



T.C.

**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**UYGULAMALI PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
BİTİRME TEZİ**

**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ÖĞRENCİLERİNDE DEPRESİF BELİRTİLERİN SIKLIĞI**

Semra Sezer YAĞCI

Tez Danışmanı

Yrd.Doç.Dr. Alper EVRENSEL

İSTANBUL-2016

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

UYGULAMALI PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
BİTİRME TEZİ

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ÖĞRENCİLERİNDE DEPRESİF BELİRTİLERİN SIKLIĞI

Semra Sezer YAĞCI

Tez Danışmanı
Yrd.Doç.Dr. Alper EVRENSEL

İSTANBUL-2016

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Üsküdar Üniversitesi Meslek Yüksek Okulu Öğrencilerinde Depresif Belirtilerin Sıklığı” adlı çalışmanın, Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan (Klinik ve İnsan Üzerinde Yapılan) Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı’nın 135 sayılı ve 19 Haziran 2015 tarihli yazısı onayı alınıp yapılan araştırmalar 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

27/04/2016

Adı SOYADI

Semra Sezer YAĞCI

İmza

ÖNSÖZ

Tezimi hazırlarken bilgileriyle bana yardımcı olan, yönlendiren, sonsuz anlayış ve sabır gösteren, insani ve ahlaki değerleri ile de örnek edindiğim, farkındalığı fark ettiren danışman hocam Yrd.Doç. Dr. Alper EVRENSEL'e saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım.

Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans eğitim sürecimde güler yüzü, samimiyeti ve çözüm odaklı yaklaşımıyla her zaman fikirlerime önem veren , geniş bilgi birikimi , tecrübesi ve yol göstericiliğiyle yardımını ve desteğini esirgemeyen , Rektör Yardımcımız Prof.Dr.Muhsin KONUK hocamıza saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Bu süreçte beni anlayışla karşılayan maddi ve manevi desteğini esirgemeyen eşim Nurkan YAĞCI ve kızlarım Nazlı ve Elif YAĞCI'ya sevgi ve şükranlarımı sunarım.

Semra Sezer YAĞCI

Nisan 2016

(SEZER YAĞCI, Semra, Yüksek Lisans, İstanbul, 2016)

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNDE DEPRESİF BELİRTİLERİN SIKLIĞI

ÖZET

Depresyon, en sık görülen psikolojik, sosyal ve akademik işlevsellik alanlarında ciddi düzeyde bozulmalara yol açan ve gelişim dönemlerinin getirmiş olduğu sorunların aşılmasını engelleyen ruhsal bozukluklardan birisidir.

Epidemiyolojik çalışmalarda ergenlerde depresyon yaygınlığı % 9.4 olduğu, yaşam boyu yaygınlığın ise yetişkinlerde ki oranlarla benzer şekilde % 15 -20 arasında değiştiği bilinmektedir.

Bu çalışmanın amacı Üsküdar Üniversitesinde, Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Çocuk Gelişimi ve Sosyal Hizmet bölümlerinde eğitim gören katılımcıların depresif belirti düzeyleri ve depresif belirti düzeylere etki eden değişkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu amaçla, 2015-2016 döneminde bu bölümlerde eğitim gören toplam 230 öğrenciye anket çalışması uygulanmıştır. Uygulanan anketlerin geçerlilik ve güvenirliliği Beck Depresyon ile SCL-90 ölçekleri kullanılarak ilk önce Alpha analizi ardından Faktör Analizi yapılmıştır. Çalışmalar sırasında 14 adet anketin geçersiz olduğu tespit edilip çalışmadan çıkartılmıştır. Bu sonuçlara göre 216 adet geçerli anket ile çalışma bulguları ortaya konmuştur.

Çıkan sonuçlar Bağımsız ikili Gruplar İçin t Testi ve 3 ve üstü grupları için varyans analizine tabi tutulmuştur

Sonuçlara göre, genelde depresif belirtilerin az olduğu görülmekle beraber bazı gruplarda istatistiksel farklılıklar gözlemlenmiştir. Bunlar; Beck depresyon ölçeği ve psikolojik tarama listesi arasında doğru orantılı ve güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir($r=0,868, p<0,01$). Psikolojik tarama listesi puanları yüksek olan katılımcıların depresyon düzeylerinin de yüksek olduğu görülmektedir.

Cinsiyetin, kolay arkadaş edinme durumunun, katılımcıların çocukluk yıllarındaki aile yapısının, öğrenim gördükleri bölümlerin Beck depresyon ölçeği ve psikolojik tarama listesi üzerinde etkili olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Gelecek ile ilgili plan yapmanın, medeni durumun, öğrencilerin öğrenim gördükleri bölümlerden memnun olma durumlarının, çocukluk yıllarında gördüğü ilgi düzeyi, içinde bulunduğu durumdan kurtulma veya daha iyi hissetme durumunun, hayatından memnun olma ve olamama durumlarının ve Beck depresyon ölçeği ve psikolojik tarama listesi puanları üzerinde etkili olduğu görülmüştür($p<0,05$).

ANAHTAR KELİMELER: Depresyon, Kaygı, Depresif Belirtiler



(SEZER YAĞCI, Semra, Yüksek Lisans, İstanbul, 2016)

DEPRESSIVE PREVALANCE IN THE STUDENTS OF USKUDAR UNIVERSITY VOCATIONAL SCHOOL OF HEALTH

SUMMARY

Depression is one of the major spiritual problem that affect the overcome ability against the problems which occur during the development and causes serious troubles to the psychological, social and academic disruptions.

Epidemiologic studies Show that the prevalence of depression 9.4% in adolescents, and this ratio is known as similar as in adults ca. 15-20% In this study, it was aimed to determine both depressive symptom levels and the variations which effect these symptom levels in the administration in health institutions, child development and social workers student of Üsküdar University.

For this, totally 230 students were applied a questionnaire in 2015-2016 education period. Both the validity and reliability of the questionnaire tests was determined by using both beck depression and SCL-90 measurements in order to perform both Alpha and factor analyses. After these analyses 14 questionnaires were found to be invalid and therefore 216 of them were used to obtain the data for this study. The data obtained were then subjected to statistical analyses. In these analyses t-Test was employed for duo and variance analyses for trio or more group comparisons.

Obtained results showed that the depressive symptoms were very slight. However, there was statistical difference in some groups like in those who had high depression levels.

KEY WORDS: Depression, anxiety, depressive symptoms

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI.....	i
YEMİN METNİ	iii
ÖNSÖZ	iii
ÖZET	iv
SUMMARY	vii
TABLO LİSTESİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. DEPRESYON VE TANIMI	1
1.1.1. Depresyonun Klinik Özellikleri.....	2
1.1.2. Konuşma ve İlişki Kurma:	2
1.1.3. Bilişsel Yetiler	3
1.1.4. Düşünce Akımı ve İçeriği:	3
1.1.5. Fizyolojik Belirtiler.....	4
1.2. DEPRESYONUN GÖRÜLME SIKLIĞI	4
1.2.1. Depresyon ve Cinsiyet	5
1.3. DEPRESYON NEDENLERİ İLE İLGİLİ KURAMLAR.....	5
1.3.1. Psikodinamik Yaklaşım	5
1.3.2. Cognitive (Bilişsel) Görüş	6
1.3.3. Kişiler Arası İlişkiler ve Sosyal Yönden Yaklaşım	7
1.3.4. Davranışçı Yaklaşım.....	7
1.4. DEPRESYONUN TEDAVİSİ.....	8
1.4.1. Psikoterapi.....	8
1.4.2. Bilişsel Davranışçı Terapi.....	8
1.4.3. Psikodinamik Terapi	8
1.4.4. Destekleyici Psikoterapi.....	8
1.4.5. İlaçla Tedavi.....	9
1.4.6. Elektroşok tedavi.....	9
1.5. KAYGI TANIMI	9

1.6. KAYGI İLE İLGİLİ KURAMSAL ÇERÇEVE	12
1.6.2. Alfred Adler Ve Bireysel Psikolojide Kaygı	12
1.6.3. Horney Ve Bütüncül Yaklaşımında Kaygı.....	13
1.6.4. Davranışçı ve Öğrenme Yaklaşımları	13
1.6.5. Heidegger Ve Varoluşçu Yaklaşımında Kaygı	14
1.6.6. Kaygı Ve Nedenleri	14
1.7. KAYGI BELİRTİLERİ	16
1.7.1. Fizyolojik Değişiklikler	16
1.7.2. Psikolojik Değişiklikler.....	16
1.7.3. Bilişsel Değişiklikler.....	16
1.8. PSİKOLOJİK BELİRTİLER	16
1.9. PSİKOLOJİK BELİRTİLER İLE İLGİLİ YAPILAN ARAŞTIRMALAR	20
2. YÖNTEM	23
2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	23
2.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	24
2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	24
2.4. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	25
2.5. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM.....	25
3. BULGULAR.....	26
3.1. Güvenilirlik ve Geçerlik.....	26
3.2. Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi ölçekleri arasındaki ilişkilerin belirlenmesi.....	27
3.3. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ VE PSİKOLOJİK TARAMA LİSTESİ ÖLÇEKLERİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ.....	28
3.3.1. Cinsiyet	28
3.3.2. Hayatınızdan Memnun Musunuz?	29
3.3.3. Kolay Arkadaş Edinir Misiniz?.....	29
3.3.4. Geleceğiniz İçin Plan Yapma Ve Boyutlar	30
3.3.5. Son Zamanlarda Kendiniz Mutsuz Hissettiğiniz Oldu Mu? Ve Boyutlar.....	31
3.3.6. Medeni Hal.....	32
3.3.7. Okuduğunuz Bölümden Memnun Musunuz?	33
3.3.8. 0-1 Yaş Arası Bakımınızı Kim Yapmış ve Boyutlar	34
3.3.9. Çocukluğunuzda Kim Tarafından Yetiştirildiniz?	35
3.3.10. Çocukluğunuzda görülen ilgi düzeyi ve boyutlar	36
3.3.11. Çocukluğunuzdaki Disiplin Düzeyi Ve Boyutlar.....	37

3.12. İçinde bulunduğunuz durumdan kurtulma veya daha iyi hissetme konusunda ümidinizin azaldığını veya tükendiğini hissettiğiniz oldu mu? Ve Boyutlar	38
3.3.13. Çocukluğunuzda Ailenizin Durumu Nasıldı? Ve Boyutlar.....	40
3.3.14. Bölüm ve Boyutlar.....	41
4. TARTIŞMA	42
KAYNAKÇA.....	49
Ek. 1, BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)	54
EK. 2, SCL-90-R (PSİKOLOJİK BELİRTİ TARAMA LİSTESİ)	57
EK. 3, SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	60
EK. 4, ÖZGEÇMİŞ.....	65



TABLO LİSTESİ

Tablo	Ölçeklerin Değerlendirilmesi.....	27
Tablo	Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi boyutları arasındaki ilişki	27
Tablo	2.1 Cinsiyet ve BDÖ- SCL	28
Tablo	2.2. Hayatınızdan Memnun Musunuz? Ve BDÖ- SCL	29
Tablo	2.3. Kolay Arkadaş Edinme Ve BDÖ- SCL	30
Tablo	2.4. Geleceğiniz İçin Plan Yapma Ve Boyutlar	30
Tablo	2.5 Son Zamanlarda Kendiniz Mutsuz Hissettiğiniz Oldu Mu? Ve Boyutlar	31
Tablo	2.6. Medeni Durum Ve Boyutlar	32
Tablo	2.7. Bölümden Memnun Olma Ve Boyutlar	33
Tablo	2.8. 0-1 Yaş Arası Bakımınızı Kim Yapmış ve Boyutlar	34
Tablo	2.9. Çocukluğunuzda Kim Tarafından Yetiştirildiniz? ve Boyutlar	35
Tablo	2.10. Çocukluğunuzda görülen ilgi düzeyi ve boyutlar	36
Tablo	2.11. Çocukluğunuzdaki Disiplin Düzeyi Ve Boyutlar	37
Tablo	2.12. İçinde bulunduğunuz durumdan kurtulma veya daha iyi hissetme konusunda ümidinizin azaldığını veya tükendiğini hissettiğiniz oldu mu? Ve Boyutlar	39
Tablo	2.13. Çocukluğunuzda Ailenizin Durumu Nasıldı? Ve Boyutlar	40
Tablo	2.14. Bölüm Ve Boyutlar	41

1. GİRİŞ

1.1. DEPRESYON VE TANIMI

Depresyon, derin üzüntülü bir duygu durum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi özellikleri içeren bir sendromdur (Öztürk,1997,Köknel, 1989).

İnsanlar eski çağlardan beri duygulanım bozukluklarını tanımışlar ve yaşamışlardır. Depresyon ve depresyon belirtilerine ilişkin ilk gözlem Gılgamış Destanı'nda yer almaktadır (Köknel, 1989).

Depresyon, duygusal durumla, bellek ve düşünmeyle ilgili değişiklikler, ayrıca davranışsal ve bedensel değişiklikler ile ortaya çıkan, önemli bir hastalık olarak da tanımlanmaktadır(Köroğlu,2013).

Öztürk'e göre; bir depresyon nöbetinde şu ana belirtiler genellikle bulunmaktadır;

1. Çökkünlük ve bunaltı ruh hali,
2. Psikomotor becerilerde yavaşlama,
3. Yorulmanın çabuk isteğin az olması,
4. Geçmişte zevk alınan şeylerden zevk almama,
5. İlgilerin sınırlılığı,
6. Dalgın olma, dikkat yoğunlaştırmada güçlükler,
7. Değersizlik içeren düşünceler,
8. Geçmişe duyulan pişmanlık, gelecekte umutsuz olma,
9. Uyku bozuklukları,
10. İştahın azalması, kiloda düşüş,
11. Cinsel istekte azalmalar,
12. Özkıyım düşünceleri (Öztürk,1997).

Depresyon, insanların yaşama isteklerinin ve zevkinin azaldığı veya

kaybolduğu, kendisini derin bir üzüntü içinde hissettiği, geleceğe dair karamsarlık içeren düşünceler, geçmişle ilgili duyulan pişmanlık, ölüm düşüncesinin, ölüm girişiminin ve ölümünde olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek ile ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu hastalık olarak tanımlanmaktadır (Alper,2001).

Depresif duygu durumun en önemli belirtisi her konuya karşı ilgisizliğin yaşanması ve buna eşlik eden çöküntü, hüçün, umutsuzluk olarak olmasıdır. İştah problemleri, beden ağırlığında değişiklikler, uyku bozuklukları, psikomotor ajitasyon, yavaşlama, enerjinin azalması, değersizlik, suçluluk duyguları, düşünmede ve dikkat toplama da zorluk, ölüm düşünceleri ve intihar girişimleridir. Bu belirtiler kişinin hayatını etkilemektedir (Geçtan,2006).

Şizofrenik, paranoid, fobik ve obsesif hastalarda ikincil olarak depresyon durumları görülebilir. İkincil depresyonlarda genel klinik durum birincil ruhsal depresyonlar ile çok benzer olsa da bunlarda asıl hastalığın belirtileri ya da öyküsü bulunmaktadır (Öztürk,1997).

1.1.1. Depresyonun Klinik Özellikleri

Depresif hastalar; yüz çizgileri belirgin, alın çizgileri derinleşmiş, omuzlar çökmüş ve yüzde üzüntülü bir görünüm vardır. Durgunluk ve hareketlerde yavaşlama göze çarpmaktadır. Sıkıntılı ve tedirgin görülebilirler. Psikomotorajitasyon; yerinde duramama, sürekli dolaşma, el ovuşturma, saçları, deriyi, giysileri ya da diğer objeleri ovma ya da çekiştirme biçiminde görülebilir (Geçtan,2006; Öztürk, 1994).

1.1.2. Konuşma ve İlişki Kurma:

Hastadan güçlükle cevap alınır, düşük sesle ve yavaşlayan konuşma mevcuttur. Ağır depresyon da olan hastalarda konuşmama (mutizm) görülebilir. Konuşma ağırlaşır, Konuşmanın içeriği zayıf kalır (Geçtan, 2006). Kendilerini ifade ederken sıkıntı, mutsuzluk, karamsarlığı anlatan kelimeler seçebilir. Mimiklerle olumsuz duygularını yansıtır (Köknel,1989)

Duygulanım: duygulanımı üzüntü, acı, keyifsizlik halindedir Bazı hastalar kaygılı, öfkeli, tedirgin olmakla beraber ağlama nöbetleri geçirebilir ve yerinde

duramama gözlenebilir (Küllü,2008).

Hastalar kendilerini sabaha oranla akşam daha iyi hissedebilir, anksiyete sabah erken saatlerde daha belirgindir (Tan,2008).

Çabuk öfkelenebilir, çevresindekilerden nefret edebilir, nadir olsa da sevdiklerine karşı beslediği bütün duygularını yitirmiş görünebilir (Öztürk,1997).

