında katılım, toplumsal yaşam içerisinde yer almak olarak tanımlanmıştır. ICF'te katılım, aktivite ile birlikte dokuz bileşene ayrılmıştır. Bunlar:

- Öğrenme ve bilgiyi uygulama

- Genel görevler ve talepler
- İletişim
- Yer değiştirme
- Kendine bakım
- Ev yaşamı
- Kişilerarası etkileşimler ve ilişkiler
- Temel yaşam alanları (eğitim, iş ve ekonomik hayat)
- Toplum hayatı, sosyal hayat ve yurttaşlık'tır.

ICF'te aktiviteler ve katılım ile ilgili bölüm, hem genel hem de özel kişiler arası ilişkileri analiz ederek kişiler arası etkileşim ve ilişkilere yöneliktir (13).

Büyük bir yapı olarak toplumsal katılım ise, aktivite ile ilişkili olan ya da olmayan, sözel veya sözel olmayan biçimde kişiler arası etkileşim olarak tanımlanır (61). DSÖ'ne göre toplumsal katılım, genel olarak kişilerin kendi problemlerini çözmeyi ön gördüğü topluma dahil olma olarak tanımlanır. İnsanlar yaşamlarını etkileyecek ön görülen durumlara katılım için zorlanmamalıdır fakat imkanlar dahilinde katılımları için fırsat sunulmalıdır. Bu, temel insan haklarından ve demokrasinin temel prensiplerinden de biridir.

Toplumsal katılım insanları bir arada çalışmalarını için motive eder, toplumun içerisinde olma farkındalığı sağlar. Ayrıca sosyal, dini ve geleneksel kurallar da karşılıklı yardımlaşmayı içerir ve sosyal katılımı teşvik eder (116).

Rol psikolojik olarak, özel sosyal durum ile ilişkili haklar, yasaklar ve beklenen davranış paternleri olarak tanımlanır. Ergoterapi çerçevesine rol teorisini getiren Reilly, rollerin ve doğal aktivitelerin sosyalleşme sürecinde öğrenildiğini öne sürer. Aktivite rolleri, öğrenci, anne-baba, işçi, gönüllü, emekli işçi gibi bireyi topluma bağlayan yaşam rolleri olarak tanımlanır. Hagedorn, rolleri aktivite ve

sosyal olmak üzere ikiye ayırır. Aktivite rolleri özel bir mesleği a da görevi yapan kişi olarak tanımlanırken sosyal roller ilişkileri tanımlar. Sosyal ve aktivite rolleri erişkin sosyal katılımının birçok parçasını düzenleyen birer yol olarak hizmet ederler (52, 53).

Dijkers, fiziksel bozukluk veya yetersizlikle birlikte/sonrasında toplumsal katılımı, doğal toplum düzeni içinde aile, arkadaş ve diğer insanlarla çok değişkenli ilişkileri içeren, üretkenlik davranışlarını gerçekleştirmeyi ya da bunlara karar vermeyi kapsayan; yaş, cins ve kültüre uygun rol ve aktivitelerin gerçekleştirilmesi veya bu aktivite ve rollere devam edilmesi olarak tanımlamıştır. Ayrıca Dijkers'a göre toplumsal katılım, kişinin aile ve toplumsal yaşamın bir parçası olması, rollerini ve sorumluluklarını yerine getirmesi ve toplumun aktif ve katılımcı bir üyesi olmasıdır. Willer ve arkadaşları toplumsal katılımı “toplumsal ortamlardaki etkili rol performansı” olarak tanımlayarak ve üç alan belirtmişlerdir; ev katılımı (kişinin ev aktivitelerine aktif katılımı); sosyal katılım (kişilerarası ilişkiler ve ev dışı çeşitli aktivitelere katılım) ve üretici aktiviteler (kişinin uğraştığı iş, eğitim ve gönüllü aktiviteler) (56,117). Amerikan Ergoterapi Birliği (AOTA) de sosyal katılımı üç kategoriye ayırır. Bunlar: (1) işi, okulu, komşuları ve organizasyonları içeren *toplum*; (2) beklenen aile içi rollerde başarılı etkileşimi içeren *aile*; ve (3) samimi derecedeki *yaşıt ve arkadaş* (54).

Engellilik sürecini modelleyen *Quebec Sınıflandırması*'nda ise toplumsal katılım, kişisel ve çevresel faktörler tarafından etkilenen yaşam alışkanlıklarını başarılı biçimde tamamlama olarak tanımlanmıştır. Kişisel faktörler bozukluk, engellilik ya da karakteristik özellikleri içerirken çevresel faktörler de fasilite edici ve engelleyici durumları kapsar. Yaşam alışkanlıkları, kişi ve kişinin karakteristik özelliklerine uygun sosyokültürel çevresi ile değerlendirilen günlük aktiviteler ve sosyal rollerdir. Yaşam alışkanlıkları ya da yaşam durumlarındaki performans, kişinin yaşamı boyunca toplumda yaşamını ve iyilik halini sürdürmesine katkı sağlar (104).

Katılım düzeyinin belirlenmesinde kullanılan normlar belli bir toplumda normal bireylerin katılımıdır ve kültürel farklılıklara göre değişebilir. Bundan dolayı katılım kavramı toplumlar arasında farklılık gösterebildiği gibi, aynı toplumda

yaşayan fakat farklı sosyal ve çevresel faktörlerle karşı karşıya kalan kişiler için de değişkenlik gösterebilir (56).

Görme kaybı yalnızca aktiviteleri gerçekleştirmede zorluğa sebep olmaz aynı zamanda aktivite kayıplarına, bağımlılığa ve sosyal izolasyona da neden olabilir. Bu nedenle kör ve az gören bireylerde sosyal katılımın değerlendirilmesinin çok önemli olduğu düşünülmektedir (118).

Katılımı değerlendirmek için kullanılan ölçeklerden biri Craig Engellilik Değerlendirme ve Rapor Etme Tekniği (CHART)'dir. CHART, Fiziksel bağımsızlık, bilişsel bağımsızlık, mobilite, aktivite, sosyal uyum ve ekonomik olarak kendine yetme alanlarında katılım seviyesini 32 soru ile değerlendirir. Her alan 0-100 arası puanlanır. 100 puan kişinin katılımını ifade ederken, puanın düşmesi kişinin katılımının azaldığını ortaya koymaktadır.

Kanada Aktivite Performans Ölçümü (Canadian Occupational Performance Measure - COPM) kullanıldığında kişinin istediği, ihtiyaç duyduğu ya da ondan beklenen aktivitelere odaklanılır. Önce, kişinin algıladığı şekliyle her aktivitenin önemi 10 puanlık bir skalada değerlendirilir (1=hiç önemli değil, 10=çok önemli). Sonraki aşamada kişiden en önemli 5 aktiviteyi seçmesi ve bu aktiviteleri performans için (1=hiç yapamıyorum, 10=çok iyi yapıyorum) ve tatmin için (1=hiç memnun değilim, 10=çok memnunum) ayrı ayrı puanlaması istenir. Elde edilen performans ve tatmin puanları toplanıp kişinin önemli olduğunu belirttiği aktivite sayısına bölünerek toplam performans ve tatmin puanları elde edilir (59).

Katılımı değerlendiren diğer bir ölçek de Wim van Brakel tarafından geliştirilen Katılım Ölçeği (Participation Scale)'dir. Katılım Ölçeği, ICF'te ki gibi ev yaşamına katılımı, kendine bakımı, mobilite düzeyini, kişilerarası etkileşim ve ilişkileri, ücretli ya da gönüllü işe katılmayı ve toplumsal, sosyal ve sivil hayattaki katılımı sorgular. Sorulan konu ile ilgili kişi kendini yaşlıları ile kıyaslayarak cevap verir. Eğer kendini sorulan soru hakkında yaşlılarına benzer olarak görüyorsa '0' puan verip, bir sonraki soruya geçilir. Eğer yanıtı hayır ise yaşadığı problemin boyutuna göre, problem yok ise '1', az problem ise '2', orta düzeyde problem ise '3', çok problem ise '5' puan verilerek sorulara devam edilir (119).

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. BİREYLER

Bu tez çalışması Emirgan Altı Nokta Körler Rehabilitasyon Merkezi ve Altı Nokta Körler Derneği İstanbul Şubesi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 50 kör, 50 az gören ve 50 görme problemi olmayan kişiler alınmıştır. Çalışma gücü analizi (power analyses) %80, hata payı %5 ($p=0.05$) kabul edildiğinde yapılan örnekleme 150 bireyden oluşmuştur. Çalışma öncesinde tüm bireylere çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden her kişiye çalışmayı kabul ettiklerine dair aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından kayıt numarası GO13/289 olarak izlenen çalışmamız 15.05.2013 tarihinde değerlendirilmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

3.1.1. Çalışma Grubu

Çalışmaya sağlık raporuna göre kör ve az gören tanısı bulunan 50'şer kişi alınmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- 1) Doğuştan kör olmamak
- 2) Bir başka engeli ya da kronik hastalığı olmamak
- 3) Ölçeklerin uygulanmasına engel bir duruma sahip olmamak (işitme engeli, mental gerilik vs.)
- 4) Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- 5) 18-65 yaş arasında olmak

3.1.2. Kontrol Grubu

Herhangi bir görme problemi ve kronik başka bir problemi olmayan, aynı yaş aralığında toplam 50 birey dahil edildi.

3.2. YÖNTEM

Çalışmamızda kör ve az gören bireylerin mevcut olan durumlarının analizi, ergoterapi yaklaşım modellerinden MOHO çerçevesinde yapıldı. Değerlendirmede kör ve az gören bireylerin toplumsal katılımlarına modelin önemle vurguladığı kişisel faktörler, öz yeterlilik, baş etme yolları, sosyal kaygı ve çevrenin etkisi incelendi.

3.3. DEĞERLENDİRME

3.3.1. Kişisel Faktörlerin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan kişilerden kapsamlı bir hikaye alınarak demografik ve görme problemine ilişkin özellikleri ve yaşam koşullarını gösteren durumlar kaydedildi (Ek 1).

3.3.2. Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi

Çalışmada kişilerin özyeterlilik düzeylerini belirlemek için Genel Öz Yeterlilik Ölçeği kullanılmıştır. Genel Özyeterlilik Ölçeğinin 23 maddelik özgün formu Sherer ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilmiştir (80). Özgün ölçek Genel Özyeterlilik (açıklanan varyans %26,5, Cronbach alfa=0,86) ve Sosyal Özyeterlilik (açıklanan varyans %8,5, Cronbach alfa=0,71) olmak üzere iki faktörlü bir yapı ortaya koymuştur. Birinci faktöre yüklenen maddeler özgül bir davranış alanına işaret etmediği için bu faktöre “Genel Özyeterlilik” başlığının uygun görüldüğü belirtilmiştir. Sosyal Özyeterlilik faktörü ise sosyal durumlardaki yeterlilik

beklentilerini yansıtmaktadır. Özgün haliyle 14 dereceli olan ölçeğin sonraki hali beş dereceli Likert tipi bir ölçeğe çevrilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin “Sizi ne kadar tanımlıyor?” sorusuna beş dereceli olarak “hiç” ve “çok iyi” yanıtları arasında değişen yanıtların verilebildiği Likert formatındaki hali kullanılmıştır. Her sorunun puanı 1-5 arasında değişmektedir. Ölçekteki 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16 ve 17. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçek toplam puanı 17-85 arasında değişebilmektedir; puanın artması özyeterlilik inancının arttığını göstermektedir (82) (Ek 2).

Yıldırım ve İlhan 17 maddelik Genel Özyeterlilik Ölçeği'nin Türkçeye uyarlama çalışmalarında ölçeğin çeviri aşamasından başlanmasını uygun görmüşlerdir. Genel Özyeterlilik Ölçeği 18 yaş ve üstündeki en az 5 yıllık eğitimi olan 895 kişiye uygulanmıştır. Açıklayıcı factor analizi, Beck Depresyon Ölçeği, Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri, Kontrol Odağı Ölçeği, Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği ve Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri kullanılarak ölçüt bağıntılı geçerlilik, iç tutarlılık analizi ve test-tekrar-test çalışması yapılmıştır. Üç faktörlü yapının varyansın %41,5'ini açıkladığı görülmüştür. Genel Özyeterlilik Ölçeği ve diğer ölçekler arasındaki korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tüm ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) 0,80 ve ikinci kez ulaşılabilen toplam 236 kişiden elde edilen veriler üzerinden elde edilen test tekrar test güvenilirlik katsayısı 0,69 olarak bulunmuştur. Genel Özyeterlilik Ölçeği-Türkçe formu 18 yaş ve üstü en az ilkokul mezunu kişilerin genel özyeterliliklerini ölçmede geçerli ve güvenilir bir araç olduğu tespit edilmiştir (82).

3.3.3. Baş Etme Becerilerinin Değerlendirilmesi

Çalışmada bireylerin baş etme becerilerini değerlendirmek için Baş Etme Yolları Ölçeği (BEYÖ) - Ways of Coping Questionnaire (WCQ) kullanılmıştır. Folkman ve Lazarus (1986) tarafından geliştirilen ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Durak ve diğerleri tarafından yapılmıştır (120).

Ölçek, 31 maddeden oluşan 5'li likert tipinde bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, "*Hiçbir Zaman Kullanmıyorum*" (0) seçeneğinden "*Her Zaman Kullanıyorum*" (4) seçeneğine giden metrik bir ölçümü içerir. Ölçekten alınan puanlar, 0-124 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması baş etme becerilerinin yüksek olduğunu ifade eder. Ölçeğin 31. maddesi ters maddedir. Ters madde yeniden kodlandıktan sonra tüm değerler yeniden toplanmalıdır. Ölçek yedi alt faktörden oluşur;

- 1- Planlı Problem Çözme (Planful Problem Solving): Madde 3, 7, 16, 21, 25, 30
- 2- Kendine Saklama (Keep to Self): Madde 1, 11, 14, 29
- 3- Sosyal Destek Arayışı (Seeking Social Support): Madde 2, 12, 17, 27
- 4- Kaçınma (Escape-Avoidance): Madde 5, 8, 15, 19, 24
- 5- Sorumluluğu Kabul Etme (Accepting Responsibility): Madde 9,13, 26, 31
- 6- Kadercilik (Refuge in Fate): Madde 4, 10, 20, 23
- 7- Doğaüstü Güçlere İnanış - Batıl İnançlar (Refuge in Supernatural Forces): Madde 6, 18, 22, 28 (Ek 3).

18-75 yaşları arasındaki yetişkinlerde (n = 416) tüm alt ölçek puanlarının ayrııcı iç tutarlılıkları bulunmaktadır ($\alpha > .67$).83' ten (planlı problem çözme faktörü).67 (hem sosyal destek arayışı hem de kaçınma) arasında değişmektedir. Başetme Yolları Ölçeğinin tüm alt ölçeklerinin iç tutarlılık aracılığıyla güvenilirliği ve madde toplam korelasyonu kabul edilir seviyededir. Yetişkinlerde, baş etme ölçeği ile diğer ölçekler arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan eşzamanlı geçerlilik analizleri sonucunda, özsaygı ölçeği ile planlı problem çözme ile pozitif yönde anlamlı (N=415, $r=.394$, $p=.000$); ve sorumluluğu kabul etme (N=415, $r= -.441$, $p=.000$); kaçınma (N=415, $r= -.170$, $p=.001$); doğaüstü güçlere inanış - batıl inançlar ile (N=415, $r= -.264$, $p=.000$) ve son olarak kadercilikle (N=415, $r= -.152$, $p=.002$) negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır (120).

3.3.4. Sosyal Kaygının Değerlendirilmesi

Çalışmada sosyal kaygıyı değerlendirmek için Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır. Liebowitz'in 1987'de geliştirdiği ölçek, 13 performans ve 11 sosyal etkileşim durumunu içeren 24 maddeden oluşmuştur. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ), sosyal kaygı bozukluğu olan bireylerin, korku ve/veya kaçınma davranışı gösterdikleri sosyal ilişki ve performans durumlarını değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Sorular, kişinin korku ve kaçınmasının şiddeti göz önüne alınarak 1-4 arasında değişen Likert tipi (4 puanlık) bir ölçek üzerinde klinisyen tarafından yanıtlanır. Toplam puan, korku ve kaçınma puanlarının toplanması ile elde edilir, 24 ile 96 arasında değişmektedir. Yüksek puan yüksek kaygı ve kaçınma düzeyini gösterir. LSAÖ sosyal kaygı için geçerliliği ve güvenilirliği olan ve tedavi için duyarlı bir ölçektir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dilbaz ve Güz (2001) tarafından yapılmıştır (Ek 4). LSAÖ'nun iç tutarlılığı (Cronbach alpha) 0.96 bulunmuştur. Değerlendiriciler arası bağıntı katsayısı ise $r=0.83$ olarak saptanmıştır. Sonuç olarak LSAÖ'nun Türkçe versiyonu, bu dilde konuşan kişilerdeki SAB ve buna ilişkin bulguların şiddetini ölçmede nesnel, geçerli ve güvenilir bulunmuştur (121).

