



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

İŞİTME ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP OLAN VE OLMAYAN ANNELERİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

GÜLŞAH KİKİZADE

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA
2019

İŞİTME ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP OLAN VE OLMAYAN ANNELERİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

GÜLŞAH KİKİZADE

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
YRD. DOÇ. DR. MERYEM KARAAZİZ

LEFKOŞA
2019

KABUL VE ONAY

Gülşah Kikizade tarafından hazırlanan “İşitme Engelli Çocuğa Sahip Olan ve Olmayan Annelerin Psikolojik Sağlamlık Ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışma, gün/ay/yıl tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

(Danışman)

Yrd. Doç. Dr. Meryem Karaaziz

Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Ece E. Müezzın

Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Ayhan Çakıcı

Yakın Doğu Üniversitesi Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Prof. Dr. Mustafa Sağsan

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- ☐ Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- ☐ Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih

İmza

GÜLŞAH KİKİZADE

TEŞEKKÜR

Öncelikle, değerli vaktini ayırıp araştırmama katılan ve bu araştırmanın ortaya çıkmasına katkıda bulunan tüm katılımcılara, Teşekkürlerin az kalacağı hayatımın en kayıplı ve zor dönemecinde bana gösterdikleri hassasiyet ve destek için ve kazandırdıkları her şey için tüm yüksek lisans üniversite hocalarıma,

Bu araştırmanın gerçekleştirilmesinde, değerli bilgilerini benimle paylaşan, kendisine ne zaman danışsam kıymetli zamanını ayırıp sabırla ve büyük bir ilgiyle bana faydalı olabilmek için elinden gelenden fazlasını sunan, güler yüzünü ve samimiyetini benden esirgemeyen kıymetli danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Meryem Karaaziz'e,

Ve aileme... Sevgili anneme,

Anne karnından itibaren benimle tüm yüksek lisans ve tez sürecine eşlik eden, en zor zamanımda bile tebessüm ettiren biriciğim canım kızlarıma,

Her zaman olduğu gibi yapmaya çalıştığım her şeyde tereddütsüz yanımda duran, her daim desteğini gösteren eşime,

Ne kadar teşekkür etsem az.

Gülşah KİKİZADE, Diyarbakır, 2019.

ÖZ

İŞİTME ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP OLAN VE OLMAYAN ANNELERİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırmanın temel amacı; işitme engelli olarak dünyaya gelen ve 1-5 yaş arasında implant ameliyatı olan işitme engelli çocukların anneleri ile normal gelişim gösteren çocuğa sahip annelerin psikolojik sağlamlık ve depresyon düzeylerinin incelenmesidir. Araştırma 1-5 yaş arasında implantlı ve tipik gelişim gösteren çocuğa sahip 102 anne üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri; Beck Depresyon Envanteri ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular incelendiğinde işitme engelli çocuğa sahip olan annelerin depresyon düzeylerinin normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerden anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu görülmüştür. İşitme engelli çocuğa sahip olan anneler ile normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan anneler arasında ise psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Bulunan sonuçlara göre 20-30 yaş arası işitme engelli çocuğa sahip olan annelerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin 30-50 yaş arası işitme engelli çocuğa sahip olan annelerden anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir. İşitme engelli çocuğa sahip olan annelerden geliri giderine denk olanların psikolojik sağlamlık düzeylerinin geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. İşitme engelli çocuklara sahip olan annelerde eğitim düzeyi arttıkça depresyon düzeyi azalma göstermektedir. İşitme engelli çocuğa sahip olan annelerden sosyal ilişkileri iyi olanların depresyon düzeyleri, sosyal ilişkileri orta ve kötü düzeyde olanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Araştırma sonucunda ailelerde ciddi psikolojik deviyasyon ve psikolojik kaygı olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, İşitme Engeli, Psikolojik Sağlamlık, Sosyodemografik Özellikler

ABSTRACT

EXAMINATION OF SOME SOCIODEMOGRAPHIC FEATURES AND PSYCHOLOGICAL RESILIENCE AND DEPRESSION LEVELS OF MOTHERS WITH A HEARING-IMPAIRED CHILD AND MOTHERS WITH A CHILD WITH TYPICAL DEVELOPMENT

The main purpose of this study is to investigate the psychological stability and depression levels of mothers of hearing-impaired children who were born as hearing impaired and who had implant surgery between 1-5 years of age and mothers with a child with typical development. The study was conducted on 102 mothers with implanted children and typically developed children between the ages of 1 and 5. The data of the research was gathered by using Beck Depression Inventory and Brief Psychological Robustness Scale. When the findings obtained from the study were examined, it was significantly seen that the depression levels of the mothers with hearing-impaired children were significantly higher than the mothers with typically developed children. There was no significant difference between the levels of psychological resilience between mothers with hearing-impaired children and mothers with typically developed children. According to the results, it is seen that psychological robustness levels of mothers with hearing impaired children between 20-30 years are significantly higher than mothers with hearing impaired children between 30-50 years. It was found that psychological robustness levels of mothers with hearing impaired children whose income was equivalent to expense were higher than those whose income was lower than income. Depression level decreases level increases in mothers with hearing impaired children. Depression levels of mothers with hearing impaired children who had good social relations were lower than those with moderate and bad social relations. As a result of the study, it was determined that there was serious psychological deviation and psychological anxiety in the families.

Keywords: Depression, Hearing Impairment, Psychological Resilience, Sociodemographic Characteristics

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY

BİLDİRİM

TEŞEKKÜR	iii
ÖZ	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
KISALTMALAR	x

1. BÖLÜM

GİRİŞ	1
1.1. Problem Durumu	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Önemi	3
1.4. Sınırlılıklar	4
1.5. Tanımlar	5

2. BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	6
2.1. İşitme Engeli	6
2.1.1. Engelin Nedenleri ve Verilen Tepkiler	6
2.1.2. İşitme Engelinin Tanımı	9
2.1.3. İşitme Engelinin Nedenleri	10
2.1.4. İşitme Engeli ve Çocuk Gelişimi	11
2.1.5. İşitme Engelinin Aileye Etkisi	13
2.2. Psikolojik Sağlamlık	15
2.2.1. Psikolojik Sağlamlığın Tanımı	15
2.2.2. Psikolojik Sağlamlığın Tarihçesi	20
2.2.3. Risk Faktörleri	23
2.2.4. Koruyucu Faktörler	25
2.2.5. Psikolojik Sağlamlığa Sahip Bireylerin Özellikleri	29
2.3. Depresyon	30
2.3.1. Depresyonun Tanımı	30
2.3.2. Depresyonun Nedenleri	32
2.3.2.1. Biyolojik Nedenler	34
2.3.2.2. Psikososyal Nedenler	35

2.3.3. Depresyonun Kuramsal Çerçevesi	36
2.3.3.1. Psikanalitik Kuram	36
2.3.3.2. Davranışçı Kuram	37
2.3.3.3. Bilişsel Kuram	38
2.3.4. Tanı Ölçütleri ve Sınıflandırma	38
 3. BÖLÜM	
YÖNTEM	42
3.1. Evren ve Örneklem	42
3.2. Veri Toplama Araçları	42
3.3. Verilerin Toplanması.....	44
3.4. Verilerin Analizi	44
 4. BÖLÜM	
BULGULAR.....	45
4.1. Sosyodemografik Bilgilere İlişkin Bulgular	45
4.2. Araştırma Değişkenlerine Yönelik Bulgular.....	48
4.3. Sosyodemografik Bilgiler İle BDE ve KPSÖ Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular.....	49
 5. BÖLÜM	
TARTIŞMA	58
 6. BÖLÜM	
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
6.1. Sonuç	62
6.2. Öneriler	63
KAYNAKÇA	64
EKLER.....	79
Ek 1. Anket Formu	79
Ek 2: Beck Depresyon Envanteri ve İzin Yazısı	81
Ek 3. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve İzin Yazısı.....	83
ÖZGEÇMİŞ.....	84
İNTİHAL RAPORU	85
ETİK KURUL ONAYI.....	86

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sosyodemografik Bilgilere İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları.....	45
Tablo 2. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları	48
Tablo 3. BDE ve KPSÖ Değerlerine Göre İşitme Engelli ve Normal Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Olan Annelerin Arasındaki Farklılıklara Yönelik Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları	49
Tablo 4. BDE ve KPSÖ'ye Göre İşitme Engelli Çocuğa Sahip Olan Annelerin Yaşları Arasındaki Farklılığa Yönelik Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları	50
Tablo 5. BDE ve KPSÖ'ye Göre Normal Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Olan Annelerin Yaşları Arasındaki Farklılığa Yönelik Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları	50
Tablo 6. Annelerin Eğitim Durumu ile BDE ve KPSÖ Arasındaki İlişkiye Yönelik Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları	51
Tablo 7. BDE ve KPSÖ'ye Göre Normal Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Olan Annelerin Çalışma Durumları Arasındaki Farklılığa Yönelik Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları.....	51
Tablo 8. BDE ve KPSÖ'ye Göre İşitme Engelli Çocuğa Sahip Olan Annelerin Çocuk Sayıları Arasındaki Farklılığa Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	52
Tablo 9. BDE ve KPSÖ'ye Göre Normal Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Olan Annelerin Çocuk Sayıları Arasındaki Farklılığa Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	52
Tablo 10. BDE ve KPSÖ'ye Göre İşitme Engelli Çocuğa Sahip Olan Annelerin Çocuklarının Yaşları Arasındaki Farklılığa Yönelik Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları.....	53
Tablo 11. BDE ve KPSÖ'ye Göre Normal Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Olan Annelerin Çocuklarının Yaşları Arasındaki Farklılığa Yönelik Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları.....	53
Tablo 12. BDE ve KPSÖ'ye Göre İşitme Engelli Çocuğa Sahip Olan Annelerin Evlerindeki Nüfus Arasındaki Farklılığa Yönelik Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları	54

Tablo 13. BDE ve KPSÖ'ye Göre Normal Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Olan Annelerin Evlerindeki Nüfus Arasındaki Farklılığa Yönelik Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları.....	54
Tablo 14. BDE ve KPSÖ'ye Göre İşitme Engelli Çocuğa Sahip Olan Annelerin Gelir Durumları Arasındaki Farklılığa Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	55
Tablo 15. BDE ve KPSÖ'ye Göre Normal Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Olan Annelerin Gelir Durumları Arasındaki Farklılığa Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	55
Tablo 16. BDE ve KPSÖ'ye Göre İşitme Engelli Çocuğa Sahip Olan Annelerin Sosyal İlişkileri Arasındaki Farklılığa Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	56
Tablo 17. BDE ve KPSÖ'ye Göre Normal Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Olan Annelerin Sosyal İlişkileri Arasındaki Farklılığa Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	57

KISALTMALAR

BDE	: Beck Depresyon Ölçeği
Çev	: Çevirmen
DSM-5	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
F	: F değeri
KPSÖ	: Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği
N	: Katılımcı sayısı
p	: Anlamlılık
r	: Korelasyon
ss	: Standart sapma
t	: T değeri
X	: aritmetik ortalama

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problem Durumu

Evlilik bireyler arası değişen istek, gereksinim ve ilgiye yönelik olarak kişilerin beraber yaşamak ve yaşamlarını paylaşmak, dünyaya çocuk getirmek ve yetiştirmek amacıyla kurulan ilişkiler sistemidir. Evlilik adlı sözleşme iki bireyin karşılıklı dayanışmaya bağlı olarak toplumsal onay çerçevesinde gerçekleşmekte ve karşılıklı doyum sağlanmaktadır (Özüğurlu, 1990).

Aile kurumunda en önemli öge çocuklardır. Evliliği oluşturan bireylerin ortak bir ürünü olan çocuk, neslin devamını sağlamaktadır. Eşleri birbirine bağlayan çocuk, neslin devamıdır ve annenin bir armağanı olarak görülür (Ataman, 2003). Evliliğe çocuğun dahil olmasıyla birlikte ebeveynin birbirinden eş olarak beklentileri, yaşamdan beklentileri, meslekleri ve toplumdan beklentileri değişmektedir (Akkök, Aşkar ve Karancı, 1992).

Anne babalar, çocukların içinde yaşadıkları çevrenin temel üyeleri olarak büyük önem taşımaktadır. Çocuklar, gelişimlerinin her alanında anne babaya ihtiyaç duymakta ve onların ilgi, destek ve sevgileri ile hayata ilk adımlarını atmaktadırlar. Sağlıklı bir çocuğun anne babasının toplum içinde sıklıkla gördükleri doğal anne baba rollerini benimseyerek çocuklarını büyütmeleri kolay olmaktadır. Oysa çocukta olabilecek kalıcı bir sağlık sorunu ya da çocuğun özürlü olması halinde anne baba rollerinde değişiklikler yaşanmaktadır (Aydoğan ve Darıca 2000).

Bu durumda anne babalar sağlıklı bir çocuğun yaşamlarına getirebileceğinden çok farklı olarak özel yaşamlarında, sosyal çevrelerinde, beklentilerinde, planlarında, iş yaşamlarında ve belki de mali konularda büyük değişikliklerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bekledikleri sağlıklı çocuğa sahip olamama karşısında yaşadıkları şaşırma, inkâr etme, üzüntü ve bunalıma girme, suçlu hissetme, kararsız kalma, kızgınlık, çekinme ve kabul edememe duygularının yanı sıra bu değişikliklere uyum sağlamaya çalışmakta, çözümler aramakta ve ne yapacaklarını bilememenin de stresiyle yüksek kaygı yaşamaktadırlar (Aydoğan ve Darıca 2000, Özgür 2004, Özsoy ve ark. 1991, Sandalcı 2002).

Bu araştırmanın problem durumu, çocuğunda işitme engeli bulunan ve bulunmayan annelerin psikolojik sağlamlık ve depresyon düzeyleridir. Bu kapsamda araştırmanın problem cümlesi “işitme engelli çocuğu olan ve olmayan annelerin psikolojik sağlamlık ve depresyon düzeyleri ne durumdadır?” olarak belirlenmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın temel amacı; işitme engelli olarak dünyaya gelen ve 1-5 yaş arasında implant ameliyatı olan çocuğunda işitme engeli bulunan ve bulunmayan annelerin psikolojik sağlamlık ve depresyon durumlarının incelenmesi amaçlanmaktadır. Alt amaçlar ise aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:

1. Çocuğunda işitme engeli bulunan ve çocuğunda herhangi bir engel bulunmayan annelerin sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi,
2. Çocuğunda işitme engeli bulunan ve çocuğunda herhangi bir engel durumu bulunmayan annelerin psikolojik sağlamlıklarının incelenmesi,
3. Çocuğunda işitme engeli bulunan ve çocuğunda herhangi bir engel durumu bulunmayan annelerin depresyon durumlarının incelenmesi,
4. Çocuğunda işitme engeli bulunan ve çocuğunda herhangi bir engel durumu bulunmayan annelerin psikolojik sağlamlıklarının karşılaştırılması,

5. Çocuğunda işitme engeli bulunan ve çocuğunda herhangi bir engel durumu bulunmayan annelerin depresyon durumlarının karşılaştırılması.

1.3. Araştırmanın Önemi

Çocuğunda işitme engeli bulunan annelerin birçoğu benzer süreçler yaşamaktadır. Kimi ebeveynler çocuklarının engelini kabul etmekte ve çocuğun bu engelle yaşamını sürdürebilmesi için gerekenleri yapmakta, kimi ebeveynler ise engeli kabullenememektedir. Bu kabullenme sürecinin hızlı olması ve engel ile yaşamaya alışılması, ebeveynler ve çocukların sağlıklı ilişkiler kurabilmeleri için temel gerekliliktir (Aydoğan ve Darıca 2000, Darıca ve ark. 1994).

Sosyal etkinliklere zaman ayırma, uyku örüntülerini değiştirme, iş fırsatlarını değerlendirme ve meslek gelişimi gibi pek çok alanda oluşan yaşam değişikliklerinin yanı sıra aileye yeni bir bireyin katılımı, ebeveyn rollerinin yeniden düzenlenmesini ve yeni rutinlerin oluşturulmasını gerektirmektedir (Kazak ve Martin, 1984; Akt., Kaner, 2004). Çocuklarının engelli olduklarını öğrenen anne-babaların dışı vuramadıkları, bastırdıkları öfkeleri genellikle depresyona neden olur. Anneler çocuklarının özürlerinden dolayı kendilerini sorumlu tutarlar. Başlangıçta ailelerin tepkilerinde inkâr etme özellikleri gözlenir (Fışıloğlu ve Fışıloğlu, 1997). Çocuğu engelli olan annelerin somatik yakınmaları, anksiyete düzeyleri, depresyon gibi sorunları engelli çocuğu olmayan annelere göre daha yüksektir (Miller ve ark. 1992, Hanson ve Hanline 1994).

Psikolojik sağlamlık (dayanıklılık) zorluklar karşısında direnmek ve toparlanmak olarak ifade edilmekte ve pozitif uyumu içeren dinamik bir süreç olduğu vurgulanmaktadır (Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000). Bu bağlamda psikolojik sağlamlık (dayanıklılık) hem her türlü olumsuz koşulu ve stresli yaşam olaylarını hem de davranışsal ve sosyal becerileri içeren pozitif uyumu içermektedir (Luthar ve Zigler, 1991). Ryff, Singer, DienbergLove, ve Essex (1998) psikolojik sağlamlılığı (dayanıklılığı) tanımlarken bireyin zorluklar karşısında psikolojik iyi olma halini toparlayabilmesi ve bu halini devam

ettirmesi olarak tanımlamaktadır. İyi olma bireyin optimal işlevle yaşarken erdemli, üretken, büyüyen ve dayanıklı olması anlamına gelmektedir ve temelinde iki alt boyut yer almaktadır. İlki mutluluk, ikincisi de bireyin işlevini veya potansiyelini etkin kullanmasıdır (Huppert 2009; Keyes 2002; RyffandSinger 1998).

Yapılan araştırmalarda çocuğunda işitme engeli bulunan annelerin bulunmayan annelere göre daha çok psikolojik problemle karşılaştığı ancak iyilik hallerinin ve psikolojik sağlamlık derecelerinin anneden anneye değiştiği ifade edilmektedir (Kronenbeger, ve Thompson,1992).

Bazı çalışmalarda özel gereksinimli çocuğa sahip annelerin, çocuklarında özel gereksinim olmayan annelere göre daha çok stres altında olduklarını ve ruhsal problemler (Esdaile ve diğerleri, 2003, Helff ve Glidden1998; Macias ve diğerleri, 2003; Seltzer, 2001) yaşadıkları belirtilmektedir. Ancak son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda da (Flaherty ve Glidden 2000; Hastings, Allen, McDermott ve Still,2002; Hastings ve Taunt, 2002; Scorgie, Wilgosh ve Sobsey, 2004) özel gereksinimli çocuğa sahip olan annelerin yaşadıkları zorluklara rağmen pozitif bir 1bakış açısına sahip oldukları ve bu zorluğun onları olumlu yönde dönüştürdüğü ifade edilmektedir.

Engelli çocukların anneleri ile normal çocuğa sahip annelerin psikolojik sağlamlık ve depresyon düzeylerinin değerlendirilerek gerekli psikolojik desteğin sağlanmasıyla annelerin çocuklarıyla ve çevreleriyle daha olumlu etkileşim içine girebilecekleri ve gelecekle ilgili daha sağlıklı planlar yapabileceklerine düşünülmüş ve bu konuda yapılacak diğer çalışmalara kaynak olması amaçlanmıştır.

1.4. Sınırlılıklar

Bu araştırma katılıma gönüllü olan örneklem ile sınırlandırılmıştır.Bunun yanında araştırmaya katılımı kabul eden anne sayısının az olması araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır. Engelli çocuğu olan annelerden bu durumu kabullenememiş olanların yanıtları yanıltıcı olabilir. Bu durum da bir sınırlılığı ifade etmektedir.

1.5. Tanımlar

İşitme Engeli: Normal düzeydeki sesi duyma yoksunluğudur (Zait, 2007).

Psikolojik Sağlamlık: Kişilerin iyi olma halini sağlayacak kaynaklara yönelmesi, sosyal ve fiziksel kaynakları temin etme ve bu kaynakları anlamlı olarak paylaşma kapasitesidir (Ungar, 2016).

Depresyon: Toplum içerisinde geniş bir yeri bulunan ve işlevsizliğe sebebiyet veren bir ruhsal bozukluktur (Serhan, 2010).

2. BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. İşitme Engeli

2.1.1. Engelin Nedenleri ve Verilen Tepkiler

Engel kavramı incelenirken 3 farklı model kullanılmaktadır. Bu modellerden en eskisi medikal modeldir. Medikal modelde engel bir hastalığın veya travmanın neden olduğu kişisel bir problem olarak nitelendirilmektedir. Dolayısıyla profesyonel kişiler tarafından sağlanacak olan bir tedaviye gereksinim duyulduğunu savunmaktadır. Sosyal modelde ise engel kişisel olarak ele alınmamaktadır. Bu çerçevede engel, toplumun insanları engellemesi ve izole etmesiyle oluşmaktadır. Bahsi geçen duruma fiziksel çevrenin ve insanların tavırların uygun olmaması sebep olmaktadır. Biyopsikososyal modelde ise medikal ve sosyal modelin birleştirilmesinin yanı sıra standart bir dil yaratma hedeflenmektedir. Buna ek olarak model engeli bir süreklilik üstünde evrensel bir deneyim olarak görmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından benimsenen model ise biyopsikososyal modeldir (WHO, 2002).

İnsanların bir kısmı engel ile doğarken, bir kısmı da yaşamları içerisinde bir engele sahip olmaktadır. Bu çerçevede engel ile doğan insanlar zamanla engelin negatif yönde değerlendirildiğinin ve yapabildikleri şeylerin farklılık gösterdiğinin farkına varırlar. Bahsi geçen durum bireyin aile için i şok etkisi yaratabilmektedir (Vash ve Crewe, 2004). Çünkü engelin ani başlangıcının travmatik etkisi oldukça yüksektir. Bahsi geçen durum, travmatik bir şekilde etkilenen kişinin yaşamında kriz durumu meydana getirir (Livneh ve Antonak, 1997). Kriz durumu bireylerde kayıp ve yas sürecini tetiklemektedir (Wright, 1983). Doğuştan veya çocukluktan itibaren engeli bulunan kişilerin fazla

dışlayıcı ya da korumacı ebeveynlere sahip olabilecekleri oyun ve eğitimlerden uzak tutulmuş olabilecekleri belirtilmektedir (Vash ve Crewe, 2004). Daha sonradan engeli olan bireyler için ise bu durum yavaş ilerleyen bir hastalıkla ya da ani bir kazayla olmuş olabilir. Bireylerin engele karşı gösterdikleri duygusal ve davranışsal tepkiler genel olarak engelin nasıl ve ne zaman olduğuyla ilgilidir. Bu durumda engelin nasıl başladığı bireyin kendini suçlu görmesine veya başkalarını suçlamasına yol açabilmektedir. Engel şiddeti, türü, durağanlığı, bireyin cinsiyeti, içsel kaynakları, mizacı, özgüveni, kendini nasıl gördüğü, geliri, aile desteği, teknolojiden yararlanabilme düzeyi ve devlet desteği de bireyin engele verdiği tepkilere etki eden faktörler arasındadır (Vash ve Crewe, 2004). Bireyin engele verdiği psikososyal tepkiler incelendiğinde; bir travma, yaralanma veya tanı sonrası ilk olarak kısa süreli bir şok tepkisinden söz edilebilmektedir. Donukluk ise bilişsel dezorganize hali, kişinin hareketlerinde ve konuşmasında düşüş ile tanımlanabilen bir kavramdır. Bu durumda bireyin olası tepkilerinden biri de kaygıdır. Buna ek olarak kafa karışıklığı, hızlı nefes alıp verme, hızlı kalp atışları, mide rahatsızlıkları ve terlemeden söz edilebilmektedir (Livneh ve Antonak, 1997). Savunma mekanizmaları arasında yer alan inkar da olası tepkiler arasındadır. Ayrıca hayal kurma ve gerçek dışı tedavi beklentileri ve rehabilitasyon önerilerini göz önünde bulundurmayı içerebilmektedir. Başlangıçta kaygı ve depresyonu hafifletmesine rağmen inkarın uzun süreli kullanımı hususunda adapte olmayı güçleştirdiği ve tehlikeli olduğu ifade edilebilir (Meyerowitz, 1983). Depresyon sıklıkla gözlemlenen bir tepkidir. Aynı zamanda depresyon durumun kalıcılığının, büyüklüğünün, vücut bütünlüğünün yitirilmesinin, söz konusu durumun kronik bir yapıya sahip olup olmamasının ve ölüm tehlikesinin farkına varılmasıyla ortaya çıkabilmektedir. Çaresizlik, umutsuzluk, yalnızlık ve sıkıntılı olma durumu sıklıkla görülmektedir (Turner ve Noh, 1988).

