



**T.C
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ALGILADIKLARI SOSYAL
DESTEK İLE YALNIZLIK VE DEPRESYON DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Ceren SAYIN

TEZ DANIŞMANI :Doç. Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ

İSTANBUL, 2018



**T.C
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ALGILADIKLARI SOSYAL
DESTEK İLE YALNIZLIK VE DEPRESYON DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Ceren SAYIN
154102032**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI : Doç. Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ

İSTANBUL, 2018



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102032
Öğrenci Adı Soyadı	: Ceren SAYIN
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji Anabilimdalı
Tez Danışmanı	: Doç. Dr. Işıl Göğcegöz
Tezin Başlığı	: Üniversite öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek ile yalnızlık ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 19.01.2018	Saati	: 12:30
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BIRLIGI <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDEDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi.	<input type="checkbox"/> Değişti.	
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BIRLIGI ile REDEDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Doç. Dr. Işıl Göğcegöz	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Mahir YEŞİLDAL	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Tuğba Arzu Özal İldeniz	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum "Üniversite Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek İle Yalnızlık Ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

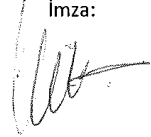
Tarih:

19/01/2018

Adı SOYADI:

Ceren SAYIN

İmza:



ÖNSÖZ

Üniversite eğitimi süresi boyunca hem kariyer hemde akademik olarak birçok gerekliliklere sahiptir. Toplumun psikolojik olarak sağlıklı şekilde ilerleyebilmesi, doğru rehberlik ile gerçekleşecektir.

Bu çalışmada üniversite öğrencilerinde algıladıkları sosyal destek ile yalnızlık ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Üniversite öğrencilerinin nasıl bir psikolojik duruma sahip olduklarını belirlemek, bu süreci anlamlandırmayı ve kavramayı kolaylaştıracaktır. Yalnızlık ve depresyonun özelinde üniversite öğrencilerindeki etkisi sınırlanmaktadır. Bu çalışmanın üniversite öğrencilerini psikolojik olarak inceleyerek literatüre katkı sunacağı varsayılmaktadır.

Bu araştırmada desteğini ve iyi niyetini benden esirgemeyen sayın hocam Doç.Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ'e çok teşekkür ederim. Sabrı ve destekleyici tavrı ile araştırmamın gelişmesinde ve iyileşmesindeki katkısı için minnettarlığımı sunmaktayım. Eğitimim süresince beni destekleyen , maddi manevi her zaman yanımda olan sevgili annem, babam ve ablama çok teşekkür ederim.

Ceren SAYIN

ÖZET

Bu araştırma “Üniversite öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek ile yalnızlık ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi” amacıyla yapılmıştır. Araştırma İstanbul ili Üsküdar, Taksim, Bostancı, Kadıköy ilçelerinde Eylül-2017-Ekim-2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Genellenmek istenen evrenin içerisinden planlanmış rastlantısallık ile 228 çalışma grubu oluşturularak uygulama yapılmıştır. Çalışma grubundaki bireylerin hepsine ‘Sosyo- Demografik Bilgi Formu’ ile ‘Beck Depresyon Ölçeği’, ‘Ucla Yalnızlık Ölçeği’, ‘Beck Anksiyete Ölçeği’, ‘ Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’, ‘Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’ uygulanmıştır.

Araştırmanın sonuçlarına göre; yalnızlık ve depresyon arasında çift yönlü pozitif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. Yalnızlık düzeyi arttıkça depresyon düzeyinde arttığı, yalnızlık düzeyinin azaldıkça depresyonunda azaldığı gözlemlenmiştir. Yalnızlık ve Aileden algılanan sosyal destek ile Arkadaştan algılanan sosyal destek arasında pozitif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. Bireylerdeki algılanan sosyal destek azaldıkça yalnızlaşma oranında arttığı gözlenmiştir. Algılanan sosyal destek ölçeği daha spesifik sosyal destek algısını ölçen bir testle değiştirilmesi de değişkenin açıklamalarına katkıda bulunacaktır.

Anahtar sözcükler: Sosyal Destek, Yalnızlık, Depresyon, Üniversite Öğrencileri

SUMMARY

This research was carried out to examine "the relationship between social support and loneliness and depression levels in university students". The research will be carried out in the provinces of Üsküdar, Taksim, Bostancı and Kadıköy in Istanbul between September-2017-October-2017. Within the desired universe, 228 study groups were created with planned randomness. "Beck Depression Scale", "Ucla Loneliness Scale", "Beck Anxiety Scale" and "Family Perceived Social Support Scale" were applied to all of the individuals in the study group with 'Socio-Demographic Information Form' .

According to the results of the research; there is a bi-directional positive correlation between loneliness and depression. It was observed that as the level of loneliness increased, depression increased, while as the level of loneliness decreased, depression decreased. It has been determined that there is a positive correlation between loneliness and social support from family and social support perceived by a friend. It has been observed that as the perceived social support in the individual decreases, the isolation rate increases. Changing the perceived social support scale to a test that measures the perception of more specific social support will contribute to explain the variability.

Key Words: Social Support, Loneliness, Depression, University Students

İÇİNDEKİLER

TEZ TUTANAĞI	i
YEMİN METNİ.....	ii
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET	iv
SUMMARY	v
TABLolar LİSTESİ.....	viii
EKLER LİSTESİ	x
BÖLÜM I- GİRİŞ	1
1.1 Problem.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı	2
1.3 Problem Cümlesi	3
1.4 Alt Problem Cümleleri	3
1.5 Araştırmanın Önemi	3
1.6 Araştırmanın Sayıtları	4
1.7 Araştırmanın Sınırlılıkları	4
BÖLÜM II-LİTERATÜR	5
2.1. Sosyal Destek.....	6
2.2. Algılanan Sosyal Destek	10
2.3. Yalnızlık.....	11
2.4. Sosyal Yalnız Bırakılma Anksiyetesi	13
2.5. Yalnızlık Ve Psikososyal Destek	15
2.6. Depresyon	16
2.7. Klinik Depresyon.....	17
2.8. Psikanalitik Yaklaşım Ve Depresyon	24
2.9. Bilişsel Merkezli Depresyon.....	28
2.10. İnterpersonel Yaklaşım Ve Depresyon	29
2.11. Aile Veya Çift Terapisi Ve Depresyon	33
2.12. Hümanistik Yaklaşım Ve Depresyon	35
2.13. İntihar Ve Depresyon.....	35
BÖLÜM III-YÖNTEM	37

3.1. Araştırma Modeli.....	37
3.2. Çalışmanın Yeri Ve Zamanı	37
3.3. Çalışmanın Evreni Ve Örneklemi.....	37
3.4. Veri Toplama Araçları	37
3.4.1 Sosyo-Demografik Bilgi Formu	37
3.4.2 Ucla Yalnızlık Ölçeği	38
3.4.3 Beck Depresyon Ölçeği	38
3.4.4 Beck Anksiyete Ölçeği	38
3.4.5 Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	39
3.5. Örneklem Sayılarının Belirlenmesi	39
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	39
BÖLÜM IV–BULGULAR.....	41
BÖLÜM V–TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER	51
5.1. Sonuç Ve Tartışma	51
5.2. Öneriler	57
KAYNAKÇA	58
Ekler	71
Ek 1: Sosyo-Demografik Bilgi Formu	71
Ek 2: Beck Depresyon Ölçeği	72
Ek 3: Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	75
Ek 4: Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	77
Ek 5: Beck Anksiyete Ölçeği	79
Ek 6: Ucla Yalnızlık Ölçeği	80
Ek 7: Özgeçmiş	81

TABLULAR LİSTESİ

Tablo.4.1 Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Cinsiyet Değişkenine İlişkin Dağılımı.....	41
Tablo.4.2 Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Yaş Değişkenine İlişkin Dağılımı.....	41
Tablo.4.3 Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Eğitim Durumu Değişkenine İlişkin Dağılımı.....	42
Tablo.4.4 Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Eğitim Aldığı Bölüm Değişkenine İlişkin Dağılımı.....	42
Tablo.4.5 Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Araştırma Sırasında Eğitim Aldığı Sınıf Değişkenine İlişkin Dağılımı.....	43
Tablo.4.6 Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Kiminle Veya Kimlerle Aynı Evi Paylaşma Durumu Değişkenine İlişkin Dağılımı.....	43
Tablo.4.7 Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Anne Ve Babanın Yaşama Veya Birlikte Olma Durumu Değişkenine İlişkin Dağılımı.....	44
Tablo.4.8 Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Annelerine Ait Eğitim Durumu Değişkenine İlişkin Dağılımı	44
Tablo.4.9 Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Babalarına Ait Eğitim Durumu Değişkenine İlişkin Dağılımı.....	45
Tablo.4.10 Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Babaların Çalışıyor Olmak veya Çalışmıyor Olmak Değişkenine İlişkin Dağılımı.....	45
Tablo.4.11 Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Aile Gelir Algısı Değişkenine İlişkin Dağılımı.....	46

Tablo.4.12 Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Kardeş Sayısı Değişkenine İlişkin Dağılımı.....	46
Tablo.4.13 Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Kardeş Sıralamasındaki Yeri Değişkenine İlişkin Dağılımı.....	47
Tablo.4.14 Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Beck Depresyon Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Dağılımı.....	47
Tablo.4.15 Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Dağılımı.....	48
Tablo.4.16 Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerinin Yalnızlık ve Depresyon Ölçeği Korelasyonel Sonuçlarına İlişkin Dağılımı.....	48
Tablo.4.17 Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerinin Yalnızlık ve Anksiyete Ölçeği Korelasyonel Sonuçlarına İlişkin Dağılımı.....	49
Tablo.4.18 Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerinin Yalnızlık Ve Aileden Algılanan Sosyal Destek İle Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Değişkenlerinin Korelasyonel Sonuçlarına İlişkin Dağılımı.....	49

EKLER LİSTESİ

EK 1.Sosyo-demografik Bilgi Formu

EK 2.Beck Depresyon Ölçeği

EK 3.Beck Anksiyete Ölçeği

EK 4.Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

EK 5.Ucla Yalnızlık Ölçeği

EK 6.Etik Kurul İzin Belgesi

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1 Problem

Günümüzde sosyal ilişkiler bir çok nedenden dolayı bozulmakta ve bunun sonucunda kişiler arası sorunlar ortaya çıkmaktadır. Yalnızlık da kişiler arası bozulmalar sonucu ortaya çıkan bir problem haline gelmektedir. Bireylerin yaşadıkları yalnız bırakılmanın boyutuna ve şiddetine bağlı olarak, depresyon gibi olumsuz durumlar ortaya çıkabilmektedir.

Çocukluk, puberte ve genç yetişkinlik döneminde sosyal kabul bireyin hayatında ve psikolojik durumunda önemli bir etkiye sahiptir. Görece genç yetişkinlik dönemine denk gelen üniversite öğrenciliği çağı kendi gereksinimlerine sahip olan bir dönemdir. Bu dönemin psikolojik olarak problemleri geçmesi, dönem gereksinimlerini yeterince karşılayamamasına neden olabilir. Bu dönemin karakteri akademik başarılı olma ve seçilen kariyer odağına doğru yönelme durumudur. Hayatın geri kalanında edinilmiş olan bu mesleki bilgiler ve kariyer çalışmaları önemli bir kaynak noktası konumundadır. Diğer kriterize edilen dönemlerin kendine has gereklilikleri ve zorundalıkları olduğu gibi bu dönemin kendi gereksinimleri mevcuttur.

Örneklem olarak hali hazırda üniversite eğitimi alan bireyler ile ilgili yapılan çalışmalarda göstermiştir ve göstermektedir ki çağımızın hastalığı olan depresyon bu toplumsal grubu tehdit etmektedir. İnsanların eğitim ve öğretim hayatında kariyerine dair atılan ilk spesifik adım olarak kabul edilen üniversite hayatı boyunca yaygınlıkla depresyondan muzdarip bir şekilde hayatlarını devam ettirdikleri bilinmektedir. Üniversite öğrencilerinin karşılaşılabilecekleri sorunların çözümünde aileden ve özellikle üniversite ortamında birlikte oldukları arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek önemlidir.

Araştırmalar göstermektedir ki üniversite dönemi, bu dönemin psikopatolojik olarak yaygınlığına sahip olduğu literatürel bir doğru konumdadır. Yapılacak ve yapılmış

olan çoğu araştırmanın amacı bu d6nemin sosyal beklentilerini karşılamak disfonksiyonellik ve psikopatolojileri belirlemek yaygınlığına vurgu yapmanın yanında yine bu durumlar için 6nleyici bir y6ntem oluşturulmasına yardım etmek amaçlanmıştır.

Bu araştırma algılanan sosyal destek, yalnızlık, anksiyete, depresyon gibi değişiklikleri 6niversite 6đrencileri araştırma d6zeyinde incelenmektedir. 6niversite 6đrencilerinin 6zeline bu değişkenler 6l6lerek problem c6mleri ve alt problem c6mleri sınanarak 0.05 d6zeyinde anlamlılık aranacaktır.

Yapılan bu araştırma bulguları sonucunda hem bir varsayım oluşturulacak hemde sınanan varsayımlar sayesinde bir 6đrenci hizmet kurgululanmasına yardımcı olması beklenmektedir.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, 6niversite eğitimi alan bireylerin sosyal destek algılarının nasıl bir depresyon ve yalnızlık durumu yarattığını belirlemektedir. Çalışma bu konu hakkında bilgi sağlamak ve literature katkı yapmayı hedeflemektedir. Yapılan araştırma sonucunda sosyodemografik bilgilerin edinilmesi ve bir bakış açısı yaratması amaçlanmaktadır. 6niversite 6đrencilerinin algıları sosyal algı 6zerine uygulanacak 6lek hem bu değişkenin durumunu araştırma d6zeyinde yordanarak uygulanan bir diğer 6lek olan depresyon 6leğinin sonuçları ile beraber hesaplanarak anlamlılık d6zeyleri çalışma grubunda yordanmaya çalışılmaktadır.

Bu araştırma İstanbul'da eğitim g6ren 6niversite 6đrencilerine anket şeklinde y6z y6ze uygulanmış olup bu araştırma sosyal destek olarak algılanan durum ve yalnız olma durumu ile psikopatolojik depresyonun istatistiksel anlamlılık durumuna bakılmaktadır.

1.3 Problem Cümlesi

Üniversite öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek ile yalnızlık ve depresyon ilişkisinin incelenmesi

1.4 Alt Problem Cümleleri

- Üniversite öğrencilerinde Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının dağılımı arasında ilişki var mıdır?
- Üniversite öğrencilerinde Beck Depresyon Ölçeği puanlarının dağılımı arasında ilişki var mıdır?
- Üniversite eğitimi alan bireylerin algıladıkları sosyal destek alındığı kişiye göre depresyon düzeyi ile arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.5 Araştırmanın Önemi

Bu çalışmanın önemi; üniversite öğrencilerinde sıklıkla görülen depresyon ve yalnızlık ilişkisi ölçülecektir. Bugün yaşamın önemli bir dönemi olan üniversite eğitim döneminde yaşanan bu önemli bölüm hem akademik başarı açısından hemde kariyer gereksinimlerinin yerine getirilmesi aktif olunması gereken bir dönemdir. Araştırma sonucunda bulguların ışığında oluşabilecek veya oluşmuş negatif durumu anlamlandırmaya yardım olması ile beraber önleyici bir fonksiyon kazanabilecek olması öngörülmektedir.

Üniversite öğrencilerinde bu dönemde yaşanabilecek dezavantajlı psikolojik bir durum yukardaki sonuçların yanısıra bu toplumsal grup için uyum/uyumsuzluk, davranışlarından psikopatolojisine kadar her alanda etkilemektedir. Bu çalışma; bu alanda yapılan bir çok çalışmaya bir katkı daha sunarak yalnızlık ve depresyon özelinde değerlendirmelerde bulunulacaktır.

1.6 Araştırmanın Sayılıları

Üniversite öğrencilerinin algılanan sosyal destek durumu ile sosyal destek olduğu varsayılmaktadır. Bunun yanı sıra depresyon ve yalnızlık arasında sosyal destek özelinde bir ilişki olduğuda varsayılmaktadır. Ölçekler güvenilir ve geçerlidir.

1.7 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece İstanbulda yapılması genel varsayımın sınırlılıkları arasında bulunmaktadır. Bunun yanı sıra veriye ulaşma ve işleme maliyetlerinin nedeni ile çalışma grubu sayısının 228 olarak belirlenmesi de bir sınırlılık olarak görülmektedir.

BÖLÜM II

LİTERATÜR

Sağlık, bireyin ruhsal, fiziksel ve sosyal alanların tümünü kapsayan esenlik hali olarak ifade edilmektedir. Bu durumda bireyin yalnızca fiziksel bir probleminin bulunmaması ve diğer alanlarda problemler yaşıyor olması, onun sağlıklı bir birey olduğuna kanaat getirmemize yardımcı olmamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün ayrıntılı bir şekilde ele aldığı sağlık konusu insanın yaşamını devam ettirebilmesi için oldukça önemli bir fenomendir (Glass, Smith & McGaw, 2011). Bireyin sağlığına etkisi bulunan faktörler arasında bünyesel ve çevresel faktörleri sayabilmekteyiz. Bünyesel faktörler, kalıtım yoluyla aktarılan genetik problemlerdir. Bu konuda renk körlüğü ve diyabet iyi birer örnek teşkil edecektir. Çevresel faktörlere bakıldığında ise fiziksel, kimyasal ve biyolojik etmenler; temel maddelerde eksiklik, psikolojik durum ve sosyal ve kültürel faktörler olarak birçok alt disipline sahip olduğunu görmekteyiz (Skues, Williams & Wise, 2012). Bunlardan birisi olan fiziksel faktörler bireyin sağlıklı olma halinde oldukça önemli bir yer tutmaktadır. İnsanın hayatını devam ettirdiği ve yaşamının tamamını sürdüreceği olduğu ortamları temiz ve hijyenik olması oldukça önemlidir. Kimyasal faktörler dahilinde birçok ilacın bilinçli olmadan kullanılması ve bireylerde kalıcı rahatsızlıklara sebebiyet veren radyasyon sayılabilmektedir (Odacı & Kalkan, 2010). Biyolojik faktörler içerisinde mikroorganizmaların, vektörlerin, bitkilerin, hayvanların ve besinlerin etkisi bulunmaktadır. Psikolojik faktörlerin bireyin ruh sağlığını nasıl etkilediği birçok araştırma tarafından kanıtlanmıştır. Bireyin ruhsal problemlerinin fiziksel rahatsızlıklar doğurduğu çevremizde dahi birçok kişide gözlemleyebileceğimiz bir olgudur. Tüm bunlara ek olarak sosyal ve kültürel faktörlerin bireyi dolaylı yollardan etkilediği, bu durumun insanın sosyal bir varlık olmasından kaynaklandığı bilinmektedir (Deniz, Hamarta & Ari, 2005).

Sağlık, tüm canlılar tarafından yaşamlarının tamamında en değer verdikleri fenomendir. İnsanlar gerek tıp alanında yaptıkları çalışmalar gerek diğer disiplinlerde yapmış oldukları araştırmalar ile sağlıklı olma durumunun yüzdeliğini arttırmaya hizmet etmektedirler (Aksüllü & Doğan, 2004).

2.1 Sosyal Destek

İnsan sosyal bir varlıktır ve hayatını devam ettirebilmesi ve sağlıklı bir yaşam sürebilmesi için kendi türüne ihtiyacı doğumdan ölüme kadar devam edecektir. Buna ek olarak yaşamının tüm evrelerinde yardıma ihtiyaç duyan bir varlık olan insanın bu yardım ihtiyacına cevap veren tüm olgular sosyal destek olarak kabul edilebilmektedir. Sosyal destek adına yapılmış birçok tanımlama literatürde mevcuttur (Temel, Bahar & Çuhadar, 2007).

Birtakım araştırmacılar sosyal desteği etkileşimde olunan bireyler ile ilişkilendirirken, bir diğerleri ise ihtiyacı olduğu durumlarda kişinin gereksinimini giderebilecek bireylerin sayısı ile orantılandırmışlardır (Wiseman, Gutfreund & Lurie, 1995). İnsanın toplumsal münasebetlerinin niteliğini üzerine yoğunlaşan bir başka tanımlamada ise kişinin bağlantılı olduğu birey sayısı değil de onun için önem arz eden, değer verdiği ve paylaşımında bulunabildiği kişi sayısı baz alınmaktadır (Yerlikaya, 2009). Sosyal destek ile ilgili tanımlarda farklı görüşler mevcut olsa dahi sistemli olarak bakıldığında, kişinin tek başına üstesinden gelemeyeceğini düşündüğü bir konuda etrafındaki bireylerin ona yardımda bulunması olarak ifade edilebilmektedir (Köknel, 2005).

Sosyal desteği kuramsal bakış açısıyla ele alan ilk teorisyen Kurt Lewin'dir. Lewin Alan Kuramı'nda 'yaşam alanı' ve 'davranış' fenomenlerini ele almıştır. Yaşam alanını, muayyen evrelerde kişinin tutum ve hareketlerine sebep olan faktörlerin tamamı olarak tanımlarken davranışı ise kişinin çevre ile etkileşimi olarak ifade etmiştir. Alan Kuramı'nda adından sıkça söz ettiren bir kavram olan davranışın çevre ile ilişkisi, fiziksel bir çevreden çok psikolojik bir çevreyi betimlemektedir (Çeçen, 2007). Lewin bireyi tutumlarının, psikolojik çevresinde oluşan farklılıklar ile evrimleştiğini söylemektedir. Buradan hareketle kişi negatif tutumlarına son vermek istiyorsa psikolojik çevresinde bir reform hareketi başlatmalıdır diyebiliriz (Ozben, 2013). Bu çıkarımlar sonucu Lewin, kişinin sosyal destek

sistemini etkileyen temel faktörün psikolojik çevresi olduğu kanısına varmıştır(Tuğrul, 2000).