3.3.5. Çevrenin Değerlendirilmesi

Çalışmada çevreyi değerlendirmek için MOHO çerçevesine dayalı, standardize olmayan, yarı yapılandırılmış Yaşama Ortamı Etki Anketi Kısa Formu (Residential Environment Impact Scale – REIS SF) kullanılmıştır. REIS-SF'te her bir öge, yaşama ortamına ilişkin olup 4 puanlık bir ölçek ile puanlandırılmaktadır. Puanlama, çevreye ilişkin hususların, kişinin ilgi ve ihtiyaçlarını ne ölçüde karşıladığını ve uygun destek ve fırsatların ne ölçüde sunulmakta olduğunu ortaya koymak için gerçekleştirilmektedir. Birçok farklı ortamı çok yönlü olarak değerlendirme fırsatı sunar. REIS-SF, kişinin çevresi ile nasıl bir ilişki içinde olduğunu sağlam olarak değerlendirmekle kalmaz aynı zamanda terapistin kişinin aktivite kimliğini ve katılımını çevrenin nasıl etkilediği hakkında fikir kazandırır. Ölçekte sorulan öge kişi için uygun değil ise U/D işaretlenerek; değerlendirme dışı tutulmuş ise X

işaretilenerek; önemli ölçüde geliştirilmesi gerekiyorsa 1; geliştirilmeye ihtiyacı var ise 2; Uygun ise 3; oldukça iyi ve katılımı destekleyici düzeyde ise 4 puan verilerek derecelendirilir. Ölçek çevreyi dört alana ayırarak inceler: fiziksel alan (0-20) alana erişimi, yapıları, doğal ortamı, duyuşsal nitelikleri, evsel nitelikleri içerir; kaynaklar (0-12) GYA öğelerini, boş zaman öğelerini, ayarlanabilir ekipman ve destekleri kapsar; sosyal destek (0-16) çalışan / bakıcı ilişkilerini, yaşlılar ile etkileşimi / diğerleri ile etkileşimi, yaşamı etkileyen hususlarda karar verme fırsatları sunulup sunulmadığının değerlendirilmesini, mevcut destek seviyesinin uygun, istenilen düzeyde ve maksimum katılımı destekleyici nitelikte olup olmadığının değerlendirilmesini içerirken fırsatlar bölümü (0-20) günlük faaliyetlere, rol gelişimi & kendini ifade edebilmeye çizelge/rutine, toplumsal faaliyetlere ve dışarı ile iletişime ilişkin fırsatları sorgular (Ek 5). Ölçeğin genel toplam puanı 0 ile 68 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması çevresel faktörlerin kişi için daha uygun olduğunu ifade eder (122,123).

3.3.6. Katılımın Değerlendirilmesi

Çalışmada katılımı değerlendirmek için Wim van Brakel ve diğerleri tarafından geliştirilen Katılım Ölçeği (Participation Scale) kullanılmıştır. Katılım Ölçeği, ICF temel alınarak geliştirilmiş bir ölçektir. ICF’ te ki katılım konseptine benzer şekilde ev yaşamına katılımı, kendine bakımı, mobilite düzeyini, kişilerarası etkileşim ve ilişkileri, ücretli ya da gönüllü işe katılmayı ve toplumsal, sosyal ve sivil hayattaki katılımı sorgular. Sorulan konu ile ilgili kişi kendini, yaşlıları ile kıyaslayarak cevap verir. Eğer kendini sorulan soru hakkında yaşlılarına benzer olarak görüyorsa ‘0’ puan verip, bir sonraki soruya geçilir. Eğer yanıtı hayır ise yaşadığı problemin boyutuna göre, problem yok ise ‘1’, az problem ise ‘2’, orta düzeyde problem ise ‘3’, çok problem ise ‘5’ puan verilerek sorulara devam edilir. Ölçek 18 sorudan oluşmaktadır ve 0 ile 90 arasında puanlanmaktadır. 0-12 puan katılımda kısıtlılık olmadığını; 13-22 hafif kısıtlılık; 23-32 orta derecede kısıtlılık; 33-52 şiddetli kısıtlılık; 53-90 çok şiddetli kısıtlılık olduğunu ifade eder (Ek 6).

Ölçeğin iç tutarlık (Cronbach alpha) 0.92, değerlendiriciler arası tutarlılık 0.83, güvenilirlik 0.80 bulunmuştur (Brakel,2006). Kelders ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da iç tutarlığı (Cronbach alpha) >0.70 olarak bulunurken geçerlilik Spearman korelasyonu kullanılarak hesaplanmıştır (0.77 [p < 0.0001]). Duyarlılık ve hassasiyeti 0.88 ve 0.80 olarak bulunmuştur (124).

3.3.7. Yarı Yapılandırılmış Görüşme

Kör ve az gören bireylerin toplumsal katılımlarını etkileyebileceği düşünülen öz yeterlilik, sosyal kaygı, baş etme tutumları ve çevre hakkında görüşlerini almak amacıyla görüşmeci ve katılımcının baş başa olduğu görüşme yapılmıştır (Ek 7).

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin istatistiksel analizlerinde SPSS 17.0 programı kullanılmıştır. Ölçümle belirlenen değişkenler, ortalama \pm standart sapma ($X \pm SS$) olarak ifade edilmiş, sayımla belirlenen değişkenler için yüzde (%) değeri hesaplanmıştır.

Her bir değerlendirme parametresindeki değişim açısından, gruplar arasında fark olup olmadığı, ordinal veya normal dağılım göstermeyen non-parametrik veri grupları için Bağımsız gruplarda Mann Whitney U test ile karşılaştırılmıştır.

Non-parametrik değişkenler arasındaki ilişkinin yönünün ve düzeyinin belirlenmesinde Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm istatistiklerde p anlamlılık değeri 0,05 ve 0,001 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmamızın amacı; kör ve az gören erişkin bireylerde özyeterlilik, sosyal kaygı, başetme becerileri ve çevrenin toplumsal katılımlarına olan etkisini incelemektir. Çalışmamıza katılan kör (n=50), az gören (n=50) ve kontrol grubundan (n=50) elde edilen bulgular ve analizler aşağıda yer almaktadır.

4.1. SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR

Çalışmamızın az gören grubunu 23 kadın (%46), 27 erkek (%54) , kör bireylerin olduğu grubu 18 kadın (%36) ve 32 erkek (%64) ve kontrol grubunu 26 kadın (%52), 24 erkek (%48) birey oluşturdu. Yaş ortalamaları Tablo 4.1’de yer almakta olup grupların homojen olduğu görüldü ($p>.05$).

Tablo 4.1. Grupların yaş ortalaması

| | Az Gören | | Kör | | Kontrol | |
|-----------|----------|--------------------|-----|--------------------|---------|----------------------|
| | n | X ± SS (min-max) | n | X ± SS (min-max) | n | X ± SS (min-max) |
| Yaş (yıl) | 50 | 31,36±9,78 (19-65) | 50 | 31,58±9,01 (18-57) | 50 | 31,08 ± 9,90 (18-55) |

Grupların medeni durum, öğrenim durumu, bir işte çalışma durumu, mesleği, aylık gelir düzeyi, görme kaybına yol açan tanı, engel oranı, yardımcı cihaz kullanımı ve yaşamı devam ettirmek için destek alma durumu gibi sosyo demografik bilgileri kaydedildi.

Az gören grubundaki bireylerden 23’ü (%46) evli, 27’si ise (%54) bekarıdır. Kör bireylerden 24 kişi (%48) evli, 26 kişi (%52) bekarken, kontrol grubundan 25 kişi (%50) evli, 25 kişi (%50) bekarıdır.

Az gören grubunun yardımcı cihaz kullanımı incelendiğinde 18 kişinin (%36) beyaz baston, 9 kişinin gözlük (%18), 23 kişinin de (%46) gözlük ve baston kullandıkları görüldü. Kör bireylerden 45'i (%90) baston kullanırken, 5'i ise (%10) herhangi bir yardımcı cihaz kullanmadığını belirtti.

Az gören grubundan 1 kişi (%2) fiziksel yardım alırken 49 kişi (%98) destek almamıştır. Kör ve kontrol grubundan kimse destek almadığını belirtti.

Çalışmaya katılan az gören, kör ve kontrol grubunun öğrenim durumları, gelir düzeyi ve mesleki durumları Tablo 4.2, Tablo 4.4 ve Tablo 4.5'da belirtildi.

Grupların öğrenim durumları arasında anlamlı fark saptandı (Tablo 4.3).

Tablo 4.2. Grupların öğrenim durumu

| Eğitim durumu | Az Gören | | Kör | | Kontrol Grubu | |
|-----------------|----------|----|-----|----|---------------|----|
| | n | % | n | % | n | % |
| Okuryazar değil | 3 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| İlkokul | 4 | 8 | 15 | 30 | 2 | 4 |
| Ortaokul | 6 | 12 | 10 | 20 | 4 | 8 |
| Lise | 22 | 44 | 19 | 38 | 16 | 32 |
| Yüksekokul | 2 | 4 | 2 | 4 | 12 | 24 |
| Üniversite | 13 | 26 | 4 | 8 | 16 | 32 |

Tablo 4.3. Grupların öğrenim durumlarının karşılaştırılması

| Öğrenim durumu | Az Gören - Kör | | Az Gören - Kontrol Grubu | | Kör - Kontrol Grubu | |
|----------------|----------------|-------|--------------------------|-------|---------------------|--------|
| | z | p | z | p | z | p |
| | -2,688 | ,007* | -2,246 | ,025* | -5,016 | ,000** |

(*p<,05) ,**p<,001)

Tablo 4.4. Grupların gelir düzeyi

| Gelir Düzeyi | Az Gören | | Kör | | Kontrol Grubu | |
|------------------|----------|----|-----|----|---------------|----|
| | n | % | n | % | n | % |
| 0 - 500 TL | 3 | 6 | 11 | 22 | 0 | 0 |
| 501 - 1500 TL | 21 | 42 | 22 | 44 | 10 | 20 |
| 1501 - 2500 TL | 16 | 32 | 10 | 20 | 15 | 30 |
| 2501 TL ve üzeri | 10 | 20 | 7 | 14 | 25 | 50 |

Tablo 4.5. Grupların mesleki durumları

| Mesleki Durum | Az Gören | | Kör | | Kontrol Grubu | |
|-----------------------|----------|----|-----|----|---------------|----|
| | n | % | n | % | n | % |
| Çalışmıyor | 9 | 18 | 15 | 30 | 11 | 22 |
| Öğrenci | 5 | 10 | 5 | 10 | 10 | 20 |
| Öğretmen | 6 | 12 | 1 | 2 | 7 | 14 |
| Mühendis-mimar | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 16 |
| Çağrı merkezi | 10 | 20 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| Masör | 7 | 14 | 6 | 12 | 0 | 0 |
| Fabrika-mağaza çalış. | 2 | 4 | 2 | 4 | 4 | 8 |
| Avukat | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 4 |
| Memur | 2 | 4 | 5 | 10 | 2 | 4 |
| Emekli | 3 | 6 | 13 | 26 | 3 | 6 |
| Diğer | 5 | 10 | 1 | 2 | 3 | 6 |

Çalışmaya katılan bireylerden az gören grubunun engel oranı ortalaması $42,88 \pm 18,37$; kör bireylerin engel oranı ortalaması $92,52 \pm 8,14$ 'tür. Üç grup arasında engel oranı açısından anlamlı fark bulunmuştur ($p < ,001$). Kör ve az gören bireylerin tanılarının dağılımı ise Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Gruplara göre aldıkları tıbbi tanılarının dağılımları

| Alınan Tanı | Az Gören | | Kör | |
|-----------------------|----------|----|-----|----|
| | n | % | n | % |
| Retina dekolmanı | 2 | 4 | 2 | 4 |
| Glokom | 4 | 8 | 10 | 20 |
| Albinizm | 4 | 8 | 0 | 0 |
| Tümör | 6 | 12 | 12 | 24 |
| Travma | 3 | 6 | 2 | 4 |
| Optik atrofi | 3 | 6 | 0 | 0 |
| Retinistis Pigmentosa | 21 | 42 | 16 | 32 |
| Diğer | 7 | 14 | 8 | 16 |

4.2. ÖZ YETERLİLİK DEĞERLENDİRME BULGULARI

Çalışmamıza katılan bireylerin öz yeterlilik düzeylerini değerlendirmek amacıyla kullanılan Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ortalaması Tablo 4.7’de yer almaktadır. Öz yeterlilik düzeyinin en düşük $66,04 \pm 11,34$ puan ile kör bireylerde olduğu görüldü. Üç grubun ortalama puanları arasında anlamlı farklılık saptandı ($p<,05$) (Tablo 4.8). Bu farkın az gören ve gören bireylerin puan ortalamalarının birbirine yakın ve kör bireylerin puan ortalamasından daha yüksek olmasına bağlı olabileceği düşünüldü.

Tablo 4.7. Grupların öz yeterlilik puan ortalamaları

| | Az Gören | | | Kör | | | Kontrol Grubu | | |
|--------------------------------|----------|---|------|-------|---|-------|---------------|---|------|
| | X | ± | SS | X | ± | SS | X | ± | SS |
| Öz Yeterlilik (17 - 85) | 71,22 | ± | 8,31 | 66,04 | ± | 11,34 | 74,44 | ± | 7,45 |

Tablo 4.8. Grupların öz yeterlilik düzeylerinin karşılaştırılması

| | Az Gören-Kör | | Az Gören- Kontrol Grubu | | Kör - Kontrol Grubu | |
|----------------------|--------------|-------|-------------------------|-------|---------------------|--------|
| | z | p | z | p | z | p |
| Öz Yeterlilik | -2,318 | ,020* | -2,054 | ,040* | -4,094 | ,000** |

(* $p<,05$,** $p<,001$)

4.3. BAŞ ETME BECERİLERİ DEĞERLENDİRME BULGULARI

Baş Etme Yolları Ölçeği’nden alınan verilere bakıldığında en yüksek puanının ($80,62 \pm 7,23$) kontrol grubuna, en düşük puanının ($74,62 \pm 10,85$) ise kör bireylerin olduğu gruba ait olduğu saptandı (Tablo 4.9). Üç grupta da Baş Etme Yolları Ölçeğinin alt ölçeklerine bakıldı. Az gören ve kör grup arasında destek arayışı, batıl inanış ve baş etme becerileri toplam puanı arasında az görenler lehine anlamlı farklılık bulundu ($p<,05$). Az gören ve kontrol grubunun batıl inanış ve kaçınma puanları arasında anlamlı fark saptandı ($p<,05$). Kör ve kontrol grubu karşılaştırıldığında ise problem çözme alt ölçeği dışında tüm alt ölçeklerde anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ($p<,05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.9. Grupların baş etme becerileri puan ortalamaları

| Baş Etme Yolları Ölçeği | Az Gören | | | Kör | | | Kontrol | | |
|---------------------------------|----------|---|-------|-------|---|-------|---------|---|------|
| | X | ± | SS | X | ± | SS | X | ± | SS |
| Planlı problem çözme (0-24) | 20,04 | ± | 3,46 | 19,10 | ± | 5,13 | 19,98 | ± | 3,71 |
| Kendine saklama (0-16) | 11,40 | ± | 3,25 | 10,48 | ± | 3,13 | 12,12 | ± | 1,97 |
| Sosyal destek arayışı (0-16) | 11,44 | ± | 2,21 | 9,78 | ± | 2,76 | 11,90 | ± | 2,17 |
| Kaçınma (0-20) | 9,94 | ± | 2,49 | 10,76 | ± | 3,70 | 7,80 | ± | 2,37 |
| Sorumluluğu kabul etme (0-16) | 10,78 | ± | 4,51 | 10,20 | ± | 3,73 | 11,34 | ± | 2,91 |
| Kadercilik (0-16) | 11,36 | ± | 2,72 | 11,08 | ± | 2,34 | 12,00 | ± | 2,14 |
| Batıl inanış (0-16) | 4,68 | ± | 2,56 | 3,48 | ± | 1,94 | 6,24 | ± | 2,33 |
| Baş etme yolları toplam (0-124) | 79,64 | ± | 11,59 | 74,62 | ± | 10,85 | 80,62 | ± | 7,23 |

Tablo 4.10. Grupların baş etme becerileri düzeylerinin karşılaştırılması

| Baş Etme Yolları Ölçeği | Az Gören-Kör | | Az Gören-Kontrol Grubu | | Kör - Kontrol Grubu | |
|-------------------------|--------------|-------|------------------------|-------|---------------------|-------|
| | z | p | z | p | z | p |
| Planlı problem çözme | -,205 | ,837 | -,090 | ,926 | -,275 | ,783 |
| Kendine saklama | -1,789 | ,074 | -,454 | ,650 | -2,674 | ,008* |
| Sosyal destek arayışı | -3,111 | ,002* | -1,024 | ,305 | -3,950 | ,000* |
| Kaçınma | -1,244 | ,214 | -4,026 | ,000* | -4,234 | ,000* |
| Sorumluluğu kabul etme | -,883 | ,377 | -,097 | ,923 | -1,652 | ,099* |
| Kadercilik | -,685 | ,493 | -,958 | ,338 | -1,986 | ,047* |
| Batıl inanış | -2,131 | ,033* | -3,097 | ,002* | -5,635 | ,000* |
| Baş etme yolları toplam | -1,990 | ,047* | -,512 | ,605 | -2,754 | ,006* |

*(p<,05) ; **(p<,001)