Öfke içe yönelik veya dışa yönelik olarak ortaya çıkabilmektedir. İçe yönelik öfke, suçluluk, dargınlık ve kendini suçlamayla ortaya çıkabilmektedir. Dışa yönelik öfke ise çevreye ve başkalarına yönelik hareket ve davranışları içermektedir (Livneh ve Antonak, 1997). Uyum tepkisi durumun erken bilişsel uzlaşılmasıyla, etkili bir içselleştirmeye veya aktif bir hedef arayışı ve bu hedefin önünde yer alan engellerin aşılmasıyla sağlanabilmektedir (Livneh ve

Antonak, 1997). Livneh ve Antonak (1997) tarafından kronik hastalık ve engel gruplarının psikososyal uyumları detaylı bir şekilde incelenmiştir. Bahsi geçen bireylerin stres durumlarıyla daha fazla karşı karşıya kaldıkları belirtilmiştir. Bu durumun sebebi olarak, engelin bireyin hayatını ve sağlığı, bağımsızlığı, vücut bütünlüğü, ailede ve toplumda üstlendiği rolleri, ekonomik istikrarını ve planlarını tehdit etmesi gösterilebilmektedir (Falvo, 1999). Öte yandan engelin fiziksel görüntüye, bireyin yapabildiği şeylere, yaşamış olduğu acıya, toplumsal rollerine etkisi olması sebebiyle bireyin vücut algısında değişiklikler ortaya çıkabilmektedir (Falvo, 1999). Bu bağlamda engeli görünür olan bireylerde benlik algısı uyumsuz olabilmektedir. Bireyin içinde bulunduğu sosyal ortamlarda engelin ön planda olması durumu bireyin “kişiliğini kaybetme” hissini yaşamasına yol açabilmektedir (Kelly, 2001). Bu nedenle belirsizlik ve öngörülemezlik her engel grubu için geçerli olmasa da psikososyal uyumun zorlaşmasına neden olmaktadır (Mishel, 1981). Engele toplum tarafından verilen tepkiler son derece farklılık göstermektedir. Toplumda benimsenen önyargılar ve inanışlar engeli olan bireylerin damgalanmasına sebebiyet verebilmektedir (Falvo, 1999).

Bireyler, engellerinden ötürü çevrelerinde bulunan diğer bireyler tarafından yük oluşturan, aşağı, az kabiliyetli ve estetik olmayan gibi tanımlar ile nitelendirilebilmektedirler. Yani insanlar kendilerinden farklı olana karşı önyargılı olma, farklı olanı dışlama ve değerini düşürme eğilimine sahiptirler (Vash ve Crewe, 2004). Engeli olan bireyler için çevresinde bulunan diğer bireylerin tavırları büyük ölçüde kırıncı olabilmektedir. Bireyler tarafından engele karşı verilen tepkiler genellikle inkâr etme veya reddetme olabilirken, suçluluk duygusu ile aşırı telafi etme gibi tepkiler de verilebilmektedir (Wilson, 2006). Bunların yanı sıra engelin kabullenilmesi bireyin yaşamını sürdürebilmesi ve olgunlaşmasında bir gereklilik olarak görülmektedir. Fakat bu durumda çevreden gelen engelleyici faktörlerin kabul edilmemesi gerekmektedir (Vash ve Crewe, 2004).

2.1.2. İşitme Engelinin Tanımı

İşitme, ses dalgalarının kulak kepçesi yardımıyla toplanarak kulak yolundan içeri girmesiyle başlamaktadır. Ses dalgaları ise dış kulağı orta kulaktan ayırma işlevi gören kulak zarında titreşim yapmaktadır. Kulak zarının yanı sıra orta kulakta da bulunan örs, çekiç ve üzengi kemikleri mekanik güç çevirici gibi fonksiyonlar üstlenir. Bu bölgede ses dalgaları basınç dalgalarına dönüştürülmekte ve kokleaya iletilmektedir. Daha sonra ise işitme sinirleri aracılığıyla beyin içinden işitme sinirlerine ulaşmakta ve böylece işitme oluşmaktadır. İşitme duyusunun normal bir şekilde işleyebilmesi için iç kulak, dış kulak ve orta kulaktaki mekanizmaların sahip oldukları bütün işlevi sorunsuz bir şekilde yerine getirmeleri gerekmektedir. Bahsi geçen bölümlerin bir tanesinde veya birkaç tanesinde oluşabilecek problemler işitme engeline yol açmaktadır (Korkmaz, 2005; Ünlü, 1986; Shemesh, 2012). Literatürde işitme engeli farklı şekillerde tanımlanmıştır. Aslanoğlu'nun (2004) ifadelerine göre işitme engeli doğumdan önce, doğum esnasına ya da doğumdan sonra türlü sebeplere bağlı olarak işitmeyi oluşturan yapıların fonksiyonlarını yerine getirememesi sonucunu oluşturmaktadır. Zaidman- Zait (2007) ise işitme engelini normal düzeydeki sesi duyma yoksunluğu şeklinde ifade etmiştir. Bir başka tanıma göre ise işitme engeli, kişimim işitme mekanizmasında türlü sebeplerden meydana gelen bozulma sebebiyle uyarıların normalin altında ya da hiç algılanamama halidir (Çakır vd., 2013). Çocukluk çağından sonraki dönemlerde etkili iletişimin kurulabilmesi için önemli olan faktörlerin dil edinimi ve konuşma eğitimi olduğu belirtilmektedir. İşitme engelli çocuklar yaşlıtlarına kıyasla daha alt seviyede bir dil becerisi göstermektedirler. Bu durum da işitme engelli çocukların akademik başarılarını büyük ölçüde etkilemektedir. İşitme engelli çocukların karşı karşıya kaldıkları olumsuz durumları en aza indirmek için yoğun bir eğitime, teknolojinin sunduğu imkanlardan yararlanmaya ve ebeveynlerinin desteğine ihtiyaçları vardır (Colero, 2014). Bu çerçevede çocuğa işitme engel tanısının konulması durumu ebeveynleri ve aile sistemini son derece olumsuz etkileyen bir yaşam olayı olarak nitelendirilmektedir. Çocuğa engel tanısının yeni konulduğu aileler ise bunalmışlık hissi yaşayabilmektedir. Bu aileler özel gereksinimli bir çocuğu iyi bir şekilde yetiştirmek için kendilerini yetersiz hissedebilmektedirler (Doğan, 2015).

Engel tanısı konulan çocukların ebeveynlerinin yaşadıkları yas süreci süreklilik gösteren, tetikleyici olaylar sonucunda ortaya çıka ve çocuktan beklenen performans ile çocuğun gerçek performansın çelişmesi sonucunda yaşanan duygusal stres olarak ifade edilmektedir (Kurtzer - White ve Luterman, 2003). Kübler-Ross' un (1969) ölümcül hastalığa sahip olan bireylerin ailelerinin yaşadıkları yas sürecini ifade etmek amacıyla geliştirdikleri aşama modelinin özel gereksinimli çocuğu olan ailelere uyarlaması şöyle yapılmıştır. Model kapsamında kızgınlık, reddetme, uzlaşma, depresyon ve kabul evreleri yer almaktadır. Bahsi geçen evreler aşağıda kısaca şöyle açıklanmıştır. Şok/inkâr evresinde, çocuğa engel tanısının konulmasıyla aileler duygusal ve bilişsel anlamda büyük bir şok yaşamaktadırlar. Bunun yanı sıra aileler hayal kırıklığı, üzüntü ve çaresizlik gibi duygular yaşamakta ve çoğunlukla içinde bulundukları durumu inkâr etmektedirler. Bir başka evre olan öfke/suçluluk/utanç evresinde ise yaşanan durum sebebiyle yaşadıkları öfke duyguları tanıya, uzman kişilere ve hatta normal çocuğa sahip olan ebeveynlere yönelebilmektedir. Buna ek olarak ailelerde yetersizlik duygusu, utanma ve suçluluk gibi duygular da yaşanabilmektedir. Pazarlık evresinde ise ebeveynler çocuklarının durumunun geçeceği beklentisine sahip olurlar ve bu duruma yönelik çaba harcamaya başlarlar. Bahsi geçen evrede aileler “çocuğum iyileşirse şunu yapacağım” biçiminde eğitimci, tanrı veya uzmanlarla pazarlık yapmaya başlarlar. Söz konusu pazarlık aşamasının sona ermesiyle aile depresyon evresine geçer. İçince bulunulan durumun gerçekçiliğini idrak etmeye başlayan aile büyük bir umutsuzluk ve depresyon yaşar. Son evre olan kabul evresinde ise çocuk ailenin bir ferdi olarak görülür ve aile çocuğu özel gereksinimi ile kabul eder. Aile içince bulunan duruma yönelik bilgilerini ve farkındalıkları geliştirir ve çocuğun eğitim sürecine dâhil olur (Güleç - Aslan, 2016). Aileler çocuğa engel tanısının konulmasının ardından rutinleri tespit etme, iletişim kurma şekli ve hangi işitme cihazının kullanılacağına karar verme gibi pek çok güçlölkle ve stresörle yüzleşmeye başlarlar (Dirks vd., 2016).

2.1.3. İşitme Engelinin Nedenleri

En sık görülen duygusal bozukluk işitme engelidir (Oshima vd., 2010). İşitme kaybı kavramı işitsel algının azalması, bozulması veya farklılaşması

sonucunda işitme ile ilgili herhangi bir işlevde problem ortaya çıkmasına sebep olmasıyla açıklanabilmektedir (Kemaloğlu, 2012). Her yaş düzeyinde işitme engeli görülebilmektedir. Vakaların pek çoğu için genetiğin etkisi söz konusu olabilmektedir (Oshima vd., 2010). Belgin (1992) tarafından Odyoloji Kliniği'nde 4521 çok ileri derece işitme kaybı tanısı konulan çocuklarla yapılan çalışma kapsamında işitme kayıplarının ortaya çıkışı üç ayrı kategoride incelenmiştir. Bu kategorilerden birincisi doğum komplikasyonlarıdır. Doğum komplikasyonlarının kapsamında prematüre doğum, kan uyuşmazlığı ve doğumda oksijensiz kalma yer almaktadır. Buna ek olarak doğum komplikasyonları araştırmadaki vakaların %12'sini oluşturmuştur. İkinci kategori ise enfeksiyon hastalıkları yer almaktadır. Bu kapsamda havale, menenjit, yüksek ateş ve diğer enfeksiyon hastalıklar araştırmadaki vakaların %25'lik kısmını oluşturmuştur. Üçüncü kategoride ototoksik ilaçların kullanımı değerlendirilmiştir. Ototoksik ilaçların kullanımı araştırmadaki vakaların %3,5'lik kısmını oluşturmuştur. Genetik faktörler incelendiğinde ise 4521 tane çok ileri düzey işitme kaybı olan çocukların 1836'sının yani %40,61'lik kısmının ebeveynlerinin yakın akraba olduğu ortaya çıkmıştır. Yapılan araştırma sonucunda işitme engelini artış göstermesindeki başlıca faktörün insan faktörü olduğu saptanmıştır. Halkın bilinçlendirilmesi, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması, doğum ve doğum sonrası bakım koşullarının düzeltilmesi ve akraba evliliklerinin engellenmesi işitme engelini artış göstermesini engelleme hususunda önemli etkenler olduğu neticesine varmıştır (Belgin, 1992).

2.1.4. İşitme Engeli ve Çocuk Gelişimi

Anne çocuğu ile doğrudan etkileşim kurar. Bahsi geçen etkileşim, dil gelişimi, çocuğun genel gelişimi, sosyal ve duygusal gelişimi bakımından büyük ölçüde önem arz etmektedir (Gürgür ve Şafak, 2017). Çocuğun gelişimi işitme kaybı nedeniyle negatif yönde etkilenebilmektedir. İşitme kaybının negatif etkileri genellikle dil ve iletişim alanında kendini göstermektedir. İşitme kaybının ortaya çıkma zamanı, işitme kaybının derecesi, işitme kaybının türü, tanı ve müdahale zamanı işitme kaybı tanısı konulan çocukların gelişimini büyük ölçüde etkilemektedir. Bunların yanı sıra işitme cihazı/koklearimplant

kullanmaya başlanan yaş, kullanım süresi ve etkin bir şekilde kullanılıp kullanılmaması ve işitmeye yardımcı teknoloji kullanılıp kullanılmaması gibi durumlar da söz konusu çocukların gelişimine etki etmektedir (Tüfekçioğlu, 2007). Ayrıca bu süreçte çocuğa verilen özel eğitimin kalitesi, ailenin sosyoekonomik düzeyi ve çocukta ek bir engelin var olması gibi faktörler de önem arz etmektedir (Kemaloğlu, 2012). İşitme kaybının ortaya çıkmasına yol açan kronik hastalıklardan da söz edilebilmektedir. Bu bağlamda işitme kaybına eşlik eden başka bir hastalığın var olması konuşma ve öğrenme problemlerini arttırabilmektedir. Ayrıca tanı, özel eğitim ve rehabilitasyon planlamasını da güçleştirebilir. Bunlara ek olarak var olan diğer engelin baskın olması ise işitme kaybına yeteri düzeyde ilgi gösterilmemesine sebebiyet verebilir (Belgin ve Şahlı, 2015). Çocuklarda işitme kaybı ne kadar erken fark edilirse, onların gelişiminde ortaya çıkacak olan olumsuz etkiler de o derece engellenebilir (Kemaloğlu, 2012).

Erken müdahale açısından çocuğa işitme engeli tanısının konması son derece önemlidir. Tanının konulmasının ardından erken müdahaleyle vakit kaybetmeden işitme cihazı/koklearimplant kullanılmaya ve eğitime başlanabilir. Bahsi geçen durum çocukların dil ve iletişim gelişimlerine önemli ölçüde katkı sunar (Tüfekçioğlu, 2007). Öte yandan erken teşhis ve erken eğitim çocuğun konuşmasının geliştirilmesi açısından da önem arz etmektedir (Polat, bt). Çocuğa erken müdahale edilmesi, çocukların dil ve konuşma açısından gelişimlerinin olumlu yönde etkilenmesini sağlamaktadır (Meadow - Orleans, 1987). İşitme kaybının doğuştan veya dil öncesi dönemde meydana gelmesi halinde çocukların dil gelişimi olumsuz yönde etkilenmektedir. Bahsi geçen olumsuz etki, çocukların diğer alanlardaki gelişimlerine de büyük ölçüde etki etmekte ve onların yaşlıtlarından farklılaşmasına sebebiyet verebilmektedir (Tüfekçioğlu, 2007). Bu durumda erken tanı ve erken müdahale ile çocukların dil gelişiminin gelişmesi sağlanabilir. Böylelikle çocukların diğer alanlarda karşı karşıya kalabilecekleri olumsuz durumlar da önlenabilir (Turan vd., 2012). İngiltere’de çocuklara işitme engeli teşhisinin konulma yaşı ortalama 9 hafta olarak belirlenmiştir (NHSP, 2008). Amerika Birleşik Devletleri’nde ise çocuklara işitme engeli teşhisinin 3 aylıken konulması ve 6 aydan önce müdahale edilmesi önerilmektedir (JCIH, 2007).

2.1.5. İşitme Engelinin Aileye Etkisi

Engeli olan çocukların ebeveynlerinin yaşadıkları süreci açıklama hususunda en çok kullanılan model aşama modelidir. Söz konusu model Kübler-Ross'un yas süreci evrelerinden uyarlanmıştır (Doğan, 2015). Kübler-Ross'un(1969) ifadelerine göre aileler yas sürecinde kızgınlık, öfke, inkâr, pazarlık yapma, depresyon ve kabullenme tepkileri gösterebilmektedir. Bahsi geçen duygusal tepkiler genellikle ailelerin çocuklarıyla ilgili hayallerinin kaybıyla ortaya çıkabilmektedir (Sloman vd., 1993). Aşama modeli çerçevesinde engeli olan çocuk ebeveynlerinde şok, anlamlandırma, yadsıma, kabullenme, yeniden yapılanma evreleri görülebilmektedir (Luterman, 1997). Söz konusu evrelerin uzunluğu ve yoğunluğu ebeveynler arasında farklılık gösterebilmektedir. Bu evreler aynı zamanda gelişimsel geçiş dönemlerinde tekrarlanabilmektedir (Doğan, 2015). Sistem yaklaşımına göre ise engel aile fertlerinden yalnızca sadece bir tanesinin sahip olduğu bir durum olsa da, bu durum aile fertlerinin hepsinin dengesini bozabilmektedir. Yaşanan bu durumdan ailenin tamamı büyük ölçüde etkilenir ve yeni bir denge kurulması için büyük bir çaba gösterilir. Bu süreçte bütün aile fertleri şok ve korku duygularını yaşarlar ve gelecek için endişe duyarlar. Ailede üyelerinin tamamının günlük programlarını, görevlerini, rollerini ve planlarını değiştirmeleri gerekebilmektedir. Ailenin tamamı tarafından kayıp hissi yaşanmaktadır. Engeli olan çocukların ailelerinde utanç, suçluluk, üzüntü, hayal kırıklığı ve kızgınlık duyguları yaşanabilmektedir. Ayrıca suçluluk duygusu nedeniyle bazı kültürlerde görünür engeli olan çocuklar zorla evde saklanabilmektedir. Bu süreçte ailede yeni koalisyonlar kurulabilmektedir (Vash ve Crewe, 2004). İşitme engeli olan çocuk yetiştiren ailelerde işitme engeli teşhisi, iletişim tekniklerini öğrenme, eğitime yönelik karar alma, pek çok alandan uzmanlarla iletişime geçme ve teknolojik araçlar kullanma ile ilgili büyük ölçüde stres yaşanabilmektedir (Calderon ve Greenberg, 1999). Engelin aileye etkisindeki temel husus olarak ailenin duygusal ve mantık olarak engeli ve engele yönelik gerçekleri kabullenmeler gösterilmektedir. Öte yandan engeli olan çocuklar dışlanabileceği veya ihmal edilebileceği gibi ebeveynlerin aşırı korumacılığına da maruz kalabilmektedirler (Vash ve Crewe, 2004). Bu süreçte aileler uygulamaları gereken disiplin konusunda emin olamayabilir. Buna ek olarak aileler

kendilerini sürekli olarak etrafındaki insanlara çocuğun işitme engelini ve özel gereksinimlerini açıklarken bulabilmektedirler (Calderon ve Greenberg, 1999). Ailelerin işitme engeli ile ilgili yeteri düzeyde bilgi birikimine sahibi olmamaları, gerekli kararları hızlı bir şekilde verememelerine yol açmaktadır. Bu durum ise engeli olan çocukların tedavilerinin ve eğitim sürecinin geç başlamasına yol açabilmektedir (Aydoğan, 1999). Ailelerin engeli olan çocuklarına aşırı korumacı bir şekilde davranmaları ise çocuklarda bağımlılığı arttırmaktadır. Bu durum ailelerin yükünün artmasına neden olmaktadır. Aşırı korumacılık durumu ailenin özellikle de annenin yaşamdaki seçimlerini kısıtlamaktadır. Çünkü ailelerde birincil bakım genellikle anne tarafından verilmektedir. Annelerin zaman ve dikkat gerektiren pek çok sorumluluk üstlenmeleri sebebiyle kendilerine zaman ayırmaları veya ev dışında çalışmaları güçleşmektedir. Engelin oluşumunda annenin sorumlu olduğu durumlarda ise anne aşırı suçluluk duygusu hissedebilmekte ve çevreden tepki görebilmektedir (Vash ve Crewe, 2004).

Çocuğun büyümesiyle pek çok yeni güçlük ortaya çıkabilir. Çocuğunun yaşı küçük olan aileler genellikle profesyonel destek ve erken müdahale programlarından faydalanırken, çocuğunun yaşı büyük olan ebeveynler ise daha yaratıcı çözümlere gereksinim duymaktadırlar (Calderon ve Greenberg, 1999). Öte yandan engeli olan çocuk ve aileleri arasında kurulan etkileşimin döngüsel nedenselliğe bağlı olduğu vurgulanmaktadır. Ebeveynlerin tutum ve davranışları çocuğun gelişimini büyük ölçüde etkilerken, ebeveynleri ise çocuğun katılımı etkilemektedir. Bahsi geçen döngüsel ilişkideki en önemli unsur ise etkileşimin niteliğidir (Doğan, 2015). İşitme engeli aile ve bireyde son derece farklı etkiler yaratmaktadır. Bu bağlamda ailelerin ve bireylerin uyum düzeyleri ve işitme engeliyle mücadele etme tarzları büyük ölçüde farklılık gösterebilmektedir (Crnic vd., 1983). Ebeveynlerin her biri çocuklarındaki işitme engelinden etkilenir, ancak ailelerin tamamı aynı tepkileri vermemektedirler (Wiefferink vd., 2012). Bu çerçevede Wiefferink ve diğerleri tarafından yürütülen çalışmaya göre ebeveynlerin büyük bir kısmı ilk başta çocuğunda işitme engeli olduğuna inanmamıştır. Bu ebeveynler çocuklarına geç müdahale ettikleri için büyük ölçüde pişman olmuşlardır. Buna ek olarak çalışma kapsamında ebeveynlerin çocuklarının bakımına aktif bir biçimde

nasıl dahil olacaklarını da bilmedikleri vurgulanmıştır (Wiefferink vd., 2012). Ayrıca çocuğuna işitme engeli tanısı konulan ancak kendinde işitme engeli bulunmayan annelerin tamamı, çocuğuna bu teşhis konulduktan sonra yoğun duygular yaşadıklarını belirtmişlerdir. Korkmak, şok olmak, geleceğe yönelik endişeye kapılmak ve pişmanlık duymak annelerin verdikleri duygu örnekleri kapsamında yer almaktadır. Araştırmaya dahil olan annelerin bir bölümü ise babanın annelere göre işitme engeline daha farklı tepki verdiğini ifade etmişlerdir. Anneler aynı zamanda çocukları ile ilişkilerinin işitme engelinden büyük ölçüde etkilendiğini de ifade etmişlerdir (Jackson vd., 2008). Ailede işitme engelinin olumsuz etkileri olduğu gibi olumlu etkileri de olabilmektedir. Bu noktada aile öncelikleri ile ilgili iç görü kazanabilir ve çocuğundaki işitme engeline pozitif bir anlam yükleyebilir. Ayrıca ailece daha fazla yakınlaşabilirler ve aile yenilenmiş bir amaç da edinebilir (Blacher, 1984).