Kederli ve tedirgin olmaları yaşamdan zevk almalarını engeller ve zihinsel işlevlerde zayıflamaya yol açar (Köknel,1989).

Depresyon hastaları karamsarlıkları nedeniyle gelecek ile ilgili olumsuz beklentilere sahiptirler ve bedensel, ruhsal, toplumsal kökenli sorunlarının ileride kötüleşerek devam edeceğini düşünürler. Bu nedenle intihar girişimleri, düşünceleri ve eğilimleri olur (Köknel, 1989).

Kişinin gelecek ile ilgili olumsuz beklentileri ve bu beklentilerin hiç değişmeyeceği yönündeki inançları depresyonun en temel özelliğidir (Geçtan, 2006).

1.1.3. Bilişsel Yetiler

Çok ağır tablolarda bilincin bulanık olduğuna dair izlenimler vardır fakat kişinin bilinci açıktır. Genel olarak algıda bozulma gerçekleşmez. Fakat nadir de olsa suçlayıcı ve aşağılayıcı işitsel varsanılar tanımlayan hastalara rastlanabilir. Hastalarda gerçek bir bellek bozukluğu bulunmaz fakat hatırlamada güçlük ve unutkanlık yaşayabilir. Unutkanlık günlük yaşamını etkiler düzeyde olabilir. Zamanın yavaş geçtiğini, hiç bitmeyeceğini söyleyebilirler fakat yer, zaman ve kişi yönelimi tamdır (Görgü, 2005;Koroğlu, 2004;Öztürk, 1997).

Depresyonda unutkanlık, bellek işlevlerinde azalma meydana gelebilir ve bu nedenle hatalı şekilde demans tanısı alan depresyon hastaları da görülebilir (Tan, 2008).

Depresyon hastaları karar vermede çok zorluk yaşarlar (Köknel, 1989).

1.1.4. Düşünce Akımı ve İçeriği:

Düşünce oldukça yavaşlamıştır ve düşüncelerin içeriği geçmiş yaşantılardan

pişmanlık duyma, korkular, umutsuzluk, hatalı yaşam olaylarında kendini suçlama, yaşamının anlamsız olduğuna dair ifadeler, kendisini yetersiz ve değersiz hissetme şeklinde görülür (Köroğlu, 2004).

Geçmişte yaşanan olaylar ve yaşanmakta olan olaylar için hastalar kendilerini suçlarlar, değersizlik hissederler ve bununla ilgili ipuçları olduğunu belirtirler (Geçtan,2006).

Kendilerine yönelik suçlamalar, değersizlik ile ilgili düşünceleri hastaları intihar düşüncelerine yönlendirir (Öztürk, 1997).

Düşünce içerikleri depresyonun şiddetinden ve belirtilerin sıklığından etkilenir ve buna bağlı olarak bozulma gerçekleşir. Küçüklük, dini, suçluluk, ölmezlik, hipokondriyak hezeyanlar görülebilir (Köknel, 1989).

1.1.5. Fizyolojik Belirtiler

Duygu duruma bağlı olarak iştahta azalma veya nadir olarak artma görülür. Cinsellikte azalma, çabuk yorulma, halsizlik gibi belirtilerin görülmesi olağandır. Depresif duygu durumdan kaynaklı cinsel istekte azalma görülmesi hastalarda görülen evrensel belirtiler olarak belirtilmektedir (Köroğlu, 2004;Tan, 2008).

İnsomnia ya da hipersomnia gibi uyku problemleri görülebilir (Geçtan, 2006).

Depresyon hastalarında huzursuzluk, gerginlik ve sıkıntı sonucunda kalp çarpıntısı, nefes darlığı, yutkunma güçlüğü, tansiyon değişiklikleri, vücutta yanma ya da karıncalanma görülebilir(Tan,2008).

Hastalar kendi bedenlerine yönelik olumsuz duygular içindedir (Köknel, 1989).

1.2. DEPRESYONUN GÖRÜLME SIKLIĞI

Depresyon sık görülen bir rahatsızlık olması nedeniyle ruh sağlığı alanında 'soğuk algınlığı' gibi olduğu düşünülmektedir. Yaklaşık 10 erkekten birinde (%10), 5 kadından birinde (%20) yaşamlarının bir döneminde klinik depresyon geçirmektedir (Köroğlu, 2013).

Depresyonun giderek arttığı yönünde kanıtlar bulunmakla beraber, 2020 yılında kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer alan sağlık sorunu olacağı öngörülmektedir (Köroğlu, 2013).

Depresyonun, Türkiye’de genel toplum içerisinde yaygınlık oranı % 9-20 arasında bildirilmiştir. Yaşam boyu görülme riski erkekler için % 8-12, kadınlar için %20-26 olarak bulunmuştur (Öztürk, 1994). Depresyonun başlangıç yaşı 18-56 arasında değişmekte olup hastalığın ortalama başlangıç yaşı 35 olarak bulunmuştur. Cinsiyet oranı depresyonlu 1 erkek hastaya karşılık 2,4 kadın hastadır (Köknel, 2005).

Batı endüstri toplumlarında kadınlarda depresyon görülme sıklığı erkekler depresyon görülme sıklığının yaklaşık iki katıdır. Bunun bizim toplumumuz içinde geçerli olduğu belirtilmektedir (Güleç ve Küey, 1989. s:18). Fakat depresyon kadınlarda daha fazla görülse de depresyona bağlı intiharlarda ölüm oranı erkeklerde daha yüksektir (Süleymanoğlu, 2003).

1.2.1. Depresyon ve Cinsiyet

Depresyon hastalarının genelde büyük bir bölümünü kadın hastaların oluşturduğu bilinmektedir. Depresyon hastalarının, %65-70’i kadınlardan, %30-35’i erkek hastalardan oluşmaktadır (Yıldırım, 2010).

1.3.DEPRESYON NEDENLERİ İLE İLGİLİ KURAMLAR

1.3.1. Psikodinamik Yaklaşım

Freud (1971) “Yas ve Melankoli” makalesinde depresyon ihtimalinin erken çocuklukta oluştuğunu belirtmiş ve bu duruma yatkın kişilerin ruhsal yapısında sevgi nesnesinin yitirildiğini ve yitirilen sevgi nesnesine karşı geliştirilen ikili duygularla açıklamıştır (Akt; Davison ve Neale, 2004).

Freud (1971) Depresyonu gerçek bir sevgi nesnesi yitimi yoksa bilinçdışı ve simgesel bir sevgi nesnesinin kaybının varlığı ile açıklar. Freud’a göre yas ve depresyon arasındaki en önemli ayırım budur. Freud’a göre melankolik hastadaki

hastalık öncesi nesne ilişkisi, yasta olan birine göre daha fazla narsistik ve daha fazla duygusal bağımlılık gösterir (Akt; Köroğlu, 2013).

Freud melankolinin belirti ve bulgularını bir araya getirmiş ve aşağıdaki gibi tanımlamıştır;

Derin acı, elem ve yas duygusu

Dış çevreyle, dünyayla ilgi ve ilişkisinin kesilmesi

İlgi ve sevginin yitilmesi

Etkinlikte azalma

Benlik saygısının ya da kendini değerlendirme duygusunun azalması ya da tümüyle kaybolması, suçlanma ve cezayı bekleyen düşünce içeriği (akt; Köknel, 1989).

1.3.2. Cognitive (Bilişsel) Görüş

Beck ve arkadaşları (1972, 1976, 1984) yıllarında depresyonun ruhsal alt yapısını bilişsel üçlü, bilişsel şemalar, bilişsel hatalar diye üçe ayırıp incelemiştir. Beck'in üçlü adını verdiği yapı; kişinin kendisini olumsuz değerlendirmesi, Kişinin çevresini ve yaşamını olumsuz değerlendirmesi, kişinin geleceğini olumsuz değerlendirmesi, olarak tanımlar. Olumsuz değerlendirmeler ile şekillenen bilişsel şemalar, insanların karşılaştığı uyaranları ayırt etmesinde, seçmesinde, depolamasında gerçekleri çarpıtmasına yol açmaktadır. Kişi bu nedenle hatalı düşünmeye başlar. Bilişsel hatalar kişinin düşüncesinde yer alan sistematik ve sürekli mantık hatalarıdır. Bunlar; keyfi çıkarsama yapma, seçici soyutlama, aşırı genelleme, abartma ya da küçültme, kişiselleştirme, ikili düşünme şeklinde özetlenebilir (Akt; Köknel, 1989).

Beck'in bilişsel kuramında 4 temel öge vardır:

1. Olumsuz üçlü: Kendini, dünyayı ve yaşantıları, geleceği olumsuz algılama
2. Olumsuz düşüncelerin otomatik olarak meydana gelmesi
3. Bilgi işleme ve algılamada sistematik hataların olması
4. Temel işlevsel olmayan sayıltıların ortaya çıkması (Savaşır ve Yıldız,

1996)

Beck, olumsuz üçlünün depresyon belirtilerinin meydana gelmesinden sorumlu olduğunu belirtir. Bilişsel modele göre insanlar öncelikle kendine ilişkin olumsuz algılamalara sahiptir. Daha sonra dünyayı ve geleceği olumsuz olarak algılar. Kendisini yetersiz ve değersiz olarak nitelendiren kişinin çevresindeki her şey onun için engelleyici olmaktadır (Batıgün, 2001).

1.3.3. Kişiler Arası İlişkiler ve Sosyal Yönden Yaklaşım

Depresyonda kişiler arası ilişkiler, çoğulcu bütünleştirici görüşü temsil etmektedir. Bu nedenle depresyon ve umut yitimi, bağlanma ilişkilerinin oluşturulması, sürdürülmesi ya da yenilenmesindeki sorunlardan kaynaklanabilir.

Sosyal çevre ve kişiler arası ortam, bozulmuş sosyal roller ve doyumsuz insan ilişkileri, depresyonda çok önemli etkenlerdir (Aşkın, 1999; Öztürk 1997).

1.3.4. Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı ve bilişsel yaklaşımlar, bütünüyle bağımsız yaklaşımlar olarak görülemez. Seligman (1975) depresyonu “öğrenilmiş çaresizlik” kuramı ile açıklamıştır. Öğrenilmiş çaresizlik kuramının temeli bireyin pasifliği, eyleme geçememe ve yaşamını kontrol edememe duygusunun, bireyin başarısız olarak kontrol etmeye çalıştığı hoş olmayan yaşam olayları sonucu gelişmesidir (Davison ve Neale, 2004, akt; Kutlu, 2011).

Davranışçı anlamda depresyonun temel özelliği, olumlu yöndeki kuvvetlendirici (pekiştirici) davranışın ortaya konmasında azalma olarak tanımlanmıştır. Depresyonu, davranışçı açıdan ilk kez Ferster, olumlu pekiştiricinin kaybına (ayrılık, ölüm gibi ani çevresel değişiklik) bağlamıştır (Aşkın, 1999; Öztürk, 1997; Akyüz, 2004; Köknel, 1989).

Bu görüşe göre depresyon, çocukluktan beri acılı uyaranlarla karşılaşınca bunlardan kaçmayı, kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumu olarak açıklanır (Öztürk, 1997; Akyüz, 2004; Korkmaz, 2001).

1.4.DEPRESYONUN TEDAVİSİ

1.4.1. Psikoterapi

Psikoterapi, kişilerde depresyona yatkınlık yaratan düşüncelerin ve kişilik özelliklerin düzeltilmesidir. Psikoterapi, konuşma yoluyla kişilik özelliklerin ve düşüncelerin ortaya çıkartılarak, kişiye alternatif düşünce yöntemlerinin öğretilmesini amaçlamaktadır (Tan, 2008).

Psikoterapi dinlenme, konuşma duygu ve düşüncelerle ilgilenme ve davranış değişiklikleri yaratma yoluyla ruhsal bozuklukları tedavi etme yaklaşımı olarak tanımlanabilir (Köroğlu, 2013).

1.4.2. Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel davranışçı terapi, ‘ne düşünüyorsanız o’sunuzdur’ temeline dayanır. Diğer bir yönden bakarsak kişinin hissettiği, o kişinin kendisi ve yaşam koşulları hakkında ne düşündüğünün sonucudur. Bilişsel psikologlar genellikle düşünce içeriğinin değişmesiyle ilgilenirler (Köroğlu,2013).

1.4.3. Psikodinamik Terapi

Psikodinamik terapi, depresyonun başlamasına ve devam etmesine neden olan çocukluk yıllarını ve diğer yaşam deneyimlerini ele alır. Kişide depresyonu oluşturan davranış kökenlerini tanıyıp tanımlamaktır. İç görü kazanmanın insanları olumlu değişime yönlendirdiğine inanmaktadır. Genel amacı, depresyonu ortaya çıkaran kişilik özelliklerini tanıma, bunlarla ilgili iç görü kazandırma ve mutsuz yaşama neden olan tutumları değiştirmektir (Köroğlu,2013).

1.4.4. Destekleyici Psikoterapi

Destekleyici psikoterapi, kişinin işi ve aile yaşamı üzerindeki etkileri ile baş

etmesine yardımcı olmaya çalışmaktadır. Depresyon belirtileri yok olsa bile uyum sorunları devam edebilir. Destekleyici tedavi, kişilerin kendilerini daha iyi hissedebilecekleri yaşam koşullarını hazırlarken yanlarında olmak, onlara ek bir duygusal destek sağlamak için tasarlanmıştır (Köroğlu 2013).

1.4.5. İlaçla Tedavi

Antidepresan ilaçlar depresyonun tedavisinde çoğunlukla ilk sıradalardır. Çünkü çok etkili bir tedavi yöntemidirler ve yeni geliştirilmiş olan antidepresanlar çok daha az yan etki ortaya çıkartırlar. Birçok Antidepresan türü vardır. Antidepresanların nörotransmitterler olarak adlandırılan beyin kimyasallarının etkinliği üzerinde etkili oldukları bilinmektedir (Köroğlu, 2013).

1.4.6. Elektroşok tedavi

Beyine düşük voltajlı alternatif akım gönderilerek bir katılma durumu yaratılır. Yoğun intihar eğilimi olan hastalar için en etkili tedavi yöntemi olduğu düşünülmektedir. Elektroşok uygulanan hastaların %80-85 inde tedaviye yanıt alınır. Elektroşok tedavinin en sık görülen yan etkisi gelip geçici bellek bozukluğudur. Ağır depresyonlarda uygulanan ilaç tedavisine yanıt alınmazsa ya da hastanın genel tıbbi durumu antidepresan ilaç kullanılmasına engel oluşturuyorsa elektroşok tedaviye başvurmak kaçınılmaz olur (Köroğlu 2013).

Elektroşok tedavisi genellikle haftada 3 gün yapılır. Hızlı düzelen hastalarda erken sonlandırılabilirse de, çoğu hastaya en az yedi seans uygulanır. On seans veya daha fazla seansa ihtiyaç duyan hastalarda vardır (Tan, 2008).

1.5. KAYGI TANIMI

Kaygı insanın yaşadığı en temel duygulardan biri olmuştur. Kaygı kavramı, ruhbilim alanına yüzyılın ilk yarısında girmiştir. Bu alanda yapılan araştırmalar 1940'lı yılların sonunda gerçekleşmiştir. Kaygı sözcüğünü ilk kullanan ve bir kavram olarak tanımlayan kişi Freud olmuştur (Köknel, 1989).

Kaygı sıkıntı, bunalım, korku, endişe gibi kelimelerin anlamını içeren, korkuya benzeyen kişide kötü bir haber alacakmış gibi sıkıntı, endişe duygusu olarak tanımlanmaktadır (Kocabaşoğlu, 2005).

Freud'a göre dünya insanın ihtiyaçlarını karşılayabilecek sayısız objeyle doludur fakat bir o kadar da korkutucudur. İnsanın dış çevreden gelen tehlikelere karşı olağan tepkisi korku duygusudur. İten ya da dıştan gelen tehdit edici gler denetim altına alınmadığında ego da var olan duygu anksiyetedir. Freud'a göre kaygı, fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelerle karşılaşıldığında bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı devam ettirmesine katkıda bulunmaktadır. Hatta normal düzeyde olan kaygı, yaşamın devam ettirilmesi için gereklidir (Geçtan, 1981).

Kişiliğin yapısını ve davranışı inceleyen biyolojik, fizyolojik kuramlar kaygı kavramına her zaman yer vermişlerdir. Bazı bilim adamlarına göre kaygı kişiliği oluşturan ilk ve temel güç, bazılarına ise ikincil olarak oluşan ve kişiliğin yapılanmasında, gelişmesinde ve davranışların ortaya çıkmasında önemli rolü olan bir etken olarak görmüştür. Kaygı, endişe, kuruntu, korku, telaş ve üzüntü gibi baskı ve gerilime neden olan duygu durumudur (Köknel, 1997).

Diğer heyecanların tanımlarında olduğu gibi kaygının da tanımını yapmak zordur fakat kaygının; üzüntü, sıkıntı, korku, başarısızlık duygusu, acizlik, sonucu bilememe ve yargılanma gibi bu heyecanlardan birini veya çoğunu içerdiği söylenebilir (Cüceloğlu, 1997).