4.4. SOSYAL KAYGI DEĞERLENDİRME BULGULARI

Çalışmaya katılan bireylerin sosyal kaygı düzeylerini incelediğimizde en yüksek kaygı ve kaçınma puanının ($83,12 \pm 23,51$) kör bireylerin olduğu grupta saptandı. En düşük kaygı ve kaçınma puanı ($67,54 \pm 14,86$) ise kontrol grubuna aittir (Tablo 4.11). Az gören – kör ve kör - kontrol grubu arasında az gören ve kontrol grubu lehine anlamlı fark bulunurken ($p<,05$) az gören- kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>,05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.11. Grupların sosyal kaygı puan ortalamaları

| Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği | Az Gören | | | Kör | | | Kontrol | | |
|-----------------------------------|----------|---|-------|-------|---|-------|---------|---|-------|
| | X | ± | SS | X | ± | SS | X | ± | SS |
| Liebowitz Anksiyete Puanı (24-96) | 37,90 | ± | 8,50 | 43,96 | ± | 12,40 | 35,30 | ± | 7,80 |
| Liebowitz Kaçınma Puanı (24-96) | 34,66 | ± | 7,70 | 39,16 | ± | 11,69 | 32,44 | ± | 7,02 |
| Liebowitz Toplam Puanı (48-192) | 71,76 | ± | 16,58 | 83,12 | ± | 23,51 | 67,54 | ± | 14,86 |

Tablo 4.12. Grupların sosyal kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

| Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği | Az Gören-Kör | | Az Gören-Kontrol Grubu | | Kör - Kontrol Grubu | |
|-----------------------------------|--------------|-------|------------------------|------|---------------------|--------|
| | z | p | z | p | z | p |
| Liebowitz Anksiyete Puanı | -2,508 | ,012* | -1,546 | ,122 | -3,706 | ,000** |
| Liebowitz Kaçınma Puanı | -2,092 | ,036* | -1,479 | ,139 | -3,099 | ,002* |
| Liebowitz Toplam Puanı | -2,331 | ,020* | -1,324 | ,185 | -3,382 | ,001* |

*(p<,05) ; **(p<,001)

4.5. ÇEVRE DEĞERLENDİRME BULGULARI

Çalışmaya katılan bireylere çevreyi değerlendirmek amacıyla Yaşama Ortamı Etki Ölçeği uygulandı. Az gören ve kör bireylerde fiziksel alan ve fırsatlara verilen puan birbirine benzerken kontrol grubu için fiziksel alan puanının (19,84±,68) daha yüksek olduğu saptandı. Algılanan sosyal destek seviyesinin 12,86 ± 2,36 puanla ise en düşük kör bireylerde olduğu görüldü. Toplam çevre puanının en yüksek kontrol grubuna ait iken onu az gören ve kör bireylerin puanlarının izlediği saptandı (Tablo 4.13). Az gören – kör gruplar arasında ölçek alt puanları ve toplam puanda anlamlı bir farka rastlanmazken (p>,05) az gören-kontrol ve kör - kontrol grupları arasında kontrol grubu lehine ölçek alt puanları ve toplam puanda anlamlı fark olduğu bulundu (p<,001) (Tablo 4.14).

Tablo 4.13. Grupların yaşama ortamı etki ölçeği puan ortalamaları

| Yaşama Ortamı Etki Ölçeği | Az Gören | | | Kör | | | Kontrol Grubu | | |
|---------------------------|----------|---|------|-------|---|------|---------------|---|------|
| | X | ± | SS | X | ± | SS | X | ± | SS |
| Fiziksel alan (0-20) | 14,88 | ± | 2,88 | 14,40 | ± | 2,73 | 19,84 | ± | ,68 |
| Kaynaklar (0-12) | 11,08 | ± | 1,71 | 10,92 | ± | 1,47 | 11,90 | ± | ,42 |
| Sosyal destek (0-16) | 13,12 | ± | 1,90 | 12,86 | ± | 2,36 | 14,92 | ± | 1,81 |
| Fırsatlar (0-20) | 16,42 | ± | 1,95 | 16,10 | ± | 2,86 | 19,46 | ± | 1,37 |
| Toplam (0-68) | 55,50 | ± | 5,64 | 54,28 | ± | 7,03 | 66,08 | ± | 3,55 |

Tablo 4.14. Grupların yaşama ortamı etki ölçeği düzeylerinin karşılaştırılması

| Yaşama Ortamı Etki Ölçeği | Az Gören - Kör | | Az Gören - Kontrol Grubu | | Kör - Kontrol Grubu | |
|---------------------------|----------------|------|--------------------------|--------|---------------------|--------|
| | z | p | z | p | z | p |
| Fiziksel alan | -1,063 | ,288 | -8,623 | ,000** | -8,931 | ,000** |
| Kaynaklar | -1,332 | ,183 | -3,677 | ,000** | -4,973 | ,000** |
| Sosyal destek | -,373 | ,709 | -4,998 | ,000** | -4,999 | ,000** |
| Fırsatlar | -,077 | ,939 | -7,288 | ,000** | -7,195 | ,000** |
| Toplam | -,905 | ,366 | -7,915 | ,000** | -7,835 | ,000** |

*(p<,05) ,**(p<,001)

4.6. TOPLUMSAL KATILIM DEĞERLENDİRME BULGULARI

Toplumsal katılımı değerlendirmek için kullandığımız Katılım Ölçeği verilerine göre katılım kısıtlılığının en fazla ($20,60 \pm 10,95$) kör bireylerde olduğu görüldü (Tablo 4.15). Az gören-kontrol grubu ve kör -kontrol grupları arasında katılım kısıtlılığı bakımından kontrol grubu lehine anlamlı fark bulunurken ($p<,001$) az gören - kör grup arasında anlamlı bir fark görülmedi (Tablo 4.16). Kör ve az gören bireylerin katılımlarının gören bireylere göre daha az olduğu belirlendi.

Tablo 4.15. Grupların katılım ölçeği puan ortalamaları

| Katılım Ölçeği (0-90) | Az Gören | | | Kör | | | Kontrol | | |
|-----------------------|----------|---|------|-------|---|-------|---------|---|------|
| | X | ± | SS | X | ± | SS | X | ± | SS |
| Katılım Ölçeği (0-90) | 16,32 | ± | 8,87 | 20,60 | ± | 10,95 | 4,88 | ± | 3,94 |

Tablo 4.16. Grupların katılım ölçeği düzeylerinin karşılaştırılması

| | Az Gören – Kör | | Az Gören -Kontrol Grubu | | Kör - Kontrol | |
|-----------------------|----------------|------|-------------------------|--------|---------------|--------|
| | z | p | z | p | z | p |
| Katılım Ölçeği | -1,910 | ,056 | -6,921 | ,000** | -7,620 | ,000** |

*(p<,05) ;**(p<,001)

4.7. KORELASYON ANALİZİ SONUÇLARI

4.7.1. Katılım Kısıtlılığı ile Öğrenim Durumu, Öz Yeterlilik, Baş Etme Yolları, Sosyal Kaygı ve Çevre Arasındaki İlişki

Az gören ve kör bireylerde sosyal katılımı kısıtlayıcı faktörleri belirlemek amacıyla katılım kısıtlılığı seviyesi ile öğrenim durumu, öz yeterlilik, sosyal kaygı, baş etme yolları ve çevre arasındaki ilişkiye bakıldı.

Az gören ve gören bireylerde katılım ölçeği puanı ile öğrenim durumları arasında ilişki saptandı (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Katılım kısıtlılığı ile öğrenim durumu arasındaki ilişki

| | Az Gören | | Kör | | Kontrol Grubu | |
|---|----------|-------|-------|------|---------------|--------|
| | r | p | r | p | r | p |
| Öğrenim durumu - Katılım kısıtlılığı | -,198 | ,167* | -,176 | ,222 | -,620 | ,000** |

*(p<,05) ; ** (p<,001)

Çalışmaya katılan tüm bireylede Katılım Ölçeği puanı ile öz yeterlilik düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulundu (p <,001), (Tablo 4.18)

Tablo 4.18. Katılım kısıtlılığı ile öz yeterlilik arasındaki ilişki

| | Az Gören | | Kör | | Kontrol Grubu | |
|--|----------|--------|-------|--------|---------------|--------|
| | r | p | r | p | r | p |
| Öz yeterlilik - Katılım kısıtlılığı | -,602 | ,000** | -,746 | ,000** | -,796 | ,000** |

*(p<,05) ; ** (p<,001)

Baş etme yolları ölçeği'nin alt başlıklarından planlı problem çözmede ve toplam baş etme puanları ile katılım kısıtlılığı arasında tüm gruplarda anlamlı ilişki görüldü ($p < ,05$).

Baş Etme Yolları Ölçeği'nin alt başlıklarından sorumluluğu kabul etme ile katılım kısıtlılığı arasında az gören ve kontrol grubunda anlamlı ilişki bulunurken ($p < ,05$) kör bireylerin olduğu grupta bir ilişki görülmedi ($p > ,05$) (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Katılım kısıtlılığı ile baş etme yolları düzeyleri arasındaki ilişki

| | Az Gören | | Kör | | Kontrol Grubu | |
|--|----------|--------|-------|--------|---------------|--------|
| | r | p | r | p | r | p |
| Planlı Problem çözme - Katılım kısıtlılığı | -,620 | ,000** | -,521 | ,000** | -,800 | ,000** |
| Sorumluluğu Kabul etme - Katılım kısıtlılığı | -,333 | ,018* | -,236 | ,099 | -,423 | ,002* |
| Başetme yolları toplam - Katılım kısıtlılığı | -,396 | ,004* | -,313 | ,027* | -,632 | ,000** |

* ($p < ,05$) ; ** ($p < ,001$)

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği alt başlıkları ve toplam puanı ile katılım kısıtlılığı arasında tüm gruplarda pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($p < ,001$) (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Katılım kısıtlılığı ile sosyal kaygı arasındaki ilişki

| | Az Gören | | Kör | | Kontrol Grubu | |
|---|----------|--------|------|--------|---------------|--------|
| | r | p | r | p | r | p |
| Liebowitz anksiyete - Katılım kısıtlılığı | ,554 | ,000** | ,702 | ,000** | ,832 | ,000** |
| Liebowitz kaçınma - Katılım kısıtlılığı | ,602 | ,000** | ,698 | ,000** | ,778 | ,000** |
| Liebowitz sosyal anksiyete toplam - Katılım kısıtlılığı | ,605 | ,000** | ,720 | ,000** | ,823 | ,000** |

* ($p < ,05$) ; ** ($p < ,001$)

Az gören grubunda Yaşama Ortamı Etki Ölçeği'nin alt başlığı olan fiziksel alan dışındaki tüm parametreleri ve toplam puanı ile katılım kısıtlılığı arasında

anlamli iliŒki bulundu ($p<,05$). Kr bireylerde sosyal destek, fırsatlar ve ölçeğin toplam puanı ile katılım kısıtlılığı arasında anlamli iliŒki görüldü ($p<,05$). Kontrol grubunda ise kaynaklar, sosyal destek ve toplam skor ile katılım kısıtlılığı arasında anlamli iliŒki olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.21).

alıŒmamızda ayrıca çoklu regresyon analizi ile katılımı en çok etkileyen faktöre bakıldığında çevrenin ve öz yeterliliğin pozitif yönlü, sosyal kaygının negatif yönlü toplumsal katılım üzerinde etkili olduğu grlmŒtr. Katılımı en çok sırası ile çevrenin, öz yeterliliğin ve sosyal kaygının etkilediği belirlenmiŒtir.

Tablo 4.21. Katılım kısıtlılığı ile evre arasındaki iliŒki

| | Az gören | | Kr | | Kontrol | |
|--------------------------------------|----------|--------|-------|-------|---------|-------|
| | r | p | r | p | r | p |
| Fiziksel alan – Katılım kısıtlılığı | -,252 | ,077 | -,053 | ,712 | -,275 | ,053 |
| Kaynaklar - Katılım kısıtlılığı | -,376 | ,007* | -,046 | ,750 | -,300 | ,034* |
| Sosyal destek – Katılım kısıtlılığı | -,446 | ,001* | -,468 | ,001* | -,351 | ,013* |
| Fırsatlar - Katılım | -,576 | ,000** | -,444 | ,001* | -,270 | ,058 |
| REIS SF Toplam – Katılım kısıtlılığı | -,488 | ,000** | -,352 | ,012* | -,342 | ,015* |

*($p<,05$) ; **($p<,001$)

5. TARTIŞMA

Çevreden aralıksız, çeşitli ve zengin uyaran sağlayan görme duyusunun toplumsal katılımdaki rolü büyüktür. Görme duyusundaki kısmi ya da tam kayıplar beraberinde getirdiği diğer problemler ile katılımı olumsuz yönde etkileyebilmektedir (12). Bu çalışma kör ve az gören bireylerin öz yeterlilik, sosyal kaygı, başetme becerileri ve çevre açısından toplumsal katılımlarını incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Amerika Körler Fedarasyonu istatistiklerine göre Amerika'da 6 buçuk milyondan fazla kör birey bulunmaktadır. Bu bireylerden 4 milyonunun eğitim seviyesi liseden daha düşüktür. Yalnızca 374 400 görme engelli lisans ve üstü eğitim düzeyine sahiptir (125). Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı'nın 2002 yılında yapmış olduğu araştırmaya göre, genel nüfusun göstergeleriyle özürlü nüfusun göstergeleri arasında çok büyük uçurumlar olduğu gözlenmiştir. Buna göre; yapılan araştırmada Türkiye genel nüfusunun %13'ü okuma yazma bilmiyorken, engelli nüfusun %36'sının okuma yazma bilmediği görülmüştür. Özürlülerin %41'i ile süreğen hastalığı olanların yaklaşık %47,1'i ilkokul mezunudur. İlkokul sonrası eğitim düzeyi ise oldukça düşüktür. Yüksekokula devam eden özürlü (bedensel, görme engelliler, işitme ve konuşma) oranı %2,24'tür (1).

Tufan ve Arun tarafından yapılan Türkiye Özürlüler Araştırması Analizi'ne göre (126), görme engeline sahip bireylerin eğitim düzeyleri genel olarak engelli nüfusun eğitim düzeyine oldukça benzerlik göstermektedir. Genel engelli nüfusunda ilkokul ve öncesi eğitim düzeyine sahip olanların oranı %84,2'dir. Araştırma verilerine göre, görme engellilerde ilkokul ve öncesi eğitim düzeyine sahip olanların oranı %83 olarak tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin eğitim düzeyleri incelendiğinde kör bireylerin oldukça düşük bir oranda üniversite eğitimi aldıkları saptanmıştır. Kör bireylerin

kısıtlanan öz yeterlilik, baş etme becerileri, çevresel faktörler ve artan kaygı nedeniyle bireylerin eğitim alma durumlarının olumsuz etkilenebileceği düşünülmektedir. Aşağıda yer alan bir katılımcının ifadeleri de bu düşüncüyü desteklemektedir:

‘İlkokul mezunuyum. Okumaya devam etmeyi çok isterdim. Gerek ailesel gerek toplumsal sebeplerden dolayı okula göndermediler. Kız çocuğu olmam, görme engelli olmam ve çevrenin olumsuz şartları okumama engel oldu. Görme engelli olmam yetmiyormuş gibi bir de eğitimsiz oluşum hayatım boyunca kendimi eksik hissetmeme neden oldu.’

(Katılımcı 11, kör)

Ayrıca çalışmaya katılan gören bireylerin eğitim düzeyi arttıkça katılımlarının da arttığı görülmektedir. Ancak az görenler de bu ilişki oldukça zayıfken kör bireylerde ise eğitim durumu ile katılım düzeyi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum değerlendirildiğinde, görme engellilerin genelde diğer engel türlerinde de olduğu gibi, eğitim olanaklarına ulaşmalarının “engellendiğini” söylemek yanlış olmayacaktır.

Öz yeterlilik bireyin karar verme durumunu, bir konu hakkında ne kadar çaba sarfedeceğini ve problemleri çözmede kişinin istekliliğini etkiler (127). Bireylerin görme fonksiyonunda yetersizliklerin meydana çıkması gibi sağlıkla ilişkili stresli yaşam olayları karşısında çevresel faktörlerin değişmesi, işsizlik, sosyal desteğin olmaması gibi durumlara da bağlı olarak genel öz yeterlilik inancı etkilenir (69). Bandura, özellikle günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için genel öz yeterliliğinin az olduğuna inanan görme engelli bireylerin psikolojik iyilik halini yeniden kazanmalarının çok yavaş olabileceğini ifade etmektedir.

Genel öz yeterlilik, engellerle ve sorunlarla başetmede görme bozukluğu olan bireylere yardım ederek, uygun ve sağlıklı davranışları etkiler. Çoğunlukla görme bozukluğu yaşamadan önce eğlenceli olan aktiviteler görme kaybı ile birlikte daha az eğlenceli hale gelir ve görme bozukluğu olan bireyin ilgisi azalır ya da artık hiç ilgi duymaz. Bu durum, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmek için kişinin kendine olan güven ve yeterlilik inancında azalmaya sebep olur (128).