2.2. Psikolojik Sağlamlık

2.2.1. Psikolojik Sağlamlığın Tanımı

Her değişim bir uyum sürecini de beraberinde getirmektedir (Erdoğan vd., 2005). Etrafınızda çeşitli travmalar yaşamış, istismara uğramış, ailesini kaybetmiş veya yaşamın zorlu süreçleriyle başa çıkmaya çalışan pek çok kişi bulunmaktadır. Bahsi geçen kişiler nasıl ayakta durabiliyor ve yaşadıkları zorluklara rağmen nasıl yeniden uyum sağlayabiliyorlar? Çok ağır bir travma yaşayan ve hayata daha iyimser bakabilen insanlar olabileceği gibi, daha az mücadele gerektiren, daha hafif derecede problemler yaşayan ve mücadele edecek gücü bulamayan insanlar da vardır. Neden? Buradaki neden sorusu akla psikolojik sağlamlık kavramını getirmektedir. Werner (2005) tarafından risk grubu olarak ele alınabilecek bir grup Hawai yerlileri üzerine boylamsal bir araştırma yapılmıştır. Araştırma grubunda hayatta kalanların %30'luk kısmı yoksulluk içinde doğmuş, psikopatolojisi bulunan bir ailede yetişmiş ve eğitim seviyesi düşük bir sahip anne tarafından büyütülmüştür. Bahsi geçen risk faktörlerinden dört veya daha fazlasına sahip olan, yaşları 2 veya daha fazla olan çocukların üçte ikilik bir kısmı 10 yaşına gelene kadar davranış ve öğrenme sorunlar yaşadıkları veya 18 yaşına gelene kadar zihinsel sağlık problemleri yaşadıkları belirtilmiştir. Bunun yanı sıra söz konusu çocukların

üçte birinin öz güveni yüksek ve şefkatli yetişkinlere dönüştükleri belirtilmiştir. Bu çocukların çocukluk veya ergenlik döneminde herhangi bir öğrenme ya da davranışsal problem geliştirmedikleri gözlenmiştir. Buna ek olarak akademik anlamda başarılı olmuşlar, kendileri için gerçekçi hedefler belirlemişlerdir. Bu çocuklar 40 yaşına geldiklerinde hiçbiri işsiz kalmamış, yasal problemler yaşamamışlardır. Bu çocukların hayatlarını daha iyi bir hale getirmek için kasıtlı olarak tasarlanmış eğitim, rehabilitasyon ve terapötik programların, katılımcıların eğilimlerine ve yetkinliklerine bağlı olarak değişken etkilere sahip oldukları gözlenmiştir (Werner, 2005).

Yaşam çoğunlukla bir savaş ve mücadele hali olarak nitelendirilmektedir. Hayatımız boyunca karşımıza ne zaman, nasıl bir güçlük veya belirsizlik çıkacağı bilinmemektedir. Bu nedenle cephanemizde ne kadar fazla malzememiz olursa hayatta kalma şansımız o kadar fazla olacaktır. Cephaneliğimizde kullanabileceğimiz güçlü silahlar arasında psikolojik sağlamlık da yer almaktadır. Psikolojik sağlamlık kavramına yönelik olarak pek çok farklı tanım yapılmıştır. Sağlamlık karşılaşılan güçlüklerle rağmen uyum sürecini ifade eden bir kavramdır. Buna ek olarak sağlamlık kişilik özelliği olarak da kabul edilebilmektedir (Luthar vd., 2000).

Ungar (2016)'ın ifadelerine göre psikolojik sağlamlık kavramı, kişilerin iyi olma halini sağlayacak kaynaklara yönelmesi, sosyal ve fiziksel kaynakları temin etme ve bu kaynakları anlamlı olarak paylaşma kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Rutter (2006)'ın tanımına göre psikolojik sağlamlık kavramı, çevresel risk deneyimlerine sıkıntı ya da stresle başa çıkmaya karşı nisbi bir direnişe işaret etmektedir. Masten, Best ve Garmezy (1990) tarafından yapılan tanıma göre ise, zorlayıcı ya da tehdit edici şartlarla karşı karşıya kalınmasına rağmen başarılı bir adaptasyon sürecini ifade etmektedir. Söz konusu tanımların ortak noktası incelendiğinde ise psikolojik sağlamlık bir risk faktörü söz konusu olduğunda, bireyin yaşamında yeni bir uyum süreci gerektiğinde karşılaşılan duruma uyum sağlaması, bu durumla başa çıkması, kişisel ve ruhsal bütünlüğünü sağlayabilmesi biçiminde tanımlanabilmektedir.

Psikolojik sağamlık yabancı literatürde “resilience” olarak ele alınan bir kavramdır. Buna ek olarak ‘dirençlilik, zorlukları yenme gücü, hastalık, depresyon, tehlike gibi durumlardan rahatlıkla eski haline dönebilme becerisi’, “sıkıştırılma, uzatma, büzme işlemlerinden sonra orijinal formuna geri dönme becerisi ya da gücü” olarak da tanımlanmaktadır. APA tarafından yapılan tanıma göre ise psikolojik sağamlık kavramı; kişilerin sıkıntılı, trajik, travmatik, tehdit ve güçlü stres kaynağı içeren olaylar ile karşı karşıya kaldıklarında, söz konusu durumlara iyi bir biçimde uyum sağlama işlevi olarak ifade edilmektedir (APA, 2018). Kişinin yaşadığı bir güçlük karşısında sağlıklı bir biçimde bu olayın veya durumun üstesinden gelmesi ve yaşamını sürdürebilmesi son derece önemli bir özellik olarak görölmektedir (Ungar, 2008). Literatürde psikolojik sağamlık kavramı kişinin strese dayanma derecesi değıl, kişinin zorlu bir yaşantının ardından eski haline dönebilme kapasitesi, riskten sonra başarılı ve sağlıklı bir şekilde uyum gösterebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır (Garmezy, 1991). Buna ek olarak psikolojik sağamlık kavramı bireylerin ciddi bir tehdit unsuru karşısında olumlu uyum gösterdikleri dinamik bir süreç olarak da tanımlanmaktadır (Luthar vd., 2000). Hausser ve Allen (2006), psikolojik sağamlık kavramını, büyük bir zorluk karşısında kişinin beklenmedik bir uyum gösterme becerisi olarak tanımlamışlardır. Werner(1982), psikolojik sağamlığı kişinin hastalık, güçlü kayıplar ve ailenin çözölmesi gibi içsel ve dışsal stres faktörleriyle güçlü bir şekilde baş edebilmesi olarak nitelendirmektedir. Rutter (1985), bireylerin zorlu bir risk durumuyla karşı karşıya kaldıklarında uyumlu işlev görebilme durumunun psikolojik sağamlık olarak adlandırıldığını ifade etmektedir. Bununla birlikte psikolojik sağamlığı anlamak için ilk olarak bireylerin her birinin çevresel tehditler karşısında verdikleri tepkilerin büyük ölçüde farklılık göstermesi hususunun göz önünde bulundurulması gerektiğini belirtmektedir. Linley’e (2008) göre ise sağamlık kavramı bireylerde belirli bir biçimde düşünme, hissetme veya davranma eylemlerinde önceden var olan bir kapasitenin kullanıcıya enerji veren iyi bir şekilde çalışma, gelişme ve performans gösterme olanağı sunduğunu belirtmektedir (Pennock ve Alberts, 2018).

Wagnild’ in ifadelerine göre psikolojik sağamlık orta yaş ve sonrasında sağlıklı yaş almak, sağlıklı olmak, bedensel, ruhsal ve zihinsel dinçlik olarak

tanımlanmaktadır (Connor ve Davidson, 2003). Masten ve arkadaşları (1990), tarafından yapılan tanıma göre ise çocuklar üzerinde psikolojik sağlamlık kavramı, zorlayıcı ya da tehdit edici döngülere karşın başarılı bir şekilde uyum gösterme kapasitesine ve sürecine sahip olma şeklinde ifade edilmektedir. Buna ek olarak psikolojik sağlamlık için önem arz eden üç bileşen bulunmaktadır. Bu bileşenler; yüksek risk altındaki kişilerden risk neticesinde beklenenden çok daha iyi bir tepki göstermeleri, güç durumlar karşısında pozitif bireysel uyum gösterme yetenekleri ve kişilerde travmaların yarattığı etkilerden toparlanma güçlerindeki farklılıklar olarak ifade edilmektedir. Ungar (2016), psikolojik sağlamlığa yönelik olarak çevresel faktörleri ele almıştır. Bu çerçevede psikolojik sağlamlık kavramının açıklanmasına yönelik üç temel basamağın incelenmesi gerektiğini vurgulamıştır. İlk basamak; psikolojik sağlamlık, çevrenin kalitesi, büyüme ve gelişmeye imkân sunma kapasitesinden çok daha fazla bir bireysel yapılandırma olarak değerlendirilmemektedir. İkinci basamak ise psikolojik sağlamlık bireysel ve kültürel farklılaşmaya duyarlı pozitif büyümeyi öngören mekanizmalar ile nüfus içinde ve insanlar arasında aynı ya da farklı olabilmektedir. Son basamak ise bir faktörün psikolojik sağlamlık üzerinde yarattığı etkisinin, kişinin karşı karşıya kaldığı risk miktarına göre farklılık gösterebileceği ve bazı koşullar altında bireyler için psikolojik sağlamlığın kültürel çeşitliliğe göre farklılaşabileceğini belirtmiştir.

Csikszentmihalyi (2018), bunların yanı sıra Akış isimli kitabında, insanların bir kısmının stresle mücadele etme hususunda diğer insanlardan çok daha başarılı olmasını; kendine odaklı olmayan özgüven, yeni çözümlerin keşfi ve dikkati dünyaya odaklamak şeklinde tanımlamıştır. Söz konusu çözümleme psikolojik sağlamlık dinamiklerine örnek teşkil edebilmektedir.

Psikolojik sağlamlık kavramının multidisipliner yapısı nedeniyle tek bir tanımlı yapılamamaktadır (Southwick vd., 2014). Bağlamın nitelikleri çerçevesinde psikolojik sağlamlık dinamikleri genişletilebilmektedir. Örneğin polisler üzerinde yapılan bir araştırma çalışması çerçevesinde profesyonel psikolojik sağlamlık kavramının tanımlı yapılmıştır. Bahsi geçen tanımda profesyonel psikolojik sağlamlık, bireysel, karşılıklı ilişkiler ve organizasyonel esneklik

faktörleri arasındaki etkileşim olarak nitelendirilmiştir. Bunun yanı sıra şiddetli ve zorlu durumlarla karşı karşıya kalındığında sorumluluk alma, kararlı davranma ve kapasite arasındaki ilişkinin dengelenmesini sağlayarak hareket etme ve yaşanana olayın ardından sosyal, zihinsel ve fiziksel açıdan toparlanma yeteneği şeklinde ifade edilmektedir (Bogaerts, 2013). Mesleki alanı vurgulayan bu tanımda psikolojik sağlamlık kavramının, kişisel, ailesel ve çevresel yapısının kişisel, karşılıklı ilişkiler ve organizasyonel dinamikler olarak yeniden organize edildiği vurgulanmaktadır. Bir başka araştırma kapsamına emekli polisler dahil edilmiştir. Araştırmada polislerin emeklilikten sonra psikolojik sağlamlık faktörleri bireylerin fiziksel, zihinsel ve bireyler arası ilişkilerde iyi işlevsellik göstermeleri olarak ifade edilmiştir. Bahsi geçen gurutpta yer alan kişilerin başlıca psikolojik sağlamlık yordayıcıları olarak ise toplumsal açıdan istenme algısı, mücadele etme politikalarından uzak durmaktan kaçınmak ve mesleğe yönelik sırları aile ve arkadaşlardan daha az gizleme eğilimi gösterilmektedir (Pole vd., 2006). Polislere yönelik olarak yürütölen bir diğör araştırmada çerçevesinde de iş stresiyle başa çıkmak için psikolojik sağlamlık faktörlerinin önemi vurgulanmaktadır. Yapılan çalışmada psikolojik sağlamlık ile işe bağılı tükenmişlik arasında negatif yönde anlamlı ilişkilerin var olduğı saptanmıştır (Fyhn vd., 2016). Bu doğrultuda yürütölen psikolojik sağlamlık çalışmaları kavramın tanımını yapma çabalarından sonra, kavramın gelişim aşamasındaki ilk odağı; kişilerin karşı karşıya kaldıkları riskli durumların saptanması (Masten vd., 1990) pozitif yönlü başa çıkma ve sağlıklı işlev görmeyi mümkün kılan faktörlerin tayin edilmesi ve psikolojik sağlamlık düzeyinin ölçölmesi olarak tespit edilmiştir (Masten, 2014). Zaman içerisinde ruh sağlığı alanında çalışmalar yürüten uzmanlar depresyon, stres ve travma gibi kişilerin yaşam kalitesinin düşmesine yol açan problemlerin olumsuz taraflarını betimleme çalışmalarından uzaklaşarak, risk altında olan çocukların bir kısmının psikopatoloji göstermeme niteliklerinin keşfedilmesiyle (Garmezy, 1991; Masten, 2014) doğal gelişim örüntüsü çerçevesinde kişinin güçlü taraflarını saptama hususunda çalışmalar yürötmeye başlamışlardır (Southwick vd., 2014). İkinci dalga psikolojik sağlamlık çalışmaları; kişilerin risk içeren durumlara karşısında olumlu baş etme hususunda son derece etkili olan koruyucu etkenlerin tespit edilmesine (Luthar vd., 2000) odaklanırken, üçüncü dalga psikolojik sağlamlık çalışmaları ise psikolojik sağlamlığın artmasını

sağlayan eğitim programlarına odaklanmıştır (Pennock ve Alberts, 2018). Son yıllarda yapılan psikolojik sağlık çalışmaları ise, pek çok farklı disiplinin ortak etkisi ile psikolojik sağlık süreçlerinin tespit edilmesi hususuna yönelmektedir (Liu vd., 2018).

2.2.2. Psikolojik Sağlamlığın Tarihçesi

Psikopatolojinin kökeni ve tedavisi incelendiğinde psikolojik sağlık araştırmalarının öncüleri dikkat çekmektedir. Çünkü bu öncüler aynı zamanda psikopatolojinin tedavisi ve kökeni ile ilgili değişimin de öncüleridir. Psikopatolojik açıdan yoğun derecede risk altında olan çocuklar baz alınarak daha önceleri yapılmış olan klinik çalışmaların odağındaki husus; olumsuzlukların sonuçlarını gözlemlemek veya bozuklukların sebeplerini meydana getiren risk süreçlerini saptamaktır. Bu araştırmalar problemlerin oluşmasının önüne geçmek, çözmek ya da bu problemleri aşmaktan daha çok patoloji ve bunun açıklarını anlamaya yöneliktir (Masten vd., 1990). Sağlık hususu üzerinde çalışan ilk araştırmacılar, ilk olarak risk altında olan çocukların birçoğunun olumlu sonuçlara ne şekilde ulaştığı konusunda bilgilerinin son derece az olduğunun ve psikopatolojik modellerin içeriğinin ve faydalarının sınırlı olduğunu idrak etmişlerdir.

Sonuçta psikolojik sağlamlığa ilişkin çalışmaların odak noktası risk altında olsa dahi başarılı olmuş kişilere doğru yönünü değiştirmiştir (Luthar, 2006). Sağlamlığa ilişkin araştırmalar, büyük dalga şeklinde ilerlemiştir. Bu dalgaların meydana getirmiş olduğu kavramlar ile bulguları açıklığa kavuşturmak son derece önem arz eden bir husustur. Çünkü bunlar psikolojik sağlık çerçevesini biçimlendirmiştir. Buradaki ilk dalga metodoloji ve psikolojik sağlamlığa dair tanımlarla birlikte kişiye odaklanmıştır (Luthar vd., 2000). İkinci dalga ise psikolojik sağlık ile alakalı durağan olmayan bir muhasebe oluşturmuştur. Burada gelişimsel sistem yaklaşımı benimsenmiş, kişiler arasında işlem ve gelişmeleri içerisinde barındıran birçok sistem üzerinde odaklanılmıştır. Üçüncü dalgada ise, psikolojik sağlık gelişimsel yolları değiştirmeye dönük müdahaleler aracılığı ile oluşturulmaya çalışılmıştır. Son dalgada ise çoklu analiz düzeyinde psikolojik sağlamlığı idrak etme ve

bütünleştirmeye odaklanılmıştır. Burada epigenetik ve nörobiyolojik süreçlere, beyin gelişimine ve bu sistemlerin gelişimini biçimlendiren etkileşim methodlarına olan ilginin artması oldukça etkili olmuştur (Masten, 2013).

İlk dalgada araştırmacılar öncelikle birtakım risk içeren koşullar altında iyi geliştirilmiş şekilde görülen çocukların gelişimine yönelik çalışmalara odaklanmıştır. Bu araştırmacılar, zihinsel anlamda ciddi rahatsızlıkların sebepleri ile alakalı bir arayış içerisindeydiler. Araştırmaya öncülük edenler, kalıtsal ve çevresel risklerinden ötürü mücadele etmesi öngörülen gençlerin arasındaki uyumun iyileştirilmesinin bağlantılı olduğu göstergeleri saptamayı listenin başına almıştır (Masten, 2004). Tehlike arz eden deneyimler ile hassas noktaların sebep olduğu sorunlardan ötürü risk taşıyan çocukların hayatta kalma ihtimalini yükseltme çabalarına rehberlik etmek için, sağlam olarak değerlendirilen, yenilmeyen çocukların yaşamlarında değişik olan şeyleri saptamak onların temel hedefiydi. İlk dalgada araştırmacılar kısa bir liste hazırlamışlardır. Bu listede çocuklar ile gençlerin dayanıklılığına yönelik verilere yer verilmiştir (Masten, 2006). İkinci dalgada ise birinci dalgada oluşturulan bu listeyi meydana getiren süreçler ile düzenleyici olan sistemler gün yüzüne çıkarılması amaçlanmıştır (Luthar, 2006).

Psikolojik sağlamlığa ilişkin çalışmalarla bu kavrama ayrıntılı ve değişik bakış açılarının olduğu anlaşılmıştır. Bir çocuk gelişiminin herhangi bir döneminde sağlam olarak tanımlanabilirken, yine bu çocuk gelişiminin herhangi bir aşamasında aynı sağlamlığı gösteremeyebilir. Yine bazı çocuklar hayatlarının bazı dönemlerinde birtakım durumlara karşı uyum sağlayabiliyorken, bazı durumlar karşısında ise aynı uyumu sağlamayabilir. İkinci dalgaya ilişkin çalışmalar ise sağlamlık hususunu saptamak amacıyla birbiri üzerinde etkili olan durumlara daha çok dikkat ederek, daha uzun mesafe kat etmişlerdir. Netice itibarıyla, araştırmacılar, en kompleks modelleri, zaman geçtikçe negatif durumlara uğrayan çocukların hayatlarındaki sağlıklı ve uyumsuz gelişim yollarına odaklanmışlardır. Bu modellerde kişilerin hayatları üzerinde etkili olan durumlar üzerinde yoğunlaşmıştır. Aynı zamanda bu modeller, değişen bir birey ve durumun kompleks etkileşimlerini de değerlendirilmektedir (Masten ve Narayan, 2012; Masten ve Reed, 2002).

İkinci dalga çalışmalarının odaklandığı konu; zorluk ve zorluktan sonra geliştirilmiş olan uyuma dönük yetkinlikler ile bunları açıklığa kavuşturabilecek süreçlerdir. Bu süreçler üzerinde etkili yapılan çalışmalar günümüzde hala etkisini sürdürmektedir (Masten ve Narayan, 2012). Araştırmacılar, ilk iki dalgalanmadan elde ettiği bilgileri kullanarak üçüncü dalgayı araştırmışlardır. Burada mevcut olan çalışmanın yönü ile psikolojik açıdan sağlamlığı mümkün kılmaya ve teşvik etmeye dönük harekete geçmişlerdir (Luthar vd., 2000). Bu bağlamda deneyler, teoriye dayalı müdahale tasarımları, deneysel müdahaleler aracılığı ile varsayılan uyum süreçlerini test etmek amacıyla sağlam stratejiler meydana getirilmek amaçlanmıştır. Bunun yanında bu argümanlar, pozitif uyumun teşvikini sağlamak ve belirmesi muhtemel problemlerin oluşmasının önüne geçmek için de oldukça önemlidir (Masten, 2006). Üçüncü dalganın yükselmesinin nedeni; birtakım olumsuzluklar ve kırılganlıklarla gelişimini sürdüren çocukların psikolojik ve fiziksel açıdan daha iyi hale gelmesini sağlamak amacıyla aciliyet duygusudur. Üçüncü dalga aynı zamanda çeşitli müdahale ve politikalar aracılığı ile psikolojik sağlamlığı yükseltme çabaları ile karakterize edilmiştir (McClain vd., 2010). Psikolojik anlamda sağlamlığa ilişkin müdahale çabalarının daha değerli hale gelmesi ise önleyici bilimin daha fazla önemsenmesiyle birlikte olmuştur. Bununla birlikte çeşitli çevrelerce davranışsal ve duygusal problemlerin oluşmasının önüne geçilmesi amacıyla yetkinliğin geliştirilmesinin öneminin altının çizilmesi de bu çabaların ön plana çıkmasına sebebiyet vermiştir (Masten ve Obradovic, 2006).

Tarihsel açıdan ise üçüncü dalga, önleme biliminden gelmiş olan modeller, amaçlar ve methodların birleşmesiyle meydana gelmiş olan sağlamlığa ilişkin çalışmalardır. Psikolojik sağlamlık çalışmalarında bilgiler yığılmaya başladığında, veriler, önleme bilimi açısından yeterliliği yükselten programların önemli bir parçası haline gelmiştir (Luthar vd., 2000). Deneysel müdahale tasarımları özel ihtiyaçlara göre düzenlenmekle birlikte süreç kurulduğunda süreçteki değişiklikleri hedefler. Bu müdahale süreçleri sistemdeki değişimi veya hedef davranıştaki kişiliği etkiler ve psikolojik sağlamlığın ne şekilde meydana geldiği hakkında fikir verebilmektedir. Bahsi geçen çalışmalar, yalnızca yeterliliği arttırmayı vurgulamamaktadır. Bu çalışmalar aynı zamanda

riski azaltma ihtiyacı üzerinde de durmaktadır. Kişilerin uyumu üzerinde etkili olan faktörlerin çeşitli olduğunu vurgulayan dördüncü dalgada odaklanılan husus; genlerin nörobiyolojik adaptasyonu, beyin gelişimi gibi konular olmuştur. Bu dalga, sosyal anlamda etkileşim ve büyüme, kompleks yapıda olan işlemlerin etkileşimleri, gen olgusu, beyin yapısı ve işlevleri gibi olgular ve bu süreçleri incelemek amacıyla yeni yöntemlerle birlikte yükselişe geçmiştir. Yakın dönemlerde, psikolojik sağlamlığın biyolojisini ya da sinirbilimini açıklığa kavuşturmayı hedefleyen çalışmalarda artış olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, bütünleştirici anlamda çözümleri gerekli kılan doğal afetler, terör faaliyetleri, küresel ısınma gibi olaylar değişik disiplinlerin farklı düzeylerinde psikolojik sağlamlık üstünde birtakım bağımsız çalışma alanlarını bünyesinde toplamıştır. Bu nedenden dolayı psikolojik sağlamlık kavramına yönelik olarak yürütülen çalışmalar, bu kavramın kapsamını, tanımını ve etkili olduğu alanı genişletmiştir (Masten, 2004).