Kaygı kavramı psikoloji dışındaki alanlarda da incelenmiştir (Dağ, 1999).

Günlük dilde “endişe” olarak kullanılan “anksiyete” Türkçeye “kaygı” olarak çevrilmiş ve böyle kullanılmaktadır (ztrk, 1997).

Freud (1936)'a göre ise kaygı, enerji sistemlerindeki dengesizliğin sonucunda ortaya çıkan çatışma ve bu çatışmanın sebebi olan tehlikeye karşı verilen tepkidir.

Freud'dan bilişsel yaklaşımlara kadar ağdaş psikolojinin farklı okulları kaygıyı değişik biçimlerde yorumlamış ve biyolojik paradigmanın ne geçmesiyle psikiyatride de kaygının biyolojik bileşeniyle ilgili çalışmalar artmıştır(Sayar,2000).

Başka tanımlamalar, kaygıyı yoğun korkunun bedendeki belirtileri olarak

tanımlamaktadır. Kaygı içten gelen bir tehlikeye karşı ortaya çıkan ruhsal bir tepkidir. ve bu tepkinin bedende oluşturduğu fizyolojik değişiklikler de bu tanımlı tamamlamaktadır (Yörükoğlu, 1998).

Kaygının az olması bireylerin performansını arttırırken, fazla olması bireyin performansını azaltarak başarısızlığa yöneltmekte ve özsaygının düşük olmasına sebep olmaktadır. Kaygının patolojik boyutta olduğu süresinin veya şiddetinin aşırı olması ve bireyin yaşamını olumsuz etkilemesi olarak değerlendirilebilir (Fidanoğlu, 2006)

Tükel (2000)'e göre kaygı birey için tehlike içeren nedeni açıklanan veya açıklanamayan bir durumda ötürü yaşadığı gerginlik, kaçınma, saldırma, gibi duygu ve düşüncelere yol açan ve kişi tarafından nahoş bir duygu olarak tanımlanan bir duygu olarak tanımlar (Tezcan, 2011).

Kaygı (anxiety-anksiyete), en bilindik anlamıyla tehlike veya talihsizlik korkusunun ya da beklentisinin yarattığı bunaltı veya tedirginliktir. Fakat tanımlandığı çerçeveye ve kullanıldığı bağlama, teorik temele bağlı olarak kaygı teriminin tanımlı büyük farklılıklar ve çelişkiler göstermektedir (Budak, 2000).

Hoşa gitmeyen özellikleri ile diğer duygulanım şekillerinden ayrılan, bunaltı sözcüğü ile de ifade edilen bir duygulanım şeklidir. Bazı tanımlar kaygıyı, kaynağı büyük ölçüde bilinmeyen bir tehlike beklentisi ile sınırlandırarak korkudan ayırır (Kırlı, 2000).

Kaygı nesnesizdir ve bu özelliği ile korkudan farklıdır. Korkunun olay veya insan olarak nesnesi bulunur fakat kaygının bilinen bir nesnesi yoktur (Budak, 2000).

Kaygı ile ilgili yapılan araştırmalar kaygının oluşu ile ilgili temel özellikler vurgular. Bunlar çaresizlik ve kontrol edilemez bir durumun yaşanmasına ilişkin temel inançtır.(Uçar, 2004).

Kaygının üç göstergesi olduğu belirtilmektedir: davranışsal, öznel ve fizyolojik. kaygı üzerinde yapılan araştırmalarda en büyük sorun, bu üç göstergenin birbiriyle yüksek ilişki göstermemesidir (Weanar, 2003).

19. yüzyılın sonlarında kaygının diğer psikiyatrik sendromlardan ayrı bir sendrom olarak tanımlanmasından buyana kaygı ve depresyon arasındaki ilişkiler

üzerinde pek çok tartışmalar yapılmıştır (Batur, 1998).

1.6. KAYGI İLE İLGİLİ KURAMSAL ÇERÇEVE

Psikoloji kuramlarında kaygıya yer verilmiş ve her kuramın temsilcisi kendi bakış açısıyla kaygı kavramını açıklamaya çalışmıştır.

1.6.1. Freud ve Psikanalizde Kaygı

Psikanalizin ilk zamanlarında biyolojik kökenli bir olgu olarak karşımıza çıkan kaygı topografik kuram yerine yapısal kuramın gelişmesiyle egonun işlevi olarak tanımlanmış ve psikolojik bir olgu olduğu söylenmiştir. Freud'a göre kaygı bireyin tehlikelere karşı uyarılmasına ve gereken uyumu sağlamasına, yaşamı sürdürmesine katkıda bulunur. Mantıkdışı bir nitelik halini aldığı zaman uyum işlevini yitirir ve normal dışı davranışların kaynağı olur. Oluşan baskı sebebiyle düşünce duygusal enerjiden kopmuş olur ve toplanan enerji kaygıya dönüşerek boşalım sağlanır (Geçtan, 2000).

Psikoanalitik kuram, nevrotik belirtilerin, davranışın görünen özelliğinin ötesinde simgesel bir anlamı olduğunu söylemektedir. Kendisini "kötü" olarak nitelemesi kaygı uyandırmakta ve bastırma, yansıtma, yer değiştirme savuma mekanizmaları ortaya çıkmaktadır (Weanar, 2003).

Çatışmanın ruhsal sistemi tehdit edecek büyüklüğe gelmesini engellemek amacı ile savunma mekanizmaları araya girer. Stresin şiddetinden dolayı enerji denge için yeterli olmaz ve denge çöker. Adapte olma gerçekleşmez ve gecikir. Tam bu esnada kaygı meydana gelir. Psikojenik çatışma ile onun biyolojik belirtilerinin oluşmasındaki köprü strestir (Kırlı, 2000).

1.6.2. Alfred Adler Ve Bireysel Psikolojide Kaygı

Adler, insandaki aşağılık duygusunun ve üstünlük çabasının kaygıya sebep olduğunu ve kişilerin bundan dolayı acı çektiğini ve eksiklik duyduğunu söylemektedir. Bu nedenle de üstünlük ve güvenlik kazanmak amacıyla kaygı ile başkalarını kontrol etmeye çalışır. İnsanda eksiklik duygularının ödünlenmesi ve

saygınlık kazanma çabaları başarısızlıkla sonuçlandığı zaman çaresizlik duygusu kaygıyı meydana getirir (Çavuşoğlu, 1990).

1.6.3. Horney Ve Bütüncül Yaklaşımda Kaygı

Horney kaygı kavramının anlaşılmasına önemli katkılarda bulunmuştur. Kaygı ve korku kavramlarını eş anlamda kullanarak iki kavramın yakınlığını belirtmeye çalışmıştır. İki kavrama da titreme, terleme, ölüm korkusu yaratacak kadar hızlı kalp atışları gibi bedensel reaksiyonlar eşlik etse de aralarında önemli farklılıklar vardır. Örneğin bir anne nezle olan çocuğu için ölüm korkusuna kapılırsa kaygı, buna karşılık çocuğu önemli bir hastalık geçiren annenin yaşadığı korkudur. Bu nedenle, bu iki duygu arasında kesin bir ayrım yapılabilir. Korku, bir insanın karşılaştığı tehlikeyle orantılı bir duygudur fakat kaygı durumla orantısız hatta çoğu kez imgesel bir tehlikeye karşı ortaya çıkan bir tepki söz konusudur. Horney Freud farklı olarak içgüdüsel dürtülerimizde duyduğumuz korku sonucu değil baskı altına alınmış dürtülerimizden dolayı duyulan korkudan kaynaklanır ve çocukluk yıllarının kaygıları sonraki kaygılara temel oluşturur ama tümüyle çocukluk yıllarına ait bir tepki değildir (Geçtan, 2000).

1.6.4. Davranışçı ve Öğrenme Yaklaşımları

Öğrenme teorilerinde kaygı, kaçınmayı güdüleyen bir tiki anlamında kullanılmaktadır. Kaçınma tepkisinin kaygıyı azalttığı söylenmektedir(Budak,2000).

Öğrenmenin klasik teorilerinden Edimsel ya da Klasik koşullanmanın iki yönü önemlidir: İlk olarak, korku ve kaygı gibi duygusal tepkiler karmaşıktır ve davranışsal, psikolojik ve fizyolojik bileşenleri kapsar. İkinci olarak, koşullanma oluştuktan sonra, kaygı önceden tahmin edilebilir hale gelebilir. Korkulan uyarıcı ile karşılaşma durumu olmasa bile sadece onun hakkında konuşmak veya onu düşünmek bile kaygıyı uyandırabilir (Akman, 2004).

Davranışçı kuram kaygının öğrenilmiş olduğunu söyler. Koşullu uyanların koşulsuz tepkilere neden olduğunu ve sosyal öğrenme ile ailenin tepkilerinin model olarak alındığını söylemektedir.(Özpoyraz,2005).

1.6.5. Heidegger Ve Varoluşçu Yaklaşımda Kaygı

Heidegger'a göre; insan varoluşunun önemli bir argümanı olan 'kaygı' ruh durumunun etkisinden hareketle Heidegger felsefesini farklı bir bakış açısından anlamaktır. Bu incelemede, kaygı kavramının Heidegger'in felsefesinin en temelinde bir etkisi varsa, onu hangi bağlantı çerçevesinde etkilemiştir' Bu bağlamda Heidegger kendisinden sonra gelen filozoflara nasıl bir alan açmıştır' Sorularına yanıt aranmıştır. Heidegger'in fenomenolojik betimlemeleri kendinden önceki geleneksel felsefeden temel bir biçimde farklıdır. Zira Heidegger'e göre insanlar kendileri gibi diğer var olanlarla (Dasein) birlikte yaşadıkları dünya içine fırlatılmışlardır. Bu çalışmada Heidegger'in düşüncesinin temel kavramlarının neler olduğu ortaya konulmaya ve "kaygı" kavramı ana hatlarıyla serimlenmeye çalışılmıştır. Dasein'in asli niteliği olan "kaygı" kavramı ele alınıp, kaygının insanın gerçekten kendisi olmasında eş deyişle otantik olması ve olanaklarının farkına varmasında ya da insanın kendisini günlük hayatın inotantikliğinde kaybetmesinde oynadığı rol gözler önüne serilir. Heidegger'e göre dünyaya ilişkin ilk kavrayış ve anlayışımız duyduğumuz kaygıyı ve onunla bağlantılı olan duygu durumlarını yansıtmaktadır. Zira dünya doğa bilimlerinin onu betimlediği gibi bir dünya değildir. Bu noktada Heidegger düşüncesinin merkezine "kaygı" kavramını alır; çünkü kaygı egzistensiyaller (existentials) denilen Dasein'in (insan egzistansı) varlık tarzının niteliklerinin hepsini kapsayan, birbirine bağlayan ve bunlar arasında en önemli olanıdır. Bunun yanı sıra üzerinde durulan temel kavramların Heidegger ve Heidegger sonrası felsefe dünyası üzerinde bir etkisinin olup olmadığı konusuna bir açıklık getirilmeye çalışılır.

1.6.6. Kaygı Ve Nedenleri

Kaygı sebeplerinden biri korkuyu meydana getiren uyarana ilgili bilinçaltına atılmış anılardır. İnsanlar korkunun öğrenildiği durumu unutma eğiliminde olabilirler. Korkunun sebepleri geri getirmenin güç olduğu çocukluk çağında yaşananların depolandığı hafızayla ilişkili olarak bilinçaltında saklanmaktadır.

Yaşanan bazı olaylar ret edilmekte bazıları ise bastırılmaktadır. Öğrenilmiş fakat hatırlanmayan korkuların koşullandığı durumla karşılaşması, sebebi bilinmeyen huzursuzluk verici bir kaygıyı meydana getirmektedir(Aktaş, 2009).

Kaygının nedenleri Cüceloğlu (2005) tarafından aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

1. Desteğin çekilmesi: İnsanlar alışmış olduğu çevrenin dışına çıktıkları zaman kaygı duymaya başlar ve bu çevrede alıştığı desteklerin olmamasından dolayı kaygı duyar.

2. Olumsuz bir sonucu beklemek: Olumsuz bir sonuçla karşılaşma olasılığı kişilerde kaygı uyandırmaktadır.

3. İç çelişki: İnsanların düşündüğü, değer verdiği bir fikirle, sergiledikleri davranış arasında tutarsızlık olduğu zaman ortaya çıkan çelişki türünde gerginlik yaşatmakta ve içinde bulunulan durumdan uzaklaşılana kadar kaygı etkisini devam ettirmektedir.

4. Belirsizlik: Gelecekle ilgili yeterli bilgi birikimine sahip olmamak, yaşanacaklarla ilgili fikir yürütememek insanlar için en önemli kaygı nedenlerindedir. Kişiler gelecekte olumsuz sonuçlanacak olayların olacağını bilmeyi, ne olacağını bilmemeye tercih etmektedirler.

Horney'e göre yanlış anne/baba tutumları ile yetişmek, dünyanın güvenilmez olduğu konusunda temel bir algı geliştirebilir ve bu nedenle kaygı duyabilir. Kaygının kişilerarası doğasına dikkat çeken Sullivan ise, küçük çocukların annesinden şefkat görmesiyle ilgili kaygı duyduğunu, yetişkinlerin ise toplumdaki ilişkilerinde kabul ve onay görebilmekle ilgili kişilerarası kaygı yaşadığını söylemektedir (Akt, Dağ, 1999).

Kaygının davranışsal, öznel ve fizyolojik olarak 3 göstergesinin olduğu belirtilmektedir. Kaygı üzerinde yapılan çalışmalarda en büyük sorun, bu üç göstergenin birbiriyle yüksek korelasyon göstermemesidir (Weanar, 2003).

1.7. KAYGI BELİRTİLERİ

Kaygı belirtileri çok hafif tedirginlikten, panik derecesine varan değişik yoğunlukta olabilir(öztürk,2008)

1.7.1. Fizyolojik Değişiklikler

Sempatik sinir sisteminin devreye girmesi ile ilgili olan kalp atım hızlanması ve solunumun artması, kan basıncında yükselme, ağızda kuruluk, yutkunmada güçlük, bulantı kusma, ishal, sık idrara çıkma, terleme, titreme, baş ağrısı ve baş dönmesi, uykusuzluk, bayılma yorgunluk ve kas gerginliğini içermektedir (Saban, 2010).

Çarpıntı, kan basıncında artma, nefes almada güçlük, göğüste sıkışma, halsizlik, titremeler, terleme, iştah kaybı, bulantı ve karın ağrısı, kaşınma gibi belirtiler görülebilmektedir (Tükel ve Alkın, 2006).

1.7.2. Psikolojik Değişiklikler

Korku, tedirginlik, huzursuzluk, güvensizlik, çekingenlik, çaresizlik, sinirlilik, öfke, depresyon, sersemleme hali, aşırı gerginlik, konsantrasyon güçlüğü, kendini ve başkalarını eleştirme/suçlama eğilimi, libidoda azalma, kontrolünü kaybetme, iştahsızlık, yorgunluk halidir (Saban, 2010).

1.7.3. Bilişsel Değişiklikler

Dikkat ve yaratıcılığın azalması, hatırlama ve karar verme güçlüğü, çevreye karşı ilginin azalmasıdır (Saban, 2010).

1.8. PSİKOLOJİK BELİRTİLER

Yaşadığımız ülkede kültürel değişim kuşaklar arasındaki çelişkiler, değerlerdeki değişmeler, göçler, sanayileşme, kentleşme sorunları ile ruh sağlığı arasında bağlantılar vardır. Yani hızlı kültürel değişim, çağdaşlaşma ve beraberinde değerlerin korunma çabası, hızlı kentleşme ve sanayileşme, göçler ve göçlere bağlı

kültürel çatışma, aile bölünmesi, eğitim yetersizliği, sağlık eğitimi veren kurumların yetersizliği vs. gibi etkenlerden de ruh sağlığı etkilenmektedir (Öztürk, 1997).

Bugüne kadar elde edilen verilere göre:

Türkiye’de tedavi gerektirecek kadar ruhsal sorunu olanlar %20, kesin ruhsal bozukluğu olanlar ise %5-10 dolayında olmak beraber rahatsızlıklar en çok kentsel kesimlerde dir.

Kırsal kesimlerde en çok psikozlar görülmektedir.

Klinik düzeyde depresif belirti gösterenler %10 olmak ile birlikte çeşitli düzeyde depresif belirti gösterenler ise %20 düzeydedir.

Nevrozlar, depresif bozukluklar, psikosomatik hastalıklar toplum içinde en sık görülen rahatsızlıklardır.

Kadınlarda daha çok ruhsal bozukluklar, nevrozlar, psikosomatik hastalıklar, uyku bozuklukları, depresyon, erkeklerde ise alkol kullanım, ilaç alışkanlıkları, kişilik bozuklukları görülmektedir.