Erişkinlerdeki görme bozukluğu, bireyin psikolojik ve fiziksel iyilik halini de etkiler. Ayrıca az görme problemleri bireylerde bağımsızlık hissini kaybına neden olur. McAuley ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada yaşlı erişkinler arasında öz yeterliliğin fiziksel aktivite ve yaşam kalitesini nasıl etkilediği incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda yüksek öz yeterliliğe sahip olanların düşük olanlara göre daha uzun süre ve daha hızlı yürüyebildikleri görülmüştür (127,128).

Blazer (66), erişkinlerin öz yeterlilik düzeyinin düşük olduğu durumlarda bireylerde mutsuzluk, yalnızlık, sosyal izolasyon gibi duyguların gelişebileceğini ve az gören bireylerin gören yaşlılarına göre daha fazla bu duyguları yaşama eğiliminde olduklarını, bunun da düşük öz yeterlilik düzeyi ile ilişkili olduğunu ifade etmiştir.

Brown ve Barrett, 60 yaş ve üzeri, görme bozukluğu olan 1221 birey üzerinde yaptıkları çalışmada yaşam kalitesini en çok etkilediği düşünülen dört alanı; (1) aktivite limitasyonları; (2) sosyoekonomik kaynaklar, gelir ve finansal zorluklar; (3) sosyal kaynaklar, algılanan destek ve sosyal uyum; (4) psikolojik kaynaklar, öz yeterlilik olarak belirlemişlerdir. Görme bozukluğunda her bir alanın yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu, ancak öz yeterliliğin depresif semptomları %35 oranında, yaşam memnuniyetini ise %60'tan fazla etkileyerek en etkili faktör olduğunu bulmuşlardır (129).

Talbert tarafından yapılan, 18 yaş ve üzeri, 57 görme engelli erişkinin katıldığı çalışmada genel öz yeterlilik ile görsel fonksiyon değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda görme engelli erişkinlerde öz yeterlilik ile görme hedefli sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin alt parametrelerinden genel sağlık, yakın ve uzak aktiviteler, görmeye bağlı rol zorlukları ve görmeye özel mental sağlık arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (128).

Çalışmamızda az gören bireylerin kör bireylere göre daha iyi öz yeterlilik seviyesine sahip oldukları, ancak gören bireylere göre öz yeterliliklerinin daha az olduğu belirlenmiştir. Çalışmamız ayrıca literatürde değinilmemiş olan az gören ve kör erişkin bireylerin toplumsal katılım becerilerinin öz yeterlilik seviyesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Görme kaybı yaşayan bireyler farklı düzeylerde stres yaşarlar. Mobilite zorlukları, düşme korkusunun artması ve görsel ipuçlarından yararlanamamaları bu duruma birer neden oluşturabilir. Karar verme becerileri, çevresel farkındalık, yeteneklerin algısı ve tüm mental çaba görme kaybı yaşayan bireylerin stres durumlarını etkileyen faktörler olabilir. Görme engelli bireylerin limitli görsel bilgiyi kompanse etmek için daha fazla mental çaba ve bilgi işleme sürecine ihtiyaç duyuyor olmaları da yaşanan stres durumunu doğrudan etkiler. Bu nedenle görme kaybı yaşayan pek çok birey kendi baş etme becerisini geliştirmeye ihtiyaç duyar.

Bittner ve arkadaşları tarafından yapılan, yaşları 18 ile 63 yıl arasında olan, görme engelli 8 retinitis pigmentosa tanılı bireyin katıldığı çalışmada bireylerin görme kaybına bağlı durumlarda en fazla uyum sağlama, aynı probleme sahip başka bireylerden sosyal destek alma, farkındalığı artırma ya da öncelikleri yeniden belirleme gibi baş etme becerilerini kullandıkları belirlenmiştir (130).

Wulsin ve arkadaşları tarafından hafif görme kaybı ile psikososyal ilişkilerin araştırıldığı, 18 ile 60 yaş arasında 31 erişkinin katıldığı çalışmada görme keskinliği ile emosyon odaklı baş etme becerileri arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışmada ayrıca emosyon odaklı baş etme becerileri puanı ile psikososyal uyum ve psikolojik semptom puanları arasında kuvvetli ve anlamlı ilişki olduğunu belirtmişlerdir (131).

Jackson ve arkadaşları, 31-82 yaş aralığındaki sonradan görme kaybı yaşamış olan 63 birey üzerinde yaptıkları çalışmada çekinme/kaçınma baş etme becerisi puanı ile fonksiyonel beceriler arasında anlamlı ilişki olduğunu bulmuşlardır (132).

Upton ve arkadaşlarının yaş ortalaması 58 yıl olan görme ile ilişkili engeli bulunan gazilerle yaptığı çalışmada çekingen duyuşal odaklı baş etme ile enstrümental günlük yaşam aktiviteleri arasında negatif ilişki bulunurken, Horowitz ve arkadaşları da 65 yaş ve üzeri görme engellilerle yaptığı çalışmada Upton'un sonuçlarına benzer sonuç elde etmiştir (133).

Kleinschmidt, görme engellilerle yaptığı çalışmada problem çözme becerisine sahip olma ile istenilen aktivitelere katılma becerisi arasında pozitif ilişki bulmuştur

(128). Matt tarafından, 20-64 yaş arası, yaş ortalaması 43 olan 65 görme engelli erişkin katılımı ile yapılan çalışmada ise problem odaklı baş etme becerisi ile toplumsal katılım arasında ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmada Kleinschmidt'in çalışmasına benzer sonuçların bulunmamış olması, Kleinschmidt'in çalışmasının Matt'in çalışmasından farklı olarak nitel bir çalışma olması ve istenilen aktiviteler tanımının enstrümental günlük yaşam aktivitelerini ve aynı zamanda toplumsal katılım aktivitelerini kapsayacak kadar geniş tutulmuş olması ile ilişkili olduğunu göstermektedir (134).

Çalışmamızda kör katılımcıların baş etme becerilerinin az gören ve gören bireylerden daha kısıtlı olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda baş etme becerilerini değerlendirmek amacıyla Baş Etme Yolları Ölçeği baş etme yollarını planlı problem çözme, kendine saklama, sosyal destek arayışı, kaçınma, sorumluluğu kabul etme, kadercilik ve batıl inanç olmak üzere yedi kategoride değerlendirmektedir.

Çalışmamızda az görenler, kör bireylere göre destek arayışı ve batıl inanç, gören bireylere göre ise kaçınma türündeki baş etme becerilerini daha fazla kullanırken, kör bireylerin gören bireylere göre kaçınma türündeki baş etme becerisini daha çok tercih ettikleri tespit edilmiştir. Bu sonuçlar engel oranı ne olursa olsun görme kaybı yaşayan bireylerin kaçınma reaksiyonları kullanarak günlük yaşamda karşılaştıkları sorunlar ile baş etme çabası içinde olduğunu göstermektedir. Çalışmamıza katılan tüm bireylerin katılım becerilerinin Kleinschmidt'in çalışmasında olduğu gibi planlı problem çözme yöntemi ve genel baş etme ile ilişkili olduğu ayrıca katılımın az gören ve gören bireylerde sorumluluğu kabul etme ile de ilişkili olduğu saptanmıştır. Kör bireylerde bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı olmasa da nitel verilerden elde edilen bilgilere göre görme kaybına sahip bireylerin günlük yaşamda karşılaştıkları problemler ile ilgili sorumluluk alarak bir başka kişiyi/kişileri suçlamadan çözüm yolları arayabildiklerini ve bu yol ile katılım kısıtlılıklarını aşmaya çalıştıklarını düşündürmektedir. Aşağıdaki ifadeler de bu düşünceyi pekiştirmektedir:

“Bir sorunum olduğunda kendi kabuğuma çekilmem ya da suçu başkalarında bularak kendi sorunum değilmiş gibi davranmam. Herkesin hayatında zorluklar, sorunlar olur bunların üstesinden gelmeye çalışmak

lazım. Sorunu da kendimizi de hayatının gerçekleri olarak görüp kabullenmeliyiz eğer bunu yapamazsak gözlerimizin önündeki karanlığa daha çok hapsolmuş oluruz.”

(Katılımcı 14, kör)

“Herkesin yaşamında olduğu kadar benim de hayatımda sorunlar oluyor. Sorunların üstesinden gelmeye çalışıyorum. Hemen pes etmek ve başka bir durumu ya da başka birilerini suçlamak bana göre değil. Sorunları kabul edip hayata devam etmeyi bilmeliyiz. Sorunların yanına bir de görme engelimizi koyup hayattan geri çekilmemeliyiz. Aksine bizlerin hayata bağlanması için daha fazla sorumluluk alıp çaba sarfetmesi gerekir.”

(Katılımcı 2, kör)

Çalışmamızda her ne kadar az görenlerin, kör bireylere göre katılımın daha iyi olması istatistiksel olarak anlamlı olmasa da az görenlerin sosyal destek arayışında daha başarılı olmalarının bu farktan kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Nitekim az gören bireylerden bazılarının aşağıdaki ifadeleri bu düşüncüyü desteklemektedir:

“Bir problemim olduğunda o konuyla ilgili ne yapacağıma karar vermeden önce aileme ve güvendiğim kişilere danışırım. Bu durum, problemi her zaman ortadan kaldırmasada beni rahatlatır. Ama çoğunlukla da bir çözüm bulunur zaten. Sıkıntılı durumlarda ailemin ve çevremın desteğini almak bana her zaman güven verir.”

(Katılımcı 12, az gören)

“Sorunlarım olduğu zaman arkadaşlarımla daha çok vakit geçiririm. Ailesel bir durum değilse onlarla paylaşırım ve birlikte bir çözüm ararız.”

(Katılımcı 13, az gören)

“Sıkıntılı olduğum dönemlerde daha konuşkan olduğumu söylerler... Ben de öyle olduğumu düşünüyorum. Sohbet etmenin sevip, güvendiğim kişilerin yanımda olmasının beni rahatlattığını ve sorunların üstesinden gelmede bana destek olduğunu düşünüyorum.”

(Katılımcı 18, az gören)

Nitel çalışmalarda görme problemlerine verilen öznel emosyonel cevaplar hayal kırıklığı, izolasyon, utanç ve kaygı olarak tanımlanmıştır. Bu emosyonel reaksiyonlar görme kaybının günlük aktiviteleri kısıtlaması sonucu ortaya çıkmaktadır (47,135). Bazı durumlarda görme kaybına verilen reaksiyonlar normal sınırlarında kalmaz ve patolojik hale gelebilir, Fitzgerald görme kaybının sonradan edinildiği durumlarda bireylerin %90'ında insomnia, iştahta azalma, ağlama, özgüven düşüklüğü ve sosyal geri çekilme gibi depresif ve kaygılı ruh halinin ortaya çıktığını belirtmiştir (135).

Karlson'un 18-69 yaş arası 167 ve 70-97 yaş arası 100 görme engelli ve az gören bireylerle yaptığı çalışmada görme düzeyi az olan bireylerin daha fazla yalnızlık, terkedilmişlik, kaygı ve endişe duyguları yaşadıkları görülmüştür (136).

Kleinschmidt ve arkadaşlarının ise yapılan çalışmalardan farklı olarak 40 az gören ve 40 görme engeli olan yaşlı bireylerle yaptıkları çalışmada görme engeli bulunan bireylerin diğerlerine göre kıyaslandığında kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (137).

Evans ve arkadaşları 75 yaş ve üzeri, görme kaybı yaşayan 49 yaşlı bireyin katıldığı çalışmada görme engelli bireylerin gören yaşlıları ile karşılaştırıldıklarında kaygı düzeylerinin az düzeyde arttığı bulunmuştur (138).

Literatür incelendiğinde görme engelli erişkin bireylerin sosyal kaygı durumlarını inceleyen araştırmaya rastlanmamıştır. Yapılan çalışmaların daha çok yaşlı bireyleri ve onların genel kaygı durumlarını içerdiği görülmektedir.

Çalışmamızda ise az gören ve kör bireylerin sosyal kaygı düzeyleri gören yaşlılarıyla karşılaştırıldığında en yüksek sosyal kaygı ve kaçınma düzeyine kör erişkin bireylerin sahip olduğu saptanmıştır. Az görenlerin ise gören bireylere çok yakın sosyal kaygı ve kaçınma reaksiyonları gösterdiği gözlenmiştir. Bu sonuç stres karşısında az görenlerin toplumun yapısı ve davranış alışkanlıklarına da bağlı olarak görme kaybı olmayanlar gibi davrandığını düşündürebilir. Nitekim aşağıdaki ifadeler de az gören bireylerin geride kalan görmeleri sayesinde sosyal kaygı oluşturacak durum, ortam ve davranışları gözlemleyerek uyum sağlayabildiğini göstermektedir:

“Tanımadığım kişilerin olduğu bir yere giderken çekincelerim oluyor tabii ama kaygı duyduğum için katılmaktan vazgeçtiğim olmuyor. Az da olsa kişileri ve nesnelere fark edebildiğim için ortamda bulunan kişileri tanıyıp, fiziksel olarak ortamı öğrendikten sonra endişelerimde bitmiş oluyor.”

(Katılımcı 13, az gören)

“Sosyal ortamlara girmekten kaygı duymuyorum fakat fiziksel olarak ortamı tanıyıyorsam öncelikle öğrenmeye çalışıyorum. Çevreye alışmak hiç görmeyen bir arkadaşımıza göre daha kolay oluyor tabii. Biraz da olsa görüşüm sayesinde yemek yememi gözleyen var mı yok mu bu gibi tedirgin edici durumları fark edebilmek insanı rahatlatıyor.”

(Katılımcı 18, az gören)

Ayrıca çalışmaya katılan tüm bireylerin toplumsal katılım becerilerinin sosyal kaygı ve kaçınma seviyesinden etkilenmekte olduğu ve bunun sosyal bir varlık olan insan için doğal bir sonuç olduğu görülmektedir.

Görme engelli bireyler, çevrede görsel olarak çok fazla bilgi kodlandığı için çevreleri ile etkileşime geçecekleri zaman zorluklarla karşılaşır. Askari ve arkadaşları tarafından, sonradan görme kaybı yaşamış 21 erişkinin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede çevrenin rolünü belirlemek amacıyla görüşmeye dayalı yapılan çalışmada çevreyi ürünler ve teknoloji, fiziksel çevre, destek ve ilişkiler, aile ve sosyal davranışlar, sosyal politikalar ve servisler olmak üzere beş faktöre ayırarak vaka çalışması şeklinde sorgulamışlardır. Yardımcı cihazlar ve teknoloji ile ilgili olarak bireylerin bu olanaklara erişimde hem maddi hem de ülkelerinde bulunmaması gibi zorluklar yaşadıklarını; fiziksel çevrede, görme engelli bireyler için endişe verici ve tehlikeli zorluklar bulunduğunu ifade etmişlerdir. Ancak bu zorluklardan korku ve rahatsızlık duymak bireyin zihnindeki *zorluk algısı* ile de ilgili olmasının yanı sıra görme engelli bireylerin yürüme yollarındaki kaplamaların standartlara uygun olmaması, kaldırımlara motosikletlerin park etmesi gibi zorluklar yaşadıkları belirlenmiştir. Yapılan çalışmada ailenin ve toplumun tutumunun, görme engelli bireyin aktivitelerini daha bağımsız olarak gerçekleştirebilmesinde önemli katkı sağladığı gözlenmiştir. Ayrıca toplumda insanlar arasında görme engellilere

karşı olumsuz davranışlar sergilendiği belirtilmiştir. Yapılan görüşmelerde görme engelli bireylerin engellerinden dolayı işe giremediklerini ve bu yüzden ekonomik sıkıntı yaşadıkları ifade edilmiştir (139).

Ülkemizde gerçekleştirilen politikalar, engelli bireylerin toplumsal yaşama tam ve eşit katılımların sağlanmasına yönelik olarak eğitim, sağlık, istihdam, ulaşılabilirlik ve sosyal güvenlik gibi temel sorun alanlarında, ayrımcılığa maruz kalmadan, fırsat eşitliğinden yararlanan, haklarını kullanabilen kişiler olmasının sağlanmasına yöneliktir. Ayrıca genellikle fonksiyonel yetersizliklerinden kaynaklanan eşitsizliği ortadan kaldırmak, üretken olmalarını sağlayarak istihdamlarını gerçekleştirmek, bağımsızlaşmalarına destek verecek imkânlardan yararlanmalarını temin etmek, bakım hizmetlerinin karşılanmasını sağlamak bu politikaların bir parçasıdır.

Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı tarafından yapılan toplumun engelliye bakışını araştıran çalışmada, bireylerin eğitim ve gelir düzeyi arttıkça engellilere yönelik olumlu tutumlarının da arttığı, engelli bireylerin topluma katılımlarının, toplumun aktif bir üyesi olmalarının önündeki en büyük engelin toplumun ön yargıları olduğuna inandıkları, ayrıca yaşamlarını kolaylaştıracak eğitim, donanım, istihdam, fiziki çevreye ve bilgiye ulaşım gibi sosyal destekleri de diğer engeller olarak tanımladıkları ve toplu taşıma araçları, binalar, cadde, sokak ve kaldırımların engellilerin kullanımı için uygun olmadığı belirlenmiştir (113).