2.2.3. Risk Faktörleri

Psikolojik sağlamlık olgusunun en önemli parçalarından biri de risktir. Bu unsur, Masten ile Reed(2002)' e göre negatif sonuçları öngören durumları niteleyen ve bir grup içerisindeki kişiler üzerindeki özellikleri ölçen bir argümandır. Örnek verilecek olursa kişilerin hayatında strese sebep olan olaylar birer risk unsurudur. Durlak (1998)' e göre risk genel itibariyle negatif sonucun ihtimalini yükselten bir değişkendir. Riski oluşturan faktörler; bireysel, ailesel ve çevresel olmak üzere 3 grupta değerlendirilmektedir. Bireysel Risk Faktörleri: Erken doğum, kronik hastalıklar (Gizir, 2007); cinsiyet, ırk, hastalık geçmişi, zekâ sosyal sorunları çözme yeteneği gibi durumlar bireysel risk faktörleri kapsamında değerlendirilmektedir (Murray, 2003). Ailesel Risk Faktörleri: Ebeveyn hastalığı veya psikopatolojisi, ergenlik döneminde annelik, ebeveynlerin ayrılması (Gizir, 2007), sosyoekonomik anlamda düşük seviyede olma, ebeveynlerin tutumlarının katı ve otoriter olması, ailenin hastalıklara ilişkin geçmişi, yine ailenin çocuklarına kötü davranışlarda bulunmasına ilişkin geçmişi (Murray, 2003), işsizlik, zararlı alışkanlıklar (Smith vd., 1995) gibi aktörler, ailesel risk faktörleri çerçevesinde değerlendirilmektedir. Çevresel Risk Faktörleri: Ekonomik anlamda yaşanan zorluklar ve yoksulluk (Gizir,

2007; Murray, 2003), çocukların ihmal edilmesi, çocukların istismar edilmesi, savaş, doğal afetler, evsizlik, toplumsal şiddet gibi faktörler ise çevresel risk faktörleri çerçevesinde değerlendirilmektedir (Gizir, 2007). Öte yandan sosyal anlamda yapılan aktivitelere katılım fırsatlarının az olması, işe başvurma olasılığının veya seçeneklerinin düşüklüğü, suç oranının yüksek olması, şiddet gibi faktörler de çevresel risk faktörleri arasında yer almaktadır (Murray, 2003).

Riski oluşturan faktörler, kişinin incinebilirlik özellikleri doğrultusunda yapılandırılmaktadır (Masten, 2018). Bu duruma örnek vermek gerekirse; öğrenme açısından zorluk yaşayan kişinin işe girmesi, eğitim hayatını sürdürmesi, yüksek gelir seviyesine sahip olabilmesi oldukça zor olmaktadır. Benzer şekilde duygusal ve davranışsal manada problem yaşayan kişilerin okulu bırakma ihtimali daha fazla olmakta; yine zihinsel gelişim açısından gerilik yaşayan bireyin hayat kalitesi düşük olmaktadır (Murray, 2003). Çocukların suça ve madde kullanımına bulaşmasında etkili olan bir diğer önem arz eden risk faktörü de ailenin çocukları üzerinde işlevinin sağlıklı olmamasıdır (Smith vd., 1995). Yapılan birtakım araştırma neticesinde çocuklar üzerinde kötü muamele üzerinde risk faktörlerinin etnik köken, dinsel öğretiler ve ekonomik sebepler şeklinde olduğu saptanırken, ebeveyn risk faktörlerinin ise; yoksulluk, ailenin çocuğunu ihmal etme olaylarının geçmişi, sosyal manada izolasyon, gerçeklikle ilişkili olmayan gelişimsel anlamda beklentiler, dürtü kontrolünün düşük olması, aile içi şiddet, depresyon ve zihinsel anlamda gelişmede gerilik şeklinde belirlenmiştir (Honor, 2016).

Çocuklarda matematik ile okuma performansları üzerinde olumsuz etkisi olan bir diğer risk faktörü onların şiddete uğrama algısı olmuştur (Netless vd., 2000). Öte yandan psikolojik sağlamlık ile çocukların sınav stresi, başarısız olma kaygısı, fazla ders yükü ve çalışma baskısı gibi faktörler arasında sıkı bir ilişki bulunmaktadır. Tüm bu faktörler psikolojik sağlamlığı düşürmektedir (Kaya vd., 2016). Bu faktörlerin yanı sıra psikolojik sağlamlık ile çocukluk döneminde yaşanan travmatik olaylar arasında negatif anlamda bir bağlantı bulunmaktadır. Bahsi geçen olaylar bireylerin erişkinlik dönemlerinde geldiklerinde depresyon risklerinin artmasına yol açmaktadır (Aydın, 2018). Buradan da anlaşılacağı üzere psikolojik sağlamlık, kişinin hayatı boyunca

etkili olmaktadır. Bu bağlamda özellikle de erişkinlerde şiddete uğrama (Kaminer ve Eagle, 2013), depremle ilgili yaşantı (Feder vd., 2013), psikolojik açıdan kötü muameleyle karşılaşma (Arslan, 2015a), terör (Aktaş vd., 2017) gibi faktörler ise bir diğer risk oluşturan faktörlerdir. Bu faktörler, kişilerin travmadan sonra stres belirtileri ile de yakından ilintilidir. Öte yandan psikolojik desteğe ilişkin çalışmalarda danışmanın, danışanın negatif tepkileri karşısında profesyonel anlamda davranışını devam ettirme zorunluluğunun yanında kendi psikolojik sağlamlığını da devam ettirebilmesi oldukça önemli faktördür. Bu duruma bağlı olarak kişiler üzerinde eğer güvene dayalı bir ilişki yoksa ve saygısızlık gibi bir durum söz konusu ise, gergin ve eleştirel bir üslubun kullanılması, karar ve kontrol anlamında eksikliğin mevcut olması ve anlam ifade eden bir iş icra edildiğinde duygunun yok denecek kadar az olması gibi durumlar risk oluşturan faktörlerden bazılarıdır (Leiter ve Maslach, 1997).

2.2.4. Koruyucu Faktörler

Olumlu bir yordayıcının koruyucu bir faktör olarak nitelendirilmesi halinde risk veya olumsuz durumların etkisinden korunmanın bazı çeşitleri kastedilmektedir (Benard, 1991). Dolayısıyla koruyucu faktörler, özellikle risk faktörü ya da aşırı düzeyde olumsuzlukların var olduğu durumlarda önem arz eden kaynaklar olarak görülmektedir. Örnek verilecek olursa otomobillerde hava yastığı ya da birtakım hastalıklara yönelik olarak geliştirilen antikorlar, bireyleri enfeksiyon veya kaza tehlikesinden korumak amacıyla faaliyet gösterdikleri için koruyucu faktörler olarak nitelendirilmektedir. Bu koruyucu faktörler, kişilerin uyumunu etkileyen olumsuz olayların veya durumların etkisini hafifletmektedir. Aynı şekilde fiziksel bir saldırı anında çocuğun zarar görmemesi için önüne atlayan bir ebeveyn, çocuğu çok daha kötü bir biçimde korumak anlamında koruyucudur (Wright vd., 2013).

Yüksek yoksulluk, şiddet, aile içi uyumsuzluk ve madde kullanımı gibi güçlükler içerisinde büyüyen bireylerin izlendiği çalışmalarda, "koruyucu" olarak görülen faktörlerin bireylerin niteliklerine ve koşullarına bağlı olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır (Wyman, 2003). Koruyucu faktörler olgusu içinde bulunan riskin veya güçlüğü etkisini azaltan, yumuşatan veya ortadan kaldıran sağlıklı

uyumu ve kişinin yeterliklerinin gelişmesini sağlayan durumları ifade etmektedir. Sağlık konusunda yürütülen araştırmalar kişi odaklı yaklaşımların yanı sıra değişken odaklı yaklaşımları da içermektedir. Bu çerçevede kişi odaklı yaklaşımlar benzer sıkıntılara maruz kalındığında sağlam bireyleri, kendilerini iyi hissetmeyen diğer bireylerden nasıl farklı olduklarını saptamak amacıyla tanımlamışlardır (Masten ve Reed, 2002). Bunun yanı sıra değişken odaklı yaklaşımlar ise, risk ya da olumsuzlukların yüksek olduğu hallerde iyi sonuçlara sebebiyet veren kişilerin ve çevrelerinin nitelikleri arasındaki bağlantıları detaylı bir şekilde incelemişlerdir. Bahsi geçen yaklaşımların tamamının yanı sıra pek çok farklı yöntemden elde edilen araştırma bulgularının önemli düzeyde tutarlılık gösterdiği ortaya konulmuştur. Ayrıca türlü sebeplerden ötürü risk altında olan kişilerin çok daha iyi bir şekilde uyum sağlayabilmeleri için ortak noktalar meydana getirilmiştir. Özetle sağlam bireylerin sahip olduğu özelliklerin listesi yapılarak, hangi faktörlerin zorlukların üstesinden gelme hususunda yardımcı olan faktörlerin hangileri olduğu ve hangilerinin koruyucu olarak görev yaptığı tespit edilmiştir. Söz konusu ilişkiler Masten (2001, 2007) tarafından "kısa liste" olarak ele alınmıştır. Bunun yanı sıra Masten (2001, 2007) insan gelişimine destek veren, uyum sağlamayı kolaylaştıran sistemleri yansıtabileceğini de ileri sürmüştür. Bu bağlamda kısa liste olarak nitelendirilen koruyucu ve destekleyici faktörler genel olarak içsel ve dışsal koruyucu faktörler şeklinde gruplandırılmıştır. İçsel koruyucu faktörler kişisel özellikleri kapsayan koruyucu faktörler olarak nitelendirilmektedir. Dışsal koruyucu faktörler kapsamında içsel koruyucu faktörlerin dışındaki toplumsal, sosyal, kültürel ve ailesel özellikleri kapsayan koruyucu faktörler yer almaktadır.

İçsel (bireysel) koruyucu faktörler, bireylerin risk faktörlerinin olumsuz ve yıpratıcı etkilerinden korunmasını sağlayarak psikolojik olarak zarara uğramalarına engel olan ya da bu zarar minimum düzeye indiren ve bireylerin psikolojik sağlamlığının artmasını sağlayan kişilik özellikleri olarak tanımlanmaktadır (Masten ve Reed, 2002). Yapılan araştırmalar sonucunda bireysel koruyucu faktörler arasında kolay mizaç, iyi bilişsel yetenekler, uyum sağlayıcı kişilik, pozitif akran ilişkileri kurma ve sürdürme becerisi, problem çözme becerileri ve yürütücü işlevler, etkili duygusal ve davranışsal düzenleme

stratejileri, benliğin pozitif görünümü/kendinle ilgili olumlu görüş (kendine güven), yaşama pozitif bakış (iyimserlik), inanç ve hayatın anlamı duygusu, çekicilik ve mizah duygusunun var olduğu saptanmıştır (Segovia vd., 2012; Masten, 2001; Masten, 2007).

Kişilerin psikolojik sağlamlık düzelerinin, etkileyen dışsal koruyucu faktörler kendileri haricindeki kişi, kurum ya da toplum tarafından alabileceği destekler ile bağlantılıdır. Bireyler için duygusal, psikolojik, maddi, manevi, fiziksel ve sosyal destekler önem arz eden bir yere sahiptir. Literatürde dışsal koruyucu faktörlerin toplum, aile ve okul olmak üzere farklı düzeylerde gruplandırıldığı görülmektedir. Psikolojik sağlamlığın yordayıcıları genel olarak bireyin stresli deneyimler karşısında nasıl tepki verdiğini saptamak amacıyla birbirleriyle etkileşim içerisine giren pek çok psikolojik, biyolojik, sosyal ve kültürel faktörleri kapsamına dahil etmektedir (Southwick vd., 2014). Bireylerin stres ve travma karşısında verdiği cevaplar, var olan kaynaklar, belirli kültürler, diğer bireyler, dinler, kuruluşlar, toplumlar ve topluluklar ile olan etkileşimler çerçevesinde gerçekleşmektedir (Walsh, 2007).

Bahsi geçen bağlamların tamamı kendi başına çok az düzeyde esneklik gösterebilmektedir. Dolayısıyla bireyi destekleme becerisine de sahiptir. Psikolojik sağlamlığın bireysel bir özellik olarak görülmesi yanlış sonuçlar doğurmaktadır (Masten ve Narayan, 2012). Psikolojik sağlamlığın aile, uyum, mahalle, okul, toplum ve kültür de dahil olmak üzere birden çok etkileşim sistemi çerçevesinde yer alması sebebiyle bireyin sağlamlığı başkalarına ve diğer etki sistemlerine bağlıdır (Mastenve Obradovic, 2006). Psikolojik sağlamlığa destek veren süreçlerin bütüncül bağlamda ele alınması gerekmektedir. Bu çerçevede başarısız olan çocuklar genellikle başarılı bir gelişim süreci için gereksinim duydukları temel destek, ilgi ve korumadan yoksun olurlar. Başarılı olan çocuklar ise genellikle gelişimlerini sürdürmek için yeteri düzeyde dış desteğe sahip olurlar (Benard, 1991).

Yoksulluk çeken aileler alkolizm ya da zihinsel hastalıklarla mücadeleleri neticesinde harap olan ebeveynler çocuklarının gereksinim duyduğu kaynakları ve temel korumaları temin edecek donanıma sahip

olamamaktadırlar(Masten, 2011). Bütün bireyler içinde yaşadıkları toplumun yardımına ve desteğine ihtiyacı duymaktadır. Bahsi geçen engellerin aşılmasındaki başarının derecesi bireyin güçlü ve zayıf noktalarının yanı sıra bireyin ailesinin ve içinde yaşadığı toplumun ağıyla sürdürülen etkileşimlerinin birleşimi olarak görülmektedir (Riley ve Masten, 2005). Yakın ilişkilerin sağlamış olduğu dinamik kapasiteler, gelişmeye destek vermekte ve ortaya çıkan olumsuz durumlar karşısında bireyleri ve toplumsal grupları zarara uğramaktan korumaktadır. Söz konusu kapasitelerin büyük bir kısmı risk altında olan gençler için ilişkilerin en temel koruyucu faktör olduğuna karar verilmiştir (Luthar, 2006). Zorluk esnasında iyi işlev gören ya da çocuklarını korumak amacıyla gereksinim duyulan şeyleri temin eden ailelerin çocuklarının dünya çapında incelenen pek çok durumda olumsuzluklar esnasında ve olumsuzlukların ardından çok daha iyi yerlerde olduklarını göstermektedir (Masten ve Narayan, 2012).

Risk barındıran şartlarla karşı karşıya kalan bireylerin olumsuz örüntüler geliştirmelerini önleyici nitelikteki aile ortamları ve ebeveynlerinin sahip oldukları özellikler, ailesel özelliklere yönelik koruyucu etkenler olarak görülmektedir. Bu çerçevede ebeveynler ile olumlu ilişkilerin kurulması, söz konusu ebeveynlerin varlığı (Simpson ve Jones, 2013), eğitim seviyesi yüksek ebeveynlere sahip olma (Bahadır, 2009), ebeveynlerden algılanan destek (Turan, 2014)ve sorumluluklarının bilincinde olan ebeveynlere sahip olma durumlarının dışsal koruyucu faktörler olduğu vurgulanmaktadır. Bireyler yaşamları boyunca karşı karşıya kaldıkları zorluklarla başa çıkmak veya uyum sağlamak için büyük bir potansiyele sahiptirler. Ancak bireyler bunu gerçekleştirmek için bazı temel maddi ve sosyal kaynaklara ihtiyaç duymaktadırlar (Bonanno vd., 2007).

Psikolojik sağlamlığı teşvik etmenin temel yolları arasında, kişinin doğal koruyucu sistemlerinin etkili ve iyi bir biçimde gelişmesine ve kullanılmasına imkân sunan sağlıklı aile ve toplum ortamlarının oluşturulmasıdır. Psikolojik sağlamlığın artmasını ve etkin müdahalelerin geliştirilmesini sağlamak amacıyla ailelerin toplulukları ve kurumların içine; toplulukların da toplumun ve kültürün içine gömülü olduğunun idrak edilmesi önem arz etmektedir. Bahsi

geçen düzeylerin herhangi birinde hedeflenen müdahaleler diğer düzeylerde işleyişi etkileyecektir. Bazı durumlarda psikolojik sağlamlığı belirli bir düzeyde artırmak için en etkili stratejinin farklı bir seviyeye müdahale etmek olabileceği bilinmektedir. Örnek verilecek olursa, küçük bir çocuğun sağlamlığının artırılabilmesi için, ebeveynlerin ve okulların ihtiyaç duydukları kaynakları temin etmek, bireysel bir şekilde çocuğun seviyesine müdahale etmekten çok daha etkili olabilmektedir. Bunun yanı sıra topluluklar tarafından da işsiz çalışanlara iş eğitimi ve yerleştirme sağlanarak bireysel psikolojik sağlamlık artırılabilir. Bir başka ifadeyle, kişinin psikolojik sağlamlık düzeyi toplumun pek çok katmanına bağımlı bir durumdur (Southwick vd., 2014).

2.2.5. Psikolojik Sağlamlığa Sahip Bireylerin Özellikleri

Werner tarafından psikolojik sağlamlığa yönelik pek çok çalışma yürütülmüştür. Bu çalışmalar kapsamında Werner (2005), Kauai adasında dünyaya gelen 698 çocuğu doğumdan orta yaşa gelinceye kadar izlemiştir. Bu çocuklar sosyal hizmet çalışanları, ruh sağlığı çalışanları ve pediatristler gibi meslek alanlarından meydana gelen bir grup tarafından belirli yaş aralıklarında izlenmişlerdir. Türlü biyolojik, psikososyal risk faktörlerinin yanı sıra zorlu yaşam olayları ve koruyucu faktörlerin araştırılması yapılmıştır. Bu çerçevede psikolojik sağlamlığa yönelik koruyucu ve risk faktörleri detaylı bir şekilde irdelenmiştir. Yapılan çalışmalarda psikolojik sağlamlığa sahip olan çocukların bebeklik çağlarında bile bakım veren kişilere karşı olumlu yanıtlar verdikleri görülmüştür. Bunun yanı sıra bu çocukların arkadaş canlısı, neşeli, duyarlı ve sosyal oldukları da gözlenmiştir. Ayrıca söz konusu çocukların dil ve motor becerilerinde ve kendi kendilerine yardım etme hususunda problem geliştiren yaşlılarından çok daha iyi oldukları gözlenmiştir. Psikolojik sağlamlık hususunda sosyal destek açısından bir yetişkin ile kurulan duygusal bağ önem arz etmektedir. Psikolojik sağlamlığı olan bireyler genellikle yardıma ihtiyacı duyan diğer bireylere yardım etme eğilimindedirler. Werner (1995) tarafından psikolojik sağlamlığa sahip olan bireylerin temel nitelikleri şöyle ifade edilmiştir: İyi ve güçlü iletişim kurma niteliği taşırlar. Değer verilen yetenekleri ve hobileri vardır. Problem çözme becerileri son derece gelişmiştir. Yaptıkları eylemlerin yaşamlarında bir fark yaratabileceği inancına sahiptirler. Olumlu mizaç

özelliklerine sahiplerdir. Çocuk psikolojik sağlamlığa sahip olduğunda hayatının ilk yılında bakımını üstlenen kişi ile yakın bir bağ kurmakta ve aile dışında oldukça fazla duygusal destek görmektedir (Werner, 1984).

2.3. Depresyon

2.3.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon Latince “depressus” kelimesinden türetilen bir kavramdır. Depresyonun Latince karşılığı kederlenmek, aşağı doğru bastırmak ve donuklaşmaktır. Buna karşın günümüzde depresyon kavramı semptom, hastalık belirtisi ve ruh durumu olarak nitelendirilmektedir. Çok eski tarihlere dayanan depresif bozuklukların etiyolojik açıklamalarının temelinde Hipokrat’ın görüşleri yer almaktadır. Günümüzde ise beyin görüntüleme ve moleküler biyoloji yöntemlerinde yaşanan ilerlemeler depresyon kavramının daha iyi bir şekilde anlaşılmasını sağlamıştır. Zamanla depresyon kavramına yönelik yürütülen çalışmaların artması sonucunda, depresyonun etiyolojisi ile ilgili de farklı görüşler ortaya atılmıştır. 20. yüzyıla gelindiğinde depresyon kavramı ile ilgili yapılan araştırmalar artmıştır. Bahsi geçen araştırmaların yürütülmesindeki temel sebep ise depresyondaki patogenezi aydınlatmak ve klinik semptomların sebeplerini saptamaktır (Doğan ve Çetin, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından toplum içerisinde geniş bir yeri bulunan ve işlevsizliğe sebebiyet veren bir ruhsal bozukluk olarak ifade edilen depresyonun, gelecek yıllarda kalp damar rahatsızlıklarından sonra en sık rastlanan rahatsızlık olacağı vurgulanmıştır (Üstün vd., 2004). Depresyonun genel olarak karşılaşılan problemler sırasında oluşabildiği gibi oluşumunda belirli bir sebebe bağlı olmadığı da görülebilmektedir. Depresyon günümüzde dünya çapında sıklıkla karşılaşılan tıbbi bir rahatsızlık haline gelmiştir. DSÖ (2017) verilerine göre depresyonda olan insan sayısı 300 milyondan daha fazladır. Bu sayı aynı zamanda dünya nüfusunun %4,4’ lük kısmını oluşturmaktadır. DSÖ depresyonun ekonomik, fiziksel, duygusal ve toplumsal problemlere sebebiyet veren rahatsızlıklar içerisinde dördüncü sırada olduğunu ifade etmektedir (Göktaş ve Özkan, 2006). Bu çerçevede depresyonun belirtileri üç başlık altında toplanabilmektedir.

Bu başlıklar; genetik, biyolojik ve psikososyal faktörler olarak ifade edilmektedir. Son yıllarda önem arz eden sağlık sorunlarından biri haline gelen depresyon hızla yaygınlaşmaktadır. Depresyon günlük hayatta yaşanan strese karşı bir tepki olarak nitelendirilmektedir. Aynı zaman da depresyon tıbbi önlem ve tedavi gerektiren bir hastalık olarak görülmektedir. Depresyon beraberinde yaşama karşı hüznün ve depresif duyguları getirmektedir. Depresyon bireyleri yaşamları süresince izleyen bir rahatsızlık olarak nitelendirilmektedir. DSM-5 (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) tanı kriterleri çerçevesinde bir kişiye depresyon teşhisi konulabilmesi için, iki haftalık dönem içerisinde aşağıda ifade edilen semptomlardan beşi veya daha fazlasının bulunması gerekmektedir. Bu belirtiler çökkün duygu durum, etkinliklere karşı ilginin azalması, aşırı düzeyde zayıflama veya şişmanlama, genellikle uykusuzluk veya normal düzeyden çok daha fazla uyuma, enerji düşüklüğü veya bitkinlik, suçluluk ve değersizlik hissi, odaklanmada zorluk, intihar düşüncesi gibi belirtilerdir. Bu belirtiler aynı zamanda belli bir soruna veya iş ile alakalı alanlarda işlevsellik durumlarının azalmasına sebebiyet vermektedir (DSM-5, 2013).

Depresyon alanda üç farklı durumu belirtmek amacıyla kullanılan bir kavramdır: Bunlardan ilki bireylerin her birinin deneyimleyebileceği bir kaybın ardından hüznü durumu anlatan normal bir duygulanımı ifade etmektedir. İkinci kullanım ise depresif bir atağın özelliklerine sahip olmasa da kişinin hayatının hüznü ve mutsuz olduğu anormal bir duygu durumunu içeren semptomu ifade etmektedir. Üçüncü kullanım ise spesifik bir belirti kümesini içermekte ve bazen döngüsel bir nitelik gösteren bir zihinsel bozukluğu ifade etmektedir (Türkçapar, 2009). Depresyon genel olarak kronik bir seyir izlemektedir. Buna ek olarak depresyon bireyin psikososyal işlevselliğini, hayat kalitesi ve mesleki performansını önemli düzeyde bozmaktadır (Cotrena vd., 2016).