Bireylerin hayatında büyük bir alana sahip ve yeri geldiğinde kişinin fiziksel, maddi ve duygusal alanlarda gereksinimlerini doyumaya çalışan bütün kişiler arası ilişkiler, ‘Sosyal Destek Sistemleri’ adı altında toplanabilmektedir. Sosyal destek maddi, zihinsel ve duygusal destek başlıkları altında incelenmektedir (Gönül & Akdeniz, 2002). Maddi destek, kişinin günlük ihtiyaçlarını tedarik edebilmesi maksadıyla diğer bireylerden maddesel, somut olarak aldığı destek olarak ifade edilmektedir(Şenol, 2005).

İşini kaybetmiş ve bir süredir ekonomik problemlerle uğraşan bir bireye arkadaşının iş teklifinde bulunması maddi destek adına verilebilecek sağlam bir örnek olabilir. Zihinsel destek, kişinin içinden çıkamadığı problemlerinin analiz edilmesine yardımda bulunulmasıdır (Özodaşık, 1989).

Psikoloji Lisans eğitimine yeni başlayan ve başarısız sayılabilecek bir öğrencinin, alanda deneyimli kişiler tarafından çalıştırılması zihinsel destek olarak kabul edilebilmektedir (Furr, Westefeld, McConnell & Jenkins, 2001). Son olarak duygusal destek ise bireyin kendisini anlayan, dinleyen, özverili ve güven duyduğu bir topluluğa ait hissetmesidir. Bu kişi kendisine önem verildiğini hisseder ve paralel olarak da özgüveni yükselir(Sarason & Pierce, 1990).

Brown, ikili ilişkileri zayıf olan bireylerin hayatın karmaşasından şikayet ettiklerini, özgüvenlerinin zayıf olduğunu söylemiştir. İş yaşamında problemler yaşayan bir bireyin, onu dinleyen ve anlayışla karşılayan bir arkadaşına ihtiyacı vardır. İnsanın doğası gereği sosyal bir varlık olması bu durumu tetiklemektedir (Ceyhan S, & Ceyhan, 2008). Tüm bunlara ek olarak sosyal desteğin ‘sosyalleştirme’ kavramı ile bir başka yetisinden de bahsedebiliriz. Sosyal çevremizle birlikte aktivitelerde bulunma durumunun da bireyin psikolojik hali üzerinde pozitif yönde bir etkiye sahip olduğu da açıkça görülmektedir (Özen, Serhadlı, Türkcan & Ülker, 2010).

Literatürde oldukça fazla işlevinin olduğu söylene de araştırmacılar ortak bir noktaya varmış ve sosyal desteği, ‘emosyonel destek’, ‘iş oryantasyonuna yardım’, ‘geri bildirim ve değerlendirme’, ‘sosyal bağlılık ve entegrasyon’ ve ‘yeni bilgilerin sağlanması’ olarak bölümlere ayırmışlardır (Gönül & Akdeniz, 2002).

Bireyin hayatındaki birtakım zorluklarının meydana çıkardığı stres faktörünün sosyal ilişkileri etkilediği aşıkardır. Buna rağmen yapılan çalışmalar sosyal ilişkilerin, kişinin stresörlerle mücadele etmesinde oldukça etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Anderson, Horowitz & French, 1983). Herkesin ‘Şu an hayatımın en kötü dönemlerini geçiriyorum’ dediği anlar olmuştur. İşte bu dönemlerde kişinin sosyal bir destek hissetmesi oldukça önemlidir (Kotan, Sarandöl, Eker & Akkaya, 2009).

Sosyal desteğin insan sağlığındaki yerine oldukça önem veren araştırmacılar, bu konuda literatüre büyük katkı sağlayan çalışmalar yapmışlardır. Araştırmalar, sosyal desteğin stresin ortaya çıkmasını ketleyebildiğini, stresin mevcut olduğu durumlarda ise zihnin düşünce yapısını etkilediğini ve bireyin başa çıkamadığı durumlarda ise ona destek olduğunu göstermiştir. Sosyal destek fenomeninde yapılan araştırmalarda iki mühim yaklaşım ele alınmıştır(Çeçen, 2007). Bu yaklaşımlardan ilki sosyal desteğin sağlık ile ilişkisinin paralellliğini savunurken diğeri majör etkeninin stres faktörünü ve sebep olduğu tahribatları minimum seviyeye indirerek ruh sağlığını stabil hale getirmek olduğunu savunmaktadır. Bu iki yaklaşım üzerinden hareket eden Cohen ve Wills yaptığı araştırmalarda her iki yaklaşımda da bazı bakış açılarının doğruluğu üzerine fikir beyan etmişlerdir (Tütüncü & Günay, 2011).

Sosyal desteği temel alan bakış açısına göre, stresin mevcudiyeti göz önüne alınmaksızın sosyal destek bireyin sağlık durumu üzerinde aktif olarak rol oynamakta iken bu durumun yoksunluğu da hastalığa sebebiyet vermektedir (Maral, Aslan, İlhan, Yıldırım, Candansayar & Bumin, 2001).

Birey toplumsal yaşam içerisinde anne, abla, baba gibi birtakım rollere bürünmek zorundadır. Bu rollerde kendini yeterli hisseder ve değer gördüğüne inanırsa kendisini bir o kadar huzurlu hissedecektir (Alper, 1999). Aksi durum söz konusu olduğunda ise psikolojik

bozukluklarla karşılaşma riski artacaktır. Sorias, psikolojik rahatsızlık yaşayan ve ruhsal durumu sağlıklı bireylerle yaptığı araştırmasında sosyal desteğin insan psikolojisindeki yerini gözler önüne sermektedir (Toros & Düzovalı, 2002).

Sosyal desteği stres tamponu olarak gören bakış açısına göre ise stresin mevcudiyeti her şartta kabul edilmelidir, asla göz ardı edilemez. Sosyal destek ancak stresin varlığını hissetmemizi minimuma indirmek için kullanılmaktadır (Ceyhan, A & Ceyhan, 2008). Bu yaklaşım, stresin sağlık ile arasında bir korelasyon olduğunu kabul etmektedir fakat kimi bireylerin hayatlarındaki problemler ile en zor şartlar altında dahi savaştıklarını ve sağlıklı olduklarını savunmaktadır. Bunun yanında stresörlerle mücadele eden bireylerin sağlık kuruluşlarına başvurmadan önce ilk dayanaklarının yakın sosyal çevreleri olduğunu bildirmişlerdir (Annagür & Tamam, 2011).

Literatüre bakıldığında yapılan çalışmalar doğrultusunda sosyal desteğin kişinin psikolojik problemlerin analiz ve terapisinde sağlam bir olgu olduğunu göstermektedir. Pattison ve arkadaşları, psikolojik durumu sağlıklı sayılan bireylerin sosyal çevrelerinin 22 veyahut 25 kişiden meydana geldiğini gözlemlemiştir (Işık, 1991). Buna ek olarak ruhsal durumu sağlıklı olmayan bireylerin ise sosyal ilişkilerinin oldukça kısıtlı olduğunu ve bu sayının yüzde 50'sine tekabül ettiğini belirtmişlerdir (Kelleci, Aydın, Sabancıoğulları & Doğan, 2009).

Eskin yaptığı araştırmada intiharın oldukça hızla büyüyen bir sorun haline gelmesini ele aldığı çalışmada öğrencilerin sosyal destekle ilgili intiharı davranışlarını incelemiştir. Araştırma sosyal desteğin zayıf olduğu öğrencilerde, olumlu düşüncelerin az ve intihar düşüncesi taşıma riskinin fazla olduğunu göstermiştir (Liebowitz, 1987).

Türkiye'de algılanan sosyal destek konusu dahilinde Eker ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka araştırma, psikiyatrik ve tıbbi sorun yaşayan bireylerin, sosyal destek kavramını algılayışının farklılığından bahsetmektedir (Bozoglan, Demirer & Sahin, 2013).

Neff ve Karney (2005) araştırmalarında kadın ve erkeklerde sosyal destek kavramının algılanış biçimini ayrı ayrı ele almışlardır. Araştırma kadınların erkeklere

oranla sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duyduklarını ve stresörlerle karşılaşma oranlarının daha fazla olduğunu göstermiştir (Cohen & Syme, 1985).

Whatley ve Clopton (1995) okula devam eden çocukların intihar fikirlerini ile sosyal destek seviyelerini; Martin ve Soon başağrısının stresle ilintisini ve buna bağlı olarak sosyal desteği; Bechtel ve Swartzberg (1997) AIDS ile sosyal destek korelasyonunu; Vanderpompe ve Deheus iş hayatının zorlukları karşısında oluşan streörlerin sosyal destek ile bağlantısını; Johnson ve Jernison alkol bağımlılarında sosyal desteğin önemini; (1999) Paykel oldukça sık karşılaşılan psikiyatrik bir rahatsızlık olan depresyon ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelemiştir.

Yukarıdaki çalışmalar referans alındığında ruh sağlığı ve tıbbi sağlığın sosyal destek ile ilintili olduğu açıkça görülmektedir (Vaux, 1988). Birçok araştırmacının da kabul ettiği gibi stres insan üzerinde fiziksel ve ruhsal birtakım problemlere yol açmaktadır. Sosyal destek burda devreye girerek bu seyri bozmakta ve bireyin hastalıkla mücadelesine destek olmaktadır (Aşkın, 1999).

2.2 Algılanan Sosyal Destek

Algılanan sosyal destek, bireyin kendi adına oluşturduğu değer olarak tanımlanabilmektedir. Sosyal çevresi tarafından hatırı sayılır bir kişi olduğunu, önemsendiğini, saygı duyulduğunu, sevildiğini düşünen bireyin algıladığı sosyal destek yüksektir. Algılanan desteği karakteristik özellikler, huy gibi birçok faktör beslemektedir. Holt ve Espelage bireyin yakın çevresinde algılamış olduğu sosyal desteğin boyutu, psikolojik durumu üzerinde oldukça etkili olmaktadır. Luster ve Small istismar gibi oldukça ağır bir travma yaşayan bireyin ebeveynlerinin her koşulda kendisinin yanında olduğunu hissetmesi bu durumdan daha az hasarla kurtulmasını sağlamaktadır (Doğan, Çorapçıoğlu & Çelik, 1994). Connell, Spenser ve Aber ise bireyin algıladığı sosyal desteğin yalnızca onu stresten muhafaza etmeye yaramadığını, bunun yanında eğitim hayatındaki başarısını da olumlu yönde etkilediğini belirtmektedir. İnsanın sosyal bir varlık olması olgusu doğumdan ölüme kadar devam ediyor olsa dahi belirli dönemlerde iniş çıkışlar yaşanmaktadır (Işık, 1991). Çıkışların oldukça fazla olduğu dönemlerden biri de sosyal

ortamların artmaya başladığı üniversite çağıdır. Bu sebeple üniversite öğrencilerini stresörlerden koruyan bir başka faktör olarak arkadaşlar sayılabilmektedir. Bu dönemde arkadaşlardan algılanan sosyal destek benlik kavramını beslemektedir (Özgüven, Soykan, Haran & Gençöz, 2003).

Çevresinde sosyalleşmek adına birçok aktivite bulunmasına rağmen yalnızlığı seçen veya istemediği halde kendisini bu durumun içinde bulan öğrencilerin sayısı da oldukça fazladır (Bahar, Tutkun & Sertbaş, 2005).

Yaşadığı şehirden üniversite okumak amacıyla başka bir şehire göç eden bu gençler, bir gruba ait olma isteği, gelecek kaygısı, farklı bir çevreye alışma çabası ve daha birçok etkenle mücadele etmek zorundadır (Zimet, Powell, Farley, Werkman & Berkoff, 1990). Algıladığı sosyal desteği düşen bu çerçevedeki öğrencilerin de bu durum ile birlikte birtakım psikolojik problemleri oluşabilmektedir (Işık, 1991).

Üniversite öğrencileri örneklem alınarak yapılan birçok araştırma üniversiteye başlayan ve sosyal çevresini değiştirmek ve genişletmek isteyenlerin daha içine kapanık olanlardan, sosyal çevresinden destek görmeyenlerin görenlerden, problemlerini paylaşmaya meyilli olanların olmayanlardan, ailesi ile ilişkisinden memnun olanların olmayanlardan daha çok yalnızlık hissi ile baş etmek zorunda olduğunu göstermektedir (Alper, 1999).

2.3 Yalnızlık

Her bireyin sosyal ilişkilerinde önem verdiği değerler farklılık göstermektedir. Bu değerlerin tatmin edici olmaması kişinin sosyal çevresi ile arasına mesafe koymasına sebep olmaktadır. Psikiyatrik birçok problemi beraberinde getiren yalnızlık olgusu her kültürde sıklıkla karşılaşılan bir olgudur. Yalnızlığın tanımı yapılırken somutlaştırma yapılsa da elbette salt olarak fiziksel bir yalnızlıktan bahsetmek yerinde olmamaktadır (Türkçapar, 2009). Yalnızlık kavramı literatürde ‘kişinin içinde bulunduğu sosyal çevreye çeşitli sebeplerden ötürü uyum sağlayamamasından doğan ötekileşme durumu’ olarak

tanımlanmıştır. Burdan yola çıkarak bireyin kalabalık olan ortamlarda dahi bu duyguyla yüzleşmesinin normalliğinden bahsedilebilmektedir (Tüzün, 2005).

Çünkü yalnızlık duygusu bireyin sosyal ilişkilerinde tatmin yaşayamaması halinde oluşan bir fenomendir.

Rokach yalnızlığı, tüm insanlığı kapsayan bir kavram olarak tanımlamaktadır ve insanın doğumdan ölüme kadar yaşamının herhangi bir döneminde bu duyguyla yüzleşeceğini kabul etmesi gerektiğini söylemektedir (Aşkın, 1999).

Weiss, 'Duygusal ve Sosyal Soyutlanma' isimli kuramında yalnızlığa sebep olan altı tip ilişkiden bahsetmiştir. Bunlardan birinin veya birkaçının olmaması veya verimsiz olması durumunda kişinin yalnızlıkla baş başa kaldığını ifade etmiştir (Weiss, 1973).

Young ise kuramında yalnızlığı geçici yalnızlık, durumsal veya geçiş yalnızlığı ve kronik yalnızlık olarak üç tip yalnızlık olarak kategorilere ayırmıştır (Turner, Frankel & Levin, 1983). Geçici yalnızlığın uzun süre devam etmediğini, durumsal veya geçiş yalnızlığının bireyin hayatında reformlar olmadıkça devam ettiğini, kronik tip yalnızlığın ise sosyal çevreden asla tatmin olamama ve uzun süreli bir çekilme olduğunu ifade etmiştir (Young, 1982).

Literatürde yalnızlık ile ilgili mevcut olan birçok kuram, yalnızlığın sosyal çevre ve ilişkiler ve bunlara bağlı olarak da doyum ile arasındaki ilişkiyi gözler önüne sermektedir.

Schultz ve Moore'un araştırmalarında, üniversiteye devam eden erkek öğrencilerin kız öğrencilere oranla, yalnızlığa daha fazla negatif tepki verdikleri gözlenmiştir (Moore & Schultz, 1983). Lamın ve Steplian'ın araştırmasında Alman üniversite öğrencileri örneklem olarak seçilmiştir. Bu araştırmada kız ve erkek öğrenciler arasında herhangi bir ayırım gözlemlenmediklerini, buna ek olarak ürküklülikle yalnızlığın arasında olumlu yönde bir bağ olduğunu ifade etmişlerdir (Moore & Schultz, 1983). Tambelli ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, ergenlik döneminde bulunan kızlardaki yalnızlık seviyesi ele alınmış ve bu durumun yaşın ilerlemesiyle bağlantılı olduğu belirtilmiştir. Konu ile ilgili bir başka

çalışma da Hoglund ve Collins tarafından yapılmıştır. Çalışma sonunda istatistikler mantık dışı inanışlar ile yalnızlık arasındaki ilişkiyi gözler önüne sermiştir. Bu durum yalnızlığın zihinsel bir olgu olduğu gerçeğini bir kez daha kanıtlar niteliktedir (Ammaniti, Ercolani & Tambelli, 1988).

Türkiye’de yalnızlık ile ilgili birçok çalışma yürütülse konuyla ilintili olarak Akyıldız (1994)’ten bahsetmek doğru olacaktır. Akyıldız’ın örneklemini oluşturan üniversiteden mezun olan öğrencilerin yalnızlık olgusu cinsiyet, yaşanılan şehir ve ebeveynlerinin tutumları ile ilintili bulunmuştur.

2.4 Sosyal Yalnız Bırakılma Anksiyetesi

Yalnızlaşan bireyin şiddetli bir bunalım ve kaygı yaşaması kaçınılmazdır. Kaygı, insan yaşamının içerisinde daima olan ve bu yaşam devam ettikçe var olacak bir fenomendir. Hepimiz hayatımızın belirli süreçlerinde benzer veya farklı konulara karşı kaygılanabilmekteyiz (Mahon, E, Yarcheski & Yarcheski, 1993). Maddi durumlar, iş yaşamındaki problemler, üniversite veya lise sınavları gibi birçok olgu yaşama yeni adım atacak olan bireyler için aşmaları gereken zorlu bir yol olarak görünmektedir. Günlük hayatta yaşadığımız bu kaygı diğer adıyla anksiyete bazı durumlarda o kadar şiddetlenirki bireyin yaşamını olumsuz etkilemeye başlar.

İnsan sosyal bir varlıktır. Yaşamını devam ettirebilmek için diğer bireylerle etkileşim içine girmek durumunda olan insan için bu durum hiç de kolay olmamaktadır. Bu sosyal olma ve günümüzde sosyalleşme olarak nitelendirilen durum bazı bireyler için oldukça zahmetlidir. Sosyal anksiyete ile karşı karşıya kalan bu bireylerin en büyük kabusu kalabalık ortamlardır. Anksiyetelerinin büyük çoğunluğunu toplum içerisinde küçük düşme ve hor görülme oluşturmaktadır. Genellikle bu anksiyete büyüyerek bireyin gündelik hayatını olumsuzluklarla çevrelemeye başlamaktadır. Tüm bu fenomenler sosyal anksiyete, sosyal fobi veya sosyal kaygı olarak literatürde yerini almaktadır. Anksiyete, evrendeki tüm canlı varlıklar tarafından hissedilen korku hali olarak tanımlanabilmektedir.

Anksiyete halinde birey kendini tedirgin hisseder fakat bu huzursuzluk durumuna kanıt olabilecek hiç bir şey bulunmamaktadır. DSM-V sosyal anksiyete bozukluğunu bireyin tanımadığı insanlarla karşılaştığında kendini oldukça rahatsız hissettiği, korktuğu durumlar ile yüzleştiğinde, yetişkinler için panik atakların, çocuklar için ise ağlama, boşalma, stupor veya katotoni gibi davranışların oluşabileceği fenomen olarak tanımlanmaktadır(American Psychiatric Association. 2013). Bedende meydana gelen bu hareketlilik bireyi daha da rahatsız ederek onu bu durumu saklamaya itmektedir. Vücuttaki en belirgin değişiklikler arasında terleme, çarpıntı ve titreklik sayılabilmektedir. Sosyal anksiyetesi olan çocuklar ve normal bireylerin karşılaştırılmalı incelenmesi yapılan bir çalışmada, anksiyete sahibi çocukların kızarma, titreklik, ölüyormuş gibi olma halini belirgin bir şekilde yaşadıkları görülmüştür. Yetişkin bireyler anksiyetelerinin yersiz ve manasız olduğunu bilirken, çocuklar için aynı farkındalık söz konusu olmamaktadır (American Psychiatric Association. 2013).

“Sosyal anksiyete” olgusunun tarihçesine bakıldığında ilk defa 1903 senesinde Janet tarafından kullanıldığını, buna müteakiben Marks ve Galder tarafından açıklığa kavuşturulmuştur. İlk kez DSM-III ‘te kendine yer bulduğunu ve daha sonra birçok araştırmacının gözde çalışma konusu halini geldiğini söyleyebilmekteyiz (Zimmerman & Coryell, 1990).

Sosyal anksiyetenin başlangıcı sıklıkla 13-24 yaş arası olmaktadır. Araştırmalar sosyal anksiyete bozukluğunun çocukluk çağında veya ergenlik döneminin başlangıcında kendini gösterdiğini ve daha sonra hayat boyu süreğen bir hal alabilme ihtimalinin olduğunu göstermektedir. Literatüre bakıldığında sosyal anksiyete ile yüzleşmenin zirvesinin ergenlik dönemi olduğunu görmekteyiz. Yapılan çalışmalar bu tanının popülaritesinin oldukça yüksek olduğunu, en çok karşılaşılan üçüncü büyük psikiyatrik rahatsızlık olarak literatürde yerini aldığını göstermektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışma ise bize üniversitedeki genç popülasyonun sosyal anksiyete bozukluğunun oranının normal nüfusa oranla daha fazla olduğunu ifade etmektedir.