40 yaş üzerinde depresif belirtiler, 45 yaş üzerinden nevrozlar, 65 yaş üzerinde ise organik bozukluklar daha fazla görülmektedir.

Alkolizm daha çok sosyo-ekonomik düzeyde düşük bireylerde, ilaç alışkanlığı ise sosyo-ekonomik düzeyde yüksek bireylerde görülmektedir.

Türkiye’de intihar oranı %2-2.5 düzeyinde ve daha çok erkeklerde görülmekle birlikte eğitim düzeyi yüksek olanlarda daha sık yaşanmakta, boşanmış ve eşi ölmüş bireyler evlilere göre daha çok intihara eğilim göstermektedir (Eref, 1999).

Ruhsal sorunlar çok çeşitli göstermektedir. Konuya daha ile aydınlatmak amacı ile SCL-90-R, RİDKÖ, stres ile başa çıkma ölçeği ruhsal belirti ve durumlar aşağıda verilmiştir.

Somatizasyon: Daha çok baş ağrısı, kas ağrısı, bulantı kusma, geğirme vs. gibi belirtiler ile ortaya çıkar. Bu belirtiler ise genelde sinir, kalp, damar, mide, ve bağırsak sistemi ile ilgili bedenin herhangi bir kısmında meydana gelen tekrarlanan, sık sık değişen işlev bozukluklarıdır (Kale, 2007).

Opsesif kompulsif: Bu rahatsızlığın temel özelliği tekrarlayan obsesif

düşünceler ve kompulsif hareketlerin bulunmasıdır. Kişi huzursuzdur ancak kendisine anlamsız ve saçma gelen ve ona huzursuzluk veren bu düşüncelere karşı koyamaz. Obsesif- kompulsif bozukluk kadın ve erkeklerde de eşit oranda görülebilir (Kale, 2007).

Kişiler arası duyarlılık: Burada kişi kendini değersiz, işe yaramaz ve huzursuz görür ve daha çok yetersizlik duyguları aşağılık duyguları ve kendini kıyaslama gibi duygular üzerinde yoğunlaşır (Kale, 2007).

Depresyon: Bu rahatsızlığın en sık görülen belirtileri şunlardır:

- İştah azalması
- Uyku bozukluğu
- Suçluluk ve değersizlik duygusu
- İntihar düşüncesi
- Karamsarlık ve güvensizlik duygusu
- Dikkat azalması
- Kişinin kendine olan güveninin azalması (Kale, 2007).

Anksiyete: Sinirlilik, gerginlik, titreme, paniğe kapılma, şiddet duyguları görülmektedir. Anksiyeteli insan ilişkilerinde aşırı duyarlıdır. Sürekli gerilim tedirgin ve üzüntülüdür. Dikkatini toplamakta güçlük çeker ve yanlış yapmaktan korktuğu için çok zor karar verir (Kale, 2007).

Öfke ve düşmanlık: Kızgınlığa bağlı olumsuz düşünce ve davranışları kapsar. Kızma, huzursuz olma, karşı koyma, saldırganlık gibi belirtileri görülür (Kale, 2007).

Stres yaratan bir olaya başka genel bir tepki, saldırganlığa yol açabilen öfkedir. Bir kişinin hedefe ulaşma çabası ne zaman engellense, saldırganlık dürtüsüne ortaya çıkardığı, bunun da davranışı engellenmeye yol açan nesneyi ya da kişiyi incitecek şekilde güdülediği varsayılmaktadır. Buna engellenme-saldırganlık varsayımı denmektedir (Atkinson, 1999).

Fobik anksiyete: Belirli bir kişi, yer, obje veya duruma karşı sürekli korku tepkisidir. Bunun sonunda kişi kendini koruma ya da kaçma davranışında bulunur. Şiddeti hafif bir tedirginlik duygusundan ağır korkuya kadar gidebilir. Kişide

baygınlık hissi, çarpıntı, ölüm korkusu, kontrolü kaybetme ve çıldırma korkusu eşlik eder (Kale, 2007).

Paranoid düşünce: Paranoyak kişide sistemli sanrılar vardır. Şüphe, düşmanlık, büyüklük, özgürlüğü yitirme korkuları görülür. Kişinin konuşması davranışları, paranoid özellikler gösterir. Paranoid düşüncenin temel özellikleri bireyin yansıtma ve inkâr savunma mekanizmalarını aşırı derecede kullanmasıdır (Kale, 2007).

Psikotizm: Kişilerarası ilişkilerden uzaklaşma, içe kapanma, kendine bayılma, varsanılar ve sesli düşünme belirtileridir (Kale, 2007).

Aktif planlama: Daha çok aktif olarak bir şeyler yapma, doğrudan işleme başlama, aktif çabaları artırma, eylem planları oluşturma, şu an üzerinde odaklaşma ve problem çözme sistematigi içerisinde olmayı içeren rasyonel adımlar ve yöntemleri kapsayan 10 maddeden oluşmaktadır.

Dış yardım arama: Sosyal desteğe başvurma iki açıdan söz konusu olmaktadır. Bunlar somut çözüme yönelik (enstrumental) dış yardım talebi ve duygusal dış yardım arama eğilimidir. Bu alt ölçek yardım arama tutumlarının duygusal dış yardım arama eğilimidir. Bu alt ölçek yardım arama tutumlarının duygusal, bilişsel ve fiziksel boyutta ölçümünü amaçlayan 9 maddeden oluşmaktadır.

Dine sığınma (Dine yönelme): Bu faktör altında toplanan maddeler daha çok bir ilahi güce sığınmayı, dua etmeyi ve inançlarından güç almayı vurgulamaktadır. Bu faktörler 6 madde ile temsil edilmektedir.

Kaçma soyutlama (Duygusal-eylemsel): Kaçma-soyutlama iki boyutlu olarak faktöriyel yapıda yer almıştır. Bu maddeler kişinin stresle başa çıkma tutumlarını pasif anlamda durumdan kendisini soyutlama biçiminde ele almaktadır ve 7 maddeden oluşmaktadır.

Kaçma soyutlanma (Biyokimyasal): Bu boyuta duygusal-eylemsel kaçma ve soyutlamada farklı ve pasif bir başa çıkma stratejisi olarak metabolizmada fizyolojik değişiklik yapma eğilimi şeklinde değerlendirilebilir. Sigara içme, alkol alma, ilaç kullanma ve uyuşturucuya yönelme gibi biyokimyasal boyut kapsamındaki başa çıkma yollarıdır ve 4 madde ile temsil edilmektedir.

Kabul-bilişsel yeniden yapılanma Problemin kabul edilip kendince bilişsel olarak yeni çözüm yollarını aranmasıdır. Bu alt ölçek 7 maddeden oluşmaktadır ve başa çıkma kişisel olarak durumun değiştirilmesine yönelik bir işlemde çok kişinin bakış açısını vurgulamaktadır (Özden, 1999).

1.9. PSİKOLOJİK BELİRTİLER İLE İLGİLİ YAPILAN ARAŞTIRMALAR

Düzgün (1995), çalışmasında lise öğrencilerinin psikolojik belirti düzeyinde araştırma ve belirti düzeyleri ile cinsiyet, ana-baba tutumları ve sosyoekonomik düzey arasındaki ilişkileri incelemiştir. Araştırma sonuçlarında, öğrencilerde psikolojik belirtiler yönünden önemli farklar bulunmuştur. En çok görülen belirti % 53.35 oranı ile depresyon. Bunu olumsuz Benlik (% 18.30) ve anksiyete (% 17.86) izlemektedir. En az rastlanılan belirti ise somatizasyondur (% 2.01). Kız ve erkek öğrenci gruplarının psikolojik belirti düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Buna göre; kız öğrencilerin hostilete, somatizasyon, depresyon, anksiyete, olumsuz benlik belirti düzeyi, erkek öğrencilerine göre daha yüksektir. Araştırmada, öğrencilerin Hostilite, Somatizasyon, Depresyon, Anksiyete ve Olumsuz Benlik belirtisi üzerine ana baba tutumunun önemli etkisi bulunduğu ortaya çıkmıştır.

Yıldırım (1999), Almanya’da yaşayan Türk evli bireylerin psikolojik belirtilerini incelemiştir. Türk evli bireylerde en çok görülen 25 psikolojik belirti saptanmıştır. Saptanan psikolojik belirtilerin obsesif kompulsif, somatizasyon, uyku iştah bozukluğu gibi ek maddeler, depresyon, kişilerarası duyarlık, öfke ve düşmanlık ve paranoid düşünce alanları ile ilgili olduğu görülmüştür. Anksiyete, Fobik anksiyete ve Psicotizm alanları ile ilgili önemli bir belirti bulunmamıştır. Almanya’da yaşayan Türk evli bireylerin Obsesif-kompulsif belirti puan ortalamaları en yüksek, fobik anksiyete puan ortalamaları ise en düşük olarak çıkmıştır.

Sumi ve Kanda (2002), çalışmalarında nörotik mükemmeliyetçilik, depresyon, anksiyete ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir.

Karademas ve Kalantzi (2004), stres süreci, öz yeterlik beklentileri ve psikolojik sağlık arasındaki ilişkileri çeşitli değişkenler açısından incelenmiştir.

Deniz vd (2004), Selçuk Üniversitesi Öğrenci Psikolojik Danışma Servisine başvuran öğrencilerin psikolojik belirti düzeylerini belirlemek amacıyla bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Araştırma sonuçlarında, kız öğrencilerde somatik, anksiyete, obsesyon ve depresyon belirtileri erkek öğrencilerden yüksek çıkarken, erkeklerde ise paranoid ve öfke belirtileri puan ortalamaları kızlardan yüksek bulunmuştur.

Sapmaz (2006), mükemmeliyetçi olmayan üniversite öğrencileri ile uyumlu ve uyumsuz mükemmeliyetçi kişilik yanı sıra sahip olanların çeşitli psikolojik semptomları yaşam düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını inceleyerek, mükemmeliyetçiliğin yalnızca sağlıklı bir kişilik değişkeni olmadığını ortaya koymak amacıyla yaptığı araştırmasında, belirlenen mükemmeliyetçilik sınıflandırmaları ile araştırma kapsamında yer alan somatizasyon dışındaki tüm psikolojik semptomlar arasında farka dayalı bir ilişki olduğunu bulmuştur. Elde edilen bulgular ışığında uyumsuz mükemmeliyetçilerin psikolojik belirti düzeyleri en yüksek grup olduğu görülmüştür.

Kraus (2006), Üniversiteli öğrencilerinin oda arkadaşları arasında sosyal destek algısı ve ifadelerini araştırmayı amaçlayan bir çalışmada genel ve oda arkadaşlarıyla ilişkilerinde yüksek sosyal anksiyete düzeyine sahip olmanın, daha az sayıda sosyal destek ağına sahip üyelerle ve sosyal destek ağından daha az memnun olma düzeyi ile ilgili bulunmuştur. Bu sonuç sosyal kaygı bireyin sosyal destekten düşük memnuniyet oranının şimdiki zayıf destek ilişkisinden ziyade sosyal anksiyeteyle ilgili negatif bilişsel önyargı işlevinde daha fazlası olduğunu belirtir. Bu çalışma sosyal kaygılı bireylerin sosyal destek ilişkileriyle çalışan negatif algısal önyargılara sahip olma ihtimalini açığa çıkarmıştır.

Gülgez (2007), Ankara il merkezinde liseye devam eden öğrencilerin olumsuz risk alma davranışlarını çeşitli değişkenler açısından incelemiş ve anksiyete, düşmanlık, somatizasyon ve olumsuz benlik düzeyi yüksek öğrencilerin daha sık toplam olumsuz risk alma davranışında buldukları; öğrencilerin toplam olumsuz risk alma davranışları ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığını bulmuştur.

Türkleş vd (2008), lise öğrencilerinde depresyon düzeyi ve depresyonu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırma

yapmışlardır. Araştırmanın sonucunda öğrencilerin 126'sında (%19,9) depresyon bulunmuştur. Depresyon anlamlı derecede ilişkisi olan faktörler, öğrencilerin kendilerini yalnız hissetmeleri, kendilerine güvenememeleri, kendi cinsleri ve karşı cins ile arkadaşlık kurmada güçlük çekmeleri, duygularını ifade etmede güçlük çekmeleri, sigara, alkol kullanımları ve kronik sağlık sorunlarının olması gibi problemlerdir.

Cho (2008), alkoliklerin eşlerinde hayatın anlamı ve akıl sağlığı üzerinde logootobiografi programının uygulandığı bir grup yaşantısının etkisini inceleyen bir araştırmada bir deney grup ve bir kontrol grup oluşturulmuş, deney grubunda Logoterapi yönelimli yaklaşım uygulanırken, kontrol grubunda bu yaklaşıma yer verilmemiştir. Çalışmanın sonucunda deney grubunda olan bireylerin hayatlarındaki anlam puanları kontrol grubundakilerden daha yüksek, depresyon somatizasyon, kişilerarası duyarlılık ve öfkenin kontrol grubundakilerden daha düşük olduğu bulunmuştur.

Kök, yetiştirme yurdundaki öğrencilerin psikolojik belirti düzeylerinin değerlendirilmesi adlı çalışmada, öğrencilerin sadece somatizasyon ve fobik anksiyete belirti boyutları açısından riskli durumda olmadıkları ortaya çıkmıştır. Kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, obsesif-kompulsif, paranoid, psikotizm ve ek maddeler boyutları puanlarının yüksek olması dolayısıyla, bu boyutları içeren özellikler bakımından riskli durumda oldukları araştırma sonucunda ortaya çıkmıştır.

Kapıkıran'ın lise öğrencilerindeki psikopatolojik belirtilerin cinsiyet ve sınıf değişkenleri açısından incelenmesi adlı çalışmasında elde edilen sonuçlarda; kızların erkeklerden daha depresif oldukları, daha fazla fobik kaygı yaşadıkları, daha çok genel kaygı yaşadıkları, daha fazla kişilerarası duyarlılık gösterdikleri, daha fazla obsesif- kompulsif oldukları, daha yaygın somatik sorunları olduğu ve daha yaygın paranoid düşüncelere sahip oldukları, daha psikotik oldukları, daha fazla uyku sorunları, yeme sorunları olduğu ve daha fazla suçluluk yaşadıkları, genel ölçekten elde edilen puanda da daha yüksek puana sahip oldukları görülmektedir. Sadece öfke-düşmanlık boyutunda kızlar ve erkekler arasında fark anlamlı görülmemiştir. Yani, kızların mide-bağırsak şikâyetleri, kendilerini küçük görme ve yetersizlik hisleri, karamsarlık ve intihar düşünceleri, takıntılı düşünceler ve bunlara eşlik eden

hareketler, sınırlılık ve gerginlik, belirli nesnelere karşı ısrarlı korku duyma, şüphecilik ve büyüklük algıları, içe kapanma ve yalnızlık, iştah kaybı ve suçluluk gibi belirtileri çok daha fazla yaşadıkları görülmektedir. Bu çevrede öfke-düşmanlık boyutu açısından yani düşmanlık ve küskünlük hislerini yaşamları açısından kızlar ve erkekler arasında farklılık yoktur. Bu bulgulara göre, kızların en acil yardıma gereksinmesi olan kişiler olduğu görülmektedir.

Dökmen ve Kışlak engelli öğrencilerin demografik özelliklerinin (cinsiyet, yaş, medeni durumu, mezun olunan lise türü, kardeş sayısı vb.), diğer bazı özelliklerin (boş zaman faaliyetleri, barınma biçimleri, gelecekle ilgili düşünceleri vb.), üniversitede yaşadıkları sorunlarının ve psikolojik sorunlarının belirlenmesi ve engelli olmayan öğrencilerle karşılaştırılması amacıyla yaptıkları araştırmada; engelli olan ve olmayan öğrencilerin genelde benzer oldukları, ancak az sayıda özellikleri ve sorunları bakımından farklılık gösterdiklerini bulmuştur. Engelliler daha az ev işi yapıp, daha az sinemaya tiyatroya gitmekte, daha az kitap okumakta ve sosyal etkinliklere daha az katılmaktadırlar. Engelliler sınavlarla, engelli olmayanlar da fakülte idari personeliyle daha çok sorun yaşadıklarını bildirmişlerdir; engelli öğrencilerin kütüphane hizmetleriyle ve yemekhane de ilgili sorunları biraz daha fazladır. Ankette ele alınan sorunların ne kadarının yaşandığı bakımından engelli olan öğrencilerle engelli olmayan öğrenciler arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir, iki grup öğrencinin bu sorunları benzer düzeylerde yaşadıkları anlaşılmaktadır.

2. YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmada, Üsküdar Üniversitesinde , Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Çocuk Gelişimi ve Sosyal Hizmet bölümlerinde eğitim gören katılımcıların depresif belirti düzeyleri ve depresif belirti düzeylere etki eden değişkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Var olan çalışmaların ışığında bu çalışmada üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ile kişinin özellikleri arasındaki ilişkilerin etkisi araştırılmıştır. Konu ile ilgili daha önce yapılan araştırma sonuçlarına göre kişilerin yaşadıkları boşanma, iş veya sevilen birinin kaybı gibi olumsuz yaşam olaylarının gösterdikleri depresif belirti düzeyleri üzerinde etkisi bulunmaktadır. Ayrıca farklı araştırmalarda kişilik özelliklerinin de depresif belirtiler üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Bu nedenle bu çalışmada kişilerin gösterdiği depresif belirtiler üzerinde yaşadıkları olumsuz yaşam olaylarının bir etkisinin olup olmadığı ve kişilerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin, kontrol odaklarının bu ilişkide bir rolü olup olmadığı boylamsal tipte bir araştırma deseni içinde araştırılmıştır.

Araştırma örneklemini için Üsküdar Üniversitesinde, Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Çocuk Gelişimi ve Sosyal Hizmet bölümlerinde öğrenim gören ve üniversiteye geldiklerinde geçirdikleri ilk dönemin incelenmesinin araştırma amacına uygun olacağı düşünülmüştür. Katılımcıların üniversiteye başladıkları ilk dönemde yaşadıkları yaşam olaylarının yine bu dönemde gösterdikleri depresif belirtiler üzerine etkisinin ölçülmesi düşünülmüştür.

2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmaya katılan kişilerin sosyo-demografik bilgilerini alabilmek amacıyla araştırmacı tarafından bir form hazırlanmıştır. Form 38 maddeden oluşmaktadır. Bazı maddeler çoktan seçmeli bazı maddelerse açık uçlu soru şeklindedir.

Çalışmada SCL-90 psikolojik belirti ölçeği kullanılmıştır. Hem klinik hem de araştırma durumlarında, deneklerin ruhsal belirtilerinin dağılımını ve şiddetini belirlemek için ilk kez 1974'te Derogatis (1977) tarafından geliştirilmiş ve gözden geçirilmiştir. Ölçek 'hiç' ile 'çok fazla' arasında beşli likert tipinde cevaplanan 90 madde ve 10 alt birimden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir.

Beck Depresyon Envanteri; depresyonun duygusal, bilişsel ve motivasyonel semptomlarının kişinin kendi tarafından bildirildiği bir ölçektir (Hisli, 1988; akt., Özlale, 1999). Ölçek dört alternatif içeren 21 maddeden oluşmaktadır.

Katılımcılardan son hafta içerisindeki duygularını bildirmeleri istenmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan depresyonun ciddiyetini ifade etmektedir. 0 ile 9 puan arasında alanlar depresif olmayan, 10 puan ile 18 puan arasında alanlar hafif depresif olan, 19 puan ile 25 puan arasında alanlar ılımlı depresif olan ve 26 puan ve üzerinde alanlar ise şiddetli depresif olarak tanımlanmaktadır.

2.4. EVREN VE ÖRNEKLEM

Bu çalışmanın amacı Üsküdar Üniversitesinde, Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Çocuk Gelişimi ve Sosyal Hizmet bölümlerinde eğitim gören katılımcıların oluşturmaktadır. 2015-2016 döneminde bu bölümlerde eğitim gören 230 öğrenciye tam sayım yapılarak anket çalışması uygulanmıştır. Analizler sırasında 14 adet anketin geçersiz olduğu tespit edilip çalışmadan çıkartılmıştır. Bu sonuçlara göre 216 adet geçerli anket ile çalışma bulguları ortaya konmuştur.

2.5. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

Çalışmada Beck Depresyon ile SCL-90 yapı geçerliliği için psikolojik belirti ölçeklerinin ilk önce güvenilirlik ve ardından geçerlilik testleri yapılmıştır. Beck Depresyon ile SCL-90 ölçeklerin ilk önce Alpha analizi ardından Faktör Analizi uygulaması yapılmıştır.

Çıkan sonuçlara göre SC-90 ve BDÖ ölçek toplam puanı yeniden hesaplanarak analizlere geçilmiştir. Bağımsız ikili Gruplar İçin t Testi ve 3 ve üstü grupları için varyans analizinden yararlanıldı. İkili grupların karşılaştırılması için Sidak ikili karşılaştırma tespit uygulandı. Tüm alt ölçek puanlarının ile korelasyonu için Pearson Korelasyon Analizi ve takibinde ise regresyon analizi uygulandı.

Analizlere başlamadan önce verilerin birtakım varsayımlara uygunluğu araştırıldı. Normal dağılıma uygunluğun analizi için “Kolmogorov Smirnov Normallik Testi”, homojen varyans varsayımının uygunluğu içinse “Levene Test İstatistiği” kullanıldı. İlgili verilerin analizinde varsayımların sağlanıp sağlanmadığı ve verilerin yapısı göz önünde bulundurularak uygulanacak teste karar verildi. Sürekli değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama ve standart sapma şeklinde, kategorik değişkenler

ise yüzde ve frekans şeklinde gösterilmiştir.

Bu çalışmada istatistiksel analizler SPSS 22.0 istatistiksel paket programı kullanılarak yapılmıştır. Test sonuçlarında elde edilen p değerleri, $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3. BULGULAR

3.1. Güvenilirlik ve Geçerlik

Çalışmada kullanılan Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi ölçeklerinin güvenilirlik ve geçerlilik testlerine ait bulgular bu bölümde verilmektedir.

Beck depresyon ölçeği (**BDÖ**) ile ilgili 21 adet ifadenin güvenilirliğinin test edilmesi amacı ile Co. Alpha analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda Co. Alpha katsayısı 0,86 olarak tespit edilmiştir. Elde edilen katsayı yeterli düzeyde güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizi sonucunda tek temel boyut tespit edilmiştir. Bu boyut BDÖ (depresyon boyutu) olarak adlandırılmıştır. Faktör analizinde hesaplanan KMO örneklem yeterlilik katsayısı 0,81 olarak tespit edilmiştir. Açıklanan toplam varyans %82 olarak hesaplanmıştır.

Psikolojik tarama listesi (**SCL**) ile ilgili 90 adet ifadenin güvenilirliğinin test edilmesi amacı ile Co. Alpha analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda Co. Alpha katsayısı 0,82 olarak tespit edilmiştir. Elde edilen katsayı yeterli düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir.

Faktör analizi sonucunda tek temel boyut tespit edilmiştir. Bu boyut SCL (Psikolojik belirti tarama) olarak adlandırılmıştır. Faktör analizinde hesaplanan KMO örneklem yeterlilik katsayısı 0,88 olarak tespit edilmiştir. Açıklanan toplam varyans %79 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 3.1. Ölçeklerin Değerlendirilmesi

İfadeler	Açıklanan Varyans	Güvenilirlik	KMO	Ortalama	S.Sapma
BDÖ	%82	0,86	0,81	12,93	7,14
SCL	%79	0,82	0,88	86,73	53,94

Elde edilen sonuçlara göre Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi ölçeklerinin güvenilirlik ve geçerlilik yapılarının sağlandığı ve sonuç olarak ölçeklerin bilimsel manada geçerli oldukları gözlemlenmiştir

3.2. Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi ölçekleri arasındaki ilişkilerin belirlenmesi

Çalışmamızdaki araştırma problemlerinden biri de Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi boyutları arasındaki ilişki olup olmadığının tespit edilmesidir. Boyutların kendi ilişkilerinin tespit edilmesi istenmiştir. Yapılan korelasyon analizi sonucunda elde edilen korelasyon kat sayıları (r) ve önem dereceleri (p) bir matris şeklinde aşağıdaki gibi sunulmuştur

Tablo:3.2 Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi boyutları arasındaki ilişki

Boyutlar		BDÖ	SCL
BDÖ	r	1	
	p		
	n	216	
SCL	r	,868**	1
	p	,000	
	n	216	216

Elde edilen sonuçlara göre Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi

boyutları arasında çok güçlü, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,868$, $p<0,01$). Özetle Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi boyutları arasında doğru orantılı ve güçlü bir ilişki vardır. Kişinin depresyon durumundaki artışlar benzer düzeye yakın şekilde p Psikolojik belirti düzeyini de arttıracakı görülmektedir. Tam tersi olarak Psikolojik belirti düzeyinin artışı kişinin depresyon seviyesinde artışlara neden olacağı görülmektedir($r=0,868$, $p<0,01$).

3.3. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ VE PSİKOLOJİK TARAMA LİSTESİ ÖLÇEKLERİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

3.3.1. Cinsiyet

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetlerinin BDÖ- SCL ölçekleri üzerine olan etkilerinin araştırılması adına t testi analizi uygulaması yapılmıştır. Elde edilen bulgular tabloda özet şekilde verilmiştir.

Tablo 3.3 Cinsiyet ve BDÖ- SCL

Boyutlar	cinsiyet	n	Ortalama	S.sapma	t	p
BDÖ	Kadın	172	12,88	7,60	-0,21	0,83
	Erkek	44	13,14	5,10		
SCL	Kadın	172	85,90	53,14	-0,46	0,65
	Erkek	44	90,02	52,63		

Sonuçlara göre kadın ve erkek bireylerin Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanları bir birlerinden farksız olarak tespit edilmiştir($p>0,05$). Kadın ve erkeklerin depresyon düzeyleri ve psikolojik belirti düzeyleri bir birlerinden farksız olarak tespit edilmiştir.

3.3.2. Hayatınızdan Memnun Musunuz?

Çalışmaya katılan bireylerin hayatlarından memnun olup olmama durumlarının BDÖ- SCL ölçekleri üzerine olan etkilerinin araştırılması adına t testi analizi uygulaması yapılmıştır. Elde edilen bulgular tabloda özet şekilde verilmiştir.

Tablo 3.4. Hayatınızdan Memnun Musunuz? Ve BDÖ- SCL

Boyutlar	Hayatınızdan Memnun Musunuz?	n	Ortalama	S.sapma	t	p
BDÖ	Evet	185	11,29	5,91	-10,01	0,00
	Hayır	31	22,77	5,96		
SCL	Evet	185	75,61	47,17	-8,78	0,00
	Hayır	31	153,16	33,47		

Elde edilen sonuçlara göre hayatından memnun olan ve olamayan bireylerin ortalama Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanları bir birlerinden farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılığın sebebi hayatından memnun olan bireylerin ortalama Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanları memnun olmayan bireylere göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Hayatından memnun olan bireylerin depresyon seviyeleri ve psikolojik belirtileri, hayatından memnun olmayan bireylere göre daha düşük düzeylerde olduğu gözlemlenmiştir.

3.3.3. Kolay Arkadaş Edinir Misiniz?

Çalışmaya katılan bireylerin Kolay Arkadaş edinme durumlarının BDÖ- SCL ölçekleri üzerine olan etkilerinin araştırılması adına t testi analizi uygulaması

yapılmıştır. Elde edilen bulgular tabloda özet şekilde verilmiştir.

Tablo 3.5. Kolay Arkadaş Edinme Ve BDÖ- SCL

Boyutlar	Kolay Arkadaş Edinir misiniz?	n	Ortalama	S.sapma	t	p
BDÖ	Evet	169	13,07	7,62	0,51	0,61
	Hayır	47	12,47	5,15		
SCL	Evet	169	88,41	56,28	0,88	0,38
	Hayır	47	80,70	38,55		

Elde edilen sonuçlara göre kolay arkadaş edinen ve edinmeyen bireylerin ortalama Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanları bir birlerinden farksız olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$). Kolay arkadaş edine bilen ve kolay arkadaş edinmeyen bireylerin depresyon seviyeleri ve psikolojik belirtilerinin bir birlerine benzer düzeylerde olduğu gözlemlenmiştir.

3.3.4. Geleceğiniz İçin Plan Yapma Ve Boyutlar

Çalışmaya katılan bireylerin geleceğiniz için plan yapma durumlarının BDÖ-SCL ölçekleri üzerine olan etkilerinin araştırılması adına t testi analizi uygulaması yapılmıştır. Elde edilen bulgular tabloda özet şekilde verilmiştir.

Tablo 3.6. Geleceğiniz İçin Plan Yapma Ve Boyutlar

Boyutlar	Geleceğiniz İçin Plan Yapıyor	n	Ortalama	S.sapma	t	p
----------	-------------------------------	---	----------	---------	---	---

	musunuz ?					
BDÖ	Evet	206	12,56	6,97	-4,33	0,00
	Hayır	10	24,00	0,00		
SCL	Evet	206	83,89	51,41	-4,50	0,00
	Hayır	10	171,57	11,57		

Elde edilen sonuçlara göre gelecek ile ilgili plan yapan ve yapmayan bireylerin alama Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanları bir birlerinden farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılığın sebebi plan yapan bireylerin ortalama Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanları plan yapmayan bireylere göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Geleceğe ilgili plan yapan bireylerin depresyon seviyeleri ve psikolojik belirtileri, gelecekle ilgili plan yapmayan bireylere göre daha düşük düzeylerde olduğu gözlemlenmiştir.

3.3.5. Son Zamanlarda Kendiniz Mutsuz Hissettiğiniz Oldu Mu? Ve Boyutlar

Çalışmaya katılan bireylerin son zamanlarda mutsuz hissetme durumlarının BDÖ- SCL ölçekleri üzerine olan etkilerinin araştırılması adına t testi analizi uygulaması yapılmıştır. Elde edilen bulgular tabloda özet şekilde verilmiştir.

Tablo 3.7 Son Zamanlarda Kendiniz Mutsuz Hissettiğiniz Oldu Mu? Ve Boyutlar

Boyutlar	Son Zamanlarda Kendiniz mutsuz hissettiğiniz oldu mu ?	n	Ortalama	S.sapma	t	p
	Hiç	18	11,28	8,24	0,75	0,46

BDÖ	Bazen	138	10,26	4,97		
SCL	Hiç	18	77,33	58,01	0,70	0,48
	Bazen	138	69,29	43,99		

Son zamanlarda kendini bazen veya hiç olacak şekilde kendini mutsuz hisseden bireylerin Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanları bir birlerinden farksız olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$). Kendini mutsuz hissetme durumunun bazen veya hiç olması durumu bireylerin depresyon seviyeleri ve psikolojik belirtileri üzerinde etkili değildir.

3.3.6. Medeni Hal

Çalışmaya katılan bireylerin medeni hallerinin BDÖ- SCL ölçekleri üzerine olan etkilerinin araştırılması adına t testi analizi uygulaması yapılmıştır. Elde edilen bulgular tabloda özet şekilde verilmiştir.

Tablo 3.7. Medeni Durum Ve Boyutlar

Boyutlar	Medeni Durumunuz	n	Ortalama	S.sapma	t	p
BDÖ	Evli	13	8,77	1,48	-2,19	0,03
	Bekar	203	13,20	7,29		
SCL	Evli	13	56,08	25,99	-2,17	0,03
	Bekar	203	88,70	53,66		

Sonuçlara göre katılımcıların medeni durumlarının evli veya bekâr olma durumlarının Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanları bir birlerinden farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılığın sebebi evli bireylerin

ortalama Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanları bekâr bireylere göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Evli bireylerin depresyon seviyeleri ve psikolojik belirtileri, bekâr bireylere göre daha düşük düzeylerde olduğu gözlemlenmiştir.

3.3.7. Okuduğunuz Bölümden Memnun Musunuz?

Çalışmaya katılan bireylerin okudukları bölümden memnun olma durumlarının BDÖ- SCL ölçekleri üzerine olan etkilerinin araştırılması adına t testi analizi uygulaması yapılmıştır. Elde edilen bulgular tabloda özet şekilde verilmiştir.

Tablo 3.8. Bölümden Memnun Olma Ve Boyutlar

Boyutlar	Okuduğunuz Bölümden Memnun Musunuz ?	n	Ortalama	S.sapma	t	p
BDÖ	Evet	200	12,69	7,24	-2,45	0,02
	Hayır	16	16,06	5,13		
SCL	Evet	200	85,05	52,29	-1,51	0,14
	Hayır	16	107,81	58,28		

Elde edilen sonuçlara okuduğu bölümlerden memnun olan ve olmayan bireylerin alama Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanları bir birlerinden farklı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Farklılığın sebebi bölümlerden memnun olan bireylerin ortalama Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanları bölümlerden memnun olmayan bireylere göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Okuduğu bölümlerden memnun olan bireylerin depresyon seviyeleri ve psikolojik belirtileri, okuduğu bölümlerden memnun olmayan bireylere göre daha düşük düzeylerde olduğu gözlemlenmiştir.

3.3.8. 0-1 Yaş Arası Bakımını Kim Yapmış ve Boyutlar

Çalışmaya katılan 0-1 Yaş Arası Bakımını Kimin yaptığı BDÖ- SCL ölçekleri üzerine olan etkilerinin araştırılması adına varyans analizi (ANOVA) uygulaması yapılmıştır. Eğer farklılıklar varsa eğer bu farklılıkları tespit etmek için Tukey Post. Hoc testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular tabloda özet şekilde verilmiştir.