Dünya Sağlık Örgütü (2001), depresyonun 2020 yılında küresel hastalık yüklerinde ikinci sırada yer alacağını belirtmiştir. Buna ek olarak Dünya Sağlık Örgütü (2001), Zihin Sağlığı Açığı Eylem Programının kapsamına dahil olan öncelikli hastalıklar arasında yer alacağını öngörmektedir. Depresyonun

yaygınlığına yönelik olarak yapılan çalışma sonuçlarında kullanılmakta olan ölçüm araçlarına ya da araştırma tekniklerine bağlı bazı farklılıklar gözlenmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2014). Bunun yanı sıra yüksek gelirli ülkelerde depresyonun ortalama yaşam boyu yaygınlığının %14.6 olurken ve düşük ve orta gelirli ülkelerde ise %5.5 olduğu bildirilmiştir. Ayrıca 12 aylık dönemdeki sıklığının ise yüksek gelirli ülkelerde %11.1 olduğu ve düşük ve orta gelirli ülkelerde de %5.9 olduğu bildirilmiştir (Bromet vd., 2011).

Depresyonun kadınlarda erkekler kıyasla iki kat daha çok görüldüğü de belirtilmektedir. Söz konusu farklılaşmanın ergenlik döneminin ardından ortaya çıkması ve bu alanda yürütülen araştırmalarda kadınların daha fazla temsil ediliyor olması gibi durumlar, sosyal faktörlerin bu farklılığa katkı sunduğunu gösterir (Parker ve Brotchi, 2010). Depresyon çocukluk döneminden itibaren yaşamın her evresinde görülebilen bir rahatsızlıktır (Brody vd., 2018). Öte yandan depresyonun orta yaşta en az sıklık orana sahip olduğu ve bu oranın ileri erişkinliğe doğru bu artış gösterdiği belirtilmektedir. Depresyon 80 yaş ve üstü erişkinlerde maksimum seviyeye ulaşmaktadır. Bahsi geçen durumun sağlık durumu, istihdam, evlilik ve ekonomik refahtaki yaşam döngüsü kazanımlarını ve kayıplarını gösterdiği de vurgulanmaktadır (Mirowsky ve Ross, 1992).

2.3.2. Depresyonun Nedenleri

Depresyonun; genetik etmenler, nörotransmitter bozukluklar veya çocuklukta olumsuz deneyimler; kronik majör zorluklar, istenmeyen yaşam olayları gibi psikososyal faktörler olmak üzere pek çok nedeni bulunmaktadır. Ancak hastaların büyük bir kısmında depresyon biyolojik, psikolojik, ailevi ve sosyal faktörlerin etkisiyle zamanla ortaya çıkabilmektedir. Buna karşın söz konusu faktörler depresyona karşı koruyucu da olabilmektedir (Baldwin ve Birtwistle, 2002). Kadınlarda ve erkeklerde depresyon genel olarak yaşam değişiklikleri ya da yalnızlıkla bağlantılı bir durumdur. Kadınların yaklaşık %10'luk bir kısmı doğumdan sonraki haftalarda doğum sonrası depresyon geçirmektedir. Bireylerde depresyona uğrama riski taşıyan sosyal faktörler kapsamında yas, istihdam kaybı ve ilişkilerle ilgili problemler yer alabilmektedir. Depresyon

ekonomik, kültürel ve sosyal değişimlere bağlı olarak toplumlarda nüfus artışı, göç, kentleşme problemleri, sosyal dayanışmanın bozulması, fiziki çevredeki değişimler, stres faktörlerinin artış göstermesi gibi sebeplerle ortaya çıkabilen bir rahatsızlıktır (Akçagöz, 2017). Sosyal sınıf, ırk ve statüsüne bakılmaksızın her birey depresyona girebilmektedir. Yaklaşık olarak her altı kişiden biri yaşamı boyunca bir tür depresyon ve her 20 kişiden biri de yaşamı boyunca klinik depresyon yaşamaktadır. Yaklaşık 10 kişiden biri yaşamının bir döneminde bazı depresyon belirtileri göstermektedir. Ancak depresyona giren bireylerin her zaman yardım istememekte ve yardım isteseler bile her zaman depresif olarak teşhis edilememektedirler. Bu nedenle söz konusu rakamlar sadece tahminidir. Depresyon yaygın bir rahatsızlık olmasının yanı sıra sosyal ve kişisel maliyetler açısından da ciddi bir halk sorunu olarak nitelendirilmektedir (Akçagöz, 2017).

Her yaştan ve her kültürden bireyler depresyona girebilirler. Ancak bireylerin bu durumlarını nasıl ifade ettikleri büyük ölçüde farklılık göstermektedir. İnsanların bazıları tarafından “üzgün” ya da “mutsuz” gibi sözcükler depresif duyguları anlatmak amacıyla kullanılmakta, bazıları da duygularını bedenselleştirmekte ve “kalpte bir acı” gibi betimlemektedir. Kadınlarda erkeklere kıyasla depresyon gözlenme oranı çok daha fazladır. Kültürlerarası topluluk araştırmalarının büyük bir kısmında, majör depresif bozukluğunun kadınlarda erkeklere kıyasla yaklaşık olarak iki kat daha yaygın olduğu tespit edilmiştir. Söz konusu cinsiyet farklılığının sebebi belirsizdir. Ancak kadınların çocuk bakımı sorumluluklarının daha fazla olması ve ücretli istihdam için daha az olanağa sahip olmaları önemli etkenler olabilmektedir. Buna ek söz konusu durumun sebebi kısmen erkeklerin depresyon teşhisinin konulmasına izin verecek biçimde sorunlarından bahsetmekten kaçınmaları ve duygusal problemlerde çok daha az yardım istemeleri de olabilmektedir (Baldwin ve Birtwistle, 2002).

Depresif belirtiler genellikle sosyal olarak dışlanan ve ekonomik açıdan zor durumda olan bireylerde daha sık görülmektedir. Söz konusu semptomlar çoğunlukla yaşla birlikte artış göstermekte ve bu rahatsızlıklar toplumun her kesimini büyük ölçüde etkilemektedir (Baldwin ve Birtwistle, 2002). Bu hususta

yapılan son çalışmalar incelendiğinde özellikle genç erkeklerde depresyonun artış göstermekte olduğunu görülmektedir. Bunun yanı sıra 12 yaşın altındaki çocukların yaklaşık %2'lik kısmının depresyona girdiği bilinmektedir. Bahsi geçen oran, gençler için %5' e yükselmektedir. Öte yandan depresyon, umutsuzluk ya da hayatlarında karşılaştıkları güçlüklerle bağlantılı olarak yaşamlarındaki zorluklarla ilişkili olarak intihar girişiminde bulunan gençlerin sayısının her geçen gün artış göstermesi de endişe verici bir durumdur (Smith ve Elliott, 2003). Ayrıca 65 yaş üstü bireylerin diğer yaş gruplarına kıyasla biraz daha büyük bir depresyon riski taşıdıkları belirtilmektedir. Bahsi geçen risk 85 yaş ve üzeri bireylerde çok daha yüksektir. Yaşlılarda depresyon teşhisinin konulması zordur. Çünkü zgn veya düşük hissetme konusunda diğer yaş gruplarına kıyasla çok daha az konuşurlarken, enerji kaybı veya uyku güçlüğü gibi fiziksel sorunlar ile ilgili daha fazla konuşmaktadırlar. Bahsi geçen durum is uzmanların, ailelerin ve arkadaşların ilgili kişilerin nasıl hissettiklerini anlamalarını güçleştirmektedir (Baldwin ve Birtwistle, 2002).

2.3.2.1. Biyolojik Nedenler

Duygu durum bozukluğuna sahip olan kişilerin yakınlarının da hastalanma ihtimalleri ile ilgili olarak bazı çalışmalar yürütülmüştür. alışmalar sonucunda bu kişilerin yakınlarının da hastalanma ihtimallerin yüksek olduğu saptanmıştır. Depresyona sebep olan faktörler arasında kişilerin depresif durumda olan aileleri ile birlikte yaşamaları, aile fertlerinden birilerinin depresyona girmiş olması veya bireyin maddi-manevi olarak ihtiyaç duyduğu şeyleri alamaması gibi durumlar yer almaktadır. Öte yandan evlat edinilmiş kişinin, biyolojik anne ya da babasına geçte depresyon teşhisinin konulmuş olması halinde, bu kişinin çocuklarında da depresyon belirtileri görülme riski yüksektir. İkiizler ile ilgili yrtlen bir araştırma çalışmasında genetik bağın büyük ölçüde etkili olduğu tespit edilmiştir. İkiizlerden birinin depresyona girdiğinde, diğerinin de girdiği görülmüştür. Ayrıca depresyonun biyolojik nedenlerinden dolayı nroadrenalin ve serotonin eksikliğinin üzerinde durulması son derece önemlidir. Buna ek olarak nörotransmitterlerin birbirleriyle etkileşime girmeleri sonucunda meydana gelen sorunlar da tartışılmaktadır (nal vd., 2002).

2.3.2.2. Psikososyal Nedenler

İnsanların hayatlarında birtakım ortak duygu ve değerler vardır. Bu ortak duygu ve değerler acı, üzüntü ve keder duygularına sahip olmalarıdır. Depresyona girmiş olan kişi; çevresindeki diğer insanlardan, toplumsal hayatından, kültürel ve diğer olaylardan büyük oranda etkilenmektedirler. Negatif yönlü bir şekilde gelişen ekonomik veya çevresel olayların depresyon riskini artırdığı bilinmektedir (Cimilli, 2001). Depresyonun oluşmasında önem arz eden yaşam olayları incelendiğinde, 11 yaşından küçük bir çocuğun ebeveynlerinden birini veya her ikisini birden kaybetmesi, kişide depresif davranışlar ortaya çıkmasında ciddi bir yaşamsal olay olarak görülmektedir. Kişinin aile fertlerinden birini kaybetmesi de depresyonun oluşmasına yol açan çevresel etkenler arasındadır. Depresyonun oluşmasına yol açan faktörlerden biri olan çevresel stres kaynağı da bireyin çocuğunun veya eşinin vefat etmesidir. Bu durumda olan bireylerin her birinde bir rahatsızlık meydana gelmemektedir. Çünkü yaşam olaylarının büyük bir kısmı özgül değildir. Bahsi geçen etkenler rahatsızlığın oluşmasında ruhsal ve biyolojik yatkınlık olduğunda önemli bir etken olarak gündeme gelirler.

Depresyon tanısının konulmasında aranacak önemli belirtiler şöyle sıralanmaktadır:

- Her gün günün büyük bir kısmında depresif ya da asabi ruh hali,
- Zevk veya ilgi kaybı
- Kiloda ya da iştahta değişiklikler görülmesi
- Uyku problemleri
- Ajitasyon
- Enerji kaybı ve yorgunluk
- Ölüm ya da intihar düşünceleri
- Kendini değersiz veya suçlu görme
- Adapte olma ya da karar verme güçlüğü

İki haftalık bir süre boyunca bu belirtilerden en az beş tanesinin yaşanması, depresyon teşhisinin konulmasında belirleyici olarak görülmektedir. Bunun

yanı sıra başlıca belirtiler günün büyük bir kısmında, neredeyse her gün, depresif duygu durum ya da daha önce hoşunuza giden şeylere olan ilginin azalmasıdır. Bireylerin her biri farklı depresyon modellerine sahiptir. Örnek verilecek olursa insanların bazıları nispeten oldukça kısa bir zamanda ciddi bir şekilde depresyona girerken, bazıları da birkaç sene içerisinde daha az düzeyde depresyona girerler. Depresyonun hafif bir durum olduğu düşünülse de onu tanımlamak son derece önemlidir. Çünkü depresyon kişinin yaşamından son derece büyük bir etkiye sahip olabilmektedir. Buna ek olarak kişinin ilerleyen dönemlerde çok daha ciddi depresyon ile karşılaşma ihtimalini daha da artırmaktadır. Ancak bazı insanlar akıl hastası olarak damgalanma korkusu ve ilaçların yan etkileri ile ilgili endişe duymaları sebebiyle depresyonu görmezden gelmektedirler. Bazen de uzmanlar tarafından bedensel şikâyetler yanlış teşhis edilmekte ve fiziksel bir rahatsızlığı olan bireylerin depresyonda olup olmadığına bakılmamaktadır. Böyle durumlar depresyon tanısını güçleştiren sebepler arasında yer almaktadır (Baldwin ve Birtwistle, 2002). Ayrıca Bipolar bozukluk (Manik depresyon), Mevsimsel Duygusal Bozukluk (SAD) ve doğum sonrası depresyon gibi farklı depresyon çeşitleri bulunmaktadır. Depresyon atağı hayatımızda ortaya çıkan stresli durumlar, özellikle evden ayrılma, işsizlik, aile fertlerinden birinin vefat etmesi veya yakın bir arkadaşının vefat etmesi gibi olaylar tarafından tetiklenebilmektedir (Borrill, 2000).

Bu çerçevede hafif ve orta derecede depresyon ile mücadele etme hususunda sosyal destek almak, sağlıklı beslenmek, aktivite yapmak, egzersiz yapmak, kontrolü ele almak ve kendi kendine yardım teknikleri uygulamak oldukça faydalı olabilmektedir. Ancak şiddetli depresyon ile başa çıkma hususunda ilaç tedavisi veya bilişsel davranış terapisi, kişilerarası terapi gibi ilaçsız tedavilere başvurulması gerekebilmektedir (Borrill, 2000).

2.3.3. Depresyonun Kuramsal Çerçevesi

2.3.3.1. Psikanalitik Kuram

Freud tarafından “Yas ve Melankoli” adlı makalede psikanalitik kuramın depresyona ilişkin kavramsallaştırması yapılmıştır. Freud çalışması

kapsamında yası ve melankoliyi benzer süreçler olarak işlemiştir. Bu çalışmaya göre yasta gerçek bir kayba verilen tepkilerin karşılığı depresyonda imgesel ya da gerçek bir kayba verilen tepkilerdir. Birey depresyona girdiğinde kendisine olan saygısı da azalmaktadır. Bu durumda birey suçluluk hisseder. Freud bu durumun nedeninin bireyin kaybedilen nesneye duyduğu öfkeyi kendisine yöneltmesi olduğunu vurgulamaktadır. Bu nedenle birey kendisini bu nesneyle özdeşleştirir. Depresyona giren birey kaybını yaşadığı gerçek ya da imgesel nesneye karşı sevgi ve nefret hissettiği bir ambivalans yaşamaktadır. Ancak sevgi bilinçte olurken, nefret bilinçdışındadır. Kayıp duygusunun sevgiye eşlik eden bilinçdışı nefret bireyin üst benliği tarafından bastırılmakta ve bireye yönlendirilmektedir. Bu durumda depresyonun semptomları arasında yer alan değersizlik duygusu, suçluluk duygusu ve düşük özsaygı ortaya çıkmakta ve yaşam anlamsız bir hal almaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2014).

2.3.3.2. Davranışçı Kuram

Davranışçı kuramlara göre depresif belirtilerin gelişmesi ve devamlılığı çevresel ödüllerin azalmasıyla birlikte pozitif yönde pekiştirilen sağlıklı davranışların azalmaya başlaması, pasif veya depresif davranışların pekiştirilmesi ve sağlıklı davranışların cezalandırılmasının sonucu olarak görülmektedir. Bu kuramda depresyon kişinin yaşam ile uyumlu davranışlarının pekiştirilmemesi sonucunda azalması ve ceza halini alan içsel ya da dışsal uyarıcılardan kaçması ve kaçınması olarak ifade edilmektedir. Bahsi geçen kaçınma davranışlarının artış göstermesi ise edilgenliğe ve geri çekilmeye yol açmaktadır. Bu durum da bireyin pekiştirilmeyen sağlıklı davranışlarının azalmasına sebebiyet vermektedir (Carvalho ve Hopko, 2011). Öte yandan davranışçı kuramın depresyona ilişkin kavramsallaştırması genel olarak bir organizmanın kontrolünde olmayan stresli bir olayları deneyimlemesinin ardından tepki örüntülerini açıklayan bir kuram olarak nitelendirilen öğrenilmiş çaresizliği de kapsamaktadır. Buna göre kişinin stres faktörü üzerinde kontrolünün bulunmadığı öğrendiği zaman ortaya çıkan başlıca üç davranış örüntüsünü bildirmektedir. Bunlardan birincisi, kişinin problem çözmeye dönük gönüllü davranışlarının azalmaya başlamasıdır. Birey

bu noktada durumu çözmek için çaba harcamaktan vazgeçecektir. İkincisi, bireyin bilişsel eksiklikler göstermesidir. Yani bireyin önceden başarılı bir biçimde gösterdiği bir davranışsal tepkiyi vermesi çok daha uzun sürecektir. Son olarak üçüncüsü ise, bu etkilerin zaman içerisinde dağılabilmesi sebebiyle davranışsal değişiklikler kontrol eksikliğine olan duygusal tepkilerin etkisinde kalacaktır (Miller ve Seligman, 1976).

2.3.3.3. Bilişsel Kuram

Beck (1979), psikoterapi alanında bilişsel yaklaşımın en önemli temsilcileri arasında yer almaktadır. Beck (1979) tarafından depresyon üç temel kavram üzerinden açıklanmaktadır. Bu kavramlar; bilişsel üçlü, şemalar ve düşünce hataları olarak ifade edilmektedir. Bu bağlamda depresyona girmiş olan birey kendisine, geleceğine ve dışsal deneyimlerine dönük olarak olumsuz bilişsel kalıplara sahip olur. Şemalar, dış dünyadaki bütün uyaranların seçici olarak algılandığı, bu algılamada bireyler arasında farklılıklar görülse bile aynı bireyin seçerek algıladığı uyaranların göreceli olarak tutarlılık gösterdiğini ifade etmektedir. Buna ek olarak bu durumun bireyin çevresini yorumlama ve kavramsallaştırmasına etki ettiğinin de ifade etmektedir. Son olarak bilişsel hatalar ise depresyondaki bireyin mantığına uymamasına rağmen sorgulamadan inanmış olduğu aşırı genelleme, kişiselleştirme ve siyah-beyaz görme gibi sistematik bilişsel çarpıtmaları ifade etmektedir. Bilişsel modele göre depresyonun oluşmasına ya da devam etmesine yol açabilecek faktörler çevresel, bilişsel, biyolojik ya da davranışsal boyutlardan bazılarıdır. Bahsi geçen boyutlardan herhangi birinde meydana gelen değişim diğerler boyutlara da büyük oranda etki etmektedir (Türkçapar, 2009).

2.3.4. Tanı Ölçütleri ve Sınıflandırma

Majör depresyon tanısının saptanması hususunda en fazla kullanılan ölçütlerin DSM 5 ve ICD'de bulunan kriter grupları olduğu ifade edilmektedir. DSM 5'te yer verilen Yeğin (Majör) Depresyon Bozukluğu Tanı Ölçütleri aşağıda şöyle ifade edilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013):

A. Bu iki haftalık süre boyunca aşağıda yer verilen belirtilerden beş veya daha fazlası bulunmuştur. Ayrıca önceden olan işlev durumundada farklılık gözlemlenmiştir. Bu belirtilerden en az bir tanesinin ya (1) ilgisini yitirme (2) çökkün duygudurum ya da zevk almama olduğu belirtilmektedir.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün ve günün neredeyse tamamında yaşanmakta ve bu durum kişinin kendisi tarafından bildirilmekte (örn. mutsuzdur, üzüntülüdür ya da umutsuzdur) ya da başkalar tarafından gözlenmektedir.
2. Yapılan etkinliklerin hemen hemen hepsine karşı ilgisizlik ya da keyif almama hemen hemen her zaman ve neredeyse bütün gün bulunur.
3. Hiç zayıflamaya çalışmadan hemen hemen her gün çok zayıflama ya da şişmanlama yada iştahsızlık veya iştahın çok artması
4. Hemen hemen her gün, uykusuz olma veya aşırı derecede uyuklama.
5. Hemen hemen her gün yavaşlama veya psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon)
6. Hemen hemen her zaman halsizlik veya ruhsal olarak çökkünlük.
7. Hemen hemen her zaman, değersiz hissetme veya çok suçlu hissetme (sanrısız olabilir, sadece hastalığından dolayı suçluluk duyma şeklinde değil).
8. Hemen hemen her zaman, düşünmede zorlanma ya da dikkatini toplayamama, kararsız kalma.
9. Tekrarlayıcı ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil) ya da intihar düşünceleri veya intihar için eylem planlama.

B. Bahsi geçen durumlar klinik açıdan değerlendirildiği zaman bir sıkıntıya veya günlük aktivitelerimizle ilgili durumlarda işlevsellikte azalmaya neden olmaktadır.

C. Bahsi geçen dönemde, herhangi bir maddenin yada farklı sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamamaktadır.

ICD'de ise depresyon ile ilgili yapılan tanımlamalara, Depresif Epizod ve Tekrarlayıcı Depresif Bozukluk başlıkları kapsamında yer verilmektedir. Buna ek olarak her iki başlık da hafif düzey, orta düzey ve ağır düzey olmak üzere farklı alt başlıklara ayrılmıştır. Bu üç farklı düzeydeki depresif dönem için de genel olarak bireyde depresif bir ruh hali, ilginin azalması, zevk kaybı, enerjinin azalması ve yorgunluğun artması gözlemlenmektedir. Yalnızca oldukça az bir

aba gösterdikten sonra belirgin bir yorgunluk hissetme durumu yaygındır. Bunlara ek olarak yaygın bir şekilde görülen diğerk semptomlar şöyle sıralanmaktadır: (a) odaklanmada ve dikkatte azalma; (b) zsaygıda ve özgüvende azalma; (c) suçluluk ve değersizlik hissi (d) geleceğey yönelik karamsar düşünme; (e) kendine zarar verme ya da intihara dönük düşünce ya da davranış; (f) uykunun bozulması (g) yeme isteğinin azalması.

Hafif Düzeyde Depresif Dönem için; genel olarak depresif bir ruh hali, ilgide ve keyifte azalma ve yorgunluk artışı depresyonun tipik belirtileri olarak nitelendirilmektedir. Kesin bir tanının konulabilmesi için bu belirtilerden en az ikisinin ve diğerk belirtilerden de en az ikisinin bulunması gerekmektedir. İş hayatının yanı sıra sosyal hayatın da normal bir şekilde sürdürülmesi hususunda birtakım zorluklar yaşanmasına rağmen tam bir işlev bozulması yaşanmamaktadır. Bunların yanı sıra söz konusu belirtilerin hiçbirinin yoğun bir şekilde olmaması ve yaklaşık olarak 2 hafta sürmesi gerekmektedir.

Orta Düzeyde Depresif Dönem için; hafif depresif dönem için belirtilen en tipik  belirtiden en az ikisi ve bunlara ek olarak diğerk belirtilerden de en az üç ya da dördünün bulunması gerekmektedir. Bazı belirtiler belirgin bir düzeyde görülebilmektedir. Ancak genellikle çok çeşitli belirtilerin var olduğu durumlarda, bu gerekli görülmemektedir. İş hayatına ve sosyal hayata yönelik işlevlerde kayda değerk bir bozulma görülmektedir. Bahsi geçen dönemin de en az iki hafta boyunca devam etmesi beklenmektedir.

Ağır Düzeyde Depresif Dönem için; hafif ve orta şiddette depresif dönemler için saptanan tipik belirtilerin nn de var olması gerekmektedir. Buna ek olarak şiddetli olması gereken en az dört belirti de içermesi gerekmektedir. Bunun yanı sıra yavaşlama ya da huzursuzluk gibi önem taşıyan belirtilerin belirgin olması halinde, hasta belirtilerin birçoğunu ayrıntılı bir şekilde tanımlamada istekli veya yeterli olmayabilir. Benlik saygısı ya da suçluluk duygusunun başat olması ihtimali yüksektir. İntihar özellikle ağır vakalarda belirgin bir tehlike olarak görülmektedir. Bu erçevde neredeyse her zaman bedensel belirtilerin ortaya çıkacağı düşünülmektedir. Ağır düzeyde depresif dönemin de en 2 hafta sürmesi beklenmektedir. Ancak tanı konulması için

belirtilerin şiddetli olduğu durumlarda belirlenen sürenin dolması gerekmemektedir.