Sosyal anksiyete bozukluğuna sebep olan fenomenler incelendiğinde, biyolojik ve psikolojik etmenlerin mevcudiyetinin kanaatine varılmıştır. Buna ek olarak bireyin çevresi anksiyetenin oluşmasında aktif rol oynamaktadır (Heimberg, Mueller, Holt, Hope & Liebowitz, 1993).

Sosyal anksiyetenin hangi durumlarda meydana geldiğini saptamaya çalışan araştırmalar, dört büyük gruptan söz etmişlerdir (Liebowitz, 1987). Birinci grubu büyük kitlelere hitap etmek, sunum yapmak; ikinci grubu daha önce bir bağı olmadığı halde zorunlu olduğu için etkileşime geçilen resmi toplantılar; nc grubu itirazda bulunma, herhangi bir ürünü geri teslim etme; dördüncü grubu ise toplum içerisinde yemek yeme gibi zorunlu ihtiyaçlar oluşturmaktadır.

Anksiyete, bireyin yalnızlık algısını çepeçevre sararak sosyal çevresinden uzaklaştırabilme yetisine sahip bir olgudur. Bu sebeple, yaşamlarında köklü değişikler meydana gelen niversite ğrencilerinde anksiyete oldukça sık görülen bir ruhsal bozukluktur.

2.5 Yalnızlık Ve Psikososyal Destek

Bireylerin yalnızlık ve sosyal destek algıları psikolojik durumlarını etkilemektedir. İçine kapanan ve kendisini çevresinden soyutlayan bireyin kaderi yalnızlık duygusudur. Kişi başlarda bu yalnızlık duygusundan rahatsız olmaz hatta hoşuna bile gidebilir ancak zamanla bu durum onu sıkacaktır. Durum içinden çıkılamayacak bir hal aldığında psikososyal destek almak için karar veren bireyler, i gr sahibidir (McWhirter, 1997). Buna karşın bu durum ile baş edemediğinin farkında olmasına rağmen psikososyal destek almaya yanaşmayan, psikolojik desteğin bir delilik göstergesi olduğunu düşünen, hatta ve hatta böyle bir yardım şeklinin varlığından haberdar olmayan bireyler de mevcuttur. Genellikle bu bireyler yakın çevreleri tarafından psikososyal destek almaları için teşvik edilmektedir. Psikososyal destek bu noktada oldukça faydalı olabilmektedir. Kişinin içinde bulunduğu ortama yabancılaşması, kendisini mutsuz ve bir o kadar da güçsüz hissetmesi, ilerleyen süreçte birçok psikolojik problemleri de beraberinde getireceğinden profesyonel bir yardım bireyin algısında meydana gelen bozulmaları engellemeye yardımcı olacaktır.

Yalnızlığın kronik bir hal alması depresyonu ortaya çıkarabilmektedir. Bununla beraber depresyon halide olan kişi sosyal çevresi ile arasına mesafe koymakta ve bu durum kısır döngü halini almaktadır. Çünkü depresyon ve yalnızlık fenomenleri ayrılmaz ikilidir diyebiliriz (Türkçapar, 2009).

2.6 Depresyon

Depresyon kelimesinin Latince kökü “depressus” dur; bitkin, gamlı ve dertli olmak anlamını içermektedir. Psikoloji literatüründe ise ‘çökkünlük’ olarak kullanılmaktadır (Ceylan & Aral, 2004).

Depresyon bireyde genetik, çevresel veya hormonal birtakım problemler sonucunda meydana gelen ruhsal çökkünlük durumu olarak tanımlanabilmektedir. Dünya Zihin Sağlığı Federasyonu’na göre ise depresyon, bireyin duygu, düşünce ve hayat kalitesini etkileyen bir psikiyatrik bozukluk olarak ifade edilmektedir. Depresyon bireyin yaşamının tamamını olumsuz yönde etkilemekte, duygu ve fikirlerinde bozulmalara yol açmaktadır. DSM-V’e göre iki haftalık bir dönem boyunca daha önceki işlevsellik seviyesinde bir farklılık olması ile beraber semptomlardan en az biri “depresif duygudurum” ya da ilgi kaybı-zevk alamama olmak şartıyla aşağıdakilerden en az 5’inin bulunması gerekmektedir. DSM-V’e göre depresyon tanı kriterleri şu şekildedir:

1. Hemen hemen her gün devam eden depresif duygudurum
2. Hemen hemen her gün devam eden tüm aktivitelere karşı ilgi yitimi ve zevk alamama
3. Dikkat çekici şekilde kilo kaybı yada alımı
4. Uyku problemleri (aşırı uyku yada uykusuzluk)
5. Yorgunluk hissi, enerji kabı
6. Mutsuzluk, değersizlik ve suçluluk duyguları

7. Tekrarlayan olumsuz otomatik düşünceler.

Günümüzde duygu durum bozuklukları arasında oldukça sık karşılaşılan ve her yaş grubunun risk altında olduğu depresyon ciddi bir psikolojik tehdittir. Depresyonda olan bireyin her alanda yaşadığı çöküşe, ölüm ve intihar fikirleri de eşlik edebilmektedir. Bu ruhsal bozukluğa sahip birey kederli ve mutsuzdur. Kendini aşırı yorgun, bitmiş ve halsiz hisseder. Öyle zamanlar olurki gün içerisinde yataktan dahi çıkmadıkları olur. Evli bireylerde cinsel istekte önemli ölçüde bir düşüş görülebilmektedir. Sosyal alanların tamamında yaşanan bu geri çekilme durumu, bireyi oldukça yalnızlaştırmakta ve içine kimseyi almadığı kendi küçük dünyasını oluşturmasına ortam hazırlamaktadır (Yemez & Alptekin, 1998).

2.6.1 Klinik Depresyon

Depresyonu kronik bir hal alan bireyler intihar düşüncelerinden kendilerini soyutlayamamaktadır. Depresyon tedavi edilmezse daha fazla şiddetlenebilir, majör depresyona dönüşme ihtimali artar ve intihar ile sonuçlanma olasılığı yükselir. Kronik depresyona sahip bireylerin ruhsal olarak sağlıklı bireylere oranla majör depresyona yakalanma oranı daha yüksektir (Bozoglan, Demirer & Sahin, 2013). Klinik depresyon diğer adlarıyla majör depresyon veya majör depresif bozukluk, bireyin beyninin işleyişini ve hormonal sistemini etkileyen mühim bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Majör depresyonu belirleyen olgu, bireyin herşeye kadar isteksizlik ve ilgi kaybıdır. Çoğunlukla uyku problemleri yaşayan birey yeme bozuklukları ile de mücadele etmektedir. Dikkat ve konsantrasyonda kayda değer sıkıntıları oluşmaktadır (Anderson & Harvey, 1988). Bunun yanında belli belirsiz yaşanan ağlama krizleri, sebebi belirsiz fiziksel problemler, vücut fonksiyonlarında yavaşlama ve en basit konularda dahi alıngan bir tutum sergileyerek karşısındakine tavır alma yine majör depresyonun belirgin semptomları arasında yerini almaktadır (Canan & Ataoğlu, 2010).

Bireyler hayatlarının belirli dönemlerinde çaresiz, yalnız ve üzgün hissedebilirler fakat majör depresif bozukluğa sahip kişinin ruh halinin sürekli depresif olması günün büyük bir bölümüne, sıklıkla sabah uyanırken, yayılmaktadır. Peki kronik depresyon ve majör depresyon arasındaki fark nedir ? Literatürde bu konuyla ilgili oldukça fazla çalışma bulunmaktadır (Oğuzhanoğlu, 2001).

Kimi bireyler için huzurlu ve mutlu olmak büyük bir lütuftur. Bu ruh haline sahip olmanın çok zor olduğuna inanırlar ve pozitif ruh haline erişebilmek adına büyük çaba sarf ederler. Bunun aksine kimileri ise her ne olursa olsun kendilerini asla mutlu hissetmezler. Bu ruh mantaliteye sahip bireyler için ruhsal durumlarını mümkün olduğunca pozitif tutmaya çalışmak bir savaştır. Bu savaşın uzun seneler boyunca bitmeyeceğini düşünürler. Kronikleşmiş bu depresyona distimi veya kronik depresyon denmektedir. Kronik depresyonu majör depresyondan ayıran en büyük özellik ise şiddetinin daha hafif düzeyde geçmesi ve günlük yaşamı etkisiz hale getirmemesidir. Kronik depresyona sahip bireyler sürekli olarak, yaşamının depresif ve umutsuz bir durum olduğunu düşünmektedirler. Bunun analizine imkan vermezler halbuki bu durum tedavi edilebilir bir psikiyatrik rahatsızlıktır.

Genel popülasyona bakıldığında erkeklerin kadınlara nazaran majör depresif bozukluğa yakalanma riski daha düşüktür. Kadınların hamilelik ve menapoz gibi hormonal değişimleri esnasında majör depresyona yakalanma risklerinin daha yüksek olduğu araştırmacılar tarafından belirtilmiştir.

Araştırmalar, ülkemizde majör depresif bozukluğa sebebiyet veren en yaygın nedenler arasında yas, istemediği halde değer verdiği birinden ayrılma durumu, kendini sürekli birine karşı borçlu veya muhtaç hissetmek, bireyin yaşamında yaptığı köklü değişiklikler (çevre değişimi, mezuniyet, işten ayrılma gibi) ve travmanın olduğunu söylemektedir Kim, LaRose & Peng, 2009).

Klinik depresyonun ortaya çıkışını belirli etmenlere bağlamak yanlış olur. Yapılan araştırmalar bu konuda birçok yaklaşım olduğunu göstermektedir. Bunlardan en önemlileri biyolojik, psikososyal ve kalıtsal (genetik) faktörlerdir. Klinik depresyonun biyolojik

nedenleri üzerinde duracak olursak, beyindeki serotonin, dopamin ve noradrenalin gibi birtakım kimyasalların öneminden söz etmemiz gerekecektir. Bu hormonların düzenini kaybetmesi birtakım psikolojik sıkıntıları doğurmaktadır. Bu nedenle depresyonun serotonin, dopamin ve noradrenalin hormonlarıyla ilintisi oldukça önemlidir. Noradrenalin hormonu hem adrenal bezden hem de sinir uçlarından salgılanabilmektedir. Öfkelenen ve saldırganlık durumlarında noradrenalin salgısında yükselme gözlenmiştir.

Dopamin, insan vücuduna hipotalamustan salgılanmaktadır. Görevi sinir hücrelerinin birbirileri ile kontağını sağlamaktır. Dopaminin en önemli özelliği haz almada aktif rol oynamasıdır. Bireyi sıklıkla haz alacağı birşey bulmaya yönlendiren dopamin, özellikle cinsel ilişki esnasında salgılanmaktadır (Karamustafalıoğlu & Yumrukçal, 2011).

Dopamindeki yükselmeler ve düşüşler birtakım problemleri de beraberinde getirmektedir. Hayvan ve insan vücudundan birçok işlevi bulunan dopaminin az olması durumunda Parkinson hastalığı baş gösterebilmektedir. Dopamin seviyesindeki artış ise beyinde anomaliliklere sebep olmaktadır. Son olarak serotoninden bahsedecek olursak, insan vücudununun birçok bölgesinde üretildiğini söylemek doğru olacaktır ancak genellikle merkezi sinir sisteminde ve mide bağırsak kanalında bulunmaktadır (Cheng & Furnham, 2002). MSS'deki görevinin uyku, yeme ve cinsel problemler, mide bağırsak kanalındaki görevinin ise sindirime yardımcı olmak olduğu kanıtlanmıştır. Serotoninin depresyon üzerindeki etkisine dair halihazırda literatürde birçok araştırma bulunmaktadır. Çalışmalar, serotonin düzeyinin bireyin ruh halini büyük oranda etkilediğini ve depresyona sebebiyet verdiğini açıklamıştır (Gürpınar, Erol, & Mete, 2007).

Serotoninin azalmasını üç büyük temel etmene bağlayan araştırmalar, bu etmenler arasında beyin hücrelerinin üretimi zayıflatması, reseptörlerin miktarında düşüş ve triptofandaki eksikliği saymışlardır. Bu etmenlerden birinin oluşması durumunda depresyonun ortaya çıkması kaçınılmaz bir sonudur. Araştırmacılar, serotoninin depresyondaki etkisinin öneminden oldukça emin olsa da insan beyni üzerinde serotonin seviyesini belirleyen bir çalışma şu an için yapılamamıştır (Kesebir, 2004). Buna karşın insan kanında mevcut olan serotonin seviyesi ölçüldüğünde, ruhsal olarak sağlıklı bir

bireyin kanındaki serotonin oranı, majör depresif bozukluğa sahip bireyin kanındaki serotonin oranından fazla bulunmuştur. Serotonin ve depresyonun birbirini tetikleyen iki unsur olduğu belirlenmiş olsa da hangisinin daha etkili olduğu bilinmemektedir (Karakaya, Coşkun & Ağaoğlu, 2006).

Serotoninin ilişkili olduğu etmenler üzerinde yoğunlaşan çalışmalar uykuyu bu zincire eklemiştir. Serotoninin uyku durumunda düştüğünü ve uyanıklık halinde ise yükseldiğini bildirmişlerdir. Kış aylarında depresyonda büyük bir patlama yaşanmasını da güneş ışığının dünyaya daha az düşmesine bağlamışlardır (Solmaz, Sayar, Özer, Öztürk & Acar, 2000).

Literatüre bakıldığında yapılan araştırmalar, erkeklerin serotonin seviyesinin kayda alınamayacak derecede az bir miktarda kadınlara göre daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Hakemli bir dergide yayımlanmış bir çalışma triptofanda azaltma yönteminden yararlanılarak, serotonin düzeyi azaltılmış ve kadınların erkeklere oranla büyük bir depresif ruh haline büründükleri gözlemlenmiştir (Karakaya, Coşkun & Ağaoğlu, 2006).

İnsanların yoğun ve koşuşturmalı yaşamları içerisinde kendilerine yer bulamadığı, fiziksel ve zihinsel detoksa vakit ayıramadığı, birçok karmaşa ve stres yaratan durumla baş etmeye çalıştığı dönemlerde depresyonun ortaya çıkması kaçınılmaz olmaktadır. Araştırmalar depresyonun bu zorlu durumlarda ortaya çıkma olasılığının daha yüksek olduğunu ve sonrasında oluşan ataklarla ilintisinin olmadığını ortaya koymuştur. Bu bakış açısına göre depresyonun oluşmasına temel hazırlayan ilk atakta beyinde silinemeyen farklılıklar meydana gelmektedir. Bu durum da bozukluğun yinelenmesine sebep olmaktadır. İlerleyen süreçlerde stresörlerin varlığını kaybetmesi dahi depresyonun tekrarlanmasına engel olamamaktadır. Buradan hareketle sosyal etmenlerin birey üzerindeki etkilerine değinmek yerinde olacaktır (Mendelson, 1974). Söz konusu etmenler arasında maddi sıkıntılar, aile ile yaşanan anlaşmazlıklar, iş hayatının elverişsizliği, benliği ketleyen durumlarla karşılaşmak ve daha birçok faktör bulunmaktadır. Araştırmalar ebeveynleri erken dönemde vefat eden çocukların, yaşamının ileriki safhalarında depresyon ile karşılaşma olasılığının yüksekliğinden oldukça sık bahsetmişlerdir. Hastalık öncesi

kişilik özellikleri de depresyona yakalanma durumu üzerinde etkili olmaktadır. Obsesif kompulsif ve histerik yapıya sahip bireylerde bu oran, psikiyatrik bozukluğu olmayan bireylere göre daha yüksektir (Karamustafalıoğlu & Yumrukçal, 2011).

Depresyonun oluşumunda psikososyal faktörler kadar kalıtsal faktörlerin de etkisi uzun yıllardır tartışılmaktadır. Araştırmalar depresyonun kalıtsal bir ruhsal bozukluk olduğunu destekler niteliktedir (Karamustafalıoğlu & Yumrukçal, 2011).Yakın çevresinde depresyonla karşılaşmış veya herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı bulunan bireylerde bu hastalığın görülme olasılığı, genel popülasyona oranla daha fazladır (Gür, 1996).

İkizlerle yapılmış çalışmalar da bu kanıyı desteklemiştir. Son yıllarda yapılmış bir çalışmada farklı bir bulgu elde edilmiştir. Araştırmacılar, depresyona sahip aile bireylerinde sık bulunan bir gen belirlemişlerdir. Bu genin depresyonla mücadele eden 800'den fazla ailede mevcut olduğunu bildirmişlerdir (Dilbaz & Seber, 1993).

Depresyon kendini tekrarlayan bir ruhsal bozukluktur. Daha önce depresyon yaşayan bireyin bu duruma yakalanma olasılığı oldukça yüksektir. Yineleme için risk faktörleri arasında 60 yaşından sonra depresyon görülmesi, kronik depresyon, ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsü ve alkol ve madde kullanımına bağlı görülen depresyon sayılabilmektedir (Doksat, 2003).

Depresyon belirtilerinin yaş ile değişkenlik göstermesi olasıdır. Yaşlılık dönemindeki bireyler daha somatik problemlerle mücadele etmek durumunda iken, ergenlik sonrası üniversiteye geçiş döneminde bireyler daha çok zihinsel problemlerden, düşüncelerde yaşanan bozulmalardan ötürü depresyon ile karşı karşıya kalmaktadır. Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Cemiyeti'nin çalışmaları gösteriyorki majör depresyon 18 yaş üstü nüfusun % 6.7'sini etkisi altına almaktadır (Karakaya, Coşkun & Ağaoğlu, 2006). Genç bireylerde ruh sağlığı problemlerinin içinde en çok görülenin depresyon olduğunu söylemek doğru olacaktır.

Ergenlik dönemindeki öğrenciler üniversiteye kayıt yaptırabilmek adına, önlerinde bulunan yarışı kazanabilmek için çok çalışmak, çok sayıda yaşıtı ile yarışmak ve sonuç

olarak saygın bir akademik muvaffakiyeti elde etmek mecburiyetindedirler. Bu hazırlık sürecinin öğrencileri oldukça çok yıprattığı ve kimisinde de ruhsal bazı problemler doğurduğu bilinmektedir. Araştırmalar, üniversiteye hazırlık döneminde olan öğrencilerin büyük çoğunluğunun, okul veya etüt merkezlerindeki Rehberlik Servisi'nden yardım almak amacıyla başvuruda bulduklarını göstermektedir (Karakaya, Coşkun & Ağaoğlu, 2006).Yine bazı araştırmalara göre ise bu servislerin yetersizliğinden yakınan öğrenciler ve aileleri, psikolog ve psikiyatri uzmanlarından yardım talep etmişlerdir. Henüz ergenliğini tamamlamamış bireylerin üniversite sınavı gibi bir gerçeğe çarpışmaları, ileriki dönemlerde depresif bir ruh haline bürünmelerini kolaylaştırmaktadır. Üniversite yaşantısının da getirdiği birtakım zorluklar ile sosyal geri çekilme yaşayıp yalnızlaşan öğrenci, depresyonun kucagina düşmektedir.

Depresyon her ne kadar bireylerin yaşamında köklü ve kalıcı bozulmalara yol açsa da uzmanlar bu durumu düzeltmek için birçok tedavi yöntemi bulunduğunu söylemiştir. Depresyon yüzyıllardır süregelen bir rahatsızlıktır ve birçok kuram onu açıklamada ve tedavi aşamasında bizlere yardımcı olmaktadır (Dilbaz & Seber, 1993). Bireye depresyon ön tanısı koyabilmek için öncelikle psikiyatrik bir muayeneden geçmesi gerekmektedir. Çünkü diğer ruhsal hastalıklar içerisinde depresyonun semptomları ile uyuşan birçok rahatsızlık bulunmaktadır. Bireyin sağlıklı bir tanı alabilmesi adına bu durumun ortadan kaldırılması gerekmektedir. Uzmanlar, depresyon tanısına varmadan önce birtakım test ve tahlillerden yararlanmaktadırlar(Mendelson, 1974).

Tedaviyi planlarken uzmanın aldığı önemli kararlardan bir tanesi de bireyin kuruma yatışının yapılıp yapılmayacağıdır. Bireyde intihar düşünceleri mevcutsa, yeme problemleri sebebiyle yaşamdan kopma derecesine gelmiş durumdaysa ve teşhis konulması gerekiyorsa hastaneye yatışı sağlanmalıdır. Depresifliğin hafif şiddette olduğu durumlarda ise ayaktan tedavi sağlamak mümkün olabilmektedir. Ayaktan tedavi sağlanacak bireylerin, günlük yaşam aktivitelerini tamamen bozacak tutumlar sergilemiyor olması önem arz etmektedir. Buna ek olarak majör depresyona sahip bireylerin gerçeği değerlendirme yetileri yüksek oranda bozulmaya uğradığı için ailelerinin bireyi hastanede yatırarak tedavi ettirme talepleri kabul edilebilmektedir(Wetzel, 1984).