Burcu tarafından yapılan çalışmada özürlü bireylerin en önemli problemlerinin çevresel düzenlemelere ilişkin olduğu tespit edilmiştir. Toplu taşıma araçlarına binme ve inmede, merkezlerde sesli-görsel işaretlerin bulunmaması, kaldırımların yüksekliği, binalarda uygun geçişlerin bulunmaması gibi mekansal ve çevresel düzenlemelerdeki yetersizliğin özürlü bireyler için önemli zorluklar yaşattığı belirlenmiştir. Sorun yaşayan bireylerin en çok kamuya açık alanları kullanmakta zorlandıklarını belirtmişlerdir. Bu durumunda kendilerinde 'dışarı çıkma', 'diğer insanlara karışma' isteklerini azalttığını ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmada bireylerin yaşamlarını kolaylaştıracak teknolojik gelişmelerden yararlanma konusunda da problemleri olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca bireylerin iş ve meslek

edinme imkanlarından faydalanmalarında güçlüklerle karşılaşp karşılaşmadıkları incelendiğinde katılımcıların %70'nin güçlük yaşadığı bilgisine ulaşılmıştır (140).

Çalışmamızda toplumsal katılımı en çok etkileyen faktörün çevresel etmenler olduğu belirlenmiştir. Az gören ve kör erişkin bireylerin fiziksel alan, kaynaklar, sosyal destek ve fırsatlardan oluşan çevreyi yeterli bulma düzeyleri birbirine benzer bulunmuştur. Az gören ve kör bireylerde fiziksel çevre koşullarının toplumsal yaşama katılımı etkilemediği saptanmıştır. Bu sonuç, algılanan zorluk ve kişinin kendine yeterliliğine olan inancının katılıma olan etkisi ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Ancak görüşmeler sırasında katılımcılardan bazıları fiziksel çevrenin katılımları üzerinde etkili olduğunu vurgulamışlardır:

“Fiziksel çevre ile ilgili olarak heryer birbirini tutmuyor. İstanbul şehir merkezi dışında zorlandığım çok oluyor. Kaldırımlar, kaldırımlarda ki direkler ve kaldırımlara park eden araçlar benim sosyal etkinliklere erişimim için sıkça sorun oluşturuyor.”

(Katılımcı 1, az gören)

“Arabalar, ağaçlar, dükkanların kaldırımlara koydukları eşyalar büyük sıkıntı oluşturuyor...”

(Katılımcı 3, kör)

“Fiziksel düzenlemelerin sadece kanunları yerine getirmek için ama engellileri düşünmeden yapılmış uygulamalar olduğunu düşünüyorum.”

(Katılımcı 5, kör)

“Fiziksel çevre süprizlerle dolu... Her an her şey olabilir. Çok dikkatli olmamızı gerektiriyor. Metro kazası yaşadım, 6 ay yatağa bağımlı kaldım ama hayata kaldığım yerden devam ettim. Planlı bir kentte sosyalleşmek için daha istekli olunur ve katılımı artırmaya yönelik motivasyon sağlar ama plansız bir şehirde hareket sınırlaması yaşanır. Bu da vakit kaybına sebep olur ve sosyal katılımımız etkilenir.”

(Katılımcı 7, kör)

“Fiziksel engeller aslında sadece görme engellinin sorunu değil bebek arabası olan bir bayanın, pazar çantası taşıyan bir yaşlının, zaman zaman herkesin sorunu ama bu gibi sıkıntıları duyurmaya çalıştığımız faaliyetlerde engeli olmayan vatandaşımızı yanımızda bulmuyoruz. Toplumsal katılımın gerçekleşmesi için engelli ve toplum omuz omuza olmalı, engelliye kabullenme, karşılıklı hoşgörü olması lazım.”

(Katılımcı 17, kör)

“Kaldırımlardaki direkler, çukurlar... Toplu taşıma araçlarını kullanmak ta zor oluyor bazen. Ya otobüslerde sesli sistem olmuyor bazen de varsa bile şoför açmıyor... Bu gibi konularda standartlar tam olarak uygulansa daha bağımsız oluruz ve sosyal hayata daha fazla katılabiliriz.”

(Katılımcı 11, kör)

Ayrıca az gören ve görenlerde kaynaklardan yararlanma katılımında rol oynarken kör bireylerde toplumsal katılıma etkisi olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç, az görenlerin geride kalan görmelerini kullanarak kaynakları algılama ve etkin kullanmada görenlere yakın düzeyde başarılı olduklarını göstermektedir. Çalışmamıza katılan tüm bireylerin toplumsal katılımını sosyal destek seviyesinin ve genel çevrenin etkilediği saptanmıştır. Bu sonuç, insanın vazgeçilmez ihtiyaçlarından olan sosyal desteğin katılımın etkinliği ve kalitesinde rol oynadığını göstermektedir. Katılımcılardan bazılarının sosyal çevrenin katılımlarına ilişkin etkisine dair bu durumu yansıtan ifadeleri aşağıda verilmiştir.

“Dışarı çıktığımızda bize yardımcı olmaya gelen insanlar ‘neden tek başına dışarı çıktın’ ‘ailenden kimse yok mu, nereye gidiyorsun’ gibi sorular soruyorlar oysaki biz toplumda birlikte yaşıyoruz herkes kadar bizimde dışarıda istediğimiz yere gitme hakkımız olduğunu düşünüyorum. Yardımcı olmak yerine bizden kaçıyorlar, görme engelimiz olduğunu öğrendiklerinde uzaklaşıyorlar. Biz ne kadar yakın olmaya çalışsak ta olamıyoruz. Eğer sen koşarsan ben senin arkandan yetişemem, eğer sen yalnız yürürsen ayakların yorulur ama ben de yanında yürürsem o yol muhabbete dökülür daha kısa daha rahat olur.”

(Katılımcı 4, kör)

“Ben genelde görme engellilerle birlikte olduğum için kendimi rahat hissediyorum. Ailemin ve arkadaşlarımın sosyal desteğinin olumlu olduğunu düşünüyorum. Ama görenlerin olduğu ortamlarda bize karşı olumsuz ayrımcılık yaşadığımı hissediyorum.”

(Katılımcı 5, kör)

“İnsanların tutumları farklı farklı. Yanınızdan geçerken canım diyerek acıyanlarda var. Destekleyici konuşanlarda var. O yüzden genelleme yapmamak gerek. Ama bir keresinde markete gittiğimde kasa da aldığım şeyin parasını cüzdanımda ararken yanımdaki kadın parayı ödemek istedi, çok canım sıkılmıştı. Şimdi düşünüyorum belki yardım etmek istedi ama çok kırıcıydı. Kırılmışım da. Görme engelli olmuş olmam sömürücü olmam anlamına mı geliyor başkalarının gözünde. Böyle şeyler yaşadığımda engelli olduğum için çok üzülüyorum. İnsanlar nasıl bu kadar cahilce, düşüncesizce davranıyorlar...”

(Katılımcı 10, kör)

“Bazı insanlar nasıl yardım edeceklerini bilemiyorlar. Kimisi kibarca yanıma gelip yardıma ihtiyacınız varsa yardımcı olabilirim diyor kimiside pat diye kolumu çekiştire çekiştire karşıya geçirmeye çalışıyor. Bu tür konularda eğitim verilmeli insanlara gerek televizyonlar aracılığıyla gerekse toplantılar yoluyla. Toplum engellileri benimserse engellilerin toplumsal katılımı gerçekleşir. Toplum kabul etmiyorsa engelli sadece uğraştığıyla kalır tabii engellinin de çabası olması, iç motivasyonunun yüksek olması gerekir.”

(Katılımcı 17, kör)

Yapılan görüşmelerde katılımcılar, görme engelli olmalarının iş ve meslek sahibi olmalarında da çok ciddi sorunlara neden olduğunu belirtmişlerdir. Bu tür sorunların katılım problemlerinin altında yatan önemli faktörlerden olduğu düşünülmektedir. Bazı alanlarda eğitim gördükleri halde çalışamadıklarını aşağıdaki biçimde ifade etmişlerdir.

“İş konusunda ise çok fazla ön yargılarla karşılaşıyorum. Üniversite mezunu insan kaynakları çalışanları dahil aynı davranışları sergiliyor. Gözlerini kapatıp elindeki kalemi masaya bırakıyor daha sonra onu bulmaya çalışıyor. Yapamadığında da ben bile masaya koyduğum kalemi

bulamıyorum sen nasıl burada iş yapacaksın diyor. Fakat gerçek öyle değil... Böyle bir ön yargıya sahip oldukları için görüşmeye dahil almak istemiyorlar.”

(Katılımcı 3, kör)

“İnsanlar görme engellilerin arasına girmeden birlikte birkez olsun bir ortamda bulunmadan bize karşı ön yargılı davranıyorlar. Örneğin bir görme engelli nasıl çağrı merkezlerinde çalışır diye şaşırıyorlar. Genellikle iş için telefon açtığımızda ise görme engelli olduğumuzu öğrendikleri anda görüşmeye bile çağırmıyorlar. En azından dernekleri ziyaret ederek bizim neler yapabileceğimizi görmeleri gerekiyor...”

(Katılımcı 5, kör)

“Çağrı merkezi eğitimi aldım ama şuan çalışmıyorum. Eğitim almadan önce çok fazla hayal kuruyorsun hayatının değişeceğine dair. Ama verilen eğitimden sonra tekrar eski yaşantımıza dönüyoruz bu da çöküntü ve isteksizlik yaratıyor insanda. 8 ay oldu başvurduğum yerlerden dönüş alamadım daha. Bekliyorum arayacaklar...”

(Katılımcı 10, kör)

“Masörlük eğitimi aldım. Bir çok hastane ve güzellik merkezi ile görüştim fakat hiç biri olumlu olarak dönüş yapmadı. Hep söyledikleri şey ihtiyacımız olduğunda size ulaşacağız demeleriydi. Bu olumsuz yanıtlara sebebin görme engelli oluşum olduğunu düşünüyorum. İnsanlar iş yerlerinde kör birini görmek istemiyorlar. Görünüş olarak sağlıklı ve iyi kişileri tercih ediyorlar. Görünüşü prestij olarak algılıyorlar. Kursa katıldığımız arkadaşlardan şuan sadece şanslı olan birkaç kişi çalışıyor...”

(Katılımcı 15, kör)

Görme engelli bireyler alışverişte, yemek yapmada ve ev işlerinde karşılayamadıkları ihtiyaçlarının olduğunu ifade etmişlerdir. Görme engeli, bu gibi günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamasının yanı sıra eğitim, işsizlik, mobilite, sosyalleşme gibi zorlukları da beraberinde getirir. Bu zorlukları yaşayan görme engelli birey daha az sosyal aktivitelere katılır ve daha fazla yardıma bağımlı hale gelir. Yapılan araştırma bulgularına göre görme engelinin ortaya çıkardığı

zorluklardan biri de diğerleri tarafından anlaşılammaktır. Bağımlı olmanın verdiği gerginlik ve yüz ifadelerindeki yetersizlik sosyal yaşam için engel olan yaygın deneyimlerdir (141).

Ress ve arkadaşlarının az gören erişkinlerle yaptığı nitel çalışmada katılımcıların %46'sının görme problemi nedeniyle sosyal hayata katılımı ilgili sorunlar yaşadıklarını ve görme kaybının anlamlı derecede sosyal geri çekilmeye neden olduğunu bildirmiştir (47).

Alma ve arkadaşlarının 55 yaş ve üzeri 173 görme engelli kişi ile yaptıkları çalışmada bireylerin katılımları ICF'e göre, ev yaşamı, kişiler arası etkileşim ve iletişimi, toplumsal, sosyal ve sivil yaşamı da sorgulayacak şekilde değerlendirilmiştir. Çalışmaya göre görme engelli bireylerin gören yaşlıları ile karşılaştırıldığında rekreasyonel ve sportif aktivitelere katılımlarının daha az olduğu ancak kişiler arası etkileşim ve iletişim alanlarında farklılıklar olmadığı görülmektedir. Katılımcıların %53'ünün sosyal hayata katılımında, %92'sinin ücretli ve gönüllü işlerde çalışmada, %88'inin de serbest zaman aktivitelerine katılmada kısıtlılık yaşadığı belirlenmiştir (118).

Alma ve arkadaşlarının sosyal katılımı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı başka bir çalışmada da görme engelli bireylerin yaş, fiziksel uygunluk ve çaresizliklerinin ev yaşamına katılımlarını etkilediği, sosyal ağın genişliğinin genel yaşam alanlarına katılım ile ilişkili olduğu, algılanan önem gibi kişisel değerlerin toplumsal, sosyal ve sivil yaşama katılımı belirleyici faktör olduğu belirlenirken görme ile ilişkili özelliklerin katılımı ilişkili olmadığı görülmüştür (12).

Burcu'nun yaptığı çalışmada engelli bireylerin spor aktivitelerine ve sosyal-kültürel faaliyetlere katılabilme fırsatları irdelenmiş ve engelli bireylerin spor aktivitelerine katılmada %49,2'sinin zorluk yaşadığı, sosyal-kültürel etkinliklere katılmada ise %38,8'inin güçlük yaşadığı belirlenmiştir (140).

Çalışmamızda kör erişkinlerin az gören ve gören yaşlıları ile kıyaslandığında en fazla katılım kısıtlılığına sahip oldukları görülmektedir. Kör ve az gören bireylerin

karşı karşıya kaldıkları katılım kısıtlılığı sonucu literatürdeki diğer çalışmalar ile paralellik göstermektedir.

Görme engeli olan bireylerin katılımıyla yapılan birçok araştırmada, çalışmaya hem doğuştan görme engeli olan, hem de kazanılmış görme engeli olan bireyler dahil edilmiştir. Bu çalışmaya ise, önceki çalışmalardan farklı olarak, sadece sonradan görme engeli olan erişkinler dahil edilmiştir. Sonradan görme engeli olan erişkinlerin, doğuştan görmesini kaybeden bireylere göre farklı psikososyal uyum reaksiyonları gösterebilmektedirler. Çalışmamızda verilerimizin analizlerinden ulaşacağımız sonuçların daha sağlıklı olması düşüncesi ile bu seçimi gerçekleştirdik. Çalışmamızda yer alan görme engelli erişkinlerin, görme kaybı gibi travmatik etkileri olması beklenen bir kayıp yaşamaları, gören erişkinlerle karşılaştırıldıklarında öz yeterlilik, baş etme, sosyal kaygı ve toplumsal katılım alanlarında anlamlı bir fark saptanmasını açıklayabilir.

Kör ve az gören bireylerin katılım kısıtlılıklarını etkileyen faktörleri içeren çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar göstermiştir ki; görme kaybı yaşayan bireylerin katılım kısıtlılıklarına yol açan öz yeterlilik, baş etme becerileri kısıtlılığı ve sosyal kaygı kişi merkezli olarak değerlendirilmeli ve uygun ergoterapi modelleri ile müdahale programları planlanmalıdır. Planlanacak olan müdahale programları sadece kişisel faktörlere yönelik değil, kişinin yaşadığı çevre, sosyal rol ve davranışlarını da içermelidir. Bu alandaki ergoterapi uygulamalarının sayısının, niteliğinin ve kapsadığı popülasyonun artırılmış olduğu ve toplumsal farkındalığı sağlayan çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Kör ve az gören erişkin bireylerin öz yeterlilik, sosyal kaygı, baş etme becerileri ve çevrelerinin toplumsal katılımlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Bireylerin öğrenim düzeyleri görme engelinden olumsuz etkilenmektedir. Görenlerde eğitim düzeyinin yükselmesi ile bireylerin toplumsal katılıma dair farkındalıklarının da arttığı düşünülmektedir. Görenlerde tespit edilen eğitim düzeyi ile katılım ilişkisinin kör bireylerde görülmemesinin nedeninin çalışmaya alınan popülasyonun dar olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Az gören ve kör bireylerin toplumsal katılım beklentilerini de sorgulayan değerlendirmelerin yapılmasının ergoterapi müdahalelerini planlama aşamasında önemli olduğu düşünülmektedir.
- Kör ve az gören erişkin bireylerin öz yeterlilikleri ve baş etme becerileri kısıtlıdır. Bu becerilerdeki kısıtlılıklar bireyin toplumsal katılımını olumsuz etkilemektedir. Çalışmamızda görme kaybına sahip bireylerin karşılaştıkları güçlükleri aşmak amacıyla çözüm yolları aramaya çaba gösterdikleri ancak sıklıkla kaçınma reaksiyonlarında buldukları tespit edilmiştir. Az gören ve kör bireylerin öz yeterliliklerini ve baş etme becerilerini geliştirmeye yönelik planlanan kişi merkezli ve interaktif ergoterapi programlarının bu bireylerde mesleki, toplumsal ve sosyal (aile içi - aile dışı) katılımı destekleyebileceği düşünülmektedir.
- Genel olarak insanlarda artan sosyal kaygı katılımı olumsuz etkileyebilmektedir. Az gören ve kör bireylerin sosyal kaygı düzeyleri yüksektir. Az gören erişkin bireyler sahip oldukları görme ile bu sosyal kaygı ile bir ölçüde başa çıkabilmekte ancak bu, katılım kısıtlılığını ortadan kaldırmamaktadır. Kör erişkin bireylerde ise bu durum daha dikkat çekicidir. Doğal olan artan sosyal kaygı - azalan katılım ilişkisine bir de görme

engelinden kaynaklanan sosyal kaygı eklendiği için katılım kısıtlılığı kör bireylerde daha dramatik olmaktadır. Çevrenin fiziksel ve sosyal açıdan bilgilendirilmesi, ihtiyaç görülen düzenlemelerin yapılması ve aktivite analizleri sonucu planlanan, aktivite performansı ve çeşitliliğini artırmayı hedefleyen interdisipliner ergoterapi müdahale programlarının gerekli olduğu düşünülmektedir.