Tekrarlayıcı Depresif Bozukluk; Mani ölçütlerini karşılayan bir bağımsız ruh hali yükselmesinin ve aşırı hareketlilik nöbeti öyküsünün bulunmadığı, hafif, orta ve ağır olarak tekrarlanan depresyon dönemleri ile ayırt edilmektedir. Tekrarlayıcı depresif bozukluk o esnada içerisinde bulunulan dönemin hafif, orta veya ağır seviyede olmasına göre hafif, orta ve ağır dönemde olmak üzere üç başlık altında değerlendirilmektedir. Söz konusu ölçütler ise: (a) tekrar eden depresif bozukluğun ölçütleriyle birlikte o esnada hafif/orta/ağır depresif dönem ölçütlerini karşılaması; (b) arasında bir ruhsal bozukluk görülmeyen birkaç ayın var olduğu en az 2 hafta boyunca devam eden iki depresif dönemin var olmasıdır.

3. BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Bu çalışmanın evreni, Diyarbakır şehrinde ikamet eden ve 1-5 yaş arasında işitme engeli bulunan çocuğa sahip ve herhangi bir engel durumu bulunmayan çocuğa sahip annelerdir. Araştırmamızda gönüllü olarak araştırmaya katılan Diyarbakır şehrinde ikamet eden, 1-5 yaş arasında işitme engeli bulunan çocuğa sahip 51 anne ve çocuğunda her hangi bir engel durumu bulunmayan 51 anne olmak üzere toplam 102 kişiden örneklem oluşturulmuştur.

3.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veriler anket kullanılarak toplanmıştır. Katılımcılara araştırmayla ilgili bilgilendirme yaptıktan ve onam formunu imzaladıktan sonra, sosyodemografik bilgi formu, Beck depresyon envanteri (BDE) ve kısa psikolojik sağlamlık ölçeği (KPSÖ) uygulanmıştır.

Sosyodemografik Bilgi Formu: Yaş, etnik köken, meslek gibi katılımcıların demografik bilgilerini elde etmeye yönelik olarak araştırmacı tarafından oluşturulmuş formdur. Formun amacı, araştırma amaçları doğrultusunda değişkenler ve sosyodemografik veriler arasındaki ilişkileri ortaya koymaktır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDE): Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanan ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerini içeren anket formu ve engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeyini belirlemede “Beck Depresyon Envanteri (BDE)” kullanılarak, yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. BDE, Beck ve arkadaşları (1978) tarafından geliştirilmiş,

Ülkemizde ise Hisli (1988) geçerlilik-güvenirlik çalışmasını yapmıştır. BDE, toplam 21 maddelik soru listesinden oluşmaktadır ve puan aralığı 0-63 arasındadır. Depresyon puanı arttıkça depresyon düzeyinin arttığı varsayılmaktadır (Savaşır ve şahin 1997).

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe uyarlaması ise Hisli tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek depresif belirtilerin derecesinin objektif ölçümünü amaçlamaktadır. Ölçekte depresif ruh durumu, başarisızlık duygusu, karamsarlık, doyumsuzluk, kendinden hoşlanmama, cezalandırma işteği, suçlu hissetme, ağlama krizleri, sinirlilik, içe kapanma, karar vermekte glk çekme, beden imajında bozulma, çalışmama, yorgunluk, uyku problemi, iştahsızlık, zayıflama veya çok fazla şişmanlama ve cinsel istekte azalma gibi depresyonda görülen belirtilere ilişkin maddeler bulunmaktadır.

Kısa Psikolojik Sağlamlık leği (KPSÖ): Ölçek, Smith ve ark. (2008) tarafından kişilerin psikolojik sağlımlıklarını ölçmesi amaçlanarak geliştirilmiştir. Ölçek 6 maddeden oluşan 5’li likert tipinde öz bildirim tarzı bir lme aracıdır. Ölçekte olan ve tersten kodlanan maddeler çevrildikten sonra, alınan yüksek puanlar, yüksek psikolojik sağlamlığa işaret etmektedir. Ölçek dört farklı çalışma grubu üzerinde geliştirilmiş ve geçerlilik güvenirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. KPSÖ’nin yapı geçerliğini belirlemek için açımlayıcı faktör analizi yapılmış ve analiz sonucunda, 4 farklı örneklem grubu için sırasıyla, toplam varyansın % 61, % 61, % 57 ve % 67’sini açıklayan tek faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ölçekte bulunan maddelerin faktör yükleri ise, .68 ile .91 arasında değişen değerlerde olduğu saptanmıştır. Ölçeğin güvenirliği iç tutarlık ve test tekrar test yöntemleriyle hesaplanmıştır. Bu sonuca göre ölçeğin iç tutarlık güvenirlik katsayısı .80 ile .91 arasında değişen değerlerde olduğu bulunmuştur. Test tekrar test güvenirlik katsayısı ise, .62 ile .69 arasında bulunmuştur. Ölçüt bağıntılı geçerlik kapsamında, KPSÖ ile diğer ölçekler arasındaki ilişkiler incelenmiş ve KPSÖ ile, ego durumunun sağlamlık durumu, optimizm, yaşamasındaki amaç, sosyal destek, olumlu başa çıkma stratejileri ve olumlu duygular arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. KPSÖ ile, olumsuz düşünce, çökkün ruh durumu, korku, negatif

duygular, stres ve olumsuz başa çıkma stratejileri arasında ise negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

3.3. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler anket yöntemiyle toplanmıştır. Çocuğunda işitme engeli bulunan ve çocuğunda herhangi bir engel durumu söz konusu olmayan annelere anket formları dağıtılmış, aydınlatılmış onam formu verilmiş, gönüllülük esasına dayalı olarak katılımları sağlanmıştır. Anketler araştırmacı tarafından toplanmış ve veri girişi yapılmıştır.

3.4. Verilerin Analizi

Elde edilen veriler, IBM SPSS 22 programında incelenmiştir. Analizler; çocuğunda işitme engeli bulunan ve çocuğunda herhangi bir engel durumu söz konusu olmayan 2 ana örneklem grubu kıyaslanarak yapılmıştır. Analizde öncelikle katılımcıların sosyodemografik bilgilerine ilişkin bulgular betimsel analiz yöntemleriyle gösterilmiştir. Daha sonrasında BDE ve KPSÖ'ye ilişkin tanımlayıcı bulgular gösterilmiştir. Bu değişkenler arasındaki ilişkiye Pearson korelasyon analizi ile bakılmıştır. Bağımsız örneklem t testi, Pearson korelasyon analizi, tek yönlü varyans analizi kullanılarak analizin kalan kısmında araştırmaya katılanların sosyodemografik bilgilerinin BDE ve KPSÖ'ye göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Tek yönlü varyans analizlerinde anlamlı farklılıklar bulunması halinde farklılıkların hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni Post-hoc testi ile incelenmiştir.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde çocuğunda işitme engeli bulunan ve çocuğunda herhangi bir engel söz konusu olmayan annelerin depresyon ve psikolojik sağlamlıklarına ilişkin elde edilen bulgular analiz edilmiştir.

4.1. Sosyodemografik Bilgilere İlişkin Bulgular

Tablo 1.

Sosyodemografik Bilgilere İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları

	İşitme engelli çocuğa sahip olan anneler		Normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan anneler	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Yaş				
20-30 yaş arası	26	51,0	19	37,3
30-40 yaş arası	20	39,2	27	52,9
40-50 yaş arası	4	7,8	5	9,8
Etnik köken				
Arap	-	-	1	2,0
Kürt	43	84,3	43	84,3
Türk	5	9,8	7	13,7
Diğer	3	5,9	-	-
Eğitim durumu				
Okur-yazar değil	10	19,6	3	5,9
Okur-yazar	12	23,5	9	17,6
İlkokul mezunu	9	17,6	10	19,6
Ortaokul mezunu	11	21,6	5	9,8
Lise mezunu	4	7,8	7	13,7
Yüksekokul mezunu	5	9,8	17	33,3
Çalışma durumu				
Çalışıyor	3	5,9	22	43,1
Çalışmıyor	48	94,1	29	56,9
Meslek				
Sağlık	-	-	3	5,9
Eğitim	3	5,9	12	23,5
Diğer	-	-	7	13,7
Çalışmıyor	48	94,1	29	56,9

Sahip olunan çocuk sayısı				
1 çocuk	7	13,7	16	31,4
1-3 çocuk	29	56,9	25	49,0
4-6 çocuk	15	29,4	10	19,6
Çocuğun yaşı				
1-3	17	33,3	18	35,3
3-5	33	64,7	33	64,7
Evdeki nüfus				
Çekirdek aile	37	72,5	41	80,4
Geniş aile	13	25,5	10	19,6
Gelir durumu				
Gelir giderden yüksek	7	13,7	26	51,0
Gelir gidere denk	23	45,1	13	25,5
Gelir giderden az	20	39,2	12	23,5
Sosyal ilişkiler				
İyi	25	49,0	31	60,8
Orta	16	31,4	14	27,5
Kötü	10	19,6	6	11,8
Boş vakitleri nasıl geçirirsiniz?				
Aile ile	46	90,2	47	92,2
Arkadaş ile	-	-	2	3,9
Yalnız	5	9,8	2	3,9
TOPLAM	51	50,0	51	50,0

Sosyodemografik bilgilere ilişkin betimsel analiz sonuçları incelendiğinde işitme engelli çocuğa sahip olan annelerin %51'inin 20-30 yaş arasında olduğu görülürken, %39,2'sinin 30-40 yaş arasında, %7,8'inin ise 40-50 yaş arasında olduğu görülmektedir. Normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerin %37,3'ünün 20-30 yaş arasında olduğu görülürken, %52,9'unun 30-40 yaş arasında, %9,8'inin ise 40-50 yaş arasında olduğu görülmektedir. İşitme engelli çocuğa sahip olan annelerin %84,3'ünün Kürt, %9,8'inin Türk, %5,9'unun ise diğer etnik kökenlerden birine sahip olduğu görülmüştür. Normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerin %2'sinin Arap, %84,3'ünün Kürt, %7'sinin ise Türk olduğu görülmüştür. İşitme engelli çocuğa sahip olan annelerin %19,6'sının okur-yazar olmadığı görülürken, %23,5'i okur-yazar olduğu, %17,6'sının ilkokul mezunu, %21,6'sının ortaokul mezunu, %7,8'inin lise mezunu, %9,8'inin ise yüksekokul mezunu olduğu görülmüştür. Normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerin %5,9'unun okur-yazar olmadığı görülürken, %17,6'sının okur-yazar olduğu, %19,6'sının ilkokul mezunu, %9,8'inin ortaokul mezunu, %13,7'sinin lise mezunu, %33,3'ünün ise yüksekokul mezunu olduğu görülmüştür. İşitme engelli çocuğa sahip olan annelerin %5,9'unun eğitim sektöründe çalıştığı görülürken, normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerin %43,1'inin çalıştığı, %5,9'unun sağlık

sektöründe, %23,5'inin eğitim sektöründe, %13,7'sinin ise diğer sektörlerde çalıştığı görülmüştür. İşitme engelli çocuğa sahip olan annelerin %13,7'si bir çocuğa sahipken, %56,9'su 1-3 çocuk, %29,4'ü ise 4-6 çocuk sahibidir. Normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerin %51'i bir çocuğa sahipken, %25,5'i 1-3 çocuk, %23,5'i ise 4-6 çocuk sahibidir. İşitme engelli çocuğa sahip olan annelerin çocuklarının %33,3'ü 1-3 yaş arasındayken, %64,7'si 3-5 yaş arasındadır. Normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerin çocuklarının %35,3'ü 1-3 yaş arasındayken, %64,7'si 3-5 yaş arasındadır. İşitme engelli çocuğa sahip olan annelerin %72,5'i çekirdek aile ile yaşarken, %25,5'i geniş aile ile yaşamaktadır. Normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerin %80,4'ü çekirdek aile ile yaşarken, %19,6'sı geniş aile ile yaşamaktadır. İşitme engelli çocuğa sahip olan annelerin %13,7'sinin geliri giderinden yüksekken, %45,1'inin geliri giderine denk, %39,2'sinin ise geliri giderinden azdır. Normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerin %51'inin geliri giderinden yüksekken, %25,5'inin geliri giderine denk, %23,5'inin ise geliri giderinden azdır. İşitme engelli çocuğa sahip olan annelerin %49'unun sosyal ilişkileri iyiirken, %31,4'ünün orta düzeyde, %19,6'sının kötü düzeydedir. Normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerin %60,8'inin sosyal ilişkileri iyiirken, %27,5'inin orta düzeyde, %11,8'inin kötü düzeydedir. İşitme engelli çocuğa sahip olan annelerin %90,2'si boş vakitlerini ailesi ile %9,8'i ise yalnız geçirmektedir. Normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerin %92,2'si boş vakitlerini ailesi ile geçirirken, %3,9'u arkadaşları ile %3,9'u ise yalnız geçirmektedir.

4.2. Araştırma Değişkenlerine Yönelik Bulgular

Tablo 2.

Araştırma Değişkenlerine İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları

		N	Min	Maks	Ort.	SS	α
BDE	İşitme engelli çocuğa sahip olan anneler	51	,00	45,00	17,69	11,15	,909
	Normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan anneler	51	,00	37,00	9,75	8,93	
KPSÖ	İşitme engelli çocuğa sahip olan anneler	51	1,40	4,33	3,02	,65	,778
	Normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan anneler	51	1,67	4,50	3,03	,63	

Yapılan betimsel analiz sonucunda işitme engelli çocuğa sahip olan annelerin BDE'den aldıkları ortalama puan $17,69 \pm 11,15$ olarak bulunurken, normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerin BDE'den aldıkları ortalama puan $9,75 \pm 8,93$ olarak bulunmuştur. Bunun yanı sıra, işitme engelli çocuğa sahip olan annelerin KPSÖ'den aldıkları ortalama puan $3,02 \pm 0,65$ olarak bulunurken, normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerin KPSÖ'den aldıkları ortalama puan $3,03 \pm 0,63$ olarak bulunmuştur.

Kullanılan ölçeklerin güvenirlik seviyeleri iç güvenirlik katsayısı (Cronbach'salpa) ile test edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda BDE'nin güvenirlik katsayısı 0,909 olarak bulunurken, KPSÖ'nün güvenirlik katsayısı 0,778 olarak bulunmuştur. Bu değerler, kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.

BDE ve KPSÖ Değerlerine Göre İşitme Engelli ve Normal Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Olan Annelerin Arasındaki Farklılıklara Yönelik Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

		N	Ort.	SS	t	p
BDE	İşitme engelli çocuğa sahip olan anneler	50	51	17,69	3,969	,000
	Normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan anneler	50	51	9,75		
KPSÖ	İşitme engelli çocuğa sahip olan anneler	50	51	3,02	-,092	,927
	Normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan anneler	50	51	3,03		

Yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre işitme engelli çocuğa sahip olan anneler ile normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan anneler arasında KPSÖ düzeylerine göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır, $t = -,092$, $p > ,05$. Öte yandan, işitme engelli çocuğa sahip olan anneler ile normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan anneler arasında BDE düzeylerine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur, $t = 3,969$, $p < ,05$. Bulunan sonuçlara göre işitme engelli çocuğa sahip olan annelerin depresyon düzeyi normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerden anlamlı bir şekilde daha fazladır.

4.3. Sosyodemografik Bilgiler İle BDE ve KPSÖ Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Sosyodemografik değişkenlere yönelik analizler yapılırken grup sayılarında eşitsizlikler görüldüğünde, eğer birleştirme uygulanabiliyor ise gruplar uygun şekilde birleştirilmiş, uygulanamıyor ise analiz yapılmamıştır. Bu kapsamda yaş değişkeninde 30-40 arası yaş grubu ile 40-50 arası yaş grubu birleştirilmiştir. Etnik köken, meslek, çalışma durumu (yalnızca işitme engelli çocuğa sahip olan annelerde) ve boş vakitleri geçirme şekline yönelik analizler ise yapılmamıştır.

Tablo 4.

BDE ve KPSÖ'ye Göre İşitme Engelli Çocuğa Sahip Olan Annelerin Yaşları Arasındaki Farklılığa Yönelik Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

	Yaş		N	Ort.	SS	t	p
BDE	20-30 arası	yaş	26	17,69	12,86	-,231	,818
	30-50 arası	yaş	24	18,42	8,73		
KPSÖ	20-30 arası	yaş	26	3,19	,46	2,481	,017
	30-50 arası	yaş	24	2,77	,72		

Yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda işitme engelli çocuğa sahip olan annelerin yaşları arasında BDE düzeylerine göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır, $t = -,231$, $p > ,05$. Öte yandan işitme engelli çocuğa sahip olan annelerin yaşları arasında KPSÖ düzeylerine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur, $t = 2,481$, $p < ,05$. Bulunan sonuçlara göre 20-30 yaş arası işitme engelli çocuğa sahip olan annelerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin 30-50 yaş arası işitme engelli çocuğa sahip olan annelerden anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 5.

BDE ve KPSÖ'ye Göre Normal Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Olan Annelerin Yaşları Arasındaki Farklılığa Yönelik Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

	Yaş		N	Ort.	SS	t	p
BDE	20-30 arası	yaş	19	11,63	10,11	1,166	,249
	30-50 arası	yaş	32	8,63	8,12		
KPSÖ	20-30 arası	yaş	19	2,88	,70	-1,271	,210
	30-50 arası	yaş	32	3,11	,59		

Yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerin yaşları arasında BDE ve KPSÖ'ye göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır, sırasıyla $t = 1,166$, $-1,271$, $p > ,05$.

Tablo 6.

Annelerin Eğitim Durumu ile BDE ve KPSÖ Arasındaki İlişkiye Yönelik Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

			Eğitim durumu
İşitme engelli çocuğa sahip olan anneler	BDE	r	-,333
		p	,017
	KPSÖ	r	,044
		p	,762
Normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan anneler	BDE	r	-,142
		p	,320
	KPSÖ	r	-,225
		p	,113

Yapılan pearson korelasyon analizi sonucunda normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerin eğitim durumları ile BDE ve KPSÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, sırasıyla, $r = -,142$, $-,225$, $p > ,05$. İşitme engelli çocuğa sahip olan annelerin eğitim durumları ile KPSÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, $r = ,044$, $p > ,05$. Öte yandan, işitme engelli çocuğa sahip olan annelerin eğitim durumları ile BDE arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur, $r = -,333$, $p < ,05$. Bulunan sonuçlara göre işitme engelli çocuklara sahip olan annelerde eğitim düzeyi arttıkça depresyon düzeyi azalma göstermektedir.

Tablo 7.

BDE ve KPSÖ'ye Göre Normal Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Olan Annelerin Çalışma Durumları Arasındaki Farklılığa Yönelik Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

	Çalışma durumu	N	Ort.	SS	t	p
BDE	Çalışıyor	22	8,59	7,20	-,801	,427
	Çalışmıyor	29	10,62	10,09		
KPSÖ	Çalışıyor	22	2,95	,59	-,748	,458
	Çalışmıyor	29	3,09	,67		

Yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerin çalışma durumları arasında BDE ve KPSÖ'ye göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır, sırasıyla, $t = -,801$, $-,748$, $p > ,05$.

Tablo 8.

BDE ve KPSÖ'ye Göre İşitme Engelli Çocuğa Sahip Olan Annelerin Çocuk Sayıları Arasındaki Farklılığa Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

	Çocuk sayısı	N	Ort.	SS	F	p
BDE	1 çocuk	7	16,71	10,06	,030	,971
	1-3 çocuk	29	17,83	11,96		
	4-6 çocuk	15	17,87	10,67		
KPSÖ	1 çocuk	7	2,93	,49	,633	,535
	1-3 çocuk	29	3,11	,67		
	4-6 çocuk	15	2,88	,69		

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda işitme engelli çocuğa sahip olan annelerin çocuk sayıları arasında BDE ve KPSÖ'ye göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır, sırasıyla, $F(2, 48) = ,030, ,633, p > ,05$.

Tablo 9.

BDE ve KPSÖ'ye Göre Normal Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Olan Annelerin Çocuk Sayıları Arasındaki Farklılığa Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

	Çocuk sayısı	N	Ort.	SS	F	p
BDE	1 çocuk	16	10,69	8,33	,755	,476
	1-3 çocuk	25	8,24	9,78		
	4-6 çocuk	10	12,00	7,69		
KPSÖ	1 çocuk	16	2,86	,74	1,344	,271
	1-3 çocuk	25	3,17	,56		
	4-6 çocuk	10	2,93	,60		

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerin çocuk sayıları arasında BDE ve KPSÖ'ye göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır, sırasıyla, $F(2, 48) = ,755, 1,344, p > ,05$.

Tablo 10.

BDE ve KPSÖ'ye Göre İşitme Engelli Çocuğa Sahip Olan Annelerin Çocuklarının Yaşları Arasındaki Farklılığa Yönelik Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

	Çocuk yaşı	N	Ort.	SS	t	p
BDE	1-3	17	17,53	9,85	-,067	,947
	3-5	33	17,76	12,07		
KPSÖ	1-3	17	2,98	,54	-,277	,783
	3-5	33	3,04	,72		

Yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre işitme engelli çocuğa sahip olan annelerin çocuklarının yaşları arasında BDE ve KPSÖ'ye göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır, sırasıyla, $t = -,067$, $-,277$, $p > ,05$.

Tablo 11.

BDE ve KPSÖ'ye Göre Normal Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Olan Annelerin Çocuklarının Yaşları Arasındaki Farklılığa Yönelik Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

	Çocuk yaşı	N	Ort.	SS	t	p
BDE	1-3	18	10,22	8,82	,279	,781
	3-5	33	9,48	9,12		
KPSÖ	1-3	18	3,00	,69	-,262	,794
	3-5	33	3,05	,61		

Yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerin çocuklarının yaşları arasında BDE ve KPSÖ'ye göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır, sırasıyla, $t = ,279$, $-,262$, $p > ,05$.

Tablo 12.

BDE ve KPSÖ'ye Göre İşitme Engelli Çocuğa Sahip Olan Annelerin Evlerindeki Nüfus Arasındaki Farklılığa Yönelik Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

	Evdeki nüfus	N	Ort.	SS	t	p
BDE	Çekirdek aile	37	16,08	11,63	-1,727	,091
	Geniş aile	13	22,23	9,05		
KPSÖ	Çekirdek aile	37	3,07	,71	1,037	,305
	Geniş aile	13	2,85	,49		

Yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre işitme engelli çocuğa sahip olan annelerin evlerindeki nüfusasasında BDE ve KPSÖ'ye göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır, sırasıyla, $t = -1,727, 1,037, p > ,05$.

Tablo 13.

BDE ve KPSÖ'ye Göre Normal Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Olan Annelerin Evlerindeki Nüfus Arasındaki Farklılığa Yönelik Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

	Evdeki nüfus	N	Ort.	SS	t	p
BDE	Çekirdek aile	41	8,71	8,05	-1,712	,093
	Geniş aile	10	14,00	11,42		
KPSÖ	Çekirdek aile	41	2,99	,62	-,861	,394
	Geniş aile	10	3,18	,71		

Yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerin evlerindeki nüfusasasında BDE ve KPSÖ'ye göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır, sırasıyla, $t = -1,712, -,861, p > ,05$.

Tablo 14.