Depresyon tedavisinde uzun yıllardır aktif olarak ilaç tedavisinden yararlanılmaktadır. İlaç tedavisinde aktif rol oynayan antidepresanlar, majör depresif bozukluğa sahip bireylerin büyük çoğunluğunda düzelme olasılığını yükseltmiştir. Bu bozukluğa sahip bireye, ilaç tedavisinin başlanacağı mutlaka bir psiko eğitim düzenlenerek aktarılmalıdır. Bu eğitimde antidepresanları ömrünün sonuna kadar kullanmasının gerekli olmadığı, tedavi planına göre ayarlanacak bir süre zarfında kullanması gerektiği, ilaçların faydasını görmezse değiştirilebileceği ve ilaçların yan etkilerinden bahsedilmelidir(Murphy & Bates, 1997).

Uzun bir dönem ruh hastalıklarını tedavi etmek amacıyla ilaç tedavisi ile birlikte psikoterapi de kullanılmıştır. Tıp bilim insanları, din adamları, şamanlar ve çok eski çağlarda insanların toplu olarak yaşadığı yerlerde sağlık ile ilgilenen kişilerin psikoterapiye çok sıcak baktıkları ve zamanın el verdiği şekilde kullanmaya çalıştıkları arşivlerde görülmektedir. Eski çağlardan günümüze kadar evrimleşerek devam eden bu teknikler, ilk psikoterapinin orijini sayılmaktadır(Wetzel, 1984).Ortaçağ'ın karanlık dönemlerinde bilimde olan gerileme sebebiyle anormal davranışların şeytanlaşmış kişiler tarafından yapıldığına inanılmaktaydı. Ruhsal problemler yaşayan insanların içine zararlı ruhların yerleştiği, bu sebeple onların tehlike olduğu düşüncesi tüm halka kabul ettirilmişti. Bu kişiler karanlık zindanlarda zincirlere bağlanıp aç bırakılarak tedavi edilmeye çalışılmaktaydı. Bu durum Philippe Pinel ile kırılmıştır. Pinel, ruhsal problemler yaşayan bireylerin tedavi edilmesi için öncülük yapmış ve yaşam şartlarını yükseltmeye çalışmıştır(Murphy & Bates, 1997).

Pinel bu karanlık (1990) zihniyetle yönetilen ve “tumarhane” adı altında insanlara eziyet edilen yapıların gerçek bir ruh sağlığı merkezine dönüştürülmesi adına çalışmalar yapmıştır. Bu sebeple Çağdaş Psikiyatri'nin öncüsü olarak kabul edilmektedir. Yine bu dönemde akıl hastalığının tedavisinde ilacın etkisi fark edilmiş ve kullanılmaya başlanmıştır. Dönemin bilim adamlarının oldukça ilgisini çeken ruh sağlığı alanı, birtakım görüşleri de beraberinde getirmişti. Bu dönem görüşü akıl hastalıklarının beyindeki

bozukluklardan meydana geldiğinden yana idi. 19. yüzyılın başlangıcında bilimde olan ilerlemeler ile bireyin iç dünyasındaki çatışmalarının ruhsal problemlere sebep olacağı görüşü ortaya atıldı. Sigmund Freud'un kuramının temelini oluşturan bu görüşten sonra ruhsal hastalıkların psikoterapi yöntemiyle çözümlenebileceği gün yüzüne çıkmış oldu ve zamanla birçok psikoterapi yöntemi oluştu. Ruhsal bozuklukların tedavisinde kullanılacak psikoterapi yöntemlerinin çeşitlenmesi zaman almıştır. Bu döneme kadar depresyon ve diğer ruhsal bozuklukların tedavisinde, antipsikotiklerin yanında klasik psikanalizden yararlanılmıştır (Westen, 1998). Günümüzde ise psikoterapiye olan ilgi giderek artmaktadır. Depresyonda psikoterapi uygulaması daha da modernleşerek Dinamik Psikoterapi, Kognitif-Davranışçı Psikoterapi ve İnterpersonel Psikoterapi gibi yöntemlerden yararlanılmaya başlanmıştır.

2.6.2 Psikanalitik Yaklaşım ve Depresyon

Klasik dinamik yaklaşım daha çok depresyonun daha hafif düzeyleri ile çalışmaktaydı. Bu düşünceye rağmen çalışmalar, daha ağır vakalarda dahi psikoterapinin etkisinden söz etmiştir (Wetzel, 1984).

Yapılan araştırmalara bakıldığında dinamik psikoterapinin çok güçlü yanlarının varlığı kanıtlanmıştır. Klasik dinamik yaklaşım daha çok depresyonun daha hafif düzeyleri ile çalışmaktaydı. Bu düşünceye rağmen çalışmalar, daha ağır vakalarda dahi psikoterapinin etkisinden söz etmiştir (Mendelson, 1974).

Psikoterapide en önemli ilke sağlam bir terapötik bağ kurulmasıdır. Terapötik ilişkiyi sağlamlaştıran uzman, danışana öncelik vermeli ve anlayışla karşılamalıdır. Düşünce tarzını, olaylara bakış açısını irdelemelidir. Psikoterapide karşılaşılan en sık sorunlardan birisi danışanı sürekli mutlu etmeye çalışmaktır. 'Bu kadar düşünecek ne var?', 'Daha ne istiyorsun, bir elin yağda bir elin balda.' gibi. Tüm bu söylemler, danışanın 'Kimse beni anlamıyor.' gibi düşüncelere kapılmasına sebebiyet verecek ve terapinin ilerlemesini ketyecektir. Ayrıca anlaşılammaktan duyduğu üzüntü gittikçe büyüyen danışanın yalnızlık hissi ile savaşı daha çetin geçecektir. Bu durum da intihar riskini dolaylı

yoldan arttırmış olacaktır (Taubner,Kessler, Buchheim, Kächele & Staun, 2011). Terapistin bu yaklaşım tarzının ne kadar beyhude olduğunu anlaması gerekmektedir ve tam aksi bir tutum sergilemelidir. Danışanın depresif ruh halini anlayışla karşılamalı ve bu durumda olmasının bir sebebinin olduğunu anladığını, ona hissettirmelidir. Bu empati aşamasının güçlenmesi, danışan ile terapist arasındaki terapötik iş birliğini arttıracaktır (Spitz, 1954). Danışan, terapist ile bir bağ kurabilmeli ancak mevcut düzen ve disiplini de solumalıdır. Her ne kadar yerinde olsa dahi ‘Şu an çökkün bir ruh haline sahip değil sadece öfkeliniz’ şeklindeki yargılayıcı ifadelerden mutlaka uzak durulmalıdır. Danışan bu ifadeleri alakasız ve izansız olarak tefsir edebilir Grunberger, B. (1979).

Psikodinamik yaklaşım bireyin, yaşamına şu an olduğu yerden geriye dönüp bakmasının gerekli olduğundan bahsetmektedir. Gözlemlenmemiş ve irdelenmemiş bir insan hayatında relapslar olacağını savunan yaklaşıma göre bilinçaltı oldukça önemli bir kavramdır. İnsanın bilinçaltındaki olgular yalnızca bastırılmışsa ve bir analize gidilmemişse davranışlarda bir yenilik beklenemez hatta gerileme bile görülebilmektedir (Milrod, 1988). Psikodinamik yaklaşımda terapinin amacı, depresyona sahip danışanın teessür, kendini değersiz görme, yaşanan tüm kötü olaylarda bir payı olduğunu düşünme ve öz benliğinin hafif darbelerle dahi rahat bir şekilde yaralanması gibi durumların asıl kaynağına ulaşabilmektir (Hale, 1995).

Terapist ilk birkaç görüşmede danışanın depresif ruh haline sebebiyet veren durumlar ile ilgili veri elde etmelidir. Depresif durumuna ne sebep olmaktadır? Danışanın hayata bakış açısı ve hayat görüşü nedir? Agresyonu ile beraber eğer kızgınlık varsa bu duyguyu kime yönlendirmiştir?

Terapist, danışanın yaşanmışlıklarını dikkatlice dinler ve not alır. Depresif ruh haline sebep olabilecek fenomenleri belirlemeye çalışır. Tüm bunlar devam ederken, görüşmeler ilerledikçe danışan terapistine bağlanır ve bu durum psikodinamik yaklaşımda aktarım olarak tanımlanır. Aktarım durumunda danışan daha önce yaşamış olduğu birçok duyguyu şimdi ve buradaya getirerek tekrar yaşar ve tüm bu hissiyatları terapistte yükler. Danışan için terapist, bir anda yaşamının en önemli kişisi haline gelebilir (Coyne, 1976).

Bazen danışan o kadar geriye giderki erken çocukluk çatışmaları ortaya çıkabilir. Terapistin tutumu tamamen farklı olmasına karşın, danışan terapisti dominant ve baskıcı olarak nitelendiriyorsa, erken dönemde babasına dair çözüme kavuşmamış duygularını terapistte aktarıyor diyebiliriz. Terapide aktarım, çözülmesi oldukça zaman alan bir olgudur (Brenner, 1991). Danışanın erken dönemde yaşamış olduğu problemler bilinç düzeyine çıkarılmalı ve bu olumsuzlukları yüklediği fert tespit edilmelidir. Aktarım ancak bu şekilde çözümlenebilmektedir.

Terapi başladıktan birkaç görüşme sonrasında terapötik bağın oluşturulabilmesi için terapist danışanın istek ve beklentilerini olabildiği ölçüde karşılamalıdır. Bu tutum sayesinde danışanın ruhsal bozukluğunun önemli bir kısmı terapötik bağ ile yinelenmiş olur. Verilerin sağlamlığına dair inancın oluşmasından itibaren ise irdeleyen, analiz eden ve tanımlayan bir tutum takınılmalıdır (Huber, Henrich, Clarkin & Klug, 2013). Terapist daha sonra danışan için herhangi bir konuda problem olan bitirilmemiş, çözüme kavuşmamış çatışmalarından bahseder. Bu şekilde danışanın ‘Ben kendim için bir hayat sürememişim’ düşüncesine erişmesine yardımcı olur. Böylece danışan kendi düşüncelerini ve taleplerini kulak ardı ettiğini anlayacaktır. Bu durumu fark eden danışanın terapistinden, hayatında daha sağlam adımlar atabilmesi adına yardım talebinde bulunması olasıdır. Bu durumda terapist danışanına yapması gereken şeyleri söyler ve en iyi yolların kendisinin söylediği şekilde olduğunu ifade ederse, danışanın başarısızlık ve yetersizlik duyguları artar. Bu tür taleplere verilecek en iyi ve en doğru cevabın kendisinde olduğu danışana anlatılmalıdır (Murphy & Bates, 1997).

Kişiler arası ilişkilerin, danışanın depresif konumunda yerini anlamak terapinin güvenli ve sağlıklı bir şekilde ilerlemesi adına doğru bir adım olacaktır. Danışanların direnci bu konuda yüksek olmaktadır. ‘Bir suçlu varsa o benden başkası olamaz.’ şeklindeki söylemlerle kendilerine yüklenirler (Newman & Hirt, 1983). Aktarım ve karşı aktarım fenomenlerinin sağlam bir şekilde yerleştirilmesi, bu direnci ketleyebilir. Terapi süreci içerisinde danışan özümlediği nesne ilişkilerini dışa vurur ve yeniden sosyal ilişkilerinde oluşturur. Genellikle depresyona sahip danışanlar kuvvetli hisler uyandırır.

Depresif bir danışanın terapi sürecinde terapistler, mutsuzluk, danışandan bir an önce uzaklaşmak isteği ve kızgınlık gibi birtakım hislere kapılabilmektedir. Bu hisler, danışanın hayatındaki bireylerin de ona karşı duygularıdır. İşte olgu depresyona sebebiyet verebilmekte veya çökkünlük semptomlarını güçlendirebilmektedir. Danışanın mevcut ruh halinin çevresindeki bireyler üzerindeki tesirini gözlemlemek için terapist bu hislerini onarıcı şekilde yönlendirerek, danışanın da ortaklığını elde ederek yeniden değerlendirmelidir (Gut,1989).Terapiye direnç gösteren depresyona sahip danışanlarda sıklıkla nesne ilişkisi yinelenmektedir. Bu durum da danışanın kişiliğinin temelini oluşturduğundan, başka bir biçime sokmak oldukça zor olabilmektedir. Danışan süregelen bir nesne ilişkisi şeması dahilinde bastırılmıştır. Bu durumda ancak ve ancak terapi süreci boyunca danışanın terapistin isteğini baz alarak yeni bir model oluşturması ve danışanın bunu benimsemesi ile reform gerçekleşebilir(Anthony, 1975).

Tutum, davranış ve fikirleri açıklanan danışanın benlik saygısı artmaya başlamaktadır. Benlik saygısını var etmek için yanlış davranışlarda bulunduğu; ebeveynlerinden, arkadaşlarından ve diğer sosyal çevresinden beklentilerinin ne derecede olduğunun; saygı, sevgi ve onay gereksinime çok anlam yüklediğinin ve başarısızlık, mutsuzluk gibi duygularının yaşamış olduğu üzücü durumlarla ilişkisinin farkına varır(Huber, Henrich, Clarkin & Klug, 2013).

Yapılan çalışmalar kimi depresif bozukluğa sahip bireylerin, çökkün ruh hallerini agresyonlarını ve diğer yıkıcı dürtülerini çevrelerine gösterebilmek adına bir araç olarak kullandıklarını belirtmiştir. Buna ek olarak çökkün ruh haline sahip bireylerin sosyal çevrelerini de bu duruma çektiğini ifade etmişlerdir. Literatüre bakıldığında depresyon hastalarının gizil bir sadizmi olduğuna dair yapılan bir çalışma da bu kanıyı destekler niteliktedir (Anthony, 1975). Çalışmaya göre bir annenin çocuklarını sürekli suçluluk duygusuyla beslediği ve onlara da depresif duygu durumunu aşıladığı gözlemlenmiştir.

Depresyon hastaları, çevresindeki bireyleri kendilerine en fazla ihtiyaç duydukları zamanlarda yanlarında istemezler (Murphy & Bates, 1997). Kimilerinin eşi bu duruma dayanamamakta ve bıkmaktadır. Bu durum o kişiyi eşine karşı sorumluluklarında kaçan

ve sert biri haline bile dönüştürebilmektedir. Bu döngüde yaralanan depresif duygu durumundaki birey aradığı ilgi ve sevgiyi bulamaz.

Majör depresif bozukluğa sahip danışanın terapisinde, ailenin de bu süreçte etkisinin önemi bütün uzmanlar tarafından kabul edilmiş bir olgudur. Depresifliğin süreci ve intihara olan meyil aile ile oldukça ilintilidir. Literatürde mevcut bir araştırma relapsların sebebinin, danışanın eşinin tenkitleri olduğunu göstermektedir (McIntyre & Schwartz, 1998). Bu çökkünlüğe sahip bireyler aile içi ilişkilerinde agresyon ve sadizmi kışkırtmaktadırlar. Terapistin burada en önemli görevi, aile fertlerine bu duyguların suçluluk duyguları ile ilintisinin olduğunu ve nasıl mücadele edeceklerini açıklaması gerekmektedir.

2.6.3 Bilişsel Merkezli Depresyon

Depresyon tedavisinde aktif bir şekilde yararlanılan kognitif (bilişsel) yaklaşım, psikodinamik yaklaşımdan farklı olarak ortaya çıksa da temelde örtüşmektedir. Bu kuramı temsil eden Aaron T. Beck'in çalışmalarıdır. Bilişsel kuram, bireyin benlik saygısı ile ilgili şemalar oluşturduğunu söylemektedir (Beck, Steer & Brown, 1996). Bu şemalar ise zamanla kendi yaşamı, dünya görüşü ve ileride başına gelebilecek herhangi bir durumla ilgili negatif düşüncelerine sebebiyet vermektedir. Bireyin şemaları o kadar değerlidirki, bu şemalar ile hayatını idame ettirir. Durumları ve benliğini analiz ederken birçok yanılgıya düşer. Bu sebeple kendilik algısındaki sapmaların (suçlu olan benim, bu olayda hatalı olan yalnızca benim), sosyal çevresini algılayışındaki sapmaların (kimse beni yanında istemiyor) ve ileriki yaşamına dair pesimist bir görüşün (hayatımda iyi giden birşey olmayacak) içinde bulunduğu kognitif üçlü meydana gelmektedir. Bu üçlüye birçok mantık yanılsamaları ve bireyin içinden geçirdiği savlar (Ayşe benimle alışverişe gelmek istemiyor demekki onun için yeterli bir arkadaş değilim) dahil olur. Buradan hareketle bu çökkünlük durumunun bir mizaç bozukluğu olduğunu söyleyebiliriz. Bireyin taleplerinin artması ve buna muvaffakiyetsizliğin katılımı, depresif ruh halinin istenen benlik algılayışı ve bireyin gerçekte olan benliği arasındaki çatışmalarından oluştuğunu kabul eden dinamik yaklaşıma ışık tutmaktadır (Beck, Guth, Steer & Ball, 1997)

Bilişsel psikoterapi uzun olmayan, belirli ölçüt ve yasaya uygun bir terapi yaklaşımıdır. Özgül olarak organize edilmiş ve öğrenmeyi esas alan sistemli bir fenomendir. Her görüşmede daha önce yapılmış olan görüşmenin tesirleri ve neticeleri kontrol edilir, gayeler doğrultusunda belli bir taslak oluşturulur ve ev ödevleri verilir Vollmayr, B.,& Gass, P. (2013).Asıl amaç mantık ilkelerinin, depresif bozukluğa sahip bireyin otomatik düşüncelerine yerleştirilmesidir. Bu bozukluğa refakat eden bütün negatif şemalar açıklanır, frekansı ve ne gibi şartlar altında meydana geldiği tespit edilir. Bu sav denenebilir bir varsayım olarak araştırılır ve günlük olgulardan bu varsayımı test etmek adına bilgiler elde edilirVollmayr, B.,& Gass, P. (2013).

Bilişsel yaklaşıma göre terapist aktif bir rol alan ve danışan ile daima bağ içerisinde olan kişi olarak tanımlanmaktadır. Kognitif psikoterapide terapist ve danışan, depresif ruh haline sebep olan her fikri toplar (Beck,1979). Terapistte öğretmen edası hakim olmalıdır. Terapist danışana negatif düşüncelerinin farkına varmasını ve bu negatif düşüncelerinin yerine koyabileceği pozitif ve negatif bulguları gözlemlemeyi aynı zamanda bu olumsuz düşüncelerin yerine hakikate daha meyilli yorumlara yer vermeyi nasıl başarabileceğini öğretmeyi hedeflemelidir(Beck,1979).

2.6.4 İnterpersonel Yaklaşım ve Depresyon

Depresyon tedavisinde kullanılan bir başka yaklaşım da Adolf Meyer, Johns Hopkins ve Harry Stack Sullivan'ın biçimlendirdiği İnterpersonel Psikoterapi'dir. Bu yaklaşım erken dönem yaşantılarının varlığını kabul etmektedir. Buna ek olarak çevresel etmenlerin de aktif olarak değerlendirmeye alındığı bir yaklaşımdır. İnterpersonel Psikoterapi'nin etkisi öteki terapilere nazaran daha çok irdelenmiştir (Elkin, 1994). Bu kurama göre depresyon bireylerin birbirleri ile olan münasebetlerinde meydana gelmektedir ve bu münasebetlerin sağlıklı bir hal alması depresif durumu da ortadan kaldıracaktır(Öy, 1995).

İnterpersonel Psikoterapi'nin ilgilendiği en kapsamlı alanları şu şekilde ele alabiliriz:

1. Keder: Danışanın yaşamında değer verdiği bir bireyin vefatı ve sona ermemiş yas ile meydana gelir.

Yasın süresi diğer bireylerdeki gibi olmamaktadır ve belirlenmiş olan zaman zarfını aşmaktadır.

İnterpersonel Psikoterapi'ye göre yas yalnızca değer verilen bir bireyin vefatı ile değil aynı zamanda danışanın yaşamındaki birçok alanda yaşadığı kayıpları ve bu kayıplar sonrasında meydana gelen boşluğu da irdelemektedir. Terapist danışanına kayıpları ile mücadele etme şeklinin nasıl olması gerektiğini aktarmalıdır.

Danışanın bu kayıpları üzerine terapistle iletişime geçmesine ve terapötik bağın sağlamlaştırılmasına öncelik verilmelidir. Danışanın farklı dostluklar edinmesi ve yeni amaçlar planlaması hedeflenir.

2. İnterpersonel Rol Çatışmaları: Bireylerin anlaşamama durumu, sıklıkla çıkarlarının belirli bir noktada kesişmemesi ve çatışması durumunda ortaya çıkmaktadır. Bu anlaşmazlıkların analiz edilmesinde danışana destek olunur.

3. Rol Değişiklikleri: Bu kısma dahil olabilecek birçok farklılık mevcuttur. Bunlar arasında belirli veya belirsiz bir sebepten ötürü işten atılmak ve yeni bir iş arayışına girmek, ayrılık, yeni bir ilişki gösterilebilmektedir. Depresif duygu durumu ise bireyin ilişkilerinde ve maddi durumunda bozulmalara neden olmaktadır. Bu sebeple yaşam değişikliği, rol değişikliği adı altında düşünülmektedir.

4. İnterpersonel Yetersizlik: Danışanın bu kısımdaki eksiklikleri veya problemleri anamnez alınırken belli olmaktadır. Bu tür danışanların bireyler ile bağlarını devam ettirmelerindeki eksiklikler muhtemel problemlerin oluşmasına ortam hazırlamaktadır.