Tablo 3.9. 0-1 Yaş Arası Bakımını Kim Yapmış ve Boyutlar

Boyutlar	0-1 Yaş Arası Bakımını Kim Yapmış	n	Ortalama	S.sapma	F	p	Post Hoc.
BDÖ	Anne (1)	80	11,11	5,58	6,13	0,00	1-2<3
	Anne-Baba (2)	124	13,65	7,65			
	Diğer (3)	12	17,67	8,19			
SCL	Anne (1)	80	78,51	46,08	2,32	0,10	
	Anne-Baba (2)	124	89,83	53,76			
	Diğer (3)	12	109,58	77,80			

Varyans analizi sonuçlarına göre 0-1 Yaş Arası Bakımını Anne, anne-baba veya diğer kişilerin yapma durumunun bireylerin alama Beck depresyon ölçeği puanlarının bir birlerinden farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılığın sebebi araştırılmak amacı ile uygulanan Tukey testi sonucunda 0-1 Yaş Arası Bakımını

Anne, anne-baba yapan bireylerin ortalama Beck depresyon ölçeği 0-1 Yaş Arası Bakımını diğer kişilerin yaptığı bireylere göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Kısacası sonucunda 0-1 Yaş Arası Bakımını Anne, anne-baba yapan bireylerin depresyon düzeylerinin, 0-1 Yaş Arası Bakımını diğer kişilerin yaptığı bireylere göre daha düşük seviyelerde olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada 0-1 Yaş Arası Bakımını Anne, anne-baba veya diğer kişilerin yapma durumunun bireylerin alama Psikolojik tarama listesi puanlarının bir birlerinden farksız olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$).

3.3.9. Çocukluğunuzda Kim Tarafından Yetiştirildiniz?

Çalışmaya katılan bireylerin çocukluk yıllarında kimin tarafından yetiştirilme durumlarının BDÖ- SCL ölçekleri üzerine olan etkilerinin araştırılması adına varyans analizi (ANOVA) uygulaması yapılmıştır. Eğer farklılıklar varsa eğer bu farklılıkları tespit etmek için Tukey Post. Hoc testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular tabloda özet şekilde verilmiştir.

Tablo 3.10 Çocukluğunuzda Kim Tarafından Yetiştirildiniz? ve Boyutlar

	Çocukluğunuzda Kim Tarafından Yetiştirildiniz?	n	Ortalama	S.sapma	F	p	Post Hoc.
BDÖ	Anne (1)	118	11,95	6,24	5,33	0,00	2,1<3
	Anne-Baba (2)	87	14,79	7,88			
	Diğer (3)	11	6,37	6,71			
SCL	Anne (1)	118	85,64	49,02	0,45	0,45	
	Anne-Baba (2)	87	89,03	59,93			
	Diğer (3)	11	70,62	35,36			

Varyans analizi sonuçlarına göre çocukluk yıllarında Anne, anne-baba veya diğer kişiler tarafından yetiştirilme durumunun bireylerin alama Beck depresyon ölçeği puanlarının bir birlerinden farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılığın sebebi araştırılmak amacı ile uygulanan Tukey testi sonucunda çocukluk yıllarında Anne, anne-baba tarafından yetiştirilen bireylerin ortalama Beck depresyon ölçeği diğer kişilere bireylere göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Kısacası sonucunda çocukluk yıllarında Anne, anne-baba tarafından yetiştirilen bireylerin depresyon düzeylerinin, diğer kişiler tarafından yetiştirilen bireylere göre daha düşük seviyelerde olduğu tespit edilmiştir.

Çocukluk yıllarında Anne, anne-baba veya diğer kişilerin tarafından yetiştirilme durumunun bireylerin alama Psikolojik tarama listesi puanlarının bir birlerinden farksız olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$). Anne, anne-baba veya diğer kişiler tarafından yetiştirilmenin psikolojik belirtiler üzerinde etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

3.3.10. Çocukluğunuzda görülen ilgi düzeyi ve boyutlar

Çalışmaya katılan bireylerin çocukluk yıllarında gördüğü ilgi düzeylerinin BDÖ- SCL ölçekleri üzerine olan etkilerinin araştırılması adına varyans analizi (ANOVA) uygulaması yapılmıştır. Eğer farklılıklar varsa eğer bu farklılıkları tespit etmek için Tukey Post. Hoc testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular tabloda özet şekilde verilmiştir.

Tablo 3.11. Çocukluğunuzda görülen ilgi düzeyi ve boyutlar

Boyutlar	İlgi	n	Ortalama	S.sapma	F	p	Post Hoc.
BDÖ	Aşırı (1)	35	13,75	7,54	6,63	0,00	2,1>3
	Yeterince (2)	170	10,19	3,97			

	Az (3)	11	6,86	1,46			
SCL	Aşırı (1)	35	94,64	53,85	11,53	0,00	2,1>3
	Yeterince (2)	170	59,47	35,85			
	Az (3)	11	31,57	1,13			

Varyans analizi sonuçlarına göre çocukluk yıllarında gördüğü ilgi düzeylerinin Beck depresyon ve Psikolojik tarama listesi puanlarının ölçeği puanlarının bir birlerinden farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılığın sebebi araştırılmak amacı ile uygulanan Tukey testi sonucunda çocukluk yıllarında gördüğü ilgi düzeylerinin aşırı ve yeterince olduğunu düşünen bireylerin ortalama Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanlarının ilgi düzeyinin az olduğunu düşünen bireylere göre daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Kısacası çocukluk yıllarında gördüğü ilgi düzeylerinin aşırı ve yeterince olduğunu düşünen bireylerin depresyon düzeylerinin ve psikolojik belirtiler düzeyinin ilgi düzeyi az olan bireylere göre daha yüksek seviyelerde olduğu tespit edilmiştir.

3.3.11. Çocukluğunuzdaki Disiplin Düzeyi Ve Boyutlar

Çalışmaya katılan bireylerin çocukluk yıllarındaki disiplin düzeylerinin BDÖ-SCL ölçekleri üzerine olan etkilerinin araştırılması adına varyans analizi (ANOVA) uygulaması yapılmıştır. Eğer farklılıklar varsa eğer bu farklılıkları tespit etmek için Tukey Post. Hoc testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular tabloda özet şekilde verilmiştir.

Tablo 3.12. Çocukluğunuzdaki Disiplin Düzeyi Ve Boyutlar

Boyut	Disiplin	n	Ortalama	S.sapma	F	p	Post Hoc.
-------	----------	---	----------	---------	---	---	-----------

BDÖ	Aşırı (1)	43	13,65	6,17	0,51	0,60	
	Yeterince (2)	150	12,91	7,74			
	Az (3)	23	11,78	4,28			
SCL	Aşırı (1)	43	100,02	50,90	4,28	0,02	1>2>3
	Yeterince (2)	150	86,93	54,45			
	Az (3)	23	60,61	36,19			

Varyans analizi sonuçlarına göre çocukluk yıllarındaki disiplin düzeylerinin Psikolojik tarama listesi puanlarının ölçeceği puanlarının bir birlerinden farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılığın sebebi araştırılmak amacı ile uygulanan Tukey testi sonucunda çocukluk yıllarında gördüğü disiplin düzeylerinin aşırı ve yeterince olduğunu düşünen bireylerin ortalama Psikolojik tarama listesi puanlarının düzeyinin az olduğunu düşünen bireylere göre daha yüksek olmasından ve aşırı disiplin olduğunu düşünen bireylerin yeterince disiplin olduğunu düşünen bireylere göre daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Kısacası sonucunda çocukluk yıllarında gördüğü disiplin düzeylerinin aşırı ve yeterince olduğunu düşünen bireylerin psikolojik belirtiler düzeyinin ilgi düzeyi az olan bireylere göre daha yüksek seviyelerde olduğu tespit edilmiştir.

3.12. İçinde bulunduğunuz durumdan kurtulma veya daha iyi hissetme konusunda ümidinizin azaldığını veya tükendiğini hissettiğiniz oldu mu? Ve Boyutlar

Çalışmaya katılan bireylerin içinde bulunduğu durumdan kurtulma veya daha iyi hissetme konusunda ümitlerin azaldığını veya tükendiğini hissetme durumunun BDÖ- SCL ölçekleri üzerine olan etkilerinin araştırılması adına varyans analizi (ANOVA) uygulaması yapılmıştır. Eğer farklılıklar varsa eğer bu farklılıkları tespit

etmek için Tukey Post. Hoc testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular tabloda özet şekilde verilmiştir.

Tablo 3.13. İçinde bulunduğunuz durumdan kurtulma veya daha iyi hissetme konusunda ümidinizin azaldığını veya tükendiğini hissettiğiniz oldu mu? Ve Boyutlar

İçinde bulunduğunuz durumdan kurtulma veya daha iyi hissetme konusunda ümidinizin azaldığını veya tükendiğini hissettiğiniz oldu mu?		n	Ortalama	S.sapma	F	p	Post Hoc.
BDÖ	Hiç (1)	70	11,44	6,18	40,79	0,01	3>2-1
	Bazen (2)	99	11,76	6,22			
	Sıklıkla (3)	47	25,15	6,04			
SCL	Hiç (1)	70	74,27	45,70	26,27	0,01	3>2-1
	Bazen (2)	99	82,62	51,90			
	Sıklıkla (3)	47	161,89	27,47			

Varyans analizi sonuçlarına göre katılımcıların içinde bulunduğu durumdan kurtulma veya daha iyi hissetme konusunda ümitlerin azaldığını veya tükendiğini hissetme durumunun Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanlarının ölçeği puanlarının bir birlerinden farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılığın sebebi araştırılmak amacı ile uygulanan Tukey testi sonucunda içinde bulunduğu durumdan kurtulma veya daha iyi hissetme konusunda ümitlerin azaldığını veya tükendiğini sıklıkla hisseden bireylerin ortalama Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanlarının içinde bulunduğu durumdan kurtulma veya daha iyi

hissetme konusunda ümitlerin azaldığını veya tükendiğini hiç veya bazen hisseden gruba göre daha yüksek olduğundan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Kısacası katılımcıların içinde bulunduğu durumdan kurtulma veya daha iyi hissetme konusunda ümitlerin azaldığını veya tükendiğini hissetme durumunun depresyon ve Psikolojik belirtiler üzerinde etkili olduğu görülmüştür.

3.3.13. Çocukluğunuzda Ailenizin Durumu Nasıldı? Ve Boyutlar

Çalışmaya katılan bireylerin çocukluk yıllarında ailelerinin durumlarının BDÖ- SCL ölçekleri üzerine olan etkilerinin araştırılması adına varyans analizi (ANOVA) uygulaması yapılmıştır. Eğer farklılıklar varsa eğer bu farklılıkları tespit etmek için Tukey Post. Hoc testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular tabloda özet şekilde verilmiştir.

Tablo 3.14 Çocukluğunuzda Ailenizin Durumu Nasıldı? Ve Boyutlar

Boyutlar	Çocukluğunuzda Ailenizin Durumu Nasıldı?	n	Ortalama	S.sapma	F	p
BDÖ	Birlikte	190	12,05	6,21	0,51	0,60
	Boşanmış	12	10,00	5,22		
	Parçalanmış	14	27,50	3,63		
SCL	Birlikte	190	81,22	50,20	0,45	0,72
	Boşanmış	12	74,75	36,83		
	Parçalanmış	14	171,93	13,38		

Katılımcıların Çocukluk yıllarında ailelerinin birlikte, boşanmış veya parçalanmış olma durumlarının bireylerin Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanlarının bir birlerinden farksız olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Çocukluk yıllarında ailelerinin birlikte, boşanmış veya parçalanmış olma durumlarının bireylerin depresyon ve Psikolojik belirti düzeylerinin bir birine benzer seviyelerde olduğu görülmektedir.

3.3.14. Bölüm ve Boyutlar

Çalışmaya katılan bireylerin okudukları bölümlerin BDÖ- SCL ölçekleri üzerine olan etkilerinin araştırılması adına varyans analizi (ANOVA) uygulaması yapılmıştır. Eğer farklılıklar varsa eğer bu farklılıkları tespit etmek için Tukey Post. Hoc testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular tabloda özet şekilde verilmiştir.

Tablo 3.15. Bölüm Ve Boyutlar

Boyutlar	Bölüm	n	Ortalama	S.sapma	F	p
BDÖ	Sağlık Kurumları İşletmeciliği	23	12,09	6,94	1,59	0,21
	Çocuk gelişimi	172	13,34	7,33		
	Sosyal Hizmet	21	10,57	5,34		
SCL	Sağlık Kurumları İşletmeciliği	23	89,83	58,14	0,69	0,50
	Çocuk gelişimi	172	87,89	53,31		
	Sosyal Hizmet	21	73,90	43,84		

Katılımcıların bölümlerinin Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Çocuk Gelişimi ve Sosyal Hizmet olması durumunun Beck depresyon ölçeği” ve Psikolojik tarama listesi puanlarının bir birlerinden farksız olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$). Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Çocuk Gelişimi ve Sosyal Hizmet bölümlerinde eğitim gören bireylerin depresyon ve Psikolojik belirti düzeylerinin bir birine benzer seviyelerde olduğu görülmektedir.

4. TARTIŞMA

Çalışmada kullanılan Beck depresyon ölçeği (**BDÖ**) ile ilgili 21 adet ifadenin güvenilirliğinin test edilmesi amacı ile uygulana Alpha analizi sonucunda Co. Alpha katsayısı 0,86 olarak tespit edilmiştir. Elde edilen katsayı yeterli düzeyde güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizi sonucunda tek temel boyut tespit edilmiştir. Bu boyut BDÖ (depresyon boyutu) olarak adlandırılmıştır. Faktör analizinde hesaplanan KMO örneklem yeterlilik katsayısı 0,81 olarak tespit edilmiştir. Açıklanan toplam varyans %82 olarak hesaplanmıştır. Psikolojik tarama listesi (**SCL**) ile ilgili 90 adet ifadenin güvenilirliğinin test edilmesi amacı ile Co. Alpha analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda Co. Alpha katsayısı 0,82 olarak tespit edilmiştir. Elde edilen katsayı yeterli düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir.

Faktör analizi sonucunda tek temel boyut tespit edilmiştir. Bu boyut SCL (Psikolojik belirti tarama) olarak adlandırılmıştır. Faktör analizinde hesaplanan KMO örneklem yeterlilik katsayısı 0,88 olarak tespit edilmiştir. Açıklanan toplam varyans %79 olarak tespit edilmiştir.

Elde edilen sonuçlara göre Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi boyutları arasındaki ilişkinin tespiti için yapılan analizler sonucunda; Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi boyutları arasında doğru orantılı ve güçlü bir ilişki vardır. Kişinin depresyon durumundaki artışlar benzer düzeye yakın şekilde psikolojik belirti düzeyini de arttıracakı görülmektedir ($r=0,868$, $p<0,01$).

Sonuçlara göre kişilerin depresif durumlarının psikolojik durumları üzerinde etkili olacağı görülmektedir. Kişinin depresyon düzeyi artarsa veya yüksekse doğru orantılı olarak göstereceği psikolojik belirti düzeyi de yükselecektir.

Katılımcıların cinsiyetleri incelendiğinde kadın ve erkek bireylerin Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanları bir birlerinden farksız olarak tespit edilmiştir ($p>0,05$). Genel olarak cinsiyetin tek başına depresyon üzerinde etkili bir faktör olmadığı görülmektedir. Kadın ve erkeklerin depresyon düzeyleri ve psikolojik belirti düzeyleri bir birlerinden farksız olarak tespit edilmiştir. Beklenin aksine kadın ve erkeklerin psikolojik belirti düzeylerinin benzer seviyelerde olduğu görülmüştür. İlerleyen çalışmalarda benzer etmenlere maruz kalan bireylerin cinsiyetlerinin depresyon düzeyleri ve psikolojik belirti düzeylerinin farklılığının incelenmesi düşünülebilir. Elde ettiğimiz bulgulara ek olarak cinsiyete göre yapılan karşılaştırmalar açısından ülkemizde yapılan araştırmalara bakıldığında, genel olarak çelişkili bulgulara rastlanmaktadır. Üniversite öğrencilerinin psikiyatrik semptom dağılımını araştıran Çuhadaroğlu (1993), depresyon düzeylerinin ve Psikolojik tarama listesi sonuçlarının cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığını belirtmektedir. Düzgün (1995)'e göre kız ve erkek öğrenci gruplarının psikolojik belirti düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.