- Kör ve az gören bireyler çevresel faktörlerden sosyal destek ve sunulan fırsatlardan gören bireylere göre daha az yararlanabilmektedir. Kör ve az gören bireyler özellikle iş bulma konusunda ön yargılarla karşılaşmaktadırlar. Görme kaybı olan bireylerin toplumsal yaşama tam katılımlarının sağlanması için tutumların değiştirilmesi konusunda hem devlet eliyle yürütülen hem de dernekler aracılığıyla gerçekleştirilen çalışmaların ergoterapi programları ile zenginleştirilerek devam etmesi gerekmektedir. Kör ve az gören bireylerin toplumun etkin ve üretken bireyleri olmasının sağlanması için topluma yönelik engelliler hakkında bilgilendirici, görme engellilerin tanıtıldığı ve onların ihtiyaçlarına yönelik farkındalık ve duyarlılığın artırılmasını amaçlayan programlar ile işverenlerin aydınlatılması, dolayısıyla önyargıların azaltılması ve ortadan kaldırılması ile ilgili çalışmalar sürdürülmelidir.
- Kör ve az gören bireylerin mevcut potansiyellerini en üst düzeye çıkarmak ve topluma katılımlarını ve yaşam rollerini yeniden kazanmak için müdahalelerde bulunan, kişilerin aktivitelerini ve çevrelerini modifiye eden ergoterapistlerin ve ergoterapi alanında uzmanlaşmış fizyoterapistlerin rehabilitasyon çalışmaları içinde yer alarak bu bireylerin katılımlarına katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.
- Görme engelli bireyler, toplumun görme engeli ve görme engelliye nasıl yardım edileceği konusunda bilgi yetersizliği olduğunu vurgulamışlardır. Ergoterapistler ve ergoterapi alanında uzmanlaşmış fizyoterapistlerin devletin ilgili kurumları ve gönüllü kuruluşları ile iş birliği içinde basılı ve görsel materyaller ile toplumun bu konuda bilinçlendirilmesi ve farkındalığının artırılmasına yönelik plan ve projelerin yapılmasında önemli rol oynayacağı düşünülmektedir.

Görme kaybı yaşayan bireyin yaşamındaki değişiklikler bireylerde fiziksel, sosyal, emosyonel, ve psikolojik etkilenimlere yol açar. Bu etkilenimler, kişinin toplumsal hayata katılımında yetersizliklere neden olur. Bu nedenle kör ve az gören bireylerin katılımlarını artırmaya yönelik ergoterapi yaklaşımlarında bu faktörleri göz önünde bulundurmak önemlidir. Çalışmamız daha geniş popülasyonlarda, daha kapsamlı sosyo-kültürel düzeye sahip, ülkemizin farklı bölgelerinde yaşayan kör ve az gören bireylerin de dahil edildiği ve onların aktivite ve rol katılımlarını da kapsayan çalışmaların gerçekleşmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, ergoterapistler ve ergoterapi alanında uzmanlaşmış fizyoterapistlerin kör ve az gören bireylere karşı bireysel ve toplumsal tutumlarda yaratacağı değişikliklerle ve bu bireylerin aktivitelere katılımı için planlanacak interdisipliner çalışmalarla ergoterapi müdahale programlarına ışık tutacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Özürlüler Araştırması – Turkey Disability Survey. (2002). Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı, 21(4)
2. Akı, E., Kayıhan, H. (2003). Az gören çocuklarda görsel algılama eğitiminin yazma, okuma ve günlük yaşam aktivitelerine etkisi. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 14(3), 95-99.
3. Warren, M. (1995). Providing Low Vision Rehabilitation Services With Occupational Therapy and Ophthalmology: A Program Description. *The American Journal of Occupational Therapy*, 49(9), 877-883.
4. Salive, M. E., Guralnik, J., Glynn, R. J., Christen, W. (1994) Association of visual impairment with mobility and physical function. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(3), 287-292.
5. Sharon A. Haymes, A. W. Johnston, A. (2002) Relationship between vision impairment and ability to perform activities of daily living. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 22(2), 79–91
6. Gresham, F. M., Elliot, S. N. (1990). Social Skills Rating System. *Circle Pines: American Guidance Services*.
7. Bandura, A. (1994) Self efficacy. Ramachaudran, V.S. (Ed.) *In Encyclopedia of human behavior*, (71-81). New York: Academic Press
8. Gresham, F. M., Elliot, S. (1987). The relationship between adaptive behavior and social skills: Issues in definition and assessment. *The Journal of Special Education*, 21(1), 167-181.
9. Folkman S. (1984) Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.

10. Özkubat U. (2010) *Görme Engelli, Zihinsel Engelli ve Olağan Gelişim Gösteren Çocukların Sosyal Becerilerinin Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
11. Lamoureux, E. L., Hassell, J. B., Keeffe, J. E. (2004). The determinants of participation in activities of daily living in people with impaired vision. *American Journal of Ophthalmology*, 137(2), 265–270.
12. Alma, M.A.,Sijrike, F., Van der Mei,S.F. (2012) Determinants of social participation of visually impaired older Adults. *Quality of Life Research*, 21, 87–97.
13. WHO. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health, World Health Organization, Geneva.
14. Coroama, V., Rothenbacher,F. (2003). The Chatty Environment – Providing Everyday Independence to the Visually Impaired. *Ubi Health Workshop, Seattle*.
15. Kielhofner, G. (2004). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*. (3.Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
16. Dursunoğlu, H. (2010) İlk okuma yazma öğretiminde sesi sezdirmeye yönelik olarak yararlanılabilecek bazı görseller. *Erzincan Eğitim Fakültesi Dergisi*, 12(1), 91-105
17. Özyürek, M. (1998) Görme Engelliler, İçinde: Eripek, S.(Ed.), Özel Eğitim, 1018; *Türkiye: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları*, 129-155
18. Friedman, N.J., Kaiser, P. K., Trattler, W. B.(2009) Oftalmoloji Review of Ophthalmology. *Elsevier Saunders*, Philadelphia, 49-73
19. Uğuz, F., Dursun, R., Kaya, N., Çilli A.S. (2006). Behçet hastalarında ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:133-139
20. Acheson, J., Riordan, P. (1999). *Fundamentals of Clinical Ophthalmology Neuro-ophthalmology*. BMJ Books, London, 1-209
21. Ferner, R. E., Huson, S.M., Thomas, N. (2007). Guidelines for the diagnosis and management of individuals with neurofibromatosis 1. *Journal of Medical Genetics*, 44,81–88.

22. Ünlüerçi, C. (2007). Göz Sağlığı Göz Hastalıklarının Nedenleri, Önlemleri ve Tedavileri. Göz Sağlığını Koruma ve Görme Engellilere Hizmet Derneği, İstanbul, 8-85.
23. Çetinkaya, S., Özeç, A., Özdemir, D., Kavakcı, Ö. (2013). Glokom hastalarının depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri ile başa çıkma tutumları. *Cumhuriyet Medical Journal*, 35(1), 39-50.
24. Fahim, T. A., Daiger, S. P., Weleber, R. G. (2013). Retinitis Pigmentosa Overview. *Gene Reviews*, Internet. Erişim tarihi: 15 Haziran 2013 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1417/>
25. Karakaya, M. (2005) ***Komplike Retina Dekolmanı Olan Olgularda Pars Plana Vitrektomi Sırasında 5-Fluorourasil Ve Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin Kullanılmasının Retina Dekolman Rekurensine Etkisi***, Uzmanlık Tezi, Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
26. Kolat, S. (2009) ***Avrupa Birliği Sosyal Politikası Çerçevesinde Özürlülere Yönelik Ayrımcılıkla Mücadele ve Türkiye’de ki Yansımaları***, Uzmanlık Tezi, T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Ankara.
27. Colenbrander, A., Fletcher, D.C. (1995). Basic Concepts and Terms For Low Vision Rehabilitation. *The American Journal of Occupational Therapy*, 49 (9), 865-869.
28. Colenbrander, A. (2002). Visual Standards – Aspects and Ranges of Vision Loss. *International Council of Ophthalmology*, 1-33.
29. Colenbrander, A. (1999). Guide for the Evaluation of Visual Impairment. *International Society for Low vision Research and Rehabilitation*, 1-32.
30. Colenbrander, A. (2003). Aspects of Vision Loss – Visual Functions and Functional Vision. *The Journal of the International Society for Low Vision Research*, 5 (3), 1-22.
31. WHO. (October, 2013). Visual impairment and blindness. Erişim tarihi: 25 Mayıs 2013, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>
32. Negrel AD, Minassian DC, Sayek F. (1996). Blindness and low vision in southeast Turkey. *Ophthalmic Epidemiology*, 3127-34.

33. Ceyhan, D., Yaşar, T., Demirok, A. (2012). Sağlık Kurulu Raporlarına Göre Van Bölgesinde Görme Özürlülük Nedenleri. *Turkish Journal of Ophthalmology*, 42(2), 131-134.
34. Haymes, S.A., Johnston, A.W., Heyes, A.D. (2002) Relationship between vision impairment and ability to perform activities of daily living. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 22, 79-91.
35. Oh, H., Öztürk, M.A., Kozub, F.M. (2004) Physical activity and social engagement patterns during physical education of youth with visual impairments. *RE:view*, 36(1), 39-48.
36. Longmuir, P. (1998). Considerations for fitness appraisal, programming and counseling of individuals with sensory impairment. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 33(2), 166-184.
37. Houwen, S., Hartman, E., Visscher, C. (2008) Physical Activity and Motor Skills in Children with and without Visual Impairments. *Official Journal of the American College of Sports Medicine*, 103-109
38. Uysal, A. S., Akı, E. (2009). Görme engelli çocukların mobilite düzeylerinin incelenmesi: pilot çalışma. *Fizyoterapi ve Rehabilitasyon*, 20(3), 201-206.
39. Wong HB, Machin D, Tan S.B. ve ark. (2009). Visual impairment and its impact on health-related quality of life in adolescents. *American Journal of Ophthalmology*, 147(3), 505-511.
40. West, S.K., Rubin, G.S., Broman, A.T., Munoz, B., Bandeen-Roche, K., Turano, K. (2002) How Does visual impairment affect performance on tasks of everyday life? *Archives of Ophthalmology*, 120, 774-781.
41. Berger, S., Porell, F. (2008) The Association Between Low Vision and Function, *Journal of Aging and Health*, 20(5), 504 – 525.
42. Kuyk, T., Eliot, J., Fuhr, P. (1998) Visual correlates of mobility in real word setting in older adults with low vision. *Optometry and Vision Science*, 75, 538-547.
43. Turano, K., Rubin, G., Quigley, H. (1999) Mobility performance in glaucoma. *Investigative Ophthalmology and Visual Science* 40, 2803-2809.

44. Özçelik, İ. (1983). Görme Özürlülerin Psiko-Sosyal Gelişimlerinin Değerlendirilmesi, 7-11 Yaş Arası. *Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(12), 47-63.
45. Huurre, T.M., Aro H.M. (1998) Psychosocial development among adolescents with visual impairment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 73-78.
46. Demir, T., Şen, Ü. (2009) Görme Engelli Öğrencilerin Çeşitli Değişkenler Açısından Öğrenme Stilleri Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2;8: 154-161.
47. Ress, G., Tee, H.W., Marella, M., Fenwick, E., Dirani, M., Lamoureux, E.L. (2010) Vision-Specific Distress and Depressive Symptoms in People. *Ophthalmology & Visual Science*, 51,6; 2891-2896.
48. Schinazi, V.R. (2007) Psychosocial implications of blindness and low-vision. Centre for Advanced Spatial Analysis University College London – Working Papers Series.
49. Thurston, M., Thurston, A., McLeod, J. (2010). Socio-emotional effects of the transition from sight to blindness. *British Journal of Visual Impairment* 28(2), 90-112.
50. Welsh, R.L., Tuttle, D.W. (1997). Congenital and Adventitious Blindness. In *Foundations of Rehabilitation Counseling With Person Who Are Blind Or Visually Impaired*. Moore, J.E., Graves, W.H., Patterson, J.B. (ed.) ABD: AFB Pres.
51. Bruce, S.M. (2004) Visual Impairment Across the Life Span. *Encyclopedia of Applied Developmental Science*, Sage Publications 1126-1130.
52. Law, M.C., McColl, M.A. (2010) *Interventions, Effects, and Outcomes in Occupational Therapy: Adults and Older Adults*. (1- 13,155-183). USA: Slack Incorporated
53. Law, M. (2002). Participation in the Occupations of Everyday Life. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(6), 640–649.

54. American Occupational Therapy Association. (2008) Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.) *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 625-683.
55. Bornman, J. (2004) 'The World Health Organisations' Terminology and Classification: Application to Severe Disability', *Disability and Rehabilitation* 26(3):182-8
56. Salar, S. (2011). ***Omurluk yaralanması olan kişilerde çevresel faktörlerin toplumsal katılım ve yaşam memnuniyetine etkisi.*** Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
57. Kielhofner, G. (2004). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*. (3.Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company
58. Pendleton H. Mc., Schultz-Krohn W., (2006) *Pedretti's Occupational Therapy Practice Skills for Physical Dysfunction*. (6.bs.). USA: Elsevier.
59. Law, M. (2005). *Measurement In Occupational Therapy*. B. C. Law M., Dunn W., (Ed.). Measuring Occupational Performance (3-21). U.S.A: Slack Incorporated.
60. Scaffa, M.E. (2010) Occupational Therapy Conceptual Models for Health Promotion Practice. Scaffa, M.E., Reitz, S.M., Pizzi, M.A., (Ed.). *Occupational Therapy in the Promotion of Health and Wellness* (s. 22-35). U.S.A.: F.A. Davis Company.
61. Cole, M.B. (2005) A Model of Human Occupation Approach. Cole, M.B., (3.Ed.) *Group Dynamics in Occupational Therapy*. (s.264-285) U.S.A: Slack Incorporated.
62. Forsyth, K., Kielhofner, G. (2003) A Model of Human Occupation. Kramer, P., (Ed.) *Perspectives on human occupation participation in life* (2-65). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
63. Kramer, J.,Kielhofner, G., Forsyth, K.,(2008) Assessments Used With the Model of Human Occupation. In. Hemphill-Pearson, B.J. *Assessment in Occupational Therapy Mental Health: a integrative approach* (2.ed.), (159-184). Thorofare: Slack Incorporated.

64. Bolat, O.İ. (2011). Öz Yeterlilik ve Tükenmişlik İlişkisi: Lider-Üye Etkileşiminin Aracılık Etkisi. *Ege Akademik Bakış*, 11(2),255 – 266.
65. Üstüner, M., Demirtaş, H., Cömert, M., Özer, N. (2009) Ortaöğretim Öğretmenlerinin Öz-Yeterlilik Algıları, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9(17), 1-16.
66. Blazer, D. G. (2002). Self-efficacy and depression in late life: a primary prevention proposal. *Aging and Mental Health*, 6 (4), 315 – 324.
67. Bandura, A. (1997). *Self efficacy: The exercise of control*. New York:W.H. Freeman and Company
68. Özkasap, M. (2009) *An Exploration of Self- efficacy Beliefs for Self Regulated Learning and Perceived Responsibility for English Learning of EFL Students in a Turkish University*, Master's Thesis, Bilkent University The Department of Teaching English as a Foreign Language, Ankara
69. Bandura, A.(Ed.). (1995). *Self efficacy in changing societies*. New York: Cambrige University Pres.
70. Eaton, M. J., & Dembo, M. H. (1997). Differences in the motivational beliefs of asian american and non-asian students. *Journal of Educational Psychology*, 3, 433-440.
71. Sharp, C. (2002). Study support and the development of self-regulated learner. *Educational Research*, 44, 29-42.
72. Bandura, A.(2000). Cultivate Self-Efficacy for Personal and Organizational Effectiveness". E.A.Locke (Ed.), *Handbook of Principles of Organizational Behavior*, Oxford: Blackwell Publishing, 120–135.
73. Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory of Mass Communication. J. Bryant & D. Zillman (Ed.) *Media Effects: Advances in Theory and Research* (Second Edition). 121–153.
74. Bandura, A. (2002). Growing Primacy of Human Agency in Adaptation and Change in the Electronic Era. *European Psychologist*, 7(1), 2–16.
75. Lombardo, T. (2006). Thinking Ahead: The Value od Future Consciousness. *The Futurist*, 40, 1, 45-50.