İnterpersonel Psikoterapi'nin alanları dışında kullandığı teknikler de büyük önem arz etmektedir. Bunlar; tanımlayıcı teknikler, duygu yüreklendirmesi, açıklık kazandırma, iletişim analizi, terapötik bağın kullanılması ve davranış değiştime teknikleridir (Sirin, 2017). Tanımlayıcı teknikleri kullanan terapist danışana semptomları ve sorunları ile ilgili açıklama yapmayı, duygu yüreklendirmesi tekniğinde danışanın kendisini yaralayan duyguyu tanımlamasını ve itilmiş duygularının gün yüzüne çıkmasını, açıklık kazandırma tekniğini kullanırken danışanın sosyal bağlarını tekrar inşa ederek geri bildirim almayı, iletişim analizi tekniğinde uyumsuz davranışları ve ilişkileri konuşularak sosyal bağlarını

güçlendirmeyi, terapötik bağın kullanılması tekniğinde bu bağı diğer sosyal ilişkilerine yansıtmayı ve son olarak davranış değiştirme tekniğinde ise danışana psikoeğitim vermeyi amaçlamaktadır (Fairbanks, Alborzian & Ho, 2001).

Psikodinamik kuramdan esinlenen bu yaklaşım içsel çatışmalardan çok bireyler arası çatışmalara yoğunlaşmaktadır. Erken dönem yaşanmışlıkları üzerinde de durulur fakat daha çok 'şimdi ve burada' ele alınmaktadır. Terapistin rolü oldukça önemlidir, aktif konumdadır. Danışana görüşme boyunca üzerinde yoğunlaşmak istediği durum ile ilgili şans tanınır ve daha sonra terapistin yol göstermelerine yer verilir. Bir öğretmen gibi danışanın sorunları üzerinde odaklanmasına, analiz etmesine destek olur ve onu cesaretlendirir. Terapide danışanın çevresi ile olan diyaloglarına yer verilirken bilinçaltı çatışmalarına çok yanaşılmamaya çalışılır. Danışanın direnç göstermesi durumunda bu çatışmalar ele alınabilir.

Yapılan çalışmalar ilaç tedavisi ve İnterpersonel Psikoterapi'nin uygulandığı danışanlarda, yalnızca ilaç tedavisi uygulanan danışanlara oranla tedavilerinin daha sağlıklı sonuçlandığını göstermiştir. Ayrıca sosyal ilişkileri zayıf olan danışanların İnterpersonel Psikoterapi'ye uyumlu olduğu gözlemlenmiştir (Göller, 2010).

Psikodinamik psikoterapiye göre oldukça çok tanımlama, cesaretlendirme ve elde edilen başarıların arkasında durma gibi yöntemler uygulanmaktadır. Kognitif terapide olduğu gibi burda da ev ödevlerine yer verilir (Sirin, 2017). Terapide olumlu aktarım, tedaviyi destekleyici bir öge olarak ele alınmaktadır.

İnterpersonel Psikoterapi'ye göre depresyonun ortaya çıkış sebebi, bireyin sosyal çevresidir. Erken dönemde veya yetişkinlikte bireyin sosyal çevresinin sıkıntılı olması ve bireyi besleyememesi depresif bir ruh haline sebep olabilir. Bireyin sosyal çevresiyle olan ilişkileri ve bu ilişkilerin niteliği depresif ruh halinin oluşumunda aktif rol oynamaktadır. Bu yaklaşıma göre bireyin sosyal ilişkisinden doyum elde etmesi oldukça önemlidir (Özer, 1994).

İnterpersonel Psikoterapi, bilişsel ve psikodinamik kuramlar ile birçok benzer özelliğe sahiptir. Bireylerle problemlerin analiz edilmesine dikkat eder. Destek veren, davranışçı, öğretici, tanımlayıcı ve öğretim ilke ve tekniklerini baz alan bir tutumu benimsemektedir. Birinci düzeyde 'şimdi ve burada' tekniğinden hareketle o an olan semptomlar hedef olarak belirlenir. Veriler toplanır ve değerlendirme safhasına geçilir(Lundh, 2005).Depresif duygu durumu ile ilgili danışan aydınlatılır. Danışan için önem arz eden bireyler ve onlarla olan ilişkileri ele alınır. Terapötik ilişki için önemli bir aşama olan terapi kontratı imzalanır ve terapinin işleyişi ile nasıl bir yol ve yöntem izleneceğine dair hazırlanmış olan taslak danışana aktarılır. Eğitici açıklamalar, bilimsel tartışmalar yapılır ve danışanın sosyal ilişkilerini yönetme tarzı üzerine konuşulur (Kaya, 2007)..

Bir sonraki evrede değerlendirilen problem üzerinde durulur. Bütün problemler için farklı farklı amaçlar bulunmaktadır (Perris, 2000). Örneğin bir yakını kaybetmiş danışan için yas çalışması yapılırken asıl yöntem ve amaç, pozitif ve negatif duygu durumların analiz edilmesi ve açıklanmasıdır. Bu durum bir şekilde ölen kişiyle olan bağa farklı bir görüş getirmektedir. Bu sırada ölen birey ve kurulan bağın yerini, danışan tarafından bir obje olarak görülen terapist almaktadır. Rol çatışmaları ele alınır ve depresif duruma sebebiyet veren problem açıklanır (Joiner, 2014). Danışanın hatalı algılayış ve iletişim biçimleri ile birlikte çevresinden beklentisinin ne olduğunu ifade etmesi beklenir. Bu açıklamaları yaparken zorlanan danışan olursa terapist bu noktada farklı iletişim teknikleri öğreterek destek olabilmektedir.

Rol değişimleri ile bağlantılı olan problemlerden dolayı terapistin yitim hissi ile ilgilenmesi olasıdır (Busch, 2011). Danışanın değişimlere reaksiyonu yasla örtüşmektedir. Terapistin hedefi danışanın bu olguları asıl yitimlerden ayırt etmesine destek olmak ve geçmiş rolünü bırakarak mevcut durumuna adapte olmasını sağlamaktır. Danışanın mevcut rolüne adapte olmasına destek olacak sosyal yetenekler kazanmasını sağlamak hedeflenmektedir (Öy, 1995).

Bireyler arası ilişkilerde eksiklikte deneyimsiz olmak da ciddi bir etmendir. Bireyin kendisinin diğerlerinden farklı olduğu düşüncesine kapılması olarak da tanımlanan sosyal izolasyonönemli bir problem olara gösterilse de depresyon hastalarının çoğunun sıkıntısı sosyal ilişkilerinin pozitif ve negatif taraflarının açıklığa kavuşturulması birtakım davranışçı yöntemlerle analiz edilmektedir (Lundh, 2005). Terapötik ilişkinin sağlam olması ve oluşan problemlerin üzerinde anlaşmaya varılması ilerideki ilişkilerinin yönü için danışana bir örnek teşkil edecektir. İnterpersonel Psikoterapi’de terapist danışanın avukatı rolündedir. Terapist ve danışanın bağı gerçektir ve terapiyi keteleyecek direnç ortaya çıkmadıkça aktarımdan söz edilmez. Bu şekilde danışanın bağımlı olma durumunun engellendiği düşünülür (Mete, 2008).

2.6.5 Aile veya Çift Terapisi ve Depresyon

Aile veya çift terapisi, aile fertlerinin olabildiğince tamamının ele alındığı, aile fertlerinin ilişkilerini yeniden inşa etmeyi amaç edinmiş, ailenin, aile fertlerinin veyahut kişinin işlevselliğini pozitif yönde geliştirmeye odaklanmış psikoterapi yaklaşımıdır (Henggeler, Melton & Smith, 1992). Aile fertleri ile aynı anda seanlar yapıldığı gibi bu görüşmeler ayrı ayrı olarak da yapılabilmektedir. Bu alanda yapılan çalışmalar aile terapilerinde tek taraflı aynanın, aile arası etkileşimi anlamlandırmada oldukça etkili olduğunu belirtmektedir. Bakış açısını değiştirmek, fikirlerde de bir yeniliğe gitmeyi kolaylaştırmıştır (Rutter, 1999).

1968’li senelerde Von Bertalanffy’nin öncüğünü yaptığı aile terapisi, Minuchin aracılığı ile genişletilmiştir. Minuchin insanların değişik sosyal çevrelere sahip olduğunu ve bu çevrelere birbirinden ayrı reaksiyonlarda bulunduğunu bu sebeple de ortaya çıkan durumların, sosyal çevre olan etkileşimler ile değerlendirilmesinin doğru olacağını söylemiştir (Minuchin,1974). Psikoterapinin şimdi ve buraya odaklanması fikrine destek vermiştir ve bu düşünceden hareketle ailenin şimdiki işlevselliği üzerinde durmaktadır (Liddle, Dakof, Parker, Diamond, Barrett & Tejada, 2001). Aile terapisinin en büyük amaçları arasında problem oluşturan davranışın azaltılması, fertlerin etkileşimi, problem analizi, sorunlarla mücadele etme yeteneğinin geliştirilmesi, aile fertlerinin kişisel

gelişimleri ve bu tür paternlerin kişinin ruhsal durumundan ne derece etkilendiğini sezgilemekle beraber farkında olma durumunun oranı değiştirmektir (Blum, Resnick, Nelson & Germaine, 1991).

Aile ve çift problemleri depresyon esnasında sıklıkla gözlenmektedir. Bu tür ruhsal problemler aile veya çift terapisinden faydalanılarak teşhis edilmelidir. Aile içindeki fenomenler, çökkün bir ruh halinin oluşmasında ve süregelenleşmesinde aktif rol oynayabilmektedir (Shulman & Scharf, 2000). Diğer bir açıdan depresif ruh halinin de önceden karşılaşılmamış aile içi problemlere sebep olabileceğini söylemekte fayda vardır. Depresif ruh haline sahip kişiler aile işlevselliğinin çeşitli kısımlarında problemler ile karşılaşmaktadır bu sebeple de ailenin analizine yönelik bir tutum benimseyen aile terapisi uygun görülmektedir. Aile terapisinin yanında bireysel terapi ve ilaç tedavisinin de mümkün olduğu durumlar vardır (Gavazzi, Anderson & Sabatelli, 1993).

Ailede çökkün ruh haline sahip anne ve babanın sorumluluklarını yerine getirmesi katabilmektedir. Bu tür ailelerde gerilim oldukça fazladır ve çatışmalar eksik olmaz. Epstein ve arkadaşlarına göre ruhsal olarak sağlıklı bir aile, problemlerinin farkında olan ve bunları çözümlenebilmek için çaba sarf eden, hisleri önemseyen, tüm fertlerin rollerini bildiği ve uyguladığı, bununla beraber iletişimleri net olan gruplardır.

Aile veya çift terapisinin uygulanmasında kullanılan çeşitli yaklaşımlar mevcuttur. Psikoeğitsel yaklaşım danışanların problemle ilgili negatif düşüncelerini değiştirerek bunlarla nasıl mücadele edeceklerini öğretmektedir (Goldenberg, H., & Goldenberg, 2012). Davranışsal yaklaşım öğrenme esaslıdır, edimsel koşullamayı temel alarak anne-baba ve çocuğun bağı önem arz etmektedir. Nesne ilişkilerinin temel alındığı aile terapisinde ise analitik yaklaşımdan faydalanılmaktadır. Yapısal aile terapisinde problemlerin sebebinin yanlış olan aile yapısının meydana getirdiği neticelerden oluştuğu fikri yaygındır (Gavazzi, Anderson & Sabatelli, 1993).

2.6.6 Hümanistik Yaklaşım ve Depresyon

Hümanistik terapi, depresyon tedavisinde kullanılan bir yaklaşımdır. Danışanı yargılamayan, danışan merkezli ve empatinin önceliğine yer verilen bir terapi yöntemidir (Ellis, 1973). Hümanist yaklaşımı benimseyen terapiler, Gestalt Terapi Varoluşçu Terapi, Kişi Merkezli Terapi ve Transaksiyonel Analiz olarak sayılabilmektedir. Hümanistik yaklaşıma göre birey çok önemli ve değerlidir. Bu sebeple ne şekilde bir yaşam süreceğinin kararını kendisi vermelidir. Verilen bu özgür karar birtakım sorumlulukları beraberinde getirdiğinden, bu sorumlulukların da farkında olmalıdır. Hümanistik psikoterapi şimdi ve buradayı esas almaktadır. Danışanın terapi esnasındaki davranışlarının oldukça önemli olduğunu savunmaktadır. Bu nedenle Perls'e göre terapinin yöntemi değil ilişki önemlidir (Shaffer, 1978).

Bilindiği üzere depresyon klinik bir hal aldığı zaman ciddi sonuçlar doğabilecek bir tablo oluşmaktadır. Bu tablo her ne kadar istenmese de ölümle sonuçlanabilmektedir (Öveç, 2007).

Terapistlerin 'Ben intihar edeceğim, kendimi öldüreceğim.' şeklinde ifadelerde bulunan danışanı ciddiye almaları gerekmektedir. Ne kadar tedbir alınırsa alınsın, gerçekten intihar düşüncesi olan bir danışanı engellemek mümkün değildir. Terapistin danışana intihar gibi bir düşüncesi varsa bunu yapmayı tercih etmemesini. kendisiyle paylaşması gerektiğini ve o an yardım edebileceğini söylemesi gerekmektedir. Terapistin tecrübesi ölçü birimi olarak kabul edilemeyen intihar girişimlerini tahmin edebilmek oldukça zordur. Bunu anlamanın en sağlam yolu danışanın paylaşımlarından yola çıkmak olacaktır (Demir, Göğüş & Savaşır, 2000).

2.6.7 İntihar ve Depresyon

Majör depresif bozukluğa sahip bir danışan kendisini şartlar ne olursa olsun seven ve kabul eden bir anneye ihtiyaç duymaktadır. Kimi durumlarda terapist danışanın bu ihtiyacını gidermeye çalışır, telefon ile irtibatını güçlendirir, yanlış olduğunu bildiği halde seansların sayısını arttırır hatta cinsel birliktelikte bile bulunabilir (Özkan, 2001).

Tüm bu tutumlar danışanın 'Hayata devam etmemden diğer bireyler mesul.' fikrine kapılmasına yardımcı olmaktan başka bir işe yaramamaktadır. Danışanın isteklerini koşulsuz karşılayan terapist, onun anneye olan inancında yükselmelere sebebiyet verir. Bu durum bir süre devam edeceğinden danışanın intihar riski artmaktadır. Anne rolünü kabul eden ve uygulayan terapistler ise danışanlarına kendilerinden başka bu duyguları verebilecek kimse olmadığına kendilerini inandırır (Arkar, 2010).

Bu şekilde danışanın intihar riskini ortadan kaldıracabileceklerine inanırlar. Aslında bu durumda danışanın vermek istediği mesaj, terapistin yaptıklarının kendisi için yetersiz olduğudur. Terapistin asıl amacı intihar düşüncelerinin temelini anlamak olmalıdır (Aydın, 1989).

Aktarımla ilintili düş kırıklıklarının terapinin başlarında çözümlenmesi doğru olacaktır. Kimi terapistler danışana intihar niyeti kesin ise kendisine engel olamayacağını söyler fakat intiharı tek çıkış yolu olarak görmesinin sebebini irdeler. Bu durum terapötik ilişkinin sağlamlaşması bakımında önem arz edebilir (Taycan, Kutlu, Çimen & Aydın, 2006).

İntihara meyilli danışanlar ile yapılan terapide, terapist kendi yetkilerini belirlemelidir. Çalışmalar psikiyatristlerin ve psikologların yoğun bir mesuliyet duygusu ile dolu olduğunu göstermektedir. Terapist, kontrol altında tutamadığı durumlar için kendisini suçlamamalı ve bazı danışanların ölümcül psikolojik problemlere sahip olabileceği fikrini aklının bir köşesinde tutmalıdır (Çuhadaroğlu, 1993).

Danışanlar intihar düşündükleri zamanlarda terapistleriyle bu isteklerinin amacını ortaya çıkarmak için çalışma yapma hükümünü kabul edip, bu mesuliyeti göz önünde bulundurmalarıdır. Yoğun bir psikoterapi programı ile 2 ila 4 ay arasında birey sağlıklı bir ruh haline sahip olabilmektedir. Depresyonun şiddetinin hafif olduğu durumlarda yalnızca psikoterapi uygulamak mümkündür ancak majör depresyonda sıkı bir tedavi programı oluşturmak gerekmektedir. İlaç tedavisi bireysel terapi ile güçlendirilmeli bunun yanında gerek görülürse EKT'de kullanılabilir (Akbağ, Saymer, & Sözen, 2005).

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1 Araştırma Modeli

Araştırma modeli, üniversite öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek ile yalnızlık ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile yapılmıştır. Bu haliyle tarama modeli bir araştırma modeli baz alınmıştır.

3.2 Çalışmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul ili Üsküdar, Taksim, Bostancı, Kadıköy ilçelerinde Eylül-2017-Ekim-2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Genellenmek istenen evrenin içerisinde planlanmış rastlantısallık ile 228 çalışma grubu oluşturularak uygulama yapılmıştır.

3.3 Çalışmanın Evreni ve Örnekleme

Çalışmanın evreni, İstanbul ili Üsküdar, Taksim, Bostancı, Kadıköy ilçelerinde Eylül-2017-Ekim-2017 tarihleri arasında yapılmak üzere hazırlanacak olup planlanmış rastlantısallık ile 228 çalışma grubu oluşturularak uygulama yapılmıştır.

Örnekleme oluşturan İstanbul'da bulunan üniversitelerin çevrelerinden ve üniversiteler aracılığı ile ulaşılarak veriler toplanmıştır. Bu süreçte yüz yüze şekli ile görüşmeler yapılmış anketler uygulanmıştır.

3.4 Veri toplama Araçları

3.4.1 Sosyo-demografik Bilgi Formu

Sosyodemografik veri formunun kullanım amacı uygulanan anketlere katkı sağlayan bireyler hakkında detaylı bilgi edinmektir. Anket ve belirli formları pekiştirmek, istenilen verileri tamamlamak üzere sorular oluşturulmuştur. Yaş, cinsiyet, eğitim gibi bilgilere bu şekilde ulaşılmaktadır.

3.4.2 Ucla Yalnızlık Ölçeği

(UCLA) Yalnızlık Ölçeği orijinal olarak 1978 yılında geliştirilmiştir. Russel, Peplau ve Ferguson tarafından hazırlanan bu ölçek ve Demir (1989)'de Türkçeye standardize edilmiştir. Yalnızlık ölçeğinde 10 adet ters yönde kodlanmış madde ile toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Dörtlü Likert tipi ölçek şeklinde hazırlanmıştır. Maddeler hiç yaşamam: 4, nadiren yaşarım: 3, bazen yaşarım:2 , sık sık yaşarım: 1 şeklinde. Olumsuz maddeler ise, hiç yaşamam:1, nadiren yaşarım: 2, bazen yaşarım: 3, sık sık yaşarım: 4 şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten en fazla 80 en az 20 puan alınabilmektedir. Alınan puan artıka yalnızlık düzeyide artmaktadır.

3.4.3 Beck Depresyon Ölçeği

Beck, Rush ve Emery (1979) tarafından, depresyonda görülen, duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtilerin derecesini belirlemek amacıyla geliştirilen 21 kategoriden oluşan bir ölçektir. Türkçe uyarlaması Hisli tarafından 1988 yılında yapılmıştır. Her kategori 4 kendini değerlendirme maddesi ile oluşmakla birlikte her maddeden 0-3 arasında bir puan alınabilir. Alınabilecek en yüksek puan ise 63'tür. Puanın yüksekliği depresyonun yüksekliğinde belirlemektedir. Türkçe uyarlaması Hisli tarafından yapılmıştır. Belirlenen 21 kategori şu şekildedir; duygudurum, karamsarlık, başarısızlık, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, kendinden hoşnutsuzluk, kendini suçlama, intihar istekleri, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal geri çekilme, kararsızlık, beden imgesinin çarpıtılması, çalışmanın ketlenmesi, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, bedensel yakınmalar, cinsel dürtü kaybı, cezalandırılma hissi (Sönmez,2015).

3.4.4 Beck Anksiyete Ölçeği

Kendini değerlendirme ölçeğidir ve anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmek amaçlı 1988 yılında Beck, Epstein ve Steer tarafından bulunmuş olan bu ölçek likert tipte 21 maddeden oluşur. Her madde 0-23 arasında bir puan alır. Genel puan durumu 0-63 arasında

değişiklik gösterir.Puanın yüksekliği anksiyetenin de yüksekliğini gösterir. Türkçe uyarlaması Şahin ve Erkmen tarafından yapılmıştır.