Katılımcıların hayatından memnun olma ve olamama durumlarının Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanları bir birlerinden farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hayatından memnun olan bireylerin ortalama Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanları memnun olmayan bireylere göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Hayatından memnun olan bireylerin depresyon seviyeleri ve psikolojik belirtileri, hayatından memnun olmayan bireylere göre daha düşük düzeylerde olduğu gözlemlenmiştir. Hayatından memnun olma hali kişinin ruhsal durumunu etkileyen önemli bir durum olarak görülmektedir. Kişinin hayatından memnun olma durumu onun hem bedeni hem de ruhsal açıdan mutlu olduğunun ifadesi olarak görülebilir. Hayatından memnun olan kişilerin depresif düzeylerinin ve psikolojik belirti düzeylerinin hayatından memnun olmayan bireylere göre daha düşük olması öngörülebilir. Bu durum kişinin hayata bakış açısı, içinde bulunduğu zorluklar, ekonomik düzeyi, çalışma ve aile hayatı gibi etken faktörler ile açıklanabilir. Özetle hayatından memnun olma ve olamama

durumlarının depresyon ve psikolojik belirliler üzerinde oldukça etkili bir değişken olduğu görülmüştür.

Kolay arkadaş edinen ve edinmeyen bireylerin ortalama Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanları bir birlerinden farksız olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$). Kolay arkadaş edine bilen ve kolay arkadaş edinmeyen bireylerin depresyon seviyeleri ve psikolojik belirtilerinin bir birlerine benzer düzeylerde olduğu gözlemlenmiştir. Kişilerin sosyal düzlemde kolay olarak arkadaşlıklar kurması kişinin sosyal yönünün kuvvetli olduğunun bir ifadesidir. Kolay arkadaşlıklar kuran kişilerin yeni insanlar tanınması, bilgi ve fikir alış verişinde bulunması, farklı konularda farklı görüşlere bireylerin sosyal temas ile yeni görüşlerinin olması beklenir. Dolayısıyla kolay arkadaşlıklar kuran kişilerin sürekli ortaya çıkan sorunları paylaşarak farklı çözüm yolları araması, arkadaşlarından çözüm için ipuçları alması beklenir. Fakat çalışma bulgularına göre Kolay arkadaş edinme durumu kişinin depresyon ile psikolojik belirti düzeyi üzerinde etkili olmadığı görülmektedir.

Gelecek ile ilgili plan yapan bireylerin ortalama Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanları plan yapmayan bireylere göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Geleceğe ilgili plan yapan bireylerin depresyon seviyeleri ve psikolojik belirtileri, gelecekle ilgili plan yapmayan bireylere göre daha düşük düzeylerde olduğu gözlemlenmiştir($p<0,05$). Gelecek ile ilgili planlar yapan bireyleri daha az depresif ve daha düşük düzeyde psikolojik belirtilere sahip olduğu tespit edilmiştir. Gelecek ile ilgili plan yapan hedef koyan ve o hedeflere ulaşmak için çalışan bireylerin hayata bakışları, plan yapamayan bireylere göre farklı olacağı düşünülebilir. Çünkü gelecekte ne yapacağını bilen ve planlayan bireylerin kaygı, korku, stres düzeylerinin oldukça düşük olması beklenir. Bunun yanında gelecekte ne yapacağını bilemeyen bireylerin ise plan yapan bireylere göre daha yüksek oranda kaygı, korku, stres gibi belirtiler göstermesi ve depresyon düzeylerinin yükselmesi oldukça muhtemeldir.

Katılımcıların medeni durumlarının evli veya bekâr olma durumlarının Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanları bir birlerinden farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Evli bireylerin ortalama Beck depresyon ölçeği ve

Psikolojik tarama listesi puanları bekâr bireylere göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Evli bireylerin depresyon seviyeleri ve psikolojik belirtileri, bekâr bireylere göre daha düşük düzeylerde olduğu gözlemlenmiştir. Evli bireylerin genelde günlük hayatları belirli bir düzen içinde geçmektedir. Bireyler sorunlarını paylaşarak çözümlere kolay ulaşabilmektedir. Sağlıklı bir aile yapısı içinde anne, baba ve çocuklar bir birlerine sevgi bağı ile bağlıdırlar. Bu durum ortaya çıkan ve çıkabilecek sorunların çözümleri konusunda bireylere oldukça yardımcı olur. Stresli bir iş gününün ardından ev ortamında çocuğun anne ve babasına sarılması, eşlerin bir birinin sorunlarını çözmek için konuşması gibi durumlar kişinin sorunları çözmesine oldukça yardımcı olacaktır. Fakat bekar bireylerin çoğu bu imkanlara sahip değildir. Evli bireylerin depresyon seviyeleri ve psikolojik belirtilerinin bekarlara göre daha düşük olmasının sebeplerinden bir kaçının bunlar olacağı düşünülebilir.

Öğrencilerin öğrenim gördükleri bölümlerden memnun olma durumlarının Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanları bir birlerinden farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bölümlerden memnun olan bireylerin ortalama Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanları bölümlerden memnun olmayan bireylere göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Okuduğu bölümlerden memnun olan bireylerin depresyon seviyeleri ve psikolojik belirtileri, okuduğu bölümlerden memnun olmayan bireylere göre daha düşük düzeylerde olduğu gözlemlenmiştir. Öğrencilerin öğrenim gördükleri bölümlerden memnun olma durumlarının gelecek kaygıları ile ilişkili olduğu düşünülebilir. İş bulma durumu, gelir, takdir edilme, statü gibi birçok konu önlisans eğitimi ile doğrudan ilişkilidir. Öğrencilerin öğrenim gördükleri bölümlerden memnun olduğu durumlarda gelecek kaygılarının öğrenim gördükleri bölümlerden memnun olmayan öğrencilere göre daha düşük olacağını düşünülebilir. Haliyle öğrenim gördükleri bölümlerden memnun olan bireylerin depresyon ve kaygı düzeylerinin daha düşük olması beklenebilir.

Çocukluk yıllarında katılımcıların bakımlarını yapan bireylere göre, 0-1 Yaş Arası Bakımını anne, anne-baba yapan bireylerin depresyon düzeylerinin, 0-1 Yaş Arası Bakımını diğer kişilerin yaptığı bireylere göre daha düşük seviyelerde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Aile yapısının ve çocukluk yıllarının nasıl geçirildiğinin kişinin psikolojik durumunu etkileyen bir durum olduğu bilinmektedir. Bebeklik

çağında Normal bir yapı içinde anne ve baba tarafından yetiştirilen çocuklarda depresif seviyenin düşük olması beklenir. Tam tersi olarak anne, baba sevgisinden uzak kalmış olan bireylerin ise depresif eğilimlerinin olması öngörülebilir.

Çalışmada 0-1 Yaş Arası Bakımını anne, anne-baba veya diğer kişilerin yapma durumunun bireylerin alama Psikolojik tarama listesi puanlarının bir birlerinden farksız olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Çocukluk yıllarında Anne, anne-baba veya diğer kişiler tarafından yetiştirilme durumunun bireylerin alama Beck depresyon ölçeği puanlarının bir birlerinden farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Anne, anne-baba tarafından yetiştirilen bireylerin ortalama Beck depresyon ölçeği diğer kişilere bireylere göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Çocukluk yıllarında Anne, anne-baba tarafından yetiştirilen bireylerin depresyon düzeylerinin, diğer kişiler tarafından yetiştirilen bireylere göre daha düşük seviyelerde olduğu tespit edilmiştir. Aile birliğinin olduğu ve çocukluk yıllarında iyi şartlarda yetişen bireylerin psikolojik durumunu etkileyen bir durum olduğu bilinmektedir. İyi bir ortamda anne ve baba tarafından yetiştirilen çocuklarda depresif seviyenin düşük olması beklenir. Bebeklik çağında Anne, anne-baba veya diğer kişilerin tarafından yetiştirilen bireylerin depresif düzeyleri farklı olmasına rağmen psikolojik belirti düzeylerinin farksız olduğu görülmektedir. Bu durum kişilerin depresyon ile başa çıkma düzeylerinin bireylere göre farklı olduğunu göstermektedir. Ayrıca depresyon etkilerinin bireylere göre farklılıklar göstermesinden de kaynaklanabilir.

Çocukluk yıllarında Anne, anne-baba veya diğer kişilerin tarafından yetiştirilme durumunun bireylerin alama Psikolojik tarama listesi puanlarının bir birlerinden farksız olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$). Anne, anne-baba veya diğer kişiler tarafından yetiştirilmenin psikolojik belirtiler üzerinde etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

Çocukluk yıllarında gördüğü ilgi düzeylerinin Beck depresyon ve Psikolojik tarama listesi puanlarının ölçeği puanlarının bir birlerinden farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çocukluk yıllarında gördüğü ilgi düzeylerinin aşırı ve yeterince olduğunu düşünen bireylerin depresyon düzeylerinin ve psikolojik belirtiler düzeyinin ilgi düzeyi az olan bireylere göre daha yüksek seviyelerde olduğu tespit

edilmiştir. Çocukluk yıllarında az ilgi gördüğünün düşenen bireylerin öz güven düzeylerinin yeterli veya aşırı ilgi gördüğünü düşünen bireylere göre daha yüksek olması olasıdır. Bu bireyler hayatta karşılıklarına çıkan zorlukların üstemsinden gelme konusunda başarılı oldukları düşünülebilir. Bu öz güven ve kendi başının çaresine bakabilme durumunun depresyon ve Psikolojik belirtiler ile başa çıkılması konusunda da kişiye yardımcı olacağı öngörülmektedir.

Çocukluk yıllarındaki disiplin düzeylerinin Psikolojik tarama listesi puanlarının ölçeği puanlarının bir birlerinden farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çocukluk yıllarında gördüğü disiplin düzeylerinin aşırı ve yeterince olduğunu düşünen bireylerin ortalama Psikolojik tarama listesi puanlarının düzeyinin az olduğunu düşünen bireylere göre daha yüksek olmasından ve aşırı disiplin olduğunu düşünen bireylerin yeterince disiplin olduğunu düşünen bireylere göre daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Çocukluk yıllarında disiplin altında yetişen bireylerin ilerleyen yıllarda bir takım psikolojik belirtiler göstermesi beklenebilir. Korku, kaygı, aleksitimi, depresyon ve diğer psikolojik rahatsızlıklarının temelinde çocukluk yıllarına yaşanan durumların etken olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların içinde bulunduğu durumdan kurtulma veya daha iyi hissetme konusunda ümitlerin azaldığını veya tükendiğini hissetme durumunun Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanlarının ölçeği puanlarının bir birlerinden farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Katılımcıların içinde bulunduğu durumdan kurtulma veya daha iyi hissetme konusunda ümitlerin azaldığını veya tükendiğini hissetme durumunun depresyon ve Psikolojik belirtiler üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Kişinin tükenmişlik durumu zaten psikolojik düzeyinin iyi olmaması ve depresif düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. Kişinin kendini içinde bulunduğu durumdan kurtulma veya daha iyi hissetme durumu kişinin depresyonda olduğunu veya psikolojik belirti düzeyinin yüksek olmasından kaynaklandığı görülmektedir.'

Katılımcıların Çocukluk yıllarında ailelerinin birlikte, boşanmış veya parçalanmış olma durumlarının bireylerin Beck depresyon ölçeği ve Psikolojik tarama listesi puanlarının bir birlerinden farksız olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$). Çocukluk yıllarında ailelerinin birlikte, boşanmış veya parçalanmış olma durumlarının bireylerin depresyon ve Psikolojik belirti düzeylerinin bir birine benzer

seviyelerde olduğu görülmektedir.

Katılımcıların bölümlerinin Sağlık Kurumları İşletmeciliği, ocuk Gelişimi ve Sosyal Hizmet olması durumunun Beck depresyon leği ve Psikolojik tarama listesi puanlarının bir birlerinden farksız olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$). Sağlık Kurumları İşletmeciliği, ocuk Gelişimi ve Sosyal Hizmet bölümünde eğitim gören öğrencilerin depresyon ve Psikolojik belirti düzeylerinin benzer olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum bölümlerde eğitim gören öğrencilerin benzer seviyelerde sorunlar, zorluklar ve olum durumlar içinde kalmaları ve bu sorunlar, zorluklar ve olum durumlardan benzer düzeyde etkilenerek, depresyon ve Psikolojik belirti düzeylerinin farksızlığı görülmektedir.



KAYNAKÇA

- Akman, S.(2004). Stresin Nedenleri Ve Açıklayıcı Kuramlar. Türk Psikoloji Bülteni, 10 (34-35), 40-55.
- Akkök, F, Aşkar, P, Karancı, N.(1992). Özürlü Bir Çocuğa Sahip Anne-Babalardaki Stresin Yordanması. Özel Eğitim Dergisi, 1(2):8-12.
- Aksüt, M. (2001). Yeni Bin Yılın Yeni Eğitim Merkezleri (Oçem'ler) Ve Otistik Bireylerin Eğitimi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 3, Sayı 22, 2001, s.57-73.
- Aktaş, S. (2009).Eşlerden Birinin Kaygı Düzeyi ile Evlilik Uyumu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi.
- Akyüz, A. (2004). Huzurevi ve Evde Yaşayan Yaşlıların, Yalnızlık ve Depresyon Düzeyleri ile Sosyal Destek Sistemleri Açısından Karşılaştırılması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Alpaytaç, S. (2007). Otizm Üzerine Türkiye'den Bir Örnek Vaka İncelemesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi. Alper, Y. (2001).Depresyon Psikoterapisi.(1.baskı). İstanbul: Alfa Yayınları
- Alper,Y.(2001).Depresyon Psikoterapisi.(1.baskı). İstanbul: AlfaYayınları
- Altıntaş,(2011).Trabzon İl Merkezinde Otizm Tanısı ile Eğitim Gören Çocukların Ailelerinde Stres, Tükenmişlik Düzeyi Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisan Tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi.
- Amerikan Hekimler Birliği (2001). DSM 4 tanı ölçütleri başvuru el kitabı (KoroğluE. Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. Aşkın, R. (1999). Depresyon El Kitabı. İstanbul: Roche.
- Aydın, A. (2003): Farklı Gelişen Çocuklar, İstanbul: Epsilon Yayınları.27-28
- Aydın, B.(1990).Üniversite Öğrencilerinin Kaygı Düzeyleri İle Ders Çalışma Tutum Ve Alışkanlıklarının İncelenmesi. Türk Psikoloji Dergisi, 7 (25), 33-40.
- Batıgün, A.D. (2001). Depresyonda Bilişsel Davranışçı Terapiler. Türk Psikologlar Bülteni 7 (20), 16-31.
- Batur, S. (1998). Karışık Anksiyete-Depresyon Bozukluğu: Bir Gözden Geçirme. Türk Psikoloji Yazıları, 1 (1), 61- 71.
- Bıçak, N, (2009).Otizmlı çocukların annelerinin yaşadıklarının belirlenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi.
- Budak, S. (2000). Psikoloji sözlüğü. Bilim ve Sanat Yayınları. Ankara.

Bodur, Şahin Ve Şebnem Soysal. Otizmin Erken Tanısı Ve Önemi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, cilt 13, Sayı 10, 2004. 394-398

Çavuşoğlu, Elif Yeşim. (1990). Anksiyetenin Öğrenme Ve Belleğe Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir.

Cüceloğlu, Doğan, (1997). İnsan ve Davranışı, Remzi Kitabevi, İstanbul: S.276

Çevik A, Volkan VD. Depresyonun Psikodinamik Etiyolojisi. Depresyon Monografaları Serisi 1993;2:109-22.

Dağ, İ. (1999), "Psikolojinin Işığında Kaygı", Doğu Batı Düşünce Dergisi, (sayı:6), 179-186

Darıca, N., Abidoğlu, Ü. ve Gümüşçü, G. (2011). Otizm ve Otizmliler Çocuklar. Ankara: Özgür Yayınları.

Davison, C. G. ve Neale, J. M. (Ed.). (2004) Anormal Psikolojisi, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

ERAKTAN, P., Otizmde Tedavi Yaklaşımları, Sapiens, Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Dergisi, Yıl: 1, Sayı:1 Mayıs-Haziran 2005.

Erden, G. & Akçakın, M. (2001). Otizmi Olan Çocuklar ve Kardeşlerinin Davranış Sorunları ve Kişilik Özellikleri Örüntüleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 8 (1), 2-10

Eşref O. & Hartmann, C. (1999). *U.S. Patent No. 5,913,161*. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.

Fazlıoğlu, Y., Yurdakul, M. E. (2005): Otizm Otizmde Görsel İletişim Tekniklerinin Kullanımı, İstanbul: Morpa Kültür Yayınları.

Fırat, S. (2000). Otistik ve zihinsel çocukların annelerinde kaygı, depresyon, aleksitimi ve genel psikolojik değerlendirme. Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Fidanoğlu, O. (2006). Evlilik Uyumu, Mizah Tarzı ve Kaygı Düzeyi Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Geçtan, E. (2006) Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar. İstanbul: Metis Yayınları.

Geçtan (2000). Psikanaliz ve Sonrası, Remzi Kitabevi, (9. Basım). İstanbul: 49-50 - 325

Geçtan, Engin. (1981). Çağdaş Yaşam Ve Normal Dışı Davranışlar. Ankara: Maya Matbaacılık Yayıncılık. S:64

Kadak, M. (2011). Otistik Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Çocukların Ebeveynlerinde Kişilik Özellikleri, Emosyonel Yüz İfadelerini Tanıma ve Geniş Otizm Fenotip İlişkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, s 217

Karademas, E. C., & Kalantzi-Azizi, A. (2004). The stress process, self-efficacy expectations, and psychological health. *Personality and individual differences*, 37(5), 1033-1043.