BDE ve KPSÖ'ye Göre İşitme Engelli Çocuğa Sahip Olan Annelerin Gelir Durumları Arasındaki Farklılığa Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

	Gelir	N	Ort.	SS	F	p
BDE	Gelir giderden yüksek	7	21,00	13,84	,370	,693
	Gelir gidere denk	23	17,78	13,43		
	Gelir giderden az	20	16,70	7,15		
KPSÖ	Gelir giderden yüksek	7	3,14	,74	4,419	,017
	Gelir gidere denk	23	3,23	,65		
	Gelir giderden az	20	2,69	,52		

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda işitme engelli çocuğa sahip olan annelerin gelir durumları arasında BDE'ye göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır, $F(2, 48) = ,370$, $p > ,05$. Öte yandan, işitme engelli çocuğa sahip olan annelerin gelir durumları arasında KPSÖ'ye göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur, $F(2, 48) = 4,419$, $p < ,05$. Bulunan sonuçlara göre işitme engelli çocuğa sahip olan annelerden geliri giderine denk olanların psikolojik sağlamlık düzeylerinin geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 15.

BDE ve KPSÖ'ye Göre Normal Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Olan Annelerin Gelir Durumları Arasındaki Farklılığa Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

	Gelir	N	Ort.	SS	F	p
BDE	Gelir giderden yüksek	26	7,50	6,84	6,083	,004
	Gelir gidere denk	13	7,62	6,93		
	Gelir giderden az	12	16,92	11,44		
KPSÖ	Gelir giderden yüksek	26	2,92	,59	,796	,457
	Gelir gidere denk	13	3,09	,62		
	Gelir giderden az	12	3,19	,75		

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerin gelir durumları arasında KPSÖ'ye göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır, $F(2, 48) = ,796$, $p > ,05$. Öte yandan, normal gelişim

gösteren çocuğa sahip olan annelerin gelir durumları arasında BDE'ye göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur, $F(2, 48) = 6,083$, $p < ,05$. Bulunan sonuçlara göre normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerden geliri giderinden az olanların depresyon düzeylerinin geliri giderinden yüksek ve geliri giderine denk olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 16.

BDE ve KPSÖ'ye Göre İşitme Engelli Çocuğa Sahip Olan Annelerin Sosyal İlişkileri Arasındaki Farklılığa Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

	Sosyal ilişki	N	Ort.	SS	F	p
BDE	İyi	25	11,84	9,02	10,544	,000
	Orta	16	21,00	10,40		
	Kötü	10	27,00	9,09		
KPSÖ	İyi	25	3,18	,68	1,517	,230
	Orta	16	2,88	,58		
	Kötü	10	2,83	,67		

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda işitme engelli çocuğa sahip olan annelerin sosyal ilişkileri arasında KPSÖ'ye göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır, $F(2, 48) = 1,517$, $p > ,05$. Öte yandan, işitme engelli çocuğa sahip olan annelerin sosyal ilişkileri arasında BDE'ye göre anlamlı bir ilişki bulunmuştur, $F(2, 48) = 10,544$, $p < ,05$. Bulunan sonuçlara göre işitme engelli çocuğa sahip olan annelerden sosyal ilişkileri iyi olanların depresyon düzeyleri, sosyal ilişkileri orta ve kötü düzeyde olanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 17.

BDE ve KPSÖ'ye Göre Normal Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Olan Annelerin Sosyal İlişkileri Arasındaki Farklılığa Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

	Sosyal ilişki	N	Ort.	SS	F	p
BDE	İyi	31	8,58	7,20	1,021	,368
	Orta	14	12,64	11,49		
	Kötü	6	9,00	10,58		
KPSÖ	İyi	31	3,07	,57	2,444	,098
	Orta	14	2,77	,65		
	Kötü	6	3,42	,77		

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerin sosyal ilişkileri arasında BDE ve KPSÖ'ye göre anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, sırasıyla, $F(2, 48) = 1,201, 2,444, p > ,05$.

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmada, çocuğunda işitme engeli bulunan anneler ile çocuğunda herhangi bir engel durumu bulunmayan annelerin bazı sosyodemografik özellikler, psikolojik sağlık ve depresyon açısından incelenmesi amaçlanmaktadır. Çocuğunda işitme engeli bulunan aileler işitme engelinin öğrenilmesiyle beraber ailede şok, kabullenememe, üzüntü gibi durumların yaşandığı literatürde ortaya konulmuştur (Sass-Lehrer, 2016).

Bu çalışmada elde edilen bulgular, çocuğunda işitme engeli bulunan annelerin depresyon seviyelerinin çocuğunda herhangi bir engel durumu bulunmayan annelere göre anlamlı biçimde yüksek olduğu yönündedir. Bunun yanında iki anne grubu arasında psikolojik sağlık bağlamında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Bildirici'nin (2014) araştırmasında özel eğitime ihtiyaç duyan çocukların ailelerde yük arttıkça psikolojik sağlık düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir. Bunun yanında psikolojik sağlamlığın annenin eğitim durumu ve ailenin aylık gelirin'e göre farklılaştığı belirlenmiştir. Heiman (2002), araştırmasında özel gereksinimi olan çocukların ailelerinde psikolojik sağlık düzeyinin çocuk ve aile ilişkileri kapsamında büyük önem taşıdığını, psikolojik destek olarak işlev gördüğünü belirlemiştir. Saghafi ve diğerleri (2013), çalışmalarında işitme engelli çocukların ailelerinin koklear implant ameliyatı sonrasında psikolojik sağlık düzeylerinin yükseldiğini ortaya koymuşlardır.

Özcan ve arkadaşlarının (2015) araştırmalarında elde edilen bulgulara göre özel gereksinimli çocuğa sahip annelerin psikolojik sağlık puanları tipik

gelişim gösteren çocuğa sahip annelerinkinden daha düşüktür. Özel gereksinimli bir çocuğun doğumunun anneleri ciddi biçimde etkilediği bildirilmektedir. Literatürde yer alan bulgulara bakıldığında, bu araştırma bulgularının bu bulgular ile örtüştüğü görülmektedir.

McConel ve diğerleri (2014) araştırmalarında özel gereksinimli çocuğu olan ailelerden gelir düzeyi yüksek olanların psikolojik sağlık düzeylerinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Chen ve Tang, (1997) özellikle maddi desteğin, kontrol edilebilen stres için, yapılan bilgilendirme desteğinden daha yararlı olduğu saptanmıştır (Akt: Ersoy ve Çürük, 1999: 107). Araştırma örneklemindeki anne-babaların neredeyse yarısının ilkokul mezunu olması, annelerin çoğunluğunun çalışmamasıyla birlikte, babaların da önemli bir kısmının gelir düzeyi yüksek olmayan işlerde çalışması, sosyo-ekonomik açıdan dezavantajlı olduklarının göstergeleri arasındadır. Böyle bir dezavantaja sahip grupta ailelerin maddi yönde sosyal destek almasının stres üzerinde duygusal destekten daha olumlu etkileri olabileceği düşünülmüştür. Literatürden ve bu çalışmadan elde edilen sonuçlara bakıldığında, gelir düzeyi yüksek olan annelerin psikolojik sağlık durumlarının da daha yüksek olması beklenmektedir.

Bu çalışmada işitme engelli çocuklara sahip olan annelerde eğitim düzeyi arttıkça depresyon düzeyinin azalma gösterdiği saptanmıştır. Eğitim düzeyleri düşük olan ailelerin çocuklarından beklentileri sınırlıdır ve çocuklarının engeli hakkında yeterli bilgiye sahip değillerdir. İşitme engelli çocuğu bulunan anneler çocuklarına nasıl destek olacakları konusunda bilinçlenmek ve bu durumla baş edebilmek için psikolojik desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. (Bahar ve ark.2009). Boison (1987), işitme engelli çocuğa sahip ailelerin tanılamadan sonraki tepkileri ile gereksinimlerini belirlemek üzere araştırmaya katılan 80 aileye anket uygulamıştır. Araştırmanın sonucunda tüm aileler teşhiste kendilerine yapılacak rehberlik ve danışma hizmetleri ile ilk şoku atlatarak, çocuklarını daha kolay kabul edebileceklerini ve işitme engelinin gereklerini yerine getirebileceklerini belirtmişlerdir. Sonuç olarak bu araştırma ve literatür sonucunda annelerin eğitim durumunun yükseltilmesinin depresyon düzeylerini düşüreceği söylenebilir.

Doğan'ın (2010) araştırmasında işitme kayıplı çocuğu olan ailelerde depresyon düzeyi araştırılmıştır. Araştırma sonucunda ailelerde ciddi psikolojik deviyasyon ve psikolojik kaygı olduğu tespit edilmiştir. Aileler gibi çocuklar da işitme engeli nedeniyle depresyon sorunu ile karşılaşmaktadır. Watt ve Davis'in (1991) araştırmasına göre işitme engelli çocuklar işitme engelli olmayan çocuklara göre daha fazla depresyon ve anksiyete yaşamaktadır.

Çocuğunda işitme engeli bulunan ve çocuğunda herhangi bir engel bulunmayan depresyon ve psikolojik sağlamlıklarının sosyodemografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı analiz edilmiştir. Bulunan sonuçlara göre 20-30 yaş arası çocuğunda işitme engeli bulunan annelerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin 30-50 yaş arası çocuğunda işitme engeli bulunan annelerden anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir. Çocuğunda işitme engeli bulunan annelerden geliri giderine denk olanların psikolojik sağlamlık düzeylerinin geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda çocuğunda işitme engeli bulunan ailelerde psikolojik sağlamlık düzeyinin ailedeki dayanışma, sosyal destek, problem çözme becerisi, kabullenme ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Ahlert ve Greff, 2012).

Normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerden geliri giderinden az olanların depresyon düzeylerinin geliri giderinden yüksek ve geliri giderine denk olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Finansal sorunların depresyonu tetiklediği bilinmektedir (Kaya, 2007). Bu kapsamda işitme engelli çocuğu olmayan bireylerin de gelir düzeyine bağlı olarak depresyon düzeylerinin değişmesi normal bir sonuçtur.

İşitme engelli çocuğa sahip olan annelerden sosyal ilişkileri iyi olanların depresyon düzeyleri, sosyal ilişkileri orta ve kötü düzeyde olanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Yaşam kalitesi, sosyal ilişkilerin iyi olmasıyla beraber artmaktadır. İşitme engelli çocuğu olan ailelerin en büyük gereksinimlerinden biri de destek ve sosyalleşmedir (Akçamete ve Kargın, 1996). Maddi gereksinimlerin yanında sosyal ilişkilere duyulan ihtiyaç da işitme engelli çocuğu olan ailelerin yaşamında büyük bir yer tutmaktadır. Özellikle

işitme engelli çocuğı olan ailelerin birbirleriyle etkileşim içinde olması büyük bir önem taşımaktadır (Sass-Lehrer, 2016).

İşitme engelli çocuklara sahip olan annelerde eğitim düzeyi arttıkça depresyon düzeyi azalma göstermektedir. Kaytez ve diğerleri (2015) araştırmalarında özel gereksinimli çocuğı olan ailelerde eğitim düzeyi arttıkça stres düzeyinin arttığını saptamıştır. Bu noktada bu araştırma bulgularının çalışma bulgularıyla örtüşmediğı görölmektedir.

6. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Engelli çocuğa sahip ebeveynler, benzer süreçlerden geçmekte ve benzer duygular yaşamaktadır. Özellikle engelli bir çocuğa sahip olunduğunun kabullenilmesi ebeveynlik sürecinin en zor aşaması haline gelmektedir. Beklentilerin ve yaşam tarzının engelli çocuğa göre planlanması, engelli çocuğun ihtiyaçları doğrultusunda gerekli bakım ve eğitimin sağlanması gibi konular aileleri zorlamakta, uyum süreci oldukça sancılı yaşanmaktadır. Çocuk ile en fazla ilişki içinde olan ebeveyn, annedir. Çocuğun bakımı, eğitimi, ihtiyaçları gibi hemen tüm konularda anne, ön planda olmaktadır.

Engelli çocuğa sahip annelerin yaşadığı zor süreçler sonucunda depresyon ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin engelli çocuğu olmayan annelere göre farklılaştığı düşünülmektedir. Bu araştırmanın çıkış noktası da bu düşünce olmuştur. Araştırmada, çocuğunda işitme engeli var olan ve herhangi bir engel durumu bulunmayan annelerin psikolojik sağlamlık ve depresyon düzeyleri incelenmiştir.

Araştırma sonucunda karşılaşılan bulgular incelendiğinde çocuğunda işitme engeli bulunan annelerin depresyon düzeylerinin çocuğunda herhangi bir engel durumu söz konusu olmayan annelerden anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu görülmüştür. Çocuğunda işitme engeli bulunan anneler ile çocuğunda herhangi bir engel durumu mevcut olmayan anneler arasında ise psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

6.2. Öneriler

Literatüre ve çalışmamız bulgularına bakıldığında işitme engelli çocuğu olan aileler için en önemli faktörlerin sağlıklı iletişim, uzman desteği ve sosyal ilişkiler olduğu görülmektedir. Belirsizlik, bilgi düzeyinin az olması, etkileşim eksikliği depresyonu artıran nedenlerdir. Bu nedenle ailelerin birbirleriyle etkileşim içinde olmaları, çocuklarının engeli hakkında detaylı biçimde bilgilendirilmeleri, uzman desteği almalarının sağlanması önem taşımaktadır.

Engelli çocuğu olan anneler, yalnızca çocuklarının ihtiyaçları ve eğitimleri için değil, kendi gereksinimleri için de çaba göstermelidir. Neredeyse tüm enerjilerini çocuklarına adayan bu annelerin depresyon düzeylerinin yüksek olması, ancak kendilerine zaman ayırmaları ile çözülebilir. Bu nedenle annelerin psikolojik destek almaları konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Engelli çocuğu olan annelerden çalışanlar, meslek yaşantılarında çocuklarının engeli nedeniyle çeşitli aksamalar ve zorluklar yaşayabilirler. Bu noktada işverenlerin ve örgütlerin bilgilendirilmesi, engelli çocuk sahibi çalışanlarına yönelik çeşitli destekler sağlamaları büyük önem taşımaktadır.

Babalar, çocuk ile en fazla iletişim kuran ve bakım veren kişi olan anneye karşı nasıl bir tutum içinde olmaları gerektiğine yönelik bilgilendirmeyi psikolojik destek ve aile danışmanlığı ile alabilirler. Bunun yanında engelli çocuk dışında kardeşler var ise kardeşlerin de duruma ilişkin bilgilendirilmeleri ve ebeveynlerine yaklaşımlarının şekillendirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Ahlert, A. ve Greff, A. (2012). Resilience factors associated with adaptation in families with deaf and hard of hearing children. *American Annals of the deaf*, 157(4), 391-404.
- Akçagöz, H. (2017). Çalışan kadınların, benlik kavramı ile depresyon durumunun incelenmesi benlik kavramı ile ideal benlik kavramı arasındaki fark ile depresyon durumunun değişkenler açısından belirlenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Akçamete, G. ve Kargın, T. (1996). İşitme engelli çocuğa sahip annelerin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Özel Eğilim Dergisi*, 2(2), 7-24.
- Akkök, F., Aşkar, P., Karancı, N. (1992). *Özürlü bir çocuğa sahip anne babalardaki stresin yordanması*. Özel Eğitim Dergisi. Ankara, 2: 3-7.
- Aktaş, S., Bulduk, B. ve Orakçı, H. (2017). Terör Mağdurlarının Yaşadıkları Ruhsal Sorunlar. *JAREN*, 3(Ek Sayı), 6 - 9.
- APA. (2018). *American Psychological Association*. The road to resilience: <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx> adresinden alındı
- Arslan, G. (2015a). Ergenlikte algılanan duygusal istismar ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü .
- Aslanoğlu, M. (2004). Otistik, Zihinsel, İşitme, Görme ve Bedensel Engelli Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Aile İçi İlişkilerinin İncelenmesi. *Yayınlanmamış yüksek lisans tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Ataman, A. (2003). *Özel Eğitime Muhtaç Olmanın Nedenleri*. (ed. A. Ataman) Özel Eğitime Giriş Ankara: Gündüz Eğitim Yayıncılık, s. 9-50.
- Aydın, E. (2018). Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Psikolojik Sağlamlık Ve Depresyon Belirtileri Üzerine Etkisi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Aydoğan (Akıncı) A, Darıca N (2000). Özürlü çocuğa sahip anne-babaların umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Çocuk Forumu Dergisi* 3(2):25-31.
- Aydoğan, A. A. (1999). Özürlü çocuğa sahip olan anne babaların umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi. *Yayımlanmamış doktora tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Bahadır, E. (2009). Sağlıkla ilgili fakültelerde eğitime başlayan öğrencilerin psikolojik sağlamlık düzeyleri. *Yayımlanmamış yüksek lisans tezi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Bahar, A. , Bahar, G., Savaş, H., Parlar, S., (2009). Engelli çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt: 4, 11:98-111.
- Baldwin, D. S. ve Birtwistle, J. (2002). *An atlas of depression*. Southampton: The Parthenon Publishing Group.
- Belgin, E. (1992). Ülkemizde işitme kayıplarının nedenleri özel eğitim yaklaşımları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 1(2).
- Belgin, E. ve Şahlı, S. (2015). *Temel Odyoloji*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Benard, B. (1991). *Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school, and community*. ERIC Document Reproduction Service.
- Bildirici, F. (2014). Özel Eğitime Gereksinimi Olan Çocuğa Sahip Ailelerde Aile Yükü İle Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişki. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Blacher, J. (1984). Sequential stages of adjustment to the birth of a child with handicaps: Fact or artifact? *Mental Retardation*, 22, 55 - 68.
- Bogaerts, S. (2013). Literature research on professional resilience among police officers. *Commissioned by the Ministry of Justice and security, WODC, Scientific Department of External Relations*.
- Boison, B. K. (1987). Diagnosis of deafness. *International Journal of Rehabilitation Research*, 10 (2), 220-224

- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A. ve Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 671-682.
- Borrill, J. (2000). *All about depression*. London: The Mental Health Foundation.
- Brody, D. J., Pratt, L. A. ve Hughes, J. P. (2018). Prevalence of depression among adults aged 20 and over: United States, 2013-2016. *NCHS Data Brief*, 1-8.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G. ve Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*(9), 1-16.
- Calderon, R. ve Greenberg, M. T. (1999). Stress and coping in hearing mothers of children with hearing loss: Factors affecting mother and child adjustment. *American Annals of the Deaf*, 144(1), 7 -18 .
<http://doi.org/10.1353/aad.2012.0153> adresinden alındı
- Carvalho, J. P. ve Hopko, D. R. (2011). Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 154-162.
- Cimilli, C. (2001). Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler. *Duygudurum Dizisi*, 4, 157-168.
- Colero, A. M. (2014). The Relationship Between Child Social-Emotional Competence, Child Communication Competence, And Parental Stress In A Sample Of Children Who Are Deaf Or Hard Of Hearing. *Postdoctoral studies*. Vancouver: The University Of British Columbia/The Faculty Of Graduate And Postdoctoral Studies.
- Connor, K. ve Davidson, J. R. (2003). Development Of A New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (Cd-Risc). *Depression And Anxiety*, 18, 76 - 82.
- Cotrena, C., Branco, L. D., Kochhann, R., Shansis, F. ve Fonseca, R. P. (2016). Quality of life, functioning and cognition in bipolar disorder and

major depression: A latent profile analysis. *Psychiatry Research*(241), 289-296.

Crnic, K. A., Friedrich, N. W. ve Greenberg, M. T. (1983). Adaptation of families with mentally retarded children: A model of stress, coping, and family ecology. *American Journal of Mental Deficiency*, 88(2), 125 - 138.

Csikszentmihalyi, M. (2018). *Akış. Mutluluk Bilimi* (2 b.). (D. E. Orhan, Dü.) Ankara: Budağı Yayınevi.

Çetin, H., Çetin, Ş. ve Baş, A. (2013). İşitme engellilere yönelik dinamik web sayfasının geliştirilmesi. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 6(2), 1 - 9.

Darıca N, Pişkin İ, Gümüş Ş (1994). Otizm ve Otistik Çocuklar. Basım Grafik, Ankara.

Dirks, E., Uilenburg, N. ve Rieffe, C. (2016). Parental stress among parents of toddlers with moderate hearing loss. *Research In Developmental Disabilities*, 55, 27 - 36.

Doğan, M. (2010). İşitme Engelli Çocuğu Olan ve Olmayan Ana-Babaların Stres, Depresyon ve Sürekli Kaygı Belirtileri Yönünden Karşılaştırılması. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 2(3).

Doğan, M. (2015). Yetersizliği olan çocuklar, aile ve aile eğitimi: Kavramsal ve uygulamaya dönük gelişmeler. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(Özel Sayı), 111 - 127.

Doğan, T. ve Çetin, N. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Zeka Düzeylerinin Depresyon ve Bazı Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(2), 1-19.

Durlak, J. A. (1998). Common risk and protective factors in successful prevention programs. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 512 - 520.

Erdoğan, S., Şanlı, H. S. ve Bekir, Ş. H. (2005). Gazi üniversitesi eğitim fakültesi öğrencilerinin üniversite yaşamına uyum problemleri. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 13(2), 479 - 496.

- Ersoy, Ö. ve Çürük, N. (2009). Özel gereksinimli çocuğa sahip annelerde sosyal desteğin önemi. *Aile ve Toplum Dergisi*, 5 (17), 104-110.
- Esdaile, S. A. ve Greenwood, K.M (2003). A comparison of mothers' and fathers' experience of parenting stress and attributions for parent child interaction outcomes. *Occupational Therapy International*, 10, 115-126.
- Falvo, D. (1999). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability* (2 b.). Gaithersburg, MD: Aspen .
- Feder, A., Ahmad, S., Lee, E. J., Morgan, J. E., Singh, R., Smith, B. W., . . . Charney, D. S. (2013). Coping and PTSD symptoms in Pakistani earthquake survivors: Purpose in life, religious coping and social support. *Journal of Affective Disorders*, 147 (2013), 156 - 163.
- Fışıloğlu, A. ve Fışıloğlu, H. (1997). *İşitme Engelli Birey İle Değişim Sürecindeki Ailelerin Karşılaştıkları Sorunlar. Farklılıkla Yaşamak: Aile ve Toplumun Farklı Gereksinimleri Olan Bireylerle Birlikteliği*. Ankara: Türk Psikologları Derneği Yayınları.
- Fyhn, T., Fjell, K. K. ve Johnsen, B. H. (2016). Resilience Factors Among Police Investigators: Hardiness-commitment a Unique Contributor. *Journal of Police Criminal Psychology*, 31, 261 - 269.
- Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4).
- Gizir, C. A. (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 28, 113 - 128.
- Göktaş, K. ve Özkan, İ. (2006). Yaşlılarda depresyon. *Psychiatry in Turkey*, 8(30), 30-37.
- Güleç - Aslan, Y. (2016). Kaynaştırma ortamlarında ailelere yönelik eğitsel ve psikolojik hizmetler. *Sakarya University Journal of Education*, 6(3), 71 - 80.
- Gürgür, H. ve Şafak, P. (2017). *İşitme ve Görme Yetersizliği*. Ankara: Pegem Akademi.