76. Özçakar, N., Kartal, M., Dirik, G., Tekin, N., Güldal, D. (2012) Burnout And Relevant Factors In Nursing Staff: What Affects The Staff Working In An Elderly Nursing Home? *Turkish Journal of Geriatrics*, 15 (3), 266-272.
77. Keilhofner, G. (2008). Volition. Keilhofner, G (ed) In *Model of Human Occupation*. (4.ed.) (32-47) U.S.A.: Lippincott Williams & Wilkins.
78. Luszczynska, A., Gutie Rrez-DonA, B. & Schwarzer, R. (2005). General Self-Efficacy in Various Domains of Human Functioning: Evidence From Five Countries. *International Journal of Psychology*, 40, 2, 80–89.
79. Basım, H.N., Korkmazyürek, H., Tokat, A.O. (2008) Çalışanların Öz Yeterlilik Algılamasının Yenilikçilik Ve Risk Alma Üzerine Etkisi: Kamu Sektöründe Bir Araştırma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 19; 121-130.
80. Sherer M, Maddux J, Mercandante B, Prentice- Dunn S, Jacobs B, Rogers R. (1982) The self efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports*, 51,663-671.
81. Gözüm S, Aksayan S.(1999) Öz-Etkililik-Yeterlik ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2, 21-34.
82. Yıldırım, F., İlhan, İ. (2010) Genel Özyeterlilik Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(4),301-8.
83. Yeşilay, A. (1996). Genelleştirilmiş Öz Yetki Beklentisi. Erişim Tarihi: 18 Haziran 2013 <http://userpage.fu-berlin.de/~health/turk.htm>
84. Tayfur, Ö. (2005). *Antecedents of Feedback Seeking Behavior*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. ODTÜ. Ankara
85. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. (1986) Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
86. Tuğrul, C.D. (2000). Stres ve Depresyon. *Psikiyatri Dünyası*, 4, 12-17.

87. Ağargün, M.Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü.K., Özer, Ö.A., Kara, H. (2005). COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6:221-226
88. Schnider, K. R., Elhai, J. D., & Gray, M. J. (2007). Coping style use predicts posttraumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 344-350.
89. Brennan, M. (2002) Spirituality and Psychosocial Development in Middle Age and Older Adults with Vision Loss. *Journal of Adult Development*, 9(1); 31-46.
90. Kayahan, M., Sertbaş, G. (2007) Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 8:52-61.
91. Eşel, E. (2003) Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 13, 78-87.
92. Christensen PN, Murray BS, Means-Christensen A. (2003) Social anxiety and interpersonal perception: a social relations model analysis. *Behavior Research and Therapy*, 4, 1355-1371.
93. Akkoyunlu, C. (2012). Tip II Diabet Mellit ve Romatoid Artrit Hastalarında Hastalık Algısının Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Başkent Üniversitesi, Ankara*.
94. Dilbaz, N. (2000). Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı. *Klinik Psikiyatri*, 2: 3-21
95. Ersoy, F., Edirne, T., Oğuz, T.F. (2003). Birinci Basamakta Anksiyete Bozuklukları – 3. *Sted*, 12(10), 366-369
96. Binbay, Z., Koyuncu, A. (2012). Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Duygu durum Bozuklukları Birlikteliği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(1),1-13
97. Evren C. (2010). Sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2, 473-515
98. Wilson JK, Rapee RM. (2006) Self-concept certainty in social phobia. *Behavior Research and Therapy* 44, 113-136.

99. Wittchen, H.U., Beloch, E. (1996). The impact of social phobia on quality of life. *International Clinical Psychopharmacology*, 11(3),15-23.
100. Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V. (1986). Psychopathology of social phobia comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95,389-394.
101. Eric A. Rosenberg, E.A., Sperazza, L.C. (2008) The Visually Impaired Patient. *American Family Physician*, 77(10), 5-15.
102. Davidson JRT, Potts NLS, Richichi EA ve ark. (1991) The Brief Social Phobia Scale. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52:48-51.
103. Halliday Pulaski K. (2003). Adult Neurological Dysfunction. Brededell Crepeau, E., Cohn, E.S., Boyt Schell, B.A. *Willard & Spackman's Occupational Therapy*, (10.bs.) (s. 767-788). Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.
104. Fougeryrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Cote, J., St Michel, G. (1999). The Quebec Classification: Disability Creation Process.(1:14).*Quebec: International Network on the Disability Creation Process*, ISBN 2-922213-00-5
105. Schneidert, M., Hurst, R., Miller, J., Üstün, B. (2003). The Role of Environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation*, 25(11-12), 588–595.
106. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Müdürlüğü, Engelliler Kanunu ile İlgili Mevzuat, T.C. Anayasası. Erişim Tarihi: 29 Haziran 2013 <http://www.eyh.gov.tr/tr/html/8173/1.1>
107. Altı Nokta Körler Vakfı, Avrupa Körler Birliği (2001) Görme Engelliler Bilgi ve İletişim Projesi. Erişim tarihi: <http://www.6nokta.org.tr/projeler.html#104>
108. Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi, Erişim Tarihi: 29 Haziran 2013 http://www.eyh.gov.tr/upload/Node/8137/files/bm_engellihaklarisozlesmesi.pdf

109. T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi. Ulaşılabilirlik Stratejisi ve Eylem Planı (2010-2011) Erişim tarihi: 29 Haziran 2013 <http://www.ozida.gov.tr/ulasilabilirlik/Belgeler/>
110. Parashar, D., Chan, F. & Leierer, S. (2008). Factor influencing Asian Indian graduate students' attitudes toward people with disabilities. *Rehabilitation Counselling Bulletin*, 51 (4), 229-239.
111. Robinson, C., Martin, J. & Thompson, K. (2007). Attitudes towards and perceptions of disabled people – Findings from a module included in the 2005 *British Social Attitudes Survey*. *Disability Rights Commission*.
112. Wolman, C., McCrink, C.S., Rodriguez, S.F., & Harris-Looby, j. (2004). The accommodation of university students with disabilities inventory (AUSDI): Assessing American and Mexican faculty attitudes toward students with disabilities. *Journal of Hispanic Higher Education*, 3(3), 284-295.
113. T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi (2008), *Özürlülük Eğitimi: Toplum Özürlülüğü Nasıl Anlıyor Temel Araştırması*, Ankara
114. Altı Nokta Körler Vakfı (2011) Görme Engellilerin Günlük Yaşama ve Eğitime Katılımı Projesi. Erişim Tarihi: 29 Haziran 2013 <http://www.6nokta.org.tr/>
115. National Council for the Blind of Ireland. Guidelines for Accessibility of the Built External Environment. Erişim tarihi: 29 Haziran 2013 <http://www.ncbi.ie/information-for/architects-engineers/guidelines-for-accessibility-of-the-built-environment>
116. WHO, 2002. Community Participation. (Erişim tarihi: 27 haziran 2013) <http://www.who.or.id/eng/contents/aceh/wsh/books/es/ES12CD.pdf>
117. Dijkers M. (1998). Community İntegration: Conseptual Issues and Measurement Approaches in Rehabilitation Research. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 4, 1-15.
118. Alma, M.A., Van der Mei, S.F., Dankers, B.J.M. (2011) Participation of the elderly after vision loss. *Disability and Rehabilitation*, 33(1), 63-72.

119. Brakel, W.H.N., Anderson, A.M., Mutatkar, R.K., Bakirtzief, Z., Raju, M.S. (2006) The Participation Scale: Measuring a key concept in public health. *Disability and Rehabilitation*, 28(4), 193-203.
120. Durak, S., Durak, E., M., & Elagöz, F. Ö. (2011). Testing the psychometric properties of the Ways of Coping Questionnaire (WCQ) in Turkish university students and community samples. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(2), 172-185. doi: 10.1002/cpp.677
121. Dilbaz N, Guz H (2001b) Liebowitz sosyal kaygı ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul, 2-6 Ekim, 2001.
122. Parkinson, S., Fisher, G., & Fisher, J. (2011). *The Residential Environment Impact Survey-Short Form version 2.2*. Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chicago
123. Fisher, G., Kayhan, E. (2012) Developing the Residential Environment Impact Survey Instruments Through Faculty–Practitioner Collaboration. *Occupational Therapy in Health Care* 26 (4); 224-239
124. Kelders, R., Brakel, W.V., Beise, K. (2012) Testing and validating a simplified scale to measure social participation of people with disabilities in Indonesia. *Disability and Rehabilitation*, 34(8): 638-646
125. National Federation of the Blind- Erişim tarihi: 10 Ağustos 2013
www.nfb.org/factsaboutblindnessintheus
126. Tufan, İ., Arun, Ö. (2006) *Türkiye Özürümler Araştırması İkincil Analizi*. TÜBİTAK. Proje no: SOBAG-104K077. Ankara.
127. McAuley, E., Konopack, J. F., Motl, R. W., Morris, K. S., Doerksen, S. E., & Rosengren, K. R. (2006). Physical activity and quality of life in older adults: Influence of health status and self-efficacy. *Annals of Behavioural Medicine*, 31 (1), 99 – 103.
128. Talbert, L.K. (2008) *The Relationship Between General Self-Efficacy and Vision Targeted Health-Related Quality of Life in Adults Diagnosed With Vision Impairment*, Doctoral Thesis, Walden University, College Of Social And Behavioral Sciences, ABD

129. Brown, R.L., Barrett, A.E. (2011). Visual impairment and quality of life among older adults: an examination of explanations for the relationship. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(3), 364–373
130. Bittner, A.K., Edwards, L., George, M. (2010) Coping strategies to manage stress related to vision loss and fluctuations in retinitis pigmentosa. *Optometry*, 81, 461-468
131. Wulsin, L.R., Jacobson, A.M., Rand, L.I. (1991) Psychosocial Correlates of Mild Visual Loss. *Psychosomatic Medicine*, 53: 109- 117
132. Jackson, W.T., Taylor, R.E., Palmatier, A.D., Elliott, T.R., Elliot, J.L. (1998) Negotiating the Reality of Visual Impairment: Hope, Coping and Functional Ability. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 5,2: 173-185
133. Upton, L. R., Bush, B. A., & Taylor, R. E. (1998). Stress, coping, and adjustment of adventitiously blind male veterans with and without diabetes mellitus. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 92, 656-665.
134. Matt, R.A. (2011) ***Spirituality, Religiosity, Coping Strategies And Multiple Domains Of Functioning For Adults With Vision-Related Disability***, Doctoral Thesis, Purdue University, Philosophy, Indiana
135. Leo, D.D., Hickey, P.A., Meneghel, G., Cantor, C.H. (1999) Blindness, Fear Of Sight Loss, And Suicide. *Psychosomatics* 40,4; 339-345.
136. Karlsson, J. S. (1998) Self-reports of psychological distress in connection with various degrees of visual impairment. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 92,7;483-49
137. Kleinschmidt, J.J., White, G.L., Richardson, G.E., Edwards, M.E. (1995) The Role of Control in Depression, Anxiety, and Life Satisfaction among Visually Impaired Older Adults. *Journal of Health Education*, 26,1; 26-36
138. Evans J.R., Fletcher, A.E., Wormald, R.P. (2007) Depression and Anxiety in Visually Impaired Older People. *Ophthalmology*, 114, 2; 283-288.
139. Askari, S., Safaroudi, N., Kamali, M., Khalafbeigy, M. (2010) Environment and Blindness situation in Iran. *Iranian Rehabilitation Journal*, 8(11), 34-42.

140. Burcu E. (2007). *Türkiye 'de Özürlü Birey Olma: Temel Sosyolojik Özellikleri ve Sorunları Üzerine Bir Araştırma*. (1. baskı), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
141. Brouwer, D.M., Sadlo,G., Winding,K., Hannemen, M.I.G. (2005) Limitation in mobility : Experiences of visually impaired older people. *A phenomenological study. International Congress Series*, 1282;474-476.

EKLER

EK 1. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Ad Soyad:

Doğum Tarihi:

Cinsiyet:

Engel Oranı:

Yardımcı Cihaz Kullanımı:

Mesleğiniz:

Medeni Durum:

Eğitim Durumu:

İlkokul
Ortaokul
Lise
Yüksek okul

Üniversite
Lisansüstü
Doktora

Aylık gelir düzeyi:

0-500 TL
501- 1500 TL
1501- 2500 TL
2500 TL ve üzeri

Görme Kaybı:

Doğuştan

Sonradan

Alınan yardımın/desteğin varlığı:

Görme Durumu:

Az Gören

Kör

EK 2. ÖZYETERLİLİK ÖLÇEĞİ

Açıklama:

Aşağıda çeşitli konulardaki düşüncelerinizi öğrenmek üzere cümleler verilmiştir. Cümlede geçen ifadenin sizi ne kadar tanımladığını, lütfen, size uygun olan bölmeye işaretleyiniz.

Sizi ne kadar tanımlıyor?

| | Hiç | | | Çok | |
|--|-----|---|---|-----|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Planlar yaparken, onları hayata geçirebileceğimden eminimdir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Sorunlarımdan biri, bir işe zamanında başlayamamamdır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam, başarana kadar uğraşırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada, pek başarılı olamam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Her şeyi yarım bırakırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Zorluklarla yüz yüze gelmekten kaçınırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Yeni bir şey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeye çalışmaktan kaçınırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Başarısızlık benim azmimi arttırır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Yeteneklerime her zaman çok güvenmem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Kendine güvenen biriyim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Kolayca pes ederim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla başedebileceğimi sanmıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

EK 3. BAŞETME YOLLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda, stresli durumlar karşısında kişilerin davranış, düşünce ve tutumlarını belirten bazı cümleler verilmiştir. Lütfen, her cümleyi dikkatle okuyunuz. Yaşamınızda karşılaştığınız sorunlarla başa çıkmak için, bu cümlelerde anlatılanları ne sıklıkla kullandığınızı size uygun gelen rakamı daire içine alınız. Hiçbir cümleyi cevapsız bırakmamaya çalışınız. Her cümle ile ilgili yalnız bir cevap kategorisini işaretleyiniz.

| Sorular | Hiçbir zaman | Çok nadir | Bazen | Çoğu zaman | Her zaman |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 Bir sıkıntı olduğunu kimsenin bilmesini istemem | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 Çevremdeki insanlardan problemi çözmede bana yardımcı olmalarını beklerim | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 Olayın değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 “Allah’ın takdiri buymuş” diye kendi kendimi teselli ederim | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 Sıkıntımdan kaçmak için değişik işlerle uğraşırım | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 Bu dertten kurtulayım diye fakir fukaraya sadaka veririm | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 Problemin ciddiyetini anlamaya çalışırım | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 Sıkıntımdan uzaklaşmak için yürüyüşe çıkarım ya da egzersiz yaparım | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 “Hep benim yüzümden oldu” diye kendimi suçlarım | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10 “Her işte bir hayır vardır” diye düşünürüm | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11 İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12 Ne yapacağıma karar vermeden önce arkadaşlarımın fikrini alırım | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13 “Bu benim suçum” diye kendimi eleştiririm | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 14 Olanlardan kimseye söz etmemeyi tercih ederim | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15 Sıkıntımdan uzaklaşmak için değişik yerlere (alışverişe, kahvehaneye vb.) giderim | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16 Neler olabileceğini düşünüp ona göre davranmaya çalışırım | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17 Öneri almak için ailemdeki bireylerle konuşurum | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18 Problemin çözümü için adak adarım | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19 Sıkıntımdan kaçmak için vermem gereken kararı ertelemeye çalışırım | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20 Alın yazısına ve bunun değişmeyeceğine inanırım | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21 Problemi adım adım çözmeye çalışırım | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22 Problemin çözümü için hocaya okunurum | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23 Dua ederek Allah'tan yardım dilerim | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24 Sıkıntımdan kaçınmak için her zamankinden daha fazla yerim ya da içerim | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25 Ne yapılacağını planlayıp ona göre davranırım | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26 Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27 Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28 Nazarlık takarak, muska taşıyarak benzer olayların olmaması için çalışırım | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29 Duygularımı kimseye paylaşmam, kendime saklarım | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30 Ne olup bittiğini anlayabilmek için sorunu enine boyuna düşünürüm | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31 Sorunun nedenleri hakkında kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

EK 4. LIEBOWITZ SOSYAL ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

| Uyarılar: Tüm seçeneklere geçen haftayı düşünerek-bugün de dahil olacak şekilde puan veriniz. Eğer durumlardan biri geçen hafta içerisinde oluşmadıysa, bu durumla karşılaştığınızda göstereceğiniz tepkiyi puanlayınız. Her bir durum için (yaşanmış olan ya da yaşanmış olduğu varsayılan) hem “korku ya da anksiyete”nin derecesini hem de “kaçınma” sıklığını puanlayınız. | | |
|--|--|---|
| | Korku ya da anksiyete 1=yok 2=hafif 3=orta 4=şiddetli | Kaçınma 1=asla (%0) 2=ara sıra (%1-33) 3=sıkça (%34-67) 4=genellikle (%68-100) |
| 1. Topluluk içerisinde telefon etmek | | |
| 2. Küçük bir grupta beraber bir aktiviteye katılmak | | |
| 3. Toplulukta yemek yemek | | |
| 4. Toplulukta içecek içmek | | |
| 5. Yönetici konumundaki biri ile konuşmak | | |
| 6. Seyirci önünde rol yapmak, oynamak ya da konuşmak | | |
| 7. Bir partiye / davete gitmek | | |
| 8. Biri ya da birileri tarafından izlenirken çalışmak | | |
| 9. Biri ya da birileri tarafından izlenirken yazı yazmak | | |
| 10. Çok iyi tanımadığınız birine telefon etmek | | |
| 11. Çok iyi tanımadığınız biri ile yüz yüze konuşmak | | |
| 12. Yabancılarla tanışmak | | |
| 13. Genel bir tuvalette idrar yapmak | | |
| 14. Başkalarının oturuyor olduğu bir odaya girmek | | |
| 15. İlgi merkezi olmak | | |
| 16. Ön hazırlık olmadan bir toplumda konuşmak | | |
| 17. Beceri, bilgi ya da yetenek ile ilgili bir sınava girmek | | |
| 18. Çok iyi tanımadığınız birine karşı görüş bildirmek ya da onunla aynı fikirde olmadığınızı söylemek | | |
| 19. Çok iyi tanımadığınız birinin doğrudan gözlerinin içine bakmak | | |
| 20. Bir gruba sözlü rapor vermek | | |
| 21. Cinsel ya da romantik bir ilişki amacıyla biriyle yakınlaşmaya çalışmak | | |
| 22- Bir malı parası iade edilmek üzere geri götürmek | | |
| 23. Bir parti / davet vermek | | |
| 24. Israrcı bir satıcıyı reddetmek | | |