Kayaalp, D.V.(2000). Otizm ve İletişim Problemi Olan Çocukların Eğitimi, İstanbul: Evrim Yayınevi.

Kırlı, S. (2000). Anksiyete Bozukluklarının Oluşumu ve Farmakolojik Tedavisi. Anksiyetenin Oluşumu Ve Anksiyete İle İlişkili Psikolojik Ve Fizyolojik Süreçler. Psikiyatri ve Sanat Yayınevi, Bursa: 1-10.

Kocabaşoğlu N. Stress ve Anksiyete, Ğ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2005;47:181-98.

Korkmaz B. (2001). Psikolojik Danışma ve Rehberlik Öğrencilerinin Boyun Eğici Davranış ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Korkmaz, B.(2005). Yağmur çocuklar. İstanbul: Kitap Matbaacılık.

Köknel, Özcan. (1988). Zorlanan İnsan. 2. Basım, Altın Kitaplar Yayınları, İstanbul (1997). Kaygıdan Mutluluğa Kişilik. 14. Basım, Altın Kitaplar Yayınevi.

Köknel, Ö. (1989). Depresyon: Ruhsal Çöküntü. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi. S.196

Köroğlu, E.(2013). Depresyon Nedir? Nasıl Baş Edilir? (4.Baskı). Ankara: Hekimler Yayım Birliği. s 11-46-72.

Kulaksızoğlu, A. (2003): Farklı Gelişen Çocuklar, İstanbul: Epsilon Yayınevi. s 81-92-96

Kutlu, Y. (2011). Farklı Gelişim Gösteren ve Normal Gelişim Gösteren Çocuk Sahibi Annelerin Düşmanlık, Saldırganlık, Kayıtsızlık, İhmal ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi

Küllü, Z. (2008). Özürlü Çocuk Sahibi Ebeveynlerde Depresyon Durumunun Değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi. Kayseri.

Öner, N. (1997). Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Türk Toplumunda Geçerliliği. Doçentlik Tezi, Hacettepe Üniversitesi. Özbey, Ç (2012) Dünden Bugüne Otizm. C-B Basımevi, İstanbul: s.15-17

Özbey, Ç(2005).: Otizm ve otistik çocukların eğitimi. İnkılap Kitabevi, İstanbul: No. s.13, 20, 29–58.

Özen, Y.,(2012). Varoluşçu Felsefeden Varoluşçu Psikolojiye (Birbirlerini Sürekli Yanlış Anlayanların Ontolojik Bütünlüğü). *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(5).

Özmen E, Aydemir Ö, Bayraktar E. Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar. 1. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1997. 117-9.

Özpoyraz,N., (2005). Anksiyete bozuklukları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları: www.psikiyatridizini.org (10.05.2015 tarihinde erişilmiştir).

Öztürk MO.(2008). Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, yenilenmiş. 11. Baskı, Ankara, Tuna Matbaacılık, s.452.

Öztürk, M.O.(1997). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Özyurt. CB, Deveci, A. Manisa’da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Depresif Belirti Yaygınlığı ve Aile İçi Şiddetle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010;21.

Saban.(2010).Zihinsel Engelli Kardeşi Olan ve Olmayan Benlik Saygısı ve Kaygı Durumlarının İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi

Savaşır, I. & Senar, Y. (1996). Depresyonun Bilişsel Davranışçı Tedavisi

Sayar, K. (2000). Varoluşçu Psikoloji Açısından Anksiyete. *Yeni Symposium*, 38 (2), 43-50.

Sencar,B.(2007).Otistik Çocuğa Sahip Ailelerin Algıladıkları Sosyal Destek Ve Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Dokuz Eylül Üniversitesi.

Süleymanoğlu, Y. (2003). Düzenli Olarak Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Hastaları ile Düzensiz Olarak Acilden Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının ve Normal Popülasyonun Depresyon ve Sosyal Destek Açısından Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.

Tan, O.(2008). Depresyon (1. Baskı) İstanbul:Timaş Yayınları.S. 136-137

Tohum Otizm Vakfı. [http:// www.tohumotizm.org.tr](http://www.tohumotizm.org.tr) .(14.04.2015 tarihinde erişilmiştir).

Tohum Otizm Vakfı. [http://www.tohumotizm.org.tr/egitim- yöntemleri](http://www.tohumotizm.org.tr/egitim-yöntemleri). (01.07.2015 tarihinde erişilmiştir).

Tunali, B. & Power, T.G. (1993). Creating Satisfaction: A Psychological Perspective on Stess and Coping in Families of Handicapped Children. *JournalChild Psychology and Psychiatry*, 34 (6), ss,949

Tükel, R., Alkın, T. (2006) (eds). Anksiyete Bozuklukları , Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi No:4, 1. Baskı, Ankara s: 41-143

Uçar, F. (2004). Streste Zihnin Rolü Ve Strese Bağlı Zihinsel/Ruhsal Hastalıklar. *Türk Psikoloji Bülteni*. 10 (34-35), 85-102.

Uğuz, Ş., Toros, F., Yazgan İnanç, B., Çolakkadıoğlu, O.(2004). Zihinsel ve/veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon Ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri*. 7: 42–47

Ünal, A. E. (2006). Sanat Eğitiminin Otizmlı Çocukların Duyusal Problemleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi

Weanar, C. (2003). Kaygı bozuklukları Ve Aşırı Kontrol, Stres Ve Stresle Başa Çıkma Yolları. Çeviren: Y Türköz. *Türk Psikoloji Bülteni*. 9, (30-31), 97-106.

Wing, L. (1993). Otizm el rehberi. Çeviren: Semra Kunt. Tohum Türkiye Otizm Erken Tanı ve Eğitim Vakfı.

Yıldırım F. (2010). Majör Depresyon Hastalarında Çocukluk Çağı Travmasının Dürtüsellik, Öfke ve İntihar Davranışı ile İlişkisi. *Psikiyatrik Uzmanlık Tezi*. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Has. Eğt. ve Arş. Hastanesi / 2. Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.

Yörükoğlu, A. (1998). Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar, İstanbul: Özgür Yayınları

Ek. 1, BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

Adı Soyadı : Cinsiyeti :
Bölümü : Yaşı :

- A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.
- E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.

3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- G- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.
- H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- İ- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- L- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- M- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.
- N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

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

R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

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

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

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

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
Evet Hayır

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK. 2, SCL-90-R (PSİKOLOJİK BELİRTİ TARAMA LİSTESİ)

SCL-90-R (Psikolojik Belirti Tarama Listesi)

ADI, SOYADI:..... YAŞ:CİNSİYETİ(E/K):
BÖLÜM :

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç : 0
Çok az : 1
Orta derecede : 2
Oldukça fazla : 3
İleri derecede : 4

Örnek: 1. (2) Baş ağrısı

	SCRL-90-R	HİÇ (0)	ÇOK AZ (1)	ORTA DEREC EDE (2)	ÇOK FAZLA (3)	İLERİ DEREC EDE (4)
1	Baş ağrısı					
2	Sinirlilik ya da içinin titremesi					
3	Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler					
4	Baygınlık ya da baş dönmesi					
5	Cinsel arzu ve ilginin kaybı					
6	Başkaları tarafından eleştirilme duygusu					
7	Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri					
8	Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu					
9	Olayları anımsamada güçlük					
10	Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler					
11	Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi					
12	Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar					
13	Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi					
14	Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali					
15	Yaşamınızın sonlanması düşünceleri					
16	Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma					
17	Titreme					
18	Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi					
19	İştah azalması					
20	Kolayca ağlama					
21	Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi					
22	Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi					
23	Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma					
24	Kontrol edilemeyen öfke patlamaları					

25	Evden dışarı yalnız çıkma korkusu					
26	Olanlar için kendisini suçlama					
27	Belin alt kısmında ağrılar					
28	İşlerin yapılmasında erteleme duygusu					
29	Yalnızlık hissi					
30	Karamsarlık hissi					
31	Her şey için çok fazla endişe duyma					
32	Her şeye karşı ilgisizlik hali					
33	Korku hissi					
34	Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali					
35	Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi					
36	Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu					
37	Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi					
38	İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak					
39	Kalbin çok hızlı çarpması					
40	Bulantı ve midede rahatsızlık hissi					
41	Kendini başkalarından aşağı görme					
42	Adale (kas) ağrıları					
43	Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi					
44	Uykuya dalmada güçlük					
45	Yaptığımız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme					
46	Karar vermede güçlük					
47	Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu					
48	Nefes almada güçlük					
49	Soğuk veya sıcak basması					
50	Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu					
51	Hiç bir şey düşünmeme hali					
52	Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması					
53	Boğazınıza bir yumru takınmış hissi					
54	Gelecek konusunda ümitsizlik					
55	Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük					
56	Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi					
57	Gerginlik veya coşku hissi					
58	Kol ve bacaklarda ağırlık hissi Aşırı yemek yeme					
59	Ölüm ya da ölme düşünceleri					
60	Aşırı yemek yeme					
61	İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma					
62	Size ait olmayan düşüncelere sahip olma					
63	Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması					
64	Sabahın erken saatlerinde uyanma					
65	Yıkanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali					
66	Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama					
67	Bazı şeyleri kırıp dökme hissi					
68	Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve					

	düşüncelerin olması					
69	Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme					
70	Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi					
71	Her şeyin bir yük gibi görünmesi					
72	Dehşet ve panik nöbetleri					
73	Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi					
74	Sık sık tartışmaya girme					
75	Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali					
76	Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu					
77	Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme					
78	Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme					
79	Değersizlik duygusu					
80	Size kötü bir şey olacaktıymış hissi					
81	Bağırma ya da eşyaları fırlatma					
82	Topluluk içinde bayılacağınız korkusu					
83	Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
84	84.Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması					
85	Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi					
86	Korkutucu türden düşünce ve hayaller					
87	Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi					
88	Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama					
89	Suçluluk duygusu					
90	Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi					

EK. 3, SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Ad, Soyadı;

2. Yaşınız?

3. Cinsiyet

A) Erkek B) Kadın

4. Medeni Durumunuz

A) Evli

B) Bekar

C) Boşanmış

D) Eşinden Ayrı Yaşıyor

E) Dul

5. Okuduğunuz Bölüm :

6. Okuduğunuz Bölümden Memnun Musunuz ?

A) Evet B) Hayır

7. Evinizde Kimlerle Yaşamaktasınız?

A) Yalnız

B) Sadece Eşinizle

C) Eş Ve Çocuklar

D) Anne Ve Baba

E) Diğer

8. Tek Başınıza Yaşayabilir Misiniz?

A) Evet

B) Hayır

9. Şu An Yaşadığınız Yer?

A) Köy

B) Kasaba

C) Şehir

D) Diğer.....Belirtiniz

10.Çocukluğunuzu Geçirdiğiniz Yer?

- A) Köy
- B) Kasaba
- C) Şehir
- D) Diğer.....Belirtiniz

11. Gelir Düzeyiniz Nedir ?

- A) 500 Tl' Nin Altında
- B) 500 İle 1000 Tl Arasında
- C) 1000-1500 Tl Arası
- D) 2000 Tl Ve Üzeri

12. Beraber Yaşadığınız Aileniz Dışında Sosyal Desteğini Hissettiğiniz Akrabalarınız Veya Dostlarınız Var Mı?

- A) Evet
- B) Hayır

13. Sorunun Cevabı Evet İse Kimler Ve Yakınlık Dereceniniz?

Lütfen Belirtiniz.....

14. 0-1 Yaş Arası Bakımınızı Kim Yapmış?

- A) Anne
- B) Baba
- C) Bakıcı
- D) Anne-Baba
- E) Diğer.....

15. Çocukluğunuzda Kim Tarafından Yetiştirildiniz?

- A) Anne
- B) Baba
- C) Bakıcı
- D) Anne-Baba
- E) Diğer.....

16. Çocukluğunuzda Nasıl Bir İlgiyle Bakıldınız?

- A) Aşırı İlgiyle
- B) Yeterince İlgi İle
- C) İlgisiz

17. Çocukluğunuzda Nasıl Bir Disiplin İle Büyütüldünüz?

- A) Aşırı Kontrol
- B) Yeterince Kontrol
- C) Az Kontrol

18. Yetiştirilme Biçiminizin Yaşamdaki Sorunlarla Başa Çıkmanızda Katkısı Olduğunu Düşünüyor Musunuz?

- A) Evet
- B) Hayır

.Sorunun Cevabı Evet İse Nasıl? Belirtiniz.....

19. Çocukluğunuzda Ailenizin Durumu Nasıldı?

- A) Bütün
- B) Boşanmış
- C) Parçalanmış

20. Çocukluğunuzda Anneniz Yaşıyor Muydu?

- A) Evet
- B) Hayır

21. Çocukluğunuzda Babanız Yaşıyor Muydu?

- A) Evet
- B) Hayır

22. Kolay Arkadaş Edinir misiniz ?

- A) Evet
- B) Hayır

23. Hayatınızdan Memnun musunuz ?

- A) Evet
- B) Hayır

24. Geleceğiniz İçin Plan Yapıyor musunuz ?

- A) Evet
- B) Hayır

25. Son Zamanlarda Kendiniz mutsuz hissettiğiniz oldu mu ?

- a) Hiç
- b) Bazen
- c) Sıklıkla

26. Kendinizi gergin, tahammülsüz, sinirli ve çabuk öfkelenen biri olarak görüyor musunuz?

- a) Hiç
- b) Bazen
- c) Sıklıkla

27. Dikkatinizi toplamada ve sürdürmede zorluk yaşıyor musunuz?

- a) Hiç
- b) Bazen
- c) Sıklıkla

28. Okulda herhangi bir sosyal grupta yer alıyor musunuz?

- a) Hiç
- b) Bazen
- c) Sıklıkla

29. Son zamanlarda herhangi bir aktivitede görev aldınız mı?

- A) Evet
- B) Hayır

30. Çevrenizden gelen uyarılara abartılı tepki verdiğiniz oluyor mu?

- a) Hiç
- b) Bazen
- c) Sıklıkla

31. Aşırı uyku veya uyanmada zorluk yaşıyor musunuz?

- a) Hiç
- b) Bazen
- c) Sıklıkla

32. Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissettiğiniz oluyor mu?

- a) Hiç
- b) Bazen
- c) Sıklıkla

33. Kendinizi duygusal açıdan durgun hissediyor musunuz?

- a) Hiç b) Bazen c) Sıklıkla

34. Olaylara karşı yetersizlik veya başa çıkamama durumlarını hissediyor musunuz?

- a) Hiç b) Bazen c) Sıklıkla

35. Kendiniz diğer insanlarda farklı ve uzak hissediyor musunuz?

- a) Hiç b) Bazen c) Sıklıkla

36. Eskiden hoşlanarak yaptığınız faaliyetler ilginiz azaldı mı ?

- a) Hiç b) Bazen c) Sıklıkla

37. Çevrenize faydalı olduğunuzu düşünüyor musunuz ?

- a) Hiç b) Bazen c) Sıklıkla

38. İçinde bulunduğunuz durumdan kurtulma veya daha iyi hissetme konusunda ümidinizin azaldığını veya tükendiğini hissettiğiniz oldu mu?

- a) Hiç b) Bazen c) Sıklıkla

EK. 4, ÖZGEÇMİŞ

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler :

- Medeni Durum : Evli
-Milliyet : T.C
-Doğum Yılı : 20.06.1982
-Doğum Yeri : İstanbul

Eğitim durumu :

Yüksek Lisans

2013 / 2016 Üsküdar Üniversitesi Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans

Lisans

2014 / 2016 Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi (Halen)

2012 / 2014 Üsküdar Üniversitesi Meslek Yüksek Okulu Çocuk Gelişimi

2003 / 2006 Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi

2001 / 2003 Afyon Kocatepe Üniversitesi İşletme

Lise

1997 / 2001 Nevzat Ayaz Yabancı Dil Ağırlıklı Lise

Çalışma Durumu

2016 Üsküdar Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi – Pedagogik Formasyon Staj

2015 / 2016 Np İstanbul Hastanesi / Staj

2015 Üsküdar İş Okulu / Staj

2013 / 2014 Deniz Yıldızı Rehabilitasyon Merkezi / Staj

2012 / 2013 Perihan Aktürk Anaokulu / Staj

2004 / 2007 Forty Love Yachting (Asst.Chef)

2003 Ümran Borusan / Staj

Yabancı Dil (ler) ve düzeyi

İngilizce –iyi

Bilimsel yayımlar ve alışmalar -19 / 21 Haziran 2014 İnsani Değerlerin Yeniden İnşası Sempozyumu / Okul Öncesi Dönemde Sorumluluk Bilinci Kazandırma / Bildiri / Uluslar Arası Sempozyum