3.4.5 Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aile ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek ölçeği iki adet alt ölçekten oluşmaktadır.Bunlar, Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (SSQ-Fr) ve Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeğidir.Ölçek; Güngör (1996) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçekteki 12 soru maddesi Sorias'tan (1998-1989), 13 maddesi Sarason ve arkadaşlarından (1987), 15 maddesi ise Levin ve Stokes'tan (1986), madde 17 ise Pierceve Sarason'un (1991) sosyal destek ölçeklerinden alınmıştır. Ölçeğin bazı maddeleride Güngör (1996) tarafından oluşturulmuştur. Ölçekler arasında .93 ve .83 değerinde korelasyon bulunmuştur. Dolayısıyla ölçeğin güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Bu ölçeğin kullanılmasıyla öğrencilerin arkadaş ve aileden algıladıkları destek düzeyleri ölçülmüştür. Her bir alt ölçekte 47 madde vardır. Alt ölçekteki sorular anlam içeriği bakımından aynıdır. 47 maddeden her biri hem aile için hem de arkadaşlar için ayrı ayrı sorulmuştur. Cevaplarda eğilimli yanıtlamayı engellemek için maddelerden 11'i olumsuzlaştırılarak sorulmuştur. Ölçeğin derecelendirilmesi likert tipidir. Maddeler; Hiç Doğru Değil=1, Doğru Değil=2, Kısmen=3, Doğru=4, Çok Doğru=5 puan olarak değerlendirilmektedir. Olumsuzlaştırılan maddelerde puanlama tersten yapılmaktadır. Puanların yüksek olması sosyal destek algısının yüksek olduğunu göstermektedir.

3.5 Örneklem SayılarınınBelirlenmesi

Genellenmek istenen örneklem grubu % %95 güven düzeyi dahil edilip hesaplanarak gerekli katılımcı sayısı sayısı 228kişi olarak belirlenmiştir. İstanbul'un ilçelerinde Eylül-2017-Ekim-2017 tarihleri hafta içi günlerde uygulanmıştır.

3.6 VerilerinDeğerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS (Statistical Package For Social Sciences) paket programı ile yapılmıştır. Verilerin analizinde, tek örneklem t

testi ve Korelasyon analizi testlerinden yararlanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında ve %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.



BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan ‘Üniversite Öğrencilerinde Algıladıkları Sosyal Destek İle Yalnızlık Ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’’ ile ilgili ve araştırmacının sosyo-demografik formun bilgilerine yer verilmiştir.

Tablo 4.1: Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Cinsiyet Değişkenine İlişkin Dağılımı (N=228)

<i>Cinsiyetiniz Nedir</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Kadın	95	41,7
Erkek	133	58,3
Toplam	228	

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi; araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin 133 (%58,3) erkek, 95 (%41,7)’si ise kadın katılımcılar tarafından oluşturulmaktadır.

Tablo 4.2: Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Yaş Değişkenine İlişkin Dağılımı (N=228)

<i>Yaşınız Nedir</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
18-20	148	64,9
21-25	69	30,3
26-30	11	4,8
Toplam	228	

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi; araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin 18- 20 yaşında olan öğrenci sayısı 148 (%64,9) 21-25 yaşında olan öğrenci sayısı 69 (%30,3) 26-30 yaşında olan öğrenci sayısı 11 (%4,8) öğrenciye uygulanmıştır.

Tablo 4.3: Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Eğitim Durumu Değişkenine İlişkin Dağılımı (N=228)

Eğitim Durumunuz

	<i>F</i>	<i>%</i>
Önlisans	150	65,8
Lisans	72	31,6
Yükseklisans	6	2,6
Toplam	228	

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi; araştırmaya katılan üniversite öğrencilerin eğitim durumu 150 (%65,8) Önlisans, 72 (% 31,6) Lisans, 6 (%2,6) Yüksek lisans eğitim düzeylerine sahiptir.

Tablo 4.4: Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Eğitim Aldığı Bölüm Değişkenine İlişkin Dağılımı (N=228)

Okuduğunuz Bölüm Nedir

	<i>F</i>	<i>%</i>
Sayısal Bilimler	13	5,7
Sözel Bilimler	96	42,1
Sağlık Bilimleri	119	52,2
Toplam	228	100

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi; araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin; 13 (% 5,7) Sayısal Bilimler, 96 (% 42,1) Sözel Bilimler,119 (% 52,2) Sağlık bilimleri bölümlerinde eğitimlerine devam etmektedir.

Tablo 4.5: Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Araştırma Sırasında Eğitim Aldığı Sınıf Değişkenine İlişkin Dağılımı (N=228)

<i>Sınıfınız Nedir?</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
1	95	41,7
2	114	50,0
3	6	2,6
4	13	5,7
Toplam	228	

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi; araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin; 1. Sınıfa devam eden 95 katılımcı (% 41,7) 2. Sınıfa devam eden 114 (% 50) 3. Sınıfa devam eden 6 (% 2,6) 4. Sınıfa devam eden 13 (% 5,7) kişi eğitimlerine devam etmektedir.

Tablo 4.6: Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Kiminle Veya Kimlerle Aynı Evi Paylaşma Durumu Değişkenine İlişkin Dağılımı (N=228)

<i>Kiminle yaşıyorsunuz?</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Ailenizle	175	76,8
Akrabalarınızla	2	0,9
Arkadaşlarınızla	36	15,8
Yalnız	15	6,6
Toplam	228	100,0

Tablo 4.6’de görüldüğü gibi; araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin evlerini kiminle paylaştıklarına ait değişkenin dağılımı; Ailenizle 175 (% 76,8) Akrabalar ile 2 (% 0,9) Arkadaşlar ile 36 (% 15,8) Yalnız 15 (% 6,6) şeklinde tespit edilmiştir.

Tablo 4.7: Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Anne Ve Babanın Yaşama Veya Birlikte Olma Durumu Değişkenine İlişkin Dağılımı (N=228)

Anne- Babanızın Durumu Nedir?

	<i>F</i>	<i>%</i>
İkisinde sağ ve birlikte	206	90,4
Anne sağ , baba yaşamıyor	9	3,9
Baba sağ ,anne yaşamıyor	2	0,9
Anne ve baba ayrı yaşamakta	11	4,8
Toplam	228	100

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi; araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin Anne Ve Babanın Yaşama Veya Birlikte Olma Durumu Değişkenine İlişkin Dağılımı; İkisinde sağ ve birlikte 206 (% 90,4) Anne sağ baba yaşamıyor 9 (% 3,9) Baba sağ anne yaşamıyor 2 (% 0,9) Anne baba ayrı 11 (% 4,8) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.8: Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Annelerine Ait Eğitim Durumu Değişkenine İlişkin Dağılımı (N=228)

Annenizin eğitim durumu nedir?

	<i>F</i>	<i>%</i>
Okur- Yazar değil	8	3,5
Okur-Yazar	17	7,5
İlköğretim	133	58,3
Lise	50	21,9
Üniversite	19	8,3
Üniversite ve üstü	1	0,4
Toplam	228	

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi; araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin Anneneğitim Değişkenine İlişkin Dağılımı ; Okur-yazar değil 8 (% 3,5) Okur-yazar 17 (% 7,5) İlköğretim 133 (% 58,3) Lise 50 (% 21,9) Üniversite 19 (% 8,3) Yüksek Lisans ve üstü 1 (% 0,4) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.9: Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Babalarına Ait Eğitim Durumu Değişkenine İlişkin Dağılımı (N=228)

Babanızın eğitim durumunu belirtiniz?

	<i>F</i>	<i>%</i>
Okur-Yazar değil	5	2,2
Okur-Yazar	6	2,6
İlköğretim	102	44,7
Lise	75	32,9
Üniversite	35	15,4
Üniversite ve üstü	5	2,2
Toplam	228	

Tablo 4.9’da görüldüğü gibi; araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin Babanın Eğitim Değişkenine İlişkin Dağılımı ; Okur-yazar değil 5 (% 2,2) Okur-yazar 6 (% 2,6) İlköğretim 102 (% 44,7) Lise 75 (% 32,9) Üniversite 35 (% 15,4) Yüksek Lisans ve üstü 5 (% 2,2) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.10: Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Babaların Çalışıyor Olmak Veya Çalışmıyor Olmak Değişkenine İlişkin Dağılımı (N=228)

Babanızın mesleki durumu nedir?

	<i>F</i>	<i>%</i>
Çalışıyor	188	82,5
Çalışmıyor	40	17,5
Toplam	228	

Tablo 4.10’da görüldüğü gibi; araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin Babanın Çalışma Değişkenine İlişkin Dağılımı ; Çalışıyor 188 (% 82,5) Çalışmıyor 40 (% 17,5) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.11: Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Aile Gelir Algısı Değişkenine İlişkin Dağılımı (N=228)

<i>Ailenizin maddi gelir düzeyi nedir</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Düşük gelir düzeyi	20	8,8
Orta gelir düzeyi	197	86,4
Yüksek gelir düzeyi	11	4,8
Toplam	228	

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi; araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin Aile Maddi Gelir Algısına İlişkin Dağılımı ;Düşük gelir düzeyi 20 (% 8,8) Orta gelir düzeyi 197(% 86,4) Yüksek gelir düzeyi 11 (% 4,8) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.12: Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Kardeş Sayısı Değişkenine İlişkin Dağılımı (N=228)

<i>Kaç kardeşsiniz?</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Tek çocuğum	14	6,1
İki kardeşiz	109	47,8
Üç kardeşiz	58	25,4
Dört kardeşiz	30	13,2
Beş kardeşiz	7	3,1
Altı ve yukarı kardeşiz	10	4,4
Toplam	228	

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi; araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin Kardeş Sayısı Değişkenine İlişkin Dağılımı ; Tek çocuğum 14 (% 6,1) İki kardeşiz 109 (% 47,8) Üç kardeşiz 58 (% 25,4) Dört kardeşiz 30 (% 13,2) Beş kardeşiz 7 (% 3,1) Altı ve üstü kardeşiz 10 (% 4.4) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.13: Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Kardeş Sıralamasındaki Yeri Değişkenine İlişkin Dağılımı (N=228)

Ailede kaçınıcı çocuksunuz?

	<i>F</i>	<i>%</i>
1.	103	45,2
2.	76	33,3
3.	33	14,5
4.	8	3,5
5.	3	1,3
6	3	1,3
8	2	0,9
Toplam	228	

Tablo 4.13’de görüldüğü gibi; araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin kardeş sıralamasındaki konumu; 1’inci olan katılımcılar (% 45,2) 2’inci olan 76 (% 33,3) 3’üncü olan 33 (% 14,5) 4’üncü olan 8 (% 3,5), 5’inci ve 6’inci olan 3’er katılımcı (%1,3) 8’inci olan ise 2 (%0,9) tespit edilmiştir.

Tablo 4.14: Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Beck Depresyon Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Dağılımı (N=228)

Beck Depresyon Envanteri

	<i>F</i>	<i>%</i>
Normal	83	36,4
Hafif Düzeyde Depresyon	98	43,0
Orta Düzeyde Depresyon	33	14,5
Şiddetli Düzeyde Depresyon	14	6,1
Toplam	228	

Tablo 4.14’de görüldüğü gibi; araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin Beck Depresyon Ölçeği Sonuçları; Hafif seviyede depresyon düzeyine sahip 83 (% 36,4) Orta

şiddette depresyon düzeyine sahip 98 (% 43) Şiddetli düzeyde depresyona sahip 14 (% 6,1) ve depresyon eşiğinin altında 83 (% 36,4) kişi tespit edilmiştir.

Tablo 4.15: Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerin Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Dağılımı (N=228)

<i>Beck Anksiyete Ölçeği</i>		
	<i>F</i>	<i>%</i>
Normal	102	44,7
Hafif Düzeyde Anksiyete	55	24,1
Orta Düzeyde Anksiyete	38	16,7
Şiddetli Düzeyde Anksiyete	31	13,6
Kayıp Data	2	0,9
Toplam	228	

Tablo 4.15’de görüldüğü gibi; araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçları; Hafif seviyede anksiyete düzeyine sahip 55 (% 24,1) Orta şiddette anksiyete düzeyine sahip 38 (% 16,7) Şiddetli düzeyde anksiyete sahip 31 (% 13,6) ve depresyon eşiğinin altında 102 (% 44,7) kişi tespit edilmiştir.

Tablo 4.16: Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerinin Yalnızlık ve Depresyon Ölçeği Korelasyonel Sonuçlarına İlişkin Dağılımı (N=228)

<i>Correlations</i>			
		<i>Yalnızlık</i>	<i>Depresyon</i>
<i>Yalnızlık</i>	Pearson Korelasyon	1	0,327
	Sig. 2		0,000
	N	226	226
<i>Depresyon</i>	Pearson Correlation	0,327**	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	N	226	228

**** ,001 düzeyinde anlamlıdır.**

Tablo 4,16’da görüldüğü gibi; Yapılan normallik testleri ve kullanılan korelasyonel yöntemin bulguları ışığında; yalnızlık ve depresyon arasında çift yönlü pozitif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir.(p<0,05)

Tablo 4.17: Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerinin Yalnızlık ve Anksiyete Ölçeği Korelasyonel Sonuçlarına İlişkin Dağılımı (N=228)

		<i>Yalnızlık</i>	<i>Anksiyete</i>
<i>Yalnızlık</i>	Pearson Korelasyon	1	0,312
	Sig. 2		0,000
	N	226	225
<i>Anksiyete</i>	Pearson Korelasyon	0,312	1
	Sig. 2	0,000	
	N	225	227

**** ,001 düzeyinde anlamlıdır.**

Tablo 4,17'da görüldüğü gibi; yapılan normallik testleri ve sonucu ve kullanılan korelasyonel yöntemin bulguları ışığında; yalnızlık ve anksiyete arasında çift yönlü pozitif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir.(p<0,05)

Tablo 4.18: Araştırmaya Dahil Üniversite Öğrencilerinin Yalnızlık Ve Aileden Algılanan Sosyal Destek İle Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Değişkenlerinin Korelasyonel Sonuçlarına İlişkin Dağılımı (N=228)

		<i>Yalnızlık</i>	<i>Aile Sosyal Destek</i>	<i>Arkadaş Sosyal Destek</i>
<i>Yalnızlık</i>	Pearson Korelasyon	1	0,317**	0,463
	Sig. 2		0,000	0,000
	N	226	226	226
<i>Aile Sosyal Destek</i>	Pearson Korelasyon	0,317	1	0,572
	Sig. 2	0,000		0,000
	N	226	228	228
<i>Arkadaş Sosyal Destek</i>	Pearson Korelasyon	0,463	0,572	1
	Sig. 2	0,000	0,000	
	N	226	228	228

**** ,001 düzeyinde anlamlıdır.**

Tablo 4,18'de görüldüğü gibi; yapılan normallik testleri ve sonucu ve kullanılan korelasyonel yöntemin bulguları ışığında; yalnızlık ve aileden algılanan sosyal destek ile arkadaştan algılanan sosyal destek arasında pozitif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir.($p<0,05$)



BÖLÜM V

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç ve Tartışma

Bu bölümde yalnızlık, depresyon, sosyal destek ve demografik bilgi formunda sorulup alınan bilgilere, yapılan diğer araştırmalara, demografik formdan alınan bilgilerin yorumlanmasına ve araştırmanın amacı doğrultusunda kuramsal boyutta incelemeye ve tartışmaya verilmiştir.

- a) Yapılan normallik testleri ve kullanılan korelasyonel yöntemin bulguları ışığında; yalnızlık ve depresyon arasında çift yönlü pozitif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir.($p < 0,05$) Özdel tarafından 2002 yılında yapılan çalışmaya göre “Üniversite öğrencilerinde depresyon sık rastlanan bir bozukluk olup üretime ve yaşam kalitesine olumsuz etkileri nedeniyle toplumsal sağlık sorunu olarak görülmektedir. Çalışmada öğrencilerin sosyodemografik durumları ve sorun alanlarıyla depresif belirtilerin ilişkisi araştırılmıştır. Araştırma grubu tabakalı rastgele örneklem yoluyla fakültelere ve sınıflara göre orantılı olarak alınmışlardır. Çalışmaya katılan 504 öğrencinin 296’sı erkek, 208’i kadındır. Veriler anket yöntemiyle toplanmış, depresyon düzeyini saptamak için Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Depresif belirtiler ile ailelerin üniversite masraflarını karşılama gücü, ders başarısı, fakülte ve sınıf düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Öğrenciler, sosyal yaşam ve tesis eksikliğini, eğitim sisteminin ve kalitesinin yetersizliğini, ekonomik sıkıntılarını sorun alanları olarak belirtmişlerdir. Ekonomik ve arkadaşlar arası problemlerle depresif belirtiler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.” Bir başka çalışma Karaoğlu, Avşaroğlu ve Deniz tarafından 2009 yılında yapılmıştır; “İnsanlar yaratılış itibarıyla sosyal varlıklardır. Kişiler arası pozitif ve özel ilişkiler kurmaya ve sürdürmeye çalışırlar. Yalnızlık, kişinin duygu durumunu, sosyal becerilerini ve sosyalleşmesini etkileyebilir. Akıl sağlığı problemlerinin yanı sıra yalnızlığın beden sağlığı üzerine de belirgin negatif etkisi vardır. Yaklaşık olarak insanların % 15-30’u bir yalnızlık duygusunu

deneyimlemektedir. Bu çalışmanın amacı bir grup üniversite öğrencisinde yalnızlık duygusu ile cinsiyet, yaş ve bazı sosyo-demografik verilerin arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. Hastalık dışı bir nedenle sağlık merkezine başvurup çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere genel yalnızlık duygusu ölçeği olan R-UCLA ölçeği uygulandı. Bağımsız değişkenler bu ölçeğe ilave edilen sorularla toplandı. Ki-kare, Korelasyon, T-testi ve Tukey analizi kullanıldı. Çalışmaya katılan 446 öğrencinin (244 kız, 202 erkek) ortalama yaşı 20.84 ± 1.97 yılıdır. Yalnızlık prevalansı %43.3 olarak saptandı. Erkek öğrencilerin yalnızlık düzeyleri kızlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p < 0.05$). Diğer sosyo-demografik değişkenler yalnızlık düzeyi üzerine etkili bulunmadığı halde ($p > 0.05$) yaşadığı çevreden memnun olma durumu yalnızlık düzeyini olumlu yönde etkilemekteydi ($p < 0.05$).” akademik başarı ile olan ilişkisinin ölçülmesini merkeze alan “ Bu çalışmada yalnızlık, sınav kaygısı, aile, arkadaş ve öğretmen desteği değişkenlerinin akademik başarıyı ne denli yordadığı incelenmiştir. Araştırma kapsamına lise ikinci sınıfta okuyan 280 kız 265 erkek olmak üzere toplam 545 öğrenci alınmıştır. Öğrencilerin Matematik, Türkçe, Fizik, Kimya ve Biyoloji derslerinden aldıkları 1998-1999 öğretim yarıyılı karne not ortalamaları, akademik başarılarının ölçütü olarak alınmıştır. Öğrencilerin yalnızlık düzeyleri UC LA Yalnızlık Ölçeği, sınav kaygısı SKE ile; aile, arkadaş ve öğretmen desteği ise ASDÖ-Öğrenci Formu ile ölçülmüştür. Veriler Regresyon tekniği ile analiz edilmiştir. Bulgulara göre, öğretmen desteği, aile desteği, yalnızlık ve sınav kaygısı değişkenleri akademik başarıyı manidar olarak yordamakta, arkadaş desteği ise yordamamaktadır. Bulgular literatür ışığında tartışılmış ve bazı öneriler sunulmuştur.”