- Hastings, R.P. , Allen, R. , McDermott, K. ve Still, D. (2002). Factors related to positive perceptions in parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 15, 269-275.
- Hauser, S. T. ve Allen, J. P. (2006). Overcoming Adversity in Adolescence: Narratives of Resilient.
- Heiman, T. (2002). Parents of Children With Disabilities: Resilience, Coping, and Future Expectations. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 14(2), 159-171.
- Helff C.M. ve Glidden L.M. (1998). More positive or less negative? Trends in research on adjustment of families rearing children with developmental disabilities. *Mental Retardation*, 36, 457-464.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma, *Psikoloji Dergisi*, 22, 118-126.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği Güvenirliği, *Psikoloji Dergisi*, 23, 3-13.
- Honor, G. (2016). Resilience. *Journal Of Pediatric Health Care*, 31(3), 384 - 390.
- Huppert, F. A. (2009). *A New Approach to Reducing Disorder and Improving Well-Being*. In E. Diener (Ed.) *Perspectives on psychological science*, 4, 108–111.
- Jackson, C. W., Traub, R. J. ve Turnbull, A. P. (2008). Parents' experiences with childhood deafness: Implications for family-centered services. *Commucation Disorders Quarterly*, 29(2), 82 - 98.
- JCIH. (2007). *Year 2007 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention*. temmuz 8, 2019 tarihinde Joint Committee on Infant Hearing: <http://www.asha.org/policy> adresinden alındı
- Kaminer, D. ve Eagle, G. (2013). Continuous Traumatic Stress: Expanding the Lexicon of Traumatic Stress. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 19(2), 85.

- Kaya, B. (2007). Depresyon: Sosyoekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(6), 11-20.
- Kaya, F., Peker, A. ve Gündüz, B. (2016). Ortaokul öğrencilerinin psikolojik sağlamlığının eğitim stresi açısından incelenmesi. *Journal of Bayburt Education Faculty*, 11(2), 587 - 599.
- Kaytez, N., Durualp, E. ve Kadan, G. (2015). Engelli çocuğu olan ailelerin gereksinimlerinin ve stres düzeylerinin incelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 197-214.
- Kazak Anne ve Marvin Robert (1984). *Differences, Difficulties and Adoption: Stress and Social Networks in Families with Handicapped Child*, Family Relations, S. 33(1), s. 67-77.
- Kelly, M. P. (2001). Disability and community: A sociological approach. In G. L. K. D. Albrecht içinde, *Handbook of disability studies* (s. 396 - 411). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kemaloğlu, Y. K. (2012). Türkiye’de işitme kayıplarının ve işitme engelinin genel görünümü. *Türkiye Klinikleri Journal of Ear Nose and Throat-Special Topics*, 5(2), 1 - 10.
- Kronenbeger, W.G. ve Thompson, R. J. Jr. (1992). Psychological adaptation of mothers of children with Spina Bifida: Association with Dimensions of Social Relationships. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 1-14.
- Kurtzer - White, E. ve Luterman, D. (2003). Families and children with hearing loss: grief and coping. *Mental Retardation And Developmental Disabilities Research Review*, 9, 232 - 235.
- Kübler - Ross, E. (1969). On death and dying. *Macmillan*, 22(4), 45 - 9.
- Leiter, M. P. ve Maslach, C. (1997). The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it. *Wiley*.
- Liu, J., Reed, M. ve Girard, T. (2018). Advancing resilience: an integrative, multi system model of resilience. *Personality and Individual Differences*, 111, 111 - 118.

- Livneh, H. ve Antonak, R. F. (1997). *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Aspen Publishers.
- Luterman, D. (1997). Emotional aspects of hearing loss. *The Volta Review*, 99(5), 75 - 83.
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. (D. Cicchetti ve D. J. Cohen, Dü) *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation*, 739 - 795.
- Luthar, S. S. ve Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 6-22.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. ve Becker, B. (2000). Research on resilience: response to commentaries. *Child Development*, 71(3), 573-575.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. ve Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future Work. *Child Development*, 71(3), 543 - 562.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Masten, A. S. (2004). Regulatory processes, risk, and resilience in adolescent development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 310 - 319.
- Masten, A. S. (2006). Developmental psychopathology: Pathways to the future. *International Journal of Behavioral Development*, 30(1), 47 - 54.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19(3), 921-930.
- Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, 23(2), 493-506.

- Masten, A. S. (2013). Risk and resilience in development. P. D. Zelazo içinde, *The Oxford handbook of developmental psychology* (s. 579 - 607). Oxford University Press.
- Masten, A. S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development*, 85(1), 6 - 20.
- Masten, A. S. (2018). Resilience Theory and Research on Children and Families: Past, Present, and Promise. *Journal of Family Theory ve Review*, 12(31).
- Masten, A. S. ve Narayan, A. J. (2012). Child development in the context of disaster, war and terrorism: Pathways of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 63, 227 - 257.
- Masten, A. S. ve Obradovic, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 13 - 27.
- Masten, A. S. ve Reed, M. G. (2002). Resilience in Development . C. R. Syder ve S. Lopez içinde, *Handbook of Positive Psychology* (s. 74 - 88).
- Masten, A. S., Best, K. M. ve Garmezy, N. (1990). Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425 - 444.
- McClain, D. B., Wolchik, S. A., Winslow, E., Tein, J. Y., N., S. I. ve Millsap, R. E. (2010). Developmental cascade effects of the new beginnings program on adolescent adaptation outcomes. *Development and Psychopathology*, 22(4), 771 - 784.
- McConel, D., Savage, A. ve Breitzkreuz, R. (2014). Resilience in families raising children with disabilities and behavior problems. *Research in Development Disabilities*, 33(4), 833-848.
- Meadow - Orlans, K. P. (1987). The effectiveness of early intervention for at risk and handicapped children. M. J. Bennett içinde, *Analysis of effectiveness of early intervention programmes for hearing-impaired children* (s. 48 - 61). Orlando, FL : Academic Press .

- Meyerowitz, B. E. (1983). Postmastectomy coping strategies and quality of life. *Health Psychology*, 2, 117 - 132.
- Miller AC, Gordon RM, Daniele RJ ve ark. (1992) *Stress, appraisal and coping in mothers of disabled and nondisabled children*. J Pediatr Psychol, 17:587-605.
- Miller, W. R. ve Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness, depression and perception of reinforcement. *Behavior Research and Therapy*, 14(1), 7-17.
- Mirowsky, J. ve Ross, C. E. (1992). Age and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 33(3), 187-205.
- Mishel, M. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30, 258 - 263.
- Murray, C. (2003). Risk factors, protective factors, vulnerability, and resilience a framework for understanding and supporting the adult transitions of youth with high incidence disabilities. *Remedial and Special Education*, 24(1), 16 - 26.
- Netless, S. M., Mucheran, W. ve Jones, D. S. (2000). Understanding Resilience: The Role of Social Resources. *Journal Of Education For Students Placed At Risk*, 5, 47 - 60.
- NHSP. (2008, Haziran 2017). *newborn hearing screening programme quality assurance report 2006 - 2008*. Temmuz 2019, 5 tarihinde NHS: <http://hearing.screening.nhs.uk/qualityassurance> adresinden alındı
- Oshima, K., Suchert, S., Blevins, N. H. ve Heller, S. (2010). Curing hearing loss: Patient expectations, health care practitioners, and basic science. *Journal of Communication Disorders*, 43(4), 311 - 318.
- Özbey, Ç. (2005). *Otizm ve otistik çocukların eğitimi*. İstanbul: İnkılap Kitabevi.
- Özcan, N., Eroğlu, Y. ve Peker, A. (2015), *Özel Gereksinimli Çocuğa Sahip Anneler ile Tipik Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Annelerin Psikolojik Sağlık, İyilik Hali ve Mutluluk Düzeylerinin İncelenmesi.*, *Sakarya university journal of Education*, 142-150.

- Özer, M. ve Karabulut, Ö. (2003), *Yaşlılarda Yaşam Doyumu*. Geriatri Dergisi, 6(2): 72-74.
- Özgür İ (2004). Özürlü çocuk ve ailesi. Çukurova Üniversitesi Eğitim Dergisi. [http:// www.google.com](http://www.google.com). (Erişim: 6 Temmuz 2004).
- Özsoy D (1991). Özürlü çocuğu olan anababaların kaygı ve endişeleri. Yayınlanmamış Bitirme Tezi, Hacettepe Üniv. Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu.
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin, A. (2014). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Özügürlü, K. (1990). *Evlilik Raporu*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Parker, G. ve Brotchi, H. (2010). Gender differences in depression. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 429-436.
- Pennock, S. F. ve Alberts, H. (2018). *Positive psychology practitioner's tools*. 9 7, 2019 tarihinde www.positivepsychologyprogram.com adresinden alındı
- Polat, F. (bt). İşitme engellilerin eğitiminde kullanılan yöntemler. *Özel Eğitim Dergisi*, 24 - 32.
- Pole, N., Kulkarni, M., Bernstein, A. ve Kaufmann, G. (2006). Resilience in Retired Police Officers. *Traumatology*, 12(3).
- Riley, J. R. ve Masten, A. S. (2005). Resilience in context: Linking context to practice and policy. R. D. Peters, B. Leadbeater ve R. J. McMahon içinde, *Resilience in children, families and communities: Linking context to practice and policy* (s. 13-25). Kluwer Academic/Plenum.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorders. *Br J Psych*, 147, 598 - 611.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1 - 12. doi:10.1196/annals.1376.002 adresinden alındı

- Ryff, C.D., Singer, B., Dienberg Love, G. ve Essex, M. J. (1998). *Resilience in Adulthood and Later Life*. In J.Lomranz (Ed.), *Handbook of Aging and Mental Health* (pp. 69–96). New York: Plenum.
- Saghafi, F., Hesmati, Z., Khaledian, M. ve Dadashkarimi, H. (2013). The effects cochlear implant on parental mental health. *Tech J Engin ve App Sci.*, 3(16), 1855-1861.
- Sass-Lehrer, M. (2016). *Early intervention for deaf and hard-of-hearing infants, toddlers, and their families: Interdisciplinary perspectives*. Oxford University Press.
- Scorgie, K., Wilgosh, L. ve Sobsey, D. (2004). The Experience of transformation in parents of children with disabilities: theoretical considerations, *Developmental Disabilities Bulletin*, 32(1), 84-110.
- Segovia, F., Moore, J. L., Linnville, S. E., Hoyt, R. E. ve Hain, R. E. (2012). Optimism predicts resilience in repatriated prisoners of war: A 37-year longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 330-336.
- Simpson, G. ve Jones, K. (2013). How important is resilience among family members supporting relatives with traumatic brain injury or spinal cord injury? *Clinical Rehabilitation*, 27(4), 367-377.
- Sloman, L., Springer, S. ve Vachon, M. L. (1993). Disordered communication and grieving in deaf member families. *Family Process*, 32, 171 - 183.
- Smith, C., Lizotte, A. J., Thornberry, T. P. ve Krohn, M. D. (1995). Resilient youth: identifying factors that prevent high-risk youth from engaging in delinquency and drug use. *Current Perspectives On Aging And The Life Course*, 4, 217 - 247.
- [https://www.safetylit.org/citations/index.php?fuseaction=citations.viewdetails&citatio nIds\[\]=citjournalarticle_414637_38# adresinden alındı](https://www.safetylit.org/citations/index.php?fuseaction=citations.viewdetails&citatio nIds[]=citjournalarticle_414637_38# adresinden alındı)
- Smith, L. L. ve Elliott, C. (2003). *Depression for dummies*. Indianapolis: Wiley Publishing.
- Southwick, M. S., Bonanno, A. G., Masten, A. S., Panterbick, C. ve Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges:

interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*.

Top, F. Ü. (2009). *Otistik çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları sorunlar ile ruhsal durumlarının değerlendirilmesi: Niteliksel araştırma*. Çocuk Dergisi 9(1), 34-42.

Turan, A. (2014). Ergenlerde çocukluk örselenme yaşantıları ve yılmazlık düzeyinin algılanan sosyal destek açısından incelenmesi. *Yayınlanmamış yüksek lisans tezi*. Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Turan, Z., Küçüköncü, D. T., Cankuvvet, N. ve Yolal, Y. (2012). Koklear implant ve işitme cihazı kullanan işitme kayıplı çocukların dil ve dinleme becerilerinin değerlendirilmesi. *Gulhane Medical Journal*, 54(2), 142 - 150.

Turner, R. J. ve Noh, S. (1988). Physical disability and depression: A longitudinal analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 29(1).

Tüfekçioğlu, U. (2007). İşitme, konuşma ve görme sorunu olan çocukların eğitimi. U. Tüfekçioğlu içinde, *Çocuklarda işitme kaybının etkileri* (s. 1 - 46). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.

Türkçapar, H. (2009). *Depresyon*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *British Journal Of Social Work*, 38, 218 - 335.

Ungar, M. (2016). *The resilience research centre adult resilience measure (RRC-ARM)*. Canada.

Ünal, S., Küey, L., Güleç, C., Bekaroğlu, M., Evlice, Y. E. ve Kırılı, S. (2002). Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri. *Klinik Psikiyatri*(5), 8-15.

Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L. ve Chatterji, S. (2004). Global burden of depressive disorder in the year 2000. *Br J Psychiatry*(184), 386-392.

Vash, C. L. ve Crewe, N. M. (2004). *Psychology of disability* (2 b.). New York: Springer Pub.

- Walsh, F. (2007). Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience. *Family Process*, 46(2), 207-227.
- Watt, J. D. ve Davis, F. E. (1991). The prevalence of boredom proneness and depression among profoundly deaf residential school adolescents. *Am Ann Deaf*, 136(5), 409-413.
- Werner, E. (2005). Resilience and recovery: Findings from the Kauai longitudinal study. *Research, Policy, and Practice in Children's Mental Health*, 19(1), 11 - 14.
- Werner, E. E. (1982). Vulnerable, but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth. *American Journal of Orthopsychiatric Association*, 59.
- Werner, E. E. (1984). Resilient Children. *Young Children*, 40(1), 68-72.
- WHO. (2002). Towards a common language for functioning, disability and health ICF. *International Classification*(1149), 1 - 22. doi.org: <http://doi.org/WHO/EIP/GPE/CAS/01.3> adresinden alındı
- Wiefferink, C. H., Vermeij, B. A. ve Uilenburg, N. (2012). Family counseling in the netherlands for turkish-origin parents of deaf children with a cochlear implant. *American Annals of the Deaf*, 156(5), 459 - 468.
- Wilson, S. (2006). To be or not to be disabled: The perception of disability as eternal transition. *Psychodynamic Practice*, 12(2), 177 - 191.
- Wright, B. A. (1983). Value changes in acceptance of disability. *Physical Disability: A Psychological Approach*, 106-137.
- Wright, M. O., Masten, A. S. ve Narayan, A. J. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. S. Goldstein ve R. Brooks içinde, *Handbook of resilience in children* (s. 15-37). Boston: Springer.
- Wyman, P. A. (2003). Emerging perspectives on context specificity of children's adaptation and resilience. S. S. Luthar içinde, *Resilience and*

vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities (s. 293-317). New York: Cambridge University.

Zaidman-Zait, A. (2007). Parenting Children With Cochlear Implants: Challenges, Stress, Coping, And Processes. *Yayımlanmış doktora tezi*. Canada: The University Of British Columbia/The Faculty Of Graduate Studies.

EKLER

Ek 1. Anket Formu

Sosyo-demografik Form

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

ANKET FORMU

Değerli katılımcı,

Aşağıdaki anket, Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı bünyesinde, Yrd. Doç. Dr. Meryem Karaazizdanışmanlığında, Gülşah Kikizade tarafından yürütülmektedir. Araştırma“İşitme Engelli Çocuğa Sahip Anneler İle Tipik Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Annelerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerle Psikolojik Sağlamlık ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi” konulu tez çalışması ile ilgilidir.

Bu araştırmanın hiç bir aşamasında kimlik bilgileriniz sorulmayacaktır. Toplanan veriler, kişisel olarak değil topluca değerlendirilecek, güvenli bir şekilde saklanacak ve yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmada demografik bilgi formu ve benzer konularda sorular içeren 2 ölçek bulunmaktadır. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak veya tazminat talebi kabul edilmeyecektir. Araştırmadan herhangi bir nedenden ötürü herhangi bir aşamasında çekilebilirsiniz.

Araştırmayla ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda Gülşah Kikizade’ye pskgulsahkiki@hotmail.com mail adresinden ulaşabilirsiniz.

Katılımınız için teşekkür ederiz...

Saygılarımla,

Gülşah Kikizade

Yakın Doğu Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

I.BÖLÜM

1-Yaşınız:

☐ 20-30 yaş arası ☐ 30-40 yaş arası ☐ 40-50 yaş arası ☐ 50-60 yaş arası

2- Etnik Kökeniniz Nedir?

☐Arap ☐Kürt ☐Türk ☐Diğer

3-Eğitim durumunuz:

☐ Okur- Yazar ☐ Ortaokul Mezunu ☐ Lise Mezunu

☐ İlkokul Mezunu ☐ Okur- Yazar Değil ☐Yüksekokul

4- Mesleğiniz:

☐Sağlık ☐Eğitim ☐Diğer

5-Çalışma Durumunuz:

☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor

6- Sahip Olunan Çocuk Sayısı:

☐ 1 Çocuk ☐ 1-3 Çocuk ☐ 3-6 Çocuk

7-Çocuğun yaşı:

☐ 1/3 ☐ 3/5

8- Evinizde eşiniz, çocuklarınız ve sizden başka biri yaşıyor mu, yaşıyorsa kim

☐Çekirdek Aile ☐ Geniş Aile

9- Gelir Durumunuz Nedir?

☐ Gelir Giderden Yüksek ☐ Gelir Gidere Denk ☐Gelir Giderden Az

10-Sosyal İlişkileriniz nasıldır?

☐İyi ☐Orta ☐Kötü

11-Boş Vakitlerinizi Nasıl Geçirirsiniz?

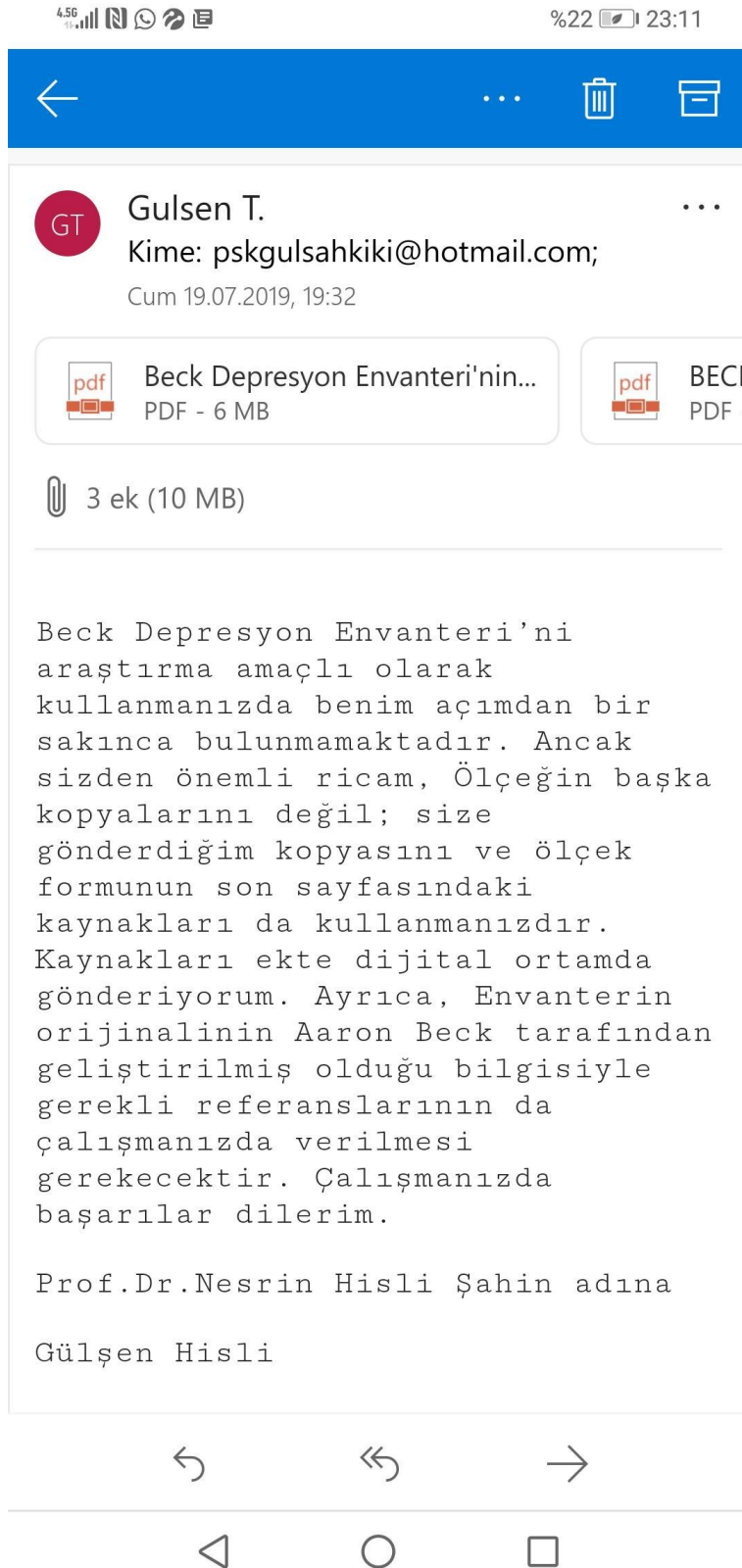
☐Aile ☐Arkadaş ☐Yalnız

Ek 2: Beck Depresyon Envanteri ve İzin Yazısı

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

- 1) a. Kendimi üzgün hissetmiyorum
b. Kendimi üzgün hissediyorum
c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
- 2) a. Gelecekten umutsuz değilim
b. Gelecek konusunda umutsuzum
c. Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok
d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
- 3) a. Kendimi başarısız görmüyorum
b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır
c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlıklarımın olduğunu görüyorum
d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
- 4) a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum
b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum
c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum
d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
- 5) a. Kendimi suçlu hissetmiyorum
b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor
c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum
d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
- 6) a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim
b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim
c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum
d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum

Beck depresyon envanterinin kullanımına ilişkin görsel aşağıda sunulmaktadır.



Ek 3. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve İzin Yazısı

- (1) Hiç uygun değil
- (2) Uygun değil
- (3) Biraz uygun
- (4) Uygun
- (5) Tamamen uygun

1. Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim. 1 2 3 4 5
2. Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim.* 1 2 3 4 5
3. Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz. 1 2 3 4 5
4. Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlatmak benim için zordur.* 1 2 3 4 5
5. Zor zamanları çok az sıkıntıyla atlatırım. 1 2 3 4 5
6. Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır. 1 2 3 4 5

Aşağıda Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin kullanımına ilişkin görsel sunulmaktadır.



ÖZGEÇMİŞ

Gülşah Kikizade 1992 yılında Antalya’da doğmuştur. Üniversiteye kadar tüm öğrenim hayatını Antalya’da tamamlamıştır. 2014 yılında İzmir üniversitesinden mezun olmuştur. Gülşah Kikizade 3 yıldır Diyarbakır Buket Özel Eğitim Merkezinde görevini sürdürmektedir. Aile danışmanlığı, EMDR gibi eğitimlere katılım göstermiştir. Evli ve 1 çocuk annesidir.

İNTİHAL RAPORU

gölşah kikizade tez

ORIJİNALLIK RAPORU

% 14	% 6	% 2	% 12
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Ankara University Öğrenci Ödevi	% 5
2	Submitted to Karadeniz Teknik University Öğrenci Ödevi	% 4
3	suje.sakarya.edu.tr İnternet Kaynağı	% 2
4	e-dergi.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	www.ulead.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
7	www.befjournal.com.tr İnternet Kaynağı	% 1
8	Submitted to Üsküdar Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
9	issuu.com İnternet Kaynağı	<% 1

ETİK KURUL ONAYI



BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

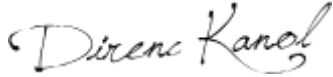
31.10.2019

Sayın Gülşah Kikizade

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2019/531 proje numaralı ve **“İşitme Engelli Çocuğa Sahip Olan Anneler ile Olmayan Annelerin Psikolojik Sağlamlık ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü



Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.