EK 5. YAŞAMA ORTAMI ETKİ ANKETİ: KISA FORM (REIS-SF) (U.K. VERSİYONU)

| | |
|---------------|-----------------------|
| Tarih: | Değerlendiren: |
| Adres: | |
| Kişi: | Doğum Tarihi: |

| Bilginin kaynağı: | Evet | Hayır | ev/yapı açıklaması: |
|--|------|-------|---------------------------------------|
| Uyumun Gözlenmesi | | | |
| ilgili kişilerin görüşleri yaşayanlar*/paylaşımlı biçimde ikamet edenler* * uygun şekilde silin | | | isimler ve kişi ile ilişki: |
| personel*/bakıcı* görüşleri * uygun şekilde silin | | | isim ve belirtiler: |
| tamamlanan diğer resmi değerlendirmeler | | | değerlendirmelerin isim ve adresleri: |

Değerlendirme Ölçeği Aşağıda bulunan her bir öge, yaşama ortamına ilişkin bir husus ile ilgili olup 4-puanlık bir ölçek ile puanlandırılmaktadır. Puanlama, çevreye ilişkin hususların, kişinin ilgi ve ihtiyaçlarını ne ölçüde karşıladığını ve uygun destek ve fırsatların ne ölçüde sunulmakta olduğunu ortaya koymak için gerçekleştirilmektedir.

| | | |
|------------|-------------------------------------|--|
| 4 | Kuvvetli | İstisnai fırsat ve destek |
| 3 | Uygun | Uygun fırsatlar ve destek |
| 2 | Geliştirilmeye ihtiyacı var | Fırsat ve desteğe ilişkin bazı kısıtlamalar mevcut |
| 1 | Önemli ölçüde geliştirilmeli | Fırsat ve desteğe ilişkin önemli kısıtlamalar mevcut |
| X | Değerlendirme Dışı | Bu öge için yeterli bilgi mevcut değil |
| U/D | Uygun Değil | Bu öge söz konusu koşullar için geçerli değildir |

| |
|-------------------|
| Özet & Tavsiyeler |
|-------------------|

İmza:

Unvan:

| FİZİKSEL ALAN | | | |
|---|-----------------------|--|---|
| Alana erişim Engelsiz, bağımsızlığı kolaylaştıran ve güvenli uygun ulaşabilirlik sağlayan fiziksel alan | 4 3 2 1 X | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | U/D Güvenlik, ortama erişim kolaylığı ve ortam içerisindeki alalara ilişkin yorumlar - kilitler, koridorlar (kapı kolları, kapı genişliği ve kapı ağırlıkları dahil olmak üzere), merdivenler (trabzanlar, tutma demirleri dahil olmak üzere), bariyerler, karmaşıklık düzeyi, ışıklandırma ve zemin |
| Yapılar Bireysel ihtiyaçların karşılandığı fiziksel alan | 4 3 2 1 X | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | U/D Banyo, oturma odası, mutfak, çamaşır bölümü, saklama, özel alan ve sosyal alanlar dahil olmak üzere mevcut yapılara ilişkin yorumlar |
| Doğal ortam Uygun ulaşabilirlik ve uyaran sağlayan ev çevresindeki alan | 4 3 2 1 X | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | U/D Zeminlerin, basamakların, genel görüntünün ve doğal ışıklandırmanın durumu ve çekiciliğine ilişkin yorumlar |
| Duyusal nitelikler Uygun ve bireysel ihtiyacı karşılayan duyuşsal ortam | 4 3 2 1 X | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | U/D Gürültü seviyesi, sessiz alanların mevcudiyeti, kokular, sıcaklık, duyuşsal koşulları değiştirebilme fırsatları, görsel ve duyuşsal ilgi dağıtıcı faktörler ve rahatlık ile ilgili yorumlar |
| Evsel nitelikler Evin rahatlığı, çekiciliği, kültürel açıdan uygunluğu ve davetkarlığı | 4 3 2 1 X | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | U/D Kişiselleştirme imkanı, dekor, yemekler, müzik, duvarlarda resimlerin mevcudiyeti, fotoğraflar, kalite, mobilyaların rahatlığı ve kalitesi ile zemin ile ilgili yorumlar |

| KAYNAKLAR | | | |
|--|------------------------------|--|---|
| GYA öğeleri Günlük yaşam aktivitelerine ilişkin öğelerin mevcudiyeti ve uygun şekilde kullanımına ilişkin verilmesi gereken destek | 4 3 2 1 X U/D | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Ev içi ekipmanlar ile giysi ve bakım gereçleri dahil olmak üzere kişisel eşyaların mevcudiyeti |
| Boş zaman öğeleri Boş zaman öğelerinin mevcudiyeti ve uygun şekilde kullanımına ilişkin verilmesi gereken destek | 4 3 2 1 X U/D | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Kitaplar, filmler, televizyon, bilgisayar, egzersiz ve yaratıcılığı geliştirici yerlere erişim ile ilgili yorumlar |
| Ayarlanabilir ekipman ve destekler Gerekli Ayarlanabilir ekipmanların sağlanması ve kullanım uygunluğu | 4 3 2 1 X U/D | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Mobilite ve duyuşsal yardımlar, uygun mobilyalar, giyinme, yeme-içme, banyo yardımları ile planlar, kontrol listeleri, fotoğraflar ve işaretler gibi kognitif destekler ile ilgili yorumlar |

| SOSYAL DESTEK | | | |
|--|------------------------------|--|---|
| Çalışan / Bakıcı İlişkileri Personel/bakıcılar ile olan ilişkilerin olumlu olması ve uygunluğuna ilişkin değerlendirmeler | 4 3 2 1 X U/D | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Personel/bakıcılar ile etkileşimin niteliği, personel/bakıcı rolleri, davranışları, yaklaşımları ve duyguları (problemlerin çözülmesi, amaçların belirlenme süreci, eğitim, koordinasyon ve yetki sağlanmasına ilişkin destekler) ile ilgili yorumlar |
| Yaşlılar ile etkileşim / Diğerleri ile etkileşim Evi ziyaret eden veya paylaşan diğer kişilerin gerekli desteği verip vermediğinin değerlendirilmesi | 4 3 2 1 X U/D | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Etkileşimin niteliği ve kalitesi, diğer yaşayan kişilerin/aile üyelerinin davranışları, yaklaşımları ve duyguları, etkileşim fırsatları ve problemlerin çözülmesine ilişkin yorumlar |
| Karar verme Evdeki yaşamı etkileyen hususlarda karar verme fırsatları sunulup sunulmadığının değerlendirilmesi | 4 3 2 1 X U/D | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Ev giderleri ve bütçe yönetimi, geleceğe ilişkin eylemlerin planlanması veya ev ile ilgili düzenlemelerde yer alabilme olanakları ile ilgili yorumlar |
| Destek seviyesi Mevcut destek seviyesinin uygun, istenilen düzeyde ve maksimum katılımı destekleyici nitelikte olup olmadığının değerlendirilmesi | 4 3 2 1 X U/D | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Etkileşim noktaları, esneklik ve uzman bakımı dahil olmak üzere kişisel ve sosyal desteğin ne ölçüde mevcut olduğuna ilişkin yorumlar |

| FIRSATLAR | | | | |
|---|-----------------------|--|-----|--|
| Günlük faaliyetler Bireysel ihtiyaç ve ilgilerin bağımsız ve otonom karşılanması için fırsatlar | 4 3 2 1 X | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | U/D | Günlük kişisel, evsel ve dinlenme etkinliklerinin bağımsız olarak sürdürülebilmesine ilişkin fırsatları yorumlayın |
| Rol gelişimi & kendini ifade edebilme Olumlu ve anlamlı rollerin geliştirilebilmesi ve kendini ifade edebilme fırsatlar | 4 3 2 1 X | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | U/D | Yaşamsal kimliğin geliştirilmesi ve desteklenmesine ilişkin kaynaklar (sosyal, eğlence, inanç ve konuşma fırsatları) ile bireyselliğin ifade edilebilmesine ilişkin fırsatlar: giyim ve kişisel alanın dekore edilmesi dahildir) |
| Çizelge/Rutin Maksimum katılım ve bağımsızlık için çizelge ve rutin kolaylıkları | 4 3 2 1 X | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | U/D | Kişisel/evsel rutinin genel işlev ve günlük/haftalık plan üzerine etkisi ile belirlenen rutinin dışına çıkabilme olanağı sunan fırsatlara ilişkin yorumlar |
| Toplumsal faaliyetler Daha geniş bir topluluğa ulaşmak için kullanılacak fırsatlar ve kaynaklar | 4 3 2 1 X | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | U/D | Topluluk etkinlikleri ve mağazalar, parkalar ve inanç topluluklarına yapılacak geziler dahil olmak üzere dışarı çıkma, ulaşım ve erişim gibi hususlara ilişkin sosyal katılım fırsatları ile ilgili yorumlar |
| Dışarı ile iletişim İletişimin koordine edilmesi ve dış dünya ile irtibat kurabilme | 4 3 2 1 X | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | U/D | Dışarıdaki aile bireyleri ve arkadaşlar ile iletişim olanağı sunan telefon, e-posta ve posta olanakları ile dış ajanslar ile iletişim kurabilme şansı ile ilgili yorumlar; |

EK 6. KATILIM ÖLÇEĞİ

| Numara | Katılım Ölçeği | Belirtilmemiş Yanıtlanmamış | Evet | Bazen | Hayır | İlgisiz istemiyor, Yapmak zorunda değil | Problem yok | | | | PUAN | |
|--------|--|--------------------------------|------|-------|-------|---|-------------|------|-----|---|------|--|
| | | | | | | | Az | Orta | Çok | | | |
| 1 | İş bulma konusunda akranlarınız ile eşit fırsatlara sahip misiniz? | | 0 | | | 0 | | | | | | |
| | [yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | | |
| 2 | Akranlarınız kadar fazla çalışıyor musunuz? (aynı saatler, iş tipi, vs.) | | 0 | | | 0 | | | | | | |
| | [yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | | |
| 3 | Akranlarınıza benzer şekilde ev halkına ekonomik olarak katkıda bulunuyor musunuz? | | 0 | | | 0 | | | | | | |
| | [yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | | |
| 4 | Köyünüzün/mahallenizin dışına akranlarınız kadar sık çıkıyor musunuz? (tedavi harici) örn. semt pazarları, mağazalar | | 0 | | | 0 | | | | | | |
| | [yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | | |
| 5 | Akranlarınız gibi siz de önemli kutlama veya davetlerde yer alıyor musunuz? (örn. düğünler, cenazeler, dini etkinlikler) | | 0 | | | 0 | | | | | | |
| | [yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | | |
| 6 | Günlük eğlence etkinlikleri / sosyal etkinliklerde akranlarınız kadar yer alıyor musunuz? (örn. spor, sohbet, toplantılar) | | 0 | | | 0 | | | | | | |
| | [yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | | |
| 7 | Sosyal olarak akranlarınız kadar aktif misiniz? (örn. dini/toplumsal ilişkiler) | | 0 | | | 0 | | | | | | |
| | [yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | | |
| 8 | Toplum içerisinde akranlarınız kadar saygı görüyor musunuz? | | 0 | | | 0 | | | | | | |
| | [yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | | |
| 9 | Kendinize bakım (görünüş, beslenme, sağlık, vs.) için akranlarınız kadar fırsata sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz? | | 0 | | | 0 | | | | | | |
| | [yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | | |
| 10 | Bir eş ile uzun süreli bir ilişkiye başlamak veya bu tür bir ilişkiyi sürdürmek için akranlarınız ile aynı fırsatlara sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz? | | 0 | | | 0 | | | | | | |
| | [yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | | |
| 11 | Toplumdaki diğer insanları onlar kadar sık ziyaret ediyor musunuz? | | 0 | | | 0 | | | | | | |
| | [yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | | |
| 12 | Evin içinde ve dışında, köyün/mahallenin çevresinde diğer kişiler gibi hareket edebiliyor musunuz? | | 0 | | | 0 | | | | | | |
| | [yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | | |
| 13 | Köyünüzde / mahallenizde, kamusal alanları diğer insanlar kadar sık ziyaret ediyor musunuz? (Örn. okullar, mağazalar, ofisler, pazar ve çay/kahve yerleri) | | 0 | | | 0 | | | | | | |
| | [yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | | |

| Numara | Katılım Ölçeği | Belirtilmemiş Yanıtlanmamış | | | | ilgisiz, Yapmak istemiyor/ zorunda değil | Problem yok | | | | PUAN | |
|--------|--|--------------------------------|------|-------|-------|--|-------------|------|-----|---|------|--|
| | | | Evet | Bazen | Hayır | | Az | Orta | Çok | | | |
| 14 | Evinizde, ev işi yapıyor musunuz? | | 0 | | | 0 | | | | | | |
| | [yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | | |
| 15 | Ailesel tartışmalarda fikrinize önem veriliyor mu? | | 0 | | | 0 | | | | | | |
| | [yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | | |
| 16 | Diğer kişilere yardım ediyor musunuz (komşular, arkadaşlar, akrabalar)? | | 0 | | | 0 | | | | | | |
| | [yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | | |
| 17 | Yeni insanlar ile tanışırken kendinizi rahat hissediyor musunuz? | | 0 | | | 0 | | | | | | |
| | [yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | | |
| 18 | Yeni şeyler öğrenirken kendinize güvenir misiniz? | | 0 | | | 0 | | | | | | |
| | [yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | | |

Yorum:

TOPLAM:

İsim:

Yaş:

Cinsiyet:

Görüşmeyi Gerçekleştiren:

Görüşme Tarihi: /

Katılım kısıtlamaları seviyesi

| Önemli bir kısıtlama yok | Hafif kısıtlılık | Orta derecede kısıtlılık | Şiddetli kısıtlılık | Çok şiddetli kısıtlılık |
|-----------------------------|------------------|--------------------------|---------------------|-------------------------|
| 0 – 12 | 13 – 22 | 23 – 32 | 33 – 52 | 53 – 90 |

Beyan: Katılım Ölçeği, Katılım Ölçeği Geliştirme Ekibi'nin fikri mülkiyet hakları ile korunmaktadır. Katılım Ölçeği'nin kullanımından doğan sonuçlardan Ekip veya sponsorlar sorumlu tutulamaz.

EK 7. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

- 1- Öz yeterliliğinizi nasıl buluyorsunuz?
- 2- Öz yeterlilik düzeyinin katılımızı etkilediğini düşünüyor musunuz? Nasıl etkiliyor?
- 3- Problemlerinizi olduğunda o problemten kurtulmak ya da baş etmek için hangi yolları kullanırsınız?
- 4- Kullandığınız baş etme yöntemlerinin katılımlarınızı etkilediğini düşünüyor musunuz? Nasıl etkiliyor?
- 5- Sosyal ortamlara katılmaktan kaygı duyuyor musunuz?
- 6- Yaşadığınız sosyal kaygı toplumsal yaşama katılımınızı etkiliyor mu? Nasıl etkiliyor?
- 7- Bulduğunuz çevreyi nasıl değerlendiriyorsunuz?
- 8- Yaşadığınız çevre koşulları katılımınızı etkiliyor mu? Nasıl etkiliyor?

EK 8. ETİK KURUL DEĞERLENDİRME RAPORU



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

06100 Sıhhiye-Ankara
 Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580
 E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

14.06.2013

Sayı: 16969557 -666

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 12.06.2013 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2013/11
Proje No : GO 13/289 (Değerlendirme Tarihi (15.05.2013))
Karar No : GO 13/289 – 09

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü öğretim üyelerinden Prof.Dr.Esra AKI'nın sorumlu araştırmacı olduğu Fzt.Esma ÖZKAN'ın tezi olan GO 13/289 kayıt numaralı ve "Az Gören ve Görme Engelli Erişkin Bireylerde Öz Yeterlilik, Sosyal Kaygı, Başetme Becerileri ve Çevrenin Toplumsal Katılıma Etkisinin İncelenmesi" başlıklı proje önerisi Kurulumuzda değerlendirilmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan) | 9 Prof. Dr. Melahat Görduysus (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye) | 10. Prof. Dr. Cansın Saçkesen (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım Sara (Üye) | 11. Doç. Dr. R. Köksal Özgül (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Sevda P. Müftüoğlu (Üye) | 12. Doç. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmenşier (Üye) | 13 Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay (Üye) | 14. Prof. Dr Leyla Dinç (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Songül Vaizoğlu (Üye) | 14. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 8. Prof. Dr. Yılmaz Selim Erdal (Üye) | 15. Av. Meltem Onurlu (Üye) |