- b)** Yapılan normallik testleri ve sonucu ve kullanılan korelasyonel yöntemin bulguları ışığında; Yalnızlık ve anksiyete arasında çift yönlü pozitif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. ($p < 0,05$) Buluş tarafından 2013 yılında yapılan çalışmaya göre “Bu araştırma Pamukkale Üniversitesi öğrencilerinde yalnızlık düzeyini ölçmek (UCLA Yalnızlık Ölçeği kullanılarak) bunun bölüm, sınıf, cinsiyet, barınma türü, öğrencinin geldiği yerleşim birimi ve sosyal ilişkilerinden aldığı, doyum düzeyi ile

ilişkinin saptamak amacıyla yapılmıştır. Bu doğrultuda elde edilen UCLA Yalnızlık Ölçeği puanları ile yukarıdaki değişkenlere ait bilgiler analiz edilmiştir. Araştırmaya seçkisiz örnekleme yöntemi kullanılarak, dört fakültenin farklı bölümlerinden 270'i kız, 212'si erkek olmak üzere 482 öğrenci katılmıştır. Sonuçlar örneklemin %15.5 'inde yüksek düzeyde yalnızlık yaşandığını ve sosyal bilimlerde öğrenim gören öğrencilerin yalnızlık düzeyinin fen ve teknik bilim/erdekilerden daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ayrıca, yalnızlığın birinci sınıftan son sınıfa doğru düştüğü ve sosyal ilişkilerinden az doyum aldığını belirten öğrencilerde daha yüksek olduğu da bulgulanmıştır. Fakat yalnızlık ile barınma türü, cinsiyet ve gelinen yerleşim birimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.” Yalnızlık sosyal destek ve depresyon değişkenleri arasında yapılan bir başka çalışma “ Bu araştırmada üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyleri ile otomatik düşünceleri arasındaki ilişki bazı sosyo-demografik değişkenlere (cinsiyet, yaş, sosyo-ekonomik durum v.b.) göre incelenmiştir. Araştırmada öğrencilerin yalnızlık düzeyleri ile otomatik düşünceleri arasında ilişki olup olmadığı ve yalnızlık ve otomatik düşüncelerin bazı sosyo demografik değişkenlere göre anlamlı düzeyde ($p < .05$, $p < .01$) farklılaşıp, farklılaşmadığını bulmak amaçlanmıştır. İlişkisel tarama modeline uygun olarak hazırlanan araştırmada, evreni İzmir ilinde bulunan, psikolojik destek alan ve almayan üniversite öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırmada araştırmacının çalışmakta olduğu İzmir ilinde bulunan Özel Nöron Psikiyatri Dal Merkezi'ne Aralık 2011 tarihinden itibaren bir yıllık süre içinde başvuran 150 üniversite öğrencisi ile Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan ve psikolojik destek almadığı belirlenen 150 öğrenciye ulaşılmıştır. Araştırmanın örneklem grubu rastsal olmayan seçkisiz amaçlı örneklem yöntemi kullanılarak tespit edilmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak; öğrencilerin yalnızlık düzeylerini ölçmek için UCLA Yalnızlık Ölçeği ve öğrencilerin otomatik düşüncelerini ölçmek için Otomatik Düşünceler Ölçeği kullanılmıştır. Demografik özelliklerin tespiti için ise araştırmacı tarafından oluşturulan Kişisel Bilgi Formu kullanmıştır. Sonuç olarak yapılan tüm literatür taraması ve uygulamalar sonucunda elde edilen veriler, SPSS istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiş, sonuçlar Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı tekniği, t-testi ve

varyans analizi ile incelenmiştir. Araştırma sonucunda; öğrencilerin yalnızlık düzeyinin medeni durum, anne babanın medeni durumu, ekonomik durumu, psikolojik destek almakta olduğu ve aile tutumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Otomatik düşüncelerin ise; yaş, anne babanın medeni durumu, barınma türü, psikolojik destek almakta olduğu ve aile tutumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir.” Bir diğer çalışma Ceyhan tarafından 2011 yılında yapılmıştır; “Araştırma, üniversite psikolojik danışma merkezine başvuran öğrencilerin yalnızlık ve depresyon düzeylerini incelemektedir. Araştırmanın katılımcıları üniversite psikolojik danışma merkezine başvuran 550 öğrenciden oluşmuştur. Araştırma bulguları, psikolojik danışma merkezine başvuran öğrencilerin genel olarak yalnızlık düzeyinin orta düzeyde ve depresyon düzeyi ortalamalarının ise yüksek düzeyde olduğunu işaret etmiştir. Ayrıca, çalışmada erkek öğrencilerin kız öğrencilerden anlamlı bir biçimde daha yüksek yalnızlık ve depresyon düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Sınıf düzeyi açısından ise birinci sınıf öğrencilerin diğer sınıf düzeyi (ikinci, üçüncü ve dördüncü) öğrencilerinin tümünden anlamlı biçimde daha yüksek yalnızlık ve depresyon düzeyine sahip olduğu da ortaya çıkmıştır. Yine, öğrencilerin yalnızlık ve depresyon düzeyleri arasında orta düzeyde önemli bir ilişki olduğu da bulunmuştur.

- c) Yapılan normallik testleri ve sonucu ve kullanılan korelasyonel yöntemin bulguları ışığında; Yalnızlık ve Aileden algılanan sosyal destek ile Arkadaştan algılanan sosyal destek arasında pozitif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir.($p < 0,05$) Erdinç tarafından 2008 de yapılan çalışmaya göre ; “Bu çalışmanın amacı, üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeylerini yordamada sosyal destek ve sosyal bağlılık değişkenlerinin rollerini araştırmaktır. Örneklem Pamukkale Üniversitesi'nin farklı bölümlerinde öğrenim gören 404 öğrenciyi (212 kadın, 192 erkek) kapsamaktadır. Analiz sonuçları; arkadaş desteği, aile desteği, özel insan desteği ve sosyal bağlılığın, yalnızlıkla olumsuz (negatif) ilişkili olduğunu göstermektedir. Öğrencilerin sosyal bağlılık, arkadaş desteği, aile desteği ve özel insan desteği arttıkça yalnızlık azalmaktadır. Bulgulara göre; arkadaş desteği, özel insan desteği ve sosyal bağlılık yalnızlığın önemli yordayıcıları olarak görünmektedir. Yine aynı bulgular, aile desteğinin yalnızlığı yordamadığını

göstermiştir. Sosyal bağlılık ve sosyal destek değişkenleri birlikte yalnızlık varyansının % 56'sini açıklayabilmektedirler. Bu değişkenlerin birleşik etkilerinin yalnızlık varyansına katkısıyla ilgili analiz sonuçları, sosyal bağlılık-arkadaş desteği birleşik etkisinin yalnızlığı yordamadığını göstermiştir. Sosyal bağlılık-aile desteği ve sosyal bağlılık-özel insan desteği birleşik etkilerinin ise, yalnızlığı yordamada önemli olduğu bulgulanmıştır. Aile desteği, özel insan desteği ve yalnızlık arasındaki negatif ilişki, düşük sosyal bağlılık rapor eden öğrencilerde daha güçlüdür. Analiz sonuçları ayrıca, öğrencilerin yalnızlık düzeyinin cinsiyete göre farklılaşmadığını ortaya koymuştur. Araştırmadan elde edilen bulgular alan yazınıyla ilişkisi içinde tartışılmış ve bazı önerilerde bulunulmuştur.” Çoban ve Karaman tarafından 2013 senesinde yapılan” bu çalışmanın amacı, üniversitede öğrencilerinin ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar, kaygı ve umutsuzluk düzeylerini belirlemek, yaş ve cinsiyet değişkenlerine göre ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar, kaygı ve umutsuzluk düzeylerinde fark olup olmadığını tespit etmektir. Bu çalışmaya 287'si (%78.6) kadın, 78'i (%21.4) erkek olmak üzere 365 üniversite öğrencisi katılmıştır. İlişkilerle ilgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği, Beck Anksiyete Envanteri ve Umutsuzluk Ölçeği kullanılarak veriler toplanmış ve SPSS ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde Betimsel istatistik (ortalama, standart sapma) ve Tek Yönlü Varyans Analiz (ANOVA) yöntemi kullanılmıştır. Yapılan analizler sonucunda kadın ve erkek üniversite öğrencilerinin 21-25 yaş aralığında ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmaları, kaygı ve umutsuzluk düzeylerinin diğer yaş gruplarına göre göreceli olarak yüksek olduğu görülmektedir. Kadın ve erkek öğrenciler arasında farklı yaş gruplarında ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar, kaygı ve umutsuzluk düzeylerine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç, üniversite öğrencilerinin ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalarının, kaygı ve umutsuzluk düzeyleri açısından farklılaşmadığı ve her iki cinsiyette de 21-25 yaş aralığında ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtma, kaygı ve umutsuzluk düzeyleri ortalamalarının göreceli olarak yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Elde edilen sonuçların literatür ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Bunun sebebi olarak, bu çalışmanın sağlıklı bireyler üzerinde yapılmış olması ve çalışma grubunun özel bir

okula devam eden üniversite öğrencilerinden oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.”



5.2. Öneriler

Araştırmanın bulgularının sonucunda öneriler;

- a) Bu araştırma İstanbul'da yapılmıştır. Bu araştırmanın güvenilirliği ve geçerliliği artırılması amacıyla farklı illerde farklı üniversitelerde yapılması araştırmanın yordayıcı kuvvetini arttıracaktır.
- b) Katılımcı grubunun evrenin daha iyi tespit ve temsil eden bir kesitten alınmasında araştırmanın varsayımsal gücünü kuvvetlendirecektir.
- c) Araştırma bulgularında ışığında yalnızlık ve depresyon arasında pozitif korelasyon yönlü bir ilişki olduğu bulgulanmıştır. Sadece bu durum özelinde bile üniversite öğrencilerinde depresyon gelişimi veya ortaya çıkışı ile ilgili parametreler ve değişkenler arasına yalnızlık olgusunu da koyarak düşünmek kavrayışı arttıracığına inanılmaktadır.
- d) Araştırma bulguları ışığında yalnızlık ve anksiyete arasında pozitif korelasyon yönlü bir ilişki olduğu bulgulanmıştır. Yalnızlık ve anksiyete arasındaki pozitif korelasyonu anlamlandırarak üniversite sırasında öncesinde veya sonrasında destekleyici oryantasyon hizmetleri ile uyum ve katılımı arttırmanın önemi anlaşılmalıdır.
- e) Algılanan sosyal destek ölçeği daha spesifik sosyal destek algısını ölçen bir testle değiştirilmesi de değişkenin açıklamalarına katkıda bulunacaktır.
- f) Araştırmanın genel bulgularının sonucunda yalnızlık sosyal destek algısı depresyon ve anksiyete arasında pozitif bir ilişki bulgulanmıştır. Bu değişkenler tek tek aralarında istatistiksel olarak incelenmenin yanı sıra toplu olarak da incelendiğinde bu ilişkinin aynı şekilde ve yöne sahip olduğu belirlenmiştir. Yapılacak hem tanımlayıcı hemde uygulayıcı çalışmalarda bu esaslarında etkileri düşünülmeli kurgulanılacak araştırma modellerinde bu değişkenleri de göz önünde bulundurmak istatistiksel doğruya yaklaştıracığı umulmaktadır.

KAYNAKÇA

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Ammaniti, M., Ercolani, A. P., & Tambelli, R. (1988). Loneliness in the female adolescent. *Journal of youth and adolescence, 18*(4), 321-329.

Anderson, C. A., Horowitz, L. M., & French, R. D. (1983). Attributional style of lonely depressed people. *Journal of Personality and Social Psychology, 45*(1), 127.

Anthony, E. J. (1975). *Depression and human existence*. Little Brown.

Anderson, C. A., & Harvey, R. J. (1988). Brief report: Discriminating between problems in living: An examination of measures of depression, loneliness, shyness, and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology, 6*(3-4), 482-491.

Annagür, B. B., & Tamam, L. (2011). Depresyon Hastalarında Dürtü Kontrol Bozuklukları Eş Tanıları. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi, 48*(1).

Aşkın, R. (1999). *Depresyon el kitabı*. Roche Müstahzarları San. A. Ş.

Akbağ, M., Sayiner, B., & Sözen, D. (2005). Üniversite öğrencilerinde stres düzeyi, denetim odağı ve depresyon düzeyi arasındaki ilişki üzerine bir inceleme.

Aksüllü, N., & Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 5*(2), 76-84.

Alper, Y. (1999). Bütün yönleriyle depresyon. *İstanbul: Gendaş Yayınları*.

Arkar, H. (2010). Depresif Duygudurum ile Kişilik Arasındaki İlişki: Beck Depresyon Envanteri ile Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Karşılaştırılması. In *Yeni Symposium* (Vol. 48, No. 2).

Aydın, B. (1989). Üniversite öğrencilerinin bir kesiminde çalışma alışkanlıkları ve tutumları ile depresyon seviyelerinin incelenmesi.

Bahar, A., Tutkun, H., & Sertbaş, G. (2005). Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(4), 227-239.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory Manual. The Psychological Corporation. *San Antonio, TX*.

Beck, A. T., Guth, D., Steer, R. A., & Ball, R. (1997). Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behaviour research and therapy*, 35(8), 785-791.

Brody, A. L., Saxena, S., Stoessel, P., Gillies, L. A., Fairbanks, L. A., Alborzian, S., ... & Ho, M. K. (2001). Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy: preliminary findings. *Archives of general psychiatry*, 58(7), 631-640.

Bozoglan, B., Demirer, V., & Sahin, I. (2013). Loneliness, self-esteem, and life satisfaction as predictors of Internet addiction: A cross-sectional study among Turkish university students. *Scandinavian journal of psychology*, 54(4), 313-319.

Brenner, C. (1991). A psychoanalytic perspective on depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39(1), 25-43.

Canan, F., & Ataoğlu, A. (2010). Anksiyete, depresyon ve problem çözme becerisi algısı üzerine düzenli sporun etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 11(38), 38-43.

Cam Celikel, F., & Erkorkmaz, U. (2008). Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler ve Umutsuzluk Düzeyleri ile İlişkili Etmenler. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 45(4).

Ceyhan, A. A., & Ceyhan, E. (2008). Loneliness, depression, and computer self-efficacy as predictors of problematic internet use. *CyberPsychology & Behavior*, 11(6), 699-701.

Ceylan, R., & Aral, N. (2004). Entegre eğitime katılan ve katılmayan engelli çocukların annelerinin depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. Doktora tezi (yayımlanmamış), Ankara Üniversitesi. *Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara*.

Cohen, S. E., & Syme, S. (1985). Social support and health. Academic Press.

Coyne, J. C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39(1), 28-40.

Cheng, H., & Furnham, A. (2002). Personality, peer relations, and self-confidence as predictors of happiness and loneliness. *Journal of Adolescence*, 25(3), 327-339.

Çeçen, A. R. (2007). Humor styles in predicting loneliness among Turkish university students. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 35(6), 835-844.

Çuhadaroğlu, F. (1993). Adolesanlarda depresyon ve anksiyetenin birlikte görülmesi: Gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4(3), 183-188.

Demir, B., Göğüş, A., & Savaşır, I. (2000). Depresyon hastalarında bilişsel işlevler. *Türk Psikiyatri Derg*, 11, 179-189.

Deniz, M., Hamarta, E., & Ari, R. (2005). An investigation of social skills and loneliness levels of university students with respect to their attachment styles in a sample of Turkish students. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 33(1), 19-32.

Dilbaz, N., & Seber, G. (1993). Umutsuzluk kavrami: Depresyon ve intiharda önemi. *Kriz Dergisi*, 1(3), 134-138.

Doğan, O., Doğan, S., Çorapçioğlu, A., & Çelik, G. (1994). Üniversite öğrencilerinde depresyon yaygınlığı ve bazı değişkenlerle ilişkisi. *CÜ Tıp Fak. Dergisi*, 16(2), 148-151.

Doksat, M. K. (2003). Evrimsel perspektiften depresyon ve sitokinler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 13, 97-108.

Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. Three Rivers Press.

Elkin, I. (1994). The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are.

Furr, S. R., Westefeld, J. S., McConnell, G. N., & Jenkins, J. M. (2001). Suicide and depression among college students: A decade later. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(1), 97.

Hale Jr, N. G. (1995). *The rise and crisis of psychoanalysis in the United States: Freud and the Americans, 1917–1985*. Oxford University Press.

Hamarta, E. (2004). *Üniversite öğrencilerinin yakın ilişkilerindeki bazı değişkenlerin (benlik saygısı, depresyon ve saplantılı düşünme) bağlanma stilleri açısından incelenmesi* (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Henggeler, S. W., Melton, G. B., & Smith, L. A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy: an effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(6), 953.

Huber, D., Henrich, G., Clarkin, J., & Klug, G. (2013). Psychoanalytic versus psychodynamic therapy for depression: A three-year follow-up study. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 76(2), 132-149.

Gavazzi, S. M., Anderson, S. A., & Sabatelli, R. M. (1993). Family differentiation, peer differentiation, and adolescent adjustment in a clinical sample. *Journal of Adolescent Research*, 8(2), 205-225.

Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2012). *Family therapy: An overview*. Cengage Learning.

Glass, G. V., Smith, M. L., & McGaw, B. (2011). *Meta-analysis in social research*. Sage Publications, Incorporated.

Grunberger, B. (1979). *Narcissism: psychoanalytic essays*. New York.

Göller, L. (2010). Ergenlerin akılcı olmayan inançları ile depresyon-umutsuzluk düzeyleri ve algıladıkları akademik başarıları arasındaki ilişkiler. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum*.

Gönül, A. S., & Akdeniz, F. (2002). Depresyon, nöroplastisite, nörogenesis ve nörotrofik faktörler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5, 51-56.

Gut, E. (1989). *Productive and unproductive depression: Success or failure of a vital process*. Basic Books.

Gür, A. (1996). Ergenlerde depresyon ve benlik saygısı arasındaki ilişki. *Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.*

Gürpınar, D., Erol, A., & Mete, L. (2007). Depresyon ve Nöroplastisite. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 17(2).*

Joiner, T. E. (2014). *The interpersonal, cognitive, and social nature of depression.* Routledge.

Kara, H., Sayar, K., & Saygılı, S. (1997). Kültürel psikiyatri açısından depresyon kavramı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 7, 42-51.*

Karakaya, I., Coşkun, A., & Ağaoğlu, B. (2006). Yüzücülerin depresyon, benlik saygısı ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7(3).*

Karakaya, I., Ağaoğlu, B., Coşkun, A., Şişmanlar, Ş. G., & Yıldız-Öc, Ö. (2004). Marmara depreminden üç buçuk yıl sonra ergenlerde TSSB, depresyon ve anksiyete belirtileri. *Türk Psikiyatri Dergisi, 15(4), 257-263.*

Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni, 45, 65-74.*

Kaya, B. (2007). Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. *Klinik Psikiyatri, 10(6), 11-20.*

Kelleci, M., Aydın, D., Sabancıoğulları, S., & Doğan, S. (2009). Hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri, 12, 90-8.*

Kesebir, S. (2004). Depresyon ve somatizasyon. *Klinik Psikiyatri, 1, 14-19.*

Kocataş, S., Güler, G., & Güler, N. (2004). yaş ve üzeri bireylerde depresyon yaygınlığı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1).

Kotan, Z., Sarandöl, A., Eker, S. S., & Akkaya, C. (2009). Depresyon, nöroplastisite ve nörotrofik faktörler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(1).

Köknel, Ö. (2005). *Depresyon: ruhsal çöküntü*. Altın Kitaplar Yayınevi.

Kim, J., LaRose, R., & Peng, W. (2009). Loneliness as the cause and the effect of problematic Internet use: The relationship between Internet use and psychological well-being. *CyberPsychology & Behavior*, 12(4), 451-455.

Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., & Tejada, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 27(4), 651-688.

Lundh, L. G. (2005). Mindfulness och kognitiv terapi. *Socialmedicinsk tidskrift*, 5, 393-402.

Mahon, N. E., Yarcheski, A., & Yarcheski, T. J. (1993). Health consequences of loneliness in adolescents. *Research in Nursing & Health*, 16(1), 23-31.

Maral, I., Aslan, S., İlhan, M. N., Yıldırım, A., Candansayar, S., & Bumin, M. A. (2001). Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(4), 251-259.

Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.

Moore, D., & Schultz, N. R. (1983). Loneliness at adolescence: Correlates, attributions, and coping. *Journal of Youth and Adolescence*, 12(2), 95-100. McWhirter, B. T. (1997).

Loneliness, Learned Resourcefulness, and Self-Esteem in College Students. *Journal of Counseling & Development*, 75(6), 460-469.

McIntyre, S. M., & Schwartz, R. C. (1998). Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 923-931.

Murphy, B., & Bates, G. W. (1997). Adult attachment style and vulnerability to depression. *Personality and Individual Differences*, 22(6), 835-844.

Mete, H. E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11, 3-18.

Mendelson, M. (1974). *Psychoanalytic concepts of depression*. Spectrum.

Milrod, D. (1988). A current view of the psychoanalytic theory of depression: With notes on the role of identification, orality, and anxiety. *The Psychoanalytic study of the child*, 43(1), 83-99.

Newman, R. S., & Hirt, M. (1983). The psychoanalytic theory of depression: Symptoms as a function of aggressive wishes and level of field articulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 92(1), 42.

Işık, E. (1991). *Duygulanım bozuklukları: Depresyon ve mani*. Boğaziçi.

Odacı, H., & Kalkan, M. (2010). Problematic Internet use, loneliness and dating anxiety among young adult university students. *Computers & Education*, 55(3), 1091-1097.

Oğuzhanoğlu, N. K. (2001). Tıbbi durumlar ve depresyon. *Duygudurum Bozuklukları Dizisi*, 1(3), 116-125.

Ozben, S. (2013). Social skills, life satisfaction, and loneliness in Turkish university students. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 41(2), 203-213.

Öveç, Ü. (2007). Öz duyarlılık ile öz bilinç, depresyon, anksiyete ve stres arasındaki ilişkilerin yapısal eşitlik modeliyle incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*.

Öy, B. (1995). Çocuk ve ergenlerde depresyon epidemiyolojisi ve risk etkenleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2(1), 40-42.

Özdel, L., Bostancı, M., Özdel, O., & Oğuzhanoglu, N. K. (2002). Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 155-161.

Özer, A. K. (1994). Öfke, kaygı ve depresyon eğilimlerinin bilişsel alt yapısıyla ilgili bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 2-35.

Özen, E. M., Serhadlı, A. N. Z., Türkcan, A. S., & Ülker, G. E. (2010). Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(1).

Özgüven, H. D., Soykan, Ç., Haran, S., & Gençöz, T. (2003). İntihar Girişiminde Depresyon ve Kaygı Belirtileri ile Problem Çözme Becerileri ve Algılanan Sosyal Desteğin Önemi. *Türk Psikoloji Dergisi*.

Özkan, S. (2001). Genel tıpta depresyon. *Hipokrat dergisi*, 10, 79-83.

Özodaşık, M. (1989). Yalnızlığın çeşitli değişkenlerle ilişkisi (atılganlık, durumluk sürekli kaygı, depresyon ve akademik başarı). *Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*. Perris, C. (2000). Personality-related disorders of

interpersonal behaviour: a developmental-constructivist cognitive psychotherapy approach to treatment based on attachment theory. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7(2), 97-117.

Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of family therapy*, 21(2), 119-144.

Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (1990). *Social support: An interactional view*. John Wiley & Sons.

Sirin, H. D. (2017). The predictive power of adult attachment patterns on interpersonal cognitive distortions of University Students. *Educational Research and Reviews*, 12(18), 906-914.

Şenol, S. (2005). Çocukluk ve ergenlik döneminde depresyon. B. Coşar

Skues, J. L., Williams, B., & Wise, L. (2012). The effects of personality traits, self-esteem, loneliness, and narcissism on Facebook use among university students. *Computers in Human Behavior*, 28(6), 2414-2419.

Shulman, S., & Scharf, M. (2000). Adolescent romantic behaviors and perceptions: Age- and gender-related differences, and links with family and peer relationships. *Journal of Research on Adolescence*, 10(1), 99-118.

Shaffer, J. B. (1978). *Humanistic psychology*. Pearson College Division.

Spitz, R. A. (1954). Infantile depression and the general adaptation syndrome--On the relation between physiologic model and psychoanalytic conceptualization. In *Annual meeting of the American Psychopathological Association, 42nd, Jun, 1952, New York, NY, US; Presented at the aforementioned meeting*. Grune & Stratton.

Solmaz, M., Sayar, K., Özer, Ö. A., Öztürk, M., & Acar, B. (2000). Sosyal fobi hastalarında aleksitimi, umutsuzluk ve depresyon: Kontrollü bir çalışma. *Klinik Psikiyatri*, 3(4), 235-241.

Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S., & Aydın, N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 100-108.

Taubner, S., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H., & Staun, L. (2011). The role of mentalization in the psychoanalytic treatment of chronic depression. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 74(1), 49-57.

Temel, E., Bahar, A., & Çuhadar, D. (2007). Öğrenci hemşirelerin stresle baş etme tarzları ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5), 107-118.

Toros, F., Tot, Ş., & Düzovalı, Ö. (2002). Kronik hastalığı olan çocuklar, anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, 5, 240-7.

Tuğrul, C. D. (2000). Stres ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası*, 4(1), 12-17.

Turner, R. J., Frankel, B. G., & Levin, D. M. (1983). Social support: Conceptualization, measurement, and implications for mental health. *Research in community & mental health*.

Türkçapar, H. (2009). Depresyon; Klinik uygulamalarda bilişsel davranışçı terapi. *Ankara: HYB Basım Yayın*.

Tütüncü, R., & Günay, H. (2011). Kronik ağrı, psikolojik etmenler ve depresyon. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(2).

Tüzün, D. Ü. (2005). Gençlik döneminde depresyon ve intihar. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi*, 53-58.

Yerlikaya, E. E. (2009). Üniversite öğrencilerinin mizah tarzları ile algılanan stres, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yayımlanmamış doktora tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.*

Yemez, B., & Alptekin, K. (1998). Depresyon etiyojisi. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 21-25.

Young, J. E. (1982). Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, 379-406.

Weiss, R. S. (1973). Loneliness: The experience of emotional and social isolation.

Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, research, and intervention*. Praeger publishers.

Vollmayr, B., & Gass, P. (2013). Learned helplessness: unique features and translational value of a cognitive depression model. *Cell and tissue research*, 354(1), 171-178.

Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 124(3), 333.

Wetzel, J. W. (1984). *Clinical handbook of depression*. Gardner Pr.

Wiseman, H., Gutfreund, D. G., & Lurie, I. (1995). Gender differences in loneliness and depression of university students seeking counselling. *British Journal of Guidance & Counselling*, 23(2), 231-243.

Zimmerman, M., & Coryell, W. H. (1990). DSM-3 Personality Disorder Dimensions. *The Journal of nervous and mental disease*, 178(11), 686-692.

Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 55(3-4), 610-617.



SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Cinsiyetiniz:

Kadın Erkek

2. Yaşınız:

3. Eğitim durumunuz:

Önlisans Lisans Yüksek lisans+

4. Okuduğunuz Bölüm:.....

5. Sınıfınız:

6. Kiminle Yaşıyorsunuz:

Ailenizle Akrabalarınızla Arkadaşlarınızla Yalnız

"Anne-Babanızın durumu uygunu

İkisi de sağ ve birlikte Anne sağ, baba yaşamıyor Baba sağ, anne yaşamıyor

İkisi de yaşamıyor Anne ve baba ayrı yaşamakta

8. Annenizin eğitim durumu belirtiniz:

Okur-Yazar değil Okur-Yazar İlköğretim Lise

Üniversite Üniversite ve üstü

9. Annenizin mesleki durumunu belirtiniz:

Çalışıyor Çalışmıyor

10. Babanızın eğitim durumunu belirtiniz:

Okur-Yazar değil Okur-Yazar İlköğretim Lise Üniversite

Üniversite ve üstü

11. Babanızın mesleki durumunu belirtiniz:

Çalışıyor Çalışmıyor

Aile Gelir Düzeyiniz aşağıdakilerden hangisidir?

Düşük gelir düzeyi Orta gelir düzeyi Yüksek gelir düzeyi

13. Kaç kardeşiniz?

Tek çocuğum İki kardeşiz Üç kardeşiz Dört kardeşiz Beş kardeşiz Altı ve yukarı kardeşiz

14.) Ailede Kaçınıcı çocuksunuz?

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

A)

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
2. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
3. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
4. kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

B)

1. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
2. Gelecek hakkında karamsarım.
3. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
4. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

C)

1. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
2. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
3. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
4. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

D)

1. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
2. . Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
3. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
4. Her şeyden sıkılıyorum.

E)

1. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
2. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
3. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
4. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

F)

1. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
2. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
3. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
4. Artık hiç karar veremiyorum.

G)

1. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
2. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
3. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
4. Kendimi çok çirkin buluyorum.

H)

1. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
2. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
3. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
4. Hiçbir şey yapamıyorum.

I)

1. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
2. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden I -2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
4. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

K)

1. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
2. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
3. Yaptığım her şey beni yoruyor.
4. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

L)

1. İştahım her zamanki gibi.
2. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
3. İştahım çok azaldı.
4. Artık hiç iştahım yok.

AİLEDEN ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda çoğu insanın ailesi ile olan ilişkilerinde yaşadıkları duyguları ifade eden cümleler vardır. Amacımız, her ifadenin size ne kadar uyduğunu öğrenmektir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyup duygularınızı en iyi yansıtan seçeneği işaretleyiniz. Vereceğiniz cevaplar için şimdiden teşekkür ederim.

	Çok Doğru	Doğru	Kısmen Doğru	Doğru Değil	Hiç Doğru Değil
1. Ailem gerektiğinde bana manen destek olur.					
2. İnsanları çoğu ailesine benim kendi aileme olduğumdan daha yakındır.					
3. Ailem düşüncelerimi duymaktan hoşlanır.					
4. Ailemin sevgi ve yakınlığına güvenirim.					
5. Ailem ve ben düşündüklerimizi birbirimize açıkça söyleriz.					
6. Ailem kişisel isteklerimi anlayışla karşılar.					
7. Sorunlarımı çözmeye ailemin yardımını görürüm.					
8. Ailemle pek çok şeyimi paylaşıyorum.					
9. Aileme sırlarımı açtığımda kendimi huzursuz hissederim.					
10. Ailemdeliklerin onların düşüncelerine ters gelen bir şey yaptığımda beni yargılayıp suçlamayacaklarını bilirim.					
11. Bir sorunun olduğunda aileme anlatmaktansa içime atmayı yeğlerim.					
12. Ailem sorunlarım olduğunda onları daha tarafsızca ve açık bir şekilde görmemi sağlar.					
13. Ailem beni iyi ve kötü yanlarımla olduğum gibi kabul eder.					
14. Nasıl davranacağım ya da ne yapacağım konusunda ailemin fertlerinden yararlı fikirler alırım.					
15. Ailemde en kişisel konularımı konuşabileceğim birileri var.					
16. Ailem tarafından sevilirim.					
17. Ailem kendimi sıkıntılı hissettiğim zamanda beni neşelendirmek için elinden geleni yapar.					
18. Ailemde önemli kararlar vermem gerektiğinde danışabileceğim birileri var.					
19. Ailemde her konuda bilgi alışverişinde bulunabilirim.					
20. Ailemde ben uzaktayken arkamda bıraktığım işleri halletmesini isteyebileceğim birileri var.					
21. Ailemdelikler önemli kararlar vermek durumunda kaldıklarında görüş ve tavsiyelerime önem verirler.					
22. Ailemde, acil bir durumda ödünç para isteyebileceğim kimse yok.					

23. Ailedekiler, ihtiyacım olduğunda, bana yardımcı olabilmek için zaman ve enerjilerini düşünmeden sarf ederler.					
24. Ailemde beceri gerektiren işlerde bana yardımcı olmalarını isteyebilirim.					
25. Ailem yetenek ve becerilerime hayranlık duyar.					
26. Ailemde, işlerin üstüme fazla bindiğini hissettiğimde sorumluluklarımın bir kısmını benim yerime seve seve yüklenecek birileri var.					
27. Ailem sağlığımla yakından ilgilenir.					
28. Ailem benimle gurur duyduğunu her fırsatta dile getirir.					
29. Ailedekiler benim gibi bir çocuğa sahip oldukları için şanslı olduklarını söylerler.					
30. Ailem zor anlarımda beni yalnız bırakmazlar.					
31. Daha farklı bir ailem olmasını isterdim.					
32. Ailem maddi desteğini benden esirgemez.					
33. Ailem kendimi geliştirmem için beni teşvik eder.					
34. Ailem doğum günlerimi hep hatırlayıp kutlar.					
35. Başka insanların aksine benim ailemle aramda yakın bir ilişki yok.					
36. Bir şeye ihtiyacım olduğunda ailemden hiç çekinmeden para isteyebilirim.					
37. Ailem beni her konuda destekler.					
38. Ailedekilerin, onların onaylamayacağı bir şey yaptığımda ve onların haklı olduğu anlaşıldıktan sonra bile bana sevgiyle kucak açacaklarını biliyorum.					
39. Aile olarak birbirimize çok bağlıyız.					
40. Ailem, benim sorunlarımla ilgilenmeyecek kadar meşguldür.					
41. Kendimi bir aileye aitmişim gibi hissetmiyorum.					
42. Her şeyin üzerime geldiğini hissettiğimde, ailem rahatlamam için ellerinden geleni yaparlar.					
43. Zorluklarla karşılaştığımda ailem başa çıkabilmem için bana her zaman güç verir.					
44. Ailemin yanında kendimi güvende hissederim.					
45. Ailedekilerin, işlerime fazlasıyla karıştıklarını düşünüyorum ve bundan rahatsız oluyorum.					
46. Ailemin maddi-manevi desteği olmasaydı ne yapardım bilmiyorum.					
47. Ailemde hiç kimse, benim ne düşündüğümle veya ne hissettiğimle ilgilenmiyor.					

ARKADAŞLARDAN ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda çoğu insanın arkadaşları ile olan ilişkilerinde yaşadıkları duyguları ifade eden cümleler vardır. Amacımız, her ifadenin size ne kadar uyduğunu öğrenmektir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyup duygularınızı en iyi yansıtan seçeneği işaretleyiniz. Vereceğiniz cevaplar için şimdiden teşekkür ederim.

	Çok Doğru	Doğru	Kısmen	Doğru Değil	Hiç Doğru Değil
1. Arkadaşlarım gerektiğinde bana manen destek olur.					
2. İnsanların çoğu arkadaşlarına benim kendi arkadaşlarıma olduğumdan daha yakındır.					
3. Arkadaşlarım düşüncelerimi duymaktan hoşlanır.					
4. Arkadaşlarımın sevgi ve yakınlığına güvenirim.					
5. Arkadaşlarımla ben düşündüklerimizi birbirime açıkça söyleriz.					
6. Arkadaşlarım kişisel isteklerimi anlayışla karşılar.					
7. Sorunlarımı çözmeye arkadaşlarımla yardımını görürüm.					
8. Pek çok şeyimi paylaştığım birkaç arkadaşım var.					
9. Arkadaşlarıma sırlarımı açtığımda kendimi huzursuz hissedirim.					
10. Arkadaşlarımla, onların düşüncelerine ters gelen bir şey yaptığımda beni yargılayıp suçlamayacaklarını bilirim.					
11. Bir sorunum olduğunda arkadaşlarıma anlatmaktansa içime atmayı yeğlerim.					
12. Arkadaşlarım sorunlarım olduğunda onları daha tarafsızca ve açık şekilde görmemi sağlarlar.					
13. Beni iyi ve kötü yanlarımla olduğum gibi değerlendiren arkadaşlarım var.					
14. Nasıl davranacağım ya da ne yapacağı konusunda arkadaşlarımdan yararlı fikirler alırım.					
15. En kişisel konularımı konuşabileceğim insanlar var.					
16. Arkadaşları tarafından sevilen bir insanım.					
17. Arkadaşlarım, kendimi sıkıntılı hissettiğim zamanlarda beni neşelendirmek için ellerinden geleni yaparlar.					
18. Önemli kararlar vermem gerektiğinde danışabileceğim arkadaşlarım var.					
19. Her konuda bilgi alışverişinde bulunabileceğim arkadaşlarım var.					
20. Ben uzaktayken arkamda bıraktığım işleri halletmesini çekinmeden isteyebileceğim bir arkadaşım yok.					
21. Arkadaşlarım önemli kararlar vermek durumunda kaldıklarında görüş ve tavsiyelerime önem verirler.					
22. Acil bir durumda para isteyebileceğim arkadaşım yok.					

23. Arkadaşlarım ihtiyacım olduğunda bana yardımcı olabilmek için zaman ve enerjilerini hiç çekinmeden sarf ederler.					
24. Beceri gerektiren işlerde bana yardımcı olmalarını isteyebileceğim arkadaşlarım var.					
25. Yetenek ve becerilerime hayranlık duyan arkadaşlarım var.					
26. İşlerin üstüme fazla bindiğini hissettiğimde sorumlularımın bir kısmını benim yerime seve seve üstlenecek arkadaşlarım var.					
27. Arkadaşlarım sağlığımla yakından ilgilenir.					
28. Arkadaşlarım benimle gurur duyduklarını her fırsatta dile getirirler.					
29. Arkadaşlarım benim gibi bir arkadaşına sahip oldukları için şanslı olduklarını söylerler.					
30. Zor anlarımda beni yalnız bırakmayacak arkadaşlarım var.					
31. Daha farklı arkadaşlarım olsun isterdim.					
32. Maddi desteğini beden esirgemeyen arkadaşlarım var.					
33. Arkadaşlarım kendimi geliştirmem için beni teşvik eder.					
34. Doğum günlerimi hep hatırlayıp kutlayan arkadaşlarım var.					
35. Başka insanların aksine benim hiçbir arkadaşımınla aramda fazla yakın bir ilişki yoktur.					
36. Bir şeye ihtiyacım olduğunda arkadaşlarımdan hiç çekinmeden para isteyebilirim.					
37. Arkadaşlarım beni her konuda destekler.					
38. Arkadaşlarımdan, onların onaylamayacakları bir şeyi yaptıktan ve haklı oldukları anladıktan sonra bana sevgi ve kucak açacaklarını biliyorum.					
39. Arkadaşlarımla birbirimize çok bağlıyız.					
40. Arkadaşlarım benim sorunlarımla ilgilenemeyecek kadar meşguldürler.					
41. Kendimi bir arkadaş grubuna aitmişim gibi hissetmiyorum.					
42. Her şeyin üzerime geldiğini hissettiğimde arkadaşlarım rahatlamam için ellerinden geleni yaparlar.					
43. Zorluklarla karşılaştığımda arkadaşlarım bana çıkabilmem için bana her zaman güç verirler.					
44. Yanında kendimi güvende hissedebildiğim birkaç arkadaşım var.					
45. Arkadaşlarımdan işlerime fazlasıyla burunlarını soktuklarını düşünüyorum ve bundan rahatsız oluyorum.					
46. Arkadaşlarımdan maddi ve manevi desteği olmasaydı ne yapardım bilmiyorum.					
47. Arkadaşlarımdan hiç biri benim ne düşündüğümle veya ne hissettiğimle gerçekten ilgilenmiyor.					

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın-calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

UCLA-LS

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenilen her ifade de tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir rakamı daire içine alarak belirtiniz.

	Ben durumu	bu durumu	Ben durumu	bu durumu	Ben durumu	bu durumu	Ben durumu	bu durumu
	HİÇ		NADİREN		BAZAN		SIK	SIK
	Yaşamadım		Yaşarım		Yaşarım		Yaşarım	Yaşarım
1. Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum.	1		2		3		4	
2. Arkadaşım yok.	1		2		3		4	
3. Başvurabileceğim hiç kimse yok.	1		2		3		4	
4. Kendimi tek başıyaymışım gibi hissetmiyorum.	1		2		3		4	
5. Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum.	1		2		3		4	
6. Çevremdeki insanlarla bir ortak yönüm var.	1		2		3		4	
7. Artık hiç kimseyle samimi değilim.	1		2		3		4	
8. İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşıyor.	1		2		3		4	
9. Dışa dönük bir insanım.	1		2		3		4	
10. Kendime yakın hissettiğim insanlar var.	1		2		3		4	
11. Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum.	1		2		3		4	
12. Sosyal ilişkilerim.	1		2		3		4	
13. Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor.	1		2		3		4	
14. Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	1		2		3		4	
15. İstedğim zaman arkadaş bulabilirim.	1		2		3		4	
16. Beni gerçekten anlayan insanlar var.	1		2		3		4	
17. Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum.	1		2		3		4	
18. Çevremde insanlar var ama benimle değiller.	1		2		3		4	
19. Konuşabileceğim insanlar var.	1		2		3		4	
20. Derdimi anlatabileceğim insanlar var.	1		2		3		4	

Ceren SAYIN

Adres : Büyükyoncalı Mahallesi Can Sok. No:16 Saray - Tekirdağ
Telefon : 0531 231 13 46 **E-mail** : cerensayinn@gmail.com

KİŞİSEL BİLGİLER

Doğum Yeri : Çorlu/Tekirdağ
Doğum Tarihi : 20.11.1993
Medeni Durum : Bekar

İŞ DENEYİMİ

Saray Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi 02/2016 – 05/2017
Kapaklı Belediyesi 15.05.2017- Halen

STAJ TECRÜBESİ

12.11.2016 - 12.12.2016 **NPİSTANBUL- NÖROPSİKİYATRİ HASTANESİ**

- Psikoz servisinde, açık klinikte, pembe klinikte ve bağımlılık servisinde vizitlere katılmak
- Grup terapilerinde gözlemci olmak
- Hastaların katıldığı resim çalışması, müzik çalışması el sanatlarında gözlemci olmak
- Günaydın toplantılarında gözlemci olmak
- Aile görüşmelerinde gözlemci olmak

01.08.2014-31.08.2014 **BALIKLI RUM HASTANESİ**

- Madde bağımlıları için düzenlenen konferansta gözlemci olmak
- Gözlem esnasında birtakım çıkarımlarda bulunmak
- Hastaneye tedavi amacıyla gelen hastaları birebir gözlemlemek

22.04.2014-13.06.2014 **T.C. İSTANBUL ADALET SARAYI (4. ÇOCUK MAHKEMESİ)**

- Duruşmadan önce gelen sanık veya mağdurlarlabirebir iletişim kurmak
- Duruşmalara gözlemci olarak katılmak

18.06.2012 - 24.09.2012 **ÖZEL SARAY ÖZEL EĞİTİM VE REHABİLİTASYON MERKEZİ**

- Merkezde çocuk danışanlar başta olmak üzere, gelen danışanları birebir gözlemlemek
- Çocuk danışanlarla oyun oynamak, resim yapmak vb. birtakım fiziksel aktivitelerde bulunmak
- Birtakım araştırma konuları sayesinde (üstün zekalı çocuklar, disleksi, down sendromu, otizm vb.) konular hakkında daha net bilgi sahibi olmak

EĞİTİM BİLGİLERİ

2015- Halen	Üsküdar Üniversitesi - Klinik Psikoloji Yüksek Lisans
2011-2015	Haliç Üniversitesi – Psikoloji Bölümü
2007-2011	Ali Naki Erenyol Lisesi Türkçe-Matematik

EĞİTİMLER

- DENVER II Gelişimsel Tarama Testi- Prof.Dr. Kalbiye Yalaz
- Metropolitan Okul Olgunluğu Testi
- Cattell 2A-3A
- Ankara Gelişim Tarama Envanteri
- Goodenough -Harris Bir İnsan Çiz Testi
- Bender Gestalt Görsel Motor Algılama Testi
- Benton Görsel Hafıza Testi
- D2 Dikkat Testi
- Frankfurter Dikkat Testi
- Gesell Gelişim Figürleri Testi
- Kelime Söyleyiş Testi
- Peabody Resim- Kelime Eşleştirme Testi
- Porteus Labirentleri Testi
- Burdon Dikkat Testi
- Frostig Gelişimsel Görsel Algı Testi
- Klinik Psikoloji Yüksek Lisans sürecinde Prof. Dr. Aslıhan Dönmez' den Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi ve Süpervizyonu
- Oyun Terapisi ve Süpervizyonu
- Stanford Binet Zeka Testi
- Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)

SEMİNER ve KURSLAR

- Farkındalık Günü II "Kanına Yaşam Karışsın" Sempozyumu,10 Aralık 2014, Haliç Üniversitesi
- Gençlik Sempozyumu Psikoloji Günleri , 14-15 Aralık 2012, Haliç Üniversitesi
- Moxo Dikkat Performans Testi
10. Uygulayıcı Eğitimi Toplantısı ve 2. Uygulayıcı Çalıştayı

BİLGİSAYAR BİLGİSİ

Microsoft Office, Microsoft Word, Microsoft Excel, Powerpoint

YABANCI DİL

İngilizce – Orta